

The relationship of metacognitive beliefs and emotion regulation difficulties with post traumatic stress disorder

Mazloom M. MSc[✉], Yaghubi H. PhD¹, Mohammadkhani Sh. PhD²

[✉] Department of Psychology, Humanities Faculty, Shahed University, Tehran, Iran

¹Department of Psychology, Humanities Faculty, Shahed University, Tehran, Iran

²Department of Psychology, Psychology & Educational Sciences Faculty, Kharazmi University, Tehran, Iran

Received: 2013.12.14 Accepted: 2014.6.15

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the relationship of metacognitive beliefs and emotion regulation difficulties with post-traumatic stress symptom and then to determine the influence of each variable on aforementioned symptom.

Method: Sample population included 280 high school students from Ahar that were selected by cluster sampling. Next, they filled in PTSD Symptom Scale-Self Report (PSS-SR), Metacognitions Questionnaire- Adolescent Version (MCQ-A) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). To analyze the data, methods of descriptive statistics, Pearson's correlation and stepwise regression were employed by means of SPSS-16.

Results: Findings indicated that post traumatic stress symptom was positively associated with both metacognitive beliefs and emotion regulation difficulties. Results of regression analysis also showed that negative beliefs about worry, cognitive confidence, lack of goal-directed behavior, lack of emotional clarity and cognitive self-consciousness could explain 38% of variance of post-traumatic stress symptom in students with earthquake experience.

Conclusion: Results of present study, similar to metacognitive model and theoretical approaches of emotion regulation explaining post-traumatic stress symptom showed that changes in negative metacognitive beliefs as well as the correction of maladaptive emotion regulation strategies can relieve post-traumatic stress symptom.

Keywords: Post traumatic Stress Symptom, Metacognitive Believes, Emotion Regulation Difficulties

رابطه باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان با اختلال استرس پس از ضربه

مریم مظلوم[✉]، حمید یعقوبی^۱، شهرام محمدخانی^۲

[✉]گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۱گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۲گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۳

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان با نشانگان استرس پس از ضربه و تعیین سهم هریک از این دو متغیر در پیش‌بینی نشانگان استرس پس از ضربه انجام شد.

روش: ۲۸۰ دانش‌آموز مقطع دبیرستان از مناطق زلزله‌زده شهرستان اهر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده و مقیاس علائم اختلال استرس پس از ضربه- فرم خودگزارشی، پرسشنامه باورهای فراشناختی- فرم نوجوان و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام بر پایه نرم افزار SPSS-16 استفاده شد.

یافته‌ها: براساس نتایج آزمون همبستگی، افزایش میزان نشانگان استرس پس از ضربه در دانش‌آموزان با افزایش نمرات آنان در متغیرهای باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان همراه بود. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که باورهای منفی در مورد نگرانی، اطمینان شناختی، دشواری رفتارهای هدفمند، کمبود صراحت هیجانی و وقوف شناختی در مجموع ۳۸ درصد از واریانس نشانگان استرس پس از ضربه را در دانش‌آموزان، پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش همسو با مدل فراشناختی و نیز رویکردهای نظری مبتنی بر تنظیم هیجان در تبیین نشانگان استرس پس از ضربه، نشان داد که تغییر باورهای فراشناختی منفی و نیز اصلاح راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان می‌تواند کاهش نشانگان استرس پس از ضربه را به دنبال داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: نشانگان استرس پس از ضربه، باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان

مقدمه

زندگی انسان هیچ‌گاه عاری از آسیب نبوده و آسیب نیز در جای خود هیچ‌گاه عاری از پیامدهای ناگوار اقتصادی، اجتماعی، جسمی و البته روانی نبوده است. بی شک سوانح طبیعی و انسانی همواره در کنار تخریب آثار طبیعی و اجتماعی، آثار مخرب گسترده و عمیقی بر روح و روان آدمی داشته است. وجود علائمی کم و بیش مشابه اما با عناوینی گوناگون از قبیل نشانگان قلب سرباز، روان نژندی آسیب زاد، شوک ناشی از ترکش، روان نژندی جنگ و در نهایت اختلال استرس پس از ضربه و همچنین شیوع ۸ درصدی این اختلال در جمعیت عمومی [۱] حکایت از اهمیت این مسئله طی سال‌های متمادی دارد. زمانی که گستره و عمق آثار مخرب آسیب تا حدی پیشرفت کند که شکل یک اختلال را به خود گیرد، علائمی همچون تجربه مجدد آسیب، بیش برانگیختگی، اجتناب و کرختی هیجانی بروز کرده و تداوم می‌یابد؛ در چنین شرایطی، متناسب با شدت و فراوانی علائم، از اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و یا نشانگان استرس پس از ضربه (Post-Traumatic Stress Symptom)، سخن به میان می‌آید. پیشینه پژوهش در این زمینه طیف وسیعی از تحقیقاتی را دربردارد که در راستای تبیین مکانیسم شکل‌گیری و تداوم این مشکل روان‌شناختی، به جستجوی عوامل پیش‌بین و تعدیل‌کننده و سایر متغیرهای مرتبط، از نقش عوامل جمعیت‌شناختی و جنسیتی [۲،۳] گرفته تا جایگاه متغیرهای روان‌شناختی گوناگون [۴،۵،۶] پرداخته‌اند. اما از بین رویدادهای آسیب‌زای متعددی که بروز اختلال را به دنبال دارند، می‌توان به تجربه زلزله اشاره کرد. نتایج حاصل از یک فراتحلیل در ارتباط با مطالعات همه‌گیر شناختی انجام شده در فاصله سال‌های ۱۹۸۷ تا ۲۰۱۱، نشان داده است که میزان برآورد اختلال استرس پس از ضربه بین بازماندگان کودک و نوجوان بین ۱ تا ۹۵ درصد متغیر است و این درحالی است که میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه بر اساس ملاک‌های DSM-IV در دامنه ۱ تا ۶۰ درصد قرار دارد [۷]. همچنین محققان شیوع اختلال استرس پس از ضربه بین دانش‌آموزان دبیرستانی، ده ماه پس از وقوع زلزله بم را ۶۶/۷ درصد گزارش کرده‌اند [۸]. نتایج حاصل از بررسی دانش‌آموزان زلزله زده بم، نیز نشان داد که ۵۲/۲ درصد پسران و ۵۹ درصد دختران زیر ۱۵ سال و همچنین ۳۷/۵ درصد دانش‌آموزان پسر و ۳۳/۵ درصد دانش‌آموزان دختر بالای ۱۵ سال، دارای ملاک‌های اختلال استرس پس از ضربه هستند [۹]. با توجه به پیامدهای روان‌شناختی رویداد آسیب‌زا (زلزله) و نیز اختلال در کارکردهای گوناگون ناشی از آن، بدیهی است که شناسایی عوامل خطری که سبب افزایش احتمال ابتلا به مشکلات ناشی از تجربه رویداد آسیب‌زا می‌شوند، از اهمیت بالینی، تحصیلی و اجتماعی بالایی برخوردار است [۴]. با نگاهی به پیشینه پژوهشی اخیر در این زمینه، از یک سو گسترش تبیین‌ها و مداخلات مبتنی بر

