

## The mediating role of experiential avoidance in the relationship between Alexithymia and emotion regulation in patients with major depression disorder after traumatic brain injury

Mohtaram Nemattavousi<sup>1</sup>, Shiva Soltaninia<sup>2</sup>

1-Assistant Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author). E-mail: nemattavousei@yahoo.com

2- Master of General Psychology, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Received: 09/01/2020

Accepted: 19/04/2020

### Abstract

**Introduction:** Emotional problems are among the most common traumatic brain injury consequences that are associated with major depression after traumatic brain injury.

**Aim:** The aim of this study was to examine the mediating role of experiential avoidance in the relationship between alexithymia and emotion regulation in patients with major depression disorder after traumatic brain injury.

**Method:** This descriptive-correlational study was performed on 60 patients with traumatic brain injury diagnosed with major depression disorder and treated in Shahid Beheshti Hospital of Kashan. Data were collected using second version of the Acceptance and Action Questionnaire (Bond & et al, 2011), Toronto Alexithymia Scale (Bagby, Parker & Taylor, 1994) and Difficulties in Emotion Regulation scale (Gratz & Roemer, 2004) and analysis was performed using Pearson correlation test and Celsius regression analysis.

**Results:** The findings of the study showed a significant relationship between alexithymia, emotion regulation and experiential avoidance ( $P < 0.01$ ) and experiential avoidance plays a role of partial interfaces in the relationship between alexithymia and difficulty in emotion regulation ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the results, change in experiential avoidance leads to a change in alexithymia and emotion regulation. This study paves the way for using experiential avoidance reducing focused interventions, including acceptance and commitment therapy in major depression disorder after traumatic brain injury.

**Keywords:** Experiential avoidance, Alexithymia, Emotion regulation, Traumatic brain injury

---

**How to cite this article :** Nemattavousi M, Soltaninia Sh. The mediating role of experiential avoidance in the relationship between Alexithymia and emotion regulation in patients with major depression disorder after traumatic brain injury. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (2): 140-152 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-774-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک

محترم نعمت طاوسی<sup>۱</sup>، شیوا سلطانی نیا<sup>۲</sup>

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (مؤلف مسئول). ایمیل: nemattavousei@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** مشکلات هیجانی از جمله شایع‌ترین پیامدهای آسیب مغزی تروماتیک بوده که در سبب‌شناسی افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک دخیل هستند.

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک انجام شد.

**روش:** این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری را بیماران مبتلا به آسیب مغزی تروماتیک که تشخیص افسردگی اساسی گرفته بودند و سال ۱۳۹۷ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان پرونده درمانی داشتند، تشکیل دادند که تعداد ۶۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه پذیرش و عمل (بوندر و همکاران، ۲۰۱۱)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی و پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (گراتز و رومر، ۲۰۰۴)، پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با آزمون آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی بر اساس روش بارون و کنی انجام شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که بین ناگویی هیجانی، تنظیم هیجان و اجتناب تجربه‌ای در سطح ( $P < 0/01$ ) ارتباط معنادار وجود دارد و اجتناب تجربه‌ای در ارتباط بین ناگویی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان، نقش واسطه‌ای جزئی ایفا می‌کند ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، تغییر در اجتناب تجربه‌ای موجب تغییر در ناگویی هیجان و تنظیم هیجان می‌شود. بدین ترتیب این پژوهش زمینه را برای به کارگیری مداخله‌هایی متمرکز بر کاهش اجتناب تجربه‌ای از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک فراهم می‌کند.

**کلید واژه‌ها:** اجتناب تجربه‌ای، ناگویی هیجانی، تنظیم هیجان، آسیب مغزی تروماتیک

## مقدمه

تروماتیک به شمار می‌آیند (نیومن<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۷). یکی از این پیامدها اختلال در تنظیم هیجان<sup>۲۱</sup> است (ساوسایدز<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ ابولافیا - براخا<sup>۲۳</sup>، آلین<sup>۲۴</sup> و پیتک<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۶) که پژوهش‌های زیادی نقش واسطه‌ای آن را در افسردگی نشان داده‌اند (کامپار<sup>۲۶</sup>، زاربو<sup>۲۷</sup>، شونین<sup>۲۸</sup>، گوردن و مارکونی<sup>۲۹</sup>، ۲۰۱۴؛ ترنت<sup>۳۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان فرآیندی است که توسط آن، افراد هیجان‌های خود (موقعی که هیجانی هستند) و چگونگی تجربه یا ابراز این هیجان‌ها را تحت نفوذ خود قرار می‌دهند (گراس<sup>۳۱</sup>، ۱۹۹۸) و شامل چهار مؤلفه؛ آگاهی و فهم از هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، توانایی برای کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار نمودن بر اساس اهداف مورد نظر است (گراتز<sup>۳۲</sup> و رومر<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۴).

تلاش‌های بسیاری برای فهم بهتر سازه‌هایی که با دشواری در تنظیم هیجان مرتبط هستند صورت گرفته به این امید که مکانیزم‌های زیربنایی آن را شناسایی کرده و هدف درمانی قرار دهند. تیلور<sup>۳۴</sup>، بگبی<sup>۳۵</sup> و پارکر<sup>۳۶</sup> (۱۹۹۷) رابطه بین نقص در تنظیم هیجان با ناگویی هیجانی<sup>۳۷</sup> را مطرح کرده‌اند. ناگویی هیجانی نیز از جمله مشکلات هیجانی است که مطالعه‌های زیادی رابطه آن با اختلال افسردگی (همینگ<sup>۳۸</sup>، هدوک<sup>۱</sup>، شو<sup>۲</sup> و پرات<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹).

