Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 20, Issue 1

The effectiveness of Emotional Focused Therapy on Emotional Information Processing and Interpersonal Cognitive Distortions among women with Somatic Symptoms of Isfahan

Hasti Artang[1], Fatemeh Izadi[2]

1. M.A. Student, Department of Clinical Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran.

2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Somatic symptoms make a significant part of admittances to health centers. Since clinical observations have linked these symptoms with emotions and cognitive distortions in relationships, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of emotional focused therapy on emotional information processing and interpersonal cognitive distortions among women with somatic symptoms of Isfahan.

Methods and Materials: The method of this research was a semi-experimental design with pre-test-posttest with control group. In this research, judgmental and voluntary sampling method was used. For this purpose, from the statistical population and based on inclusion and exclusion criteria of the study, 30 individuals were selected and randomly assigned to experimental and control groups. The instruments used in this study were somatic symptom questionnaires (PHQ_15) for finding kinds of symptoms and (SSD_12) for diagnosis A, B criteria of somatic symptoms, and emotional information processing questionnaires (1) and interpersonal cognitive distortions questionnaires (2). After the pre-test, participants in the experimental group received 8 sessions of 90 minutes emotional focused therapy (EFT) training. Finally, after performing the posttest, the data were analyzed using covariance analysis by SPSS software version 23.

Findings: The results of the data analysis showed that emotional focused therapy reduced the level of negative emotional information processing and its subscale, interpersonal cognitive distortions and its subscale and symptoms of somatic symptoms in women with somatic symptoms. The experimental group in the post-test stage and these changes were statistically significant ($P < 0.01$).

Conclusions: According to the results, this method can be used as an interventional and therapeutic method to reduce the level of negative emotional information processing, interpersonal cognitive distortions and symptoms of somatic symptoms in women with somatic symptoms.

Keywords: Emotional focused therapy, emotional information processing, interpersonal cognitive distortions, somatic symptoms.

Citation: 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.

*** Fatemeh Izadi,**
Email: izadi@iaukhsh.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر پردازش اطلاعات هیجانی و تحریف‌های شناختی بین فردی در زنان با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان

هستی آرتنگ، فاطمه ایزدی[۲]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نشانه‌های بدنی سهم قابل‌توجهی از مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی را به خود اختصاص می‌دهد. ازآنجاکه مشاهدات بالینی این نشانه‌ها را با هیجان‌ها و تحریف‌های شناختی در روابط در ارتباط دانسته‌اند، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر پردازش اطلاعات هیجانی و تحریف‌های شناختی بین فردی در زنان با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و روش نمونه‌گیری داوطلبانه و قضاوتی بود. بدین منظور از بین جامعه آماری و بر اساس معیارهای ورود و خروج،۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای این پژوهش، پرسشنامه نشانه جسمانی (PHQ-15)، پرسشنامه نشانه‌های بدنی ملاک B (SSD-12)، پرسشنامه پردازش اطلاعات هیجانی (EIPT) (۱) و تحریف‌های شناختی بین فردی (ICDS) بود (۲). پس از اجرای پیش‌آزمون، افراد گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی تحت آموزش‌های درمان هیجان مدار (EFT) قرار گرفتند. درنهایت پس از اجرای پس‌آزمون، داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس از طریق SPSS 23 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار موجب کاهش سطح پردازش منفی اطلاعات هیجانی و مؤلفه‌های آن، تحریف‌های شناختی بین فردی و مؤلفه‌های آن و علائم نشانه‌های بدنی در زنان با نشانه‌های بدنی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده و این تغییرات ازنظر آماری معنادار هستند ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: لذا می‌توان از این روش به‌عنوان یک روش مداخله‌ای و درمانی برای کاهش سطح پردازش اطلاعات هیجانی، تحریف‌های شناختی بین فردی و علائم نشانه‌های بدنی در زنان با نشانه‌های بدنی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، پردازش اطلاعات هیجانی، تحریف‌های شناختی بین فردی، نشانه‌های بدنی

ارجاع: آرتنگ هستی. ایزدی فاطمه. **بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر پردازش اطلاعات هیجانی و تحریف‌های شناختی بین فردی در زنان با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۶۰-۷۳.