رویکردهای موج سوم از جمله مدل فراشناختی (Metacognitive Model) را درمی‌یابیم [۱۳-۱۰] و از دیگر سو، شاهد تاکید روزافزون بر مطالعات و مداخلات درمانی مرتبط با تنظیم هیجان هستیم [۱۷-۱۴]. بر اساس مدل فراشناختی اختلال استرس پس از ضربه که توسط ولز و سمبی [۱۰] مطرح شد، پس از وقوع رویداد آسیب‌زا، طی فرایندی موسوم به فرایند انطباق بازتابی، یک طرح فراشناختی برای هدایت نظام شناختی و عملکرد فرد به هنگام مواجهه با تهدیدهای احتمالی در آینده شکل می‌گیرد؛ اما سبک‌های تفکر و راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا به‌ویژه سندرم شناختی-توجهی (Cognitive-Attentional Syndrome) مانع این فرایند و بازگشت نظام شناختی به وضعیت طبیعی پردازش عاری از تهدید می‌شوند. با این وجود زمانی که باورهای فراشناختی بر استفاده از نشخوار فکری، نگرانی و یا پرکردن شکاف، پایش تهدید، سرکوب فکر و اجتناب دلالت دارند، ادراک تهدید، ادامه یافته و اضطراب پایدار می‌شود و سندرم شناختی توجهی با بازداری پردازش هیجانی (فرایند انطباق بازتابی) سبب تداوم علائم می‌گردد. براین اساس عامل اصلی بروز اختلال، فعال شدن سندرم شناختی-توجهی است [۱۰،۱۸]. مدل فراشناختی توسط مطالعات تجربی مورد حمایت قرار گرفته است. طی مطالعات مذکور نقش نگرانی و نشخوار فکری (مولفه‌های سندرم شناختی-توجهی) به‌عنوان متغیرهایی که در رابطه بین باورهای فراشناختی و اختلال استرس پس از ضربه، میانجی‌گری می‌کنند، به اثبات رسیده است [۱۱،۱۹]. همسو با مدل فراشناختی، یافته‌ها نشان داده‌است که باورهای فراشناختی به‌صورت مثبتی با نشانگان آسیب مرتبط اند و به‌عنوان تداعی‌های خاصی عمل می‌کنند که توسط سبک تفکر تعدیل می‌شوند [۱۱] و سبک شخصیتی دارای سندرم شناختی-توجهی (از قبیل نگرانی) با بدتر شدن افکار مزاحم پس از استرس مرتبط است [۲۰]. اما علاوه بر باورهای فراشناختی، متغیر دیگری که در رابطه با نشانگان استرس پس از ضربه از اهمیت اساسی برخوردار بوده و با وجود ارتباط با فراشناخت، کمتر به آن پرداخته شده است، متغیر تنظیم هیجان است. منظور از تنظیم هیجان در مطالعات مداخلات درمانی مرتبط با آسیب‌شناسی روانی و نیز در پژوهش حاضر، متغیری است که بر بدتنظیمی هیجانی و نقص در تنظیم هیجان دلالت دارد. به‌عبارتی تنظیم هیجان، فرایندی فراتشخیصی و فرانظری است که طیف وسیعی از اشکال آسیب‌شناسی روانی از منظر رویکردهای نظری متنوع را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد و به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که به افراد اجازه نظارت، ارزشیابی و تعدیل ماهیت و طول مدت پاسخ‌های هیجانی را می‌دهد [۲۱]. بخش گسترده‌ای از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که نشانگان استرس پس از ضربه با دسترسی محدود و انعطاف ناپذیر به راهبردهای تنظیم هیجان و به‌عبارتی با دشواری در تنظیم هیجان مرتبط است، این حالت

است. لذا پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین دو متغیر فوق و تعیین سهم هریک از راهبردهای تنظیم هیجان و نیز باورهای فراشناختی در پیش‌بینی اختلال استرس پس از ضربه می‌پردازد تا از این طریق تبیینی جامع‌تر از نقش هریک از عوامل فراشناختی و بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به نشانگان استرس پس از ضربه به دست دهد. بدیهی است با آشکار سازی عوامل دخیل در شکل‌گیری نشانگان استرس پس از ضربه می‌توان علاوه بر غنی‌سازی پشتوانه پژوهشی در این زمینه، در گام‌های آتی به سوق دادن مداخلات درمانی در راستای تمرکز بر متغیرهای فوق پرداخت.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده و نمونه پژوهش دربردارنده ۲۸۰ دانش‌آموز (۱۰۸ دانش‌آموز دختر و ۱۷۲ دانش‌آموز پسر) مقطع دبیرستان شهرستان زلزله‌زده‌ی اهر از استان آذربایجان شرقی می‌باشد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. در این راستا، به قید قرعه، یک دبیرستان دخترانه و یک دبیرستان پسرانه انتخاب شدند. در گام بعدی، هر یک از چهار پایه تحصیلی به‌عنوان یک خوشه در نظر گرفته شدند. سپس کلاس‌های مربوط به هر پایه انتخاب و کلیه اعضای آن مورد آزمون قرار گرفتند. جهت گردآوری اطلاعات نیز از ابزارهای مقیاس علائم اختلال استرس پس از ضربه-فرم خودگزارشی (PSS-SR)، پرسشنامه باورهای فراشناختی- فرم نوجوان (MCQ-A) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) استفاده شد.

