

December-January 2020, Volume 9, Issue 6

## Comparison the Effectiveness of “Cognitive Behavioral Treatment” and “Unified Trans diagnostic Treatment” on Emotional Expression and Fear of Intimacy in Children of Divorce

Saeid Soleymani<sup>1</sup>, Azita Amirfakhraei<sup>2\*</sup>, Keramat Keramati<sup>3</sup>, Abdolvahab Samavi<sup>4</sup>

1- PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, BandarAbbas Branch, Islamic Azad University, BandarAbbas, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, BandarAbbas Branch, Islamic Azad University, BandarAbbas, Iran. **(Corresponding author)**

**Email: afakhraei2002@gmail.com**

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti Pardis, Farhangian University, BandarAbbas, Iran.

4- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities Sciences, Hormozgan University, Hormozgan, Iran.

Received: 15 May 2020

Accepted: 8 Oct 2020

### Abstract

**Introduction:** Divorce exposes adolescent children to severe physical, emotional, and social crises. Methods of reducing health-related problems include “Cognitive Behavioral Treatment” and “Unified Trans Diagnostic Treatment”. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of “Cognitive Behavioral Treatment” and “Unified Trans Diagnostic Treatment” on emotional expression and fear of intimacy in children of divorce.

**Methods:** Present study was a semi-experimental with pretest and posttest design with control group. The research population was children of divorce referring to the psychological service clinics of Bandar Abbas city in year of 2019. Number of 51 people were selected by convenience sampling method and randomly assigned into three groups (each group 17 people). The research instrument was including the demographic form, “Emotional Expression Questionnaire” and “Descutner and Thelen Fear of Intimacy Scale”. In the present study, face validity and reliability were investigated by calculating Cronbach's alpha coefficient of the instruments. The experimental groups received 10 sessions of 70 minutes with the methods of “Cognitive Behavioral Treatment” and “Unified Trans Diagnostic Treatment”, respectively and the control group didn't received training. Data were analyzed in SPSS.19.

**Results:** The methods of “Cognitive Behavioral Treatment” and “Unified Trans Diagnostic Treatment” in comparison to the control group led to increase emotional expression and decrease fear of intimacy in children of divorce ( $P < 0.05$ ), but there was no significant difference between the two methods in increasing emotional expression and decreasing fear of intimacy ( $P > 0.05$ ).

**Conclusions:** Both “Cognitive Behavioral Treatment” and “Unified Trans Diagnostic Treatment” were effective in improving emotional health-related characteristics, especially increased emotional expression and decreased fear of the intimacy of children of divorce. Therefore, health experts and therapists can use the methods to increase emotional expression and decrease fear of intimacy.

**Keywords:** Cognitive Behavioral, Trans Diagnostic Treatment, Emotion, Fear, Divorce.

## مقایسه اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فراتشخیصی یکپارچه» بر ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق

سعید سلیمانی<sup>۱</sup>، آریتا امیرفخرایی<sup>۲\*</sup>، کرامت کرامتی<sup>۳</sup>، عبدالوهاب سماوی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.  
۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران (نویسنده مسئول).

ایمیل: afakhraei2002@gmail.com

۳- استادیار، گروه روانشناسی، پردیس شهید بهشتی، دانشگاه فرهنگیان، بندرعباس، ایران.

۴- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، هرمزگان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۱۷

### چکیده

**مقدمه:** طلاق، فرزندان نوجوان را با بحران‌های شدید جسمانی، هیجانی و اجتماعی مواجه می‌سازد. از روش‌های کاهش مشکلات مرتبط به سلامت می‌توان به درمان‌های شناختی رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه اشاره کرد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" بر ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش فرزندان طلاق مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد ۵۱ تن با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۷ تن) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل فرم جمعیت‌شناختی، "پرسشنامه ابرازگری هیجانی" (Emotional Expression Questionnaire) و "مقیاس ترس از صمیمیت دسکاتر و ثلن" (Descutner & Thelen Fear of Intimacy Scale) بودند. در پژوهش حاضر روایی صوری و پایایی به روش محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ابزارها بررسی شد. گروه‌های مداخله به ترتیب ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش‌های درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس نسخه ۱۹ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق شدند ( $P < 0/05$ )، اما بین دو روش مذکور در افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** هر دو روش "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" در بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت هیجانی به ویژه افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت فرزندان طلاق موثر بودند. بنابراین، متخصصان سلامت و درمانگران می‌توانند از روش‌های فوق برای افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** شناختی رفتاری، درمان فراتشخیصی، هیجان، ترس، طلاق.

سلامت خانواده از طریق عواملی چون بحث‌ها، مشاجره‌ها و طلاق تهدید می‌شود و طلاق تاثیرهای منفی کوتاه‌مدت و بلندمدت زیادی به‌ویژه بر فرزندان دارد (۱). فرزندان خانواده‌های طلاق نسبت به همسالان غیرخانواده‌های طلاق مشکلات عاطفی و رفتاری بیشتر و سلامت روان کمتری دارند. آن‌ها به‌ویژه در سنین نوجوانی با بحران‌های شدید جسمانی، هیجانی و اجتماعی روبرو هستند و در مقایسه با همسالان خود نوسان‌های شدید روحی و روانی را تجربه می‌کنند (۲). یکی از مشکلات فرزندان طلاق، افزایش ترس از صمیمیت است (۳). صمیمیت شامل بیان افکار، عواطف و احساس‌ها، سازگاری، حل تعارض‌ها، خودپیروی و هدایت خود می‌باشد و افراد دارای ترس از صمیمیت در برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران مشکل دارند، لذا رضایت کمتری از روابط خود ادراک می‌کنند (۴). ترس از صمیمیت به معنای ظرفیت محدود فرد برای به اشتراک گذاشتن افکار و احساس‌های شخصی با فردی مهم و نزدیک مثل پدر، مادر، خواهر، برادر و یا دوست می‌باشد (۵). این مفهوم از طریق گوشه‌گیری و انزوا شرایطی را برای سوق دادن افراد به سمت افزایش آسیب‌پذیری فراهم می‌آورد (۶).