آسیب مغزی تروماتیک، آسیبی است که بر اثر تکان، ضربه یا تصادم سر ایجاد و موجب اختلال در عملکرد طبیعی مغز می‌شود (فریدن<sup>۱</sup>، هوری<sup>۲</sup> و بالدوین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). به دلیل ماهیت پیچیده تغییرهای حاد یا کوتاه‌مدت و بلندمدت در کیفیت زندگی پس از آسیب مغزی، پیامدها و عوارض آسیب مغزی تروماتیک در کانون توجه قرار گرفته است (اشمن<sup>۴</sup>، گوردن<sup>۵</sup>، کانتور<sup>۶</sup> و هیبرد<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). اخیراً در زمینه پیامدهای پس از آسیب‌های مغزی تروماتیک به بروز اختلال‌های روان‌شناختی توجه بیشتری شده است. در میان انواع اختلال‌های روان‌شناختی، بروز افسردگی یکی از مخرب‌ترین حالت‌های هیجانی است که از طریق غم و اندوه شدید مشخص می‌شود (یوهانز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶) که شیوع آن غالباً به شکل اختلال افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک<sup>۹</sup> ۱۴ تا ۷۷ درصد گزارش شده است (جوئنگست<sup>۱۰</sup>، کومار<sup>۱۱</sup> و وگنر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۷؛ مائوری<sup>۱۳</sup>، پالتا<sup>۱۴</sup>، کولاسانتی<sup>۱۵</sup>، میسرورچی<sup>۱۶</sup> و آلتامورا<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۴؛ رائو<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ بمباردیر<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). مشکلات هیجانی از جمله شایع‌ترین، پایدارترین و چالش‌برانگیزترین عواقب آسیب مغزی

20- Neumann, D.

21- Emotion Regulation (ER)

22- Tsaousides, T.

23- Aboulafia-Brakha, T.

24- Allain, P.

25- Ptak, R.

26- Compare, A.

27- Zarbo, C.

28- Shonin, E.

29- Marconi, C.

30- Trent, E. S.

31- Gross, J. J.

32- Gratz, K. L.

33- Roemer, L.

34- Taylor, C. A.

35- Bagby, R. M.

36- Parker, J. D. A.

37- Alexithymia

38- Hemming, L.

1- Frieden, T.

2- Houry, D.

3- Baldwin, G.

4- Ashman, T. A.

5- Gordon, W. A.

6- Cantor, J. B.

7- Hibbard, M. R.

8- Yohannes, A. M.

9- Post TBI Major Depressive Disorder (P-TBI-MDD)

10- Juengst, S. B.

11- Kumar, R. G.

12- Wagner, A. K.

13- Mauri, M. C.

14- Paletta, S.

15- Colasanti, A.

16- Miserocchi, G.

17- Altamura, A. C.

18- Rao, W.

19- Bombardier, C. H.

آن تأثیر دارد (ونتا و همکاران، ۲۰۱۲). از طرفی در سبب‌شناسی اختلال افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک عوامل متعددی نقش دارند که این امر ضرورت کاربست‌های بالینی فراتشخیص را در این بیماران نشان می‌دهد که در این بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان کاربستی فرا تشخیص با تمرکز بر کاهش اجتناب از طریق پذیرش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را هسته اصلی درمان معرفی می‌کند (بارانوف<sup>۱۴</sup>، هانراهان<sup>۱۵</sup>، بورک<sup>۱۶</sup> و کانر<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۶)؛ بنابراین این پژوهش با بررسی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای این بیماران در رابطه بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان آن‌ها، می‌تواند زمینه را برای به‌کارگیری مداخله‌هایی متمرکز بر کاهش اجتناب تجربه‌ای از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک فراهم کند.

## روش

این پژوهش از لحاظ هدف بنیادی و شیوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی به شمار می‌رود. جامعه آماری این پژوهش بیماران مبتلا به آسیب مغزی تروماتیک بودند که در سال ۱۳۹۷ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان پرونده درمانی داشتند. در این پژوهش معیارهای ورود شامل: داشتن تشخیص افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک، ابتلا به افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک حداکثر بین یک تا چهار سال، رضایت آگاهانه، داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال و تحصیلات حداقل سیکل و معیارهای خروج شامل:

فیتز<sup>۴</sup>، والنسیا<sup>۵</sup> و سیلانی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸) و افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک را نشان داده‌اند (نیومن، ۲۰۱۷). منظور از ناگویی هیجانی، دشواری در پردازش‌شناختی اطلاعات هیجانی و اختلال در تنظیم هیجان است (بگبی و تیلور، ۱۹۹۷) و اصلی‌ترین ویژگی‌های آن شامل ناتوانی در شناخت و توصیف کلامی هیجان‌های تجربه شده؛ نقص و نارسایی در تفکر عینی که ابراز احساس‌ها، خواسته‌ها و تمایل‌هایی را به طور معنادار محدود می‌کند؛ ناتوانی در به‌کارگیری احساس‌ها، به‌عنوان علائم احتمالی مشکلات هیجانی و ناتوانی در به‌خاطر آوردن رؤیاها است (تیلور، پارکر، بگبی و آکلین<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲). اگرچه مکانیزم رابطه ناتوانی فرد در استفاده از واژه‌ها برای بیان هیجان‌های خود (ناگویی هیجانی) با ناتوانی در تنظیم هیجان هنوز کاملاً شناخته شده نیست (ونتا، هارت<sup>۹</sup> و شارپ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲). یافته‌ها که مبنی بر ارتباط بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان است، حاکی از محتمل بودن چندین نوع رابطه بین این دو سازه است (پاندی<sup>۱۱</sup>، ساکسنا<sup>۱۲</sup> و دویی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۱).

بنابر آنچه ذکر شد، اختلال در تنظیم هیجان یک وضعیت بالینی عمده در افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک است که بر اساس یافته‌ها در جوامع بالینی دیگر ناگویی هیجانی از طریق اجتناب تجربه‌ای بر

- 1- Haddock, G.
- 2- Shaw, J.
- 3- Pratt, D.
- 4- Fietz, J.
- 5- Valencia, N.
- 6- Silani, G.
- 7- Acklin, M. W.
- 8- Venta, A.
- 9- Hart, J.
- 10- Sharp, C.
- 11- Pandey, R.
- 12- Saxena, P.
- 13- Dubey, A.

<sup>14</sup>- Baranoff, J. A.  
<sup>15</sup>- Hanrahan, S. J.  
<sup>16</sup>- Burke, A. L.  
<sup>17</sup>- Connor, J. P.

معنادار آن نشان‌دهنده اثر واسطه‌ای جزئی است. برای آزمون معناداری اثر واسطه‌ای نیز از آزمون سوبل<sup>۳</sup> استفاده شد.

### ابزار

**مصاحبه بالینی:** مصاحبه بالینی ساختار یافته برای راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی - ویرایش پنجم<sup>۴</sup>، یک مصاحبه نیمه ساختاریافته برای تشخیص‌های اصلی راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی - ویرایش پنجم است. این ابزار توسط بالینگر یا کارشناس سلامت روان آموزش دیده که با معیارهای تشخیصی و طبقه‌بندی اختلال‌ها در راهنمای تشخیصی آشناس<sup>۵</sup>، اجرا می‌گردد. جمعیت مورد مصاحبه بیماران روان‌پزشکی یا دچار بیماری طبی عمومی یا افرادی که خود را به عنوان بیمار نمی‌شناسند، است. پوشش تشخیصی و زبان استفاده شده این پرسش‌نامه آن را برای افراد بالای ۱۸ سال مناسب می‌کند؛ هر چند با تغییر مختصر در عبارت‌بندی سؤال‌ها ممکن است بتوان از آن برای نوجوانان نیز استفاده کرد (فرست<sup>۶</sup>، ویلیامز<sup>۷</sup>، کارگ<sup>۸</sup> و اسپیتزر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵/۱۳۹۶).

**پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک:** پرسشنامه‌ای که محقق ساخته برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، شامل سؤال‌هایی در مورد سن، تحصیلات، تأهل، وضعیت اقتصادی و غیره.

**پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم<sup>۱۰</sup>:** یک ابزار ۷ ماده‌ای است که توسط بوند<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است. این ابزار تک عاملی، اجتناب از تجارب

سوءمصرف الکل، مواد یا دارو، زوال عقل و روان‌آشفستگی و اختلال‌های روانی به جز افسردگی اساسی بودند. تعداد ۶۰ نفر از بیماران مذکور که قبل از ورود به پژوهش طی مصاحبه بالینی توسط یک روان‌شناس بالینی آموزش دیده تشخیص افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند، برای شرکت در این پژوهش به صورت هدفمند انتخاب شدند. هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان روشن و رضایت آگاهانه از آن‌ها اخذ گردید. سپس ابزارهای پژوهش پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان با ترتیب‌های تصادفی جهت پاسخ‌دهی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون آماری همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی بر اساس روش بارون و کنی (بارون<sup>۱</sup> و کنی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶) برای بررسی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. در روش بارون و کنی، زمانی می‌توان متغیری را در رابطه بین دو متغیر دیگر دارای نقش واسطه‌ای دانست که چهار شرط در نتایج تحلیل رگرسیون برقرار باشد: الف) ارتباط بین متغیر مستقل و وابسته معنادار باشد؛ ب) ارتباط بین متغیر مستقل و واسطه‌ای معنادار باشد؛ ج) پس از ورود هم‌زمان متغیر مستقل و واسطه‌ای، متغیر واسطه‌ای اثر معناداری بر متغیر وابسته داشته باشد؛ د) از دست رفتن کامل معناداری ارتباط متغیر مستقل و وابسته در معادله سوم رگرسیون بیانگر اثر واسطه‌ای کامل و کاهش

<sup>3</sup>- Sobel Test

<sup>4</sup>- The Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)

<sup>5</sup>- First, M.

<sup>6</sup>- Williams, J.

<sup>7</sup>- Karg, R.

<sup>8</sup>- Spitzer, R.

