

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان، بر سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری

* لیلا شاملی^۱، مهناز مهربانی‌زاده هنرمند^۲، عبدالزهره نعیمی^۳، ایران داودی^۴

- ۱- دکترای روانشناسی، استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران.
- ۲- دکترای روانشناسی، استاده، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران.
- ۳- دکترای روانشناسی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران.
- ۴- دکترای روانشناسی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۷ فروردین ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۲۶ تیر ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۰۱ دی ۱۳۹۷

اهداف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان، بر سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری است.

مواد و روش‌ها: طرح این پژوهش، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر اهواز بود. برای انتخاب گروه نمونه واجد شرایط، ابتدا ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که تعدادی از آنان به دلیل نگذراندن کامل ۸ جلسه درمان حذف شدند. در نهایت، گروه نمونه ۲۴ نفری زنان بیمار در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) بررسی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از مقیاس وسواسی اجباری بیل‌براون و پرسش‌نامه سبک‌های هیجان استفاده شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد بین افراد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سبک تنظیم هیجان پنهان‌کاری ($P \leq 0/01$) و شدت علائم وسواس ($F=7/70$ و $P \leq 0/001$) و همچنین، بین زنان بیمار دو گروه از لحاظ سبک پنهان‌کاری ($F=2/60$ و $P \leq 0/05$) و شدت علائم وسواس ($F=29/99$ و $P \leq 0/001$) در مرحله پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج گویای آن است که درمان متمرکز بر هیجان در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، منجر به افزایش سبک تنظیم هیجان پنهان‌کاری و کاهش شدت علائم وسواس در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل می‌شود؛ از این‌رو، روش درمانی مذکور به‌واسطه تمرکز ویژه بر مقوله هیجان، می‌تواند به عنوان روش درمانی مؤثری به منظور کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواسی اجباری، درمان متمرکز بر هیجان، سبک‌های تنظیم هیجان، شدت علائم وسواس

مقدمه

نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود. هدف اعمال وسواسی، کاهش پریشانی مرتبط با افکار وسواسی یا جلوگیری از یک رویداد ترسناک (مثل مریض شدن) است.

با وجود این، یا این اعمال در مسیر منطقی مربوط به حوادث ترسناک قرار ندارد (مثلاً با قراردادن اشیا به صورت منظم از آسیب‌رسیدن به فرد عزیزی جلوگیری می‌شود) یا آشکارا افراطی هستند (ساعت‌ها دوش گرفتن روزانه). برخی از این افراد، احساسات انزجار قدرتمندی را نیز گزارش می‌کنند، چرا که افراد وسواسی هنگام مواجهه‌شدن با موقعیت‌های برانگیزاننده افکار و اعمال وسواسی، دامنه‌ای از پاسخ‌های هیجانی را تجربه می‌کنند [۱].

در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱، اختلال وسواسی اجباری^۲ از طبقه اختلال‌های اضطرابی مجزا و در طبقه «اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال‌های مرتبط^۳» مطرح شده است. علائم مشخصه این اختلال، حضور افکار وسواسی و اعمال اجباری است که ویژگی عمده آن‌ها (افکار و رفتارها)، لذت‌بخش نبودن برای فرد مبتلاست، ولی بیمار به

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed) (DSM-5)
2. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
3. Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders (OCRD)

* نویسنده مسئول:

دکتر لیلا شاملی

نشانی: کازرون، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی عمومی.

تلفن: ۶۵۹۸۴۴۱ (۹۳۳) ۹۸+

پست الکترونیکی: lshameli29@yahoo.com

کمک می‌شود به واسطه افزودن به دانش هیجانی‌شان و کار کردن با آن‌ها (نه مقابله با هیجان‌ها) تغییر کنند و بهبود یابند [۹]. امروزه در این زمینه، توافقی گسترده وجود دارد که فعال‌سازی و پردازش هیجان در ایجاد تغییرات روان‌درمانگری مهم است [۱۰، ۱۱]. درمان متمرکز بر هیجان به شیوه مؤثری توانایی محرومیت‌دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها را دارد [۱۲].

این روش درمانی که اساس ساختار روانی و تعیین‌کننده کلیدی برای سازماندهی خود^۹ [۱۳] است، یکی از معدود مدل‌های درمانی است که ماهیتاً تلفیقی از رویکرد درمانی مراجع‌محور، گشتالت‌درمانی و اصول‌شناختی را شامل می‌شود [۱۴] و به عنوان رویکردی ساختاری تجربی در فعالیت‌های روان‌درمانی و نظریه‌های روان‌شناختی معاصر مطرح است. یکی از ویژگی‌هایی که بیماران وسواسی از آن رنج می‌برند گرفتاری در چالش بزرگ کنترل‌شدن و احساس استقلال است. در فرایند درمان متمرکز بر هیجان، افراد احساساتشان را بدون ترس از تنبیه‌شدن یا مورد انتقام قرار گرفتن تجربه می‌کنند و جنبه‌های متضاد خویش را می‌پذیرند. بنا بر پژوهش‌های قبلی، فرایند درمانی مذکور از جمله فرایندهایی است که می‌تواند برای درمان بیماران وسواسی استفاده شود [۱۵]. چندین مطالعه بیانگر مؤثر بودن درمان متمرکز بر هیجان برای اختلال‌های اضطرابی مثل اختلال اضطراب فراگیر^{۱۰} و فوبی اجتماعی^{۱۱} بوده است [۱۶].

نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که اگرچه درمان متمرکز بر هیجان برای درمان برخی اختلال‌ها استفاده شده و اثربخشی آن نشان داده شده است [۲۰-۱۷]، اما گزارش‌ها بیانگر به کار نرفتن این روش درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری است. در حالی که بسیاری از متون روان‌شناختی و روان‌پزشکی در زمینه اختلال وسواسی اجباری، به اهمیت پرداختن به مقوله هیجان و کار کردن روی آن به منظور دستیابی به درمان مفیدتر اشاره داشته‌اند. وسواس از جمله اختلال‌هایی است که با وجود داشتن پیشینه غنی در زمینه درمان، هنوز به صورت خاص نتایج درمانی درخور و مناسبی ندارد. بر این اساس، روان‌شناسان با اطمینان خاطر بسیار در موقعیت‌های کلینیکی به استفاده کاربردی از آن پرداختند؛ برای نمونه، در فراتحلیلی که ادی، دوترا، بردلی و وستن^{۱۲} در زمینه اثربخشی روش‌های درمان رفتاری، از جمله مواجهه و جلوگیری از پاسخ انجام دادند، نتایج نشان داد برخی علائم در بیماران باقی می‌ماند و تعداد درخور توجهی از درمان‌جویان درمان را رها می‌کنند [۲۱].