بعلاوه، یکی دیگر از مشکلات فرزندان طلاق، کاهش ابراز‌گری هیجانی است (۷). هیجان‌ها تحت تاثیر روابط بین فردی و تعامل‌های اجتماعی در رفتار نمود پیدا می‌کنند و اگر به شیوه نامناسبی ابراز شوند باعث ایجاد مشکل می‌شوند (۸). ابراز‌گری هیجانی به معنای ابراز یا نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش آن (مثبت یا منفی بودن) و یا روش آن (کلامی، بدنی یا چهره‌ای) می‌باشد (۹). افراد دارای توانایی ابراز هیجانی بالا قدرت تشخیص بالایی در تشخیص احساس‌ها و هیجان‌های خود و دیگران دارند، مفاهیم ضمنی را درک می‌کنند، در کنار آمدن با تجربه‌های منفی موفق هستند و سازگاری بیشتری را در ارتباط با دیگران و محیط نشان می‌دهند (۱۰).

یکی از روش‌های درمانی موثر در بهبود بسیاری از ویژگی‌های روانشناختی، «درمان شناختی رفتاری» است (۱۱). این درمان دارای ویژگی‌های منحصر به فردی است که هم از راهبردهای شناختی شامل کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب‌آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای موثر و هم از راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری، مواجهه‌سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش

مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی و خودکارآمدی استفاده می‌کند (۱۲). «درمان شناختی رفتاری» یک روش درمانی کوتاه‌مدت و معمولاً کم‌هزینه‌تر از سایر روش‌های درمانی است که نتایج حاکی از اثربخشی آن در انواع گسترده‌ای از رفتارهای ناسازگارانه بوده و به همین خاطر مورد توجه بسیاری از درمانگران قرار دارد (۱۱). این شیوه درمانی بر این فرض استوار است که باورهای نادرست و ناامیدکننده، رفتارهای مقابله‌ای ناموثر و حالات خلقی منفی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات موثر هستند (۱۳).

یکی دیگر از روش‌های درمانی موثر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی، «درمان فراتشخیصی یکپارچه» است که به دلیل محدودیت‌های «درمان شناختی رفتاری» در درمان برخی اختلال‌ها بوجود آمده است (۱۴). منطق شکل‌گیری «درمان فراتشخیصی یکپارچه» مبتنی بر مفاهیم نظری و تجربی درباره عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی می‌باشد و به افراد یاد می‌دهد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه مناسبی به آن‌ها پاسخ دهند (۱۵). «درمان فراتشخیصی یکپارچه» با تاکید بر نقش تنظیم هیجانی به عنوان فرایندهای شناختی و رفتاری اصلی در اختلال‌های هیجانی ایجادشده و دارای پشتوانه نظری و عملی مناسبی می‌باشد (۱۶).

با اینکه تفاوت‌هایی در نتایج پژوهش‌ها مشاهده شد، اما اکثر پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فراتشخیصی یکپارچه» در بهبود هیجان و صمیمیت بودند. برای مثال نتایج پژوهش داودی و همکاران نشان داد که «درمان شناختی رفتاری» باعث بهبود تنظیم هیجان در نوجوانان شد (۱۷). عظیمی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که «درمان شناختی رفتاری» باعث افزایش تنظیم هیجان در افراد با همبودی بی‌خوابی و افسردگی می‌شود (۱۸). در پژوهشی دیگر Lumley و همکاران گزارش کردند که «درمان شناختی رفتاری» باعث بهبود عواطف مثبت و تنظیم هیجان شد (۱۹). علاوه بر آن، نتایج پژوهش پناهی و همکاران حاکی از اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» بر کاهش دلزدگی زناشویی و ترس از صمیمیت زوجها بود (۲۰). کریمی و خلعتبری ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که «درمان شناختی رفتاری» باعث کاهش دلزدگی زناشویی و افزایش رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین شد (۲۱). در پژوهشی دیگر Ebadi و همکاران گزارش کردند که «درمان شناختی رفتاری»

یکپارچه» جزء روش‌های موثر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی هستند که پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی آن‌ها بر ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت انجام شده که گاهی نتایج پژوهش‌ها نیز متفاوت بوده است. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه پژوهشگران مطالعه حاضر هیچ پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی این دو روش پیدا نکردند. بنابراین، با توجه به لزوم مداخله برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی فرزندان طلاق، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فراتشخیصی یکپارچه» بر ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق انجام شد.

### روش کار

مطالعه حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش فرزندان طلاق مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۸ بودند. علت مراجعه آن‌ها دریافت خدمات روانشناختی برای مشکلات هیجانی ایجادشده پس از طلاق والدین بود. تعداد نمونه بر اساس پژوهش‌های پیشین (۲۹، ۳۰) و با توان ۹۰ درصد و سطح معناداری ۰/۰۵، ۱۴/۹۶ تن برای هر گروه برآورد که در این پژوهش برای اطمینان از تعداد نمونه و با احتساب حدود ۱۰ درصد ریزش، تعداد نمونه برای هر گروه ۱۷ تن در نظر گرفته شد که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

$$n_1 = n_2 = n_3 = \frac{(s_1^2 + s_2^2)(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{(x_1 - x_2)^2} = \frac{(6.65^2 + 13.32^2)(1.96 + 1.28)^2}{(99.20 - 86.73)^2} = \frac{(221.6449)(10.4976)}{155.5009} = 14.96$$

"پرسشنامه ابرازگری هیجانی کینگ و امونز" (King & Emmons Emotional Expression Questionnaire) در سال ۱۹۹۰ توسط King & Emmons با ۱۶ عبارت ساخته شد. عبارت‌ها با استفاده طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند، لذا حداقل نمره ۱۶ و حداکثر نمره ۸۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده

باعث افزایش صمیمیت زناشویی و ارضای نیازهای اساسی روانشناختی زوجین می‌شود (۲۲). در مقابل، Hummel و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که «درمان شناختی رفتاری» مبتنی بر اینترنت باعث بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان می‌شود، اما تاثیر معناداری بر صمیمیت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها نداشت (۲۳).