مقیاس علائم اختلال استرس پس از آسیب- فرم خودگزارشی (PSS-SR): این مقیاس حاوی ۱۷ سوال است که تمامی ملاک‌های DSM برای تشخیص PTSD را پوشش می‌دهد. هر یک از سوالات از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۱ قرار می‌گیرد. در این مقیاس فراوانی و شدت علائم در هم ادغام شده‌اند. همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای هریک از خرده مقیاس‌های تجربه مجدد، اجتناب و بیش‌برانگیختگی به‌ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۰ و ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی باز آزمایی مقیاس طی یک دوره یک ماهه نیز برای کل مقیاس ۰/۷۴ و برای هریک از خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ قرار دارد. روایی هم‌زمان PSS-SR بر اساس همبستگی با مقیاس‌های STAI، BDI، IES، RAST و T و روایی همگرایی آن بر اساس همبستگی آن با SCID مورد تایید قرار گرفته‌است [۲۶]. در ایران نیز همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و پایایی باز آزمایی این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است. روایی مقیاس نیز بر اساس همبستگی آن با مصاحبه تشخیصی تایید شده‌است ($P < 0.001$). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۲ و سه خرده‌مقیاس تجربه مجدد، اجتناب و بیش

غالباً با تلاش‌های ناموفق در راستای اجتناب از تجربه‌ی هیجان، مشخص می‌شود [۱۵]. تشدید و خنثی‌سازی هیجان به‌عنوان دو شکل از بدتنظیمی هیجانی مطرح شده‌اند. در حالت تشدید هیجان، هیجانات به‌صورت ناخواسته، مزاحم، درمانده‌کننده و مشکل‌ساز، تجربه می‌شوند، نظیر آنچه که در افراد تجربه‌کننده‌ی آسیب رخ می‌دهد. خنثی‌سازی هیجان نیز می‌تواند دربردارنده‌ی تجارب تفرقی نظیر دگرسان‌بینی خود و یا محیط، جداسازی و یا کرختی هیجانی باشد. خنثی‌سازی هیجانی مانع پردازش هیجانی شده و بخشی از سبک مقابله‌ی اجتناب محسوب می‌شود [۲۲]. نظریه‌های تنظیم هیجانی آسیب‌های روانی مدعی هستند که ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان منجر به بروز هیجانات منفی می‌شود که غیرقابل کنترل، شدید و مزمن بوده و احتمال شکل‌گیری آسیب‌روانی را به دنبال دارند. مطالعات تاکید می‌کنند افرادی که به‌صورت مداوم هیجانات خود را سرکوب کرده و از آن اجتناب می‌کنند، در معرض خطر افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از ضربه قرار دارند [۲۳]. گرچه نقص در تنظیم هیجان در طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی اثرگذار است [۲۴] اما این ویژگی، به‌عنوان خصیصه‌ای برجسته در بافت اختلال استرس پس از ضربه شناخته شده و منجر به بیش‌برآورد تهدید، برآوردی تقلیل‌یافته از منابع مقابله و پاسخ‌های هیجانی همراه با تنش در مواجهه با استرس‌زاهای محیطی می‌شود و اشکال در تنظیم هیجان در حدود ۷۰ درصد از افراد تجربه‌کننده‌ی آسیب، پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال استرس پس از ضربه است. بر این اساس به نظر می‌رسد که در سبب‌شناسی نشانگان استرس پس از ضربه، دخیل باشد [۲۵]. درمجموع پیشینه پژوهش، بر ارتباط باورهای فراشناختی و بدتنظیمی هیجانی، با نشانگان استرس پس از ضربه تاکید دارد. گرچه طی مطالعات مجزا ارتباط باورهای فراشناختی و بدتنظیمی هیجانی با اختلال و نشانگان استرس پس از ضربه به اثبات رسیده است، اما مطالعات صورت گرفته در زمینه فراشناخت عموماً به ارزیابی مدل مذکور در گروه بالینی و کارآزمایی‌های بالینی محدود شده است [۱۳-۱۰] و علیرغم حجم وسیع مطالعات مرتبط با تنظیم هیجان در بافت نشانگان استرس پس از ضربه، در مطالعات مذکور به نشانگان استرس ناشی از زلزله اشاره‌ای نشده است. همچنین با وجود مطالعات مرتبط با تنظیم هیجان در داخل ایران، در زمینه رابطه دشواری در تنظیم هیجان و نشانگان استرس پس از ضربه مطالعه‌ای در داخل کشور صورت نگرفته است. از سوی دیگر با درنظر داشتن وقوع زلزله طی سال‌های اخیر در کشور و با توجه به بروز مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن علی‌الخصوص اختلال و نشانگان استرس پس از ضربه و خلاء پژوهشی در این زمینه، به نظر می‌رسد که بررسی هم‌زمان جایگاه و نقش باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از متغیرهای بسیار مهم در نشانگان استرس پس از ضربه، از نظر دور مانده