* **فاطمه ایزدی،**

رایان نامه: izadi@iaukhsh.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

مقدمه

اختلال نشانه‌های بدنی، اختلال روانی است، که ممکن است به‌صورت علائم بدنی (مثل سردرد، سرگیجه، تپش قلب و...) خود را نشان دهد. همه افراد علائم جسمانی را با فراوانی متفاوتی، تجربه می‌کنند و اغلب قادرند که به‌طور مؤثر بر آن فائق آیند، اما برخی این تجربه‌های عادی را بسیار جدی می‌گیرند و این کار باعث می‌شود که در زندگی آن‌ها اختلال به وجود آید. بر اساس پنجمین ویرایش از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا معیارهای تشخیصی اختلال نشانه‌های بدنی عبارت‌اند از: وجود حداقل یک علامت جسمانی که باعث پریشانی و اختلال در زندگی روزمره شود. به همراه افکار، رفتار و هیجانات مفرط درباره علائم جسمانی یا نگرانی‌های مربوط به‌سلامتی که به حداقل یکی از ۳ شکل: افکار پایدار و نامتناسب درباره خطرناک بودن علائم، سطح بالایی از اضطراب پایدار درباره سلامتی یا علائم، اختصاص زمان و انرژی زیاد به نگرانی درباره سلامتی یا علائم که باید به‌صورت پایدار بیش از ۶ ماه وجود داشته باشند(۳). خستگی و انرژی پایین علامت کلیدی در اختلال نشانه‌های بدنی است.تقریباً ۹۸٪ افراد مبتلابه اختلال نشانه‌های بدنی یک علامت و ۴۵٪ آن‌ها ۶ یا تعداد بیشتری از علائم بدنی را گزارش می‌کنند.نفخ شکم و مشکلات گوارشی با ۶۷٪ بیشترین میزان شیوع رادارند و پس‌ازآن سردرد و سرگیجه به ترتیب با ۶۵٪ و ۵۷٪ بیشترین میزان شیوع رادارند. در بیماران بالای ۴۰ سال درد در ناحیه دست،پا،کمر،مفاصل و زانوها شیوع بیشتری دارد.(۴)

یکی از موضوعات مهم قابل پژوهش این است که افراد با نشانه‌های بدنی به علت روابط بین فردی مختلی که دارند و نمی‌توانند با افراد به‌خوبی ارتباط بگیرند ناراحتی‌های ناشی از این موضوع را به‌صورت نشانه‌های بدنی نشان می‌دهند. یکی از سازه‌هایی که در روابط بین فردی اثرگذار است، تحریف‌های شناختی بین فردی است. تحریف‌های شناختی بین فردی مثل: طرد در روابط بین فردی، انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط و سوء ادراک در روابط بین فردی. تحریف شناختی بین فردی به‌عنوان باورهای بسیار اغراق‌آمیز، سفت‌وسخت، غیرمنطقی و مطلق در مورد ماهیت روابط تعریف‌شده است(۵). با توجه به وجود شکایت‌های جسمی متعدد آزاردهنده در افراد مبتلابه اختلالات نشانه‌های بدنی، تحریفات شناختی می‌توانند علاوه بر کاهش نگرش مثبت به خود یا فقدان آن، درک قضاوت گرایانه ای نسبت به نقایص خود در افراد ایجاد کنند که دریک چرخه‌ی معکوس موجب تشدید علائم آن‌ها گردد (۶). مطالعات نشان می‌دهد که تحریف‌های شناختی بین فردی با اختلال نشانه‌های بدنی ارتباط دارد (۷).

هیجانات نقش اصلی را در ارتباطات انسانی فراهم می‌کنند و نیروی انگیزشی برای چه بهترین و چه بدترین رفتار در انسان هستند (۸). بر اساس بسیاری از تحقیقات، افراد مبتلابه اختلالات نشانه‌های بدنی ارزیابی شناختی کمتری جهت تنظیم هیجانات دارند و بیشتر به سرکوب ابراز هیجانی تمایل دارند.(۹) مشاهدات بالینی طی دو قرن اخیر نشان داده‌اند که اختلال نشانه‌های بدنی با هیجان‌های شدید رابطه دارند (۱۰). همچنین، بسیاری از نظریه‌های جدید در زمینه اختلالات نشانه‌های بدنی، این اختلال را به‌عنوان جزئی از پاسخ هیجانی فرد به تهدید پیش‌آمده در نظر می‌گیرند (۱۱). یکی از موارد مهم در زمینه هیجان، بحث پردازش اطلاعات هیجانی است. پردازش هیجانی نخستین بار توسط راچمن به‌عنوان فرآیندی که طی آن، آشفتگی عاطفی جذب و به‌اندازه‌ای کاهش می‌یابد که تجارب و رفتارهای دیگر ازجمله گفتار، شنیدار و... بدون اغتشاش صورت گیرد تعریف شد (۱۲). اما برخلاف راچمن، فوآ و کوزاک، معتقد بودند که پردازش هیجانی شامل تلفیق اطلاعات جدید با ساختار حافظه از قبل موجود است، که می‌تواند پاسخ عاطفی را کاهش و یا افزایش دهد(۱۳). اما پردازش اطلاعات هیجانی بدین معناست که فرد اطلاعات هیجانی خود را مدام موردبررسی و تحلیل قرار می‌دهد و امکان بروز بی‌واسطه به آن‌ها نمی‌دهد درنتیجه موجب سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه‌های هیجان پردازش نشده ،اجتناب و کنترل هیجانی می‌شود(۱). مطالعات زیادی ارتباط بین اخلال در پردازش هیجانی و نشانه‌های بدنی را تأیید می‌کنند (۱۴), (۱۵). همچنین اختلال در شناسایی و توصیف احساسات و هیجانات و تمایز آن‌ها از حس‌های بدنی نیز در افراد مبتلابه اختلال نشانه‌های بدنی با مشکل مواجه است (۹, ۱۶).