آن‌چه جبران این کافی نبودن درمان را خواهد کرد، به کارگیری رویکردهای درمانی جایگزین است؛ از این رو، ضرورت بررسی

بسیاری از این افراد، هیجان‌های اضطرابی چشمگیری که می‌تواند حملات برگشتی پانیک^۴ را دربرگیرد نیز تجربه می‌کنند. سامرفلد، کلوسترمن، آنتونی، ریچتر و سوینسون^۵ [۲]، این اختلال را با تظاهرات اضطرابی و اجتناب مضاعف از آسیب بالقوه، توصیف کردند. یافته‌ها در بررسی بیماران که اختلال‌های اضطرابی و خلقی دارند نیز بیانگر آن بودند 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 [۳]. این پاسخ‌ها و احساسات هیجانی می‌بایست تنظیم شوند؛ چراکه شیوه تنظیم هیجان، پیامدهای مختلفی در زندگی فرد، به‌ویژه در حوزه مسائل اجتماعی و سازشی دارد [۴].

به باور هافمن و کاشدان^۶ توانایی تنظیم و سازگاری هیجان‌ها متناسب با الزامات موقعیت‌های خاص، یکی از مهم‌ترین قابلیت‌های انسان است [۵]. خودتنظیمی هیجانی شامل فرایندهایی است که در آن، افراد هیجان‌های خود و نیز چگونگی ابراز آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. شیوه ناسازگارانه تنظیم هیجان به نوبه خود می‌تواند بر رشد اختلال‌ها تأثیر بگذارد. شواهد گویای آن است که چنان‌چه تدابیری برای تنظیم مناسب هیجان و شدت علائم صورت نگیرد، بهبودی در آسیب‌های روان‌شناختی ایجاد نمی‌شود. بر اساس بسیاری از تحقیقات، ارتباط محکمی میان تنظیم هیجان و علائم روان‌شناختی وجود دارد [۶].

تا به امروز، تحقیقاتی که تنظیم هیجان را در زمینه اختلال وسواسی اجباری بررسی کند با کمبود مواجه بوده است. در تحقیقات انجام‌شده روی بیماران مختلف از جمله مبتلایان به اختلال وسواسی اجباری، نقص در سبک‌های تنظیم هیجان به عنوان یکی از مشکلات عمده آنان گزارش شده است [۷]. در تحقیقات اندکی، از جمله بررسی استرن، نوتا، هیمبرگ، هولوی و کولز^۷ نیز روشن شد علائم وسواسی اجباری با فهم ضعیف و واکنش منفی نسبت به هیجان‌ها ارتباط دارد [۸]؛ از این رو، به کارگیری روش درمانی‌ای که منجر به اثربخشی در تجارب هیجانی ناسازگار و سبک‌های تنظیم هیجان بیماران شود، مفید خواهد بود. حوزه درمان از جمله راهکارهای مفید برای ابراز مناسب‌ترین و بهنجارترین هیجان‌ها ارائه می‌دهد.

مطالعات در زمینه کاهش هیجان‌های منفی وسواسی‌ها؛ به‌ویژه علائم وسواسی در آنان مبتنی بر بررسی اثربخشی درمان‌های گوناگون بوده است. با وجود این، درمانی که مستقیماً با هیجان‌ها سروکار دارد و اخیراً برای فائق آمدن بر مشکلات هیجانی استفاده می‌شود، درمان متمرکز بر هیجان^۸ است که در آن به بیماران

4. Panic

5. Summerfeldt, Kloosterman, Antony, Richter & Swinson

6. Hofman & Kashdan

7. Stern, Nota, Heimberg, Holaway & Coles

8. Emotion-Focused Therapy (EFT)

9. Self

10. General anxiety disorder

11. Social phobia

12. Eddy, Dutra, Bradley & Westen

سوی پژوهشگر انجام شد و مقیاس ییل براون روی آنان اجرا شد. پس از تحقق ملاک‌ها و دریافت حداقل نمره ۱۶ از مقیاس ییل براون، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. به منظور رعایت مسائل اخلاقی از بیماران رضایت شخصی گرفته شد تا در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به سؤالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. جلسات درمان در یکی از کلینیک‌های روان‌درمانی برگزار شد و جلسه مقدماتی با هدف به‌دست‌آوردن اعتماد بیماران، ارزیابی کلی افراد به منظور مناسب‌بودن برای درمان و معرفی کلی دوره درمان برگزار شد. درمان متمرکز بر هیجان در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت ۲ بار در هفته روی افراد گروه آزمایش اجرا شد. گروه کنترل نیز در این بازه زمانی در لیست انتظار قرار داده شدند. در جلسه آخر نیز از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

پس از سپری‌شدن دوره زمانی دومه‌ماه بعد از پایان جلسات درمانی، مرحله پیگیری از افراد هر دو گروه صورت گرفت. گفتنی است پس از اتمام پژوهش، محقق برای گروه کنترل جلسات درمانی را اجرا کرد. سه نفر از افراد گروه آزمایش به دلیل نگذرانیدن کامل ۸ جلسه درمانی و سه نفر از گروه کنترل نیز به علت مسافرت و دردسترس‌نبودن از گروه نمونه حذف شدند و در نهایت، گروه نمونه ۲۴ نفری زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری در دو گروه آزمایشی (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) بررسی شدند.

در این پژوهش، درمان متمرکز بر هیجان به عنوان متغیر مستقل و سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. روش درمان متمرکز بر هیجان، مبتنی بر مدل ارائه‌شده از سوی گرینبرگ و جانسون^{۱۳} بود [۲۳] که از طریق انطباق‌دادن و استفاده از برنامه درمانی واتسون، گلدمن^{۱۴} و گرینبرگ [۲۴] و کتاب «راهنمای آشنایی با درمان متمرکز بر هیجان» رسولی و تقی‌پور [۲۵] از سوی محقق برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری تنظیم شد. طی این روش درمان، بیماران مرحله‌ای را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت ۲ بار در هفته پشت سر گذاشتند. از موارد مطرح‌شده در جلسه اول، برقراری ارتباط، توضیح درباره ماهیت اختلال وسواس و مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان بود.

هدف جلسات بعدی، شناسایی هیجان‌های وسواسی‌ها، به‌چالش‌کشیدن تجربیات ناخوشایند هیجانی، کنترل تجارب درماندگی، پذیرش هیجان‌ها و افزایش توانایی پذیرش احساسات و هیجان‌های مرتبط با موقعیت‌های وسواس‌برانگیز بود. در نهایت، در جلسه آخر به جمع‌بندی نکات مطرح‌شده جلسات قبلی و

اثربخشی درمان جدید متمرکز بر هیجان برای مبتلایان به اختلال وسواس از نقطه‌نظر تغییر نوع سبک تنظیم هیجانی و کاهش علائم وسواسی بیش‌ازپیش برجسته‌می‌شود؛ چراکه اهمیت گزارش‌های حاکی از پاسخ‌های هیجانی بیماران وسواسی و اثرات نوع روش‌های به‌کار گرفته‌شده برای تنظیم هیجان‌ها و علائم وسواسی به اندازه‌ای است که انجام پژوهش‌های مرتبط با بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواسی، اقدامی نو و مفید در حوزه درمان این بیماران خواهد بود.

با توجه به شیوع اختلال وسواس و نقش مشکلات تنظیم هیجانی در شکل‌گیری و تداوم آسیب‌های روان‌شناختی، اجرای پژوهش‌هایی که بتواند به بررسی اثربخشی درمان‌های نوظهور به‌منظور کاهش آسیب‌شناختی و تنظیم متناسب پاسخ‌های هیجانی بپردازد گامی مؤثر به سوی بهبود و درمان مبتلایان به اختلال وسواسی در کلینیک‌های روانی و بیمارستان‌ها خواهد بود.

