

Psychometric Characteristics of the Therapist Observation Based Scale of Affect Regulation and Affective Experience

Mohammad Amin Shahrooei 

PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Guilan University, Rasht, Iran. E-mail: shahrooeiamin@gmail.com

Mahnaz Shahgholian 

Corresponding Author, Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: mshahgholian@khu.ac.ir

Jafar Hasani 

Full Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: hasanimehr57@khu.ac.ir

Abstract

Emotions are an important part of human life and interpersonal interactions. Despite the importance of the problem of experiencing emotions and the type of regulation by psychotherapy clients, all the tools used in this field are based on self-report, which also excludes the possibility of not being aware of the problem and distortion; therefore, the main goal of the present study is to investigate the psychometric properties of the scale based on the therapist's observation of regulation of emotions and emotional experience (AREQ). People were selected by purposive sampling method. Research tools included scales based on therapist observation of emotion regulation and emotional experience, emotion regulation strategies (ERQ) and positive and negative affect (PANAS). In order to determine the factors of the scale, exploratory factor analysis was used to evaluate the validity of the correlation of the factors with each other and the criterion scales, and to determine the reliability, Cronbach's alpha was used. The component related to emotional experience included three subscales of negative socialized emotion, positive emotion, and intense negative emotion, and the component related to emotion regulation included three subscales of reality-focused responses, external defenses, and avoidance defenses. The findings related to the amount of correlations indicated the validity and also the value of Cronbach's alpha of each of the subscales indicated the appropriate reliability of the scale. Based on these findings, the Persian version of the scale based on therapist observation of emotional regulation and emotional experience has appropriate psychometric properties and is a reliable and valid scale.

Keywords: Psychometric characteristics, Emotions, Emotional experience, Emotion regulation, Therapist Observation, Affect regulation

Cite this Article: Shahrooei, M.A., Shahgholian, M., & Hasani, J. (2026). Psychometric Characteristics of the Therapist Observation Based Scale of Affect Regulation and Affective Experience. *Educational Measurement*, 17(63), 143-167.
<https://doi.org/10.22054/jem.2025.80145.3543>



© 2026 by Allameh Tabataba'i University Press
Publisher: Allameh Tabataba'i University Press

Introduction

People differ in their ability to experience different emotions, as well as the use of emotion regulation strategies, and failure to experience some specific emotions and appropriate emotion regulation strategies is inconsistent with mental health symptoms and criteria (Aldao et al., 2010). Also, numerous research findings show that the existence of defects and malfunctions in emotion regulation systems is an important, perpetuating and maintaining risk factor in various mental disorders (Jazaieri et al., 2013). People with emotional regulation deficits often use maladaptive strategies to regulate negative emotions. These strategies relieve and reduce a person's distress in the short term, but in the long term, they cause automatic arousal, which leads to more disturbance in emotion regulation (Gratz & Roemer, 2004). The problem of emotion regulation disorder manifests itself especially in the field of personality disorders and borderline personality disorder in particular, which generally refers to the lack of ability to regulate emotions, so that their emotions often go out of control and change rapidly. They are expressed in severe and uncorrected forms, or they disrupt a person's ability to reason (Linehan, 2015). The new tool that is investigated in the present study is a clinical tool based on observer evaluation, which is completed by the therapist after the interview process with the patient and identifies the different cases of his emotional experiences and emotional regulation strategies. Since before this in the field of evaluation of emotional experiences and their regulatory strategies in patients, a similar tool has not been translated, standardized and used in the country, so this tool and its use by therapists can include advantages that were not possible to achieve by self-reporting tools. Therefore, the present research will seek to investigate this issue, does the scale based on the observer's (therapist's) evaluation of emotional regulation and experience in Iranian society have norms and validity?

Literature Review

Emotion regulation strategies in two adaptive and non-adaptive dimensions each have an independent effect on psychological flexibility and emotional well-being (Inwood, & Ferrari, 2018). On the other hand, the rejection of unhealthy emotions (in terms of intensity, duration, frequency and lack of fit with the situation) is observed among the defining characteristics of 40 to 75% of mental disorders (Jazaieri

et al., 2013). In fact, the experience of unhealthy emotions can be caused by the systems that create problematic emotions, the regulation of problematic emotions, or a combination of the two. Unhealthy emotions may occur due to the failure of emotion regulation strategies in dealing with the systems that create maladaptive emotions or the incorrect regulation of emotions, when the regulatory strategies should moderate the desired emotion by acting in the opposite direction, causing the maladaptive emotion to intensify. Failure to regulate emotions or incorrect regulation can increase the risk of mental illnesses and hinder people's mental well-being; and on the contrary, the successful regulation of emotions by using correct regulation strategies can prevent diseases and mental disorders and also increase the well-being of a person (Gross et al., 2019).

Methodology

The current research was a descriptive-survey research of the methodological type and in the form of a correlational design. The statistical population of the present study included all psychotherapists in Tehran, and 54 people were selected as the research sample from among these people using the sampling method in a purposeful and accessible way. In order to determine the components and factors of the Persian scale based on the evaluation of the observer (therapist) of emotional regulation and experience and whether the structure of two components and six factors is similar to the counterpart of the English scale or not, the factor structure of the scale was analyzed using exploratory factor analysis. Cronbach's alpha test was used to check reliability and internal consistency. Also, two positive and negative affect scales (PANAS) and emotion regulation strategies (ERQ) were used to determine concurrent validity. In order to analyze the data and perform statistical calculations, SPSS 27 software was used.

Result

Data were collected from 54 therapists with a mean age of 48.33 years ($SD=5.81$). Descriptive statistics indicated that all study variables met normality assumptions, as skewness and kurtosis values were below the absolute value of two. Exploratory factor analysis supported a three-factor structure for affective experience, including socialized negative affect, positive affect, and intense negative affect, which together explained 41.41% of the total variance. Similarly, affect regulation

yielded three distinct factors—reality-based responses, externalizing defenses, and avoidant defenses—accounting for 64.48% of the variance. Concurrent validity was supported through significant correlations between the subscales of affective experience, affect regulation, emotion regulation strategies, and affect evaluation in theoretically expected directions. Internal consistency was acceptable to relatively good, with Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.62 to 0.78 across subscales, indicating satisfactory reliability of the scale.

Conclusion

The present study was conducted with the main aim of investigating the psychometric characteristics of the scale based on the observer (therapist) assessment of regulation and emotional experience in Iranian society. The present scale was translated into Persian using the method (Brislin, 1986) and its psychometric properties were evaluated among a sample of Iranian therapists. In order to determine the factors of each component of the scale, exploratory factor analysis was used, and it was found that each component has three separate factors, which were similar to the original English version. Cronbach's alpha coefficient was used to evaluate the internal consistency, which indicated good internal consistency between the items. The existing correlation between the factors and with other scales indicated the acceptable validity of the scale.

The results obtained about emotional experience using exploratory factor analysis show a three-factor structure for emotional experience: socialized negative emotion (socialized negative emotion refers to the experience of emotional states such as guilt, regret, and remorse), it indicates (the internalization of social norms and moral standards), positive affect (refers to the tendency to experience positive emotional states) and intense negative affect (refers to the tendency to experience strong negative emotional states). Also, regarding the regulation of structural emotions, there are three factors consisting of: responses focused on reality (response based on assessing the situation and conditions, response based on the severity of the problem), external defenses (throwing responses) and avoidance defenses (response avoidance of the following conditions and situations and preventing the experience of excitement). Achieving these three factors for the dimensions of emotional experience and emotion regulation is in line

with the researches of (Westen & Sbedler, 1997), (Löffler-Stastka & Steinmair, 2009) and (Löffler-Stastka & Stigler, 2010) and all of these researches have obtained such factors for these two dimensions. The findings related to the amount of correlations indicate concurrent validity and also the value of Cronbach's alpha of each of the subscales indicated the appropriate reliability of the scale. Based on the above, the Persian version of the scale based on the therapist's observation of emotion regulation and emotional experience has psychometric properties suitable for use by therapists and is considered a reliable and valid scale.