با توجه به نقش هیجان در سلامت جسمانی و روانی پژوهشگر بر آن شد تا تأثیر درمان هیجان مدار را بر روی این اختلال بررسی کند. در درمان‌های هیجان مدار به بیماران کمک می‌شود تا به‌صورت بهتری هیجاناتشان را شناسایی، تجربه، کشف، تغییر و مدیریت کنند زیرا هیجانات دربردارنده پتانسیل درونی انطباقی می‌باشند و چنانچه فعال شوند قادرند به مراجعان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

کمک نمایند تا وضعیت هیجانی مسئله‌دارشان را تغییر دهند(۱۷).این درمان‌ها، از دسته‌ی درمان‌های تجربی هستند که در آن‌ها، مؤلفه‌های "درمان شخص محور " راجرز و "تمرینات گشتالتی" پرلز، با "درمان هیجانی" و "فرا درمان سازهای دیالکتیکی" یکپارچه‌شده است. درمان متمرکز بر هیجان (۱۸) یک درمان کوتاه‌مدت، نیمه ساختاریافته و متمرکز بر تروما است که به‌تازگی برای درمان‌های انفرادی (۱۹) و تروماها (۲۰, ۲۱) نیز مورداستفاده قرارگرفته است. درمان هیجان مدار از چند مؤلفه‌ی اصلی تشکیل‌شده است که عبارت‌اند از: ۱) هوش هیجانی۲) هیجان‌های سازگار و ناسازگار. ۳) آگاه بودن و تحت تأثیر قرار گرفتن از گذشته ۴) تصور آینده. ۵) ادغام گذشته. ۶) تأمل، روایت، و ایجاد معنای هیجان. ۷) طرحواره های هیجانی. (۲۲). دو فرض زیربنایی درمان هیجان مدار، هیجان (۱۸) و توجه، جست‌وجو و نمادین سازی تجارب انتزاعی (احساس کردن و معنا بخشی) به‌عنوان منبع اولیه‌ای از اطلاعات جدید است، که برای معنا دهی مورداستفاده قرار می‌گیرد (۱۷). 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.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع تحقیق کاربردی و به لحاظ طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران زن با نشانه‌های بدنی بین ۳۰ تا ۵۰ ساله شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند که محقق مایل بود نتایج را به آنها نیز تعمیم دهد و جامعه در دسترس کلیه بیماران زن با نشانه‌های بدنی استان اصفهان بودند که جمعیت نمونه از آن انتخاب‌شده است. نمونه پژوهش حاضر، ۳۰ نفر شرکت‌کننده از مراکز مشاوره شهر اصفهان با نشانه‌های بدنی بود که به شیوه نمونه‌گیری قضاوتی با تشخیص روان‌پزشک و از طریق پرسشنامه علائم بدنی انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس برای گردآوری داده‌ها ابزارهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل به‌عنوان پیش‌آزمون انجام شدند؛ و سپس مداخله درمانی بر اساس رویکرد هیجان مدار به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی در مرکز مشاوره آسمان برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. محتوای جلسات درمان هیجان مدار در جدول ۱ آورده شده است. بعد از پایان مداخلات دوباره ابزارهای موردنظر در دو گروه به‌عنوان پس‌آزمون به‌کاربرده شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 تجزیه‌وتحلیل شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش، تشخیص نشانه‌های بدنی با دو فرم پرسشنامه نشانه‌های بدنی (پرسشنامه نشانه جسمانی (PHQ-15) برای یافتن نوع علائم جسمانی و پرسشنامه نشانه‌های بدنی ملاک B (SSD-12) برای تعیین وجود یا عدم وجود ملاک B,A جهت تشخیص اختلال نشانه‌های بدنی) و مصاحبه بالینی طبق DSM 5، حداقل سواد دیپلم، رضایت از شرکت در پژوهش، عدم مصرف مواد و عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی طی ۱ ماه گذشته و ملاک خروج، عدم شرکت در یک جلسه از روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بود.