نتایج پژوهش عثمانی و شکری نشان داد که «درمان فراتشخیصی یکپارچه» باعث بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان در دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار برون‌ساز شده است (۲۴). در پژوهشی دیگر فیروزه و بیرانوندی گزارش کردند که «درمان فراتشخیصی یکپارچه» باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان بیماران قلبی عروقی شد (۲۵). علاوه بر آن، نتایج پژوهش Gonzalez-Robles و همکاران نشان داد که «درمان فراتشخیصی یکپارچه» باعث کاهش اختلال‌های هیجانی شد (۲۶). Farchione و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که «درمان فراتشخیصی یکپارچه» باعث کاهش اختلال‌های هیجانی شده است (۲۷). در پژوهشی دیگر Kane و همکاران گزارش کردند که «درمان فراتشخیصی یکپارچه» باعث کاهش پرخاشگری و افزایش صمیمیت می‌شود (۲۸).

فرزندان طلاق نسبت به همسالان غیرخانواده‌های طلاق با نوسان‌های روحی و روانی و مشکلات عاطفی و رفتاری بیشتری مواجه هستند (۲) و از مشکلات آن‌ها می‌توان به افت ابرازگری هیجانی و افزایش ترس از صمیمیت اشاره کرد. همچنین، «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فراتشخیصی

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل سن ۱۸-۱۳ سال، گذشت ۱۲-۶ ماه از طلاق رسمی والدین، زندگی با یکی از والدین، عدم سابقه دریافت درمان‌های روانشناختی، عدم اختلال‌های روانشناختی دیگر به طور همزمان و عدم مصرف داروهای روانپزشکی و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از یک جلسه بود. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های زیر بود.

۱۷۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده ترس از صمیمیت بیشتر می‌باشد. روایی همگرایی این ابزار بر روی ۱۲۹ تن از دانشجویان سال اول روانشناسی (۵۹ مرد و ۷۰ زن) با "مقیاس تجدیدنظرشده احساس تنهایی راسل" (Russell Revised Loneliness Scale) با مقدار ۰/۴۸ و روایی واگرایی آن بر روی آن‌ها با "مقیاس صمیمیت اجتماعی میلر" (Miller Social Intimacy Scale) با مقدار ۰/۵۵- در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۵+ معنادار بودند. پایایی آن بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۳+ و با روش بازآزمایی یک ماهه ۰/۸۹+ حاصل شد (۳۵).

در مطالعه‌ای دیگر Ingersoll و همکاران روایی واگرایی "مقیاس ترس از صمیمیت دسکاتر و ثلن" بر روی ۶۲۶ تن از دانشجویان آمریکا و چین (۲۰۵ مرد و ۴۲۱ زن) با "مقیاس عزت نفس روزنبرگ" (Rosenberg Self-Esteem Scale with Life Scale) با مقدار ۰/۳۳- در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱+ معنادار بود و پایایی آن بر روی ۲۸۳ دانشجوی دولتی آمریکا (۸۵ مرد و ۱۹۸ زن) ۰/۹۲+ و ۳۴۳ دانشجوی دولتی چین (۱۲۰ مرد و ۲۲۳ زن) ۰/۸۸+ با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب ۰/۹۲+ و ۰/۸۸+ محاسبه شد (۳۶).

در ایران فلاح زاده و همکاران روایی واگرایی "مقیاس ترس از صمیمیت دسکاتر و ثلن" را بر روی ۵۶۷ تن از افراد متأهل (۳۲۹ زن و ۲۳۸ مرد) با "مقیاس صمیمیت والکر و تامپسون" (Walker and Thompson Intimacy Scale) با مقدار ۰/۵۸- تایید و پایایی آن بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۳+ گزارش شد (۳۷). در مطالعه‌ای دیگر، آهنگر و همکاران روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تاییدی بر روی ۱۵۰ تن از زنان شهر تهران انجام و نتایج نشان داد که ابزار دارای چهار عامل گرایش به صمیمیت، ترس از صمیمیت، نگرانی از دیدگاه دیگران و میزان کیفیت همبستگی است و پایایی آن بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۱+ محاسبه شد (۳۸).

در پژوهش حاضر روایی صوری "پرسشنامه ابرازگری هیجانی کینگ و امونز" و "مقیاس ترس از صمیمیت دسکاتر و ثلن" از طریق هماهنگی نظرات ۱۰ تن از متخصصان گروه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس تایید و پایایی با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۵۱ تن از فرزندان طلاق مراجعه‌کننده

ابرازگری هیجانی مناسب‌تر می‌باشد. این ابزار دارای سه زیرمقیاس ابراز مثبت (Positive Expression)، صمیمیت (Intimacy) و ابراز منفی (Negative Expression) است. روایی واگرایی این ابزار با "مقیاس آشفتگی شدید رولین" (Raulin Intense Ambivalence Scale) بر روی ۲۹۹ تن از دانشجویان دانشگاه Michigan (۱۱۷ مرد و ۱۸۲ زن) با مقدار ۰/۲۴- در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱+ معنادار بود و پایایی آن بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸+ محاسبه شد (۳۱).

در مطالعه‌ای دیگر Kring و همکاران روایی همگرایی ابزار فوق با "مقیاس رضایت از زندگی" (Satisfaction with Life Scale) بر روی ۳۷۳ تن از دانشجویان کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه Stony Brook نیویورک (۲۳۷ زن و ۱۳۶ مرد) با مقدار ۰/۲۷+ در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۵+ معنادار بود و پایایی آن بر روی آن‌ها به روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۰+ محاسبه شد (۳۲).

در ایران فرحمند و فولادچنگ روایی سازه "پرسشنامه ابرازگری هیجانی کینگ و امونز" بر روی ۵۰۴ دانش‌آموز دبیرستانی (۲۴۳ پسر و ۲۶۱ دختر) شهر شیراز با روش تحلیل عاملی تاییدی و ساختار عاملی پرسشنامه با استفاده از تحلیل مولفه اصلی با چرخش متعامل واریماکس تایید شد و پایایی عامل‌های ابراز مثبت، صمیمیت و ابراز منفی بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۸ و ۰/۶۱+ بدست آمد (۳۳). علاوه بر آن، رفیعی‌نیا روایی سازه "پرسشنامه ابرازگری هیجانی کینگ و امونز" را بر روی ۲۰۳ دانشجو (۹۰ زن و ۱۱۳ مرد) در دانشگاه‌های شهر تهران با روش تحلیل عاملی بررسی و یافته‌ها نشان داد که ابزار دارای سه عامل ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی و پایایی عامل‌ها و کل ابزار بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۹، ۰/۶۸ و ۰/۶۸+ بدست آمد (۳۴).