This reliable tool can be used in working with different types of psychotherapy clients, especially clients with emotional problems. This tool can be considered as an alternative to self-report tools that are completed by clients and create the possibility of distortion and lack of transparency. From this perspective, the therapist, as someone who is aware of certain client states that the individual may not recognize or may not acknowledge, can serve as a more reliable source for identifying the client's emotional states. Also, this tool can be widely used by therapists with psychodynamic approaches who are deeply interested in people's emotional levels and search for the main root of problems in this field.

Appreciation

We are sincerely grateful to all the therapists and clients who have cooperated in this research.

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس مبتنی بر مشاهده درمانگر تنظیم عواطف و تجربه عاطفی

محمدامین شهریوی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. رایانامه:
shahrooeiamin@gmail.com

مهناز شاهقلیان *

نویسنده مسئول، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
mshahgholian@khu.ac.ir رایانامه:

جعفر حسنی

استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. رایانامه:
hasanimehr57@khu.ac.ir

چکیده

عواطف بخش مهمی از زندگی انسانی و تعاملات بین فردی محسوب می‌شوند. با وجود اهمیت مسئله تجربه عواطف و نوع تنظیم آن‌ها توسط مراجعین روان‌درمانی، تمامی ابزارهای مورد استفاده در این زمینه مبتنی بر خودگزارشی بوده که امکان عدم آگاهی نسبت به مسئله و تحریف را نیز به دنبال دارد؛ لذا هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس مبتنی بر مشاهده درمانگر تنظیم عواطف و تجربه عاطفی (AREQ) است. نمونه پژوهش حاضر شامل روان‌درمانگران شهر تهران بوده که از بین آن‌ها بر اساس ملاک‌های ورود ۵۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس‌های مبتنی بر مشاهده درمانگر تنظیم عواطف و تجربه عاطفی، راهبردهای تنظیم هیجان (ERQ) و عاطفه مثبت و منفی (PANAS) بود. به منظور مشخص کردن عامل‌های مقیاس از تحلیل عاملی اکتشافی، جهت ارزیابی روایی از همبستگی عامل‌ها با یکدیگر و مقیاس‌های ملاک و جهت تعیین پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد. مؤلفه مربوط به تجربه عاطفی شامل سه خرده مقیاس عاطفه اجتماعی شده منفی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی شدید و همچنین مؤلفه مربوط به تنظیم عواطف شامل سه خرده مقیاس پاسخ‌های متمرکز بر واقعیت، دفاع‌های بیرونی و دفاع‌های اجتنابی بود. یافته‌های مربوط به میزان همبستگی‌ها حاکی از روایی و همچنین مقدار آلفای کرونباخ هر کدام از خرده مقیاس‌ها نشان‌دهنده پایایی مناسب مقیاس بودند. بر اساس این یافته‌ها، نسخه فارسی مقیاس مبتنی بر مشاهده درمانگر تنظیم عواطف و تجربه عاطفی دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب و مقیاسی پایا و معتبر است.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های روان‌سنجی، هیجانات، تجربه هیجانی، تنظیم هیجان، مشاهده درمانگر، تنظیم هیجان

استناد به این مقاله: شهریوی، محمدامین، شاهقلیان، مهناز، و حسنی، جعفر. (۱۴۰۵). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس مبتنی بر مشاهده درمانگر تنظیم عواطف و تجربه عاطفی. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۱۷(۶۳)، ۱۴۳-۱۶۷.

<https://doi.org/10.22054/jem.2025.80145.3543>

© ۲۰۲۶ دانشگاه علامه طباطبائی

ناشر: دانشگاه علامه طباطبائی



مقدمه

امروزه تقریباً در تمامی مشکلات و اختلالات روانی حداقل می‌توان رد یکی از مؤلفه‌های عاطفی را مشاهده کرد که به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر معیارهای تشخیصی قطعی یا حداقل به‌عنوان نشانه‌های احتمالی شناختی و رفتاری اختلالات مشخص می‌شوند (Berking & Lukas, 2015). نتایج فراتحلیل (Aldao et al., 2010) نشان می‌دهد که افراد در توانایی تجربه عواطف و هیجانات مختلف و همچنین استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوت بوده و نقص در تجربه برخی از هیجانات خاص و راهبردهای مناسب تنظیم هیجان با علائم و معیارهای سلامت روان مغایرت دارد. همچنین یافته‌های پژوهشی متعدد نشان می‌دهد که وجود نقص و بدکارکردی در سیستم‌های تنظیم عواطف یک عامل خطر مهم، تداوم‌دهنده و حفظ‌کننده در اختلالات روانی مختلف است (Jazaieri et al., 2013) و حسین‌چاری و همکاران، (۱۳۹۴). افراد دارای نقص در تنظیم هیجان اغلب از راهبردهای غیرانطباقی برای تنظیم هیجانات منفی استفاده می‌کنند. این راهبردها در کوتاه‌مدت پرضمانی فرد را تسکین داده و کاهش می‌دهند اما در طولانی‌مدت موجب برانگیختگی خودکار شده که منجر به اختلال بیشتر در تنظیم هیجانات می‌شود (Gratz & Roemer, 2004) و یوسفی و طغیانی، (۱۳۹۸). مسئله اختلال در تنظیم عواطف به‌خصوص در زمینه اختلالات شخصیت و به‌طور خاص اختلال شخصیت مرزی^۱ خود را نمایان می‌سازد که به‌طور کلی به کمبود در توانایی تعدیل عواطف اشاره دارد به‌طوری‌که هیجانات این افراد به‌کرات از کنترل خارج می‌شوند، به‌سرعت تغییر می‌کنند، به اشکال شدید و اصلاح‌نشده بیان می‌شوند و یا توانایی استدلال فرد را مختل می‌سازند (Linehan, 2015). آسیب‌پذیری در تنظیم عواطف در افراد با سازمان شخصیت مرزی^۲ با حساسیت بالا نسبت به محرک‌های هیجانی، شدت هیجانی بالا و بازگشت آهسته و کند به حالت عاطفی اولیه پس از برانگیختگی عاطفی مشخص می‌شود (Shedler & Westen, 2004). افراد با سازمان شخصیت مرزی در تشخیص، تمایز، ادغام هیجانات و بازنمایی‌های مملو از هیجان از خود و دیگران با مشکل مواجه هستند (Kernberg, 2009). این ناتوانی در پردازش تجربه‌های عاطفی ممکن است منجر به حالت‌های عاطفی تمایزنا یافته‌ای شود که فرد را به سمت واکنش‌های رفتاری و مقابله‌ای

1. Borderline Personality Disorder (BPD)

2. Borderline Personality Organisation (BPO)

مؤثری هدایت نمی‌کند و در عوض باعث ایجاد طیفی از مانورهای اجتنابی ناامیدانه از جمله اقدامات تکانشی یا خودویرانگر می‌شود (Linehan, 2015).