پرسشنامه تحریف‌های شناختی بین فردی: پرسشنامه تحریف‌های شناختی بین فردی (ICDS) توسط حمامچی و اوزتورک در سال ۲۰۰۴ به‌منظور اندازه‌گیری باورهای سخت‌گیرانه در روابط بین فردی طراحی شد. این مقیاس دارای ۱۹ سؤال و سه خرده مقیاس طرد در روابط بین فردی، انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط و سوء ادراک در روابط بین فردی می‌باشد. این پرسشنامه دارای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم:۱ تا کاملاً موافقم:۵) می‌باشد. حمامچی و اوزتورک (۲۰۰۴) پایایی این پرسشنامه را از طریق همسانی درونی توسط آلفای کرونباخ و همچنین از طریق آزمون مجدد پس از دو هفته برای کل مقیاس به ترتیب (۰/۶۷ و ۰/۷۴) و برای خرده مقیاس‌های طرد در روابط بین فردی (۰/۷۳ و ۰/۷۰)، انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط (۰/۶۶ و ۰/۷۶) و سوء ادراک در روابط بین فردی (۰/۴۳ و ۰/۷۴) به‌دست‌آمده است همچنین روایی این پرسشنامه از طریق همبستگی با مقیاس باورهای غیرمنطقی، مقیاس افکار خودکار و مقیاس گرایش به تعارض در روابط بین فردی به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳ و ۰/۵۳ به‌دست‌آمده که همگی معنادار بوده‌اند. در ایران نیز پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ و دونیمه سازی محاسبه گردید. آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس طرد در روابط بین فردی (۰/۷۹)، انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط (۰/۸۲) و سوء ادراک در روابط بین فردی (۰/۸۱) به دست آمد. پایایی از طریق دونیمه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

سازی نیز به ترتیب فوق برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۰ بـه دسـت آمد. آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه نیز برابر ۰/۸۵ بـه دسـت آمد(۲۳).

پرسشنامه پردازش اطلاعـات هیجـانی بـاکر: بـاکر و همکاران (۲۰۰۷) این مقیاس را بـه‌منظور انـدازه‌گیری ۵ خـرده مقیاس سرکوبی، تجربه هیجانـات ناخوشـایند، کنتـرل هیجـان، اجتناب و نشانه‌های هیجانـات پـردازش نشـده طراحـی کردنـد. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سؤال بود که بعداً توسط بـاکر و همکاران (۲۰۱۰) کوتاه‌تر و نسخه ۲۵ سؤالی آن تهیه شد(۲۴). ایـن پرسشـنامه دارای مقیـاس ۵ درجـه‌ای لیکـرت (از کـاملاً مخالفم: ۱ تا کاملاً موافقم: ۵) می‌باشـد. نمـره بـین ۲۵ تـا ۵۰، میزان پردازش منفی اطلاعات هیجانی کـم، ۵۰ تـا ۷۵ میـزان پردازش منفی اطلاعـات هیجـانی متوسـط و بـالای ۷۵ میـزان پردازش منفی اطلاعات هیجانی بالابود. ضرایب آلفای کرونبـاخ و باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ توسط طراحان آزمون گزارش شد. در ایران نیز لطفی ضـریب همبسـتگی ایـن مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴ به دست آورد که حاکی از روایی همگرای آزمون اسـت. همچنـین در پـژوهش لطفـی و همکاران (۱۳۹۲) ضرایب آلفای کرونباخ بـرای خـرده مقیاس‌هـا ۰/۸۵و برای دشواری در تجربه و تشخیص هیجانـات، دشـواری در بیان و توصیف هیجانات و پردازش ناکافی هیجانات به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲محاسبه‌شده است و پایایی و روایـی مناسـبی برای این آزمون نشان داده‌شده است (۲۵).

