



پیش‌بینی نشانگان بالینی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی بر اساس ساختارهای شخصیتی: نقش تعدیل‌کننده‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده

صمد فهیمی^۱، زینب عظیمی^۲، ابراهیم اکبری^{۳*}، احمد امیری پیچاکالایی^۱، حمید پورشریفی^۳

۱- دانشگاه تبریز- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی- گروه روانشناسی- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی.

۲- دانشگاه تهران- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی- گروه روانشناسی- دانشجوی دکتری روانشناسی.

۳- دانشگاه تبریز- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی- گروه روانشناسی- دانشیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۶، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۲۹

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش ساختارهای شخصیتی در پیش‌بینی نشانگان بالینی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی و نقش تعدیل‌کنندگی حمایت اجتماعی ادراک شده در این رابطه می‌باشد.

مواد و روش‌ها: با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس نمرات افراد دارای تجربه شکست عاطفی در پرسش‌نامه‌های ضربه عشق، افسردگی بک و سلامت روان، ۶۵ دانشجوی دارای نشانگان بالینی و ۶۵ دانشجوی بدون نشانگان بالینی از دانشگاه‌های پیام نور تبریز، دانشگاه تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های ۶ عاملی شخصیت هگزاکو (Hexaco) و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک شده (Multidimensional scale of perceived social support) را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS16 و LISREL8.54 و به روش آزمون تحلیل واریانس چندراهه (MANOVA) و تحلیل مسیر انجام شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه، از نظر ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) و حمایت اجتماعی نقش تعدیل‌کننده در بروز نشانگان بالینی بعد از شکست عاطفی دارد.

نتیجه‌گیری: ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی در روابط عاطفی هر فرد دخیل می‌باشد و نحوه برخورد با چالش‌های پیش‌رو در این نوع روابط را پیش‌بینی می‌کنند. بعد از شکست عاطفی، اگر خانواده بتواند فرزندان را با حمایت مستقیم و غیرمستقیم از این بحران خارج کند، فرد این داغ‌دیدگی را به‌طور طبیعی می‌گذراند و نشانگان بالینی کمتر تداوم می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: تجارب اولیه، ویژگی‌های شخصیتی ۶ عاملی، حمایت اجتماعی ادراک شده، شکست عاطفی.

Email: *نویسنده مسئول: شیراز، بلوار مدرس، خیابان فدک، کوچه ۱۶ فدک، پلاک ۱۲۰۹- کدپستی: ۷۱۵۶۸۷۷۵۸۸، تلفن: ۰۹۳۸۰۳۷۸۷۶۲، Email: e.akbari_psy@yahoo.com

ارجاع: فهیمی صمد، عظیمی زینب، اکبری ابراهیم، امیری پیچاکالایی احمد، پورشریفی حمید. پیش‌بینی نشانگان بالینی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی براساس ساختارهای شخصیتی: نقش تعدیل‌کننده‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده. مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۳؛ ۹(۴): ۴۶-۵۹.

مقدمه

افراد در درون شبکه‌ای از تأثیرات تحول می‌یابند. بافت تحولی به این دلیل مورد تأکید است که تغییر در شرایط می‌تواند به تغییر در تعامل و در نتیجه تغییر در روابط بیانجامد. در چنین فرآیندی، فرد به‌عنوان شرکت‌کننده‌ای فعال در شکل‌دهی تجربه نگریسته می‌شود و تاریخچه تجربه کودک، بخش مهمی از این بافت تحولی است. کودک و بافت هر دو دستخوش تغییر می‌شوند (۱).

پیش‌بینی رفتار یک عضو خاص خانواده بدون در نظر گرفتن سایر اعضای خانواده، دشوار است. به‌طور کلی، سنگ بنای شخصیت انسان، در خانواده پی‌ریزی می‌شود. خانواده، کانون رشد، توسعه و سلامت افراد است و اکثر اختلالات روانی ریشه در نابسامانی‌ها و الگوهای رفتاری درون خانواده دارد. عادت‌ها، واکنش‌ها و آموزش‌های والدین به‌خصوص در سال اول زندگی بر رفتار فرد در آینده و سلامت یا اختلال رفتاری وی تأثیر به‌سزایی دارد (۲).

متخصصان بهداشت روانی، افراد زیادی را مشاهده می‌کنند که از مواجهه با مخاطرات زندگی آسیب دیده‌اند و ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که مقابله با آسیب و نیز بهبودی از آسیب دشوار است. اگر آسیب توسط افرادی به ما وارد شود که بیشترین نیاز را به آنها داریم، نه تنها ما را جریحه‌دار می‌کند بلکه پیوندهای آتی‌مان با دیگران را نیز خراب می‌کند (۱).

در طول چند دهه گذشته، عشق رمانتیک به موضوع مورد علاقه روان‌شناسان تبدیل شده و نظریه‌های گوناگونی در مورد تحول این روابط ایجاد شده است (۳). عشق یکی از حیرت‌انگیزترین هیجان‌هایی است که انسان می‌تواند تجربه کند، اما در عین حال، می‌تواند یکی از دردناک‌ترین هیجان‌هایی باشد که تجربه می‌شود (۴). پارکیس (۵) در بررسی‌های خود به این نتیجه رسید که از دست دادن موضوع عشق در دوره جوانی یکی از بزرگترین ضربه‌هایی است که می‌تواند برای افراد اتفاق بیفتد.

راس (۴) برای اولین بار نشانگان ضربه‌ی عشق (Love trauma syndrome) را معرفی نمود که مجموعه علائم و نشانه‌های شدیدی است که پس از فروپاشی یک رابطه رمانتیک بروز می‌کند، عملکرد فرد را در زمینه‌های متعدد (تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای) مختل می‌کند، واکنش‌های غیر انطباقی به‌دنبال دارد و مدت زیادی باقی می‌ماند. این فروپاشی، افسردگی و خشم، احساس ناامنی عمیق، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، بدبینی، بی‌قراری، آسیب‌پذیری، از دست دادن تمرکز، انگیزه و انرژی، نشانه‌های فیزیکی مثل سردرد و بی‌نظمی خواب، بی‌اشتهایی یا پرخوری، تغییرات میل جنسی، بی‌حوصلگی و کندی کلامی-حرکتی تولید می‌کند. صرف‌نظر از اینکه چه کسی رابطه را

قطع می‌کند، انحلال یک رابطه، تجربه‌ی ناخوشایندی است (۲ و ۶-۹).

طبق مدل آسیب‌پذیری-استرس-انطباق که توسط کارنیو و بردبری (۱۰) ارائه شده است، رضایت از رابطه و انحلال آن تابع سه عامل است: نقاط قوت و ضعف و یا ویژگی‌های پایدار زوجین (برای مثال، صفات شخصیتی، قومیت، تجارب در خانواده مبدأ)، حوادث و شرایط استرس‌زا و فرایندهای انطباقی زوجین در برابر آنها (به‌عنوان مثال، هیجانات تجربه شده در طول تعامل‌ها، مهارت‌های رفتاری و شناخت‌های مرتبط).

ساراسون، جانسون و سیگلی (۱۱) بر این باورند که اثرات استرس و رویدادهای منفی زندگی از شخصی به شخص دیگر متفاوت است. تغییر کوچکی در زندگی برخی افراد، آنها را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد درحالی‌که برخی دیگر حتی در رویارویی با رویدادهای شدید زندگی هم دچار اختلال نمی‌شوند و یا عوارض اندکی نشان می‌دهند. متخصصان بهداشت روانی بر این باورند که واکنش افراد در برابر رویدادهای استرس‌آمیز و نیز میزان فشارزایی رویدادها تحت تأثیر عوامل گوناگون فردی و اجتماعی است. برخی ویژگی‌هایی که می‌تواند افراد را در برابر شکست عاطفی مقاوم سازند، عبارتند از سبک دلبستگی ایمن، سبک فرزندپروری مناسب، کم بودن طرحواره‌های ناسازگار اولیه (۶، ۷، ۸، ۱۲ و ۱۳)، ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی (۱۵-۱۳).

الگوهای ارتباطی، شیوه خاص تنظیم عاطفی و انتظارات، باورها و نگرش‌های بنیادین فرد هستند که از دوره نوباوگی به دوره‌های بعد منتقل می‌شوند. علت استفاده متناوب راهبردهای مقابله‌ای توسط افراد در برابر تنیدگی‌های معمولی و همین‌طور تفاوت شخصیتی افراد در طلب حمایت دیگران و نیز استفاده از پیام‌های درونی، گوناگونی الگوهای تنظیمی اولیه و تحریف‌هایی است که در آنها ایجاد شده است (۱۶).

ارتباط بین شخصیت، تجربه هیجانی و عملکرد ارتباطی افراد در پژوهش‌های پیشین نشان داده شده است (۱۷). ویژگی‌های شخصیتی و تجارب آغازین دوران کودکی (سبک‌های دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک فرزندپروری) ما را در درک روابط رمانتیک، کیفیت آن و همبستگی مثبت و منفی آن با سلامت یاری می‌دهد (۲، ۳، ۶، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۲۲-۱۸).

در دو دهه اخیر توافق عموم روانشناسان شخصیت مبنی بر این بوده است که شخصیت را می‌توان در پنج عامل بزرگ خلاصه کرد: برون‌گرایی، سازگاری، باوجدان بودن، ثبات هیجانی (در مقابل روان‌نژندی) و خرد/پندار (یا گشودگی به تجربه) (۲۳). با این وجود به تازگی روانشناسان ابعاد دیگری از شخصیت را به‌دست آوردند. برای

منفی در رابطه مستعد سازد. سپس خصایص منفی ممکن است رضایت از روابط صمیمی را به طور منفی تحت تأثیر قرار دهد (۳۰).