مسئله عواطف انسانی ازجمله مسائلی است که از دیرباز در اغلب مکاتب روان‌شناسی از اهمیت بخصوصی برخوردار بوده است، به‌طوری‌که برخی از ملاک‌های اساسی سلامت و عدم سلامت روان افراد را بر اساس نوع تجربه کردن و برخورد با عواطف‌شان طبقه‌بندی کرده‌اند. همان‌طور که در سطور قبل ذکر گردید، پژوهش‌های مختلف به اهمیت نقش عواطف و نوع تنظیم آن‌ها در سلامت روان و اختلالات روانی مختلف اذعان داشته‌اند. با توجه به این موارد، مسئله توجه به عواطف بیماران در اتاق درمان مسئله‌ای حیاتی در فرآیند تشخیص و درمان محسوب می‌شود. لذا وجود ابزاری که در فرآیند سنجش و ارزیابی بیماران، کمک‌کننده درمانگران باشد اهمیت خاصی می‌یابد. دراین‌بین برخی ابزارهای خودگزارشی برای ارزیابی وضعیت عاطفی وجود دارد که توسط بیماران و بر اساس ارزیابی خودشان از وضعیتشان تکمیل می‌شود که در مواردی می‌تواند با چندین مشکل مواجه باشند. ازجمله اینکه ابزارهای خودگزارشی از حالت‌های عاطفی در بیماران دفاعی که بعضاً هیجانات خود را انکار می‌کنند فاقد اعتبار است. اندازه‌گیری هشپاری نسبت به تجربه عاطفی و ظرفیت دوسوگرایی با مشکلات مشابهی همراه بوده و ارزیابی تفاوت‌های فردی در بیان عاطفی، احتمالاً افرادی که نمایش‌های عاطفی‌شان عجیب یا اغراق‌آمیز است را نسبت به گزارش دادن در موضعی دفاعی قرار می‌دهد. مورد دیگر اینکه بخش زیادی از دانش رویه‌ای ما (یعنی مهارت‌هایی که بر روی راهبردهای تنظیم عواطف تأثیر می‌گذارند) ناهشیار بوده و برای گزارش‌های آگاهانه غیرقابل دسترس است. همچنین در این ابزارها سوگیری‌های دفاعی عمده بیماران از بین رفته و نادیده گرفته می‌شود زیرا اصولاً آن‌ها از دسترس سیستم‌های هشپار و آگاه خارج هستند (Westen et al., 1997). ابزار جدیدی که موردبررسی قرار می‌گیرد یک ابزار بالینی مبتنی بر ارزیابی مشاهده‌گر بوده که بعد از فرآیند مصاحبه با بیمار و توسط درمانگر تکمیل می‌گردد و موارد مختلف تجربه‌های عاطفی و راهبردهای تنظیم عاطفی وی را مشخص می‌سازد. درمانگران پس از تکمیل آن می‌توانند دید بهتری نسبت به زندگی (مخصوصاً زندگی عاطفی) بیمار داشته باشند، در شناسایی و تشخیص مشکلات و اختلالات احتمالی عملکرد بهتری داشته و درنهایت با توجه به این آگاهی‌ها، مسیر و روند درمانی کارآمدتری را اتخاذ نمایند. از آنجایی که قبل از این در

زمینه ارزیابی تجربه‌های عاطفی و راهبردهای تنظیمی آن‌ها در بیماران، ابزار مشابهی در کشور ترجمه، هنجاریابی و مورد استفاده قرار نگرفته است، لذا این ابزار و استفاده از آن توسط درمانگران می‌تواند شامل مزیت‌هایی باشد که تا پیش از این دست‌یابی به آن‌ها توسط ابزارهای خود گزارشی ممکن نبود؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال بررسی این مسئله خواهد بود آیا مقیاس مبتنی بر ارزیابی مشاهده‌گر (درمانگر) تنظیم و تجربه عاطفی^۱ در جامعه ایران دارای هنجار و اعتبار است؟

پیشینه پژوهش

راهبردهای تنظیم عاطفه در دو بعد انطباقی و غیرانطباقی هریک به شکلی مستقل بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهزیستی هیجانی اثرگذار هستند (Inwood, & Ferrari, 2018). متقابلاً رد عواطف ناسالم (ازلحاظ شدت، مدت، فراوانی و تناسب نداشتن با موقعیت) در میان ویژگی‌های تعیین‌کننده ۴۰ تا ۷۵ درصد اختلالات روانی مشاهده می‌شود (Jazaieri et al., 2013). درواقع تجربه عواطف ناسالم می‌تواند ناشی از سیستم‌های ایجادکننده عواطف مشکل‌ساز، تنظیم عواطف مشکل‌ساز یا ترکیبی از این دو باشد. عواطف ناسالم ممکن است به دلیل شکست راهبردهای تنظیم عواطف در مقابله با سیستم‌های ایجادکننده عواطف غیرانطباقی یا تنظیم نادرست عواطف صورت گیرد، زمانی که راهبردهای تنظیمی باید عاطفه موردنظر را تعدیل کنند با اثرگذاری در جهت عکس باعث تشدید عاطفه غیرانطباقی می‌شوند. شکست در تنظیم عواطف و یا تنظیم نادرست می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های روانی را افزایش داده و مانع از بهزیستی روانی افراد شود، و برعکس، تنظیم موفق عواطف با استفاده راهبردهای صحیح تنظیمی می‌تواند از بیماری‌ها و اختلالات روانی پیشگیری کرده و همچنین موجب افزایش بهزیستی فرد شود (Gross et al., 2019). در پژوهش (Westen et al., 1997) این ابزار موردسنجش قرار گرفت که بر اساس نتایج این پژوهش گویه‌های مقیاس به دو دسته کلی تجربه عاطفی و تنظیم عواطف تقسیم شدند. تجربه عاطفی دارای سه خرده مقیاس عاطفه اجتماعی‌شده منفی، عاطفه مثبت و عاطفه شدید منفی بود. تنظیم عواطف نیز دارای سه خرده مقیاس پاسخ‌های مبتنی بر واقعیت، دفاع‌های بیرونی و دفاع‌های اجتنابی بود. پایایی آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ موردبررسی قرار

گرفت که برای مؤلفه‌های تجربه عاطفی و تنظیم عاطفی در حد بسیار خوب محاسبه شد. همچنین همبستگی بین مقیاس‌های تکمیل‌شده توسط دو درمانگر یا استاد ناظر در مورد یک بیمار مطلوب گزارش شد. روایی محتوای مقیاس نیز با ارائه آن به درمانگران مختلف و دریافت بازخورد آن‌ها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. روایی همگرای آن نیز با مقیاس‌های سطح کیفیت روابط، ارزیابی عملکرد عمومی و سازمان شخصیت کرنبرگ مورد بررسی قرار گرفت که همبستگی آن‌ها بسیار بالا به دست آمده است.

در پژوهش (Loffler-Stastka & Steinmair, 2009) برای سنجش کیفیت عامل‌های مقیاس حاضر، عامل‌های آن بر اساس ۹ مفهوم استاندارد دیگر از جمله: کارکرد آلفای ازدست‌رفته، کارکرد روان‌شناختی بالغ، ادراک عاطفه تخریب‌شده، دوباره‌سازی، ایده‌آل‌سازی، نازنده‌سازی، انکار، کنش نمایشی، دوسوگرا-اجتنابی، واکنش وارونه، روابط موضوعی و عقلانی‌سازی مورد بررسی قرار گرفته که تناسب تمامی آن‌ها با عامل‌های مقیاس تأیید شده است.