ابزارهای فوق اجرا و داده ها جمع آوری شدند. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام و بر پایه نرم افزار SPSS-16 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای نشانگان استرس پس از ضربه، باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان دانش آموزان به تفکیک جنسیت نشان داده شده است. جهت بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان با نشانگان استرس پس از ضربه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. همان گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد بین نشانگان استرس پس از ضربه و نمره کل باورهای فراشناختی، همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد ($r=0.52, P<0.01$). همبستگی نشانگان استرس پس از ضربه و تمامی خرده‌مقیاس‌های باورهای فراشناختی نیز مثبت و معنادار و در دامنه ۰/۲۶ تا ۰/۴۸ قرار دارد داده‌های فوق حاکی از آن است که همگام با افزایش نمره فرد در پرسشنامه باورهای فراشناختی، شاهد افزایش نمرات آنان در نشانگان استرس پس از ضربه خواهیم بود. همبستگی نمره نشانگان استرس پس از ضربه با نمره کل دشواری در تنظیم هیجان ($r=0.37, P<0.01$)، و همچنین تمامی خرده‌مقیاس‌های آن نیز مثبت و معنادار بود. همبستگی نشانگان استرس پس از ضربه با نمرات خرده‌مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان در دامنه ۰/۲۲ تا ۰/۳۶ قرار داشته و در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. بر این اساس می‌توان گفت که افزایش نمره دشواری در تنظیم هیجان، افزایش در نمرات نشانگان استرس پس از ضربه را به دنبال خواهد داشت. این افزایش در رابطه با تمامی خرده‌مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان (به غیر از کمبود آگاهی هیجانی) صدق می‌کند. در رابطه با خرده‌مقیاس مذکور، کاهش نمره کمبود آگاهی هیجانی، با افزایش نمرات افراد در نشانگان استرس پس از ضربه همراه خواهد بود. اطلاعات حاصل از همبستگی بین باورهای فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان نیز حاکی از ارتباط مثبت معنادار ($r=0.41, P<0.01$) بین نمره کل باورهای فراشناختی با نمره کل دشواری در تنظیم هیجان است. همبستگی باورهای فراشناختی با تمامی خرده‌مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان غیر از خرده‌مقیاس کمبود آگاهی هیجانی ($r=0.39, P<0.01$) نیز مثبت و معنادار و در دامنه ۰/۱۹ تا ۰/۴۴ قرار داشت. نتایج مذکور نشان‌دهنده آن است که همراه با افزایش نمره باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان نیز بیشتر خواهد شد. البته در رابطه با کمبود آگاهی هیجانی، با توجه به منفی بودن رابطه مذکور، همراه با افزایش نمره باورهای فراشناختی، شاهد کاهش کمبود آگاهی هیجانی خواهیم بود.

برانگیختگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳ و ۰/۸۲ به دست آمد. پرسشنامه فراشناخت- فرم نوجوانان (MCQ-A): این مقیاس توسط کاترایت- هاتون و همکاران [۲۸] به منظور سنجش ابعاد باورهای فراشناختی در نوجوانان و از روی نسخه ۳۰ آیتمی بزرگسالان ساخته شد و از لحاظ محتوا و نمره‌گذاری مشابه فرم بزرگسالان است، اما در آن تلاش شده است تا زبان پرسشنامه برای نوجوانان قابل درک باشد. هریک از ۳۰ آیتم این پرسشنامه براساس درجه‌بندی لیکرتی، نمره‌ای بین ۱ تا ۴ می‌گیرند. پنج خرده‌مقیاس این پرسشنامه عبارتند از: (۱) باورهای مثبت در مورد نگرانی، (۲) باورهای منفی در مورد نگرانی، (۳) خرافات، تنبیه و مسئولیت‌پذیری، (۴) اطمینان شناختی و (۵) وقوف شناختی. همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای عامل کلی ۰/۹۱ و برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ و نتایج پایایی به روش بازآزمایی نیز برای عامل کلی ۰/۳۴ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۲۴ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی مقیاس نیز براساس روایی ملاک و روایی هم‌زمان تأیید شده است. در رابطه با نسخه فارسی، تحلیل عامل تأییدی وجود پنج عامل را تأیید کرده و داده‌های ضریب همبستگی، نشانگر روایی همگرا برای عامل کلی فراشناخت و تمامی خرده‌مقیاس‌ها به غیر از وقوف شناختی، بوده است. پایایی بر حسب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش شده است [۲۹]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS): این پرسشنامه، یک مقیاس ۳۶ سوالی است که الگوهای تنظیم هیجان را در قالب شش خرده‌مقیاس (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجانی و کمبود صراحت هیجانی) می‌سنجد و بیش از هرچیز بر مشکلات در تنظیم هیجان، تأکید دارد. گراتر و رومر [۳۰] پایایی این مقیاس را براساس بازآزمایی، ۰/۸۸ و همسانی درونی مقیاس را براساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. روایی سازه و روایی پیش بین این مقیاس نیز تأیید شده است. عسکری، پاشا و امینیان [۳۱] پایایی نسخه فارسی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند و داده‌های حاصل از همبستگی این مقیاس با مقیاس هیجان‌خواهی زاگرمین نیز، روایی همگرایی مقیاس را تأیید کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۷ و برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۷۸ به دست آمد. پس از کسب رضایت دانش‌آموزان جهت مشارکت در پژوهش،

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نشانگان استرس پس از ضربه، باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه دانش‌آموزان دختر و پسر

