

## اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن

## مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی

۱. بهناز خیری، ۲. سید رضا میرمهدی<sup>\*</sup>، ۳. شهلا آکوچکیان، ۴. حسن حیدری، ۵. سید علی آل یاسین

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران. ۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. ۳. دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران. ۴. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران. ۵. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۷/۱۱/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۲۵)

## The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms, Rumination and Cognitive Avoidance of Women Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

1. Behnaz khayeri, 2. Seyed Reza Mirmahdi\*, 3. Shahla Akuchekian, 4. Hasan Heidari, 5. Seyed Ali Aleyasin  
1. PhD Student, Department of Psychology, School of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.  
2. Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran. 3. Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. 4. Associate Professor, Department of Counseling, School of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran. 5. Assistant Professor, Department of Psychology, School of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian Iran.

(Received: Feb. 11, 2019 - Accepted: Sep. 16, 2019)

### Abstract

چکیده

**Introduction:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotion-focused therapy on obsessive-compulsive symptoms, rumination and cognitive avoidance of women patients with obsessive-compulsive disorder. **Method:** In order to select the participants of the study, 20 patients with obsessive-compulsive disorder were selected by Purposive sampling method from among the patients referred to the counseling centers of Isfahan in 2018, were selected and divided into two groups of emotion-focused therapy and control. Emotion-focused therapy was performed during eight weekly sessions and the control group did not receive any special treatment during this period of time. Yale-brown obsessive-compulsive scale, Ruminative Response Scale and cognitive avoidance scale were completed in three stages: pretest, post-test, and follow-up. To analyze the data, the method of analysis of variance with repeated measurements was used. **Results:** the efficacy of emotion-focused therapy on reducing obsessive-compulsive symptoms, rumination and cognitive avoidance of patients was significant in post-test scores ( $0/05 > \text{sig}$ ). **Conclusion:** The findings of this study have potentially significant implications for therapists to consider the effectiveness of emotion-focused therapy on the severity of obsessive-compulsive symptoms, rumination and cognitive avoidance in women patients with obsessive-compulsive disorder.

**Key words:** Emotion-focused therapy, obsessive-compulsive disorder, cognitive avoidance, rumination.

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بود. روش: به منظور انتخاب شرکت کنندگان پژوهش، از بین بیمارانی که به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ مراجعه کردند، ۲۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه درمان متمرکز بر هیجان و گواه قرار گرفتند. درمان متمرکز بر هیجان طی هشت جلسه هفتگی انجام شد و گروه گواه طی این دوره زمانی، درمان خاصی دریافت نمود. پرسشنامه‌های وسواس - اجبار ییل براون، پاسخ نشخواری و اجتناب شناختی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر به کار برده شد. یافته‌ها: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران در نمرات پس آزمون معنی‌دار است ( $0/05 < \text{sig}$ ). نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش به طور بالقوه، اثرات کاربردی مهمی برای درمانگران جهت توجه به اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر شدت علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن مبتلا به وسواس فکری عملی دارد. واژگان کلیدی: درمان متمرکز بر هیجان، اختلال وسواس فکری - عملی، اجتناب شناختی و نشخوار فکری.

Email: mirmehdy2001@yahoo.com

نویسنده مسئول: سید رضا میرمهدی

## مقدمه

زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلال وسواس فکری عملی با کیفیت پایین زندگی به علاوه سطوح بالای اختلال اجتماعی و شغلی همراه است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

OCD به وسیله افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که از طرف فرد بی‌معنی، ناپذیرفتنی و مقاومت ناپذیر تلقی می‌شود و نیز تمایل به خنثی سازی و جبران این افکار و تصاویر ذهنی مشخص می‌شود (هالچین و کراس ویتبورن<sup>۷</sup> ۲۰۱۴؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۴). شایع‌ترین وسواس‌های فکری شامل ترس از آلودگی، تکانه‌های جنسی یا پرخاشگرانه، مشکلات بدنی، مذهب، تقارن و نظم است (دیویسون و همکاران،<sup>۸</sup> ۲۰۱۴؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۹۵) به عبارت دیگر نشانه‌های OCD چهار بعد عمده دارند: وسواس‌های فکری مرتبط با وسواس‌های عملی واریسی کردن، نیاز به تقارن و منظم چیدن چیزها، وسواس‌های فکری در مورد پاکیزگی مرتبط با وسواس‌های عملی شستن و رفتارهای مرتبط با احتکار (هالچین و کراس ویتبورن، ۲۰۱۴؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۴). هدف اعمال وسواسی کاهش پریشانی مرتبط با افکار وسواسی و یا جلوگیری از یک رویداد

وسواس فکری - عملی<sup>۱</sup> و اختلالات مربوطه ششمین طبقه اختلالات در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). طبق تخمین پژوهشگران اختلال وسواس فکری - عملی در ده درصد بیماران سرپایی مطب‌ها و درمانگاه‌های پزشکی دیده می‌شود و چهارمین بیماری روانپزشکی پس از فوبیا<sup>۴</sup>، اختلالات مرتبط با مواد<sup>۵</sup> و اختلال افسردگی اساسی<sup>۶</sup> است (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۵). به گزارش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5) نرخ شیوع ۱۲ ماهه برای OCD در آمریکا ۱/۲ درصد و در سطح جهانی ۱/۱ تا ۱/۸ درصد است (گنجی، ۱۳۹۳). شیوع مادام‌العمر اختلال وسواس فکری عملی در ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در درمانگاه‌های روانپزشکی تا ۶ درصد تخمین زده می‌شود (شیخ مونی و همکاران، ۲۰۱۳). اگر OCD درمان نشده باشد روند آن معمولاً مزمن است و نشانه‌ها اغلب افزایش و کاهش می‌یابند. میزان بهبود بدون درمان در بزرگسالان پایین است و حوزه‌های مختلف

1. Obsessive-Compulsive Disorder
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
3. American Psychiatric Association
4. Phobia
5. Substance Related Disorders
6. Major Depressive Disorder

7. Halgin & Krauss Whitbourne  
8. Davison

اضطرابی و اجتناب مضاعف از آسیب بالقوه توصیف کردند. در این راستا تفاوت‌های درون فردی مربوط به حساسیت به این هیجان‌ها و نحوه تنظیم نمودن آنان وجود دارد که تنظیم هیجانی نامیده می‌شود (هافمن و کارپنتر و جوشوا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). تنظیم هیجان به فرآیندی دلالت دارد که به وسیله آن، تجربه هیجانی، ارزیابی، بازبینی و نگهداری یا اصلاح می‌شود. در نهایت با کمک چنین فرآیندی افراد به این ترغیب می‌شوند که چه زمانی و چه نوع هیجانی را داشته باشند و چگونه آن هیجان‌ها را تجربه و ابراز کنند (علی‌مردانی، نریمانی و میکاییلی، ۱۳۹۶)، یا بر ارزیابی افراد با تلاش-های خودکار افراد دلالت می‌کند که بر هیجان تأثیر می‌گذارد و تغییراتی را در دامنه تجربیات هیجانی افراد ایجاد می‌کند (بارک، ویلیامر و گروس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) شیوه ناسازگارانه تنظیم هیجان به نوبه خود می‌تواند بر رشد اختلالات تأثیر بگذارد. در بررسی با افراد دارای اختلالات اضطرابی و خلقی، یافته‌ها بیانگر آن هستند که در مقایسه با گروه کنترل، این افراد دامنه‌ای از مشکلات هیجانی نظیر واکنش‌های شدید به تجربه هیجانی و اختلال در اصلاح هیجان‌های منفی را نشان می‌دهند (شاملی، ۱۳۹۴). در همین راستا نتایج پژوهش افتخار زاده، حسینیان و شمس (۱۳۹۵) نشان داد که کاهش تنظیم هیجان باعث افزایش شدت