در پژوهش (Loffler-Stastka & Stigler, 2010) پژوهشگران مقیاس کوتاه شده‌ای از مقیاس اصلی را تهیه کرده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن را مورد بررسی قرار دادند که بر این اساس مقیاس کوتاه شده نیز دقیقاً منطبق بر مقیاس اصلی شامل دو بخش و شش خرده مقیاس بود و نتایج مقایسه آن با تمامی خرده مقیاس‌های نسخه اصلی و مقیاس‌های سطح کیفیت روابط، ارزیابی عملکرد عمومی و سازمان شخصیت کرنبرگ مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن‌ها حاکی از عملکرد بسیار مطلوب نسخه کوتاه شده بود.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه روان‌درمانگران شهر تهران بود که ۵۴ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش از میان این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و به‌شیوه در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: درمانگر حداقل دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی، مشاوره و یا دکتری روان‌پزشکی، دوره‌های درمان شخصی را سپری کرده باشد، دوره درمانگری را تحت نظر یک سوپروایزر گذرانده باشد، حداقل ۳ سال تجربه کار بالینی داشته باشد و دارای پروانه خدمات تخصصی از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره باشد. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: عدم تمایل به حضور یا ادامه حضور در پژوهش

و اینکه درمانگر در زمان پژوهش، خود تحت درمان بوده یا در حال استفاده از داروهای روان‌پزشکی باشد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و انجام محاسبات آماری نیز از نرم‌افزار SPSS 27 استفاده شد.

در پژوهش حاضر این مقیاس برای اولین بار در ایران مورد استفاده و هنجاریابی قرار گرفت. برای ترجمه این مقیاس از روش ترجمه برگردان (Brislin, 1986) استفاده شد. فرآیند کار بدین صورت بود که ابتدا مقیاس توسط متخصصان زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و سپس یک متخصص زبان انگلیسی و یک متخصص روان‌شناسی با آشنایی کامل به زبان انگلیسی اصلاحاتی در متن ترجمه شده اعمال کردند تا در نهایت نسخه اصلاح شده برای انجام فرآیند هنجاریابی آماده شد. پس از آماده شدن نیز به سه درمانگر ارائه شد تا ابهامات و یا مواردی که به نظر آن‌ها مبهم هستند شناسایی شده و در نسخه نهایی اصلاح گردد.

پس از اتمام ملاحظات نظری و کسب مجوزهای لازم برای اجرا، پژوهشگر طبق ملاک‌های ورود به درمانگرانی که با آن‌ها آشنایی داشت مراجعه کرد و سپس توسط آن درمانگران به درمانگران واجد شرایط دیگری معرفی شد. در مرحله اول از درمانگران خواسته شد پرسشنامه مورد پژوهش را برای حداقل دو مراجع خود تکمیل کنند، تمام موارد مورد نیاز به آن‌ها آموزش داده شد، سپس از درمانگران درخواست شد تا آن‌ها دو پرسشنامه خود گزارشی را برای مراجعی که پرسشنامه مورد پژوهش برای او پر شده است ارسال کرده و مراجع نیز این دو پرسشنامه را تکمیل کرد. این رویه برای مراجعین دیگر درمانگران واجد شرایط نیز ضمن حفظ ملاحظات اخلاقی ادامه پیدا کرد.

به‌منظور تعیین مؤلفه‌ها و عامل‌های مقیاس فارسی مبتنی بر ارزیابی مشاهده گر (درمانگر) تنظیم و تجربه عاطفی و اینکه آیا ساختار دو مؤلفه‌ای و شش عاملی مشابهی با همتای انگلیسی دارد یا خیر، ساختار عاملی مقیاس با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پایایی و سازگاری درونی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده گردید. همچنین برای تعیین روایی هم‌زمان از دو مقیاسی که قبلاً ویژگی‌های روان‌سنجی آن‌ها در ایران مورد تأیید قرار گرفته بود که عبارت بودند از مقیاس عاطفه مثبت و منفی^۱ (Watson et al., 1988; PANAS) و مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان^۲ (Gross & John, 2003; ERQ)

1. Positive And Negative Affect Scale (PANAS)

2. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

استفاده شد. درمانگران مقیاس مبتنی بر ارزیابی مشاهده گر (درمانگر) تنظیم و تجربه عاطفی را تکمیل کرده و مراجعین آن‌ها به دو مقیاس خود گزارشی پاسخ دادند. در ادامه ابزارهای پژوهش بیان شده است:

۱. مقیاس مبتنی بر ارزیابی مشاهده گر (درمانگر) تنظیم و تجربه عاطفی (AREQ): این مقیاس یک ابزار ۹۸ گوی‌های مبتنی بر ارزیابی مشاهده گر (درمانگر) است که توسط (Westen et al., 1997) برای سنجش و ارزیابی جامع الگوهای تجربه‌های عاطفی و راهبردهای تنظیم عاطفی بیماران طراحی شده است. این مقیاس شامل دو مؤلفه اصلی تجربه عاطفی (۲۷ گویه) و تنظیم عواطف - واکنش‌های مقابله‌ای و دفاعی - (۷۱ گویه) است. مؤلفه تجربه عاطفی به سه عامل عواطف منفی اجتماعی شده^۱، عواطف مثبت^۲ و عواطف منفی شدید^۳ تقسیم می‌شود. مؤلفه تنظیم عاطفی نیز به سه عامل پاسخ‌های مبتنی بر واقعیت^۴، دفاع‌های برونی‌سازی^۵ و دفاع‌های اجتنابی^۶ تقسیم می‌شود. نمره‌گذاری هر یک از عبارات بر اساس یک طیف لیکرت ۹ درجه‌ای از ۱ (اصلاً توصیف‌کننده بیمار نیست) تا ۹ (بسیار توصیف‌کننده بیمار است) است که درمانگر بر اساس ارزیابی خود از بیمار تمامی موارد موجود در مقیاس را بدین شکل نمره‌گذاری خواهد کرد. پایایی آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته که برای مؤلفه‌های تجربه عاطفی بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و برای مؤلفه‌های تنظیم عاطفی بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شده است. همچنین همبستگی بین مقیاس‌های تکمیل‌شده توسط دو درمانگر یا استاد ناظر در مورد یک بیمار ۰/۷۸ گزارش شده است. روایی محتوای مقیاس نیز با ارائه آن به درمانگران مختلف و دریافت بازخورد آن‌ها مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. روایی همگرایی آن نیز با مقیاس‌های سطح کیفیت روابط، ارزیابی عملکرد عمومی و سازمان شخصیت کرنبرگ مورد بررسی قرار گرفته که همبستگی آن با نمرات کیفیت روابط ۰/۵۹، با ارزیابی عملکرد عمومی ۰/۷۰ و با سازمان شخصیت ۰/۸۹ به دست آمده است (Westen et al., 1997).

-
1. socialized negative affect
 2. positive affect
 3. intense negative affect
 4. reality-focused responses
 5. externalizing defenses
 6. avoidant defenses

۲. مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS): این مقیاس شامل ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه عاطفه مثبت و ۱۰ گویه عاطفه منفی را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = اصلاً تا ۵ = بسیار زیاد) ارزیابی می‌کند. در پژوهش (Watson et al., 1988) مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای جنبه عاطفه مثبت و ۰/۸۷ برای جنبه عاطفه منفی گزارش شد. در پژوهش دژکام و بخشی‌پور رودسری (۱۳۸۴) مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای هر دو جنبه عاطفه مثبت و منفی مقیاس در نمونه ایرانی گزارش شده است.