به دلیل آنکه مطابق با DSM-5، زنان بزرگسال بیشتر از مردان از علائم وسواسی رنج می‌برند و یافته‌های امنی و همکاران حاکی از شیوع ۹/۳۷ درصدی اختلال وسواسی‌اجباری در بین زنان جوان ایرانی بوده است [۲۲]، لزوم پرداختن به موضوع بهداشت روان زنان از یکسو و اعمال کنترل دقیق‌تر متغیرهای بررسی‌شده از سوی دیگر منجر به این شد که این پژوهش روی گروه زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری اجرا شود. در مجموع، این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس مبتلایان به اختلال وسواسی‌اجباری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر دارد؟

روش

طرح این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر اهواز بودند. برای انتخاب گروه نمونه واجد شرایط، ابتدا به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی موجود در شهر اهواز مراجعه شد و همچنین در مراکز مشاوره و کلینیک‌های درمانی موجود در شهر اهواز فراخوانی مبنی بر شرکت در گروه‌درمانی (بدین‌صورت که بیماران متقاضی کلمه «وسواس» را به شماره همراه درج‌شده در فراخوان می‌فرستادند و پژوهشگر با آنان تماس می‌گرفت) منتشر شد.

سپس برای تشخیص قطعی، با افراد واجد شرایط و مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی که اختلال وسواسی‌اجباری‌شان تشخیص داده شده بود و دارای ملاک‌های ورود (حداقل سطح تحصیلات سیکل، محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال و مصرف‌نکردن دارو از یک ماه قبل از شروع درمان) و خروج (ابتلا به بیماری جسمی یا ویروسی، داشتن اختلال‌های نورولوژیک مانند صرع و سابقه هر نوع ضربه مغزی) به گروه نمونه بودند، مصاحبه بالینی از

13. Johnson

14. Watson & Goldman

پرسش‌نامه سبک‌های هیجان^{۱۷}

پرسش‌نامه سبک‌های هیجان را در سال ۲۰۱۰ هافمن و کاشدان طراحی کردند. این ابزار شامل ۲۰ سؤال است که پاسخ‌گویی به آن بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از «بی‌نهایت درباره من درست است» تا «اصلاً درباره من درست نیست» را شامل می‌شود. پرسش‌نامه سه مؤلفه یا خرده‌مقیاس پنهان‌کاری، سازگاری و تحمل دارد که به ترتیب ۸، ۷ و ۵ سؤال را به خود اختصاص داده‌اند. هافمن و کاشدان با به‌کارگیری روش آلفای کرونباخ، پایایی خرده‌مقیاس‌های پنهان‌کاری، سازگاری و تحمل را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۴۲ و پایایی کل پرسش‌نامه را ۰/۸۱ به دست آوردند [۵]. همچنین، برای بررسی روایی سازه، از همبستگی سه خرده‌مقیاس پرسش‌نامه و پرسش‌نامه تنظیم هیجانی گراس و جان^{۱۸} استفاده کردند [۲۸] که همبستگی زیادی (۰/۶۰) بین خرده‌مقیاس پنهان‌کاری با خرده‌مقیاس سرکوب، بین خرده‌مقیاس سازگاری با خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد (۰/۵۴) و خرده‌مقیاس تحمل با خرده‌مقیاس سرکوب (۰/۳۴-) پرسش‌نامه تنظیم هیجانی مشاهده شد.

در ایران، کارشکی، با استفاده از آلفای کرونباخ، ضرایب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۵۰ را برای خرده‌مقیاس‌های پنهان‌کاری، سازگاری و تحمل و ضریب ۰/۸۱ را برای کل پرسش‌نامه گزارش کرد [۲۹]. در این پژوهش، به منظور سنجش همسانی درونی پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که برای خرده‌مقیاس پنهان‌کاری، ۰/۷۴؛ سازگاری، ۰/۸۷ و تحمل، ۰/۴۱ به دست آمد. همچنین، ضریب ۰/۸۵ نیز برای نمره کل پرسش‌نامه محاسبه شد. به منظور تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS، از روش آماری تجزیه و تحلیل کوواریانس (مانکووا) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه سبک تنظیم هیجان پنهان‌کاری، سازگاری و تحمل و شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول شماره ۱ درج شده است. همان‌گونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود از بین سه سبک تنظیم هیجان در گروه آزمایش، سبک پنهان‌کاری در پس‌آزمون بیشترین میانگین (۲۷) و سبک تحمل در پیش‌آزمون، کمترین میانگین (۱۵/۸۳) را به خود اختصاص داده است. در حالی که در گروه کنترل، سبک پنهان‌کاری در مرحله پیش‌آزمون، بالاترین نمره میانگین (۳۰/۲۵) و سبک تحمل در پس‌آزمون (۱۵/۵۰) کمترین نمره میانگین را دارد. میانگین و انحراف استاندارد سبک سازگاری گروه آزمایش در دوره پیگیری

مروری بر مهارت‌های ارائه‌شده پرداخته شد. مراحل درمان متمرکز بر هیجان به صورت خلاصه در ادامه ارائه شده است.

جلسه مقدماتی: به‌دست‌آوردن اعتماد بیماران و ارزیابی کلی افراد از نظر مناسب‌بودن برای درمان و تکمیل پیش‌آزمون؛ جلسه اول: برقراری ارتباط، توضیح پیرامون ماهیت وسواس و مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان؛ جلسه دوم: شناسایی ناراحتی‌ها و اضطراب‌ها و تعریف وسواس بر اساس این هیجان‌ها و تمرکز بر ترکیبات عاطفی تجربه مشکل دار بیماران وسواسی؛ جلسه سوم: فراخوانی و زنده‌کردن احساس‌ها یا هیجان‌های دردناک بیماران؛ جلسه چهارم: رسیدن به هیجان‌های اولیه زیربنایی و شناخت نیازها (نتایج شناختی عاطفی بازنشده در احساس بد) و رساندن آن به آگاهی؛ جلسه پنجم: مطالبه‌کردن آن نیازی که بیمار از آن امتناع می‌کند و تصدیق تجربه‌ای که قبلاً نمادگذاری نشده یا از آن اجتناب شده است؛ جلسه ششم: گسترده‌کردن مفهوم خود با بازسازی هیجان‌ها در ارتباط با موقعیت‌های مختلف؛ جلسه هفتم: هماهنگی درمانگر با ضرورت منابع درونی و تعمیم و انتقال این حس به خارج از جلسات درمان؛ جلسه هشتم: انعکاس آن‌چه تاکنون رخ داده است و رشد دادن حکایتی جدید از تجارب و بیان استعاره از حالت قبلی مشکل خود (مثل زندانی در قفسی شیشه‌ای) و حالت جدید خود و تکمیل پس‌آزمون.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از این ابزارهای استفاده شد:

مقیاس وسواسی اجباری ییل براون^{۱۵}

گودمن^{۱۶} و همکاران [۲۶] این فهرست را در سال ۱۹۸۹ ساختند و دو مقیاس فرعی مربوط به افکار وسواسی و رفتارهای اجباری دارد. در هر دو مقیاس، شدت علائم در ۷ روز قبل از مصاحبه ارزیابی می‌شود. نمره صفر در صورت «نبود مشکل» و نمره ۴ به «مشکل خیلی زیاد» داده می‌شود. گودمن و همکاران به منظور سنجش پایایی این مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضریب همبستگی آن را برای خرده‌مقیاس وسواس فکری، ۰/۹۷؛ اجبارها، ۰/۹۶ و برای کل مقیاس ۰/۹۸ به دست آوردند. همچنین، برای محاسبه روایی مقیاس، از همبستگی هر آیتیم با نمره کل استفاده کردند که در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۷ به دست آمد. در ایران، پایایی بین مصاحبه‌کنندگان، ۰/۹۸؛ ضریب همسانی درونی آن، ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش شده است [۲۷]. در این پژوهش به منظور سنجش پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای خرده‌مقیاس وسواس فکری، ضریب ۰/۶۲؛ اجبارها، ضریب ۰/۶۱ و برای کل مقیاس، ضریب ۰/۷۱ به دست آمد.

17. Affective Styles Scale (ASS)

18. Gross & John

15. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

16. Goodman

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

سبک‌های تنظیم هیجان		گروه آزمایش	گروه کنترل
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
سبک پنهان‌کاری	پیش‌آزمون	۲۴ \pm ۴/۳۷	۳۰/۲۵ \pm ۴/۵۱
	پس‌آزمون	۲۷ \pm ۳/۶۴	۲۵/۵۸ \pm ۳/۳۴
	پیگیری	۲۷ \pm ۳/۹۱	۲۶ \pm ۳/۵۷
سبک سازگاری	پیش‌آزمون	۲۲/۸۳ \pm ۵/۶۰	۲۵/۴۲ \pm ۵/۶۳
	پس‌آزمون	۲۵/۲۵ \pm ۲/۰۲	۲۵/۵۰ \pm ۴/۲۴
	پیگیری	۲۶/۰۸ \pm ۲/۴۷	۲۴/۹۲ \pm ۳/۶۳
سبک تحمل	پیش‌آزمون	۱۵/۸۳ \pm ۳/۲۷	۱۵/۷۵ \pm ۳/۸۴
	پس‌آزمون	۱۷/۳۳ \pm ۲/۷۱	۱۵/۵۰ \pm ۳/۲۰
	پیگیری	۱۷/۰۸ \pm ۲/۶۱	۱۶/۱۷ \pm ۲/۶۶
شدت علائم و سواس	پیش‌آزمون	۲۱/۱۷ \pm ۴/۸۸	۱۹/۵۸ \pm ۳/۴۰
	پس‌آزمون	۱۴/۲۵ \pm ۴/۸۴	۲۰/۰۸ \pm ۵/۱۸
	پیگیری	۱۴/۲۵ \pm ۴/۳۱	۲۰/۳۳ \pm ۵/۲۵

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

یافته‌های مربوط به آزمون لوین برای سبک پنهان‌کاری، ($F=۰/۰۳$)؛ سبک سازگاری، ($F=۱/۱۰$)؛ سبک تحمل، ($F=۱/۹۹$) و شدت علائم و سواس ($F=۲/۲۸$) به ترتیب با سطح معنی‌داری ($P=۰/۱۸۷$)، ($P=۰/۳۰$)، ($P=۰/۱۱۷$) و ($P=۰/۱۱۴$) در مرحله پس‌آزمون و برای سبک پنهان‌کاری، ($F=۱/۳۵$)؛ سبک سازگاری، ($F=۱/۲۷$)؛ سبک تحمل، ($F=۰/۲۱$) و شدت علائم و سواس ($F=۰/۰۳$) به ترتیب با سطح معنی‌داری ($P=۰/۱۸۵$)، ($P=۰/۲۷$)، ($P=۰/۸۸$) و ($P=۰/۸۶$) در دوره پیگیری به دست آمد.

این یافته نیز نشان داد فرض برابری واریانس‌های دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برقرار است؛ بنابراین، برای بررسی تفاوت دو گروه در نمرات سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم و سواس در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد.

برای تعیین معنی‌داری اثر گروه بر متغیرهای سبک‌های تنظیم هیجان و علائم و سواس در مرحله پس‌آزمون از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد. آماره مربوط در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار بود ($F=۵/۰۷$ و $P<۰/۰۰۱$) بدین ترتیب، بین دو گروه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور بررسی این تفاوت، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکووا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

به ترتیب ۲۶/۰۸ و ۲/۴۷ به دست آمد که بالاترین نمره میانگین سبک مذکور است. در حالی که در گروه کنترل، میانگین و انحراف استاندارد سبک سازگاری مرحله پس‌آزمون با آماره به ترتیب ۲۵/۵۰ و ۴/۲۳، بیشترین نمره میانگین این سبک را دارد.

کمترین نمره میانگین و انحراف استاندارد شدت علائم و سواس در مرحله پیگیری مربوط به گروه آزمایش به ترتیب ۱۲/۵۸ و ۴/۳۱ و بیشترین نمره میانگین و انحراف استاندارد شدت علائم و سواس در مرحله پیگیری مربوط به گروه کنترل و به ترتیب ۲۰/۳۳ و ۵/۳۵ است.

به منظور بررسی تفاوت دو گروه در نمرات سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم و سواس در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) استفاده شد. قبل از به‌کارگیری این آزمون، به منظور رعایت پیش‌فرض‌های نرمال بودن متغیرها و همسانی واریانس دو گروه، آزمون کولموگوروف اسمیرنوف و آزمون لوین انجام شد. نتایج حاصل از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف بر نمرات سبک پنهان‌کاری، ($P=۰/۸۹$)؛ سبک سازگاری، ($P=۰/۷۹$)؛ سبک تحمل ($P=۰/۳۲$) و شدت علائم و سواس ($P=۰/۱۷$) در مرحله پس‌آزمون و برای سبک پنهان‌کاری، ($P=۰/۸۹$)؛ سبک سازگاری، ($P=۰/۷۹$)؛ سبک تحمل، ($P=۰/۳$) و شدت علائم و سواس ($P=۰/۶۷$) در دوره پیگیری حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

اندازه اثر	معناداری	F	df	متغیر وابسته	گروه
۰/۷۵	۰/۰۱	۷/۷۰	۱	پنهان‌کاری	سبک‌های تنظیم هیجان
۰/۱۲	۰/۴۴	۰/۶۳	۱	سازگاری	
۰/۲۱	۰/۲۴	۱/۴۵	۱	تحمل	
۰/۹۹	۰/۰۰۱	۲۰/۴۸	۱		شدت علائم وسواس

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۳، ارائه شده است.