ترسناک (مثل بیمار شدن) است. با این وجود یا این اعمال در مسیر منطقی مربوط به حوادث ترسناک قرار ندارد (مثلاً با قرار دادن اشیاء به صورت منظم از آسیب رسیدن به فرد عزیزی جلوگیری شود)، و یا آشکارا افراطی هستند (ساعت‌ها دوش گرفتن روزانه)، (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). ویژگی عمده این وسواس‌ها<sup>۱</sup> و اجبارها<sup>۲</sup> (افکار و رفتارها) لذت بخش نبودن آن‌ها برای فرد مبتلا است، ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود. بسیاری از این افراد، هیجان‌های اضطرابی قابل ملاحظه‌ای را که می‌تواند حملات برگشتی پانیک<sup>۳</sup> را در برگیرد، تجربه می‌کنند. برخی از این افراد احساسات انزجار قدرتمندی را نیز گزارش می‌کنند. در مجموع، افراد وسواسی هنگام مواجه شدن با موقعیت‌های برانگیزاننده افکار و اعمال وسواسی، دامنه‌ای از پاسخ‌های هیجانی را تجربه می‌کنند. این پاسخ‌ها و احساسات هیجانی می‌بایست تنظیم گردند، چرا که شیوه تنظیم هیجان، پیامدهای مختلفی در زندگی فرد به خصوص در حوزه مسائل اجتماعی و سازشی دارد (شاملی، ۱۳۹۴). سامرفلد<sup>۴</sup> و همکاران، (۲۰۱۱) این اختلال را به وسیله تظاهرات

1. Obsessions
2. Compulsions
3. Panic
4. Summerfeldt

5. Hofmann, Carpenter & Joshua  
6. Bargh, Williams & Gross

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

خودآیند و منفی نظیر اجتناب شناختی، نشخوار فکری، و تداوم نگرانی تجربه می‌شود (ارمسترانگ و همکاران، ۲۰۱۱). در روان‌شناسی، راهکارهای اجتناب، مقابله و فرار ناسازگارانه محسوب می‌شوند، حتی سرکوب و اجتناب زمینه‌های نشخوار فکری را فراهم می‌کنند. نشخوار فکری در برگیرنده تمایل برای اندیشیدن مکرر درباره علل و عواقب ناشی از تجربه هیجانی منفی است. یا به عبارتی دیگر توقف منفعلانه و تفکر تکراری در مورد امور استرس‌زا است (نولن - هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸). نشخوار فکری باعث کاهش راهبردهای مقابله با عوامل استرس‌زا می‌شود و یک فرآیند شناختی است و موجب نوعی اجتناب شناختی می‌گردد (وال، ۲۰۰۷). اجتناب شناختی، انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان موقعیت‌های مختلف تغییر می‌دهند (سکستون و دوگاس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). یافته‌های هولاولی، هیمبرگ و کلس<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) نشان داد که اجتناب شناختی نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی و مبتلا شدن به اختلالات روانی دارد. در تأیید ادعای فوق، درباره مشکلات اجتناب شناختی و تنظیم هیجان در محتکرهایی که OCD داشتند و محتکرهایی که OCD نداشتند پژوهشی انجام شد و نتایج

اختلال وسواس فکری - عملی می‌شود که البته می‌توان آن را با آموزش‌های روان‌شناختی بهبود بخشید.

چنانچه در برابر این هیجان‌ها مقاومت صورت گیرد و یا از تجارب خصوصی ناراحت کننده فرار شود اجتناب شناختی<sup>۱</sup> رخ می‌دهد که به باور برخی محققان همچون ارمسترانگ، زالد و الاتنجی<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) نقش مهمی در شروع و تداوم علائم OCD دارند. اجتناب شناختی یکی از راهبردهای شناختی است که افراد برای پردازش اطلاعات در محیط‌های اضطراب‌زا از آن استفاده می‌کنند و شامل سرکوب افکار ناخوشایند و یا خاطرات از طریق دور کردن آن‌ها از ذهن، حواس پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر است که با هدف انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده صورت می‌گیرد. تلاش زیاد برای سرکوب افکار منجر به افزایش وقوع افکار نگران‌کننده می‌گردد و زمینه را برای بروز نشخوار فکری<sup>۳</sup> آماده می‌کند (محمودزاده و محمد خانی، ۱۳۹۵؛ نولمن - هوکسما، ویسکو و لبومیسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

بر اساس نظریه‌های شناختی - رفتاری افراد مبتلا به اختلال وسواس، طرحواره‌های هیجانی خاصی دارند که به صورت افکار

5. Veale  
6. Sexton & Dugas  
7. Holaway, Heimberg & Coles

1. Cognitive Avoidance  
2. Armstrong, Zald & Olatunji  
3. Rumination  
4. Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky

موفقیت‌آمیز مهارت‌های تنظیم هیجانی با کاهش نشانه‌های وسواس فکری عملی مرتبط است. پژوهش‌ها حاکی از آن هستند افرادی که شدت اجتناب شناختی، بیشتری تجربه می‌کنند، اضطراب و ناراحتی هیجانی بیشتری را نشان می‌دهند (فلدندر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). در این راستا نتایج پژوهش قدم پور و حسینی رمقانی (۱۳۹۷) حاکی از آن بود که درمان‌های مبتنی بر هیجان بر کاهش نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران مؤثر است. شواهد گویای آن است که چنان‌چه تدابیری جهت کاهش این علائم هیجانی صورت نگیرد بهبودی در آسیب‌های روان‌شناختی ایجاد نمی‌گردد. از این رو به کارگیری روش‌های درمانی که منجر به تغییر تجارب هیجانی ناسازگار و بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی گردد، اثربخش خواهد بود.

برای درمان اختلال وسواس فکری - عملی روش‌های متعددی اعم از دارویی و روان‌شناختی وجود دارد، افزون بر آن روش‌های روان‌شناختی گوناگونی نیز در درمان اختلال وسواس فکری - عملی به کار می‌روند (سادوک<sup>۷</sup> و سادوک، ۲۰۱۴؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵). امروزه در این زمینه، توافق گسترده‌ای وجود دارد که فعال‌سازی و پردازش هیجان در ایجاد تغییرات درمانی روان‌شناختی مهم است. درمان متمرکز بر هیجان به شیوه مؤثری

آن نشان داد که محکمه‌هایی که وسواس فکری - عملی داشتند، از دشواری‌های هیجانی بیشتری رنج می‌بردند (کروز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). و تنظیم هیجان آن‌ها در مقایسه با کسانی که مبتلا به OCD نیستند متفاوت است و باورهای شناختی منفی، کنترل‌ناپذیری هیجانی بیشتر و سیر ذهنی نامنظم‌تری دارند (بابایی، اکبرزاده و عبدالرحمان، ۱۳۸۹). همچنین نتایج کلسی، دیکسون و لورا<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) نیز نشان داده است که بین اجتناب شناختی و سلامت روانی رابطه منفی معناداری وجود دارد. بنابراین اجتناب شناختی و نشخوار فکری می‌تواند خصیصه مهمی در اختلال وسواس فکری - عملی باشد؛ چرا که این اختلال در بردارنده مقاومت و اجتناب از رویدادهای درونی ناراحت‌کننده از قبیل افکار وسواسی ناخواسته است (شاملی، ۱۳۹۴؛ راینس و ویداری و پورترو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش پلات و آلدو<sup>۴</sup> (۲۰۱۷)، نشان داد که اختلال در تنظیم هیجان در شروع، نگهداری و تشدید اختلال وسواس مؤثر است و درمان‌های شناختی رفتاری جدید باید تنظیم هیجان را به عنوان یک اصل مهم در چارچوب خود بگنجانند. نتایج پژوهش آلن و بارلو<sup>۵</sup> (۲۰۰۹)، نیز نشان داد که اکتساب

1. Cruz
2. Kelsey, Dickson & Laura
3. Raines, Vidaurri & Portero
4. Plate & Aldao
5. Allen & Barlow

6. Feldner  
7. Sadock

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علایم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

آشنایی با این مفاهیم از بیمار خواسته می‌شود که خاطرات ناراحت‌کننده‌ای که در گذشته یا زمان فعلی بری آن‌ها اتفاق افتاده است، ولی رغبتی به فکر کردن به آن‌ها را نداشته‌اند، را به زبان بیاورند. درمانگر در این مرحله سعی می‌کند بیمار را به بیان کلامی احساس خود نسبت به تجارب‌شان ترغیب نماید و فضای روانی لازم جهت برون‌ریزی احساسات را فراهم نماید. درمانگر لزوم تمایز بین احساسات ثانویه و اولیه را برای بیمار تشریح می‌کند و به آن‌ها متذکر می‌شود که ابراز هیجانی (احساسات ثانویه) فقط به طور موقتی احساسات منفی را از آن‌ها دور می‌کند و به منظور تداوم این تغییرات باید هیجان‌ات اولیه خود را شناسایی کند و از نگرش‌های نادرست مانند باورهای مورد تمسخر قرار گرفتن یا از دست دادن وجهه خود اجتناب کنند. در مرحله تنظیم هیجان از تکنیک‌های عملی مانند تکنیک‌های آموزش تن آرامی استفاده می‌شود تا احساس کنترل هیجان‌ات منفی در بیماران و اطمینان به بهبودی افزایش یابد. در مرحله سوم که بر اساس اصل تغییر هیجان بر اساس هیجان است. درمانگر از بیمار می‌خواهد فعالیت‌هایی که به طور طبیعی لذت بخش هستند را فهرست کرده و بر اساس عملی بودن آن‌ها تعدادی از آن‌ها را انتخاب کند و در زمانی که دچار احساسات منفی هستند از آن‌ها استفاده کنند (حقایق و ادیبی، ۱۳۹۴).