متغیر	دختر		پسر		کل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نشانگان استرس پس از ضربه	۱۵/۸۰	۹/۸۰	۱۷/۸۲	۱۳/۲۵	۱۲/۰۷
باورهای فراشناختی	۶۳/۶۴	۱۵/۰۷	۶۸/۱۸	۱۴/۱۶	۱۴/۶۵
باورهای مثبت درمورد نگرانی	۱۰/۱۲	۳/۶۵	۱۱/۹۹	۴/۲۲	۴/۱۱
باورهای منفی درمورد نگرانی	۱۴/۷۳	۴/۵۶	۱۴/۴۱	۴/۱	۴/۲۷
اطمینان شناختی	۱۰/۷۸	۳/۸۵	۱۱/۳۰	۴/۰۸	۴
خرافات، تنبیه و مسئولیت‌پذیری	۱۲/۵۴	۴/۱۴	۱۴/۲۴	۳/۸۰	۴/۰۱
وقوف شناختی	۱۵/۴۶	۴/۸۳	۱۶/۲۲	۴/۰۸	۴/۳۹
دشواری در تنظیم هیجان	۹۲/۸۷	۱۸/۴۴	۹۳/۹۴	۱۸/۰۴	۱۸/۱۷
عدم پذیرش هیجانان	۱۴/۲۱	۵/۴۰	۱۴/۶۴	۵/۱۶	۵/۲۵
دشواری در رفتارهای هدفمند	۱۳/۶۵	۴/۷۵	۱۴	۳/۸۵	۴/۲۱
دشواری در کنترل تکانه	۱۵/۲۳	۵/۰۸	۱۶	۴/۸۳	۴/۹۳
کمبود آگاهی هیجانی	۱۷/۵۱	۵/۳۵	۱۶/۴۴	۴/۱۱	۴/۶۴
دسترسی محدود به راهبردها	۲۰/۳۱	۶/۵۴	۲۰/۶۶	۶/۰۲	۶/۲۱
کمبود صراحت هیجانی	۱۱/۹۳	۳/۷۶	۱۲/۱۹	۴/۱۵	۴

جدول ۲. نتایج آزمون همبستگی بین نشانگان استرس پس از ضربه، باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱- نشانگان استرس پس از ضربه	۱													
۲- باورهای فراشناختی	۰/۵۲**	۱												
۳- باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۲۶**	۰/۶۵۲**	۱											
۴- باورهای منفی درباره نگرانی	۰/۴۸**	۰/۷۷۹**	۰/۲۸۷**	۱										
۵- اطمینان شناختی	۰/۴۸**	۰/۶۲**	۰/۳۳**	۰/۴۱**	۱									
۶- خرافات، تنبیه و مسئولیت‌پذیری	۰/۳۳**	۰/۷۸**	۰/۳۹**	۰/۵۵**	۰/۳۷**	۱								
۷- وقوف شناختی	۰/۲۹**	۰/۶۸**	۰/۲۹**	۰/۴۷**	۰/۱۱	۰/۴۶**	۱							
۸- دشواری در تنظیم هیجان	۰/۳۷**	۰/۴۱**	۰/۲۰**	۰/۳۴**	۰/۴۲**	۰/۴۱**	۰/۰۷	۱						
۹- عدم پذیرش هیجانان	۰/۳۶**	۰/۴۱**	۰/۲۲**	۰/۳۲**	۰/۳۱**	۰/۳۹**	۰/۲۲**	۰/۷۰**	۱					
۱۰- دشواری در رفتارهای هدفمند	۰/۳۳**	۰/۳۷**	۰/۱۸**	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۳۹**	۰/۱۹**	۰/۶۸**	۰/۴۴**	۱				
۱۱- دشواری در کنترل تکانه	۰/۲۸**	۰/۴۰**	۰/۲۴**	۰/۳۳**	۰/۳۴**	۰/۳۶**	۰/۱۵**	۰/۷۶**	۰/۴۱**	۰/۵۹**	۱			
۱۲- کمبود آگاهی هیجانی	۰/۲۲**	۰/۳۹**	۰/۳۰**	۰/۲۹**	۰/۰۸	۰/۳۰**	۰/۴۰**	۰/۰۵	۰/۲۱**	۰/۲۶**	۰/۱۸**	۱		
۱۳- دسترسی محدود به راهبردها	۰/۳۱**	۰/۴۴**	۰/۲۴**	۰/۳۹**	۰/۳۵**	۰/۴۱**	۰/۱۵**	۰/۸۱**	۰/۵۲**	۰/۶۳**	۰/۲۳**	۰/۲۳**	۱	
۱۴- کمبود صراحت هیجانی	۰/۲۹**	۰/۱۹**	۰/۱۱	۰/۱۶**	۰/۳۲**	۰/۲۲**	۰/۱۰	۰/۶۳**	۰/۳۵**	۰/۲۱**	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۳۶**	۱

** P < ۰/۰۰۱ * P < ۰/۱

شناختی وارد مدل رگرسیون شد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که اثر متغیر وقوف شناختی بر نشانگان استرس پس از ضربه مثبت و معنادار ($R=0/29$ ، $P<0/001$ ، $df=5$ و $F=33/5$) بوده و ضریب تبیین آن $0/38$ است ($R^2=0/38$). بنابراین می‌توان افزود که وقوف شناختی می‌تواند ۲ درصد از سهم نشانگان استرس پس از ضربه را پیش‌بینی کند. در مجموع متغیرهای مذکور ۳۸ درصد از واریانس نشانگان استرس پس از ضربه را در دانش-آموزانی که زلزله را تجربه کرده بودند، پیش‌بینی می‌کردند و سایر متغیرها به دلیل آن‌که سهم معناداری از متغیر ملاک را تبیین نمی‌کردند، از تحلیل رگرسیون حذف شدند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان با نشانگان استرس پس از ضربه انجام شد. نتایج حاصل از آزمون همبستگی نشان داد که باورهای فراشناختی و نشانگان استرس پس از ضربه دارای رابطه مثبت و معنادار هستند. همچنین پنج خرده مقیاس باورهای فراشناختی نیز با نشانگان استرس پس از ضربه دارای رابطه مثبت و معنادار بودند. باورهای منفی در مورد نگرانی (باورهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار و خطرناک دانستن آن) و اطمینان شناختی بالاترین همبستگی را با نشانگان استرس داشتند. همچنین نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که باورهای منفی در مورد نگرانی، اطمینان شناختی و وقوف شناختی بخش بالایی از واریانس نشانگان استرس پس از ضربه را پیش‌بینی می‌کنند. یافته‌های مذکور همسو با تحقیقات پیشین [۱۱، ۳۲] از مدل فراشناختی اختلال استرس پس از ضربه [۱۰-۱۳] حمایت می‌کند. مدل فراشناختی اختلال استرس پس از ضربه مدعی است که باورهای فرد در مورد تفکر و حافظه بیش از هر چیز در ایجاد اختلال حائز اهمیت است. باورهای فرد در مورد نگرانی [۱۱] و استفاده از نشخوار ذهنی [۱۹]، در ارتباط بین باورهای فرد در مورد یادآوری آسیب و نشانگان استرس پس از ضربه و همچنین فراشناخت در ارتباط بین استرس ادراک شده و هیجان منفی، نقش تعدیل کننده را ایفا می‌کند [۳۳].