پژوهش یوهارا، ساکود، ساکاد، ساتو و سومیا (۳۵) بیانگر ارتباط برون‌گرایی با مسأله‌مداری و روان‌رنجورخویی با هیجان‌مداری است. یافته‌های پتلی و توماکا (۳۶) نشان داد که بین عامل روان‌رنجورخویی با تجربه هیجان‌ناز منفی و استفاده از راهکارهای هیجان‌مدارانه و بین عوامل برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی و پذیرش با تجربه عواطفی از قبیل شادمانی و غرور و استفاده از راهکارهای مسأله‌مدارانه همبستگی وجود دارد. نتایج پژوهش کاردام و کراییک (۳۷) بیانگر این است که برون‌گرایی بر سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسأله‌مدار و روان‌رنجورخویی و روان‌پریشی بر سبک مقابله‌ای اجتنابی اثرات مثبت مستقیم دارند. اثرات غیرمستقیم صفات شخصیت بر سبک‌های مقابله‌ای، به وسیله تنیدگی ذهنی برای تمام سبک‌های سه گانه مقابله پایین است. نتایج پژوهش هایس و جوزف (۳۸) نشان داد که وظیفه‌شناسی مثل برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی با سلامت روان مرتبط است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش دنیو و کوپر (۳۹) هماهنگ است که بیان داشتند از بین پنج عامل، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده شادی و روان‌رنجورخویی و وظیفه‌شناسی، قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده رضایتمندی از زندگی به‌شمار می‌رود. مطالعات کاستا و مک کری (۲۷) نشان داد که شادی با برون‌گرایی بالا و روان‌رنجورخویی پایین مرتبط است.

کاستا و مک کری (۲۷) بیان می‌دارند که سازگاری و وظیفه‌شناسی در موقعیت‌های کاری اجتماعی می‌باید تجربه مثبت بیشتری به همراه داشته باشند که این به نوبه خود سلامت روانی را به دنبال دارد. این درحالی است که پذیرش، فرد را به کسب تجربه حالات هیجانی منفی و مثبت سوق می‌دهد. یافته‌های یک پژوهش بیانگر این است که روش مقابله‌گرایشی با مشکلات سلامت و رفتارهای خطرناک همبستگی ضعیف دارد، درحالی‌که روش مقابله‌اجتنابی با این ابعاد همبستگی مثبت نشان می‌دهد (۴۰).

بنابر پژوهش‌ها، افسردگی، متأثر از عوامل عمقی شخصیت و سپس عوامل سطحی و راه‌های مقابله‌ای است و شخصیت نقشی مهم در عملکرد عاطفی و هیجانی دارد (۴۱). تا به امروز بیشتر پژوهش‌ها، بر نقش متغیرهای مختلف در ایجاد عشق رمانتیک تأکید کرده‌اند ولی به پیامدهای بعد از آن و عوامل واسطه‌ای توجه چندانی نشده است. در یک رابطه عاشقانه، با هرچه بیشتر نزدیک شدن به انتهای مسیر عشق، اضطراب و افسردگی و به هم ریختگی در نظم ذهنی، بر زندگی فرد سایه می‌افکند و به هنگام قطع این رابطه عاشقانه و پس از آن، این مشکلات به حالت بحرانی خود می‌رسند. افراد عاشق در این هنگام با

مثال پائونن و جکسون ده صفت را به‌دست آوردند که قبلاً در مدل پنج عاملی همبستگی پایین‌تری داشتند و لی و آشتون، شش بُعد متفاوت با مدل پنج عاملی را به‌دست آوردند که مدل «هگزاکو (Hexaco)» لقب گرفت. ابعاد شش گانه این مدل شامل صداقت-تواضع (H) تهییج‌پذیری (E)، برون‌گرایی (X)، سازگاری (A)، باوجدان بودن (C) و گشودگی به تجربه (O) که ترکیب این‌ها می‌شود Hexaco (۲۴).

شخصیت با احتمال تجربه‌ی احساسات خاصی مرتبط است برای مثال، برون‌گرایی، با گزارش احساسات مثبت و روان‌رنجوری با گزارش احساسات منفی ارتباط دارد (۲۵-۲۸). صفات شخصیت مانند روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه و توافق‌جویی، پیش‌بینی‌کننده بیان هیجان‌ناز است. به‌علاوه، شواهد اخیر نشان داده است که پنج عامل بزرگ شخصیتی با استعداد تجربه هیجان‌ناز مثبت مانند عشق، غرور و خرسندی مرتبط است (۲۹). همچنین ویژگی‌های شخصیتی در شکل‌گیری و حفظ رابطه صمیمی، به‌ویژه در انتخاب همسر و شکست روابط عاطفی مهم هستند (۳۰). برخی ساختارهای شخصیتی مثل سطوح پایین روان‌آزردخویی، سطح بالای توافق‌جویی و برون‌گرایی عملکرد بهتر افراد در روابط را پیش‌بینی می‌کنند (۳۲)، اما مطالعات کمی در زمینه مکانیسم‌های احتمالی این رابطه وجود دارد (۱۷). ویژگی‌های شخصیتی، شیوه ادراک افراد درگیر روابط عاطفی از یکدیگر، تعامل با یکدیگر و نحوه ارزیابی و توضیح حوادث روابط صمیمی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۳۰). ویژگی‌های شخصیتی، پیش‌بینی‌کننده عشق، ابعاد آن و سلامت هستند (۲۵ و ۳۳). در پژوهش شاور و نافتل (۲۵) سبک‌های دلبستگی بهتر از ویژگی‌های شخصیتی توانستند کیفیت روابط (صداقت، خشنودی از رابطه، صمیمیت، تعهد، شهوت و عشق) را پیش‌بینی کنند.

با این حال در برخی موارد نتایج متناقضی در مورد ارتباط ویژگی‌های شخصیت و کیفیت روابط صمیمی گزارش شده است. روان‌رنجورخویی همواره ارتباطی منفی با کیفیت روابط صمیمی داشته است (۱۰، ۲۵ و ۳۱). برای مثال، کارنی و بردبری (۱۰)، نشان دادند که روان‌رنجوری به‌طور منفی بر سطوح اولیه رضایت روابط عاطفی اثرگذار است، به گونه‌ای که افراد دارای نمرات بالا در روان‌رنجوری، از ابتدای آشنایی و روابط عاطفی و صمیمی سطوح رضایت پایین‌تری را گزارش می‌کردند. به همین ترتیب، کلی و کانلی (۳۴) با حدود ۵۰ سال پیگیری ۳۰۰ زوج، دریافته‌اند که سطوح بالای روان‌رنجوری با فقدان رضایت از رابطه صمیمی و میزان بالاتر انحلال روابط همراه است. چندین توضیح احتمالی برای اثر منفی روان‌نژندی در کیفیت روابط صمیمی وجود دارد. به‌عنوان مثال، روان‌رنجوری ممکن است یک زوج را به تحریف وقایع در رابطه متقابل و یا واکنش زیاده از حد به حوادث

منفی، نظیر اضطراب یا افسردگی منجر شود. مک کی و همکاران (۴۹) به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی با افسردگی همبستگی معکوس و با سلامت روان همبستگی مثبت دارد. بخشانی و همکاران (۵۰) نیز رابطه منفی بین حمایت اجتماعی ادراک شده و نشانگان بالینی را نشان دادند.

در مقابل، نظریه دل‌بستگی این فرضیه را رد می‌کند که حمایت دوستان می‌تواند از دست دادن چهره دل‌بستگی را جبران کند (۱). بالبی (۵۱) پیشنهاد کرد که تنها چهره دل‌بستگی، قادر به پرورش احساس امنیت است. نظریه دل‌بستگی همچنین پیش‌بینی می‌کند که حمایت اجتماعی و از دست دادن شریک زندگی از طریق مسیرهای جداگانه‌ای سلامت و بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۵۲). از دست دادن یک شریک و در نتیجه از دست دادن یک چهره مهم دل‌بستگی موجب تنهایی هیجانی فرد می‌شود (حتی زمانی که فرد با دیگران است). تنهایی هیجانی فقط می‌تواند با ایجاد دل‌بستگی هیجانی با فردی دیگر و یا یکپارچگی مجدد (پس از جدایی) با کسی که از دست داده‌ایم، رفع شود. با این حال، حمایت اجتماعی باید تنهایی اجتماعی را کاهش دهد؛ بنابراین، حتی اگر نظریه دل‌بستگی امکان ضربه‌گیری حمایت اجتماعی را در فرآیندهای سوگ انکار می‌کند، پیش‌بینی می‌کند که حمایت اجتماعی اثرات مفیدی بر سلامت و بهزیستی افراد می‌گذارد که مستقل از اثر استرس است. مطالعه استروب و همکاران (۴۵) از این تفسیر پشتیبانی می‌کند.