توانایی محوریت دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها را دارد (شاملو، ۱۳۹۴). این روش درمانی که اساس ساختار روانی و تعیین‌کننده کلیدی برای سازماندهی خود است (گرینبرگ، ۲۰۰۴). یکی از محدود درمان‌هایی است که بر تنظیم هیجان و عواطف منفی تأثیرگذار بوده و تاکنون کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و فولادوند، ۱۳۹۲). این درمان نوعی درمان کوتاه مدت و مبتنی بر شواهد است (اسمری برده زرد و امین زاده، ۱۳۹۷)، در درمان متمرکز بر هیجان، تغییر هیجان در منشاء و درمان مشکلات بیماران در نظر گرفته می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ ترجمه جلالی، ۱۳۹۷). درمان متمرکز بر هیجان به عنوان درمانی که بر پردازش هیجانی تأکید دارد، پیشنهاد می‌کند که هیجان‌ات انسانی خاصیت سازگاری ذاتی دارند که در صورت فعال بودن می‌تواند مراجعان را کمک کند تا حالات هیجانی مشکل‌ساز یا تجربه‌های ناخواسته خود را تغییر دهند (اسمری برده زرد و رسولی، ۱۳۹۶). راهنمای درمان متمرکز بر هیجان در سه مرحله شناسایی هیجان، تنظیم هیجان و اقدامات رفتاری انجام می‌شود. در قسمت شناسایی هیجان‌ات سعی می‌شود که ارتباط بین هیجان‌ات و تجربه‌های نادیده گرفته شده با علائم بیماری برای بیماران تفهیم شود. به منظور

۲۰۱۰). درمان متمرکز بر هیجان هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی در درمان اختلالات وسواس فکری - عملی (شاملی، مهرابی زاده و نعیمی، ۱۳۹۷؛ شاملی، ۱۳۹۴؛ هاشمی، بیک پور و محمد علیلو، ۱۳۹۳؛ بیک پور، ۱۳۹۱، صالحی و باغبان، ۱۳۹۱، افسردگی (خوشنام، ۱۳۹۱)، اختلال استرس پس از سانحه<sup>۵</sup> (میکاییلی و همکاران، ۱۳۹۶) مؤثر است.

در مجموع پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در کاهش علائم هیجانی نابهنجار در برخی اختلالات روانی است (شاملی، ۱۳۹۴). لازم به ذکر است به دلیل آنکه مطابق با DSM-5 زنان بزرگسال بیشتر از مردان از علائم وسواسی رنج می‌برند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳) و یافته امامی، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۱۳۹۲) حاکی از شیوع ۹/۳۷ درصدی اختلال وسواس فکری - عملی در بین زنان جوان ایرانی بوده است؛ لزوم پرداختن به امر بهداشت روان زنان از یک سو، اعمال کنترل دقیق‌تر متغیرهای مورد بررسی از سوی دیگر، منجر به این شد که پژوهش حاضر بر گروه زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی اجرا گردد. از این رو، در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواسی، اجتناب شناختی و نشخوار

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی نسبت به گروه‌های گواه مهارت‌های کمتری در شناسایی و توصیف هیجانات خود و تنظیم هیجانات‌شان دارند، علاوه بر این درک ضعیف هیجانات علائم وسواس را پیش‌بینی می‌کند (کانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ داوودی، نشاط دوست و عابدی، ۱۳۹۳). استرن و نوتا<sup>۲</sup> و همکاران، (۲۰۱۴) نشان دادند که افراد با علائم وسواسی - اجباری در مقایسه با گروه گواه درک ضعیف‌تری از هیجانات و ترس بیشتری نسبت به هیجانات خود گزارش دادند. درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند (پاس<sup>۳</sup> و گرینبرگ، ۲۰۰۷). این درمان تلفیقی از رویکردهای درمانی مراجع محور، گشتالت درمانی<sup>۴</sup> و شناختی است (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۲). مسئله اصلی درمان متمرکز بر هیجان این است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود است. اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان، یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (گرینبرگ و همکاران،

1. Kang
2. Stern & Nota
3. Pos
4. Gestalt Therapy

5. Posttraumatic Stress Disorder

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

فکری بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی پرداخته می‌شود.

روش

روش تحقیق حاضر به صورت نیمه تجربی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی است که در بازه زمانی شهریور ماه ۹۷ تا آبان ۹۷ جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روانپزشکی شهر اصفهان مراجعه نموده، و از طرف متخصصین، تشخیص وسواس فکری - عملی دریافت کرده‌اند. البته جهت اطمینان تشخیص درست، براساس پنجمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روانی نیز با استفاده از چک لیست ساختارمند، تشخیص وسواس فکری - عملی قطعی شد. جهت انتخاب گروه نمونه واجد شرایط ابتدا، ۲۶ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که تعدادی از آنان به دلیل عدم گذراندن کامل هشت جلسه درمان حذف شدند. در نهایت گروه نمونه ۲۰ نفری زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. در این مطالعه جهت اطمینان از صحت تشخیص بیماران مراجعه کننده به

مراکز درمانی شهر اصفهان که تشخیص بیماری اختلال وسواس فکری - عملی آنها توسط روانپزشک یا دکترای روان‌شناسی بالینی داده شده بود از پرسشنامه شدت نشانه‌های مقیاس ییل براون (۱۹۸۹) استفاده گردید و واحدهای مورد پژوهشی که در این مقیاس نمره ۱۶ و یا بالاتر را کسب کردند دارای تشخیص قطعی اختلال وسواس فکری - عملی شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش عبارت‌اند از: ۱- کسب نمره ۱۶ و بالاتر در مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون (YBOCS)؛ ۲- سن ۲۰ تا ۴۰ سال؛ حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، ۴- رضایتمندی از شرکت در پژوهش، ۵- جنسیت زن، ۶- داشتن وسواس شست و شو و ۷- داشتن حداکثر ۵ سال سابقه اختلال وسواس. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل ۱- وجود اختلالات روانی همزمان اختلالات طیف سایکوز، دو قطبی و سوء مصرف مواد، ۲- دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در شش ماه گذشته و ۳- عدم تمایل به ادامه درمان بود. بعد از ارزیابی اولیه، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش، درمان متمرکز بر هیجان را به صورت هشت جلسه هفتگی دو ساعته دریافت نموده و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی در این مدت دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی مجدداً برای هر دو گروه



پرسشنامه پاسخ نشخواری<sup>۳</sup>: این مقیاس که خودگزارشی است را نولن، هوکسما و مارو<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) ساخته‌اند. RRS مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است که ماده‌های آن در مقیاسی ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در این آزمون دامنه نمرات از ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد. نمره کل نشخوار فکری با جمع همه داده‌ها محاسبه می‌شود (موریس و رولوفس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). به علاوه مقیاس متشکل از سه خرده مقیاس حواسپرتی<sup>۶</sup> (پرسش‌های ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲)، تعمق<sup>۷</sup> (پرسش‌های ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰، ۲۱) و در فکر فرو رفتن<sup>۸</sup> (پرسش‌های ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶). بر پایه شواهد تجربی مقیاس پاسخ‌های نشخواری پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۵۵ تا ۰/۹۲ قرار دارد (بهزاد پور، مطهری و سهرابی، ۱۳۹۴) و ۳- پرسشنامه اجتناب شناختی<sup>۹</sup>: این پرسشنامه یک ابزار مداد و کاغذی است که برای نخستین بار توسط سکستون و داگاس<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۴) ساخت و اعتباریابی شد و پنج نوع راهبرد اجتناب شناختی را مورد بررسی قرار می‌دهد. سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۴ مربوط به فرو

مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون، پرسشنامه پاسخ نشخواری، و پرسشنامه اجتناب شناختی اجرا گردید. در پایان پس از یک ماه هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش: ۱- پرسشنامه وسواس - اجبار ییل - براون<sup>۱</sup> (۱۹۸۹): مقیاس وسواس فکری عملی ییل براون که به صورت یک مصاحبه نیمه ساختار یافته اجرا شد، شدت و نوع وسواس را می‌سنجد. این مقیاس شامل: مدت زمان صرف شده؛ میزان تداخل؛ میزان ناراحتی؛ میزان مقاومت و میزان کنترل است و علائم افکار وسواسی و اعمال وسواسی را جداگانه می‌سنجد (گودمن، پرینس و راسموسن، ۱۹۸۹). این پرسشنامه توسط گودمن<sup>۲</sup> و همکاران، در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. این مقیاس که ۱۰ ماده دارد، ابزار اندازه‌گیری اختلال وسواس فکری عملی، بدون توجه به نوع وسواس است. از این ۱۰ ماده پنج ماده بر وسواس‌ها و پنج ماده بر اجبارها متمرکز است (موسوی مدنی، آتش پور و مولوی، ۱۳۸۹). در ایران پایایی بین مصاحبه کنندگان برای این مقیاس (r=۰/۹۸). ضریب همسانی درونی آن (a=۰/۸۹). و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته (r=۰/۸۴) گزارش شده است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). ۲-

3. Ruminative Response Scale
4. Nolen-Hoeksema & Marro
5. Muris & Roelofs
6. Distraction
7. Reflection
8. Brooding
9. Cognitive Avoidance
10. Sexton, Dugas

1. Yale- Brown Obsessive-Compulsive Scale
2. Goodman

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

نشانی فکر، سؤالات ۴.۱۱.۱۷.۲۰.۱۵ مربوط به  
 جانشینی فکر، سؤالات ۸.۱۰.۱۲.۱۳.۲۱ مربوط  
 به حواسپرتی، سؤالات ۷. ۹. ۱۶. ۱۸. ۲۲  
 مربوط به اجتناب از محرک تهدید کننده و  
 سؤالات ۳.۱۵.۱۹.۲۳.۲۴ مربوط به تبدیل  
 تصورات به افکار است. آزمودنی‌ها بر اساس  
 طیف لیکرتی بین ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به  
 سؤالات پاسخ می‌دهند. ضریب پایایی این  
 مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل

اجتناب شناختی ۰/۹۱ و به ترتیب برای خرده  
 مقیاس فرو نشانی فکر ۰/۹۰، جانشینی فکر  
 ۰/۷۱، حواسپرتی ۰/۸۹ و برای اجتناب از  
 محرک تهدیدکننده ۰/۹۰ و برای تبدیل  
 تصورات به افکار ۰/۸۴ است (بساک نژاد و  
 همکاران، ۱۳۸۹). ساختار کلی درمان متمرکز  
 بر هیجان، محتوای جلسات آموزشی درمان  
 متمرکز بر هیجان در جدول زیر ارائه شده  
 است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر هیجان

جلسه	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح در مورد ماهیت OCD عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی.
دوم	شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند. شناسایی احساس‌های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی، توزیع برگه‌های ثبت هیجانی، برگه تقویت هیجان و برگه ثبت افکار ناکارآمدی به لحاظ هیجانی.
سوم	بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیر منطقی روی آشفتگی هیجانی، معرفی چهار سبک توأم با خطا و بیرون کشیدن اطلاعات مربوط به وسواس فکری - عملی.
چهارم	پیوستگی و آگاهی، شناسایی فرآیندهای شناختی عاطفی زیربنایی، شناسایی شرایط ایجاد مشکل.
پنجم	آرام‌سازی عضلانی، شناسایی طرحواره‌های هیجانی، تأکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه تجسمی و اجرای صندلی داغ (حل و فصل مسائل مربوط به وسواس فکری - عملی).
ششم	در جلسه ششم توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها ادامه می‌یابد. احساس درماندگی که در جلسات اولیه بسیار برجسته است احتمالاً در این جلسه به حداقل می‌رسد چون که آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند صدایی که موجب پذیرش و ایجاد احساس مثبت می‌شود را به شکل قوی‌تری بروز دهند و همچنین پذیرش هیجان‌ها و انتقاد مثبت بیشتر می‌شود. این مسئله موجب کاهش فعال‌سازی احساس‌های منفی می‌گردد.
هفتم	تقویت پردازش هیجانی، ردیابی احساسات حل نشده، بازسازی مجدد هیجان، فراخوانی و برانگیختن مجدد احساسات بد، فراهم کردن حمایت برای هیجان‌ات و حل و فصل مجدد هیجان نسبت به نوع وسواس‌های فرد.
هشتم	ایجاد راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قبلی، آموزش فرآیند انتقال احساس ناامیدی، گناه و خشم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه‌های مهم زندگی.

مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون باکس، فرض کلی همگنی ماتریس کوواریانس را مورد تأیید قرار داد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس‌های دو گروه در متغیرهای مورد بررسی در سطح جامعه با هم برابر هستند.

داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری و طرح اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، ابتدا پیش فرض‌های آن (آزمون لوین و آزمون باکس)

### یافته‌ها

جدول ۲. آماره‌های توصیفی میزان علائم و سواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی گروه‌های مداخله و کنترل در پیش آزمون،

پس آزمون، پیگیری

متغیرها	مراحل	گروه	میانگین	انحراف معیار
علائم و سواسی	پیش آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	۲۱/۲۰	۳/۵۸
		کنترل	۲۰/۸۰	۳/۹۳
	پس آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	۳/۸۰	۱/۸۱
		کنترل	۲۱/۱۰	۳/۲۴
	پیگیری	درمان متمرکز بر هیجان	۴/۳۰	۱/۴۹
		کنترل	۲۱/۹۰	۳/۰۳
نشخوار فکری	پیش آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	۶۴/۹۰	۱۰/۲۴
		کنترل	۶۷/۱۰	۹/۴۹
	پس آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	۲۹/۸۰	۵/۶۱
		کنترل	۶۹	۸/۳۱
	پیگیری	درمان متمرکز بر هیجان	۳۰/۳۰	۶/۲۹
		کنترل	۷۰/۵۰	۷/۹۸
اجتناب شناختی	پیش آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	۸۹	۱۲
		کنترل	۸۹/۵۰	۷/۵۷۵
	پس آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	۳۳/۳۰	۵/۱۴۳
		کنترل	۸۹/۱۰	۱۲/۰۶۸
	پیگیری	درمان متمرکز بر هیجان	۳۵/۳۰	۵/۲۵۰
		کنترل	۹۳/۵۰	۱۰/۹۵۶

مداخله کاهش یافته است. در حالیکه در میانگین پس آزمون و پیگیری گروه کنترل تغییر محسوس مشاهده نشد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد نمرات پس آزمون و پیگیری مربوط به متغیرهای علائم و سواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی در گروه

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

جدول ۳. آزمون باکس جهت بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس میان گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

مقیاس‌ها	باکس	نسبت F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی دار (sig)
علائم وسواسی	۸/۷۷۹	۱/۱۹۵	۶	۲۳۴۷/۴۷۲	۰/۳۰۶
نشخوار فکری	۱۲/۶۷۶	۱/۷۲۶	۶	۲۳۴۷/۴۷۲	۰/۱۱۱
اجتناب شناختی	۱۲/۵۵۶	۱/۳۹۰	۶	۲۳۴۷/۴۷۲	۰/۲۶۴

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان می‌دهد که برای متغیر

علائم وسواسی  $f = 1/195$  و  $sig = 0/306 > 0/05$  و  $Box's M = 8/779$

برای متغیر نشخوار فکری  $f = 1/726$  و  $sig = 0/111 \geq 0/05$

برای متغیر اجتناب شناختی  $f = 1/390$  و  $sig = 0/264 > 0/05$

لذا فرض همگنی ماتریس کواریانس پذیرفته می‌شود. همچنین مفروضه برابری واریانس‌ها برای هر

یک از متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون لوین

بررسی و مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمرات علائم وسواسی، نشخوار فکری، اجتناب شناختی گروه‌های