"مقیاس ترس از صمیمیت دسکاتر و ثلن" (Descutner & Thelen Fear of Intimacy Scale) در سال ۱۹۹۱ توسط Descutner & Thelen با ۳۵ عبارت ساخته شد. عبارت‌ها با استفاده طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از یک (اصلاً این‌طور نیستم) تا پنج (کاملاً این‌طور هستم) نمره‌گذاری و برخی عبارت‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. لذا حداقل نمره ۳۵ و حداکثر نمره

به کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر بندرعباس بترتیب ۷۵/۰ و ۸۸/۰ بدست آمد.

نحوه انجام پژوهش این گونه بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه به کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر بندرعباس مراجعه و پس از هماهنگی از آنان خواسته شد تا فرزندان طلاق ۱۸-۱۳ ساله را به پژوهشگر معرفی کنند. پس از رسیدن تعداد نمونه به ۵۱ تن، نمونه‌گیری پایان یافت و نمونه‌ها با روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی در سه گروه مساوی ۱۷ شامل گروه "درمان شناختی رفتاری"، "درمان فراتشخیصی یکپارچه" و گروه کنترل جایگزین شد. گروه‌های مداخله به ترتیب ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" در روزهای متفاوت آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. مداخله توسط یک متخصص روانشناسی بالینی دارای مدرک دوره "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر بندرعباس در ماه‌های مهر و آبان سال ۱۳۹۸ به صورت گروهی انجام شد.

"درمان شناختی رفتاری" توسط Taylor و همکاران (۳۹) طراحی و کارآیی آن توسط ایزدی‌فرد و سپاسی آشتیانی (۴۰) مورد تایید قرار گرفت که بر اساس پژوهش حاتمی‌پور و همکاران (۴۱) به شرح زیر است.

در جلسه اول آشنایی و ایجاد رابطه حسنه انجام، اهمیت و هدف درمان شناختی رفتاری بیان و مشکلات در قالب روش شناختی رفتاری تشریح شد.

جلسه دوم به تسلط بر نشانه‌های رفتاری و استفاده از آن‌ها در زندگی روزمره آموزش داده شد.

جلسه سوم به آموزش بررسی علل رویدادها مثلاً بررسی علل اینکه چرا گاهی کارها به هم گره می‌خورند؟ آموزش اثبات خویشتن و اولویت‌بندی و انجام کارها در زندگی اختصاص یافت.

جلسه چهارم نشانه‌های احساسی شامل بررسی چگونگی وقوع احساس‌ها و بیان چگونگی ثبت احساس‌ها و افکار مرتبط با آن‌ها آموزش داده شد.

جلسه پنجم به آموزش نحوه ثبت افکار و احساس منفی، نحوه مقابله با آن‌ها و کاهش خطاهای شناختی اختصاص یافت.

جلسه ششم شامل شناسایی و ثبت خودگویی‌های منفی و

نحوه جایگزینی خودگویی‌های مثبت با آن‌ها بود. جلسه هفتم به آموزش نحوه رهاکردن افکار منفی از جمله با استفاده از یادداشت‌کردن آن‌ها و آموزش مهارت‌های حل مساله اختصاص یافت.

جلسه هشتم نحوه تغییر و اصلاح باورهای نادرست از طریق زیر سوال بردن باورها، یافتن باورهای درست و شفاف‌سازی باورها آموزش داده شد.

جلسه نهم به ادامه آموزش نحوه تغییر و اصلاح باورهای نادرست و آموزش جایگزینی افکار منفی با احساس‌های مثبت اختصاص یافت.

جلسه دهم به بحث و گفتگو درباره پیشرفت درمانی، استفاده از راهبردهای جانشین برای مقابله با هیجان‌های منفی و خلاصه و جمع‌بندی مفاهیم درمان پرداخته شد. همچنین "درمان فراتشخیصی یکپارچه" توسط Barlow و همکاران (۴۲) طراحی و کارآیی آن توسط بخشی‌پور رودسری و همکاران (۴۳) مورد تایید قرار گرفت که بر اساس پژوهش عثمانی و شکری (۲۴) به شرح زیر است. در جلسه اول مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری آزمودنی‌ها در طول دوره درمان انجام و اهداف و منطق درمان برای آنان بیان شد.

جلسه دوم به آموزش بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش الگوی سه مولفه‌ای تجربه‌های هیجانی (درک تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی، ارزیابی منفی و مضطربانه تهدیدها و شناسایی و اصلاح تمایلات عمل ناسازگارانه یا رفتارهای مبتنی بر هیجان) و مدل ARC (پیشاپندهای رویدادهای هیجانی، R= پاسخ‌ها و C= پیامدهای آن) اختصاص یافت.

جلسه سوم مشاهده تجارب هیجانی و نحوه مقابله با آن‌ها با استفاده از روش‌های ذهن‌آگاهی آموزش داده شد. جلسه چهارم به آموزش نحوه ارتباط متقابل و تاثیر افکار و هیجان، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، بازارزیابی شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در افکار اختصاص یافت.

جلسه پنجم آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی از آثار متناقض اجتناب از هیجان انجام شد.

در جلسه ششم شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آن‌ها بر تجارب هیجانی، شناسایی رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان و ایجاد تمایل به عمل از طریق رویارویی با

پس از اتمام مداخله بر روی گروه‌های مداخله) با استفاده از ابزارهای فوق در کلینیکی که مداخله در آن انجام شد با فاصله زمانی دو ساعت بر روی گروه‌های مداخله و کنترل جمع‌آوری شد. همچنین، نکات اخلاقی شامل امضای رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش توسط خود نوجوان و والدی که با آن زندگی می‌کرد، رازداری، محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی، بدون نام بودن ابزارها و غیره رعایت و داده‌ها با روش‌های خی‌دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار اسپ‌اس‌اس نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۵۱ فرزند طلاق بودند که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها شامل جنسیت، سن و مدت زمان گذشته از طلاق به تفکیک گروه‌ها و مقایسه آن‌ها بر اساس آزمون خی‌دو در (جدول ۱) گزارش شده است.

