Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 1

The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Internalized Self-Criticism in Neurotic Perfectionist Girls

Zahra Khadem Dezfuli[1], **Seyedeh Zahra Alavi**[2], **Masoud Shahbazi**[3]

1. PhD. student in counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. (Corresponding author) * Department of Psychology, Susangard Branch, Islamic Azad University, Susangard, Iran.
3. Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

Abstract

Aim and Background: The aim of the current study was to investigate the effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Internalized Self-Criticism in Neurotic Perfectionist girls.

Methods and Materials: The statistical population consisted of all Neurotic Perfectionist girls in Ahvaz. The research sample consisted of 5 girls that were selected according to the results of the neurotic perfectionism questionnaires (NPQ), using purposeful sampling method. In this research, a single-case experimental design, type of concurrent multiple baseline designs was used. Instruments were Toronto 's Alexithymia Scale (1994), Thompson and Zuroff 's The Levels of Self-Criticism Scale (LSCS) (2004). The data was collected in three phases of baseline, during intervention, and three month follow-up.

Findings: The findings indicate that the subjects in the treatment phase experienced improvement in Alexithymia (10.58) and Internalized Self-Criticism (21.32), and in the follow-up in regards to Alexithymia (19.41) and Internalized Self-Criticism (51.76). The change index was indicative of meaningful changes ($z=1.96$ $\alpha=0.05$).

Conclusions: Therefore, the research findings illustrated that Emotion Focused Therapy reduces Alexithymia and Internalized Self-Criticism in Neurotic Perfectionist girls.

Keywords: Emotion Focused Therapy, Alexithymia, Internalized Self-Criticism, Neurotic Perfectionism

Citation: Khadem Dezfuli Z, Alavi SZ, Shahbazi M. **The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Internalized Self-Criticism in Neurotic Perfectionist Girls**. Res Behav Sci 2023; 21(1): 151-164.

* **Seyedeh Zahra Alavi,**
Email: Zahra.Alavi@iau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]

[DOI: 10.48305.21.1.151]

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی‌شده در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور: یک مطالعه‌ی آزمایشی تک موردی

زهرا خادم دزفولی[۱]، سیده زهرا علوی[۲]، مسعود شهبازی[۳]

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* گروه روان‌شناسی، واحد سوسنگرد، دانشگاه آزاد اسلامی، سوسنگرد، ایران.

۳- گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر جهت تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی‌شده در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور انجام گردید.

مواد و روش‌ها: جامعه‌ی آماری پژوهش دختران کمال‌گرای روانجور مراجعه‌کننده به برخی مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز بود که نمونه‌ای شامل ۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و کسب حداقل نمره‌ی خط برش ۱۴۵ در آزمون کمال‌گرایی روان‌رنجور انتخاب شدند. این مطالعه از نوع طرح شبه‌آزمایشی تک موردی بود. پروتکل درمان متمرکز بر هیجان (گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵) طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. مشارکت‌کنندگان مقیاس ناگویی‌هیجانی و سطوح خودانتقادی را تکمیل نمودند. داده‌ها در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری جمع‌آوری شدند و به روش شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و ترسیم دیداری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج درصد بهبودی نشان داد که آزمودنی‌ها در مرحله‌ی درمان در متغیر ناگویی هیجانی (۱۰/۵۸) و در متغیر خودانتقادی درونی‌شده (۲۱/۳۲) و در مرحله‌ی پیگیری در متغیر ناگویی هیجانی (۱۹/۴۱) و در متغیر خودانتقادی درونی‌شده (۵۱/۷۶) بهبود پیدا کردند. همچنین شاخص تغییر پایای هر دو متغیر در مرحله‌ی پس از درمان و پیگیری معنی‌دار (۱/۹۶ =z و سطح معنی‌داری ۰/۰۵) بود.

نتیجه‌گیری: بنابراین درمان متمرکز بر هیجان باعث کاهش ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی‌شده در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر هیجان، ناگویی هیجانی، خودانتقادی درونی‌شده، کمال‌گرایی روان‌رنجور.

ارجاع: خادم دزفولی زهرا، علوی سیده زهرا، شهبازی مسعود. **اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی‌شده در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور: یک مطالعه‌ی آزمایشی تک موردی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۱): ۱۵۱-۱۶۴.

* **سیده زهرا علوی،**

رایانامه: Zahra.Alavi@iau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]

[DOI: 10.48305.21.1.151]

مقدمه

کمال‌گرایی یک مفهوم چندبعدی است که با تلاش برای آن، بی‌عیب و نقص‌بودن و تعیین استانداردهای بسیار بالا برای عملکرد مشخص می‌شود (۱). درحالی‌که برخی از ویژگی‌های کمال‌گرایی می‌تواند سازگار باشد و به دستیابی به هدف به افراد کمک کند. کمال‌گرایی در نظر محققان مختلف علاوه بر سازگار، ناسازگار هم می‌باشد. به‌عنوان‌مثال کمال‌گرایی منفی و روان‌رنجور به‌نوبه خود می‌تواند ایجاد استرس و اضطراب کند؛ به دلیل این‌که فردی که خصیصه کمال‌گرایی را دارد بهترین هر چیزی را برای خود هدف قرار می‌دهد و اهدافش در سطح بالایی است و درجه‌ای از کیفیت کاری باعث رضایت او نمی‌شود (۲). ترس از شکست، کامل نبودن و برآورده نکردن انتظارات خود و دیگران در کمال‌گرایان روان‌رنجور موجب احساسات توان‌کاهی می‌شود که حاصل آن مسامحه به‌عنوان روشی برای اجتناب است. این روش به فرد اجازه می‌دهد که از موقعیت‌هایی که نمی‌تواند کامل باشد اجتناب کند. وقتی این افراد معیارهای بسیار بالا و نامعقول برای خود در جهت رسیدن به اهدافشان تعیین می‌کنند؛ در تعاملات اجتماعی هم انعطاف رفتاری لازم را ندارند یعنی به‌نوعی مهارت شخصی و اجتماعی لازم را دارا نبوده و توانایی همدلی و تبادل و درک احساسات در آن‌ها با مشکل مواجه می‌شود (۳)، لذا کمال‌گرایی به‌عنوان عاملی اثرگذار در افزایش ناگویی هیجانی عمل می‌کند (۴).

ناگویی هیجانی سازه‌ای است چندوجهی که شامل: دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، قدرت تجسم محدود که برحسب فقر خیال‌پردازی‌ها مشخص می‌شود و درنهایت سبک شناختی عینی، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی می‌باشد. همراه با این ویژگی‌های اساسی، ویژگی‌های متعدد دیگری مانند دشواری در پردازش اطلاعات هیجانی، دشواری در فهم بیان چهره‌ای و ظرفیت کمتر برای همدلی نیز در مبتلایان به ناگویی هیجانی مشاهده‌شده است. به دلیل بی‌تفاوتی و بی‌علاقگی نسبت به دیگران در این افراد، مشکلات بین‌شخصی متعدد در آن‌ها مشاهده می‌شود (۵). در سبب‌شناسی ناگویی هیجانی، فرض بر این است که عدم توجه و مراقبت ناکافی والدین و یا مراقبین فرزند در کودکی باعث شکل‌گیری دلبستگی ناایمن و عدم بروز هیجانات و احساسات می‌شود که همین امر به‌تدریج سبب می‌شود که فرزند در طی رشد دچار ناگویی هیجانی شود. مشکلات این افراد لزوماً به خاطر فقدان هوش هیجانی و نداشتن سواد عاطفی نیست بلکه این افراد توانایی درک احساسات خود را ندارند (۶). ناگویی هیجانی شیوه آگاهانه‌ای که یک شخص برای تشخیص، سازمان‌دهی و ابراز هیجان‌های خود به کار می‌گیرد و چگونگی پاسخ‌دهی یک فرد به هیجان‌های دیگران را نشان می‌دهد. این مهارت‌ها مقوله‌ای گسترده هستند که دربرگیرنده توانایی تشخیص هیجان‌ها، ابراز هیجان‌ها، همدردی و کنترل هیجان‌های چالش‌برانگیز است. به‌عبارت‌دیگر، ناگویی هیجانی به معنی کارکرد هیجانی ماهرانه در روابط است و نیز باید توجه داشت که ناگویی هیجانی به معنی مهارت و شایستگی یک شخص در به‌کارگیری هیجان برای تنظیم رفتارها و روابط خود است (۷).

افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، کاهش در حرکات تقلیدی و بیانی چهره و بدن را نشان می‌دهند، افکار آن‌ها از جزئیات مربوط به زندگی روزانه تشکیل شده است، از توانایی لازم برای کسب چیزهای فراتر از تمایلات و اشتغالات مادی و عینی برخوردار نیستند. در مقابل گاهی اوقات تظاهرات انفجاری از گریه و خشم را بدون این‌که قادر باشند به‌صورت عمیق احساسات خود را توضیح دهند نشان می‌دهند (۶). مشاهدات بالینی درزمینه‌ی کارکرد بین‌فردی بیماران مبتلا به ناگویی هیجانی و تعدادی از مطالعات تجربی نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به ناگویی هیجانی به تبعیت اجتماعی و اجتناب از تعارض تمایل دارند. این افراد با روش‌های غیرهمدلانه و سردی به دیگران نزدیک می‌شوند، از روابط اجتماعی نزدیک اجتناب می‌کنند و اگر بخواهند با دیگران ارتباط برقرار کنند تمایل دارند که خود را به‌صورت وابسته یا منفعل نشان دهند، به‌گونه‌ای که باعث می‌شود ارتباط خیلی سطحی و صوری به نظر آید. لذا مشکل افراد ناگوهیجان در دریافت، فهم و تنظیم هیجان‌ها باعث می‌شود که آن‌ها هیجان‌های خود را خطرناک تفسیر کرده و به دلیل کاهش اشتراک احساسات با دیگران و انزوای اجتماعی، استرس و اضطراب تجربه کرده و به‌ناچار از راهبردهای اجتنابی و ناسازگار جهت تنظیم هیجان‌های خود استفاده کنند (۸).

کمال‌گرایان روان‌رنجور علاوه بر معیارهای سطح بالا در ایجاد رابطه‌ی بین‌فردی، سرآمد ندانستن دیگران برای برقراری رابطه و بالطبع احساس دشواری در شناسایی و بیان احساسات (ناگویی هیجانی)؛ به خاطر تلاش جهت رسیدن به معیارهای بسیار افراطی و غیرواقع‌گرایانه، عملکردشان را بسیار مورد نقد و ارزیابی قرار دهند. استفاده از قضاوت‌های سخت‌گیرانه در مورد خود و دیگران، بی‌نقص‌بودن، توجه بیش‌ازحد به جزئیات و نظم، در این افراد، در موارد زیادی می‌تواند به ناامیدی و ناراحتی منجر شود و افراد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

کمال‌طلب، به منتقدان سرسخت خودشان تبدیل می‌شوند (۹). خودانتقادی به بررسی مداوم و سخت خود، خودارزیابی‌های انتقادی بیش‌ازحد از رفتار خود، ناتوانی در کسب رضایت از عملکرد موفق، دلواپسی‌های مداوم درباره‌ی اشتباهات و واکنش‌های منفی به شکست‌های ادراک‌شده اشاره دارد (۱۰). با توجه به نظر تامپسون و زاروف (۱۱)، دو نوع ناکارآمد خودارزیابی منفی، شامل انتقاد از خود مقایسه‌ای و انتقاد از خود درونی‌شده وجود دارد. پس سطحی از خودانتقادی به نقد منفی از خود درونی در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی مربوط می‌شود. تمرکز خودانتقادی درونی‌شده بر مقایسه خود با دیگران نیست، بلکه بر کمبودهای فرد از منظر خود شخص تمرکز می‌کند. فرد استانداردهای درونی و شخصی برای خود تعیین می‌کند و ازآنجاکه این استانداردها بسیار بالا هستند، تحقق آن‌ها غیرممکن است، ولی این عدم تحقق از دید خود شخص انتقادگر، ضعف و نقص به‌حساب می‌آید و به احساس بی‌ارزشی می‌انجامد (۱۲). در پژوهش حاضر منظور از خودانتقادی، خودانتقادی درونی‌شده است. با توجه به این‌که داده‌های جدید نشان می‌دهد که گرایش‌های کمال‌گرایانه، در بین نسل‌های اخیر افراد جوان رو به افزایش است (۱۳) در این پژوهش نمونه‌ی کمال‌گرایی برگزیده شده است. گرایش به ایده‌آل‌بودن در افراد دارای کمال‌گرایی غیرانطباقی و قراردادن اطرافیان در ترازوی کمال‌گرایی خود، شرایطی نامتناهی را ایجاد می‌کند؛ که نتیجه‌ی آن تنهایی، ترس از ابراز و توصیف احساسات خود و نزدیکی به دیگران است (۱۴). از سویی وجود ایده‌آل‌ها و استانداردهای سطح بالا و اجتناب از خطا و شکست در این افراد، موجب خودسرزنش‌گری و خودانتقادی در زمینه‌های مختلف می‌شود (۱۲). لذا جهت بهبود و کاهش نشانه‌هایی چون ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی‌شده، از میان مداخلات روان‌شناختی متفاوت، درمان متمرکز بر هیجان (به دلیل توجه ویژه به احساسات و هیجانات ناسازگار و سازگار؛ در پی آن دسترسی به نیازها، خواسته‌ها، انتظارات و بازبینی آن‌ها) انتخاب شد.

رویکرد هیجان‌مدار، یک الگوی نظام‌مند کوتاه‌مدت است که حوزه‌های درون‌روانی و بین فردی را با یکدیگر ترکیب می‌کند. منشأ این رویکرد، روان‌درمانی انسان‌گرا و هستی‌گرا است. درواقع این درمان به هیجان‌ها به‌عنوان مسئله محوری در عملکرد روان‌شناختی، بدکارکردی و تغییر نگاه می‌کند (۱۵). این رویکرد فرض می‌کند که کمک به مراجعین در تغییر روشی که آنها از هیجانات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازمان‌دهی خود آنان که تحت عملکردهای روان‌شناختی مشکل‌ساز قرار دارد، می‌شود، دو فرایند مهم و اساسی در کمک به خلق معنای جدید در درمان پردازشی تجربه‌ای شامل نمادسازی و تأمل می‌باشد (۱۶). در این درمان فرض بر این است که وضعیت روانی و بین شخصی که افراد در تعاملات خود دارند بـه واسطه تجربیات هیجانی فردی سازمان‌دهی شود. درمان هیجان‌مدار بر فرآیندهای طرحواره هیجانی که زمینه‌ساز تعیین‌کننده‌های میان فردی و شناختی- رفتاری اسـت، تمرکز می‌گذارد و پردازش عاطفی را به‌عنوان هدف بنیادین درمان خود می‌بیند (۱۷).