۳. مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان (ERQ): این مقیاس یک ابزار ۱۰ گویه‌ای است که توسط (Gross & John, 2003) به منظور سنجش راهبردهای تنظیم هیجان تدوین شده است. این مقیاس مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) به گویه‌ها پاسخ می‌دهند. در پژوهش (Gross & John, 2003) همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است. در پژوهش بیگدلی و همکاران (۱۳۹۲) مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

در مجموع ۵۴ درمانگر داوطلب با میانگین سنی ۳۳/۴۸ و انحراف استاندارد ۵/۸۱، با میانگین مدت زمان اشتغال ۷/۸۳ و انحراف استاندارد ۲/۷۶ و از نظر رشته تحصیلی ۳۹ نفر (۷۲/۲٪) کارشناسی ارشد و دکتری روان‌شناسی، ۷ نفر (۱۳٪) کارشناسی ارشد و دکتری مشاوره و ۸ نفر (۱۴/۸٪) دکتری روان‌پزشکی، مقیاس‌ها را تکمیل کردند. در جدول ۱ اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی و نرمالیتی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
عاطفه اجتماعی شده منفی	۵۷/۹۲	۸/۹۹	۰/۰۳	۰/۰۲
تجربه عواطف	۳۰/۹۲	۵/۸۵	-۰/۵۱	۰/۵۶
عاطفه شدید منفی	۵۱/۵۳	۷/۶۴	۰/۳۲	۰/۶۱
پاسخ‌های متمرکز بر واقعیت	۱۲۲/۵۳	۱۲/۵۱	-۰/۵۶	-۰/۱۷
تنظیم عواطف	۷۱/۳۱	۱۶/۴۲	۰/۱۷	-۰/۱۲
دفاع‌های اجتنابی	۱۵۴/۷۵	۱۳/۷۷	۰/۲۹	-۰/۵۸

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
تنظیم هیجان	۲۴/۶۹	۷/۹۴	-۰/۳۶	-۰/۶۳
ارزیابی مجدد سرکوبی	۱۷/۱۰	۴/۸۸	-۰/۲۰	-۰/۹۸
ارزیابی عواطف	۳۰/۶۶	۶/۸۷	-۰/۲۷	۰/۲۷
عواطف مثبت عواطف منفی	۲۷/۷۲	۸/۴۹	-۰/۰۶	-۰/۹۹

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، علاوه بر شاخص‌های توصیفی، با توجه به معیار نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی و کشیدگی کوچک‌تر از ۲ بوده و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها مشاهده نمی‌شود.

برای مشخص کردن عامل‌های زیربنایی مقیاس حاضر از تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد. پیش از انجام تحلیل عامل اکتشافی برای تعیین هماهنگی میان گویه‌ها برای تفکیک به چند عامل و حد کفایت تعداد نمونه پژوهش، از آزمون کایزر-میر-آلکین و بارتلت (KMO & B) استفاده شد که مقادیر آن‌ها به ترتیب $KMO=0/57$ ، $Chi-S=781/71$ ، $df=351$ ، $P<0/001$ برای متغیر تجربه عاطفی به دست آمد. بر اساس مقادیر به دست آمده آزمون کایزر-میر-آلکین کفایت تعداد نمونه‌گیری برای تحلیل در حد مناسبی قرار نداشته اما با توجه به ماهیت مقیاس حاضر می‌توان از این مسئله گذر کرد. همچنین با توجه به مجذور کا و سطح معنی‌داری آن، گویه‌های پژوهش قابلیت تفکیک به چند عامل را دارا می‌باشند. در جدول ۲ نتایج تحلیل عامل اکتشافی مربوط به برخی از گویه‌ها برای متغیر تجربه عواطف و همچنین نتایج مربوط به واریانس تبیین‌شده توسط عامل‌های مختلف ارائه شده است.

جدول ۲. تحلیل عامل اکتشافی مربوط به بخشی از گویه‌ها برای متغیر تجربه عواطف و واریانس تبیین‌شده

گویه‌ها	عامل‌ها		
	عامل ۱ (عاطفه اجتماعی شده منفی)	عامل ۲ (عاطفه مثبت)	عامل ۳ (عاطفه شدید منفی)
۸۴- گرایش دارد احساس حسادت کند.	۰/۷۳	-۰/۰۲	۰/۳۴
۳۵- گرایش دارد که پشیمانی را تجربه کند.	۰/۶۷	۰/۱۱	۰/۰۷
۵۰- ابراز هیجانی عجیب و غریب بوده و به شدت با محتوای گفتگو نااهمخوان است	-۰/۶۷	-۰/۲۷	-۰/۲۲

گویه‌ها	عامل‌ها		
	عامل ۱ (عاطفه اجتماعی شده منفی)	عامل ۲ (عاطفه مثبت)	عامل ۳ (عاطفه شدید منفی)
۳۱- وقتی هیجانات شدت می‌گیرند، در دیدن چشم‌انداز دیگران مشکل دارد.	-۰/۶۵	۰/۰۲	-۰/۱۱
۷۴- دارای دوره‌های شیدایی است (نمره متوسط در این گزاره به معنای هیپومانیا است، به این معنی که شرایط به‌اندازه کافی شدید نیست که معیارهای بالینی مانیا را برآورده کند)	-۰/۶۵	۰/۱۵	۰/۲۴
۳۷- قادر است تمام گستره هیجانات را تجربه کند.	۰/۳۱	۰/۹۰	۰/۱۲
۱۶- گرایش دارد که خشمگین یا متخاصم باشد (حتی وقتی هشیارانه تأیید نکند).	-۰/۲۱	-۰/۶۰	۰/۱۸
۳۸- احساسات را با کیفیت و شدت متناسب با موقعیت موردنظر نشان می‌دهد.	۰/۳۸	۰/۵۴	-۰/۰۹
۱۸- گرایش دارد که هیجان‌زدگی یا پارانرژی بودن را احساس کند.	-۰/۲۱	۰/۵۴	-۰/۱۹
۲۰- گرایش دارد که هیجانات مثبت را به شکل شدیدی تجربه کند.	-۰/۰۳	۰/۴۶	-۰/۰۸
۸۸- گرایش دارد ملال را احساس کند.	-۰/۱۸	-۰/۳۵	-۰/۵۴
۳۸- احساسات را با کیفیت و شدت متناسب با موقعیت مورد نظر نشان می‌دهد.	۰/۳۱	-۰/۰۹	۰/۵۴
۱۴- گرایش دارد که هیجانات ناخوشایند را با شدت زیاد احساس کند (غم، اضطراب، گناه و...)	-۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۵۲
۸۰- توانایی محدودی در شناسایی و نامیدن هیجانات دارد	-۰/۲۳	-۰/۳۰	-۰/۵۰
۲۱- گرایش دارد که هیجان کمی را نشان دهد	۰/۲۶	-۰/۴۲	-۰/۴۸
درصد واریانس	۱۹/۷۱	۱۳/۰۶	۸/۶۲
درصد واریانس تجمعی	۱۹/۷۱	۳۲/۷۸	۴۱/۴۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، درصد واریانس تبیین‌شده توسط عامل‌های ۱ تا ۳ به ترتیب ۱۹/۷۱، ۱۳/۰۶ و ۸/۶۲ می‌باشند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این عوامل در عین استقلال، توانایی تبیین متغیر تجربه عواطف را دارا می‌باشند.

پیش از انجام تحلیل عامل اکتشافی برای تعیین هماهنگی میان گویه‌ها برای تفکیک به چند عامل و حد کفایت تعداد نمونه پژوهش، از آزمون کایزر-میر-آلکین و بارتلت (KMO)

B &) استفاده شده که مقادیر آن‌ها به ترتیب $KMO=0/29$, $Chi-S=1359/72$, $df=741$, $P<0/001$ برای متغیر تنظیم عواطف به دست آمد. بر اساس مقادیر به دست آمده آزمون کایزر-میر-آلکین کفایت تعداد نمونه‌گیری برای تحلیل در حد مناسبی قرار نداشته اما با توجه به ماهیت مقیاس حاضر می‌توان از این مسئله گذر کرد. همچنین با توجه به مجذور کاسطح معنی‌داری آن، گویه‌های پژوهش قابلیت تفکیک به چند عامل را دارا می‌باشند. در جدول ۳ نتایج تحلیل عامل اکتشافی مربوط به برخی از گویه‌ها برای متغیر تنظیم عواطف و همچنین نتایج مربوط به واریانس تبیین شده توسط عامل‌های مختلف ارائه شده است.