جدول شماره ۳، حاکی از آن است که بین زنان بیمار دو گروه از لحاظ سبک‌تنظیم هیجان پنهان‌کاری در مرحله پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$ و $F=2/60$). به عبارت دیگر، با توجه به **جدول شماره ۱**، درمان متمرکز بر هیجان در مرحله پیگیری نیز توانسته بود منجر به افزایش سبک پنهان‌کاری در زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شود. همچنین، یافته جدول مذکور نشان می‌دهد بین زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ شدت علائم وسواس در مرحله پیگیری ($P \leq 0/01$ و $F=29/99$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

به عبارت دیگر، با توجه به میانگین نمره شدت علائم وسواس زنان بیمار گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره شدت علائم وسواس زنان گروه کنترل (**جدول شماره ۱**)، درمان متمرکز بر هیجان هم‌چنان موجب کاهش شدت علائم وسواس زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری گروه آزمایش در مرحله پیگیری شده است. اندازه اثر مربوط به متغیر شدت علائم وسواس، ۰/۹۹ بود. این یعنی ۹۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پیگیری شدت علائم وسواس گروه آزمایش، مربوط به تأثیر درمان متمرکز بر هیجان است.

نتایج مندرج در **جدول شماره ۲** نشان می‌دهد بین زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سبک پنهان‌کاری ($P \leq 0/01$ و $F=7/70$) و شدت علائم وسواس ($P \leq 0/01$ و $F=20/48$) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین نمره سبک پنهان‌کاری زنان بیمار گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره سبک پنهان‌کاری زنان گروه کنترل و همچنین، میانگین شدت علائم وسواس زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل (مطابق با یافته **جدول شماره ۱**)، درمان متمرکز بر هیجان، موجب افزایش سبک پنهان‌کاری و کاهش شدت علائم وسواس زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است.

مطابق **جدول شماره ۳**، میزان تأثیر مداخله برای سبک پنهان‌کاری برابر با ۰/۷۵ و برای شدت علائم وسواس برابر ۰/۹۹ است؛ به عبارت دیگر، ۷۵ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پس‌آزمون سبک پنهان‌کاری زنان بیمار و همچنین، ۹۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پس‌آزمون شدت علائم وسواس این افراد، مربوط به اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بوده است.

برای تعیین معنی‌داری اثر گروه بر متغیرهای سبک‌های تنظیم هیجان و علائم وسواس در مرحله پیگیری نیز از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد. آماره مربوط در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار بود ($F=6/66$ و $P \leq 0/01$)؛ از این رو، بین دو گروه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی این تفاوت در مرحله پیگیری،

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

اندازه اثر	معناداری	F	df	متغیر وابسته	گروه
۰/۳۳	۰/۰۵	۲/۶۰	۱	پنهان‌کاری	سبک‌های تنظیم هیجان
۰/۳۰	۰/۰۷	۲/۳۱	۱	سازگاری	
۰/۲۵	۰/۱۵	۲/۱۱	۱	تحمل	
۰/۹۹	۰/۰۰۱	۲۹/۹۹	۱		شدت علائم وسواس

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بحث

راه‌حل‌های عملی مسئله‌مدار در پیش گیرند. از آنجا که میانگین نمرات سبک پنهان‌کاری بیماران در دوره پیگیری از دوره پیش‌آزمون نیز بیشتر بود، این استنباط در اذهان شکل می‌گیرد که به مرور زمان بیماران وسواسی به‌کارگیری این سبک را به عنوان راه‌حلی عملی برای کنترل درونی هیجان‌هایشان در نظر گرفته‌اند تا با تأمل بیشتر بر درونیات خویش، سطح آگاهی و مسئولیت‌پذیری خود را افزایش دهند.

همچنین، مطابق با رویکرد گروه درمانی بین‌فردی یالوم^{۲۵}، یکی از ویژگی‌های عمده درمان‌های گروهی، هم‌جوشی و همبستگی گروهی^{۲۶} است [۳۶]. بدین صورت که در یک گروه که اعضای آن خود را متعهد می‌دانند که بهبودی و سعادت یکدیگر را ارتقا بخشد، به ارائه بازخوردهای سازنده به همدیگر مبادرت ورزند؛ از این‌رو دور از انتظار نیست که بعد از شکل‌گیری هم‌جوشی و همبستگی گروهی در بیماران وسواسی این پژوهش، این بیماران به منظور نائل‌شدن به این هدف که بهبودی را در هم‌گروهی خود تقویت کنند هیجان‌های منفی را پنهان کنند و صرفاً به ارائه بازخوردهای مثبتی که از جلسات درمان عایدشان شده بود همت بگذارند؛ بنابراین به نظر می‌رسد این یافته که درمان متمرکز بر هیجان منجر به افزایش به‌کارگیری راهبرد تنظیم هیجان پنهان‌کاری شده است، به واسطه ماهیت گروهی بودن درمان نیز بوده است.

از دیگر نکات درخور توجه در این زمینه یافته داینر، اویشی و لوکاس^{۲۷} است که بیان کردند زنان در مقایسه با مردان و در قیاس با هیجان‌های منفی، هیجان‌های مثبت بیشتری ابراز می‌کنند [۳۷]. این یافته با مدنظر قراردادن محتوای گویه‌های راهبرد پنهان‌کاری که در آن به سنجش هیجان‌های منفی (آشفستگی، غم، خشم و...) می‌پردازد در توجیه یافته پژوهش کنونی کمک‌رسان است؛ بدین صورت که به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر هیجان و خودآگاهی هیجانی ناشی از آن، زمینه‌ساز مناسبی برای پنهان‌کردن هیجان‌های منفی زنان بیمار فراهم کرده تا به این ترتیب در گروه قادر باشند همبستگی خود را بیشتر حفظ کنند.

علاوه بر این، نتایج تحلیل مانکوا و درباره تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های تنظیم هیجان، حاکی از اثربخش نبودن این روش درمانی بر دو سبک سازگاری و سبک تحمل بود. در راستای تبیین این یافته، می‌توان به ماهیت وضعیت فرهنگی کشورمان اشاره کرد. از دیدگاه برخی نظریه‌پردازان، هیجان‌ها مجموعه‌ای جهان‌شمول هستند، اما در جوامع مختلف تحت تأثیر شرایط فرهنگی خاص آن جامعه، شکل بروزشان متفاوت است [۳۸]؛

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری بود. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد درمان متمرکز بر هیجان از بین سه سبک تنظیم هیجان، فقط بر سبک پنهان‌کاری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری دارد. اثربخشی درمان در جهت افزایش سبک پنهان‌کاری بود.

استفاده از روش درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های تنظیم هیجان در گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری برای اولین بار در این پژوهش بررسی شده است؛ بنابراین، به نتایج اثربخشی سایر درمان‌های روان‌شناختی بر سبک‌های تنظیم هیجان استناد می‌شود. بر این اساس، نتایج این پژوهش از این نظر که درمان روان‌شناختی بر سبک تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارد با یافته‌های سگال، ویلیامز و تیزدل^{۱۹} [۳۰]، کیسلر و الاتونجی^{۲۰} [۳۱]، استرن و همکاران [۸]، کراز و همکاران^{۲۱} [۳۲]، لویت، براون، ارسیلو و بارلو^{۲۲} [۳۳]، کالکینز، برمن و ویلهلم^{۲۳} [۳۴] و آلن^{۲۴} و بارلو [۳۵] هم‌سو است.