پژوهشگران، به‌طور گسترده‌ای حمایت اجتماعی را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تعدیل‌کننده‌های پیامدهای سوگ پذیرفته‌اند (۱۴، ۵۱ و ۵۳). با این وجود، مطالعات نسبتاً کمی برای آزمایش این فرضیه انجام شده‌اند و الگوی به‌دست آمده از این مطالعات، متناقض بوده است (۴۵ و ۵۴-۵۷)؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تفاوت شخصیت و نقش حمایت اجتماعی در کنار آمدن با شکست عاطفی در دو گروه دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی با نشانگان بالینی و دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی بدون نشانگان بالینی اجرا شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقایسه‌ای، جامعه آماری شامل، دانشجویان دانشگاه تبریز با دامنه سنی ۱۸-۲۸ سال است که دست کم سه ماه از شکست عاطفی شان می‌گذشت، ولی نشانه‌های شکست در آن‌ها باقی مانده بود. به‌روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۵ دانشجوی دختر و پسر دارای شکست عاطفی با نشانگان بالینی و ۶۵ دانشجوی دختر و پسر دارای شکست عاطفی بدون نشانگان بالینی انتخاب شدند. نمونه‌گیری با پخش اطلاعاتی در دانشگاه تبریز، دانشگاه پیام نور تبریز و دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز برای مراجعه دانشجویانی که به تازگی با

رفتارهای گوناگونی نظیر مصرف الکل و مواد مخدر، ترک محل زندگی (۲ و ۹) و یا حتی خودکشی (۴۲)، به این بحران پاسخ می‌دهند. در فقدان ناشی از مرگ یک ابژه‌ی عشقی (Love object) (مثل والدین، همسر و فرزند) فرایند سوگ توسط رفتار حمایتی نزدیکان تسهیل می‌شود (۴۳). حمایت بی‌درنگ از فرد داغ‌دیده در قبال عواقب ناگوار مرگ عزیز از دست رفته از فعال‌ترین حمایت‌ها به‌شمار می‌رود. اعضای خانواده، دوستان، همسایگان، همکاران و سایر افرادی که در نظام حمایت طبیعی می‌گنجند به سرعت در قبال این رویداد پاسخ می‌دهند و مشتاقانه به کمک می‌شتابند و تسلاهی خاطر را فراهم می‌کنند و بار فرد دچار سوگ را سبک می‌کنند (۴۴). در فقدان ناشی از فروپاشی روابط رمانتیک چنین حمایتی نه تنها دیده نمی‌شود، بلکه عمدتاً فرایند سوگ این افراد توسط خانواده و نزدیکان جدی تلقی نمی‌گردد و گاهی خود فرد نیز با اجتناب هیجانی یا درگیری شدید با فقدان، تجربه واقعی و دردناک سوگ را تحریف می‌کند؛ اما بدون تردید عاشق ناکام، سوگ وار است و در وهله اول باید این سوگ را پذیرفت و فرایند سوگوار را تسهیل نمود (۴۳).

باتوجه به نظریه‌های شناختی استرس، حوادث بحرانی مانند سوگ، استرس‌زا هستند چرا که نیازمند سازگاری مجدد با آنها هستیم. شدت استرس ناشی از یک رویداد بستگی به این دارد که تا چه اندازه، مطالبات محیط، فشارآور یا بیشتر از منابع مقابله فرد است. از دست دادن شریک زندگی منجر به از دست دادن حمایت مادی، تأییدی، عاطفی و تماس اجتماعی می‌شود (۴۵). این کسری را می‌توان تا حدی از طریق حمایت اجتماعی از سوی خانواده و دوستان جبران کرد. تصور می‌شود که حمایت اجتماعی به‌عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند (۴۶).

حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از تسهیل‌کننده‌های رفتار بهداشتی مورد توجه می‌باشد که عموماً به‌عنوان کمک دریافت شده از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی، درک می‌گردد. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. ساراسون (۱۱) حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی و دارای هر دو بعد واقعی و تصویری می‌داند (۱۵).

اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی، تحت تأثیر فرآیندهای واسطه‌ای مختلفی است. سوگوارانی که سطح بالایی از حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند (۱۴). حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش بقاء و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۴۷). حمایت اجتماعی پایین از عوامل پیش‌بینی‌کننده نشانگان بالینی است (۴۸). به‌طور کلی فقدان روابط اجتماعی مثبت می‌تواند به حالات روانشناختی

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS): یک ابزار خودگزارش دهی ۱۲ سؤالی است که توسط زیمت، دالم، زیمت و فارلی در سال ۱۹۸۸ طراحی شده است. این مقیاس علاوه بر نمره کل، ۳ نمره دیگر نیز برای حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت افراد مهم در زندگی فرد به دست می‌دهد. زیمت و همکاران ضریب اعتبار آلفای آن را در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۵۹). سلیمی، جوکار و نیک‌پور در سال ۱۳۸۸، روایی و پایایی این مقیاس را در ایران به دست آورده‌اند، به طوری که ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ و روایی آن با روش تحلیل عاملی مناسب بوده است (۶۰).

پرسش نامه شخصیتی هگزاکو (Hexaco-PI-R): پرسش نامه شخصیتی هگزاکو توسط لی و آشتون در سال ۲۰۰۴ ساخته شده و دارای صد سؤال است و شش بعد وسیع: صداقت- تواضع، تهییج‌پذیری، برون‌گرایی، سازگار بودن، باوجدان بودن و گشودگی به تجربه را شامل می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به صورت لیکرت می‌باشد، به این صورت که دامنه نمرات بین ۱ الی ۵ از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. آلفای کرونباخ برای ابعاد شش عاملی در دامنه‌ی ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ و برای رویه‌ها از ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ در نوسان بوده است. در مطالعه لی و آشتون (۲۳) آلفای کرونباخ برای تواضع- فروتنی (۰/۹۲)، تهییج‌پذیری (۰/۹۰)، برون‌گرایی (۰/۹۲)، سازگاری (۰/۸۹)، باوجدان بودن (۰/۸۹) و گشودگی (۰/۹۰) به دست آمد. در ایران نیز، پالاهنگ، نشاط دوست، مولوی پایایی این پرسش‌نامه را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ و با استفاده از چرخش واریانس عامل مربوطه را در محدوده ۰/۶۹ تا ۰/۹۸ و اعتبار پرسش‌نامه را بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۹ به دست آوردند (۶۱).

پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II): شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده و از ۲۱ ماده تشکیل شده است. نتایج یکی از فرا تحلیل‌ها نشان داد که همسانی درونی این پرسش‌نامه، ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ به دست آمده است. میانگین همبستگی این پرسش‌نامه با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی پرسش‌نامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه سوتا (Minnesota multiphasic personality inventory)، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (Symptom check list-90- revised (SCL-90))، بیش از ۰/۶۰ است. ضریب آلفای این پرسش‌نامه توسط فتی، بیرشک، عاطف وحید و دایسون در یک نمونه ایرانی ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی آن به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش شده است (۶۲). چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار

فروپاشی یک رابطه عاطفی مواجه شده بودند، آغاز شد. پس از مراجعه دانشجویان، ابتدا مصاحبه بالینیو سپس پرسش‌نامه ضربه عشق (Love trauma inventory)، پرسش‌نامه افسردگی بک (Beck depression inventory-II)، نسخه ۲۸ گویه‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی (General health questionnaire-28) و پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون (Millon clinical multiaxial inventory-III) اجرا شد. پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون، تنها برای بررسی مشکلات شخصیتی اجرا شد. نقطه برش BDI-II و GHQ-28 به ترتیب ۱۷ و ۲۴ در نظر گرفته شد (۷). دانشجویانی که در هر دو پرسش‌نامه نمره بالاتر از این نقاط برش داشتند، شکست عاطفی با نشانگان بالینی و افرادی که نمره پایین‌تر از نقطه برش داشتند، شکست عاطفی بدون نشانگان بالینی در نظر گرفته شدند. بدین شکل هر دو گروه از نظر سن، جنسیت و میزان تحصیلات همسان شدند. حجم هر گروه را ۷۰٪ دختران و ۳۰٪ پسران تشکیل می‌دادند، شمار بیشتر مراجعان دختر در نمونه به این دلیل است که میزان آسیب دیدگی روانی دختران در شکست عشقی بیشتر از پسران است (۷). دلایل این امر «سرمایه‌گذاری عاطفی گسترده دختران»، «گزینه‌های محدودتر فراروی دختران در مقایسه با پسران در انجام عشق»، «انطباق‌پذیری بیشتر زنان»، «انحصارطلبی زنان»، «بروز تغییر در الگوی وابستگی عاشق و معشوق»، «خارج شدن دختر از مسند ناز به مسند نیاز»، «روحیه فرمان‌پذیری زنان در مقایسه با مردان»، «علاقه‌های جنسی کمتر زنان در مقایسه با مردان»، «هزینه‌های بیشتری که زنان در مقایسه با مردان متحمل می‌شوند» و «شناختن مسأله غیرتمندی مرد» برشمرده شده است (۷). سپس مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (Multidimensional scale of perceived social support) و آزمون شش عاملی شخصیت (Hexaco-PI-R) روی دو گروه اجرا شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) مواجهه با شکست عشقی، (۲) گذشت دست کم سه ماه از فروپاشی رابطه، (۳) نداشتن سوء مصرف مواد، (۴) نبود نشانه‌های روان‌پریشی و اختلال شخصیت، (۵) دامنه سنی ۱۸-۲۸ سال و (۶) نداشتن رابطه جنسی در روابط عاطفی. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسش‌نامه ضربه عشق (LTI): مقیاسی است که رأس در سال ۱۹۹۹ برای سنجش شدت ضربه عشق تهیه کرده و از ده ماده ۴ گزینه‌ای تشکیل شده است. این پرسش‌نامه یک ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم می‌کند. نقطه برش این پرسش‌نامه، ۲۰ در نظر گرفته می‌شود (۴). ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) این پرسش‌نامه ۰/۸۱ و ضریب اعتبار آن در ایران با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ به دست آمده است (۵۸).

DSM-IV می‌سنجند. نمره ۷۵-۸۵ نقطه برش مربوط به الگوها و سبک‌های شخصیتی است و نمره ۸۵ به بالا نشانه اختلال شخصیت است. میلون و همکاران همبستگی میان MCMIII و MMPI را ۰/۷۵ به بالا گزارش کردند. در مورد نسخه فارسی، توان پیش‌بینی مثبت و منفی مقیاس‌ها ۰/۹۸-۰/۹۲ و ۰/۹۹-۰/۹۳ و توان تشخیصی کل مقیاس‌ها ۰/۸۳-۰/۵۸ گزارش شده است. ضریب آلفای MCMIII نیز ۰/۹۷-۰/۸۵ گزارش شده است (۲۴).

تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS16 و LISREL8.54 و به‌روش آزمون تحلیل واریانس چند راهه (MANOVA) و تحلیل مسیر (Path analysis) انجام شد.

نتایج

به‌منظور ارائه‌ی تصویر روشن‌تر از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای ویژگی‌های شخصیت، حمایت اجتماعی ادراک شده و نشانگان بالینی (افسردگی، اضطراب و سلامت روان) هر یک از دو گروه شکست عاطفی با نشانگان بالینی و شکست عاطفی بدون نشانگان بالینی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

به‌منظور مقایسه‌ی دو گروه دارای تجربه‌ی شکست عاطفی با و بدون نشانگان بالینی در ویژگی‌های شخصیت هگزاکو، حمایت اجتماعی ادراک شده و نشانگان بالینی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)

پرسش‌نامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (۶۳).

نسخه ۲۸ گویه‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28): در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ برای تفکیک افراد مبتلابه اختلال‌های روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است. می‌توان از این پرسش‌نامه برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی برای کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود رویدادهای آشفته‌کننده در زندگی استفاده کرد. GHQ-28 چهار خرده مقیاس دارد: نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطرابی، کناره‌گیری اجتماعی و نشانه‌های افسردگی. نقطه برش GHQ-28، ۲۴ است. پایایی دو نیمه نسخه خارجی پرسش‌نامه ۰/۹۵ گزارش شده است. پایایی آزمون-بازآزمون، دونیمه کردن، آلفای کرونباخ، روایی هم‌زمان با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس (MHQ) و روایی سازه نسخه فارسی به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۵۵ و ۰/۸۷-۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفره ۰/۹۱ برآورد شده است (۶۴).

پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون ۳ (MCMIII): بر پایه نظریه زیستی-روانی-اجتماعی میلون در سال ۱۹۷۷ تهیه و در سال ۱۹۹۰ تجدیدنظر شده است. یک ابزار خودسنجی ۱۷۵ گویه‌ای است که به‌صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود و دارای ۲۴ مقیاس بالینی و چهار شاخص روایی است. ۱۴ مقیاس، اختلال‌های شخصیت را بر پایه محور دو DSM-IV و ۱۰ مقیاس نشانگان بالینی را بر پایه محور یک

جدول ۱- میانگین (و انحراف معیار) دو گروه در متغیرهای مورد بررسی

| متغیرها | شکست عاطفی با نشانگان بالینی | شکست عاطفی بدون نشانگان بالینی |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ویژگی‌های شخصیتی | | |
| تواضع | (۴/۵۶) ۴۸/۴۶ | (۴/۶۶) ۴۴/۴۰ |
| هیجان‌پذیری | (۴/۴۶) ۶۳/۱۸ | (۴/۲۴) ۳۴/۳۳ |
| برون‌گرایی | (۳/۷۶) ۴۱/۱۰ | (۴/۸۸) ۵۲/۷۰ |
| سازگاری | (۴/۰۳) ۳۶/۹۶ | (۴/۱۱) ۵۳/۳۳ |
| با وجدان بودن | (۴/۱۲) ۴۳/۰۶ | (۴/۳۲) ۵۲/۵۰ |
| گشودگی به تجربه | (۳/۵۶) ۴۷/۹۶ | (۳/۱۹) ۴۸/۲۰ |
| حمایت اجتماعی ادراک شده | | |
| حمایت اجتماعی | (۵/۱۷) ۳۵/۶۳ | (۵/۷۵) ۴۸/۷۰ |
| خانواده | (۳/۲۸) ۱۰/۱۶ | (۳/۲۷) ۱۷/۰۶ |
| گروه دوستان | (۲/۶۷) ۱۴/۰۳ | (۳/۴۲) ۱۶/۷۶ |
| افراد مهم زندگی | (۳/۷۷) ۱۱/۴۳ | (۲/۷۱) ۱۴/۸۶ |
| نشانگان بالینی | | |
| افسردگی | (۳/۳۵) ۳۶/۱۰ | (۳/۰۵) ۱۷/۷۳ |
| اضطراب | (۳/۸۱) ۳۸/۴۳ | (۳/۱۳) ۱۹/۲۰ |
| سلامت روان | (۳/۸۲) ۴۶/۶۶ | (۴/۷۸) ۲۴/۸۶ |

جدول ۲- نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری

| اثر | ارزش | F | درجه آزادی | خطای df | سطح معناداری | مجذور اتا | توان مشاهده شده |
|---------------|-------|---------|------------|---------|--------------|-----------|-----------------|
| لامبدای ویلکز | ۰/۰۲۷ | ۳۲۴/۳۱۵ | ۱۲ | ۱۰۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۷۳ | ۱ |

جدول ۳- آزمون مانوا برای مقایسه دو گروه در ویژگی‌های شخصیتی هگزاکو، حمایت اجتماعی ادراک شده و نشانگان بالینی

| منابع تغییر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مجذور اتا | توان مشاهده شده |
|-------------------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|-----------------|
| ویژگی‌های شخصیتی | | | | | | | |
| تواضع | ۴۹۶/۱۳ | ۱ | ۴۹۶/۱۳ | ۲۳/۳۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۱۶۵ | ۰/۹۹۸ |
| هیجان‌پذیری | ۲۵۷۵۴/۷ | ۱ | ۲۵۷۵۴/۷ | ۱۳۵۴/۷۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۲۰ | ۱ |
| برون‌گرایی | ۴۰۳۶/۸ | ۱ | ۴۰۳۶/۸ | ۲۱۲/۰۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۴۳ | ۱ |
| سازگاری | ۸۰۳۶/۰۳ | ۱ | ۸۰۳۶/۰۳ | ۴۸۳/۹۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۰۴ | ۱ |
| با وجدان بودن | ۲۶۶۹/۶۳ | ۱ | ۲۶۶۹/۶۳ | ۱۴۹/۵۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۵۹ | ۱ |
| گشودگی به تجربه | ۱/۶۳ | ۱ | ۱/۶۳ | ۰/۱۴۳ | ۰/۷۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۶۶ |
| حمایت اجتماعی ادراک شده | | | | | | | |
| حمایت اجتماعی | ۵۱۲۲/۱۳ | ۱ | ۵۱۲۲/۱۳ | ۱۷۰/۸۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۹۱ | ۱ |
| خانواده | ۱۴۲۸/۳ | ۱ | ۱۴۲۸/۳ | ۱۳۲/۹۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۳۰ | ۱ |
| گروه دوستان | ۲۲۴/۱۳ | ۱ | ۲۲۴/۱۳ | ۲۳/۷۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۱۶۸ | ۰/۹۹۸ |
| افراد مهم زندگی | ۳۵۲/۶۳ | ۱ | ۳۵۲/۶۳ | ۳۲/۷۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۲۱۷ | ۱ |
| نشانگان بالینی | | | | | | | |
| افسردگی | ۱۰۱۲۰/۰۳ | ۱ | ۱۰۱۲۰/۰۳ | ۹۸۱/۱۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۹۳ | ۱ |
| اضطراب | ۱۱۰۹۷/۶۳ | ۱ | ۱۱۰۹۷/۶۳ | ۹۰۹/۱۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۸۵ | ۱ |
| سلامت روان | ۱۴۲۵۷/۲ | ۱ | ۱۴۲۵۷/۲ | ۷۵۹/۰۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۶۵ | ۱ |

است. یکی از شاخص‌های برازندگی مدل شاخص نیکوئی برازش (GFI یا Goodness of fit index) است. این شاخص هر چقدر به یک نزدیکتر باشد بیانگر برازش بهتر مدل است که در مدل حاضر این شاخص ۰/۸۵ می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که مدل دارای برازش نسبتاً خوبی است. شاخص دیگر AGFI (شاخص تعدیل یافته برازندگی) است که شکل تصحیح یافته GFI است. میزان این شاخص ۰/۷۸ می‌باشد. همچنین شاخص NFI (normed fit index) شاخص بنتلر-بونت هم نامیده می‌شود) برای مقادیر بالای ۰/۹۰ قابل قبول است که در این جا این شاخص ۰/۹۴ به دست آمده است و نشانه برازندگی مدل است. شاخص CFI (Comparative fit index) بزرگتر از ۰/۹۰ (۰/۹۶) و قابل قبول و نشانه برازندگی مدل است.

بر اساس یافته‌های مدل، میزان تأثیر شخصیت بر حمایت اجتماعی، ۰/۹۸ و میزان تأثیر حمایت اجتماعی بر نشانگان بالینی، ۱/۰۲ است. مدل ارائه شده، مقادیر استاندارد شده نقش هر یک از متغیرهای نشانگر و نهفته را در پیش‌بینی متغیرهای دیگر نشان می‌دهد که به جز رابطه بین متغیر شخصیت و متغیر نشانگر گشودگی به تجربه، سایر روابط معنادار است.