باتوجه به برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل رگرسیون از جمله نرمال بودن توزیع داده‌ها، استقلال متغیرها و خطی بودن روابط بین متغیرها، جهت تعیین سهم هریک از باورهای پنج‌گانه فراشناختی و شش راهبرد تنظیم هیجان در پیش‌بینی نشانگان استرس پس از ضربه از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد (جدول ۳). قبل از ورود متغیرها به معادله همبستگی، تمامی متغیرهای پیش-بین از لحاظ احتمال وجود هم خطی بودن چندگانه، مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به اینکه هیچکدام از ضرایب همبستگی، بالاتر از $0/70$ نبودند، بنابراین احتمال هم خطی بودن چندگانه مطرح نیست. در گام نخست باورهای منفی در مورد نگرانی (باورهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار و خطرناک دانستن آن) وارد مدل رگرسیون شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که اثر باورهای منفی در مورد نگرانی بر نشانگان استرس پس از ضربه، مثبت و معنادار ($R=0/48$ ، $P<0/001$ ، $df=1$ و $F=84/7$) است و سهم آن در تبیین نشانگان استرس پس از ضربه برابر با ۲۳ درصد است ($R^2=0/23$). در گام دوم متغیر اطمینان شناختی وارد مدل رگرسیون شد و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که اثر اطمینان شناختی بر نشانگان استرس پس از ضربه، مثبت و معنادار ($R=0/48$ ، $P<0/001$ ، $df=2$ و $F=68/08$) بوده و ضریب تبیین آن برابر با $0/33$ است ($R^2=0/33$)؛ بنابراین ۱۰ درصد از متغیر نشانگان استرس پس از ضربه توسط اطمینان شناختی پیش‌بینی می‌شود. در گام سوم متغیر دشواری در رفتارهای هدفمند وارد مدل رگرسیون شد و نتایج نشان داد که اثر متغیر مذکور بر نشانگان استرس پس از ضربه و مثبت معنادار ($R=0/33$ ، $P<0/001$ ، $df=3$ و $F=50/1$) است. ضریب تبیین متغیر دشواری در رفتارهای هدفمند، $0/35$ بود، بنابراین ۲ درصد از نشانگان استرس پس از ضربه توسط عدم رفتارهای هدفمند قابل پیش‌بینی است. در گام چهارم متغیر کمبود صراحت هیجانی وارد مدل رگرسیون شد و نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که اثر متغیر مذکور بر نشانگان استرس پس از ضربه مثبت و معنادار ($R=0/29$ ، $P<0/001$ ، $df=4$ و $F=39/7$) است. ضریب تبیین کمبود صراحت هیجانی $0/36$ به دست آمد ($R^2=0/36$). بر این اساس ۱ درصد از نشانگان استرس پس از ضربه توسط کمبود صراحت هیجانی پیش‌بینی می‌شود. در گام آخر نیز متغیر وقوف

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه آماری رگرسیون باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان بر نشانگان استرس پس از ضربه

شاخص	R^2	B	SEB	β	t	P
گام اول						
باورهای منفی در مورد نگرانی	۰/۲۳	۰/۶۷	۰/۱۷	۰/۲۳	۳/۹	۰/۰۰۰
گام دوم						
اطمینان شناختی	۰/۳۳	۰/۸۵	۰/۱۶	۰/۲۸	۵/۱	۰/۰۰۰
گام سوم						
دشواری در رفتارهای هدفمند	۰/۳۵	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۱۳	۲/۶	۰/۰۱
گام چهارم						
کمبود صراحت هیجانی	۰/۳۶	۰/۴۵	۰/۱۶	۰/۱۵	۲/۹	۰/۰۰۴
گام پنجم						
وقوف شناختی	۰/۳۸	۰/۳۷	۰/۱۵	۰/۱۳	۲/۴	۰/۰۱۶

اختلال استرس پس از ضربه نشان می‌دهد که افراد مبتلا، عموماً هیجان‌ات خود را کنترل ناپذیر ادراک می‌کنند [۳۸] و در نتیجه یاد می‌گیرند که از نشانه‌های درونی و بیرونی برانگیزاننده‌ی واکنش‌های هیجانی فرار کنند. عدم دسترسی به راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان منجر به اجتناب از تجارب مرتبط با آسیب شده و مانع مواجهه با یادآورهای مرتبط با آسیب (که خوگیری و بهبودی را در پی دارند) می‌شود [۲۳]. وجود رابطه مثبت معنادار بین نشانگان استرس پس از ضربه و دشواری در تنظیم هیجان، نشان می‌دهد که ناتوانی و ضعف افراد در به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه در راستای تنظیم هیجان منفی و آزردهنده ناشی از آسیب می‌تواند با ایجاد اختلال در فرایند طبیعی پردازش هیجانی و ایجاد اجتناب، به شکل‌گیری و حفظ نشانگان استرس پس از ضربه منجر شود.