مداخله و کنترل

متغیر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی دار	ضریب اثر	توان آماری
علائم وسواسی	اثربخشی	۰/۹۵۵	۱۷۹/۹۰۴	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۴۵	۱۷۹/۹۰۴	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵	۱
	اثر هتلینگ	۲۱/۱۰۶	۱۷۹/۹۰۴	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵	۱
	بزرگترین ریشه روی	۲۱/۱۰۶	۱۷۹/۹۰۴	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵	۱
نشخوار فکری	اثربخشی	۰/۹۲۱	۹۹/۵۳۶	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۲۱	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷۹	۹۹/۵۳۶	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۲۱	۱
	اثر هتلینگ	۱۱/۷۱۰	۹۹/۵۳۶	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۲۱	۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۱/۷۱۰	۹۹/۵۳۶	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۲۱	۱
اجتناب شناختی	اثربخشی	۰/۹۰۲	۷۷/۸۹۶	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰۲	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۹۸	۷۷/۸۹۶	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰۲	۱
	اثر هتلینگ	۹/۱۶۴	۷۷/۸۹۶	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰۲	۱
	بزرگترین ریشه روی	۹/۱۶۴	۷۷/۸۹۶	۲	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰۲	۱

بر شاخص نشخوار فکری معنادار است ( $0/05 <$  Wilks' lambda =  $0/079$ ,  $F= 99/536$ , sig <  $0/05$ ). اثر گروه بر شاخص اجتناب شناختی معنادار است ( $0/05 <$  Wilks' lambda =  $0/098$ ,  $F= 77/896$ , sig <  $0/05$ ). بالا بودن مجذور اتا و توان آماری نشان دهنده اثرگذاری بالا بر وضعیت بهبود بوده است.

یافته‌های ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که بر اساس میزان معناداری فرض یکسان بودن میانگین مشاهدات در سه گروه با یکدیگر رد می‌گردد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر شاخص علائم و سواسی معنادار است ( $0/05 <$  sig, Wilks' lambda =  $0/045$ ,  $F= 179/904$ ). اثر گروه

جدول ۵. آزمون کرویت ماچلی جهت بررسی یکنواختی کواریانس‌های متغیرهای پژوهش

اپسیلون					
هوینه فلدت	گرین هاوس گیسر	معناداری (sig)	درجه آزادی	آماره ماچلی	متغیر
0/749	0/674	0/004	2	0/516	علائم و سواسی
0/555	0/521	0/000	2	0/080	نشخوار فکری
0/739	0/666	0/003	2	0/498	اجتناب شناختی

در ادامه نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی تأثیر عامل گروه (آزمایش متمرکز بر هیجان و گروه کنترل) و عامل زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر نمرات علائم و سواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی در جدول ۶ ارائه شده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون کرویت ماچلی آمده است. همانگونه که مشاهده می‌شود فرض کرویت ماتریس واریانس کواریانس برای متغیرهای اصلی پژوهش رد شده است ( $0/05 <$  sig). با توجه به اینکه برآورد ضریب اپسیلون برای هر سه متغیر کمتر از  $0/75$  شده است لذا لازم است از آزمون گرین هاوس گیسر استفاده شود.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور تأثیر گروه و زمان اندازه‌گیری بر متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر ( $\eta^2$ )	توان آماری
علائم و سواسی	906/233	2	453/117	274/308	0/000	0/938	1
	906/233	1/348	627/400	274/308	0/000	0/938	1
	906/233	1/499	604/716	274/308	0/000	0/938	1
	906/233	1	906/233	274/308	0/000	0/938	1

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علایم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

۱	۰/۹۴۷	۰/۰۰۰	۳۲۱/۵۴۸	۵۳۱/۱۵۰	۲	۱۰۶۲/۳۰۰	فرضیه کروییت	گروه* علائم وسواسی
۱	۰/۹۴۷	۰/۰۰۰	۳۲۱/۵۴۸	۷۸۸/۱۹۹	۱/۳۴۸	۱۰۶۲/۳۰۰	گرین هوس و گیسر	
۱	۰/۹۴۷	۰/۰۰۰	۳۲۱/۵۴۸	۷۰۸/۸۵۸	۱/۴۹۹	۱۰۶۲/۳۰۰	هوینه فلدت	
۱	۰/۹۴۷	۰/۰۰۰	۳۲۱/۵۴۸	۱۰۶۲/۳۰۰	۱	۱۰۶۲/۳۰۰	دامنه پایین تر	
				۱/۶۵۲	۳۶	۵۹/۴۶۷	فرضیه کروییت	خطا
				۲/۴۵۱	۲۴/۲۶۰	۵۹/۴۶۷	گرین هوس و گیسر	
				۲/۲۰۵	۲۶/۹۷۵	۵۹/۴۶۷	هوینه فلدت	
				۳/۳۰۴	۱۸	۵۹/۴۶۷	دامنه پایین تر	
۱	۰/۸۶۶	۰/۰۰۰	۱۱۶/۲۸۴	۱۷۳۳/۰۶۷	۲	۳۴۶۶/۱۳۳	فرضیه کروییت	نشخوار فکری
۱	۰/۸۶۶	۰/۰۰۰	۱۱۶/۲۸۴	۳۳۲۸/۱۸۴	۱/۰۴۱	۳۴۶۶/۱۳۳	گرین هوس و گیسر	
۱	۰/۸۶۶	۰/۰۰۰	۱۱۶/۲۸۴	۳۱۲۱/۸۱۶	۱/۱۱۰	۳۴۶۶/۱۳۳	هوینه فلدت	
۱	۰/۸۶۶	۰/۰۰۰	۱۱۶/۲۸۴	۳۴۶۶/۱۳۳	۱	۳۴۶۶/۱۳۳	دامنه پایین تر	
۱	۰/۸۹۷	۰/۰۰۰	۱۵۷/۳۴۳	۲۳۴۵	۲	۴۶۹۰	فرضیه کروییت	گروه* نشخوار فکری
۱	۰/۸۹۷	۰/۰۰۰	۱۵۷/۳۴۳	۴۵۰۳/۳۴۱	۱/۰۴۱	۴۶۹۰	گرین هوس و گیسر	
۱	۰/۸۹۷	۰/۰۰۰	۱۵۷/۳۴۳	۴۲۲۴/۱۰۶	۱/۱۱۰	۴۶۹۰	هوینه فلدت	
۱	۰/۸۹۷	۰/۰۰۰	۱۵۷/۳۴۳	۴۶۹۰	۱	۴۶۹۰	دامنه پایین تر	
				۱۴/۹۰۴	۳۶	۵۳۶/۵۳۳	فرضیه کروییت	خطا
				۲۸/۶۲۱	۱۸/۷۴۶	۵۳۶/۵۳۳	گرین هوس و گیسر	
				۲۶/۸۴۶	۱۹/۹۸۵	۵۳۶/۵۳۳	هوینه فلدت	
				۲۹/۸۰۷	۱۸	۵۳۶/۵۳۳	دامنه پایین تر	
۱	۰/۸۷۲	۰/۰۰۰	۱۲۲/۲۰۹	۴۷۱۵/۲۱۷	۲	۹۴۳۰/۴۳۳	فرضیه کروییت	اجتناب شناختی
۱	۰/۸۷۲	۰/۰۰۰	۱۲۲/۲۰۹	۷۰۸۲/۴۵۴	۱/۳۳۳	۹۴۳۰/۴۳۳	گرین هوس و گیسر	
۱	۰/۸۷۲	۰/۰۰۰	۱۲۲/۲۰۹	۶۳۸۱/۹۸۸	۱/۴۷۸	۹۴۳۰/۴۳۳	هوینه فلدت	
۱	۰/۸۷۲	۰/۰۰۰	۱۲۲/۲۰۹	۹۴۳۰/۴۳۳	۱	۹۴۳۰/۴۳۳	دامنه پایین تر	
۱	۰/۸۸۵	۰/۰۰۰	۱۳۸/۰۸۱	۵۳۲۷/۶۱۷	۲	۱۰۶۵۵/۲۳۳	فرضیه کروییت	گروه* اجتناب
۱	۰/۸۸۵	۰/۰۰۰	۱۳۸/۰۸۱	۸۰۰۲/۳۰۵	۱/۳۳۲	۱۰۶۵۵/۲۳۳	گرین هوس و گیسر	

۱	۰/۸۸۵	۰/۰۰۰	۱۳۸/۰۸۱	۷۲۱۰/۸۶۴	۱/۴۷۸	۱۰۶۵۵/۲۳۳	هوینه فلدت	شناختی
۱	۰/۸۸۵	۰/۰۰۰	۱۳۸/۰۸۱	۱۰۶۵۵/۲۳۳	۱	۱۰۶۵۵/۲۳۳	دامنه پایین تر	
				۳۸/۵۸۳	۳۶	۱۳۸۹	فرضیه کرویت	خطا
				۵۷/۹۵۴	۲۳/۹۶۷	۱۳۸۹	گرین هوس و گیسر	
				۵۲/۲۲۲	۲۶/۵۹۸	۱۳۸۹	هوینه فلدت	
				۷۷/۱۶۷	۱۸	۱۳۸۹	دامنه پایین تر	

اثرگذاری بالا بر وضعیت بهبود بیماران در متغیرهای علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بوده است.