رفتارها آموزش داده شد. جلسه هفتم به افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احساسی برای آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل علائم آن اختصاص یافت. جلسه‌های هشتم و نهم آگاهی از منطق رویارویی هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی، عینی و ممانعت از اجتناب آموزش داده شد. جلسه دهم به بحث و گفتگو درباره پیشرفت‌های درمانی و خلاصه و جمع‌بندی مفاهیم درمان اختصاص یافت. در این مطالعه علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی با سوال‌هایی درباره جنسیت، سن و مدت زمان گذشته از طلاق والدین، از ابزارهای زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. در پژوهش حاضر داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون (دو روز

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی فرزندان طلاق به تفکیک گروه‌ها و مقایسه آن‌ها بر اساس آزمون خی‌دو

P-Value	کنترل		درمان فراتشخیصی یکپارچه		درمان شناختی رفتاری		سطوح	متغیرها
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۹۲۵	۴۷/۰۶	۸	۵۸/۸۲	۱۰	۵۲/۹۴	۹	دختر	جنسیت
	۵۲/۹۴	۹	۴۱/۱۸	۷	۴۷/۰۶	۸	پسر	
۰/۹۰۰	۳۵/۲۹	۶	۲۹/۴۱	۵	۴۱/۱۸	۷	سال ۱۳-۱۴	سن
	۴۱/۱۸	۷	۳۵/۲۹	۶	۲۹/۴۱	۵	سال ۱۵-۱۶	
	۲۳/۵۳	۴	۳۵/۲۹	۶	۲۹/۴۱	۵	سال ۱۷-۱۸	
۰/۹۶۵	۱۷/۶۵	۳	۱۷/۶۵	۳	۲۳/۵۳	۴	ماه ۷-۸	مدت گذشته از طلاق
	۴۱/۱۸	۷	۳۵/۲۹	۶	۴۱/۱۸	۷	ماه ۹-۱۰	
	۴۱/۱۸	۷	۴۷/۰۶	۸	۳۵/۲۹	۶	ماه ۱۱-۱۲	

ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت فرزندان طلاق در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها در (جدول ۲) گزارش شده است.

همان‌طور که در (جدول ۱) مشاهده می‌شود، گروه‌های "درمان شناختی رفتاری"، "درمان فراتشخیصی یکپارچه" و کنترل از نظر جنسیت، سن و مدت گذشته از طلاق تفاوت معناداری ندارند ( $P > ۰/۰۵$ ). نتایج میانگین و انحراف معیار

جدول ۲: نتایج میانگین و انحراف معیار ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق

کنترل	درمان فراتشخیصی یکپارچه		درمان شناختی رفتاری		متغیرها/گروه‌ها
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
۳۹/۳۵±۴/۲۴	۳۸/۱۵±۴/۳۹	۵۱/۵۲±۶/۸۱	۳۷/۴۵±۴/۰۲	۴۹/۵۵±۶/۵۳	ابرازگری هیجانی
۹۹/۱۶±۱۲/۵۱	۹۸/۴۰±۱۳/۱۷	۸۵/۷۲±۸/۵۸	۱۰۲/۵۵±۱۱/۶۱	۸۳/۲۹±۸/۲۴	ترس از صمیمیت

مشخص شد که بین گروه‌ها حداقل از نظر یکی از متغیرهای ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=18/91, P< 0/001$ ). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" بر ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق در (جدول ۳) گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق

متغیرها	منبع اثر	SS	df	MS	آماره F	P-Value	مجذور انا
ابرازگری هیجانی	پیش‌آزمون	۱۷۶۱/۳۳	۱	۱۷۶۱/۳۳	۸۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	گروه	۱۱۸۱/۴۵	۲	۵۹۰/۷۲	۲۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۱۰۰۵/۱۰	۴۶	۲۱/۸۵			
ترس از صمیمیت	پیش‌آزمون	۲۲۷۱/۳۹	۱	۲۲۷۱/۳۹	۹۹/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	گروه	۱۶۳۹/۷۳	۲	۸۱۶/۸۶	۳۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	خطا	۱۰۴۸/۸۱	۴۶	۲۲/۸۰			

ترس از صمیمیت ناشی از روش‌های درمانی می‌باشد ( $P< 0/001$ ). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" بر ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق در (جدول ۴) گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه روش‌های درمانی در ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق

متغیرها	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P-Value
ابرازگری هیجانی	درمان شناختی رفتاری	کنترل	۹/۹۳	۲/۲۱	۰/۰۰۱
	درمان فراتشخیصی یکپارچه	کنترل	۱۱/۷۷	۲/۳۷	۰/۰۰۱
ترس از صمیمیت	درمان شناختی رفتاری	کنترل	-۱۲/۲۹	۱/۶۵	۰/۰۰۱
	درمان فراتشخیصی یکپارچه	کنترل	-۱۳/۴۶	۱/۷۲	۰/۰۰۱
درمان شناختی رفتاری	درمان فراتشخیصی یکپارچه	کنترل	-۱/۱۵	۰/۷۴	۰/۲۳۸
	درمان فراتشخیصی یکپارچه	کنترل	۱/۳۸	۰/۶۵	۰/۲۷۲

### بحث

با توجه به آمار بالای طلاق و مشکلات فراوانی که فرزندان طلاق با آن مواجه هستند، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" بر ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که "درمان شناختی رفتاری" باعث افزایش ابرازگری هیجانی فرزندان طلاق شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های

بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که آماره آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آماره آزمون ام‌باکس و آماره آزمون لوین معنادار نبودند ( $P>0/05$ ). بنابراین، به ترتیب مفروضه‌های نرمال بودن، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و همگنی واریانس‌ها تایید شدند، لذا برای تحلیل می‌توان از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده کرد. بر اساس آماره‌های آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری

همان‌طور که در (جدول ۳) مشاهده می‌شود، روش‌های درمانی باعث تغییر معنادار هر دو متغیر ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق شدند. همچنین، بر اساس مقدار مجذور انا می‌توان گفت که ۶۲ درصد از تغییرات ابرازگری هیجانی و ۷۸ درصد از تغییرات

همان‌طور که در (جدول ۴) مشاهده می‌شود، روش‌های "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق شدند ( $P< 0/001$ )، اما بین دو روش در افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P>0/05$ ).