جدول ۳. تحلیل عامل اکتشافی مربوط به برخی از گویه‌ها برای متغیر تنظیم عواطف و واریانس تبیین شده

عامل‌ها			گویه‌ها
عامل ۳ (دفاع‌های اجتنابی)	عامل ۲ (دفاع‌های بیرونی)	عامل ۱ (پاسخ‌های مبتنی بر واقعیت)	
۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۸۳	۷۵- قادر است حتی در مضطرب‌کننده‌ترین شرایط نیز هدفمند باقی بماند.
۰/۰۹	-۰/۰۳	۰/۸۱	۳۲- قادر است حتی در موقعیت‌های دشوار نیز شوخ‌طبعی را تشخیص دهد.
۰/۰۴	-۰/۰۸	۰/۷۷	۳۳- قادر است مشکلات را پیش‌بینی کند و برنامه‌هایی واقع‌گرایانه برای مواجهه با آن‌ها تدارک ببیند.
۰/۲۰	۰/۰۶	۰/۷۶	۵۴- گرایش دارد که به موقعیت‌های چالش‌برانگیز و استرس‌زا منعطفانه پاسخ دهد.
۰/۰۰	۰/۱۰	۰/۷۵	۱۷- گرایش دارد که برای مقابله با مشکلاتش به دنبال دانش و اطلاعات باشد.
-۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۷۳	۱۹- به موقعیت‌هایی که بالقوه می‌توانند استرس‌زا باشند از طریق گفتگوی مستقیم با افرادی درگیر در موقعیت پاسخ می‌دهد.
۰/۰۴	-۰/۲۱	۰/۷۲	۷۰- قادر است تکنانه‌هایش را به شکل‌هایی که از نظر اجتماعی پذیرفته شده و موردپسند هستند ابراز کند.
-۰/۲۱	۰/۸۱	-۰/۰۷	۸۷- گرایش دارد که دیگران را برای اشتباهات و خطاهایش سرزنش کند.
۰/۲۱	۰/۸۰	-۰/۳۰	۴۴- گرایش دارد که هرگونه مسئولیت‌پذیری نسبت به مشکلاتش را انکار کند.

عوامل			گویه‌ها
عامل ۳ (دفاع‌های اجتنابی)	عامل ۲ (دفاع‌های بیرونی)	عامل ۱ (پاسخ‌های مبتنی بر واقعیت)	
۰/۲۲	۰/۷۸	۰/۰۷	۵۹- قادر نیست نقایص و کاستی‌هایش را بپذیرد.
-۰/۰۴	۰/۷۷	-۰/۲۳	۵۳- گرایش دارد که احساسات و تکانه‌های غیرقابل قبول را در دیگران ببیند تا در خودش.
۰/۱۹	۰/۷۴	-۰/۰۹	۷۹- گرایش دارد که خودش را از طریق استفاده نادرست از منطق قانع کند که رفتارهای مناسبی دارد؛ گرایش به عقلانی‌سازی دارد.
۰/۲۰	۰/۷۲	۰/۰۹	۸۹- گرایش دارد برای تسکین خود یا تقویت عزت نفس به موفقیت‌های خود ببالد و روی آن‌ها متمرکز شود.
-۰/۱۲	۰/۷۱	۰/۰۸	۹۲- زمانی که برنامه‌هایش با شکست مواجه می‌شوند و یا ناکام می‌شود، مستعد خشم شدید و طغیان است.
۰/۸۷	-۰/۱۹	-۰/۲۴	۴۱- هشیارانه و تعمداً از فکر کردن به آرزوها، احساسات و تجارب آشفته ساز اجتناب می‌کند.
۰/۸۵	۰/۰۹	-۰/۲۰	۴۹- گرایش دارد روابط را با عبارات انتزاعی یا کلی بدون ارائه جزئیات حمایتگر یا با ارائه جزئیات ناهمخوان توصیف کند.
۰/۸۴	-۰/۱۷	-۰/۱۸	۶۹- اغلب از آرزوها، نیازها و احساساتش ناآگاه به نظر می‌رسد.
۰/۸۲	-۰/۲۱	-۰/۱۳	۶۸- می‌تواند به ایده‌ها یا خاطرات ناراحت‌کننده فکر کند اما هیجانات همراهشان را احساس نکند.
۰/۸۱	۰/۲۲	-۰/۱۶	۲۵- در تصدیق غمگین بودن خود مشکل دارد.
۰/۷۸	-۰/۱۵	-۰/۰۹	۷۳- در به خاطر آوردن رویدادهای آشفته‌ساز مشکل دارد.
-۰/۶۶	-۰/۲۷	-۰/۰۵	۶۳- هنگامی که روتین روزانه تغییر می‌کند مضطرب می شود.
۱۶/۷۴	۱۹/۵۲	۲۸/۲۱	درصد واریانس
۶۴/۴۸	۴۷/۷۳	۲۸/۲۱	درصد واریانس تجمعی

همان‌طور که در جدول ۳. مشاهده می‌شود، درصد واریانس تبیین‌شده توسط عامل‌های ۱ تا ۳ به ترتیب ۲۸/۲۱، ۱۹/۵۲ و ۱۶/۷۴ می‌باشند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تمامی عوامل در عین استقلال، توانایی تبیین متغیر تنظیم عواطف را دارا می‌باشند.

جدول ۴. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- عاطفه اجتماعی شده	۱									
تجربه عواطف		۲- عاطفه مثبت								
	۰/۳۹**	۱								
۳- عاطفه شدید منفی	-۰/۲۲	-۰/۲۸*	۱							
تنظیم عواطف				۴- پاسخ‌های متمرکز بر واقعیت						
	-۰/۱۱	۰/۴۵**	-۰/۲۴	۱						
۵- دفاع‌های بیرونی	-۰/۴۵**	-۰/۲۴	۰/۲۵	۰/۳۸*	۱					
تنظیم هیجان						۶- دفاع‌های اجتنابی				
	-۰/۱۶	-۰/۰۶	-۰/۳۸**	۰/۳۹*	-۰/۲۸*	۱				
۷- ارزیابی مجدد	-۰/۲۷	۰/۳۵*	-۰/۱۰۳	۰/۲۴	-۰/۰۵	۰/۱۶	۱			

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
۲	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
۳	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
۴	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
۵	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
۶	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
۷	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
۸	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
۹	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
۱۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

برای سنجش روایی مقیاس حاضر از روایی هم‌زمان استفاده شد که ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در متغیر تجربه عواطف، خرده مقیاس عاطفه اجتماعی شده منفی با عاطفه مثبت و عواطف منفی رابطه مثبت و با عاطفه شدید منفی، دفاع‌های بیرونی و عواطف مثبت رابطه منفی دارد. خرده مقیاس عاطفه مثبت با عاطفه اجتماعی شده منفی و عاطفه شدید رابطه منفی و با پاسخ‌های مبتنی بر واقعیت، ارزیابی مجدد و عواطف مثبت رابطه مثبت دارد. خرده مقیاس عاطفه شدید منفی با عاطفه مثبت، دفاع‌های اجتنابی، و سرکوبی رابطه منفی، و با عواطف منفی رابطه مثبت دارد. در متغیر تنظیم عواطف، خرده مقیاس پاسخ‌های مبتنی بر واقعیت با عاطفه مثبت و عواطف مثبت، دفاع‌های بیرونی و دفاع‌های اجتنابی رابطه مثبت و با عواطف منفی رابطه منفی دارد. خرده مقیاس دفاع‌های بیرونی با پاسخ‌های مبتنی بر واقعیت رابطه مثبت و با عاطفه اجتماعی شده منفی و دفاع‌های اجتنابی رابطه منفی دارد. خرده مقیاس دفاع‌های اجتنابی با پاسخ‌های مبتنی بر واقعیت و عواطف مثبت رابطه مثبت و با عاطفه منفی شدید، دفاع‌های بیرونی و عواطف منفی رابطه منفی دارد. با توجه به نتایج کلی ماتریس همبستگی می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس تجربه و تنظیم عواطف از روایی کافی برخوردار است.