در شکل فوق که با استفاده از روش تحلیل مسیر و نرم‌افزار LISREL نسخه ۸/۵۴ به دست آمده است، اعداد روی مسیر، ضریب مسیر و اعداد داخل پرانتز، ضریب t را نشان می‌دهد. مطابق شکل فوق، در ویژگی‌های شخصی فقط گشودگی به تجربه بوده است که معنادار

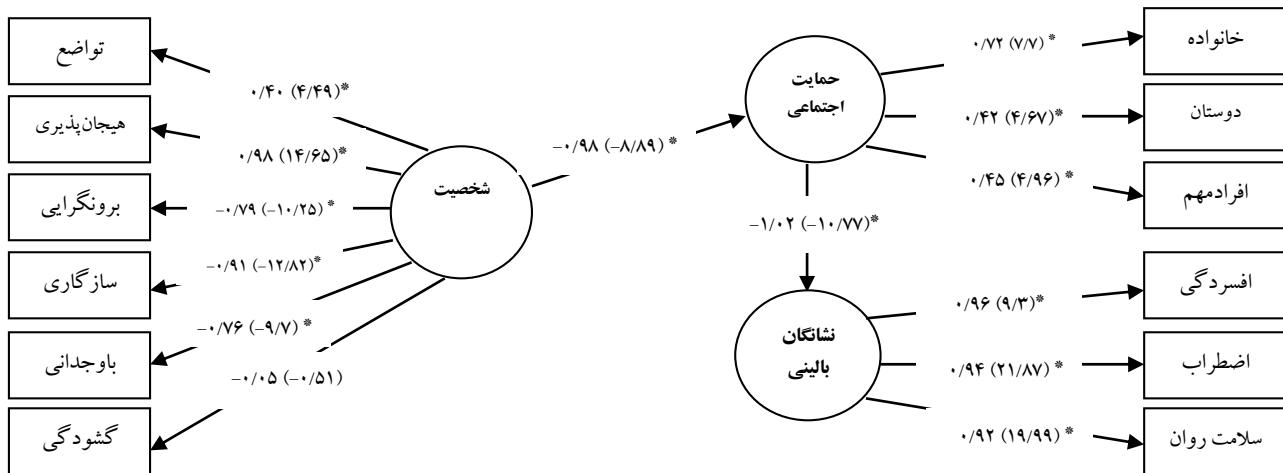
استفاده شد. قبل از انجام تحلیل مانوا می‌بایست پیش‌فرض‌های آن، یعنی برابری کواریانس و واریانس، مورد آزمون قرار گیرد. به همین منظور باتوجه به گروه‌های پژوهش از آزمون باکس (box) و آزمون لوین استفاده گردید. نتایج آزمون باکس برای برابری کواریانس و آزمون لوین برای همسانی واریانس نشان داد که در سطح ۰/۰۵ < P> معنی‌دار نمی‌باشد؛ بنابراین پیش‌فرض‌های انجام مانوا مشکلی ندارد و در ادامه نتایج تجزیه و تحلیل مانوا در جدول ۲ آمده است. مطابق جدول ۳، بین میانگین نمرات دو گروه در ویژگی‌های شخصیتی (تواضع، برون‌گرایی، هیجان‌پذیری، سازگاری و با وجدان بودن) حمایت اجتماعی ادراک شده (خانواده، دوستان، افراد مهم زندگی) و نشانگان بالینی (افسردگی، اضطراب و سلامت روان) تفاوت معناداری وجود دارد (P < ۰/۰۵). تنها در عامل ششم یعنی گشودگی به تجربه بود که تفاوت معناداری به دست نیامد.

جدول ۴- جدول تأثیرات بین متغیرهای شخصیت، حمایت اجتماعی و نشانگان بالینی بر اساس مدل معادلات ساختاری

| شاخص آماری | مقدار استاندارد | خطای استاندارد | مقدار t |
|-------------------------------|-----------------|----------------|---------|
| شخصیت- حمایت اجتماعی | ۰/۹۸ | ۰/۰۴ | -۸/۸۹ |
| حمایت اجتماعی- نشانگان بالینی | -۱/۰۲ | ۰/۰۵ | -۱۰/۷۷ |

Chi-Square=۱۲۰/۷۸، df=۵۲، P=۰/۰۰۰۱، RMSEA= ۰/۱۰۵۴، GFI= ۰/۸۵۵، AGFI=۰/۷۸۲۹، CFI = ۰/۹۶، NFI = ۰/۹۴

باتوجه به نتایج مدل یابی معادلات ساختاری، مدل موردنظر نسبتاً برازندگی خوبی دارد و شاخص‌های برازندگی مدل در حد قابل قبول



مدل علی پژوهش براساس مدل‌یابی معادلات ساختاری: روابط ابعاد شخصیت، حمایت اجتماعی و نشانگان بالینی

نتیجه با یافته‌های مک کری و کوستا (۲۷)، لاوی و بن آری (۲۶)، گونزاگا و همکاران (۱۷) و بارلنز (۳۱) همسو می‌باشد.

مک کری و کوستا (۲۷) معتقدند که هیجان‌پذیری یک صفت مهم در ارزیابی شخصیت است و افرادی که نمره بالایی در این صفت کسب می‌کنند احتمال زیادی دارد که اختلالات و مشکلات گوناگونی از قبیل اضطراب، ترس، افسردگی، تحریک‌پذیری و علایم جسمانی را تجربه کنند و همچنین ابعاد شخصیتی مقبولیت و وظیفه‌شناسی، می‌تواند تسهیل‌کننده عمده‌ای در تجارب مثبت در موقعیت‌های اجتماعی و موفقیت باشد که نتیجه آن میزان احساس شادکامی بیشتر است. لاوی و بن آری (۲۶) به این نتیجه دست یافتند که صفات شخصیتی، عملکرد فرد در رابطه را پیش‌بینی می‌کنند. افرادی که نمرات بالایی در روان‌رنجورخویی (هیجان‌پذیری بالا و منفی، سازگاری پایین) دریافت می‌کنند، سطوح پایینی از کیفیت رابطه را نیز تجربه می‌کنند و دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند. تجربه و بیان هیجانات بر عملکرد فرد در رابطه تأثیر می‌گذارد. به‌عنوان مثال، زوجی که در تعارض‌هایشان با هم یکدیگر را تحقیر می‌کنند، رضایت کمتری هم از رابطه‌شان خواهند داشت. ابراز خجالت، تجربه و ابراز عشق با عملکرد بهتر افراد در ارتباط مرتبط است (۶۵). تجربه و ابراز عشق در تعاملات بین زوجین، با افزایش تعهد، حل تعارض سازنده‌تر و بحث بیشتر در مورد برنامه‌های آینده متقابل برای زوجین مرتبط است.

پیش‌بین بودن روان‌رنجورخویی برای پیامدهای درهم شکستگی و سردرگمی در عشق نشان‌دهنده این امر است که افراد با نمره بالا در این عامل، براساس عواطف منفی خود تمایل به تجربه احساس‌های

نشده و ویژگی‌های دیگر معنادار شده است. ویژگی‌های شخصیتی به‌ترتیب هیجان‌پذیری، سازگاری، با وجدان بودن و تواضع رابطه معناداری با حمایت اجتماعی ادراک شده دارند و پیش‌بینی‌کننده نشانگان بالینی بعد از شکست عاطفی هستند؛ و حمایت اجتماعی ادراک شده نیز با نشانگان بالینی بعد از شکست عاطفی رابطه منفی معناداری دارد که قدرت پیش‌بینی حمایت اجتماعی ادراک شده خانواده بیشتر از حمایت اجتماعی ادراک شده افراد مهم زندگی و دوستان به نشانگان بالینی (افسردگی، اضطراب و سلامت روان) می‌باشد. به عبارتی؛ وقتی فرد بعد از شکست عاطفی از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی‌اش مورد حمایت قرار گیرد یا این حمایت را ادراک کند، سوگواری بعد از جدایی و شکست را به‌طور طبیعی انجام می‌دهد، به مرور زمان آن را می‌پذیرد و دچار نشانگان بالینی بعد از شکست نخواهد شد.

بحث

در پژوهش حاضر، ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی افراد دچار شکست عاطفی با نشانگان بالینی و افراد دچار شکست عاطفی اما بدون نشانگان بالینی مورد بررسی قرار گرفت.

پژوهش حاضر نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی هگزاکو (۶ عاملی) افراد دچار شکست عاطفی با نشانگان بالینی و افراد دچار شکست عاطفی اما بدون نشانگان بالینی در ۵ عامل تواضع، برون‌گرایی، هیجان‌پذیری، سازگاری و با وجدان بودن تفاوت معناداری وجود دارد و دو عامل تواضع و هیجان‌پذیری نیز در افراد دچار شکست عاطفی با نشانگان بالینی بالاتر از افراد بدون نشانگان بالینی است. این

است که یکدیگر را دوست دارند. عشق احساس کردن است. این احساس کردن زمانی وجود دارد که دو نفر حرف می‌زنند و با هم ارتباط دارند (۶۷). حال اگر یکی از این دو نفر در رابطه، شخصیت ناسازگار و روان‌رنجور خوبی داشته باشد، چه اتفاقی می‌افتد؟! فرد روان‌رنجور خود در روابط عاطفی نزدیک در قالب توقعات غیرمنطقی، به دنبال ارضاء نیازهای غیر واقعی خودش است و زمانی که این نیازها ارضاء نمی‌شوند (در واقع امکان ارضاء آن تقریباً غیر ممکن است)، احساس می‌کند که دوستش ندارند. افراد روان‌رنجور خود در چنین روابطی سعی در گرفتن چیزی از کسی برای پرکردن خلاء درونی دارند. روشن است که این روابط در نهایت به جدایی منتهی می‌شود. فقدان و جدایی برای افراد ارمانی جز اضطراب، خشم، افسردگی و عاطفه منفی ندارد (۶۸). مشکل روان‌رنجور خود مثل این است که او با علم به اینکه عشق چیزی جز ابراز آزادانه خود نیست، در کودکی مجبور بوده خود حساسش را در راه به دست آوردن محبت و علاقه‌ی والدین از دست بدهد. روان‌رنجور خود باید باور کند که او را دوست دارند و یا در آینده دوست خواهند داشت، در غیر این صورت به تلاش هیجانی و عصبی‌اش ادامه نخواهد داد (۶۷). او حتی در رؤیاهایش برای رسیدن به محبوبش معمولاً با موانع برخورد می‌کند. او ممکن است با عبور از راه‌های پیچ در پیچ و هیجانی سعی در حل این سوگواری یا رسیدن به محبوب داشته باشد (۲).