پرسشـنامه نشـانه‌های جسـمانی (PHQ-15): ایـن پرسشـنامه ۱۵ سـؤالی بـرای انـدازه‌گیری نشـانه‌های بـدنی و غربالگری علائم نشـانه‌های بـدنی طراحـی شـد. ایـن مقیـاس قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علامت بدنی آزاردهنده را می‌پرسد. ۱۴ مورد از این ۱۵ موارد، شایع‌ترین نشانه‌های بـدنی اسـت کـه در DSM مطرح‌شـده اسـت (۲۶). پرسشنامه حاضر به‌صورت لیکرت (عدم تجربه درد: نمره صـفرتا تجربه زیاد درد: نمره ۲) نمره گزاری شده است و سؤالات آن در مورد تجربه درد یـا اخـتلال جسـمی در طـول ۴ هفتـه گذشـته می‌باشد. نمره کمتر از ۴ ابتلای خیلی کـم، بـین (۵-۹) ابـتلای کم، بین (۱۰-۱۴) ابتلای متوسط و نمره (۱۵-۳۰) ابتلای شدید به نشانه بدنی را نشان می‌دهد(۲۷). آلفـای کرونبـاخ بـرای ایـن پرسشنامه ۷۹/. گزارش گردید (۲۸). هنجاریابی ایـن پرسشـنامه در ایران توسط عبدالمحمدی و همکاران صـورت گرفتـه اسـت. روایـی همزمـان ایـن پرسشـنامه بـا مقیـاس جسـمانی سـازی پرسشـنامه SCL-90 ۰/۷۴ می‌باشـد. و همسـانی درونـی ایـن پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش‌شده است (۲۹).

پرسشنامه نشانه‌های بدنی سنجش مـلاک B (SSD-12): مقیاس سنجش نشـانه‌های بـدنی در سـال ۲۰۱۶ توسـط توسینت و همکاران ساخته‌شده که از ۱۲ آیتم و نحوه پاسخ‌دهی به‌صـورت طیـف لیکـرت از هیچ‌وقـت (۰) تـا خیلـی زیـاد (۴)، تشکیل‌شده است. این ابزار اولین پرسشنامه خود گزارشـی اسـت که ویژگی‌های روان‌شـناختی اخـتلال نشـانه‌های بـدنی کـه در ملاک B آورده شده است را طبق معیارهای پنجمـین راهنمـای تشخیصـــی و آمـــاری اخـــتلالات روانـــی (DSM) می‌سنجد(۳۰).SSD-12 ابزار مفیدی برای تشخیص و سنجش پاسخ‌های درمانی در این اختلال اسـت(۳۱). ارزیابی‌هـای اولیـه نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و پایایی مناسبی را بـرای سنجش‌های بـالینی و روش تحقیـق دارا می‌باشـد. پایـایی ایـن پرسشنامه با روش آلفا کرونباخ ۹۵/. گزارش‌شده اسـت. تحلیـل عاملی تأییدی نیز ساختار سه عاملی را که نشان‌دهنده سه معیـار روان‌شناختی مربوط به افکار و احساسات و رفتار می‌باشد را تأیید می‌کند. نمره کل SSD-12 به‌طور معناداری با نشانه‌های بدنی ۷۳/.، اضطراب سلامت ۶۳/. و علائم افسردگی ۶۴/. ارتباط دارد. بیماران با نمره بالا در SSD-12 اختلالاتی را در زمینه جسمی و روانی گزارش کرده‌اند که نیازمند مراقبت‌های بهداشـتی اولیـه است (توسینت و همکاران،۲۰۱۶). این پرسشنامه توسط محقـق (۳۲)به زبان فارسی ترجمه‌شده است و پایـایی آن از طریـق بـاز آزمون دوهفته‌ای ۸۹/. گزارش‌شده است.

پروتکل درمانی درمـان متمرکـز بـر هیجـان: در ایـن پژوهش جهت انجام این درمان از راهنمای ویژه درمان هیجـان محور گروهی استفاده شد که توسط رابینسون، مککاگ و ویسل در سال ۲۰۱۴ (۳۳)، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقـه‌ای و هفتـه‌ای ۱ بـار ساخته‌شده و تمرکز اصلی این درمان بر الگوی پردازش هیجانی فرد است(۳۴). محتوای این جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: در این جلسه پس از ایجاد ارتباط درمانی ایمن از طریق همدلی، آموزش روانی در رابطه با چیستی هیجـان، انـواع هیجان، هیجان‌هـای اولیـه و ثانویـه، نتیجـه اجتنـاب از تجربـه هیجانی، اهمیت بیان نیازهـای بـین فـردی و چگـونگی ایجـاد آسیب هیجانی به‌صورت گروهی مطرح شد.