در درمان‌های هیجان‌مدار به افراد کمک می‌شود تا به‌صورت بهتری هیجاناتشان را شناسایی، تجربه، کشف، تغییر و مدیریت کنند زیرا هیجان‌ها دربردارنده پتانسیل درونی انطباقی می‌باشند و چنانچه فعال شوند قادرند به مراجعین کمک نمایند تا وضعیت هیجانی مسئله‌دارشان را تغییر دهند. این درمان‌ها، از دسته‌ی درمان‌های تجربی هستند که در آن‌ها، مؤلفه‌های «درمان شاخص محور» راجرز و «تمرینات گشتالتی» پرلز، با «درمان هیجانی» و « فرادرمان سازه‌ای دیالکتیکی» یکپارچه شده است. این درمان با کار روی هیجان‌های افراد به آن‌ها جهت تشخیص و تنظیم هیجاناتشان کمک می‌کند و به آن‌ها می‌آموزد که چطور به‌جای سرکوب هیجاناتشان آن‌ها را به‌طور مؤثر ابراز کنند (۱۸). شکراللهی و همکاران (۱۹)، نشان دادند که درمان هیجان‌مدار در بهبود متغیرهای فاجعه‌آمیز درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی، مؤثر است و یا همایونی و همکاران (۲۰) دریافتند که درمان متمرکز بر هیجان باعث کاهش نگرانی و خودانتقادی شده و با تغییر هیجان و بازسازی تجارب هیجانی نامطلوب، موجب کاهش علائم و مشکلات روان‌شناختی نامطلوب می‌شود. مومن‌بیت‌اللهی و همکاران (۲۱) به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی در خانواده‌های در شرف طلاق، پرداخته و به این نتیجه رسیدند که این درمان باعث کاهش ناگویی هیجانی در این خانواده‌ها می‌شود. بایلی و همکاران (۲۲) در جلسات ویدیویی درمان متمرکز بر هیجان به تحلیل کیفی خودشفقتی، خودحمایتی و خودانتقادی پرداختند. هر سه مفهوم در سه بعد رفتاری، هیجانی و شناختی بررسی شدند. اظهارات کلامی مراجع در فن دو صندلی درمان متمرکز بر هیجان، بررسی شد و در پایان پژوهش مشخص شد که خودحمایتی و خودشفقتی، دو روش مؤثر برای مواجهه با صدای منتقد درونی هستند. هالاموا و کانووسکی (۲۳) در بررسی کارآمدی جلسات درمان هیجان‌مدار بر خودشفقتی و خودانتقادی دریافتند که مداخلات درمانی سبب ارتقاء مهارت‌های هیجانی و کاهش خودانتقادی می‌شود. زنگنه‌مطلق و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

همکاران (۲۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و صمیمیت اثرگذار است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند دغدغه‌ی افراد کمال‌گرا برای کامل و بی‌نقص‌بودن، ابزاری است تا آن‌ها با احساساتشان مواجه نشوند، از طرفی کاهش مواجهه و ابراز هیجانات بیانگر نوعی فقدان یا بدتنظیمی هیجانات است. وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در فرآیند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد ازنظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود، لذا تنظیم و مدیریت هیجان‌ها به‌منزله عملی‌سازی هیجان‌ها دچار مشکل می‌شود (۲۵). همین‌طور تلاش پیوسته و انعطاف‌ناپذیر این افراد جهت کامل بودن و اینکه همه‌چیز بدون ایراد بوده و هیچ مشکل و خطایی وجود نداشته باشد، آسیب‌پذیری و واکنش منفیِ شناختی در برابر شکست و خودانتقادی را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۱۲). ازاین‌رو انتظار می‌رود که درمان متمرکز بر هیجان بتواند از طریق آگاه کردن افراد و گفتگو درباره‌ی خواسته‌ها، نیازها، انتظارات و در پیش گرفتن منطق واقع‌بینانه و هم‌چنین پردازش مجدد و بازسازی هیجانات و استفاده از روش‌هایی جهت خلق معانی تازه در رابطه درمانی برای صدور احساسات تازه، مؤثر واقع شود.

لذا با توجه به مطالب و پژوهش‌های ذکرشده و افزایش گرایش‌های کمال‌گرایانه (۱۳) و بالطبع اثرات آن بر پاره‌ای از مشکلات ازجمله ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی‌شده و همچنین بررسی پیشینه و یافتن پژوهش‌های اثربخشیِ معدود بر روی نمونه‌ی کمال‌گرای نوروتیک، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی‌شده در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر طرح شبه‌آزمایشی تک آزمودنی بود؛ که از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی از طرح تجربی «خط پایه چندگانه» استفاده شد. این طرح پژوهشی به ما امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم را در طول درمان در آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه فراهم می‌کند. عمل کردن آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به‌کاربرده می‌شود. در طرح‌های تجربی تک موردی گروه کنترل وجود ندارد و خط پایه هر بیمار در حکم گروه کنترل خودش است. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها به‌صورت هم‌زمان وارد دو مرحله خط پایه شده و سپس وارد چهار مرحله درمان و دو نوبت پیگیری (در طی یک دوره ۳ ماهه) شدند. در فرایند انجام جلسات درمانی، کلیه‌ی پرسش‌نامه‌ها در دو هفته قبل از شروع درمان به‌منظور سنجش خط پایه، در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۱ و در ۲ جلسه پیگیری (در طی یک دوره ۳ ماهه) تکمیل شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها تحلیل آن‌ها با استفاده از شاخص تغییر پایا، ترسیم دیداری و درصد بهبودی انجام شد.

جامعه آماری این پژوهش تمامی دختران جوان (۲۰-۳۵ سال) کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده (حدود ۱۰۰ نفر) به برخی مراکز مشاوره (بین‌الملل، بهشت زندگی، مشاوره تغذیه، دانشگاه) شهرستان اهواز در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۵ نفر از افراد جامعه آماری بود که با توجه به مصاحبه اولیه و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه فراخوانی در مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز منتشر گردید. پس از مصاحبه با دختران کمال‌گرای روانجور و پر کردن ابزار تشخیصی، نمونه‌ی موردنظر انتخاب شدند. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، آشنایی، برقراری ارتباط و بیان اصول کلی رویکرد متمرکز بر هیجان، دختران کمال‌گرای روان‌رنجور به‌طور همزمان وارد دو مرحله‌ی خط پایه شدند. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: وجود کمال‌گرایی در آزمودنی‌ها بر اساس کسب نمره‌ی بالاتر از ۱۴۵ در مقیاس کمال‌گرایی روان‌رنجور، رضایت آگاهانه و رغبت افراد جهت شرکت در پژوهش، عدم بستری به خاطر مشکلات روان‌شناختی در ۶ ماه اخیر بر اساس مصاحبه بالینی اولیه با آزمودنی‌ها. ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: شرکت همزمان در درمان‌های دیگر به‌صورت فردی و گروهی، ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی شدید، دارا بودن اختلالات جسمانی مزمن مانند فشارخون و سرطان و ممکن نبودن پیگیری بیمار طی مراحل مداخله و پیگیری.

مقیاس ناگویی هیجانی: در این پژوهش از مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو که توسط بگبی و همکاران ترجمه‌ی بشارت (۲۶، ۲۷) که یک آزمون ۲۰ سؤالی است، استفاده شد. این آزمون سه خرده‌مقیاس دشواری (ناتوانی) در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف تا ۵= کاملاً موافق) می‌سنجد. اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ی ناگویی هیجانی در پژوهش‌های مختلف تأییدشده است (۲۶). در نسخه‌ی فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌هایش، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

درونی مطلوب آن است. روایی همزمان مقیاس، بر اساس همبستگی زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی بررسی و تأیید گردید (۲۶).

مقیاس سطوح خودلنتقادی: در این پژوهش برای سنجش خودانتقادی، از مقیاس سطوح خودانتقادی که توسط تامپسون و زاروف (۱۱) تدوین شده است و اولین بار در ایران در پژوهش موسوی و قربانی (۲۰)، به فارسی ترجمه شده است، استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه ۲۲ ماده دارد که ۱۲ ماده به خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و ۱۰ ماده به خودانتقادی درونی‌شده مربوط است. شرکت‌کنندگان به هر ماده بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از صفر (اصلاً توصیف‌کننده‌ی من نیست) تا ۶ (بسیار خوب توصیف‌کننده‌ی من است) پاسخ می‌دهند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد می‌باشد. اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی برای دو خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای (۰/۸۴-۰/۸۱) و خودانتقادی درونی‌شده (۰/۸۸-۰/۸۷) مناسب بوده است. هم‌چنین از روایی همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار است (۱۱). مشاک و همکاران (۲۹)، در پژوهش خود پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آوردند.

پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی روان‌رنجور: پرسشنامه کمال‌گرایی روان‌رنجور ابتدا توسط میتزمن و همکاران (۳۰) به‌منظور سنجش کمال‌گرایی روان‌رنجور در افراد مبتلا به اختلال خوردن ساخته و مطرح شد که در ایران توسط گندم‌کار و همکاران (۳۱)، مورداستفاده و هنجاریابی واقع شده است. این پرسشنامه یک نوع ابزار خودگزارشی است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تدوین شده است. آزمودنی در این پرسشنامه باید در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵، پاسخ دهد. دامنه‌ی نمرات به‌دست‌آمده بین ۴۲ تا ۲۱۰ است و نمره‌ی ۱۴۵ نقطه‌ی برش این پرسشنامه محسوب می‌شود. در هنجار ایرانی گندم‌کار و همکاران (۳۱)، نشان دادند که آزمون از اعتبار و همسانی درونی بالایی برخوردار است و اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد؛ و همین‌طور در هنجار ایرانی، روایی پرسش‌نامه از طریق روایی سازه مبتنی بر تحلیل عاملی انجام پذیرفت که نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس از روایی کافی برخوردار است.

جلسات درمان بر اساس کتاب صورت‌بندی موردی در درمان هیجان‌مدار گلدمن و گرینبرگ و ترجمه‌ی رمضانی و همکاران (۳۲) استخراج شده و گام‌بندی درمان در ۳ مرحله و ۱۴ گام در یازده جلسه‌ی فردی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در ادامه خلاصه‌ای از جلسات درمانی ارائه شده است.

محتوای جلسات پروتکل درمان هیجان‌مدار

محتوای جلسات درمانی در سه مرحله: ۱- آشکارسازی روایت و مشاهده‌ی سبک پردازش هیجانی مراجع (چهار گام)، ۲- ایجاد مشترکانه‌ی تمرکز و شناسایی هیجان هسته‌ای (در این مرحله شش فعالیت به هم مرتبط‌اند (MENSIT) و روایت مشترکاً ایجاد شده‌ای برای شناخت و درک مشکلات و تجربه‌ی مراجع، شکل می‌دهند)، ۳- توجه بر پردازش نشانگرها و معانی جدید (چهار گام) به شرح ذیل است:

جلسه‌ی اول: اهداف: آشنایی با مراجع، برقراری ارتباط، بیان اصول کلی رویکرد هیجان‌مدار و توضیح چرایی و چگونگی گزینش مراجع.

خلاصه‌ی محتوای جلسه‌ی دوم و سوم و چهارم: مرحله ۱: آشکارسازی روایت و مشاهده‌ی سبک پردازش هیجانی مراجع

جلسه‌ی دوم/ گام ۱: اهداف: گوش دادن به مشکلات ارائه‌شده (مشکلات رفتاری و رابطه‌ای): مشکلاتی که مردم عرضه می‌کنند یا مشکلات ارتباطی‌اند یا رفتاری. ایجاد رابطه‌ی درمانی و تشکیل اتحاد درمانی از ضروریات درمان است. توجه به تجربیات مربوط به محیط، مدرسه و همسالان: تجربیات محیطی اولیه، در مراحل رشد، به همان اندازه‌ی سوابق دلبستگی اولیه سازنده هستند.

جلسه‌ی سوم/ گام ۲ و ۳: اهداف: گوش کردن تجربیات هیجانی دردناک، بیان ناگوار و شناسایی آن‌ها: دو معیار اصلی راهنمای ما هستند که به‌صورت پرسش‌هایی ابراز می‌شوند: کدام قسمت داستان/ روایت تلخ‌تر بود؟ و کدام‌یک ما را تکان دادند و بر احساسات عمیق ما تأثیر گذاشتند؟ توجه به سبک پردازش هیجانی مراجع و مشاهده‌ی آن‌ها: ویژگی‌ها و ابعاد شیوه‌ی پردازش موردنظر شامل: وضعیت معنادهی عاطفی، کیفیت صدای مراجع، برانگیختگی هیجانی، تجربه‌ی مراجع، مولدبودن هیجانی (۷ بعد) می‌باشد.

جلسه‌ی چهارم/ گام ٤: اهداف: آشکارسازی داستان زندگی/ روایت هیجان‌مدار (در رابطه با دلبستگی و هویت): روایت‌ها ناقل بن‌مایه‌های هیجانی‌اند. نگرانی‌های مبتنی بر دلبستگی در داستان‌های روابط با دیگران و نگرانی‌های هویتی در نحوه‌ی احساس و برداشت آن‌ها از خودشان آشکار می‌گردند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

خلاصه‌ی محتوای جلسات پنجم و ششم و هفتم و هشتم و نهم/ مرحله ۲: ایجاد مشترکلنه‌ی تمرکز و شناسایی هیجان هسته‌ای شش فعالیت به هم مرتبطاند (MENSIT) و روایت مشترکاً ایجاد شده‌ای برای شناخت و درک مشکلات و تجربه‌ی مراجع، شکل می‌دهند.

جلسه‌ی پنجم/گام ۵: اهداف: شناسایی نشانگرها برای انجام کار تکلیفی: در درمان هیجان‌مدار مداخله به‌واسطه‌ی نشانگر هدایت می‌شود که نمونه‌ای از انواع نشانگرها عبارت‌اند از: نشانگر واکنش مشکل‌آفرین، نشانگرهای تعارض‌های دوپاره، نشانگر دوپارگی‌های خودبازدارنده، نشانگر درک حسی مبهم، نشانگر کار ناتمام، نشانگر مشکل در توجه، نشانگر اعتراض معنا، نشانگر دشواری در بیان احساسات.

جلسه‌ی ششم/ گام ٦ و ۷: اهداف: شناسایی طرح‌های هیجانی هسته‌ای زیربنایی، سازگار یا ناسازگار: ترس و غم رهاشدگی، خشم، سوگ حل‌نشده و انزجار نمونه‌ای از هیجان‌های ناسازگار هسته‌ای‌اند که با تجربه‌ی این هیجانات دردناک، طرح‌های هیجانی جایگزین مبتنی بر دستیابی به احساسات سازگار و نیازهایی در واکنش به هیجانات دردناک، فعال‌سازی می‌شود. شناسایی نیازها: طرح‌های هیجانی شامل نیازهای هسته‌ای هستند و این نیازها به نیازهای مربوط به دلبستگی (مثل نزدیک‌بودن و پذیرفته‌شدن، دوست‌داشته‌شدن و اجتناب از درگیری) و نیازهای مربوط به هویت (مثل تأیید و تصدیق شدن، مسلط بودن، کامیاب شدن) تجزیه می‌شوند.

جلسه‌ی هفتم/ گام ۸ و ۹: اهداف: شناسایی هیجان‌های ثانویه: اهداف هیجان‌های ثانویه مثل افسردگی، اضطراب، ناامیدی اغلب پوشش هیجان اولیه‌ی زیربنایی تهدیدکننده است. هیجان ابزاری شکل دیگری از هیجان غیر اولیه است. شناسایی بازداری‌های یا انسدادهای موجود در دستیابی به طرح‌های هیجان هسته‌ای: برخی بازداری‌ها ریشه در قوانین فرهنگی و خانوادگی دارند و باید نحوه‌ی اجتناب از هیجان‌های دردناک را شناسایی کرد.

جلسه‌ی هشتم و نهم/ گام ۱۰ و ۱۱: اهداف: شناسایی بن‌مایه‌ها: رابطه‌ی خود- خود، رابطه‌ی خود- دیگری، مسائل وجودی، ساختن مشترک روایت صورت‌بندی موردی مربوط به مشکلات رفتاری و رابطه‌ای ارائه‌شده به‌عنوان ماشه‌چکان رخدادها و طرح‌های هیجان هسته‌ای: بر اساس مؤلفه‌های MENSIT (نشانگرها، هیجانات، نیازها، هیجانات ثانویه، بازدارنده‌ها و بن‌مایه‌ها) روایات مشترک ساخته شده، شکل گرفته و واکنش‌های رفتاری و پیامدهای فرآیند سازگاری هیجان فرد را منعکس می‌کند و یک روایت مشترک بین درمانگر و مراجع شکل می‌گیرد.