به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه‌گیری بر نمرات علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی با ثابت نگه داشتن عامل زمان، میانگین علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی گروه‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری با استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی مورد مقایسه قرار گرفت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثر گروه (درمان متمرکز بر هیجان و کنترل) با توجه به سطوح زمان اندازه‌گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) متفاوت است.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد که اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران در نمرات پس آزمون معنی‌دار هستند ( $sig < 0/05$ ). همچنین بین تأثیر عامل زمان بر متغیرهای اصلی پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه تفاوت وجود دارد ( $sig < 0/05$ ). اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی‌دار است ( $sig < 0/05$ ). لذا اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی تأیید شد. به طور سنتی مقادیر  $0/01$ ،  $0/06$  و  $0/14$  برای مجذور اتا ( $\eta^2$ ) به ترتیب نشان دهنده میزان اثر کم، متوسط و زیاد است. لذا بالا بودن مجذور اتا برای متغیر پژوهش نشان دهنده

جدول ۷. آزمون مقایسه زوجی بونفرونی به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	سطح معنی‌دار
علائم وسواسی	کنترل	درمان متمرکز بر هیجان	۱۱/۵۰۰	۰/۰۰۰
نشخوار فکری	کنترل	درمان متمرکز بر هیجان	۲۷/۲۰۰	۰/۰۰۰
اجتناب شناختی	کنترل	درمان متمرکز بر هیجان	۳۸/۱۶۷	۰/۰۰۰

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

OCD، مستلزم نظریه هیجان است. هیجان اساس سازگاری است و به افراد کمک می‌کند تا اطلاعات موقعیتی پیچیده را به صورت مکرر مورد پردازش قرار دهند و به صورت خودکار در جهت فعالیت متناسب با نیازهای مهم خود عمل نمایند (گرینبرگ، ۲۰۱۰). همچنین درمان متمرکز بر هیجان، به عنوان یک رویکرد تجربی - فرآیندی<sup>۱</sup> تلفیقی است از روش‌های درمانی گشتالتی و دیگر روش‌های انسان‌نگری که در چارچوب روابط متمرکز بر اشخاص مطرح شده است (الیوت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). یکی از اهداف درمان متمرکز بر هیجان، کار روی فرایندهای زیربنایی و افکار هیجانات ناخوشایند به وسیله آگاهی و بیان درست تجربیات درونی هیجانات است تا از این طریق تحمل کردن آن‌ها یاد گرفته شده و تنظیم هیجانی گردد و این تجربیات در قالب کلمات، معنا و انعکاس نمادگذاری شوند تا بتوان با برچسب مجدد، هیجانات سالمی را فعال نمود که با نیازها و اعمال مربوط با آن مرتبط شوند (گرینبرگ و واتسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). فرض اساسی EFT این است که هیجانات به طور ذاتی باعث انطباق و سازگاری می‌شوند و اطلاعات مهمی را فراهم می‌کنند. همچنین از طریق یادگیری آن‌ها در داخل طرحواره‌های هیجانی، شبکه‌های شناختی، احساسات بدنی و اعمالی که به وسیله سائق‌های درونی و بیرونی برانگیخته می‌شوند، سازماندهی می‌گردند. هدف اصلی EFT، افزایش آگاهی از

نتایج حاصل از جدول ۷ بیانگر این است که اختلاف میانگین شاخص‌های علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی در گروه آزمایش درمان متمرکز بر هیجان با گروه کنترل اختلاف معناداری به دست آمد. لذا اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی قابل تأیید است. ( $\text{sig} < 0/05$ ).

### نتیجه‌گیری و بحث

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان، در مقایسه با گروه کنترل بر بهبود علائم وسواسی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مؤثر بوده است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (شاملی و همکاران، ۱۳۹۷؛ قدم پور و حسینی رمقانی، ۱۳۹۷؛ افتخار زاده و همکاران، ۱۳۹۵؛ شاملی، ۱۳۹۴؛ هاشمی و همکاران، ۱۳۹۳؛ بیک پور، ۱۳۹۱؛ و آلن و بارلو، ۲۰۰۹) همسو است که نشان دادند درمان متمرکز بر هیجان در کاهش علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی مؤثر است.

در تبیین یافته به دست آمده باید عنوان کرد که در رابطه با تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر اختلال وسواس فکری - عملی این عقیده وجود دارد که کارکرد عمده درمان متمرکز بر هیجان بر روی

1. Process-Experiential Therapy
2. Elliott
3. Watson



این زمینه، تجربه کردن عمیق و پذیرش به نوعی خودآگاهی منجر گردد. مراجعان در طول جلسات به این درک رسیدند که هیجانات نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار؛ بنابراین می‌توان به جای گریز و یا غرق شدن در آن‌ها، پیام پنهانی آن‌ها را شنید. افزایش آگاهی از هیجانات، بیان هیجانات تازه، کنارآمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و فرد به ادراک تازه‌ای از خود دست می‌یابد. اجرا کردن فن دو صندلی برای آشناسدن با جنبه‌های سرکوب‌کننده خود و حل کردن صداهای متضاد باعث می‌شود تا خود مهربان و دلسوز بر طرف متقد و سرکوب‌گر غلبه پیدا کند. علاوه بر این، افزایش خود دلسوزی با این روش و تکنیک خود تسکین‌دهی موجب پرورش انعطاف‌پذیری هیجانی می‌گردد. در این روش به افزایش خود مهربانی که موجب تغییر عواطف مثبت و منفی می‌شود توجه می‌گردد تا بیمار قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار دهد، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد در خود ایجاد کند و به صورت هوشیارانه‌ای احساسات و افکار خود را بپذیرد و تحمل بیشتری داشته باشد که این امر در نهایت موجب افزایش توان مقابله افراد و سواسی با آشفتگی‌ها و تمایلات خودانتقادی می‌گردد. همچنین تکنیک برگه ثبت افکار ناکارآمد به لحاظ هیجانی باعث می‌شود تا بیماران با افکار زیربنایی غلط که با رفتارهای و سواسی همراه هستند و زمینه‌ساز افسردگی و اضطراب هستند، آشنا شوند

آن‌ها و تجربه واقعی هیجانات است تا بدین شکل طرحواره‌های هیجانی ناسازگار تغییر کنند و با تنظیم هیجانات، فرد هیجانات سازگارانه را تجربه نماید (گرینبرگ، ۲۰۰۲). محققان ادعا می‌کنند بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی دامنه‌ای از مشکلات هیجانی نظیر واکنش‌های شدید به تجربه هیجانی و اختلال در اصلاح هیجان‌های منفی را نشان می‌دهند (شاملی، ۱۳۹۴). بر این اساس رفتارهای وسواسی، یک تنظیم عملکرد برای بیمارانی که سطح بالایی از هیجانات آزارنده<sup>۱</sup> را تجربه می‌کنند است؛ بنابراین در درمان متمرکز بر هیجان، فن دو صندلی برای انشعابات خود از هم گسیخته<sup>۲</sup> استفاده می‌شود. زمانی که خود، ابراز هیجانی<sup>۳</sup> را از قسمت‌های دیگر خود بازداری و ممانعت کند و هدف این باشد که برای مراجعان به وسیله دیالوگ خود - خود (خودی که تجربیات هیجانی را مسدود می‌کند) روشن شود که چگونه از رفتارها و اعمال وسواسی برای منقطع کردن تجربیات هیجانی خود استفاده نمایند، راه حل این کار بیان کردن کامل جنبه‌هایی از خود است که قبلاً انکار شده اند (دلہانتی<sup>۴</sup> و گرینبرگ، ۲۰۰۷) تکنیک‌های به کاررفته در این درمان مانند آموزش در مورد هیجانات مثبت و منفی و ارزیابی مجدد و کمک به پذیرش بدون چون و چرای آن‌ها در این راستا بود تا مراجعان بتوانند با تنظیم هیجان به جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را بازپردازش کنند و در

1. Aversive Emotions
2. Self-Interruptive
3. Emotional Expression
4. Dolhanty

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

نتایج پژوهش جرمن و گنلیب (۲۰۱۰)، مؤید این بود که هر چه فرد از راهبردهای تنظیم هیجان مؤثرتری استفاده کند احتمال درگیر شدن در نشخوار فکری وی کاهش می‌یابد. فریستون و لادوکیور (۱۹۹۷) نیز نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی دچار اجتناب شناختی هستند و آن را به اشکال مختلف حواسپرتی، سرکوب افکار مزاحم و جایگزینی افکار مزاحم با افکار خشی نشان می‌دهند.