حال چیزی که از اهمیت فوق‌العاده‌ای برای حل مسأله فقدان، در جهت کنار آمدن با آن برخوردار است، حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی) می‌باشد. همان‌طور که در نتایج پژوهش حاضر مشاهده می‌شود، افراد با شکست عاطفی که از حمایت اجتماعی برخوردارند و شاید توانایی جستجو و استفاده از حمایت اجتماعی را دارند، از نشانگان بالینی کمتری پس از جدایی رنج می‌برند؛ بنابراین حمایت اجتماعی نقش میانجی در بروز نشانگان بالینی افراد با شکست عاطفی دارد. نکته‌ی بسیار با اهمیتی که از نتایج پژوهش حاضر می‌توان بدان دست یافت این نکته است که افرادی که از ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌آفرین برخوردارند، از فقدان حمایت اجتماعی نیز رنج می‌برند. در واقع چنین افرادی احتمالاً در محیط‌های اولیه‌ی مشکل‌آفرینی که فرد را مستعد شکل‌گیری و بروز صفات شخصیتی هیجانی و عصبیت می‌سازند، تحول یافته‌اند؛ و این محیط فرد را از داشتن خانواده حمایت‌کننده‌ای که در چنین مواقعی به آن رجوع کند، محروم کرده است و از سوی دیگر به سبب داشتن صفات شخصیتی مشکل‌آفرین، چگونگی سود جستن از حمایت‌های اجتماعی فرا خانوادگی را نمی‌دانند و متأسفانه این چرخه معیوب برای این افراد تداوم و ادامه‌دار خواهد بود.

اضطراب، پرخاشگری، افسردگی و ... را دارند. این امر نشان‌دهنده ناپایداری هیجانی در این افراد است. همچنین در پژوهش‌های دیگر دیده شده است که افراد با نمره‌ی بالا در عامل روان‌رنجور خوبی به خاطر احساس شدید عواطف منفی (نظیر ترس، غمگینی، خشم و شرمندگی) توانایی تجربه احساس‌های شیفتگی، صمیمیت و تعهد را در سطح بالا ندارند. این پژوهش از این نظر با مک کری و کوستا (۲۷) و نافتل و شیور (۲۵) همخوان است. افراد با برون‌گرایی بالا، پرجرات، فعال، سخنگو و اجتماعی هستند. در برون‌گرایی میل به جمع‌گرایی و هیجانات مثبت وجود دارد، باتوجه به همبستگی برون‌گرایی با نمرات بالا در کیفیت روابط (عشق، شهوت، صمیمیت، تعهد، خشنودی از رابطه، صداقت) و باتوجه به فعالیت‌های مثبت افراد در عامل اعتلاء از عشق (نظیر پیوستن به اجتماع، تحصیل و کار و کوشش) می‌توان گفت که افراد برون‌گرا بعد از جدایی در عشق رمانتیک، با احتمال بالاتر، پیامدهای منفی ناشی از جدایی در عشق را بهتر از افراد روان‌رنجور خود کنترل می‌کنند. این پژوهش از این نظر با یافته‌های نافتل و شیور (۲۵) همخوان است. باتوجه به همبستگی مثبت احساس‌ها و ارزش‌ها در عامل گشودگی، با نمرات بالا در عشق، شهوت، صمیمیت، تعهد و همبستگی منفی گشودگی با سردرگمی (اعمالی نظیر گرفتن دوست جدید و انصراف از ازدواج) می‌توان گفت که افراد با گشودگی بالا، به‌صورت شناختی از رفتن به سمت واکنش‌های منفی بعد از جدایی خودداری می‌کنند. این پژوهش از این نظر با یافته‌های نافتل و شیور (۲۵) که می‌گویند افراد با نمرات بالا در خشنودی از رابطه، نمره پایینی در پیامد منفی روابط می‌گیرند، همخوان است. باتوجه به رقابت‌های ستیزه‌جویانه که در عامل سردرگمی از عشق صورت گرفته (نظیر جایگزین کردن فرد دیگر از روی لجبازی) و باتوجه به ویژگی افراد سازگار که با دیگران همکاری و همدردی می‌کنند، به‌نظر می‌رسد که افراد با سازگاری پایین، بعد از جدایی در عشق، دچار شک و تردید و ستیزه‌جویی می‌شوند. این پژوهش از این نظر با یافته‌های تیت (۳) و مک کری و کوستا (۲۷) که می‌گویند افراد با سازگاری پایین رقابتی، ستیزه‌جو و خودمحور هستند، مطابقت می‌کند. از آنجا که افراد وظیفه‌شناس خواستار پیشرفت در وظایف خود (نظیر پیشرفت در کار و تحصیلات) هستند، دوست دارند که رفتارهای عاشقانه آنها نیز به‌صورت وظیفه‌شناسانه باشد و در این راه بیشترین عشق را نسبت به شریک خود ابراز دارند و در روابط خود به موفقیت برسند.

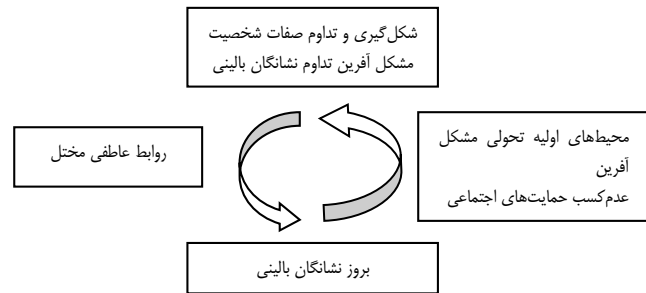
اساساً مفهوم عشق، آزادی و رهایی در احساس کردن و قائل شدن این آزادی در ابراز احساسات به دیگران است، بدین معنا که به دیگران اجازه دهیم رشد طبیعی کرده و خود را به‌طور طبیعی ابراز کند. خود بودن و پذیرفتن دیگران به همان شکلی که هستند، لازمه‌ی عشق است. اشاره ضمنی از این تعریف عشق وجود ارتباط واقعی بین افرادی

پژوهش‌های انجام شده در زمینه احساس خوب بودن و داشتن معنا در زندگی نشان داده‌اند که هر دوی این مقوله‌ها با ادراک افراد از داشتن اهداف مهم در زندگی و پیشرفت رضایت‌بخش در به‌دست آوردن آنها رابطه دارند. برای مثال، بیشتر مردم ارزش بسیار بالایی برای برقراری و حفظ روابط صمیمانه و نزدیک قائل هستند و به‌دست آوردن این اهداف بین فردی با احساس خوب بودن در زندگی ارتباط بسیار قوی دارد. تحقیقات روفلمن و ولچیک نشان داده‌اند، این که فرد احساس کند در تعقیب اهداف موردنظرش از حمایت‌های دیگران برخوردار است، احساس مثبت، خوب و مطلوب را در وی پرورش می‌دهد و احساس این که دیگران مانع تحقق اهداف وی می‌گردند، از احساس خوب بودن می‌کاهد (۲).

رضایت افراد در زندگی تا حد زیادی از باور آن‌ها نسبت به دست یابی به اهداف مطلوبشان سرچشمه می‌گیرد. همچنین، توانایی رسیدن یک فرد به هدفش ممکن است توسط دیگران تقویت یا جلوگیری شود. بنابراین، درک حمایت در دست‌یابی به اهداف از طرف افراد مهم زندگی فرد، عامل مهمی است که در رضایت‌مندی یا تعارض در روابط صمیمانه و نزدیک نقش دارد (۶۹).

کوهن و ویلز (۶۶) در مورد دو مکانیسم بحث می‌کنند که فرض می‌شود واسطه اثر ضربه‌گیر حمایت اجتماعی هستند. اول، حمایت اجتماعی با ضعیف کردن پاسخ ارزیابی استرس یا جلوگیری از آن، ممکن است بین آن اتفاق استرس‌زا و واکنش استرس، فاصله ایجاد کند؛ بنابراین، این دانش که فردی می‌تواند حمایت دوستان و اعضای خانواده‌اش را داشته باشد و لزوماً در آینده تنها نیست (به‌عنوان مثال، ارزیابی فقدان) ممکن است ضربه فقدان را کم کند و در برابر اثرات زیان بار سوگ، مانند یک ضربه‌گیر عمل کند. دوم، مهار مقابله غیرانطباقی و تسهیل مقابله انطباقی. بر این اساس، حتی اگر حمایت اجتماعی در مقابل اثرات سوگ شکست بخورد، ارائه حمایت‌های اجتماعی ممکن است مقابله با استرس را تسهیل ببخشد و در نتیجه موجب سرعت بخشیدن به بهبود گردد.