در تبیین این یافته می‌توان به ابزار به‌کار گرفته‌شده در پژوهش برای سنجش سبک تنظیم هیجان پنهان‌کاری اشاره کرد که در بردارنده گویه‌های مرتبط با تکیه‌کردن بر درونیات (به جای منابع بیرونی) است؛ برای نمونه، گویه «دیگران نمی‌توانند بگویند که چه موقع آشفته هستم» یا گویه «معمولاً دیگران نمی‌توانند دریابند چه زمانی غمگینم» همگی حاکی از آن است که افراد با اعلام‌کردن موافقت خود با این گویه‌ها بیان می‌کنند که به جای آشکارکردن هیجان‌های منفی خود در برابر دیگران، بر ظرفیت‌های درونی خود تکیه می‌کنند؛ چراکه برایشان سودمندی بیشتری را در پی دارد. این اظهار نظر، هم‌راستا با روند برنامه درمانی متمرکز بر هیجان است که بیمار را به سمت کنترل درونی (به جای کنترل بیرونی) سوق می‌دهد؛ از این‌رو، دور از انتظار نیست که درمان استفاده‌شده در این پژوهش، سبک تنظیم هیجان پنهان‌کاری را افزایش داده باشد.

در توجیه دیگر این یافته می‌توان اشاره‌ای به این نکته داشت که همان‌گونه که در توضیحات پیرامون درمان متمرکز بر هیجان عنوان شد از بیماران در اواخر روند درمانی خواسته می‌شد که در زمان‌های موردنیاز به جای استفاده از راهبردهای وسواس‌گونه،

19. Segal, Williams & Teasdale

20. Cisler & Olatunji

21. Cruz

22. Levitt, Brown, Orsillo & Barlow

23. Calkins, Berman & Wilhelm

24. Allen

25. Yalom

26. Group cohesion

27. Diner, Oishi & Lucac

اسکووارتز و فار^{۳۶} این دو احساس را به عنوان فاکتورهایی مهم در تداوم اختلال وسواسی اجباری شناسایی کرده‌اند [۴۸]؛ بدین صورت که چنانچه بیماران وسواسی قادر شوند در دوره درمان سطوح بالای خودانتقادگری و احساس شرم را در خود پایین بیاورند احتمال تداوم این اختلال کاهش می‌یابد.

این یافته می‌تواند تأییدی بر نتایج زایگام، برایسون و گارون^{۳۷} مبنی بر ارتباط نقص در آگاهی هیجانی با افکار وسواسی و رفتارهای تکراری باشد [۴۹]؛ چراکه محوریت درمان متمرکز بر هیجان بر آشکارشدن و آگاهی هیجانی است؛ از این رو، با به‌کارگیری این روش درمانی، افراد وسواسی از تنش‌های روبه‌فزونی رفتارهای تکراری خود آگاه می‌شوند که در پی کسب آرامش احتمالی ناشی از فارغ‌شدن از افکار مزاحم رخ می‌دهد؛ در حالی که تا پیش از آن به واسطه استفاده از راهبردهای سرکوب و اجتناب، فرایند بی‌زاری هیجانی در بیماران وسواسی موج می‌زد [۵۰]؛ از این رو، دور از انتظار نیست که درمان متمرکز بر هیجان، اثربخشی معنی‌داری بر کاهش شدت علائم وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری به همراه داشته باشد.

اتلت^{۳۸} و همکاران، اجتناب از آسیب را سازهای معرفی کردند که بدبینی و بی‌زاری از خطر را انعکاس می‌دهد و به میزان فراوانی در بیماران وسواسی دیده شده است [۵۱]. تکنیک «دو صندلی» و «صندلی خالی» که در مرحله دوم و سوم درمان متمرکز بر هیجان کاربرد بسیاری دارد منجر به برانگیخته‌شدن واکنش‌های هیجانی منفی نسبت به خود یا افراد مهم می‌شود. در حالت معمول آشکارشدن این هیجان‌ها از نظر بیماران، احتمال خطر بسیاری برای او به دنبال دارد [۵۲]. در نتیجه به‌مرور، از میزان اجتناب از آسیب در بیماران اختلال وسواسی اجباری کاسته می‌شود و در پی آن شدت علائم وسواس نیز کاهش می‌یابد.

در تبیین دیگر این یافته، شاید بتوان به این نکته اشاره کرد که بیماران وسواسی، به دلیل آن که تحمل استرس پایینی دارند [۵۳] و به دلیل حساسیت اضطرابی، عقاید منفی قوی‌ای درباره پیامدهای برانگیختگی جسمانی مرتبط با هیجان‌تشان تجربه می‌کنند. حال آن که بیماران وسواسی در طی دوره درمان متمرکز بر هیجان به احساسات بدنی و رفتارهای غیرکلامی خود که در گذشته نادیده انگاشته می‌شدند توجه می‌کنند تا به آگاهی‌ای عمیق‌تر و هشیارانه‌تر از تجارب هیجانی دست یابند.

در مراحل پایانی نیز با عقاید منفی پیرامون افکار ناکارآمد (همچون اجتناب از تجارب برانگیختگی جسمانی) چالش‌شناختی صورت می‌گیرد [۵۴]. از طرف دیگر، آلمن^{۳۹} به ارتباط

از این رو، تفاوت‌های فرهنگی در فرایندهای تنظیم هیجانی وجود دارد [۳۹]؛ برای مثال، در فرهنگ‌های جمع‌گرا^{۳۸} مانند ایران [۴۰]، به دلیل تمرکز بر برآورده کردن اهداف درون‌گروهی، افراد رفتارهایشان را با امیال گروه تطبیق می‌دهند نه آرزوها و امیال شخصی؛ در حالی که در جوامع فردگرا^{۳۹} این گونه نیست [۴۱].

به نظر می‌رسد اهداف گروه درمانی ایجاب می‌کرده اعضایش به دلیل در جمع‌بودنشان، صرفاً گزارش‌گر و توصیف‌کننده هیجان مثبت حاصل از موفقیت‌های خود در جلسات درمان باشند؛ بنابراین، افراد، با گویه‌های مقیاس خودسنجی که در این پژوهش برای سنجش سبک‌های تنظیم هیجان به کار برده شده بود و دربردارنده بروز و آشکار کردن هیجان‌های منفی در برابر دیگران است توافق کمتری نشان دادند، اما به نظر می‌رسد روند توضیح داده‌شده در تمامی اعضای گروه رعایت نشد؛ از این رو، نتایج آزمون اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر دو راهبرد تنظیم هیجان مذکور، معنی‌دار نشد. شایان ذکر است ممکن بود در پیگیری‌های بعدی که پیرامون بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های تنظیم هیجان انجام می‌شد دو سبک سازگاری با هیجان و تحمل هیجان نیز معنی‌دار می‌شد؛ چراکه در این پژوهش، بازه زمانی پیگیری فقط دو ماه پس از اتمام جلسات درمان بود.