خلاصه‌ی محتوای جلسات دهم و یازدهم/ مرحله ۳: توجه بر پردازش نشانگرها و معانی جدید

جلسه‌ی دهم/ گام ۱۲ و ۱۳: اهداف: شناسایی نشانگرهای نوظهور تکالیف: که نمونه‌های آن عبارت‌اند از: نشانگرهای شرم: که تکلیف ابراز هیجانی و صندلی و یا ... ضرورت دارد. نشانگرهای تجربه‌ی آسیب‌زا: که تکلیف بازگویی آسیب و بعدازآن تکلیف کارناتمام و یا کاوش همدلانه ضرورت دارد. نشانگر دوپارگی خودارزیابی (خودانتقادی و ...): تکلیف گفتگوی دو صندلی. نشانگر کارناتمام: تکلیف فن صندلی خالی. نشانگر تجربه‌ی مرتبط با مشکل (تنش‌زا، دردسرآفرین و ...): تکلیف کاوش همدلانه؛ و تعدادی نشانگرهای نوظهور در تکالیف دیگر مانند صورت‌بندی خودبازدارنده در طی کار با صندلی خالی و یا صورت‌بندی نشانگرها درزمینه‌ی کار دو صندلی. شناسایی ریزنشانگرها: به‌عنوان‌مثال: خرده‌نشانگرها در تکلیف دو صندلی عبارت‌اند از: صورت‌بندی دوپارگی اضطراب در مقایسه با دوپارگی افسردگی و یا صورت‌بندی بیان نگرش نسبت به خود.

جلسه‌ی یازدهم/ گام ١٤: اهداف: ارزیابی این‌که چگونه معانی جدید بر ساخت مجدد روایت‌ها اثر می‌گذارد و با مشکلات حال حاضر ارتباط پیدا می‌کند. زمانی که هیجانی کشف و بررسی می‌شود بینش رخ می‌دهد و بلید معانی جدید را به زندگی روزمره خود انتقال داده و آن‌ها را در زندگی اعمال نماید. در پایان جلسه‌ی آخر، درمانگر نکات مطرح‌شده در جلسات قبلی را جمع‌بندی کرده و از مراجع بازخورد دریافت کرده و درنهایت از مراجع سنجش نهایی به عمل می‌آید.

یافته‌ها

پنج دختر کمال‌گرای روان‌رنجور در فرایند درمان شرکت داشتند. آزمودنی اول این پژوهش، دختر ۲۱ ساله بود که تحصیلات مادر و پدر وی زیر دیپلم بود. آزمودنی دوم دختر ۲۳ ساله بود که تحصیلات مادر و پدر وی لیسانس بود. آزمودنی سوم دختر ۲۶ ساله بود که تحصیلات مادر و پدر وی دیپلم بود. آزمودنی چهارم دختر ۲۳ ساله بود که تحصیلات مادر وی دیپلم و تحصیلات پدر لیسانس بود و آزمودنی پنجم این پژوهش، دختری ۳۴ ساله بود که تحصیلات مادر و پدر وی لیسانس بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

جدول شماره یک نمرات آزمودنی‌ها را در پرسشنامه‌ی ناگویی هیجانی در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری و هم‌چنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله‌ی درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۱. نتایج روند تغییر مراحل درمان هیجان‌مدار آزمودنی‌ها در متغیر ناگویی هیجانی

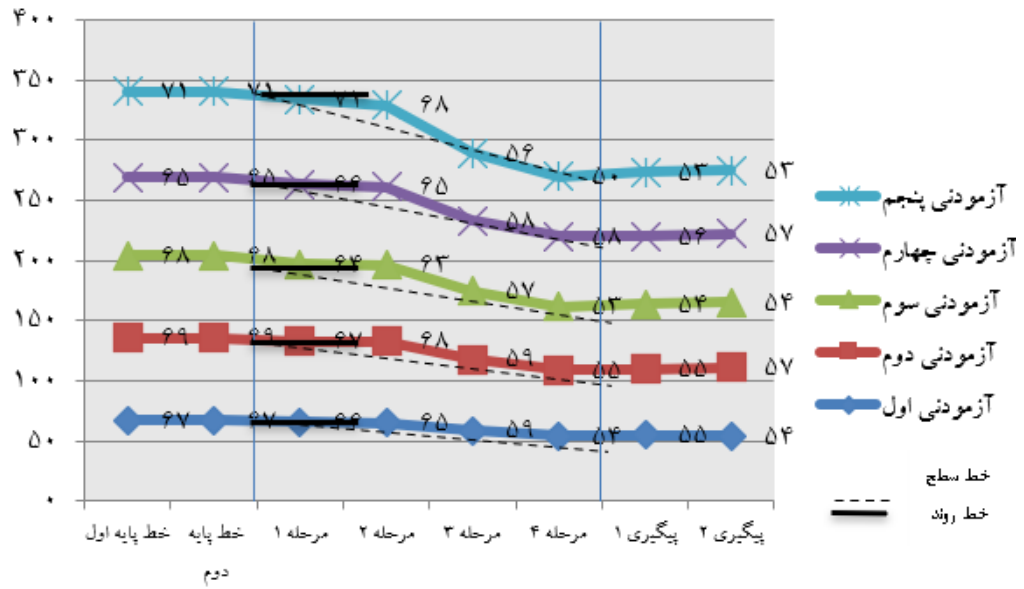
مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	میانگین کل آزمودنی‌ها
خط پایه اول	۶۷	۶۹	۶۸	۶۵	۷۱	۶۸
خط پایه دوم	۶۷	۶۹	۶۸	۶۵	۷۱	۶۸
میانگین مراحل خط پایه	۶۷	۶۹	۶۸	۶۵	۷۱	۶۸
مرحله درمان						
جلسه سوم	۶۶	۶۷	۶۴	۶۶	۷۱	۶۶/۸۰
جلسه ششم	۶۵	۶۸	۶۳	۶۵	۶۲	۶۴/۶۰
جلسه نهم	۵۹	۵۹	۵۷	۵۸	۵۶	۵۷/۸۰
جلسه یازدهم	۵۴	۵۵	۵۳	۵۸	۵۰	۵۴/۰۰
میانگین مراحل درمان	۶۱/۰۰	۶۲/۲۵	۵۹/۲۵	۶۱/۷۵	۵۹/۷۵	۶۰/۸۰
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۹۴	۲/۱۵	۳/۹۷	۳/۳۸	۲/۱۷	۲/۸۵
درصد بهبودی پس از درمان	۱۰/۲۹	۸/۴۵	۱۲/۸۶	۹/۱۹	۱۲/۱۳	۱۰/۵۸
درصد بهبودی کلی	۱۰/۵۸					
مرحله پیگیری						
پیگیری نوبت اول	۵۵	۵۵	۵۴	۵۶	۵۳	۵۴/۶
پیگیری نوبت دوم	۵۴	۵۷	۵۴	۵۷	۵۳	۵۵/۰
میانگین مراحل پیگیری	۵۴/۵	۵۶	۵۴	۵۶/۵	۵۳	۵۴/۸
شاخص تغییر پایا (درمان)	۵/۶۸	۴/۴۹	۶/۳۶	۶/۲۳	۳/۹۴	۵/۲۴
درصد بهبودی پس از پیگیری	۱۹/۸۵	۱۷/۶۴	۲۰/۵۸	۱۶/۹۱	۲۲/۰۵	۱۹/۴۱
درصد بهبودی کلی پیگیری	۱۹/۴۱					