به توانایی آنان برای انتقال روشن، صحیح و موثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد و درمان شناختی رفتاری با افزایش مهارت‌های شناختی، رفتاری و ارتباطی مثبت، کاهش منفی‌گری و باورها و خطاهای شناختی و بهبود خودباوری مثبت، ابتدا باعث مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و ناخوشایند و در نهایت باعث کاهش ترس از صمیمیت می‌گردد.

همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که "درمان فراتشخیصی یکپارچه" باعث افزایش ابرازگری هیجانی فرزندان طلاق شد که این نتیجه از جهاتی با نتایج پژوهش‌های عثمانی و شکری (۲۴)، فیروزه و بیرانوندی (۲۵)، Gonzalez-Robles و همکاران (۲۶) و Farchione و همکاران (۲۷) همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش فیروزه و بیرانوندی (۲۵) می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه "به افراد یادمی‌دهد که چگونه با هیجان‌ها نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌ای به آن‌ها پاسخ دهند. این رویکرد با تغییر عادت‌های تنظیم هیجان، فراوانی و شدت استفاده از عادت‌های هیجانی ناسازگارانه را کاهش داده و میزان آسیب را کم می‌کند و کارکرد اجتماعی-روانی را افزایش می‌دهد. نکته حائز اهمیت دیگر برای اثربخشی این شیوه درمانی بر ابرازگری هیجانی، برخی مهارت‌های این شیوه شامل آموزش الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و نقش آن بر تجارب هیجانی و آگاهی از اثرات متناقض اجتناب از هیجان است که مواجهه و استفاده از راهبردهای مختلف آشنایی با تجارب هیجانی از طریق بهبود فرایندهای هیجانی می‌تواند باعث افزایش ابرازگری هیجانی شود.

دیگر نتایج این مطالعه نشان داد که "درمان فراتشخیصی یکپارچه" باعث کاهش ترس از صمیمیت فرزندان طلاق شد که این نتیجه با نتایج پژوهش Kane و همکاران (۲۸) همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش Kane و همکاران (۲۸) می‌توان گفت که یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر در حوزه درمان‌های شناختی رفتاری برای درمان اختصاصی اختلال‌های هیجانی ایجاد شده، "درمان فراتشخیصی یکپارچه" است. این شیوه درمانی مولفه‌های زیربنایی آسیب‌شناختی روانی یعنی عواطف، هیجان‌ها و شناخت را هدف قرار می‌دهد و می‌تواند برای اختلال‌ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان و مشابهی دارند، موثر واقع شود. به این دلیل که این شیوه به افراد کمک می‌کند

داودی و همکاران (۱۷)، عظیمی و همکاران (۱۸) و Lumley و همکاران (۱۹) همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش داودی و همکاران (۱۷) می‌توان گفت که تنظیم نبودن هیجان بر کارکرد موثر شناخت تاثیر منفی می‌گذارد و آن را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت، مجدد باعث تشدید آشفتگی هیجانی و کاهش ابرازگری هیجانی می‌گردد. بنابراین، ناتوانی و نقص در ابرازگری هیجانی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است و از آنجایی که از سازوکارهای درمان شناختی رفتاری می‌توان به تشخیص خطاهای شناختی و چالش با آن‌ها و آزمایش رفتاری محتوای افکار درباره خود و اجتماع و هیجان‌های منفی درباره خود و اجتماع اشاره کرد، لذا آموزش اصول فوق به شرکت‌کنندگان در گروه شناختی رفتاری به دلایل تصحیح خطاهای شناختی و دادن برچسب‌های غلط کمتر به افکار خود و از طریق تنظیم هیجان و کاهش آشفتگی هیجانی باعث افزایش ابرازگری هیجانی در فرزندان طلاق می‌شود.

دیگر نتایج این مطالعه نشان داد که "درمان شناختی رفتاری" باعث کاهش ترس از صمیمیت فرزندان طلاق شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های پناهی و همکاران (۲۰)، کریمی و خلعتبری (۲۱) و Ebadi و همکاران (۲۲) همسو و با نتایج پژوهش Hummel و همکاران (۲۳) ناهمسو بود. در تبیین ناهمسوئی نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش Hummel و همکاران (۲۳) می‌توان به تفاوت در روش مداخله اشاره کرد. در این مطالعه برای "درمان شناختی رفتاری" همانند پژوهش‌های همسو از روش آموزش حضوری استفاده شد، اما در پژوهش Hummel و همکاران (۲۳) برای "درمان شناختی رفتاری" از روش آموزش غیرحضوری و مبتنی بر اینترنت استفاده شد. شاید تفاوت در شیوه آموزش، آشنایی کم آزمودنی‌ها با روش‌های آموزش مبتنی بر اینترنت و نقش و اهمیت آموزش‌های چهره به چهره برای کاهش اختلال ترس از صمیمیت باعث تفاوت در نتایج پژوهش‌ها باشد. در تبیین اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" بر کاهش ترس از صمیمیت بر مبنای پژوهش کریمی و خلعتبری (۲۱) می‌توان گفت که در "درمان شناختی رفتاری" عقیده بر این است که گاهی خطاهای رفتارهای و شناختی می‌تواند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال نماید و به دنبال آن رفتارهای نامناسب ظاهر گردند، لذا عمق صمیمیتی که افراد در رابطه با دیگران ایجاد می‌کنند

تا درک بهتر و مناسب‌تری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارهای خود و نقش برانگیزاننده‌ها در ایجاد تجربه‌های هیجانی داشته باشند، بتوانند پیامدهای تجربه‌های هیجانی خود را پیش‌بینی نمایند، رفتارهای نشأت‌گرفته از هیجان‌ها را تشخیص دهند و در صورت لزوم اصلاح کنند و در موقعیت‌های اجتماعی تجربه‌های هیجانی مناسبی از خود نشان دهند که همه این عوامل از طریق تنظیم هیجان و کاهش تجربه‌های هیجانی نامناسب می‌توانند باعث کاهش ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق شوند.