<sup>9</sup>- Acceptance and Action Questionnaires-2 (AAQ-2)

<sup>10</sup>- Bond, F. W.

<sup>1</sup>- Baron, R. M.

<sup>2</sup>- Kenny, D. A.

هیجانی (۷ عبارت) را در سه زیرمقیاس اجتناب تجربه‌ای، پذیرش و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی فرد می‌سنجد. نمره‌گذاری پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم بر اساس لیکرت هفت درجه از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) انجام می‌شود. در این پرسشنامه، نمره‌های بالا نشان دهنده اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بیشتر و نمره‌های پایین، نشانه پذیرش و عمل بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار روایی و اعتبارسازی رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) گزارش شد و روایی بازآزمایی ۳ و ۱۲ ماهه آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (بونند و همکاران، ۲۰۱۱). مهدی ایمانی (۱۳۹۵) در ایران به بررسی اعتبار و روایی این پرسشنامه پرداخت. نتایج اعتبار (همسانی درونی) این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۱ نشان داد. همچنین در این پژوهش همبستگی آن با نمره‌های مقیاس افسردگی (۰/۵۷)، اضطراب (۰/۵۵) و استرس (۰/۵۱) روایی همگرا و همبستگی با نمره‌های پرسشنامه سلامت عمومی (۰/۳۶)، روایی واگرایی پرسشنامه را نشان داد. در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

**مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۱</sup>:** این ابزار یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای است که به وسیله تیلور (۱۹۸۶) ساخته شد و توسط بگی و همکاران (۱۹۹۴) مورد تجدید نظر قرار گرفت. این ابزار سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها<sup>۲</sup>، دشواری در توصیف احساس‌ها<sup>۳</sup> و تفکر

عینی<sup>۴</sup> را می‌سنجد. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس لیکرت پنج درجه از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) انجام می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و بگی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگاس، مانوکا و استاف، ۲۰۰۴؛ پانندی، مندال، تیلور و پارکر، ۱۹۹۶؛ تیلور و همکاران، ۲۰۰۰). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجایی تورنتو - ۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی<sup>۵</sup> خوب مقیاس است. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی<sup>۶</sup> ( $R = 0.70, P < 0.001$ )، بهزیستی روان‌شناختی<sup>۷</sup> ( $R = 0.68, P < 0.001$ ) و درماندگی روان‌شناختی<sup>۸</sup> ( $R = 0.44, P < 0.001$ ) همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی<sup>۹</sup> نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ تأیید کرده‌اند (بشارت، ۱۳۹۲). در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

**مقیاس دشواری در تنظیم هیجان<sup>۱۰</sup>:** این ابزار ۳۶ ماده‌ای توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) تدوین شده است و شش

<sup>۴</sup>- Externally oriented thinking (EOT)

<sup>۵</sup>- Internal consistency

<sup>۶</sup>- Emotional intelligence

<sup>۷</sup>- Psychological well-being

<sup>۸</sup>- Psychological distress

<sup>۹</sup>- Confirmatory factor analysis

<sup>۱۰</sup>- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

<sup>۱</sup>- Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)

<sup>۲</sup>- Difficulty in identifying feelings (DIF)

<sup>۳</sup>- Difficulty in describing feelings (DDF)



این پژوهش روی ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک با میانگین سنی ۲۷/۹ سال با انحراف استاندارد (۴/۵۸۷) انجام گرفت که از لحاظ جنس، ۴۵ نفر از آن‌ها مرد و ۱۵ نفر زن بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۴۲ نفر مجرد و ۱۸ نفر متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۳۰ نفر در حد سیکل، ۲۴ نفر دیپلم، ۴ نفر فوق دیپلم و ۲ نفر کارشناسی بودند. علاوه بر این، میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای، ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان به ترتیب ۳۸/۲۵، ۵۰/۳۱۶، ۹۰/۲ و انحراف استانداردهای این متغیرها به ترتیب ۶/۸۸، ۳/۵ و ۵/۸۷۹ بود. همچنین، آزمون کولموگروف اسمیرنوف<sup>۱۰</sup> نشان داد که این سه متغیر به ترتیب با نمرات ۱/۰۸۸، ۰/۶۵۶ و ۰/۶۱۸ دارای توزیع نرمال هستند ( $P > ۰/۰۵$ ).

برای بررسی رابطه بین اجتناب تجربه‌ای، ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۱ آمده است.

زیرمقیاس، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی<sup>۱</sup>، دشواری در انجام رفتار هدفمند<sup>۲</sup>، دشواری در مهار برانگیختگی<sup>۳</sup>، فقدان آگاهی هیجانی<sup>۴</sup>، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۵</sup> و عدم وضوح هیجانی<sup>۶</sup> را می‌سنجد. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس لیکرت پنج درجه از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) انجام می‌شود. نتایج پژوهش گراتز و رومر (۲۰۰۴) نشان داد که این مقیاس از همسانی درونی بالایی (۰/۹۳) برخوردار است. هر شش زیرمقیاس پرسش‌نامه آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین همبستگی معناداری با مقیاس انتظار تعمیم یافته تنظیم هیجان منفی<sup>۷</sup> و پرسش‌نامه پذیرش و عمل (هیز<sup>۸</sup> و استروسال<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰) دارد. خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) در ایران به بررسی اعتبار و روایی این مقیاس پرداختند. نتایج تحلیل عاملی این مقیاس، مطابق با مقیاس اصلی، ۶ زیرمقیاس را نشان داد. همچنین در این پژوهش، همبستگی معنادار زیرمقیاس‌ها با سیاهه‌های افسردگی و اضطراب بک، روایی همگرای این مقیاس را نشان داد. نتایج حاصل از بررسی اعتبار این مقیاس نیز نشان داد که آلفای کرونباخ ۶ زیرمقیاس در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ و اعتبار باز آزمون در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ است. در این پژوهش آلفای کرونباخ هر شش زیرمقیاس پرسش‌نامه در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۹۰ به دست آمد.