نتایج حاصل از ارتباط باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان نیز نشان داد که این دو متغیر دارای رابطه مثبت و معنادار هستند. نمره کل باورهای فراشناختی با تمامی خرده‌مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان (به استثنای کمبود آگاهی هیجانی) رابطه مثبت و معنادار داشت، به این معنا که افزایش باورهای فراشناختی با افزایش دشواری فرد در تنظیم هیجان خویش همراه است و البته در رابطه با عدم آگاهی هیجان، این رابطه معکوس است. نمره کل دشواری در تنظیم هیجان نیز با تمامی خرده‌مقیاس‌های باورهای فراشناختی (به استثنای وقوف شناختی) دارای رابطه مثبت و معنادار بود. به عبارت دیگر دشواری در تنظیم هیجان با افزایش باورهای مثبت در مورد نگرانی (مفید دانستن نگرانی)، باورهای منفی در مورد نگرانی (خطرناک و غیرقابل کنترل دانستن نگرانی)، اطمینان شناختی پایین و باورهایی مربوط به خرافات و تنبیه همراه است. تفکر و هیجان از یکدیگر تفکیک ناپذیرند [۳۹] و رابطه مثبت معنادار بین باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان، مویذ این نکته است که باورهای فراشناختی که ماهیتی منفی داشته و از سبک تفکر آسیب‌زا خبر می‌دهند، با سبک معیوب تنظیم هیجان همراه بوده و هردو با آسیب‌های روانی از جمله استرس پس از ضربه مرتبط‌اند.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر همسو با مدل فراشناختی اختلالات هیجانی و رویکردهای نظری مبتنی بر تنظیم هیجان در آسیب‌شناسی روانی است. مدل فراشناختی، باورهای فرد در مورد افکار خود را عامل فعال‌سازی سندرم شناختی-توجهی و در نتیجه عامل شکل‌گیری و تداوم اختلال معرفی می‌کند و رویکردهای مبتنی بر تنظیم هیجان، عدم به‌کارگیری راهبردهای صحیح تنظیم هیجان و متوسل شدن به راهبردهای آسیب‌زای تنظیم هیجان را عامل اساسی بروز و استمرار انواع آسیب‌های روانی می‌دانند. یافته‌های پژوهش حاضر بر درستی هر دو رویکرد نظری فوق‌صحه می‌گذارد. البته لازم به ذکر است که یافته‌های پژوهش حاضر باید با توجه به محدودیت‌های آن مدنظر قرار گیرد. محدودیت نخست آنکه پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده و

نتایج پژوهش حاضر نیز در این زمینه همسو با مطالعات مذکور، حاکی از ارتباط و قدرت تبیین‌کنندگی باورهای فراشناختی در ارتباط با نشانگان استرس پس از ضربه است. بر این اساس می‌توان استنباط کرد که باورهای فرد در مورد افکار خود (باورهای فراشناختی)، با درگیر کردن بیش از حد فرد در افکار مرتبط با آسیب می‌تواند تداوم نشانگان استرس پس از ضربه را به دنبال داشته باشد، چرا که با این‌کار در فرایند پردازش بهنجار تداخل ایجاد کرده و مانع از فروکش علائم مرتبط با آسیب و در نهایت شکل‌گیری اختلال استرس پس از ضربه می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر در رابطه با تنظیم هیجان نیز نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان با نشانگان استرس پس از ضربه دارای رابطه مثبت و معنادار است. تمامی خرده‌مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان (به استثنای کمبود آگاهی هیجانی) نیز با نشانگان استرس پس از ضربه دارای رابطه مثبت و معنادار بودند. رابطه کمبود آگاهی هیجانی با نشانگان استرس پس از ضربه نیز منفی و معنادار بود. بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نیز دشواری در رفتارهای هدفمند و کمبود صراحت هیجانی به‌عنوان دو راهبردی که قادر به پیش‌بینی نشانگان استرس پس از ضربه هستند، نشان داده شدند. این نتایج همسو با مطالعاتی بودند که بر رابطه تنظیم هیجان به‌عنوان متغیر پیش‌بین [۳۴، ۳۵، ۲۵، ۱۵، ۱۴]، و تعدیل‌کننده [۳۶] در اختلال و نشانگان استرس پس از ضربه تأکید می‌کردند، مطالعاتی که نشان داده‌اند دشواری فرد در تنظیم هیجان خویش و ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای صحیح تنظیم هیجان و در نتیجه عدم پذیرش هیجان‌ات خود، دشواری در به‌کارگیری رفتارهای هدفمند در راستای تنظیم هیجان، عدم توانایی کنترل تکانه به‌هنگام بروز هیجان، عدم آگاهی از هیجان‌ات خود، ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای موثر، کمبود صراحت و وضوح هیجانی به‌عنوان عواملی موثر در بروز و تداوم انواع آسیب‌های روانی خصوصاً استرس پس از ضربه عمل می‌کند [۳۷، ۱۵، ۱۴]. البته وجود رابطه معکوس بین راهبرد کمبود آگاهی هیجانی با نشانگان استرس پس از ضربه، در تضاد با پیشینه پژوهش است، چرا که بر اساس یافته فوق، ناتوانی افراد در آگاهی یافتن از هیجان‌ات خود، با کاهش نشانگان استرس پس از ضربه همراه است و این درحالی است که بر اساس تحقیقات پیشین [۳۷، ۱۶، ۱۵] تمامی اشکال دشواری در تنظیم هیجان (که کمبود آگاهی هیجانی را نیز دربرمی‌گیرد) با افزایش آسیب‌های روانی همراه هستند، شاید بتوان دشواری در ترجمه سوالات مربوط به خرده‌مقیاس مذکور (به‌عنوان مثال: وقتی ناراحت می‌شوم، وقتی را به این موضوع اختصاص می‌دهم که بفهمم واقعاً چه احساسی دارم؛ من به اینکه چه احساسی دارم، فکر می‌کنم) نسبت به سوالات سایر خرده‌مقیاس‌ها (نظیر: وقتی ناراحت می‌شوم، در انجام کارها مشکل پیدا می‌کنم) دانست؛ اما علت این تفاوت، کماکان بررسی بیشتر و دقیق‌تری را می‌طلبد. مکانیسم اثر تنظیم هیجان در رابطه با

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر رابطه و قدرت تبیین باورهای فراشناختی و بدتنظیمی هیجانی در پیش-بینی نشانگان استرس پس از ضربه، به نظر می‌رسد که بتوان با به‌کارگیری تکنیک‌های فراشناختی و راهبردهای مبتنی بر تنظیم هیجان در حیطه مداخلات درمانی در حوزه اختلالات و نشانگان پس از آسیب نیز به نتایج سودمندی دست یافت.