جلسه دوم: اختصاص مدت‌زمان کوتـاهی به‌اضـافه کـردن و تصحیح اطلاعات اعضای گروه در مورد هیجان. پس‌ازآن، جهت ایجاد فهم عمیق‌تر نسبت به آموزش‌هـای ارائه‌شـده، از اعضـای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

گروه خواسته شد تا در ارتباط با مشکل کنونی خود، مثال‌هایی را مطرح کنند. در گام بعدی، افراد با استفاده از اطلاعات خود و بازخورد دیگر اعضای گروه، تجارب هیجانی خود را در این مثال‌ها، هرچند به‌صورت کلی و مبهم، شناسایی کردند. به‌عنوان‌مثال، افراد متوجه شدند که در موقعیت‌های بین فردی خود، احساس‌های منفی مشابهی را تجربه کرده‌اند.

جلسه سوم: در این جلسه برای شناسایی دقیق‌تر و تسهیل بیان هیجان از سوی اعضای گروه، از فن تمرکز بر احساس بدنی استفاده شد. در این روش پس از تمرکز بر تجربه هیجانی که توسط یک عضو مطرح شد، از وی خواسته شد تا به‌جای کاهش و یا اجتناب از هیجان‌های آزاردهنده خود، مدتی با آنها باقی بماند و به مشاهده تأثیر این هیجان‌ها در بدن خود بپردازد. سپس از وی خواسته شد تا مشاهده خود را توصیف کند، مثال بزند و نامی برای هیجان‌های خود انتخاب کند.

جلسه چهارم: در این جلسه جهت دسترسی به هیجان‌های دردناک غیرقابل‌قبول درگذشته مانند ناامیدی، خود تخریبی و تنهایی و همچنین تسهیل تجربه این هیجان‌ها در اعضای گروه، از فن صندلی خالی استفاده شد. برای اجرای این فن، دو صندلی روبه روی‌هم قرار داده شد و سپس یکی از اعضا به‌عنوان فرد دارای هیجان دردناک روی یک صندلی و خود تجربه کننده هیجان‌ها در وی، به‌صورت خیالی، روی صندلی خالی مقابل قرار گرفت و دیگر اعضا به مشاهده دقیق وی پرداختند. سپس از این عضو خواسته شد تا هیجان‌های خود را نمایش دهد و به‌عنوان‌مثال مانند والد سرزنشگر به سرزنش خیالی خود در صندلی مقابل بپردازد. پس از ابراز کامل هیجان، از فرد خواسته شد تا به صندلی مقابل برود و اثر این هیجان را تجربه کند.

جلسه پنجم: هدف این جلسه کاهش هیجان‌های دردناک تجربه‌شده و حل مسائل ناتمام در اعضای گروه بود. جهت نیل به این هدف، از هر عضو خواسته شد که خود یا فرد ایجادکننده این احساس‌های دردناک را به‌طور خیالی در صندلی خالی مقابل قرار دهد و تمام هیجان‌های خود مانند خشم، غم و نفرت را نسبت به فرد موردنظر نمایش دهد. این کار تا زمانی که احساس‌های دردناک فرونشانده شد و تأثیر آن بر مراجع ملایم‌تر شد، ادامه پیدا کرد. بعد از اجرای این فن توسط یک عضو، از دیگر اعضای گروه خواسته شد که در مورد آنچه مشاهده کرده‌اند بازخورد دهند و درنهایت درمانگر به توضیح منطق درمان پرداخت.

جلسه ششم: پس از بیان و تجربه کامل هیجان‌ها، در این جلسه مجدداً از فن صندلی خالی جهت دستیابی به نیازهای ناکام مانده اعضای گروه در تعامل‌های بین فردی، استفاده شد. برای پیشبرد این امر، هر عضو، خود تجربه کننده‌اش را در صندلی خالی، به شکل فرد یا کودکی خیالی در نظر گرفت که برای مدت‌زمانی طولانی، هیجان دردناک شدیدی را تجربه کرده و مورد سرزنش واقع‌شده است. سپس از وی خواسته شد که به صندلی مقابل برود و خود را در غالب این فرد یا کودک قرار دهد و نیازهای نادیده گرفته‌شده وی را مطرح کند. تصویر کودک خیالی به فرد کمک کرد تا راحت‌تر به نیازهای برآورده نشده در روابط با مراقبان اولیه دست پیدا کند. این نیازها معمولاً بر رهایی از هیجان‌های آزارنده و پذیرفته شدن توسط دیگران متمرکز بود.

جلسه هفتم: پس از کشف نیازهای برآورده نشده در اعضای گروه، جهت افزایش میزان خود شفقتی این افراد، از آنها خواسته شد تا به این نیازها به شیوهای دلسوزانه پاسخ دهند. به‌عنوان‌مثال خود را در آغوش بگیرند، با خود به دلیل داشتن این هیجان‌ها درگذشته همدردی و ازاین‌پس از خود مراقبت کنند. این فنون باعث شد تا فرد هیجان‌های جدید و کمتر دردناکی را تجربه کند و به توانایی پردازش درست هیجان‌ها در موقعیت‌های بین فردی دست یابد.