جدول ۱ نمره‌های ناگویی هیجانی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان هیجان‌مدار را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین ناگویی هیجانی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری برای آزمودنی اول تا پنجم روند کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله مداخله میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۰/۲۹، ۸/۴۵، ۱۲/۸۶، ۹/۱۹ و ۱۲/۱۳ و در کل ۱۰/۵۸ و در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۹/۵۸، ۱۷/۶۴، ۲۰/۵۸، ۱۶/۹۱، ۲۲/۰۵ و در کل ۱۹/۴۱ به‌دست‌آمده آمد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز به نقل از علوی و همکاران (۲۵) موفقیت کمتر از متوسط بوده است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب محاسبه شده است. ازآنجاکه مقدار شاخص تغییر پایا هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی آزمودنی‌های اول تا پنجم بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجاد شده نیز ماندگاری معنی‌داری داشته است. نمودار ۱ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست‌آمده از درمان هیجان‌مدار مربوط به آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش را در متغیر ناگویی هیجانی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های ناگویی هیجانی را به‌صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر اسکات و همکاران به نقل از علوی و همکاران (۳۳) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح و روند نیاز است سه‌نقطه است. در مرحله درمان برای هر یک از آزمودنی‌ها نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین خط سطح و روند قرار گرفته است؛ بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های ناگویی هیجانی به‌صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان هیجان‌مدار، همان‌طور که در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهنده و در جهت منفی باشـــد که برای هر یک از آزمودنی‌ها در متغیر ناگویی هیجانی نتایج به همین صورت بود.



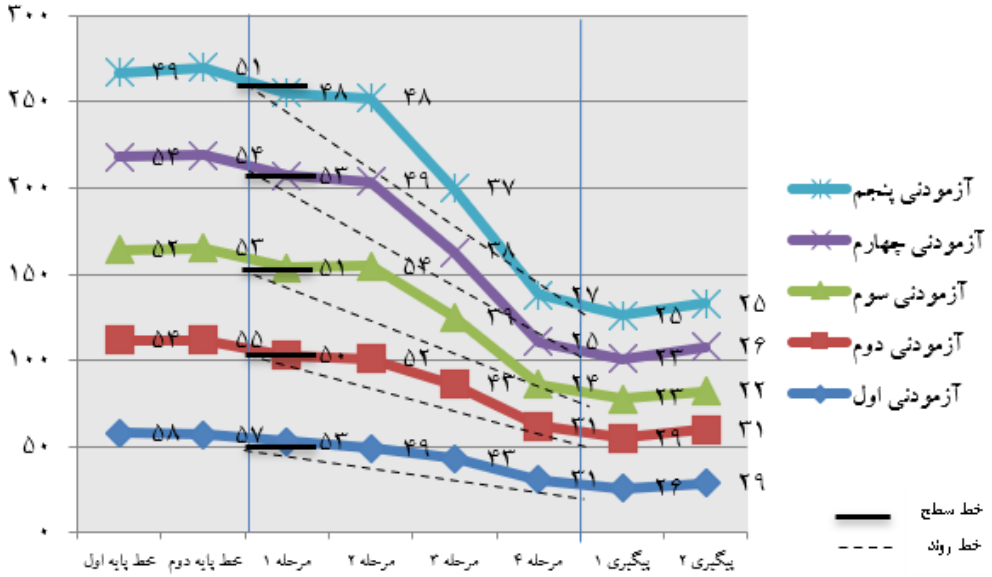
نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های ناگویی هیجانی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۲: نتایج روند تغییر مراحل درمان هیجان‌مدار آزمودنی‌ها در متغیر خودانتقادی درونی شده

مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	میانگین کل آزمودنی‌ها
خط پایه اول	۵۸	۵۴	۵۲	۵۴	۴۹	۵۳/۴
خط پایه دوم	۵۷	۵۵	۵۳	۵۴	۵۱	۵۴
میانگین مراحل خط پایه	۵۷/۵	۵۴/۵	۵۳/۵	۵۴	۵۰	۵۳/۷
	مرحله درمان					
جلسه سوم	۵۳	۵۰	۵۱	۵۳	۴۸	۵۱
جلسه ششم	۴۹	۵۲	۵۴	۴۹	۴۸	۵۰/۴
جلسه نهم	۴۳	۴۳	۳۹	۳۸	۳۷	۴۰
جلسه یازدهم	۳۱	۳۱	۲۴	۲۵	۲۷	۲۷/۶
میانگین مراحل درمان	۴۴	۴۴	۴۲	۴۱/۲۵	۴۰	۴۲/۲۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۳۸	۲/۴۰	۲/۰۲	۲/۳۳	۳/۱۹	۲/۴۵
درصد بهبودی پس از درمان	۲۳/۴۷	۱۹/۲۶	۲۰/۰۰	۲۳/۶۱	۲/۰۰	۲۱/۳۲
درصد بهبودی کلی	۲۱/۳۲					
	مرحله پیگیری					
پیگیری نوبت اول	۲۶	۲۹	۲۳	۲۳	۲۵	۲۵/۲
پیگیری نوبت دوم	۲۹	۳۱	۲۲	۲۶	۲۵	۲۶/۶
میانگین مراحل پیگیری	۲۷/۵	۳۰	۲۲/۵	۲۴/۵	۲۵	۲۵/۹
شاخص تغییر پایا (درمان)	۷/۳۷	۶/۰۸	۵/۱۸	۵/۵۳	۵/۸۳	۵/۹۵
درصد بهبودی پس از پیگیری	۵۲/۱۷	۴۴/۹۵	۵۷/۱۴	۵۴/۶۲	۵/۰۰	۵۱/۷۶
درصد بهبودی کلی پیگیری	۵۱/۷۶					

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

جدول ۲ نمره‌های خودانتقادی درونی شده آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان هیجان‌مدار را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین خودانتقادی درونی‌شده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا پنجم، روند کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله مداخله میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۲۳/۴۷، ۱۹/۲۶، ۲۰/۰، ۲۳/۶۱ و ۲۰/۰ و در کل ۲۱/۳۲ و در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۵۲/۱۷، ۴۴/۹۵، ۵۷/۱۴، ۵۴/۶۲، ۵۰/۰ و در کل ۵۱/۷۶ به دست آمد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز به نقل از علوی و همکاران (۳۳) موفقیت مطلوب بوده است. هم‌چنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب محاسبه شده است. ازآنجاکه مقدار شاخص تغییر پایا هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی آزمودنی‌های اول تا پنجم بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجادشده نیز ماندگاری معنی‌داری داشته است. نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست‌آمده از درمان هیجان‌مدار مربوط آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش را در متغیر خودانتقادی درونی‌شده در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های خودانتقادی درونی‌شده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های خودانتقادی درونی‌شده را به‌صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر اسکات و همکاران به نقل از علوی و همکاران (۳۳) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح و روند نیاز است سه‌نقطه است. در مرحله درمان برای هر یک از آزمودنی‌ها نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین خط سطح و روند قرار گرفته است؛ بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های خودانتقادی درونی‌شده به‌صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان هیجان‌مدار، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهشی و در جهت منفی باشد که برای هر یک از آزمودنی‌ها در متغیر خودانتقادی درونی‌شده نتایج به همین صورت بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی‌شده انجام شد. نتایج نهایی پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی‌شده مؤثر است. در پایان درمان شاخص تغییر پایا و میزان درصد بهبودی ازنظر آماری معنادار بودند و این اثر درمانی تا مرحله پیگیری ادامه داشت یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

بایلی و همکاران (۲۲)، همایونی و همکاران (۲۰)، شـــکراللهی و همکاران (۱۹)، هالاموا و کانووســـکی (۲۳)، مومن بیت‌اللهی (۲۱)، زنگنه مطلق و همکاران (۲۴) همسـو و هماهنگ بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که زندگی کمال‌گرایان روان‌رنجور از یک سلسله بایدها و نبایدها و اجبارها تشکیل شده است. دغدغه‌ی فرد برای کـامـل بودن و بی‌نقص بودن و همچنین نگرانی از بروز نقص‌ها و نرسیدن به کمال‌ها، ابزاری است تا وی با احساساتش مواجه نشـــود و از طرفی افرادی که در کودکی مجبور شـــده‌اند هیجان‌های خود را بازداری کنند یا با احســـاســـات و عواطف آن‌ها بدرفتاری شده است، در مراحل بعدی زندگی در تنظیم هیجان‌های خود با مشـکل مواجه خواهند شـد. لذا این افراد ناگویی هیجانی را تجربـه می‌کننـد (۴). نتـایج این پژوهش نشـــان داد کـه درمـان هیجان‌مدار توانســـته تأثیر قابل‌توجهی در افراد دچار این اختلال برجای بگذارد.