## یافته‌ها

<sup>1</sup>- Nonacceptance of negative emotions

<sup>2</sup>- Difficulties engaging in goal-directed behaviors

<sup>3</sup>- Difficulties in controlling impulsive behaviors

<sup>4</sup>- Lack of emotional awareness

<sup>5</sup>- Limited access to effective emotion regulation strategies

<sup>6</sup>- Lack of emotional clarity

<sup>7</sup>- Negative Mood Regulation expectancy questionnaire (NMR)

<sup>8</sup>- Hayes, S. C

<sup>9</sup>- Strosahl, K. D.

<sup>10</sup>- Kolmogorov-smirnov test

جدول ۱ ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	اجتناب تجربه‌ای	ناگویی هیجانی	دشواری در تنظیم هیجان
اجتناب تجربه‌ای	۱		
ناگویی هیجانی	۰/۴۲۵**	۱	
دشواری در تنظیم هیجان	۰/۵۰۴*	۰/۶۹۷*	۱

\* در سطح ۰/۰۱ معنادار است. \*\* در سطح ۰/۰۱

مثبت و معنادار قوی وجود دارد ( $P=0/0001$ ) ،  
 اما به دلیل اینکه این رابطه کمتر از ۰/۷۵  
 است هم‌خطی ساده وجود ندارد. پارامتر تحمل نیز وجود  
 هم‌خطی چندگانه را نفی کرد ( $\text{tolerance} > 0/4$ ) ،  
 تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی در جدول ۲  
 نشان داده شده است.

جدول ۱ نشان داد که بین اجتناب تجربه‌ای و ناگویی  
 هیجانی همبستگی مثبت و معنادار متوسطی وجود دارد  
 ( $r=0/425, P=0/0001$ ). همچنین، بین اجتناب تجربه‌ای  
 و دشواری در تنظیم هیجان همبستگی مثبت و معنادار  
 متوسطی وجود دارد ( $r=0/504, P=0/0001$ ) و بین  
 ناگویی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان نیز همبستگی

جدول ۲ تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی و آزمون سوئل برای نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای

گام	پیش‌بین	ملاک	آزمون تی			تحلیل واریانس		آزمون سوئل
			ضریب بتای استاندارد	t	سطح معناداری	ضریب تعیین	آماره F	
۱	ناگویی هیجانی	اجتناب تجربه‌ای	۰/۴۲۵	۳/۵۷۸	۰/۰۰۱*	۰/۱۸۱	۱۲/۸۰۱	۰/۰۰۱**
۲	ناگویی هیجانی	دشواری در تنظیم هیجان	۰/۶۹۷	۷/۳۹۹	۰/۰۰۱**	۰/۴۸۶	۵۴/۷۵۱	۰/۰۰۰۱**
۳	اجتناب تجربه‌ای	دشواری در تنظیم هیجان	۰/۲۵۴	۲/۵۵۵	۰/۰۱۳***	۰/۵۳۸	۳۳/۲۵۱	۰/۰۰۰۱**
	ناگویی هیجانی		۰/۵۸۹	۵/۹۲۳	۰/۰۰۰۱**			۲/۰۷۹

\* در سطح ۰/۰۱ معنادار است. \*\* در سطح ۰/۰۱ معنادار است. \*\*\* در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

استاندارد بین ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای نیز  
 معنادار بود ( $\beta=0/425$  استاندارد،  $P<0/0001$ )؛ ج-  
 همچنین، اجتناب تجربه‌ای پس از ورود هم‌زمان با  
 ناگویی هیجانی، اثر معناداری بر تنظیم هیجان داشت  
 ( $\beta=0/254$  استاندارد،  $P<0/05$ )؛ د- سرانجام در معادله  
 سوم رگرسیون، معناداری ضریب بتای استاندارد مربوط به

تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی در جدول ۲ نشان داد که  
 اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ناگویی هیجانی و دشواری  
 در تنظیم هیجان، نقش واسطه‌ای دارد و چهار شرط بارون  
 و کنی محقق شد: الف- ضریب بتای استاندارد بین  
 ناگویی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان معنادار بود  
 ( $\beta=0/697$  استاندارد،  $P<0/0001$ )؛ ب- ضریب بتای



جدول ۲ مشخص است، آزمون تحلیل واریانس معناداری هر سه گام را نشان داده است. نمودار ۱ طبق داده‌های جدول ۲، نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای را در رابطه بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان را نشان می‌دهد که در آن:

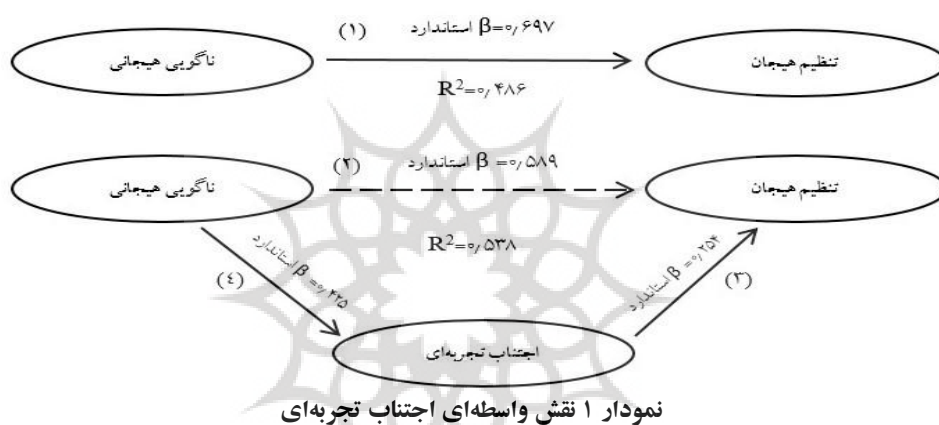
رابطه ناگویی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان کاهش معنادار نشان داد که این حاکی از اثر واسطه‌ای جزئی است ( $\beta=0/589$  استاندارد،  $P<0/001$ ). آزمون سوبل نیز معناداری اثر واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای را نشان داد ( $P<0/05$ ،  $Z=2/079$ ). در ضمن، همان‌طور که در

(۱): اثر کل ناگویی هیجانی بر تنظیم هیجان

(۲): اثر ناگویی هیجانی بر تنظیم هیجان با کنترل اجتناب تجربه‌ای

(۳): اثر اجتناب تجربه‌ای بر تنظیم هیجان

(۴): اثر ناگویی هیجانی بر اجتناب تجربه‌ای



(شپس<sup>۱</sup>، سوری<sup>۲</sup> و گراس، ۲۰۱۵) و از طرفی دیگر نیز این متغیر با ناگویی هیجانی و به خصوص با زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها رابطه دارد (پانایوتو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). یافته‌ها مؤید فرض ما بود و مشخص شد که اجتناب تجربه‌ای در ارتباط بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان، نقش واسطه‌ای جزئی ایفا می‌کند. بدین معنی که پس از ورود متغیر واسطه، معناداری ارتباط بین دو متغیر مستقل و وابسته به طور کامل از دست نرفته و فقط کاهش معنادار داشته که نشانه اثر واسطه‌ای جزئی است. این یافته با پژوهش ونتا و همکاران (۲۰۱۲)

## بحث

هدف از این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک بود. در سطح همبستگی دو متغیره، یافته‌ها نشان دادند که بین ناگویی هیجانی، تنظیم هیجان و اجتناب تجربه‌ای ارتباط معنادار وجود دارد. در سطح چند متغیره، فرض ما این بود که اجتناب تجربه‌ای می‌تواند در رابطه دو متغیر دیگر این پژوهش، نقش واسطه‌ای ایفا کند؛ چرا که از طرفی ارتباط اجتناب تجربه‌ای با دشواری در طبقات مشخصی از تنظیم هیجان نشان داده شده است

<sup>1</sup>- Sheppes, G.

<sup>2</sup>- Suri, G.

<sup>3</sup>- Panayiotou, G.

هماهنگ است که در رابطه بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان نوجوانان، نقش واسطه‌ای جزئی را برای اجتناب تجربه‌ای نشان دادند (ونتا و همکاران، ۲۰۱۲). اجتناب تجربه‌ای (متغیر واسطه‌ای) مکانیزمی است که ناگویی هیجانی از طریق آن بر روی تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارد (ونتا و همکاران، ۲۰۱۲). از یک طرف، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان رابطه وابستگی متقابل وجود دارد؛ یعنی اگرچه تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی دو سازه مستقل از هم هستند، بین برخی از مؤلفه‌های این دو سازه ارتباط و بین برخی از مؤلفه‌های آن‌ها رابطه علی وجود دارد (پاندی و همکاران، ۲۰۱۱). از طرفی دیگر، اگر اجتناب تجربه‌ای ناشی از نوعی بیش‌ارزیابی در هزینه وضعیت‌های هیجانی تعریف شود، در این صورت، دشواری در عنصر ارزیابی مربوط به طبقه‌شناسایی هیجان که در پژوهش‌های نظری تنظیم هیجان عنوان شده است (شپس و همکاران، ۲۰۱۵) را مطرح می‌کند و در عین حال، مشخص شده است که اجتناب تجربه‌ای با مفهوم دشواری در شناسایی احساس‌ها مطرح در ناگویی هیجانی ارتباط دارد بدین معنا که افراد دارای دشواری در شناسایی احساس‌ها، ممکن است اساساً در حال تلاش برای اجتناب از تجربه احساس‌ها باشند (پانایوتو و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که در بعد شناسایی، اجتناب تجربه‌ای احتمالاً وضعیت بالینی مشترکی بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان است و این امر می‌تواند یافته این پژوهش را در مورد نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای توجیه نماید؛ یعنی با حضور اجتناب تجربه‌ای تأثیر ناگویی هیجانی بر تنظیم هیجان کاهش می‌یابد. این یافته نشان می‌دهد که اگر روان‌درمانگران بالینی بتوانند مقدار اجتناب تجربه‌ای را در

بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی کاهش دهند، تأثیر ناگویی هیجانی که در این بیماران شیوع بسیار بالایی (نیومن، ۲۰۱۷) دارد بر دشواری در تنظیم هیجان که این نیز در این بیماران رایج و با دامنه وسیعی از سیمپتوم‌ها مرتبط است (ساوسایدز، ۲۰۱۷) و فی‌نفسه در پاتولوژی افسردگی نقش قدرتمندی دارد (شپس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کامپار و همکاران، ۲۰۱۴)، کاهش می‌یابد. در واقع، افرادی که دچار ناگویی هیجانی هستند به دلیل داشتن دشواری در شناسایی هیجان‌هایشان، به جای تنظیم هیجان متمرکز بر پیشانید، از تنظیم هیجان متمرکز بر پاسخ که به پسایند اشاره دارد، بهره می‌برند. این نوع تنظیم هیجان در واقع تنظیم پیامدهای هیجان و اساساً سرکوب (اجتناب از) هیجان است که روش مؤثری برای تنظیم هیجان‌های منفی نیست؛ بنابراین، احتمالاً ناگویی هیجانی به صورت نقص در تنظیم هیجان بر سطح افسردگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد (ژانگ<sup>۱</sup>، فان<sup>۲</sup>، سان<sup>۳</sup>، چیو<sup>۴</sup> و سانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد یک دیدگاه درمانی است که با تأکید بر پذیرش تجربه‌ای، فرایندی در مقابل اجتناب تجربه‌ای (هیز و استروسال، ۲۰۱۰)، یعنی عدم تلاش برای تغییر یا کنترل تجربیات بد درونی، به دنبال ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر است (بارانوف و همکاران، ۲۰۱۶). این درمان در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به کار می‌گیرد تا به‌طور تجربی از طریق پذیرش، نا همجوشی، ایجاد یک حس فرا تجربی از خود، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و ساختن الگوهایی از اقدام‌های متعهدانه مرتبط

<sup>1</sup>- Zhang, H.

<sup>2</sup>- Fan, Q.

<sup>3</sup>- Sun, Y.

<sup>4</sup>- Qiu, J.

<sup>5</sup>- Song, L.

پس از آسیب مغزی گزینه مناسبی باشد البته اغلب روان‌درمانی‌های امروزی به نحوی اجتناب تجربه‌ای را لحاظ می‌کنند (برکینگ<sup>۳</sup>، نیکسیو<sup>۴</sup>، کامتویس<sup>۵</sup> و لینهان<sup>۶</sup>، لینهان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹) و این تعداد زیاد مدل‌های درمانی که اجتناب تجربه‌ای و مشکلات هیجانی مرتبط با آن را هدف قرار می‌دهند، اهمیت بالینی اجتناب تجربه‌ای را نشان می‌دهد (ونتا و همکاران، ۲۰۱۲). به طور خلاصه، یافته‌های این پژوهش به درک نظری این سه وضعیت بالینی کمک می‌کند. همچنین رویکرد بالینی بیماران مذکور را یاری می‌دهد. از آنجایی که نمونه این پژوهش را سنین ۱۸ تا ۴۵ سال تشکیل دادند، می‌بایست تعمیم نتایج با احتیاط صورت بگیرد.

### سپاسگزاری

از همکاری تمام مسئولان بیمارستان شهید بهشتی کاشان و مراجعه کنندگان که با شرکت خود امکان انجام این پژوهش را فراهم کردند؛ سپاسگزاریم.

### References

- Aboulafia-Brakha T, Allain P, & Ptak R. (2016). Emotion regulation after traumatic brain injury: distinct patterns of sympathetic activity during anger expression and recognition. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 31(3), 21-31.
- Ashman TA, Gordon WA, Cantor JB, & Hibbard MR. (2006). Neurobehavioral consequences of traumatic brain injury. *Mt Sinai J Med*, 73(7), 999-1005.
- Bach PA, Moran DJ, & Hayes SC. (2008). ACT in practice: case conceptualization in acceptance

<sup>3</sup>- Berking, M.

<sup>4</sup>- Neacsu, A.

<sup>5</sup>- Comtois, K. A.

<sup>6</sup>- Linehan, M. M.

با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری در فرد ایجاد کند (باخ<sup>۱</sup>، موران<sup>۲</sup> و هیز، ۲۰۰۸).

این پژوهش حداقل دو محدودیت عمده دارد: اولاً طرح این پژوهش از نوع مقطعی بود. اگرچه استفاده از روش‌های آماری مناسب، شواهدی درباره نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک به دست می‌دهد، لکن بدون یک طرح طولی نمی‌توان روابط علت و معلولی بین این سه وضعیت بالینی را استنتاج کرد. ثانیاً بیماران از لحاظ ناحیه و شدت آسیب به سر متمایز نشده بودند. لوب یا لوب‌های درگیر آسیب و همچنین آسیب‌های خفیف، متوسط و شدید سر می‌توانند تابلوی بالینی بیمار را تحت تأثیر قرار دهند. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش با حجم نمونه بیشتر، روش‌های آماری مدل‌سازی مانند تحلیل مسیر و معادلات ساختاری و طرح‌های پژوهشی طولی و آزمایشی تکرار شود تا از این طریق مدل نظری منسجم‌تری در این زمینه تدوین شود و روابط علت معلولی آشکار گردد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش شاید بتوان با تغییر در اجتناب تجربه‌ای و تأثیر در بعد شناسایی احساسات، با شناسایی بهتر احساسات تأثیر ناگویی هیجان را کاهش داده و به جای تنظیم هیجان متمرکز بر پس‌آیند یا پاسخ، از تنظیم هیجان متمرکز بر پیش‌آیند بهره برد که در نتیجه دیگر از تنظیم متمرکز بر پاسخ که در واقع سرکوب هیجان است استفاده نخواهد شد. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند برای مداخله در افسردگی اساسی