جلسه هشتم: در این جلسه از هر عضو گروه خواسته شد تا احساس‌های خود را نسبت به پایان درمان، تجارب خود در گروه و دیگر اعضا مطرح کند. سپس افراد، به‌عنوان تمرین عملی، این احساس‌ها را بدون اجتناب و به‌طور درست، شناسایی، نام‌گذاری، بیان و تجربه کردند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۹ نفر (۶۰٪) آزمودنی‌های گروه آزمایش از سنین بین ۳۰ تا ۳۹ سال و ۶ نفر (۴۰٪) آنها از سنین بین ۴۰ تا ۵۰ سال بودند. همچنین ۱۰ نفر (۶۶/۶۷٪) آزمودنی‌های گروه کنترل از سنین بین ۳۰ تا ۳۹ سال و ۵ نفر (۳۳/۳۳٪) آنها در سنین بین ۴۰ تا ۵۰ سال بودند؛ و همچنین از بین ۱۵ فرد شرکت‌کننده در گروه آزمایش، ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) دارای تحصیلات در سطح دیپلم و فوق‌دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۶۷٪) در سطح لیسانس و ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) نیز دارای تحصیلات در سطح فوق‌لیسانس بودند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرها و زیرمقیاس های موردمطالعه

گروه	زمان آزمون	متغیر	M	SD	گروه	زمان آزمون	زیرمقیاس	M	SD
آزمایش	پیش‌آزمون	پردازش اطلاعات هیجانی	۹۳/۴۰	۱۵/۲۴	آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	سرکوبی	۱۸/۶۷ ۱۲/۰۱	۴/۴۷ ۲/۶۵
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۱۵/۶۰ ۱۵/۵۲	۳/۶۰ ۳/۵۸
					آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	تجربه هیجانی ناخوشایند	۱۸/۹۳ ۱۲/۶۰	۳/۳۹ ۲/۱۶
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۱۵/۹۳ ۱۵/۸۷	۳/۴۳ ۳/۳۳
	پس‌آزمون		۶۲/۳۳	۹/۴۲	آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	نشانه‌های هیجانی پردازش نشده	۱۸/۸۷ ۱۶/۲۷	۳/۵۴ ۲/۶۳
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۱۶/۱۳ ۱۶/۰۵	۳/۸۳ ۳/۲۹
کنترل					آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	اجتناب	۱۹/۰۷ ۱۳/۳۳	۳/۴۱ ۳/۷۹
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۱۷/۹۳ ۱۷/۶۴	۲/۷۹ ۲/۵۵
	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۸۱/۵۳ ۷۹/۳۴	۱۲/۹۹ ۱۲/۱۸	آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	کنترل هیجانی	۱۷/۸۷ ۱۲/۴۰	۳/۷۲ ۱/۶۸
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۱۵/۹۳ ۱۵/۴۲	۳/۹۰ ۳/۲۱
آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	تحریف‌های شناختی بین فردی	۶۶/۴۰ ۴۴/۹۳	۱۳/۴۲ ۶/۰۱	آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	طرد در روابط بین فردی	۲۷/۲۷ ۱۹/۱۳	۷/۲۵ ۳/۲۰
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۲۴/۱۳ ۲۳/۵۸	۴/۶۰ ۴/۲۲
					آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط	۲۹/۸۰ ۱۹/۶۰	۵/۳۱ ۴/۴۵
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۲۴/۷۳ ۲۴/۱۱	۵/۰۵ ۴/۹۸
کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۵۷/۴۷ ۵۵/۹۱	۱۰/۴۹ ۹/۸۷	آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	سوء ادراک در روابط بین فردی	۹/۳۳ ۶/۶۷	۳/۲۰ ۱/۸۸
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۸/۶۰ ۸/۲۴	۲/۷۲ ۲/۱۳
آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	نشانه‌های بدنی	۳۸/۸۰ ۲۹/۲۰	۹/۴۳ ۳/۷۰	آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	نشانه‌های شناختی	۱۲/۲۰ ۸/۷۳	۲/۸۸ ۱/۲۰
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۱۱/۸۷ ۱۱/۵۸	۲/۷۵ ۲/۳۴
					آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	نشانه‌های هیجانی	۱۳/۸۷ ۸/۵۳	۳/۲۷ ۱/۶۰
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۱۳/۰۷ ۱۲/۹۱	۲/۶۰ ۲/۵۵
کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۳۶/۰۱ ۳۴/۹۸	۷/۷۷ ۷/۲۹	آزمایش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	نشانه‌های رفتاری	۱۲/۷۳ ۸/۲۰	۴/۲۳ ۱/۳۷
					کنترل	پیش‌آزمون پس‌آزمون		۱۱/۰۶ ۱۱/۱۶	۳/۲۱ ۳/۲۵