برای سنجش پایایی مقیاس حاضر از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج آن در پژوهش حاضر در جدول ۵. ارائه شده است.

جدول ۵. ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های مقیاس تجربه و تنظیم عواطف در پژوهش حاضر

ابعاد	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
تجربه عواطف	عاطفه اجتماعی شده منفی	۰/۶۴
	عاطفه مثبت	۰/۶۲
	عاطفه شدید منفی	۰/۶۳
تنظیم عواطف	پاسخ‌های متمرکز بر واقعیت	۰/۶۸
	دفاع‌های بیرونی	۰/۷۸
	دفاع‌های اجتنابی	۰/۶۳

همان‌طور که در جدول ۵. مشاهده می‌شود، در متغیر تجربه عواطف پایایی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس عاطفه اجتماعی شده منفی ۰/۶۴، برای خرده مقیاس عاطفه شدید ۰/۶۲، و برای خرده مقیاس عاطفه شدید منفی ۰/۶۳ است. در متغیر تنظیم عواطف پایایی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس پاسخ‌های مبتنی بر واقعیت ۰/۶۸، برای خرده مقیاس دفاع‌های بیرونی ۰/۷۸، و برای خرده مقیاس دفاع‌های اجتنابی ۰/۶۳ است؛ بنابراین با توجه به این ضرایب می‌توان پایایی مقیاس و خرده مقیاس‌های آن را قابل قبول تا نسبتاً خوب تلقی کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس مبتنی بر ارزیابی مشاهده‌گر (درمانگر) تنظیم و تجربه عاطفی در جامعه ایرانی انجام گردید. مقیاس حاضر با روش ترجمه برگردان (Brislin, 1986) به زبان فارسی ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در میان نمونه درمانگران ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفت. به‌منظور مشخص کردن عامل‌های هر مؤلفه از مقیاس از تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد که مشخص گردید هر مؤلفه دارای سه عامل مجزا است. برای ارزیابی همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ مورد استفاده قرار گرفت که حاکی از سازگاری درونی خوب بین گویه‌ها بود. همبستگی موجود بین عامل‌ها و با سایر مقیاس‌ها نشان‌دهنده روایی قابل قبول مقیاس بود.

نتایج در مورد تجربه عاطفی با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی نشان‌دهنده ساختار سه عاملی برای تجربه عاطفی شامل عاطفه منفی اجتماعی شده (به تجربه حالت‌های عاطفی مانند احساس گناه، پشیمانی و ندامت اشاره دارد که نشان‌دهنده درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی و معیارهای اخلاقی است)، عاطفه مثبت (به تمایل به تجربه حالات عاطفی مثبت اشاره دارد) و عاطفه منفی شدید (به تمایل به تجربه حالات عاطفی منفی قوی اشاره دارد) است. دست یافتن به سه خرده مقیاس برای بعد تجربه عاطفی با برخی پژوهش‌ها مانند (Westen & Loffler-Stastka, 1997)، (Sbedler, 1997)، (Loffler-Stastka & Steinmair, 2009) و (Stigler, 2010) همسو است. تمامی این پژوهش‌ها سه خرده مقیاس عاطفه منفی اجتماعی شده، عواطف مثبت و عواطف منفی شدید را برای بعد تجربه عاطفی به دست آورده‌اند.

یافتن دو نوع مختلف عاطفه منفی اجتماعی شده و شدید، تفاوت قابل ملاحظه‌ای با بسیاری از مطالعاتی که از معیارهای عاطفه خودگزارشی استفاده کرده‌اند، دارد؛ مطالعاتی که ساختارهای عاملی آن‌ها عمدتاً با استفاده از نمونه‌های دانشجویی توسعه یافته است و به ندرت از نمونه‌های بالینی ناهمگن مانند آنچه در پژوهش حاضر به کار گرفته شده است، استفاده کرده‌اند. شاید این گونه به نظر آید که افراد اگر حالات عاطفی مثبت زیادی را تجربه می‌کنند باید تجربه حالات عاطفی منفی کمتری داشته باشند و بالعکس، یا در کلام دیگر این دو حالت دو روی یک سکه هستند، اما در حقیقت شواهد نشان می‌دهند که عاطفه منفی و مثبت ارتباط چندانی با یکدیگر ندارند و در تضاد با یکدیگر نیستند که تأییدکننده نتایج حاصل از این پژوهش نیز بوده است، به نحوی که عاطفه منفی معرفی شده توسط (Watson & Tellegen, 1985) به این علت با عاطفه مثبت در تضاد نیست چون در حقیقت خود این عاطفه منفی از دو مفهوم متضاد تشکیل شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر به وضوح نشان می‌دهند که ترکیب دو عاطفه منفی اجتماعی شده و عاطفه منفی شدید تحت یک عنوان به نام عواطف منفی کار صحیحی نیست. در تبیین این نتیجه می‌توان به این نکته اشاره کرد افرادی که تمایل به احساس گناه و پشیمانی دارند نسبت به افرادی که تحت تأثیر اضطراب و خشم قرار می‌گیرند و حالت‌های عاطفی شدید و یا تعدیل ضعیف را تجربه می‌کنند، تفاوت زیادی دارند. احساس گناه، پشیمانی، ندامت و خجالت مستلزم درونی‌سازی هنجارها و ارزش‌ها است، در حالی که عواطف شدید و یا تعدیل

ضعیف اغلب حاکی از عدم درونی‌سازی «ترمزهای» تنظیم‌کننده عاطفه است که فرض می‌شود از طریق تعامل با مراقبین در چند سال اول زندگی ایجاد می‌شوند (McWilliams, 2011). اولین مکانیسم، با برچسب واقعیت‌گرا، توسط قطب‌های مقابله‌ی فعال در مقابل اقدام تکانشی تعریف می‌شود. افرادی که در این بعد امتیاز بالایی کسب کرده‌اند از راهبردهای مقابله‌ای فعال و سازگار مانند پیش‌بینی مشکلات، حفظ هدف در مواجهه با پریشانی و جستجوی اطلاعات استفاده می‌کنند. در مقابل، افرادی که امتیاز پایینی در این بعد کسب کرده‌اند، از دفاع‌ها و رفتارهای ناسازگاری مانند گسست، استفاده از مواد مخدر و الکل استفاده می‌کنند و در هنگام مواجهه با پریشانی به‌راحتی تسلیم می‌شوند (Loffler-Stastka & Stigler, 2010).