علاوه بر آن، نتایج این مطالعه نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه در افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت فرزندان طلاق تفاوت معناداری مشاهده نشد. پژوهشی که به مقایسه درمان‌های شناختی رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه پرداخته باشد، یافت نشد، اما در تبیین عدم تفاوت بین اثربخشی دو روش می‌توان به استفاده از روش مداخله گروهی اشاره کرد. بر مبنای پژوهش چرمچی و همکاران می‌توان گفت که گروه درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی موثری را بیاموزند و سپس آموخته‌های خود را روی دیگران امتحان کنند. همچنین، آن‌ها از مشاهده مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می‌کنند که این عوامل می‌توانند نقش موثری در کاهش مشکلات روانشناختی داشته باشند (۴۴). تنظیم نبودن هیجان، کارکرد موثر شناخت را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت خود باعث تشدید آشفتگی هیجانی می‌شود. بنابراین، ناتوانی در کنترل هیجان‌های نامناسب ناشی از وجود افکار و باورهای منفی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است و درمان شناختی رفتاری از طریق اصلاح سوگیری‌ها و شناخت‌های ناکارآمد و کاهش خطاهای شناختی و به چالش کشیدن آن‌ها که پاسخ‌های رفتاری و هیجانی دارای کارکرد ناسازگارانه را فعال می‌کنند، باعث کاهش مشکلات هیجانی می‌شوند (۱۷). همچنین، "درمان فراتشخیصی یکپارچه" از شیوه شناختی رفتاری برای درمان اختلال‌هایی

استفاده می‌کند که ریشه هیجانی دارند و در این درمان بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان تأکید می‌شود. تجربه هیجانی و پاسخ به آن‌ها پایه اصلی این شیوه درمانی است و در درمان فراتشخیصی یکپارچه افراد مهارت‌هایی را کسب می‌کنند تا بتوانند به شیوه موثر هیجان‌های منفی خود را مدیریت کنند (۲۴). در نتیجه، از آنجایی که هر دو متغیر وابسته در این پژوهش جزء متغیرهای هیجانی هستند، لذا می‌توان انتظار داشت که هر دو شیوه بتوانند نقش موثری در آن‌ها داشته باشند و تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نشود.

### نتیجه‌گیری

"درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" باعث افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت در فرزندان طلاق شدند و بین آن‌ها در افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت تفاوت معناداری وجود نداشت. این نتایج برای متخصصان سلامت و درمانگران مراکز و کلینیک‌های خدمات روانشناختی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت هیجانی ترویج‌های کاربردی دارد. در نتیجه، آن‌ها می‌توانند از "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فراتشخیصی یکپارچه" برای افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش ترس از صمیمیت استفاده کنند. از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم پیگیری نتایج در بلندمدت اشاره کرد.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری سعیدی سلیمانی در روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس به راهنمایی آریتا امیرفخرایی با کد اخلاق IR.IAUBandarAbbas.REC.1398.38 است. در پایان، پژوهشگران از مسئولان کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر بندرعباس و شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

## References

1. Smith-Greenaway E, Clark S. Variation in the link between parental divorce and children's health disadvantage in low and high divorce settings. *SSM - Population Health*. 2017;3(1):473-86. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.04.004>
2. Qorbani-Vanajemi M, Ejei J, Cholamali-Lavasani M. [Effectiveness of attributional retraining on mental health of male middle school students with divorced parents]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019;20(1):26-34.
3. Conway MB, Christensen TM, Herlihy B. Adult children of divorce and intimate relationships: Implications for counseling. *The Family Journal*. 2003;11(4):364-73. <https://doi.org/10.1177/1066480703255609>
4. Manbeck KE, Kanter JW, Kuczynski AM, Maitland DWM, Corey M. Fear-of-intimacy in the interpersonal process model: An investigation in two parts. *Journal of Social and Personal Relationship*. 2020;37(4):1317-39. <https://doi.org/10.1177/0265407519898267>
5. Lau Y, Chan KS. Psychometric evaluation of the Chinese version of the fear of intimacy with helping professionals scale. *PLOS ONE*. 2018;13(5):1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196774>
6. Stanley SM, Carlson RG, Rhoades GK, Markman HJ, Ritchie LL, Hawkins AJ. Best practices in relationship education focused on intimate relationships. *Family Relations*. 2019;69(3):497-519. <https://doi.org/10.1111/fare.12419>
7. Shimkowski JR, Ledbetter AM. Parental divorce disclosures, young adults' emotion regulation strategies, and feeling caught. *Journal of Family Communication*. 2018;18(3):185-201. <https://doi.org/10.1080/15267431.2018.1457033>
8. Dan, O. Recognition of emotional facial expressions in adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Adolescence*. 2020;82(5):1-10. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.010>
9. Cheng F, Wang Y, Zhao J, Wu X. Mothers' negative emotional expression and preschoolers' negative emotional regulation strategies in Beijing, China: The moderating effect of maternal educational attainment. *Child Abuse & Neglect*. 2018;84(10):74-81. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.018>
10. Manelis A, Huppert TJ, Rodgers E, Swartz HA, Phillips ML. The role of the right prefrontal cortex in recognition of facial emotional expressions in depressed individuals: fNIRS study. *Journal of Affective Disorders*. 2019;258(17):151-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.006>
11. Shortis E, Warrington D, Whittaker P. The efficacy of cognitive behavioral therapy for the treatment of antenatal depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2020;272(13):485-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.067>
12. Peters L, Romano M, Byrow Y, Gregory B, McLellan LF, Brockveld K, et al. Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2019;256(15):70-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.042>
13. McFarlane FA, Allcott-Watson H, Hadji-Mich McAllister, E, Stark D, Reilly C, et al. Cognitive-behavioral treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: A case series. *European Journal of Pediatric Neurology*. 2019;23(2):317-28. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.12.002>
14. Mohseni Ezhiyeh A, Malekpour M, Ghamarani A. [Effect of trans diagnostic treatment on entrapment and boredom in mothers of children with the autism spectrum disorder]. *Journal of Health Promotion Management*. 2017;6(5):26-33. <https://doi.org/10.21859/jhpm-07034>
15. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2020;27(2):184-201. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.004>
16. Kennedy SM, Tonarely NA, Sherman JA, Ehrenreich-May J. Predictors of treatment outcome for the unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C). *Journal of Anxiety Disorders*. 2018;57(5):66-75. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.004>
17. Davoudi R, Manshaee G, Golparvar M. [Comparing the effectiveness of adolescent-centered mindfulness with cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on emotion regulation among adolescent's girl with nomo-phobia]. *Journal of Health Promotion*