مطالعات در زمینه کاهش هیجان‌های منفی در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی مبتنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بوده است که در آن به بیماران کمک می‌شود به واسطه افزودن به دانش هیجان‌شان و کار کردن با آن‌ها (نه مقابله با هیجان‌ها) تغییر کنند و بهبود یابند (شاملی، ۱۳۹۴). هدف درمان متمرکز بر هیجان کمک به افراد است تا تجربه هیجانی خود را ارزیابی و پردازش کند و معنای جدیدی در زندگی خود ایجاد نماید. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به OCD از این طریق می‌توانند به طور معناداری تجربه هیجانی عمیق را تجربه کنند که با نتایج مثبت درمان مشکلات بیمار همراه است (پاس و گرینبرگ، ۲۰۰۷). بنابراین در جلسات درمان متمرکز بر هیجان پس از آن که بیماران هیجان‌های خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کنند، در نهایت کمتر از افکار بازانجامی همچون نشخوار فکری به منظور اجتناب از آن‌ها استفاده می‌نمایند و در توالی این مسیر، نشانه‌های

و با جایگزینی افکار همراه با شواهد معتبر به تنظیم هیجان‌های خود پردازند. تأکید بر رابطه درمانی و اینکه درمانگر به عنوان مربی هیجانی (گرینبرگ، ۲۰۱۰) نحوه پردازش هیجان را با ایجاد یک فضای امن، آرام و توأم با همدلی تسهیل می‌کند منجر به تنظیم هیجان و کاهش افسردگی و اضطراب بیماران می‌شود.

افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی طرحواره‌های هیجانی خاصی دارند که به صورت افکار خودآیند و منفی نظیر اجتناب شناختی و نشخوار فکری تجربه می‌شود (ارمسترانگ و همکاران، ۲۰۱۱). یافته‌های هولوی و همکاران (۲۰۰۶)، نشان داد که اجتناب شناختی نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی و مبتلا شدن به اختلالات روانی دارد. همچنین کلسی و همکاران (۲۰۱۲) بیان نمودند که بین اجتناب شناختی و سلامت روانی رابطه منفی معناداری وجود دارد. بنابراین اجتناب شناختی و نشخوار فکری می‌تواند خصیصه مهمی در اختلال وسواس فکری - عملی باشد؛ چرا که این اختلال در بردارنده مقاومت و اجتناب از رویدادهای درونی ناراحت‌کننده از قبیل افکار وسواسی ناخواسته است (شاملی، ۱۳۹۴). در این راستا پژوهش راینس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۷)، نشان دادند نشخوار فکری در ایجاد علائم OCD مؤثر است و لانسیانو، کری و زاتون (۲۰۱۲)، نیز نشان دادند افرادی که توانایی مدیریت هیجان‌های خود را دارند نشخوار فکری کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین

1. Raines

فکری که سبب آشفتگی روانی می‌شود را برطرف نمایند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه دارد که از جمله آن، می‌توان به این موارد اشاره کرد که جامعه پژوهش را فقط زنان تشکیل داده‌اند؛ از این رو می‌بایست در تعمیم نتایج به سایر افراد احتیاط کرد. همچنین استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی به منظور سنجش علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. در این راستا پیشنهاد می‌گردد اثربخشی رویکرد مورد استفاده در پژوهش حاضر در نمونه‌های بالینی مردان مبتلا به اختلال وسواس نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به یافته‌های به دست آمده، انجام مطالعات پیگیرانه توسط پژوهشگران و یادگیری و به کارگیری درمان متمرکز بر هیجان، می‌تواند راهنمای مشاوران و روان‌شناسان در جهت بهتر شدن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی باشد.

#### تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از زحمات کارکنان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان و نیز بیمارانی که در این پژوهش همکاری مطلوبی نشان دادند تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

وسواس و اضطراب آنان کاهش یافته و در مسیر طی شده، عزت نفس بیمار در یک هم‌کنشی به تقویت خلق و عاطفه طبیعی کمک می‌کند.

استفاده از تکنیک‌هایی مانند شناسایی احساس‌های متناقض، قرار دادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام‌سازی، شکستن احساس ناقص بودن، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان متمرکز بر هیجان موجب شده که بیماران کاهش بیشتری در شدت نشانه‌های وسواس و نشخوار فکری نشان دهند (گرینبرگ، ۲۰۱۰). به طور کلی درمان متمرکز بر هیجان به بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی این توانایی را می‌دهد که هیجان‌ات منفی از قبیل اضطراب و افسردگی را کنترل نموده و میزان سازگاری روان‌شناختی خود را بالا ببرند. طی درمان متمرکز بر هیجان به بیماران آموزش داده می‌شود تا خودگویی‌های ناسازگارانه را که در موقعیت‌های استرس‌زا طرح می‌شوند را برطرف ساخته و راه‌های نسبتاً خوش‌بینانه تفسیر را در خودشان به ویژه در هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف آسیب‌زا جایگزین سازند. در جریان درمان بیماران تشویق می‌شوند افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با نشخوارهای

#### منابع

هیجان بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه‌کننده به بیمارستان سینا. کمیته

- اسمری برده زرد، ی؛ امین زاده، د. و حسین ثابت، ف (۱۳۹۷). «اثربخشی درمان متمرکز بر

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علایم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

- بابایی، م؛ اکبرزاده، ن. و عبدالرحمان نجم، ر (۱۳۸۹). «تأثیر درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و

کاهش اندیشه پردازی خطر بر اختلال وسواسی - اجباری در دانشجویان دختر». فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۶ (۱)، ۴۳-۵۵.

- برقی ایرانی، ز؛ بگیان کوله مرز، م. ج. و فولادوند، ش (۱۳۹۲). «بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی». فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۲ (۶)، ۷۹-۹۴.

- بساک نژاد، س؛ معینی، ن. و مهربانی زاده، م (۱۳۸۹). «رابطه پردازش پس رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان». مجله علوم رفتاری، ۴ (۴)، ۳۳۵-۳۴۰.

- بهزادپور، س؛ مطهری، ز. و سهرابی، ف (۱۳۹۴). «پیش‌بینی نشخوار فکری بر اساس سازگاری اجتماعی و هیجانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی». فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۳ (۴)، ۵۳-۶۰.

- بیک پور، ا (۱۳۹۱). «اثربخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر اختلال وسواسی - اجباری». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

- حقایق، ع؛ ادیبی، پ؛ دوازده امامی، م. ح (۱۳۹۴). «اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر

تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۲۱ (۶۵)، ۱۱-۲۳.

- اسمری برده زرد، ی. و رسولی، ر (۱۳۹۶). «اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی و کاهش افسردگی در دانش‌آموزان قلدر». مطالعات روان‌شناختی، ۱۳ (۳)، ۷۷-۹۳.

- افتخار زاده، ر؛ حسینیان، س. و شمس، ج (۱۳۹۵). «اثربخشی آموزش روان‌شناختی بر هیجان ابرازشده و کاهش شدت اختلال در مبتلایان به وسواس فکری - عملی». مطالعات روان‌شناختی، ۱۲ (۲)، ۶۷-۸۴.

- امانی، م؛ ابوالقاسمی، ع. و احدی، ب (۱۳۹۴). «ارتباط زیرمجموعه‌های وسواس فکری - عملی، آشفتگی استنتاج و راهبردهای تنظیم هیجانی با باورهای وسواسی در زنان». فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۶ (۱)، ۱۳۷-۱۵۰.

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی *DSM-5*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳)، تهران، نشر روان.

- ایزدی، ر؛ عابدی، م. ر (۱۳۹۲). «کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» فیض، ۱۷ (۳)، ۲۷۵-۲۸۶.