تشکر و قدردانی: با تشکر از تمامی مسئولانی که در اداره آموزش و پرورش و دبیرستان‌های شهرستان اهر کمال همکاری را در اجرای پژوهش داشتند.

منابع

- Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive of psychiatry (translated by Rezaii F). Tehran: Arjmand; 2007.
- Tolin DF, Foa EB. Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychol Bull.* 2006;132(6):959-92.
- Ditlevsen DN. Gender, trauma type, and PTSD prevalence: A re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Ann General Psychiatr.* 2012;11(26).
- Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescent. *Clin Psychol Rev.* 2012;32:122-38.
- Ehring T, Ehlers A, Glucksman E. Contribution of cognitive factors to the prediction of post-traumatic stress disorder, phobia and depression after motor vehicle accidents. *Behav Res Ther.* 2006;44:1699.
- Fu Y, Chen Y, Wang J, Tang X, He J, Jiao M, et al. Analysis of prevalence of PTSD and its influencing factors among college students after the Wenchuan earthquake. *Child Adol Psych.* 2013;7(1).
- Wang C, Chan C, Ho R. Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: A systematic review of epidemiological studies across 1987–2011. *Soc Psych Psych Epid.* 2013;48(11):1697-1720.
- Ziaaddini H, Nakhaee N, Behzadi K. Prevalence and Correlates of PTSD among High School Students after the Earthquake Disaster in the City of Bam, Iran. *Am J Appl Psychol Sci.* 2009;6(1):130-2. [Persian]
- Parvaresh N, Bahramnejad A. post traumatic stress disorder in Bam students inhabitant in Kerman, four month after earthquake. *Iran J Psy Cli Psy.* 2006;45(2):165-7. [Persian]
- Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cogn Behav Prac.* 2004;11:365-77.
- Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptom: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognition model. *Pers Indiv Diff.* 2006;40:111-22.
- Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al. Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cogn Behav Prac.* 2008;15:85-92.
- Wells A, Colbear J. Treating Posttraumatic Stress Disorder with Metacognitive Therapy: A Preliminary Controlled Trial. *J Clin Psychol.* 68:373-81.
- Cloitre M, Miranda R, Stoval-McClough KC. Beyond as PTSD: Emotion Regulation and Interpersonal Problems Predictors of Functional Impairment in Survivors of Childhood Abuse. *Behav Ther.* 2005;36:119-24.
- Tull M, Barrett HM, McMillan ES, Roemer L. A Preliminary Investigation of the Relationship between Emotion Regulation Difficulties and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behav Ther.* 2007;38:303-13.
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30:217-37.
- Ehring T, Quack D. Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behav Ther.* 2010;41:587-98.
- Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression (translated by Mohammadkhani S). Tehran: Varaye Danesh; 2009.
- Bennett H, Wells A. Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *J Anxiety Disord.* 2010;24:318-25.
- Butler G, Wells A, Dewick H. Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: A pilot study. *Behav Cogn Psychol Ther.* 1995;23:45-56.
- Johnson SL, Carver CS, Fulford D. Goal dysregulation in the affective disorders, Kring AM, Sloan DM, Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment. New York: Guilford Press; 2010. 204-28 p.
- Leahy R, Napolitano LA, Tirch D. Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's

- Guide. New York: Guilford press; 2011.
23. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 1986;99:20-35.
24. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC. Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life. New York: Guilford Press; 2006.
25. Bardeen JR, Kumpula MJ, Orcutt HK. Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *J Anxiety Disord.* 2013;27:188-96.
26. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 1993;6:459-73.
27. Mirzamani M, Mohammadi M, Besharat M. Application of the PTSD symptoms scale (PSS) for Iranian PTSD patients. *Med J Iran.* 2006; 3:345-8.[Persian]
28. Cartwright-Hatton S, Mather A, Illingworth V, Brocki J, Harrington R, Wells A. Development and preliminary validation of the meta-cognitions questionnaire-adolescent version. *J Anxiety Disord.* 2004;18(3):411-22.
29. Khoramdel K, Sajjadian P, Bahrami F, Zanganeh S. Validation of the Adolescent Meta-cognition Questionnaire Version. *ZJRMS.* 2012;14(1):29-36.
30. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav.* 2004;26:41-54.
31. Askari P, Pasha GH, Aminian M. Relationship between Emotion Regulation, Mental Stresses and Body Image with Eating Disorders of Women. *Cogn Behav.* 2010;13:65-78.[Persian]
32. Roussis P, Wells A. Psychological factors predicting stress symptoms: Metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety Stress Copin.* 2008;21:213-25.
33. Spadaa MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Pers Indiv Diff.* 2008;44:1172-81.
34. Badour CL, Feldner MT. Trauma-related reactivity and regulation of emotion: Associations with posttraumatic stress symptoms. *J Behav Ther Exp Psy.* 2013;44:69-76.
35. Berking M, Wapperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatr.* 2012;25:128-34.
36. Stevens NR, Gerhart J, Goldsmith RE, Heath NM, Chesney SA, Hobfoll SE. Emotion Regulation Difficulties, Low Social Support, and Interpersonal Violence Mediate the Link between Childhood Abuse and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behav Ther.* 2013;44:152-61.
37. Nolen-Hoeksema S. Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annu Rev Clin Psycho.* 2012;8:161-87.
38. Frewen PA, Lanius RA. Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Ann Ny Acad Sci.* 2006;1071:110-24.
39. Leahy R. Resistance: an emotional schema therapy (EST) approach In: Simos G, editor. *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician.* 2. USA: Routledge; 2009. p. 187-204.