همچنین، یافته‌ها نشان داد درمان متمرکز بر هیجان بر شدت علائم وسواس زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری دارد. به بیان دیگر، مطابق جدول شماره ۱، درمان متمرکز بر هیجان باعث کاهش شدت علائم وسواس گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج کنونی با یافته‌های گلدمن، گرینبرگ و آنکاس^{۳۰} [۴۲]؛ گرینبرگ، واروار و مالکولم^{۳۱} [۴۳]؛ کلین و الیوت^{۳۲} [۴۴]؛ دی‌سالز [۱۶]؛ جانسون و دنتون^{۳۳} [۴۵]؛ رود، رولوفز، بوگلز، نولن‌هوکسما و اسکوتن^{۳۴} [۴۶] و پاس^{۳۵} و گرینبرگ [۴۷] در این زمینه که درمان متمرکز بر هیجان منجر به اثربخشی در طول دوره درمان و بهبود نشانه‌ها در بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی شده است، هم‌خوانی دارد.

در توجیه این یافته می‌توان گفت درمان متمرکز بر هیجان اصولی دارد که به بیماران کمک می‌کند بر احساس گناه و شرمندگی ناسازگارانه خود فائق آیند [۱۳]. آبراموویتز، فرانکلین،

28. Collectivistic cultures

29. Individualistic cultures

30. Angus

31. Warwar & Malcolm

32. Klein & Elliott

33. Dessaulles, Johnson & Denton

34. Rood, Roelofs, Bogels, Nolen-Hoeksema & Schouten

35. Pos

36. Abramowitz, Franklin, Schwartz & Furr

37. Zwaigenbaum, Bryson & Garon

38. Ettelt

39. Aleman

پژوهش‌های مربوط به بررسی اثربخشی سایر روش‌های درمانی بر سبک‌های تنظیم هیجانی و علائم وسواس در مبتلایان به اختلال وسواسی اجباری پیشنهاد می‌شود. در نهایت، پیشنهاد می‌شود دوره پیگیری ۶ ماه یا یک سال بعد از اتمام جلسات درمان برای بررسی عمیق‌تر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان اجرا شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش بیماران فرم رعایت نکات اخلاقی را تکمیل و پژوهشگران آن را رعایت کردند.

حامی مالی

این مقاله از پایان‌نامه دکترای خانم لیلا شاملی در گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز گرفته شده است.

مشارکت نویسندگان

مشارکت نویسندگان مقاله به این شرح است: مفهوم‌سازی: تمامی نویسندگان؛ روش‌شناسی: لیلا شاملی؛ اعتبارسنجی: تمامی نویسندگان؛ تحلیل: تمامی نویسندگان؛ تحقیق و بررسی: لیلا شاملی؛ منابع: لیلا شاملی؛ نگارش پیش‌نویس: لیلا شاملی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی متن: لیلا شاملی؛ مدیریت پروژه: تمامی نویسندگان.

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

در پایان از مدیر مسئول مرکز مشاوره طراوت که با دراختیار گذاشتن فضای مرکز مشاوره، حمایت بی‌شائبه‌ای از پژوهشگران داشتند تشکر می‌کنیم.

نارسایی هیجانی‌ای اشاره کرده است که در توصیف و شناسایی هیجان‌ها با رفتارهای اجباری مشکل دارد [۵۵]؛ در حالی که پایه و اساس درمان متمرکز بر هیجان، بر هیجان‌ها، شناسایی و بازسازی آنان بنا شده است؛ بنابراین، می‌توان انتظار داشت اگر بیماران وسواسی برای مدت‌زمانی تحت نظارت این روش درمانی قرار بگیرند، علائم بیماری در آنان کاهش یابد.

نتیجه‌گیری

درمان متمرکز بر هیجان، باعث افزایش سبک تنظیم هیجان پنهان‌کاری و کاهش شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری می‌شود. این اثربخشی در مرحله پیگیری که ۲ ماه بعد از اتمام مداخله اجرا شد پایدار ماند. در مجموع، درمان متمرکز بر هیجان در پی کمک به بیماران است تا از هیجان‌های خود آگاه‌تر شوند و طرح‌واره‌های شناختی هیجانی ناسازگار که اغلب زیربنای علائم اضطرابی هستند نیز بازسازی شوند [۵۶] و با تمایز گذاشتن میان هیجان اولیه و هیجان ثانویه و همچنین سازگار یا ناسازگار بودن آن‌ها، بیماران از هیجان‌هایی که در برابر افکار وسواسی یا رفتارهای اجباری در آنان شکل می‌گرفت آگاه شوند و شدت هیجان‌های ثانویه که در بردارنده احساس شرم و گناه بابت رخنه کردن غیرارادی افکار مزاحم بود کاهش یابد.

در پی ارائه درمان متمرکز بر هیجان، هیجان‌های دردناک و ناسازگار سرزنش و انتقادگری جای خود را به مدیریت هیجانی، تأمل و انعطاف‌پذیری در پاسخ هیجانی می‌دادند؛ بنابراین هم‌جوشی و پیوستگی گروهی قوی‌تر شد، استرس ناشی از کنترل نکردن زندگی کاهش یافت و در نهایت، در بیماران وسواسی بهبودی حاصل شد. این یافته‌ها به طور بالقوه، تلویحات کاربردی مهمی برای متخصصان و درمانگران به منظور درمان بیماران وسواسی اجباری، به هیجان‌های اولیه و ثانویه بیماران توجه کنند و آنان را از هیجان‌های ناسازگاری که حین بروز افکار مزاحم یا انجام رفتارهای اجباری ایجاد می‌شود آگاه کنند. از دیگر تلویحات پژوهش، مقرون به صرفه بودن این روش درمانی از بابت کوتاه‌مدت و گروهی بودن برنامه درمانی است؛ چرا که ایس معتقد است بهترین روش درمانی آن است که به بیماران بیاموزد در مدتی محدود، چگونه با مشکلات زندگی کنار بیایند [۵۷].

هر پژوهشی در مراحل مختلف خود با محدودیت‌هایی مواجه می‌شود که بیان آن‌ها در بهبود کیفیت پژوهش‌های مشابه در آینده مؤثر خواهد بود. محدودیت عمده این پژوهش، آن بود که بررسی روش درمانی صرفاً در زنان بیمار صورت گرفت؛ از این رو، تعمیم نتایج به مردهای مبتلا به اختلال وسواسی اجباری به سادگی امکان‌پذیر نخواهد بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی مردان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری نیز انجام شود. علاوه بر این، مقایسه نتایج این پژوهش با نتایج