- شاملی، ل (۱۳۹۴). «تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر خودتنظیمی هیجانی، اجتناب تجربه‌ای و علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری شهر اهواز». پایان‌نامه دکتری، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- صالحی، ا؛ باغبان، ا. و بهرامی، ف (۱۳۹۱). «تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک، بر علائم مشکلات هیجانی». *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴ (۲)، ۴۹-۵۵.
- علیمردانی صومعه، س؛ نریمانی م؛ میکائیلی، ن. و بشرپور، س (۱۳۹۶). «مقایسه عدم تحمل بلاتکلیفی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و عادی». *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳ (۲)، ۷۷-۹۴.
- قدم پور، ع؛ حسینی رمقانی، ن؛ مرادی، س. و مرادیانی، خ (۱۳۹۷). «اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری پس رویدادی و اجتناب شناختی در دانش‌آموزان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی». *فصلنامه علمی - پژوهشی افق دانش*، ۲۴ (۲)، ۱۱۱-۱۱۸.
- گرینبرگ، ل (۲۰۱۰). *درمان هیجان‌مدار*، از مجموعه نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه سمیرا جلالی و مهسا فروغی (۱۳۹۷)، تهران، نشر علم.
- گنجی، م (۱۳۹۳). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5*، تهران، نشر ساوالان.
- کیفیت زندگی و خواب در نشانگان روده تحریک‌پذیر». *فصلنامه گوارش*، ۲۰ (۳)، ۱۸۵-۱۹۲.
- خوشنام، س (۱۳۹۱). «اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر شدت میزان افسردگی، نشانه‌های عمومی بیماری، و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی». *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی*.
- داوودی، ا؛ نشاط دوست، ح. ط. و عابدی، م. ر (۱۳۹۳). «مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درک هیجان‌ات در اختلالات وسواسی اجباری، اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی». *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵ (۴)، ۶۹-۷۸.
- دیویسون، ج. س؛ نیل، ج. ا و کرینگ، ا (۲۰۱۴). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5*، ترجمه مهدی دهستانی (۱۳۹۴)، تهران، نشر ویرایش.
- سادوک، ب. ج؛ سادوک، و. ا. و روئیز، پ (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی*، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۵). تهران، انتشارات ارجمند.
- شاملی، ل؛ مهربانی زاده، م. و نعامی، ع (۱۳۹۷). «اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان، بر سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری». *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۴ (۴)، ۳۵۹-۳۶۹.

بهناز خیری و همکاران: اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن ...

- نریمانی، م؛ ملکی پیربازاری، م. و میکائیلی، ن (۱۳۹۵). «مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی بیماران وسواسی». *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۲۹)، ۲۵-۳۵.

- هاشمی، ت؛ بیک پور، ا. و محمد علیلو، م (۱۳۹۳). «اثربخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر بهبود بیماران مبتلا به وسواس شستشو (مطالعه موردی)». *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۴(۲)، ۶۹-۸۱.

- هالچین، ر. پ؛ کراس ویتبورن، س (۲۰۱۴). «آسیب‌شناسی روانی، دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی بر اساس DSM-5». ترجمه سید یحیی محمدی (۱۳۹۴)، تهران، نشر روان.

- Allen, L. B., Barlow, D. H. (2009). "Relationship of exposure to clinically irrelevant emotin cues and obsessive compulsive symptoms, behavior modification". *journals Sagepub*. 10.1177.

- Armstrong, T., Zald, H., Olatunji, O. (2011). "Attentional control in OCD and GAD: Specificity and associations with core cognitive symptoms", *Behaviour Research and Therapy*, 49(11):756-62.

- Bargh, J., Williams, L. Gross. (2007). *The case for No conscious Emotion Regulation*. Guilford Press, New York, 429-445.

- محمودزاده، ر. و محمدخانی، ش (۱۳۹۵). «نقش میانجی اضطراب و اجتناب شناختی در رابطه منفی کمال‌گرایی منفی و اهمال کاری». *مجله دستاوردهای روان‌شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۴(۱)، ۷۳-۹۴.

- موسوی مدنی، ن؛ آتش پور، ح. و مولوی، ح (۱۳۸۹). «تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی گروهی بر میزان علائم اختلال وسواس - اجباری در زنان شهر اصفهان». *یافته‌های نو در روان‌شناسی روان‌شناسی اجتماعی*، (۱۵)، ۵۷-۷۱.

- میکائیلی، ن؛ مولوی، پ؛ عینی، س. و تقوی، ر (۱۳۹۶). «اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه». *طب جانباز*، ۹(۳)، ۱۱۱-۱۱۷.

- Cruz, L. F., Landau, D., Iervolino, A. C., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S., Mataix-Cols, D. (2013). "Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding Disorder", *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2): 204-209.

- Dolhanty, J, Greenberg, L. S. (2007). "Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders". *Eur Psychother*, 7(1):97-116.

- Elliott, R. (2012). *Emotion-Focus therapy*. PCCS Book, Ross-on-Wye. <https://strathprints.strath.ac.uk/42661>.

- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G., & Spira, A. P. (2003). "Emotional avoidance: an

- experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge". *Behaviour Research and Therapy*, 41(4): 403-411.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R. (1997). "What do patients do with their obsessive thought?" *Behavior Research and Therapy*, 35(4) 335-348.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. & et al. (1989). "Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability". *Arch Gen Psychiatry*, 46(11): 1006-11.
- Greenberg, L. S. (2010). "Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis". *J LifeLong Learn Psychiatry*, 8(1):32-42.
- Greenberg, L. S. (2004). "Emotion-focused therapy". *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1):3-16.
- Greenberg, L. S. (2002). "Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings". *Am Psychol Assoc*, 32(2):56.
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H. & Malcolm, W. M. (2010). "Differential Effects of Emotion Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries", *Journal of Counseling Psychology*, 55(2):185-196.
- Greenberg, L. S & Watson, J. C. (2006). "Emotion-focused therapy for depression". *American Psychological Association*, 45,6.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G. & Coles, M. E. (2006). "A Comparison of Intolerance of Uncertainty in Analogue Obsessive-compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder", *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2): 158-174.
- Hofmann, S. G. & Carpenter, J. K. J. (2016). "Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): scale development and psychometric", *Psychological and Brain Sciences*, 40( 3): 341 - 356.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). "Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition". *Cognition & Emotion*, 24( 2): 281-298.
- Kang, J. I., Namkoong, K., Woo Yoo, S., Jhung, K., & Kim, S. J. (2012). "Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder", *Journal of Affective Disorders*, 141(2): 286-293.
- Kelsey, S., Dickson, J. & Laura, C. (2012). "Rumination, Worry, Cognitive Avoidance, and Behavioral Avoidance: Examination of Temporal Effects". *Behavior Therapy*, 43, 629-640.
- Lanciano, T., Curci, A. & Zlatton, E. (2012). "Why do some people ruminate more or less than others? The role of Emotional Intelligence ability", *Europe's Journal of Psychology*, 265-84.
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C., Boomsma, P. (2004). "Rumination and worry in non-clinical

- adolescents", *J Cognitive Therapy and Research*, 28(4): 539–554.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008). "Rethinking rumination". *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
  - Pos, A. E. & Greenberg, L. S. (2007). "Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect", *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1):25 -36.
  - Plate, A. J. & Aldao, A. (2017). "Emotion Regulation in Cognitive-Behavioral Therapy: Bridging the Gap Between Treatment Studies and Laboratory Experiments", *The Science of Cognitive Behavioral Therapy*, 107-127.
  - Raines, A. M., Vidaurri, D. N., Portero, A. K. (2017). "Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions", *Personality and Individual Differences*, 113, 63-67.
  - Salehi, A., Baghban, I., Bahrami, F. & Ahmadi, A. (2012). "The Effect of Emotion Regulation Training based on Dialectical Behavior Therapy and Gross Process Model on Symptoms of Emotional Problems". *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)* , 14(2), 49-55.
  - Sexton, K. A. & Dugas, M. J. (2009). "An investigation of factors associated with cognitive avoidance in worry". *Cognit Ther Res.*, 33(2): 150- 162.
  - Sheikhmoonesi, F., Hajheidari, Z., Mohammadpour, M. & Masoudzadeh, A. (2013). "The prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder and its relationship with dermatological lesion in iranian dermatological clinic". *European Psychiatry*, 28, 1.
  - Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M. & Coles, M. E. (2014). "An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms". *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 109-114.
  - Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M. & McCabe, R. E. (2011). "Emotional Intelligence in Social Phobia and Other Anxiety Disorders", *J Psychopathol Behav Assess* , 33, 69–78
  - Veale, D. (2007). "Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder". *Advances in Psychiatric Treatment*; 13, 438–446.