- Management. 2019;8(4):16-25.
18. Azimi M, Moradi A, Hasani J. [Effectiveness of cognitive behavioral therapy (face to face and internet-based) on emotional regulation strategies of individuals with comorbidity of insomnia and depression]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017;11(1):49-61. <https://doi.org/10.29252/rph.11.1.49>
  19. Lumley MA, Schubiner H, Lockhart NA, Kidwell KM, Harte SE, Clauw DJ, Williams DA. Emotional awareness and Expression Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, and education for fibromyalgia: A cluster-randomized controlled trial. *Pain*. 2017;158(12):2354-63. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001036>
  20. Panahi M, Kazemi Jamarani Sh, Enayatpour Shahrabaki M, Rostami M. [Effectiveness of integrative behavioral couple therapy on reducing marital burnout and fear in couples of intimacy]. *Journal of Applied Psychology*. 2017;11(3):373-92.
  21. Karimi B, Khalatbari J. [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on couple's burnout, marital adjustment and intimacy]. *Journal of Educational Psychology*. 2017;8(1):65-74.
  22. Ebadi Z, Pasha R, Hafezi F, Eftekhar Z. [The effectiveness of cognitive behavioral therapy on marital intimacy and identification of the basic psychological needs among couples referring to counseling centers]. *Avicenna Journal of Neuropsychophysiology*. 2018;5(4):189-196. <https://doi.org/10.32598/ajnp.4.3.290>
  23. Hummel SB, Van Lankveld JJDM, Oldenburg HAS, Hahn DEE, Kieffer JM, Gerritsma MA, et al. Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy in improving sexual functioning of breast cancer survivors: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2017;35(12):1328-40. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.69.6021>
  24. Osmani H, Shokri L. [Effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of students with externalized behavior disorder]. *Empowering Exceptional Children*. 2019;10(1):125-36.
  25. Firoozi M, Biranvandi M. [Integrate metacognition for cognitive emotional regulation in patients with cardiovascular]. *Yafte*. 2018;20(2):93-102.
  26. Gonzalez-Robles A, Garcia-Palacios A, Banos R, Riera A, Liorca G, Traver F, et al. Effectiveness of a trans diagnostic internet-based protocol for the treatment of emotional disorders versus treatment as usual in specialized care: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1024-3>
  27. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2012;43(3):666-78. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
  28. Kane JC, Van Wyk SS, Murray SM, Bolton P, Melendez F, Danielson CK, et al. Testing the effectiveness of a trans diagnostic treatment approach in reducing violence and alcohol abuse among families in Zambia: Study protocol of the violence and alcohol treatment (VATU) trial. *Global Mental Health*. 2017;4(1):1-15. <https://doi.org/10.1017/gmh.2017.10>
  29. Solgi Z. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on insecure attachment, fear of intimacy, and addiction to social networks in teenagers with suicidal history]. *Journal of Applied Psychology*. 2018;11(4):535-55.
  30. Khalatbari J, Hashemi Golpayegani F. [The effectiveness of integrated model of emotional focused approach and Gottman Model on fear of intimacy and anxiety in infertile women]. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2018;12(48):27-36.
  31. King LA, Emmons RA. Conflicts over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990;58(5):864-77. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.864>
  32. Kring AM, Smith DA, Neale JM. Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994;66(5):934-49. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.934>
  33. Farahmand S, Fouladchang M. [A causal explanation of academic buoyancy based on the family communication patterns: The mediating role of emotional expressiveness]. *Journal of Developmental Psychology: Iranian*

- Psychologists. 2016;13(51):257-69.
34. Rafeinia P. [The relationship between emotional expression styles and general health in students]. MA Dissertation in Psychology, Faculty of Humanities Sciences. Tehran: Tarbiyat Modares University, 2002.
  35. Descutner CJ, Thelen MH. Development and validation of a fear-of-intimacy scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;3(2):218-25. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.2.218>
  36. Ingersoll TS, Norvilitis JM, Zhang J, Jia S, Tetewsky S. Reliability and validity of the fear of intimacy scale in China. *Journal of Personality Assessment*. 2008;90(3):270-9. <https://doi.org/10.1080/00223890701885019>
  37. Falahzadeh H, Farzad V, Falahzadeh M. [A study of the psychometric characteristics of Fear of Intimacy Scale (FIS)]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2011;5(1):70-79.
  38. Ahangar A, Saleh Sedghpour B, Ashrafi Kharazmi H. [Reconstructing, validating, making reliable and standardizing the women's fear of intimacy scale]. *The Women and Families Cultural-Educational Journal*. 2013;8(24):47-65.
  39. Taylor JL, Novaco RW, Gillmer BT, Robertson A, Thorne L. Individual cognitive-behavioral anger for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*. 2005;44(3):367-82. <https://doi.org/10.1348/014466505X29990>
  40. Eizadi Fard R, Sepasi Ashtiani M. [Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010;4(1):23-7.
  41. Hatamipour K, Hoveida F, Zabihi Hesari N K, Babaieamiri N, DashtBozorgi Z. [The effect of cognitive behavioral training on aggression and emotional maturity of female adolescents with type I diabetes for assessing a new approach of care and nursing]. *Journal of Diabetes Nursing*. 2016;4(4):62-71.
  42. Barlow DH, Sauer-Zavala S, Farchione TJ, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, et al. Unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders: Workbook. 2nd Edition, New York: Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190686017.001.0001>
  43. Bakhshipour Roodsari A, Aliloo MM, Farnam A, Abdi R. [Efficacy evaluation of unified trans diagnostic treatment in symptoms reduction of patients with generalized anxiety disorder and a comorbid emotional disorder]. *Modern Psychological Research*. 2014;8(32):41-74.
  44. Charmchi N, Asgari P, Hafezi F, Makvandi B, Bakhtiarpour S. [The effect of "Cognitive Behavior Therapy" in method group on anxiety and psychological resilience of menopausal women]. *Journal of Health Promotion Management*. 2016;5(5):15-21. <https://doi.org/10.21859/jhpm-06013>