تجارب اولیه در خانواده، ساختار شخصیتی و تحول اجتماعی کودک را جهت می‌دهند که این ساختار شخصیتی در طول تحول فرد، همیشه خود را نشان می‌دهد. اگر این تجارب منفی باشد، شخصیت فرد ممکن است رشد منفی داشته باشد و چنین فردی به‌طور معمول نمی‌تواند شبکه حمایت اجتماعی خوبی برای خودش فراهم آورد. اگر شخصیت فرد رشد یافته‌تر باشد و دارای ویژگی‌های مثبت باشد در برابر تکالیف و بحران‌های زندگی انعطاف‌پذیرتر و بهتر عمل خواهد کرد. پدر و مادر حمایت‌گر و افراد نزدیک به فرد می‌توانند با حمایت خود در برابر آسیب‌های وارد شده بر فرد موجب کاهش نشانگان بالینی او شوند تا فرد بهتر بتواند این بحران را پشت سر بگذارد؛ بنابراین، ضعف در این



بنابراین کانون خانواده همان‌گونه که باعث شکل‌گیری شخصیت می‌شود، در بزرگسالی نیز عدم حمایت خانواده از فرزندان دارای ویژگی شخصیتی برخاسته از خانواده، در برابر مشکلات و تکالیف زندگی (ازدواج، ...) موجب می‌شود فرزندان دچار عوارض بالینی ناگواری شوند که هیچ وقت قابل‌جبران نباشد. حمایت محدود نیز به منزله عامل انحراف تلاش‌های مقابله‌ای در برابر رویدادهای تنیدگی‌زا در نظر گرفته می‌شود (۶۶). بعد از شکست عاطفی، اگر خانواده بتواند فرزندان را با حمایت مستقیم و غیرمستقیم از این بحران خارج کند فرد این داغ‌دیدگی را به‌طور طبیعی می‌گذراند و از تداوم نشانگان بالینی جلوگیری می‌کند. این حمایت اجتماعی از طرف خانواده و سایر افراد می‌تواند بیشتر به‌صورت حمایت اطلاعاتی و عاطفی باشد؛ یعنی اعضای شبکه اجتماعی فرد می‌توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، فرد سوگوار را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی شده، کمک کند. این پیشنهادها به شخص کمک می‌کند تا به مشکل از دیدگاه جدیدی نگاه کند، بدین ترتیب آن را حل کرده یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند.

در مورد اهمیت حمایت اجتماعی می‌توان گفت که حمایت اجتماعی ادراک شده از ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران شکل می‌گیرد. نظریه‌پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده، بیان می‌کنند تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند. به بیان دیگر، ارتباط اجتماعی منابع حمایت اجتماعی نیست، مگر آنکه فرد آن را به‌عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (۲)؛ بنابراین نه خود حمایت بلکه ادراک فرد از حمایت است که اهمیت دارد. یکی از نتایج حمایت اجتماعی ادراک شده مطلوب، سلامت روان قلمداد می‌شود. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از وضعیت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری و نقص. پژوهش‌های بسیاری (۱۴، ۴۵، ۴۸-۵۲) نشان از آن دارند که بهره‌مندی از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند و همچنین این اعتقاد وجود دارد که حمایت اجتماعی از جانب دوستان، خانواده و سایر افراد به کاهش فشار روانی منجر شده، بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد.

مرتضی منطقی و دکتر عباس بخشی پور رودسری جهت راهنمایی‌های ارزنده‌شان تشکر می‌شود.

References

1. Atkinson L, Goldberg S. Attachment issues in psychopathology and intervention. First ed. Lawrence Erlbaum Associates (LEA), Publishers, Mahwah, New Jersey London; 2004: 50-260.
2. Akbari E. Compare the efficacy of transactional analysis therapy with the cognitive-behavioral therapy in improving symptoms of love failure students [dissertation]. Tabriz: University of Tabriz; 2011. p.174.[Persian].
3. Tate LD. Personality trait associated with romantic relationship [dissertation]. Santlouis University 2003: 92-111.
4. Rosse RB. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken. First ed. Perseus Publishing, a Member of the Perseus Books Group; 1999: 9-270.
5. Parkes CM. Love and loss: the roots of grief and its complications. First ed. Routledge. Taylor & Francis Group. London and New York; 2006: 10-430.
6. Akbari E, Khanjani Z, Azimi Z, Poursharifi H, Mahmoud Aliloo M. The effectiveness of transactional analysis therapy on personality states, self-esteem and clinical symptoms of people with emotional breakdown. Journal of Psychological Models and Methods 2012;2(8):1-21.[Persian].
7. Akbari E, Mahmoud Aliloo M, Khanjani Z, Poursharifi H, Fahimi S, Amiri Pichakolaei A, et al. Early maladaptive schemas and parenting styles of students who have failed in love with and without the clinical syndrome. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2012;18(3):184-194.[Persian].
8. Amiri Pichakolaei A, Khanjani Z, Poursharifi H, Azimi Z, Fahimi S, Akbari E, et al. An introductory investigation of the causes of continuation of clinical syndromes of emotional breakdown of university students based on attachment styles and early maladaptive schemas. Thought & Behavior in Clinical Psychology 2012;6(23):21-30.[Persian].
9. Manteghi M. Fervent love psychology. Tehran: Besat pub;2011. [Persian].
10. Karney BR, Bradbury TN. Neuroticism, marital interaction and the trajectory of marital satisfaction. Journal of Personality and Social Psychology 1997;72:1075-1092.
11. Sarason IG, Johnson JH, Siegely M. Assessing the impact of life changes: development of the Life experiences survey. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1978;46:932-946.
12. Hamidpour H. Preliminary evaluation and the efficacy of schema therapy in students love failures. Paper presented at the 5th National conference on student mental health. Tehran: Shahed University;2006.[Persian].
13. Karkhaneh S. The role of attachment styles and personality characteristics in predicting the consequences of failure in love [dissertation]. Karaj Tarbiat Moallem University;2010.[Persian].
14. Stroebe W, Zech E, Stroebe S, Abakoumkin G. Does social support help in bereavement? Journal of Social and Clinical Psychology 2005;24(7):1030-1050.
15. Taylor SE. Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. Psychological Science 2007;18:800-839.
16. Carlson EA, Sroufe LA. The contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D, editors. Developmental processes and psychopathology: vol. 1. Theoretical perspectives and methodological approaches. New York: Cambridge University press;1995.p.581-617.

سیستم حمایتی، پیامدهای منفی ازجمله نشانگان بالینی و کاهش سلامت روان برای افراد دچار شکست عاطفی به‌دنبال دارد که با تقویت حمایت‌های اجتماعی از آنان می‌توان این پیامدها را کاهش داد. آگاهی از چگونگی ارتباط متغیرهای مداخله‌گر در بروز شدت نشانگان بالینی پس از قطع یک رابطه عاطفی، می‌تواند درمان‌گران را در نوع خدمت‌رسانی به این افراد و آموزش مهارت‌های حمایتی (به‌ویژه اطلاعاتی و عاطفی) به والدین یاری رساند. به عبارتی، در چنین شرایطی فرزند سوگوار خود را درک کرده و در صدد معالجه او باشد نه محاکمه او؛ زیرا بسیاری از والدین پس از شنیدن چنین اتفاقی، هیجانی برخورد کرده و به جای حمایت از فرزند، او را بازخواست و سرزنش می‌کنند. طبیعتاً این راهکارها موجب ناامنی فرزند می‌گردد و شدت نشانگان را افزایش می‌دهد.

اگرچه این پژوهش در جهت کشف روابط متغیرهای شخصیتی، حمایت اجتماعی و نیز نشانگان بالینی شکست‌های عاطفی اطلاعات ارزشمندی داشت، اما دارای محدودیت‌هایی است. از جمله نمی‌توان درخصوص علیت نقش متغیرهای شخصیتی در شکست‌های عاطفی داوری کرد. طولانی بودن پرسش‌نامه نیز احتمال تولید اثر خستگی را داشته است. کشف دقیق متغیرهای شخصیتی و پاسخ به شکست‌های عاطفی، نیازمند اخذ روش‌های دقیق‌تر کیفی است. اگرچه یافته‌های به‌دست آمده از روش‌های کمی بسیار سودمند است، اما روش‌های کمی قادر نیست تا عمق آن پاسخ‌ها و متغیرهای تعدیل‌کننده را توضیح دهند. بی‌شک پژوهش حاضر در محدوده خاصی انجام گرفته است و نمی‌توان یافته‌های آن را به تمامی بزرگسالان نسبت داد. در واقع پژوهش حاضر یک بررسی مقدماتی در حیطه شکست‌های عاطفی در قشر جوان کشور است. براساس یافته‌های پژوهش، اهمیت ایجاد و گسترش مراکز مشاوره قبل از ازدواج ویژه جوانان در آستانه ازدواج، تنظیم یک برنامه آموزشی و پیشگیری از عواقب ارتباطات نامناسب و آموزش مهارت‌های ارتباطی و حمایتی به والدین، به‌عنوان یکی از گام‌های اساسی در تحقق اصول بهداشت روان را دو چندان می‌کند. یکی از پیشنهادات برای ارائه‌ی آموزش ارتباط به همه‌ی جوانان، شناسایی افرادی است که نسبت به تجارب شکست عاطفی آسیب‌پذیرند، پیشنهاد حمایت مستقیم از این جوانان به‌منظور جلوگیری یا به حداقل رساندن نتایج تراکمی ناسازگار علائم منفی شکست عاطفی در زندگی آنها، ارتقاء بیشتر مسیرهای مطلوب در بزرگسالی و فراهم ساختن شرایط مطلوب‌تر برای ازدواج‌های سالم آتی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان بابت همکاری و سعه صدرشان در اجرای پژوهش، از جناب آقای مصطفی خانزاده برای همکاری‌های آماری و همچنین از اساتید گرانقدر جناب آقای دکتر محمود دهقانی، دکتر