<sup>1</sup>- Bach, P. A.

<sup>2</sup>- Moran, D. J.

- & commitment therapy. oakland, CA: New Harbinger.
- Bagby RM, & Taylor GJ. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. In G.J. Taylor, R. M. Bagby, J. D. A., Parker (Eds), Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness (pp. 26-45). Cambridge: University Press.
- Bagby RM, Parker JD, & Taylor GJ. (1994). The twenty-item toronto alexithymia scale-I. item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Baranoff JA, Hanrahan SJ, Burke AL, & Connor JP. (2016). Changes in acceptance in a low-intensity, group-based acceptance and commitment therapy (ACT) chronic pain intervention. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(1), 30-38.
- Baron RM, Kenny DA. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Berking M, Neacsiu A, Comtois KA, Linehan MM. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*, 47(8), 663-670.
- Besharat MA. (2007). Reliability and factorial validity of a farsi version of the 20-item toronto alexithymia scale with a sample of iranian students. *Psychological reports*, 101(1), 209-220. [Persian].
- Bombardier CH, Fann JR, Temkin NR, Esselman PC, Barber J, & Dikmen SS. (2010). Rates of major depressive disorder and clinical outcomes following traumatic brain injury. *Jama*, 303(19), 1938-1945.
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*, 42(4), 676-688.
- Compare A, Zarbo C, Shonin E, Gordon W, & Marconi C. (2014). Emotional regulation and depression: a potential mediator between heart and mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 324-374.
- Fietz J, Valencia N, Silani G. (2018). Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. *J Eval Clin Pract*, 24(4), 901-908.
- First M, Williams J, Karg R, & Spitzer R. (2015). Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV). arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Frieden T, Houry D, & Baldwin G. (2015). Report to congress on traumatic brain injury in the united states: epidemiology and rehabilitation. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control; Division of Unintentional Injury Prevention.
- Gratz KL, & Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross JJ. (1998). The emerging field of emotion regulation: An interative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Hayes SC, & Strosahl KD. (2010). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer science and business media Inc.
- Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. (2019). Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. *Front Psychiatry*.
- Imani M. (2016). Factor Structure of psychological flexicurity questionnaire in students. *Journal of Educational and Learning Studies*, 8(1), 162-181. [Persian].

- Juengst SB, Kumar RG, & Wagner AK. (2017). A narrative literature review of depression following traumatic brain injury: prevalence, impact, and management challenges. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 175-185.
- Khanzadeh M, Saidiyan M, Hosseinchary M, Edrissi F. (2012). Factor structure and psychometric properties of Difficulties in Emotion Regulation scale. *Journal of behavioral Sciences*, 6(1), 87-96. [Persian].
- Mauri MC, Paletta S, Colasanti A, Miserocchi G, & Altamura AC. (2014). Clinical and neuropsychological correlates of major depression following post-traumatic brain injury, a prospective study. *Asian journal of Psychiatry*, 12, 118-124.
- Neumann D. (2017). Treatments for emotional issues after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(5), 283-285.
- Panayiotou G, Leonidou C, Constantinou E, Hart J, Rinehart KL, Sy JT, et al. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive psychiatry*, 56, 206-216.
- Pandey R, Saxena P, & Dubey A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*, 7(4), 604-623.
- Rao V, Mielke M, Xu X, Smith GS, McCann UD, Bergey A, & et al. (2012). Diffusion tensor imaging atlas-based analyses in major depression after mild traumatic brain injury. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 24(3), 309-315.
- Sheppes G, Suri G, Gross JJ. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 11, 379-405.
- Taylor GJ, Bagby RM, & Parker JDA. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM, & Acklin MW. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 417-424.
- Trent ES, Viana AG, Raines EM, Woodward EC, Storch EA, Zvolensky MJ. (2019). Parental threats and adolescent depression: The role of emotion dysregulation. *Psychiatry Res*, 5(276), 18-24.
- Tsaousides T, Spinser L, Kajankova M, Guetta G, Gordon W, & O'Connor KD. (2017). Improving emotion regulation following web-based group intervention for individuals with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabil*, 32(5), 354-365.
- Venta A, Hart J, & Shap C. (2012). The relation between experiential avoidance, alexithymia and emotion regulation in inpatient adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(3), 398-410.
- Yohannes AM. (2016). Depression in survival following acute infection. *Journal of psychosomatic research*, 90(2), 82-96.
- Zhang H, Fan Q, Sun Y, Qiu J, & Song L. (2017). A Study of the characteristics of alexithymia and emotion regulation in patients with depression. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(2), 95-103.