این درمان، ریشـــه‌ی اختلالات و آســـیب‌ها را عدم انطباق تجربه‌ی هیجانی و همچنین تجارب غفلت، طرد و آسیب از سوی دیگران می‌داند و مطرح می‌کند که هنگامی محافظت، پرورش و حمایت مراقبین ناکافی باشد، خاطرات طرح‌های هیجانی مربوط به تجربیات دردناک، در خارج از آگاهی شکل گرفته و فرد با بی‌حسی هیجانی، رد کردن و یا نادیده گرفتن تجربه دردناک، با آن مقابله می‌کند. طرح‌های هیجانی، نماینده‌ی موقعیت‌های فراخواننده‌ی خاص و تمایل‌های مرتبط با عمل بوده و غالباً غیرکلامی اســـت، بااین‌حال می‌توان آن را به درون آگاهی فرد آورد و در قلب زبان، نمادسازی و بازنمایی کرد (۲۰). اصل مهمی که درمان هیجان‌مدار به آن می‌پردازد؛ کمک به فرد برای تنظیم هوشـــیارانه‌ی هیجانات خود و آموزش توانایی خودآرام‌سازی است. به‌گونه‌ای که در جریان درمان هیجان‌مدار تکنیک‌هایی (دوصـندلی، صـندلی خالی و ...) به بیمار ارائه می‌شـــود که به او کمک می‌کند تا به مشـــاهده بدون قضاوت هیجان‌های خود بپردازد، سوگواری و شفقت با خود را یاد بگیرد، از نشخوار فکری دست برداشته و توانایی همدلی کردن با دیگران را به دســـت آورد (۱۹). درمان هیجان مدار نوعی رویکرد ســـیســـتمی اســـت که در آن درمانجویان به تجربه کردن، آگاهی بخشیدن و پردازش هیجاناتشان سوق داده می‌شوند و هیجان‌ها در این رویکرد به‌صورت قدرتمند، سالم، آگاهی‌بخش و سامان‌دهنده و انکار کردن هیجان و نیازها، به‌عنوان مشـکل نگریسـته می‌شـود (۲۵). درواقع ســـاختارهای جدید هیجان و پردازش و توجه به احســـاســـات به افراد کمک می‌کند به ســـمت وضـــعیت جدیدی در رابطه‌شـــان حرکت کنند، وضـــعیتی که دلبســـتگی ایمن را افزایش می‌دهد و درمان هیجان‌مدار این کار را با برانگیختن تأیید، ابراز و پذیرش هیجان، تجربیات عاطفی در دســـترس و پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی اســـاســـی در تعاملات انجام داده و در کاهش ناگویی هیجانی مؤثر است.

همچنین نتایج این پژوهش نشـــان داد که درمان هیجان‌مدار توانسـته تأثیر قابل‌توجهی بر متغیر خودانتقادی درونی‌شـده برجای بگذارد. ازآنجاکه افراد با کمال‌گرایی ســـطح بالا، خودانتقادی بیشـتری دارند و همین‌طور خود و دیگران را بسـیار سـخت‌گیرانه مورد قضـــاوت قرار می‌دهند و با احســـاس گناه و نگرانی در مورد عدم تولنایی برای زندگی کردن بر اســـاس اســـتلنداردها درگیرند (۱۲). این درمان تلاش دارد با گســـترش پردازش هیجانی افراد، تغییرات درمانی را در آن‌ها ایجاد کند. مراجعین با تجربه‌ای که در مرحله‌ی آگاهی هیجانی کســـب می‌کردند، می‌آموختند که به‌جای ســرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شـدن توسـط آن‌ها، بر وجود هیجان‌های خود، آگاه باشـــند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. مراجعین در طول جلسات به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار؛ بنابراین می‌توان به‌جای گریز از آن‌ها یا غرق‌شدن در آن‌ها، پیام پنهانی‌شان را شنید. افزایش آگاهی از هیجان‌های تازه و بیان آنها، کنارآمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز مناسبشان را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و باعث می‌گردد که فرد به ادراک تازه‌ای از خود دست یابد (۳۴).

از طرفی با توجه به عملکرد پیوســـتاری خودانتقادی در قلب اســـتانداردهای درونی و بیرونی، هدایت احســـاســـات ناســـازگار به احســـاســـات ســـازگار اولیه از قبیل شـــفقت به خود، نقش مهمی در پیشبرد اهداف درمانی دارد. به‌این‌ترتیب که مراجع خودانتقادی را با نشستن در صندلی منتقد، به‌صورت احساس ناسازگار اولیه از قبیل شرم، تجربه کرده و سپس با تغییر به صندلی تجربه‌کننده، تأثیر این انتقاد را تجربه کرده و هیجان را به سمت احساس سازگار اولیه و شـفقت به خود تغییر می‌دهد. لذا درمان متمرکز بر هیجان که یک روش درمان چندبعدی اســـت، از طریق ارزیابی و پردازش مجدد تجربه‌های فرد و اســـتفاده از تکنیک‌هایی چون شـــناســـایی احساس‌های متناقض، قرار دادن افراد در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام‌سازی، شـکسـتن احسـاس ناقص بودن و ... به افراد در دوباره سازمان‌دهی خویشتن و یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان سـازگار و افزایش حس خودکنترلی و به‌تبع آن کاهش خودانتقادی درونی‌شده و انتقاد از خویش کمک می‌کند (۲۳، ۲۲).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

در انتها لازم به یادآوری است که پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه است که بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر می‌گذارد. در وهله اول به دلیل استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها، لازم است تفسیر نتایج با احتیاط صورت پذیرد. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری غیرتصادفی و منحصراً از دختران کمال‌گرای روان‌رنجور اشاره کرد. گرچه پژوهش تک‌آزمودنی روشی خلاقانه برای اثربخشی درمان است، جهت بالابردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقه‌مند این حوزه پیشنهاد می‌شود که درمان را در چارچوب طرح‌های گروهی و در مقایسه با دیگر رویکردها و در دو جنس موردبررسی قرار دهند. بدیهی است یافته‌های تکمیلی می‌توانند نکات جدید و افق‌های نوینی را در این راه آشکار سازند تا تعمیم نتایج به نمونه‌های ایرانی در حد قابل‌اطمینان میسر گردد. به خانواده درمانگران، مشاوران، روان‌شناسان و کلیه‌ی افرادی که با جوانان سروکار دارند پیشنهاد می‌شود که از این درمان، در کار با دختران کمال‌گرا استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

کسب رضایت آگاهانه و آزادانه (کتبی و شفاهی) از آزمودنی‌ها در اولویت بوده و مواردی نظیر حفظ اسرار و گمنام ماندن آزمودنی‌ها الزامی است.

۱- هرگونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به‌دست‌آمده از آزمودنی‌ها، باید بر اساس رضایت آگاهانه‌ی آن‌ها صورت گیرد.

۲- به سؤالات و دغدغه‌های افراد با حوصله و دقت، پاسخ داده شود.