17. Gonzaga GC, Campos B, Bradbury Th. Similarity, convergence, and relationship satisfaction in dating and married couples. *Journal of Personality and Social Psychology* 2007;93(1):34-48.
18. Andooz Z, Hamidpour H. Early maladaptive schemas, attachment styles and marital satisfaction in couples. *Proceedings of the Second congress of Iranian Family Pathology*; 2006;Tehran: University of Shahid Beheshti.p.165.[Persian].
19. Sumer N, Cozzarelli C. The impact of adult attachment on partner and self-attributions and relationship quality. *Personal Relationships* 2004;11:355-371.
20. Chatav Y, Wishman MA. Partner schemas and relationship functioning: a states of mind analysis. *Behavior Therapy* 2009;40: 50-56.
21. McDermott N. Early maladaptive schemas, attachment, negative affect and relationship satisfaction [dissertation]. Rowan University, College of Liberal Arts and Sciences;2008:58-67.
22. Stiles OE. Early maladaptive schemas and intimacy in young adult's romantic relationships [dissertation]. Alliant International University, California School of Professional Psychology, San Francisc;2004:180-202.
23. Lee K, Ashton MC. Psychometric properties of the HEXACO personality inventory. *Multivariate Behavioral Research* 2004;39: 329-358.
24. Bashirin H, Barahmand U, Akabri S, Ghamari H, Vusugi A. A study of the psychometric properties and the standardization of hexaco personality inventory. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 2011;30:1173-1176.
25. Nofel EE, Shaver PR. Attachment dimensions and big five personality traits. *Journal of Research in Personality* 2006;40:179-208.
26. Lavee Y, Ben-Ari A. Emotional expressiveness and neuroticism: Do they predict marital quality?. *Journal of Family Psychology* 2004;18:620-627.
27. Costa PT, Mc Care RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychol Assess* 1992; 4(1):5-13.
28. Izard CE, Libero DZ, Putnam P, Haynes OM. Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993;64:847-860.
29. Shiota MN, Keltner D, John OP. Positive emotion dispositions differentially associated with big five personality and attachment style. *Journal of Positive Psychology* 2006;1:61-71.
30. Fardis M. Expression and regulation of emotions in romantic relationships [dissertation]. Missoula, Montana: The University of Montana;2007.p.132.
31. Barelds DPH. Self and partner personality in intimate relationships. *Eur J Pers* 2005;19:501-518.
32. Bouchard G, Lussier Y, Sabourin S. Personality and marital adjustment: Utility of the five-factor model of personality. *Journal of Marriage and the Family* 1999;61:651-660.
33. Watson E. Attachment, accommodation, and the outcomes of romantic relationship [dissertation]. University of Southern California;2004:102-112.
34. Kelly EL, Conley JJ. Personality and compatibility: A prospective analysis of marital stability and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;52:27-40.
35. Uehara T, Kakudo K, Sakado M, Sato T, Someya T. Relationship between stress coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1999;68(1):26-30.
36. Penley JA, Tomaka J. Associations among the big five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences* 2002;32:1215-1228.
37. Kardum I, Krapic N. Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences* 2001;30:503-515.
38. Hayes N, Joseph S. Big 5 correlate of three measures of subjective well-being. *Personality & Individual Differences* 2003;34(4):723-727.
39. DeNeve K, Cooper H. The happy personality: A meta-analysis of personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin* 1998;124:197-229.
40. Steiner H, Ericson SJ, Hernandez NL, Pavelski R. Coping styles and correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health* 2002;30(5):326-335.
41. Joyce BE, Meredith VA. Personality and emotional performance: Extraversion, neuroticism, and self-monitoring. *Journal of Occupational Health Psychology* 2007;12(2):177-192.
42. Azar M, Noohi S, Shafiee Kandjani. Suicide. Tehran: Arjmand pub; 2010.p.141.[Persian].
43. Mirmohammad Sadeghi M. Premarital education. Tehran: Prevention Deputy of Welfare Organization;2004.[Persian].
44. Rich Ph. Grief counseling homework planner. Translated to Persian by: Bahrami BS, Rahbari H. Tehran: Danjeh pub;2010.p.78-89. [Persian].
45. Stroebe W, Stroebe M, Abakoumkin G, Schut H. The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996;70:1241-1249.
46. Landman-Peeters KMC, Hartman CA, Van der Pompe G, Den Boer JA. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Sciences & Medicine* 2005;60:2549-59.
47. Suarez L, Ramirez AG, Villarreal R, Marti J, Mcalister A, Talavera GA, et al. Social networks and cancer screening in four U.S. hispanic groups. *Am J Prev Med* 2000;19(1):47-52.
48. Kilpatric R. Support, social, relationships and mental health. *Physical Medicine and Rehabilitation* 2005;13(1):364-349.
49. McKee MD, Cunningham M, Jankowsk KRB, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in multi-ethnic population. *Journal of Obstetrics & Gynecology* 2001;97(6):988-993.
50. Bakhshaei NM, Birashk B, Atef Vahid K, Bolhari J. Relationship between perceived social support and stressful life events and depression. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2003;9(2):49-56.[Persian].
51. Bowlby J. Attachment and Loss (Loss, Sadness, and Depression). 3rd ed. London: Hogarth Press, New York:Basic Books;1980.
52. Stylianos SK, Vachon MLS. The role of social support in bereavement. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, editors. *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. New York: Cambridge University press;1993.p.397-410
53. Carr D, House JS, Wortman C, Nesse R, Kessler RC. Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2001; 56:237-248.
54. Murphy SA, Chung JJ, Johnson LC. Patterns of mental distress following the violent death of a child and predictors of change over time. *Research in Nursing & Health* 2002;25:425-437.
55. Norris F, Murrell S. Social support, life events, and stress as modifiers of adjustment to bereavement by older adults. *Psychology and Aging* 1990;5:429-436.
56. Okabayashi H, Sugisawa H, Yatomi N, Nakatani Y, Takanashi K, Fukaya T, et al. The impact of conjugal bereavement and the buffering effect of social support on the health of the elderly. *Japanese Journal of Psychology* 1997;68:147-154.

57. Schwarzer C. Bereavement, received social support, and anxiety in the elderly: A longitudinal analysis. *Anxiety Research* 1992;4: 287-298.
58. Dehghani M. The efficacy of short-term anxiety regulating psychotherapy on love trauma syndrome [dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute;2011.p.130.[Persian].
59. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The multidimensional scale of perceived social support. *J Person Asses* 1988;52(1):30-41.
60. Salimi A, Jokar B, Nikpoor R. Internet and communication: Perceived social support and loneliness as antecedent variables Persian. *Psychol Studies* 2009;5(3):81-102.[Persian].
61. Palahang H, Neshat Doost HT, Molavi H. Standardization of revised HEXACO personality inventory (HEXACO-PI-R) in Iranian students. *Journal of Psychology* 2010;4(16):48-66. [Persian].
62. Fata L, Birashk B, Atef-vahid K, Dobson K. Meaning assignment structures/ schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparison of two conceptual frameworks. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2003;42:312-326.[Persian].
63. Azkhash M. Application of psychological tests and clinical diagnostic. 3rd ed. Tehran: Ravan 2008;224-226.[Persian].
64. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: Personality and mental health. Tehran: Besat Publication Institute;2009.[Persian].
65. Keltner D, Buswell BN. Embarrassment: Its distinct form and appeasement functions. *Psychological Bulletin* 1977;122:250-270.
66. DiMatteo MR. The psychology of health. Vol 1. Translated to Persian by: Kaviani M, Abbaspoor M, Mohammadi H, Taghizadeh Gh, Kimiya AA, Hashemian K. Tehran: Samt pub;2010.[Persian].
67. Janov A. The primal scream. *Primal Therapy: The Cure for Neurosis*. Dell Publishing Company;1999.
68. Janov A. Prisoners of pain. Translated to Persian by:Adhami Z. Tehran: Dayereh pub, 4th ed; 2010;p.437-450.[Persian].
69. Kaplan M, Maddux JE. Goals and marital satisfaction: perceived support for personal and collective efficacy for collective goals. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2002;21(2):157-164.



Predicting Clinical Syndrome in Students with Emotional Breakdown Experience based on Personality Structures: the Moderating Role of Perceived Social Support

Samad Fahimi (M.A.)¹, Zeinab Azimi (Ph.D.)², Ebrahim Akbari (M.A.)^{1*}, Ahmad Amiri Pichakolaei (M.A.)¹, Hamid Poursharifi (Ph.D.)¹

1- Dept. of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

2- Dept. of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 27 November 2013, Accepted: 18 February 2014

Abstract:

Introduction: This study investigated the role of personality constructs in predicting the clinical syndrome of students with emotional breakdown and moderating role of perceived social support in this relationship.

Methods: Using purposive sampling and based on questionnaires of the love trauma, Beck depression and GHQ in students with emotional breakdown experience, 65 students with and 65 students without the clinical syndrome were selected from Payam Noor University of Tabriz, Tabriz University, and Islamic Azad University of Tabriz, and completed HEXACO questionnaire and multidimensional scale of perceived social support (MSPSS). Data analysis was done using SPSS16 and LISREL 8.54 by multivariate analysis of variance (MANOVA) and path analysis.

Results: The results showed that there was a significant difference between two groups in personality characteristics and social support ($P < 0.05$), and social support had a moderating role in developing clinical syndrome after emotional breakdown.

Conclusion: Personality characteristics and social support affect everyone's romantic relationships and would predict how to deal with the challenges in these relationships. After an emotional breakdown, if families are able to bring children out of this crisis with their direct and indirect support, this will lead to passing the trauma naturally and will prevent the continuation of the clinical syndrome.

Keywords: Early experiences, 6-factor personality characteristics, Perceived social support, Emotional breakdowns.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: E. Akbari, Email: e.akbari_psy@yahoo.com

Citation: Fahimi S, Azimi Z, Akbari E, Amiri Pichakolaei A, Poursharifi H. Predicting clinical syndrome in students with emotional breakdown experience based on personality structures: the moderating role of perceived social support. Journal of Knowledge & Health 2015;9(4):46-59.