References

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- [2] Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, Richter MA, Swinson RM. The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2004; 42(12):1453-67. [DOI:10.1016/j.brat.2003.09.006] [PMID]
- [3] Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43(10):1281-310. [DOI:10.1016/j.brat.2004.08.008] [PMID]
- [4] Blair KA, Denham SA, Kochanoff A, Whipple B. Playing it cool: Temperament, emotion regulation, and social behavior in preschoolers. *Journal of School Psychology*. 2004; 42(6):419-43. [DOI:10.1016/j.jsp.2004.10.002]
- [5] Hofmann SG, Kashdan TB. The affective style questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010; 32(2):255-63. [DOI:10.1007/s10862-009-9142-4] [PMID] [PMCID]
- [6] Aldao A, Nolen Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(2):217-37. [DOI:10.1016/j.cpr.2009.11.004] [PMID]
- [7] Tong BS. Emotion regulation among individual with obsessive-compulsive disorder [PhD dissertation]. Hong Kong: The University of Hong Kong; 2011.
- [8] Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014; 3(2):109-14. [DOI:10.1016/j.jocrd.2014.02.005]
- [9] Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings. Washington: American Psychological Association; 2002. [DOI:10.1037/10447-000]
- [10] Greenberg LS. Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Psychotherapy*. 2010; 8(1):32-42. [DOI:10.1176/foc.8.1.foc32]
- [11] Mennin DS, Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2007; 14(4):329-52. [DOI:10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x]
- [12] Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi CH. The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2014; 7(4):337-44. [PMID]
- [13] Greenberg LS. Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2006; 36(2):87-93. [DOI:10.1007/s10879-006-9011-3]
- [14] Sloan DM. Emotion-focused therapy: An interview with Leslie Greenberg. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2004; 34(2):105-16. [DOI:10.1023/B:JOCP.0000022310.34573.b7]
- [15] MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ. The psychiatric interview in clinical practice. Washington: American Psychiatric Association; 2016.
- [16] Elliott R. Emotion-focused therapy. In Sanders P, editors. *The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach*. Wyastone: PCCS Books; 2012.
- [17] Carryer JR, Greenberg LS. Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010; 78(2):190-9. [DOI:10.1037/a0018401] [PMID]
- [18] Ellison JA, Greenberg LS, Goldman RN, Angus L. Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009; 77(1):103-12. [DOI:10.1037/a0014653] [PMID]
- [19] Shahar B. Emotion-focused therapy for treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2014; 21(6):536-47. [PMID]
- [20] Pos AE, Greenberg LS, Warwar Sh. Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009; 77(6):1055-66. [DOI:10.1037/a0017059] [PMID]
- [21] Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*. 2004; 4(8):1011-30. [DOI:10.1016/j.cpr.2004.08.004] [PMID]
- [22] Amani M, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. [The prevalence of obsessive-compulsive disorder among the women 20 to 40 years old of Ardabil city, Western part of Iran (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013; 15(3):32-41.
- [23] Greenberg LS, Johnson S. Emotionally focused couples' therapy. New York: Guilford Press; 1988.
- [24] Watson SS, Goldman RN, Greenberg LS. Contrasting two clients in emotion-focused therapy for depression. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 2011; 2(3):266-364.
- [25] Rasooli R, Taghipour E. [Familiarize with Emotion-focused Therapy (Persian)]. Tehran: Roshd-e Farhang; 2010.
- [26] Goodman WK, Price LH, Rassmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. Yale-brown obsessive-compulsive scale: Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1989; 46(11):1006-11. [DOI:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007] [PMID]
- [27] Dadfar M, Bolhari J, Malakooti K, Bayanzade SA. [Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2001; 7(1):27-33.
- [28] Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 85(2):348-62. [DOI:10.1037/0022-3514.85.2.348]
- [29] Kareshki H. [Evaluating factorial structure of emotional styles in students (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2013; 11(3):185-95.
- [30] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford; 2002.
- [31] Cisler JM, Olatunji BO. Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2012; 14(3):182-7. [DOI:10.1007/s11920-012-0262-2] [PMID] [PMCID]

- [32] Cruz LF, Landau D, Iervolino AC, Santo S, Pertusa A, Singh S, et al. Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013; 27(2):204-9. [DOI:10.1016/j.janxdis.2013.01.004] [PMID]
- [33] Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. Acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*. 2004; 35(4):747-66. [DOI:10.1016/S0005-7894(04)80018-2]
- [34] Calkins AW, Berman NC, Wilhelm S. Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: A review. *Current Psychiatry Reports*. 2013; 15(5):1-7. [DOI:10.1007/s11920-013-0357-4] [PMID]
- [35] Allen LB, Barlow DH. Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*. 2009; 33(6):743-62. [DOI:10.1177/0145445509344180] [PMID]
- [36] Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 1995.
- [37] Diner E, Oishi S, Lucac RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*. 2003; 54(1):403-25. [DOI:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056] [PMID]
- [38] Goleman D, Boyatzis R, Mckee A. *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence*. Boston: The Harvard Business Review; 2002. [PMCID]
- [39] Matsumoto D. Culture and cultural worldviews: Do verbal descriptions of culture reflect anything other than verbal descriptions of culture? *Culture & Psychology*. 2005; 12(1):33-62. [DOI:10.1177/1354067X06061592]
- [40] Alborzi M. [Explaining the relationship between motivation and creativity with regard to cultural differences (Persian)]. *Journal of Iran Cultural Research*. 2014; 7(1):29-49.
- [41] Hofstede GH. *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2001.
- [42] Goldman RN, Greenberg LS, Angus L. The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*. 2006; 16(5):537-49. [DOI:10.1080/10503300600589456]
- [43] Greenberg LS, Warwar SH, Malcolm WM. Differential effects of emotion-focused therapy and psycho education in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*. 2008; 55(2):185-96. [DOI:10.1037/0022-0167.55.2.185]
- [44] Klein MJ, Elliott R. Client accounts of personal change in process experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research*. 2006; 16(1):91-105. [DOI:10.1080/10503300500090993]
- [45] Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH. Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*. 2003; 31(5):345-53. [DOI:10.1080/01926180390232266]
- [46] Rood L, Roelofs J, Bogels SM, Nolen Hoeksema S, Schouten E. The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(7):607-16. [DOI:10.1016/j.cpr.2009.07.001] [PMID]
- [47] Pos AE, Greenberg LS. Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2007; 37(1):25-36. [DOI:10.1007/s10879-006-9031-z]
- [48] Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71(6):1049-57. [DOI:10.1037/0022-006X.71.6.1049] [PMID]
- [49] Zwaigenbaum L, Bryson S, Garon N. Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research*. 2013; 25(1):133-46. [DOI:10.1016/j.bbr.2013.04.004] [PMID]
- [50] Daughters SB, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Brown RA. Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2005; 19(2):208-11. [DOI:10.1037/0893-164X.19.2.208] [PMID]
- [51] Ettelt S, Grabe HJ, Ruhrmann S, Buhtz F, Hochrein A, Kraft S, et al. Harm avoidance in subjects with obsessive-compulsive disorder and their families. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 107(1-3):256-69. [DOI:10.1016/j.jad.2007.08.017] [PMID]
- [52] Watson SS, Goldman RN, Greenberg LS. Contrasting two clients in emotion-focused therapy for depression. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 2011; 2(3):266-364.
- [53] Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*. 2014; 34(3):256-71. [DOI:10.1016/j.cpr.2014.03.003] [PMID]
- [54] Eells TD. *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press; 2007.
- [55] Aleman A. Feelings you can't imagine: Towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trends in Cognitive Sciences*. 2005; 9(12):553-5. [DOI:10.1016/j.tics.2005.10.002] [PMID]
- [56] Greenberg LS. *Emotion-focused therapy*. Washington: American Psychological Association; 2011.
- [57] Ellis A. *Psychotherapy and the value of a human being*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy; 1972.