مدل Westen (1995) پیشنهاد می‌کند افرادی که به‌طور مزمن حالت‌های عاطفی منفی شدید را تجربه می‌کنند باید با واکنش‌های مقابله‌ای و تدافعی کمتر سازگارانه، کمتر متمرکز بر واقعیت و تکانشی و ناسازگارانه‌تر پاسخ دهند. منطق پشت این فرضیه این است که عاطفه ناخوشایند شدید هم محرک و هم محصول جانبی واکنش‌های عاطفی-تنظیمی سریع و ضعیف است. در مقابل، افرادی که عاطفه منفی کمتری (و عاطفه مثبت بیشتر) را تجربه می‌کنند، زمان بیشتری صرف پاسخ دادن متفکرانه و آگاهانه، بدون توسل به اقدامات تکانشی می‌کنند که ممکن است برای لحظه‌ای احساسات ناخوشایند قدرتمند را فرو نشانند اما در نهایت آن‌ها را تشدید کنند. همبستگی منفی قوی بین عاطفه منفی شدید و هر دو پاسخ مبتنی بر واقعیت و دفاع اجتنابی این موضوع را نشان می‌دهد افرادی که احساساتشان قوی است کمتر از پاسخ‌های مقابله‌ای سازگارانه و بیشتر از پاسخ‌های تدافعی ناسازگار استفاده می‌کنند، احتمال کمتری دارد که عواطف خود را با دفاعی مانند عقلانی‌سازی کنترل کنند و بیشتر احتمال دارد که درگیری‌های عاطفی خود را به علائم جسمانی تبدیل کنند، نشخوار و وسواس‌های فکری از خود نشان دهند و در مواقع ناراحتی نیازمند و وابسته شوند؛ زیرا خود قادر نیستند که عواطف خود را تنظیم کنند و در نتیجه برای تسکین به دیگران روی می‌آورند (Godoy et al., 2018). در مقابل، افرادی که تمایل دارند حالت‌های عاطفی لذت‌بخش را تجربه کنند، تمایل دارند عواطف خود را به روش‌های انطباقی تنظیم کنند و از دفاع بیرونی اجتناب کنند. افراد دارای عاطفه منفی اجتماعی‌شده بالا، که تمایل به تجربه احساساتی مانند گناه و پشیمانی دارند، احتمالاً از مکانیسم‌های مقابله‌ای سازگارانه استفاده

می‌کنند و به‌ویژه از بیرونی کردن مشکلات خود اجتناب می‌کنند. درواقع، به‌احتمال زیاد مسئولیت تجارب را تا حدی نامطلوب به عهده می‌گیرند.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به انتخاب درمانگران اشاره داشت که صرفاً محدود به درمانگران شهر تهران بود. همچنین داده‌های به‌دست آمده در پژوهش حاضر از جمعیت بالینی بوده است و کاربرد و اعتبار این مقیاس در جمعیت سالم نامشخص است. از آنجایی که در پژوهش حاضر برای بررسی روایی از فرم‌های خودگزارشی استفاده شده است، نسبت به مشاهده رفتار و مصاحبه‌های بالینی اعتبار کمتری دارند؛ پیشنهاد می‌شود که این پرسشنامه برای جمعیت غیربالینی و البته بالینی سایر شهرها نیز صورت بگیرد، تا با افزایش قدرت تعمیم‌پذیری بتوان اعتبار درونی و بیرونی پژوهش را نیز افزایش داد.

از این ابزار معتبر می‌توان در کار با طیف مختلف مراجعین روان‌درمانی، مخصوصاً مراجعین با مشکلات هیجانی مورد استفاده قرار داد. این ابزار می‌تواند به‌عنوان جایگزینی برای ابزارهای خودگزارشی که توسط مراجعین تکمیل شده و احتمال تحریف و عدم شفافیت را ایجاد می‌کنند، تلقی شود. از این منظر درمانگر به‌عنوان فردی که به برخی از حالات مراجع آگاهی دارد، که ممکن است خود فرد نسبت به آن‌ها آگاهی نداشته یا آن‌ها را تصدیق نمی‌نماید، مرجعی قابل‌اعتمادتر برای مشخص کردن حالات هیجانی مراجع باشد. همچنین این ابزار می‌تواند به‌طور گسترده توسط درمانگران با رویکردهای روان‌پویشی که به‌طور عمیق علاقه‌مند به سطوح هیجانی افراد بوده و ریشه عمده مشکلات را در این زمینه جست‌وجو می‌کنند، مورد استفاده قرار گیرد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی درمانگران و مراجعین گرامی که در پژوهش حاضر همکاری داشته‌اند صمیمانه سپاسگزاریم. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه خوارزمی است.

منابع

- بیگدلی، ایمان‌اله، نجفی، محمود، و رستمی، مریم. (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های دل‌بستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله ایرانی آموزش در پزشکی*، ۱۳(۹)، ۷۲۱-۷۲۹. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2694-fa.html>
- دژکام، محمود و بخشی‌پور رودسری، عباس. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روان‌شناسی*، ۹(۴)، ۳۵۱-۳۶۵.
- مهرپرور، آناهیتا، حسین‌چاری، مسعود، و کمالی، فاطمه. (۱۳۹۴). شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی در تنظیم هیجان. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۶(۲۲)، ۸۵-۱۱۳. <https://doi.org/10.22054/jem.2016.4016>
- یوسفی، رحیم، و طغیانی، الهه. (۱۳۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه هیجان آگاهی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۹(۳۵)، ۲۱۳-۲۳۲. <https://doi.org/10.22054/jem.2019.13739.1382>

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Berking, M., & Lukas, A. C. (2015). The Affect Regulation Training (ART): a transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. *Current Opinion in Psychology*, 3, 64-69. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.002>
- Bigdeli, I.-A., Najafi, M., & Rostami, M. (2013). The relationship between attachment styles, emotion regulation, and resilience with psychological well-being in medical sciences students. *Iranian Journal of Medical Education*, 13(9), 721-729. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2694-fa.html>
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. *Field methods in cross-cultural research*, 8(2), 137-164.
- Dejkam, M., & Bakhshipour Roodsari, A. (2005). Confirmatory factor analysis of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Psychology*, 9(4), 351-365. [In Persian]
- Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., & Delfino-Pereira, P. (2018). A comprehensive overview on stress neurobiology: basic concepts and clinical implications. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12: 127. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00127>
- Gratz, K. L., & 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. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-462. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

- Gross, J. J., Uusberg, H., & Uusberg, A. (2019). Mental illness and well-being: an affect regulation perspective. *World Psychiatry*, 18(2): 130-139. <https://doi.org/10.1002/wps.20618>
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Jazaieri, H., Urry, H. L., & Gross, J. J. (2013). Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 584-599. <https://doi.org/10.5127/jep.030312>
- Kernberg, O. F. (2009). Narcissistic personality disorders: Part 1. *Psychiatric Annals*, 39(3), 105-110. <https://doi.org/10.3928/00485713-20090301-04>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Loffler-Stastka, H., & Steinmair, D. (2009). Psychoanalytical theory of affects and its applicability on the Affect Regulation and Affect Experience Q-Sort Test (AREQ). *J Med Psychol*, 1(1), 10-20.
- Loffler-Stastka, H., & Stigler, K. (2010). The Affect Experience and Affect Regulation Q-Sort Test (AREQ): validation and short version. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(5), 225-232. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263146>
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: an alternative to the five-factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1743-1754. <https://doi.org/10.1176/ajp.161.10.1743>
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological bulletin*, 98(2), 219. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.98.2.219>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Westen, D. (1995). A clinical-empirical model of personality: Life after the Mischel ice age and the NEO-lithic era. *Journal of Personality*, 63(3), 495-524. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00504.x>
- Westen, D., Muderrisoglu, S., Fowler, C., Shedler, J., & Koren, D. (1997). Affect regulation and affective experience: individual differences, group differences, and measurement using a Q-sort procedure. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 429. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.3.429>