۳- پژوهشگر موظف است نتایج پژوهش را صادقانه و دقیق منتشر کند و آزمودنی‌ها حق دارند در مورد نتایج مطالعه آگاه شده و از مداخلات و روش‌هایی که سودمندی‌شان در پژوهش حاضر مشخص شده است، بهره‌مند شوند.

کد اخلاق

این پژوهش با کد شناسه IR.IAU.AHVAZ.REC.1401.088 مصوبه‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۲۵ تصویب شده است.

حمایت مالی

این پژوهش از طرف هیچ فرد و یا مؤسسه‌ای حمایت مالی دریافت ننمود.

نقش هر یک از نویسندگان

نویسنده اول دانشجو و محقق اصلی پژوهش، نویسنده دوم نویسنده مسئول و استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور رساله می‌باشند.

تعارض منافع

یافته‌های این پژوهش با منافع هیچ فرد یا سازمانی تعارض ندارد.

تقدیر و تشکر

از همه‌ی کسانی که نویسنده را یاری نمودند به‌ویژه دختران جوان شرکت‌کننده در این پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Stoeber J. Perfectionism. n book: Encyclopedia of personality and individual differences. In V Zeigler-Hill, T K. Shackelford (Eds.). Springer; 2018.
2. Ghashghaee G, Hoseinsabet F, Motamedi A. Investigating the relationship between negative and positive perfectionism and psychological capital in female students of Allameh Tabatabai University. Biannual J Psychological Research in Management. 2021; 7(1):72-89.
3. Vakilian L, Tarkhan M, Khalatbari J. Predicting alexithymia based on early maladaptive schemas and perfectionism mediating the role of cognitive flexibility in patients with chronic pain. J Thought Behav Clin Psychol. 2020; 15(57): 77-87. [In Persian]
4. Mansouri J, Besharat MA, Gharibi HR. Predicting alexithymia based on attachment styles and perfectionism dimensions. J Psychological Science. 2019; 18, 981-90. [In Persian]
5. Gao M, Zhang H, Gao Z, Cheng X, Sun Y, Qiao M, Gao D. Global and regional prevalence and burden for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A study protocol for systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2022; 101(1):e28528.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

6. Tzanos JA. Comparison between a modified and a traditional expressive writing intervention and their effect on alexithymia and emotional expressivity. a dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy. College of Education and Behavioral Sciences Department of School Psychology; 2019. P: 174.
7. Pirani Z, Abbasi M, Kalvani M, Nourbakhsh P. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual self-esteem, emotional skillfulness and marital adjustment in veterans' wives. Iran J War Public Health. 2017; 9(1): 25-32. [In Persian]
8. Tang W, Hu T, Yang L, Xu J. The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. Pers Individ Dif. 2020, 165: 110131.
9. Moridi M, Boroumandnasab M. The relationship between perfectionism and alexithymia with loneliness among nursing and midwifery Dezful Azad University students. Educ Develop Jundishapur. 2017; 8(4):436-44. [In Persian]
10. Low CA, Schauenburg H, Dinger U. Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2020; 75:101808.
11. Thompson R, Zuroff DC. The levels of self-criticism scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. Personality and Individual Differences. 2004; 36(2): 419-430.
12. Mehr Afzon D, Sotoudeh Asl N, Makvand Hosseini SH. Development of a self-critical causal model based on perfectionism mediated by personality traits in the students of islamic azad university of Tehran. Islamic Life Style. 2021; 149-156. [In Persian]
13. Curran T, Hill AP. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. Psychol Bull 2019; 145(4): 410-29.
14. Zofan S, Ghasedi, M. The prediction of alexithymia based on Self-Efficacy and Perfectionism Street children of school age. J Psychology New Ideas 2020; 6(10): 1-14.
15. Wu Q, Slesnick N, Zhang J. Understanding the role of emotion-oriented coping in women's motivation for change. Journal of Substance Abuse Treatment. 2018; 86:1-8.
16. Khalili M, Mohammadi M, SarouKhani F, Ganjifar Z, Ternas, GH. The effectiveness of emotion therapy on irrational beliefs and perfectionism in female students. J Consulting Excellence and Psychotherapy. 2022; 42:14-24. [In Persian]
17. Greenberg, LS, Paivio, SC. Working with Emotions in Psychotherapy. New York: Guilford Press; 2017
18. Artang, H., & Izadi, F. The effectiveness of emotional focused therapy on emotional information processing and interpersonal cognitive distortions among women with somatic symptoms of Isfahan. Res Behav Sci 2022; 20(1):60-73. [In Persian]
19. Shokrolahi M, Hashemi E, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. Comparison of the Effectiveness of Emotion Focused Therapy (EFT) and Cognitive Analytic Therapy (CAT) on anxiety sensitivity, pain catastrophizing, experiential avoidance and cognitive emotion regulation in patients with chronic pain and alexithymia. Res Behav Sci. 2022; 19(4):739-52. [In Persian]
20. Homayouni S, Taghavi MR, Goodarzi MA, Hadianfard H. The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder. J of Psychol Sci. 2022; 21(109):1-18. [In Persian]
21. Momin Baitollahi S, Pouyamanesh J, Mashhadi Farahani M. The effectiveness of emotion-focused couple therapy training on emotional ataxia of families in the divorce stage. International Clinical Psychology Conference Evaluation, Diagnosis, Treatment, Tehran; 2018. [In Persian]
22. Bailey G, Halamova J, Baránkova M. Qualitative analysis of self-compassion, selfprotection, and self-criticism in emotionfocused therapy video sessions. Psihoterapija. 2020; 34(2):203-23.
23. Halamova J., Kanovsky, M. Emotion-Focused training for emotion coaching. An Intervention to Reduce Self-Criticism. Human Affairs 2019; 29, 20-31.
24. Zanganeh Motlag F, Bani Jamali Sh, Ahadi H, Hatami HR. The effectiveness of couples therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couples therapy on improvement of intimacy and reduction of alexithymia among couples. J Thought Behav Clin Psychol. 2017; 11(44):47-56. [In Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]

25. Fakhri M. Comparing the effectiveness of neurofeedback therapy and emotion- focused group therapy on reducing ataxia and improving marital satisfaction. Mashhad: MA Thesis, Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Educational Sciences and Psychology; 2013. [In Persian]
26. Besharat, M. A. (2007a). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological Reports. 2007a; 101:209-20. [In Persian]
27. Besharat MA. Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using patients. Psychological Reports. 2007b; 102: 259-70. [Persian].
28. Mousavi AS, Ghorbani N. Self-knowledge, self-criticism, and psychological health. Psychological Studies. 2007; 2(3):75-91.
29. Mashak R, Naderi F, Chinaveh M. The comparison of effectiveness of religion based cognitive behavior and positive psycho therapies on self criticism and distressing psychological of infertile women. Iran J Nurs Res. 2021; 16(3):59-73. [In Persian]
30. Mitzman SF, Slade P, Dewey, ME. Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. J Clin Psychol. 1994; 50:516-522.
31. Gandomkar M, Liagat R, Shahriari Ahmadi M. Psychometric Properties of the Neurotic Perfectionism Scale among Students. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2019; 8(8):9-16. [In Persian]
32. Goldman RN, Greenberg LS. Case formulation in emotion- focused therapy: Co-creating clinical maps for change. Traslated by Ramazani MA, Rasouli SS, Sharifzade M. Tehran: Publication Institute; 2020.
33. Alavi SZ. The effectiveness of acceptance and commitment therapy and emotionally focused couple therapy on intimacy, marital commitment and psychological flexibility of maladjusted couples. Ph.D. Thesis Psycholog, Islamic Azad University, Ahvaz; 2018. [In Persian]
34. Karimi S, ShafeeAbadi A, Naemi E. Effectiveness of emotion-focused therapy on depression female teachers. J Psychological Science 2019; 18(80): 897-904. [In Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.13.4]
[DOI: 10.48305.21.1.151]