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

همچنین از بین ۱۵ فرد شرکت‌کننده در گروه کنترل ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) دارای تحصیلات در سطح دیپلم و فوق‌دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) در سطح لیسانس و ۳ نفر (۲۰٪) دارای تحصیلات در سطح فوق‌لیسانس بودند؛ و نیز در این پژوهش در میان شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ازنظر وضعیت تأهل، ۵ نفر (۳۳/۳۳٪) مجرد، ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) متأهل و ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) از همسر خود جداشده بودند. این در حالی بود که در گروه کنترل، ۵ نفر (۳۳/۳۳٪) مجرد، ۹ نفر (۶۰٪) متأهل و ۱ نفر (۶/۶۷٪) نیز از همسر خود متارکه نموده بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و زیرمقیاس های موردمطالعه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره

شاخص آماری	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	*P*	η^2	توان
پردازش اطلاعات هیجانی	سرکوبی	۱۷۱/۰۸۰	۱	۱۷۱/۰۸۰	۸۰/۱۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۷	۰/۹۹۹
	پیش‌آزمون	۱۹۴/۳۰۴	۱	۱۹۴/۳۰۴	۹۱/۰۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۸	۰/۹۹۱
	تجربه‌های هیجانی ناخوشایند	۱۵/۲۲۹	۱	۱۵/۲۲۹	۳/۷۲۹	۰/۰۶۶	۰/۱۴۰	۰/۴۵۶
	پیش‌آزمون	۱۶۵/۲۴۱	۱	۱۶۵/۲۴۱	۴۰/۴۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۸	۰/۹۹۹
	نشانه‌های هیجان پردازش نشده	۸۳/۹۸۷	۱	۸۳/۹۸۷	۷۰/۶۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۴	۰/۹۹۹
	پیش‌آزمون	۲۵/۱۱۵	۱	۲۵/۱۱۵	۲۱/۱۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۹	۰/۹۹۳
	اجتناب	۴۵/۴۸۳	۱	۴۵/۴۸۳	۶/۰۶۷	۰/۰۲۲	۰/۲۰۹	۰/۶۵۵
	پیش‌آزمون	۱۶۹/۰۲۷	۱	۱۶۹/۰۲۷	۲۲/۵۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۵	۰/۹۹۵
	کنترل هیجانی	۶۷/۶۸۳	۱	۶۷/۶۸۳	۱۷/۴۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۲	۰/۹۷
	پیش‌آزمون	۱۱۹/۷۵۱	۱	۱۱۹/۷۵۱	۳۰/۹۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹
تحریف‌های شناختی بین فردی	طرد در روابط بین فردی	۶۶/۰۳۸	۱	۶۶/۰۳۸	۹/۹۰۲	۰/۰۰۴	۰/۲۸۴	۰/۸۵۶
	پیش‌آزمون	۲۸۰/۷۱۳	۱	۲۸۰/۷۱۳	۴۲/۰۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۷	۰/۹۹۹
	انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط	۱۱۴/۲۴۰	۱	۱۱۴/۲۴۰	۹/۹۸۹	۰/۰۰۴	۰/۲۸۵	۰/۸۵۹
	پیش‌آزمون	۴۱۸/۵۷۷	۱	۴۱۸/۵۷۷	۳۶/۶۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۴	۰/۹۹۹
	سوء ادراک در روابط بین فردی	۷۴/۳۵۲	۱	۷۴/۳۵۲	۳۴/۴۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۹	۰/۹۹۹
	پیش‌آزمون	۴۰/۷۲۴	۱	۴۰/۷۲۴	۱۸/۸۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۰	۰/۹۸۶
نشانه‌های بدنی	نشانه‌های شناختی	۳۶/۷۳۲	۱	۳۶/۷۳۲	۱۱/۸۷۳	۰/۰۰۲	۰/۳۲۲	۰/۹۱۲
	پیش‌آزمون	۸۴/۵۷۹	۱	۸۴/۵۷۹	۲۷/۳۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۲	۰/۹۹۹
	نشانه‌های هیجانی	۲۰/۶۲۰	۱	۲۰/۶۲۰	۷/۸۷۷	۰/۰۱۰	۰/۲۴۰	۰/۷۷۰
	پیش‌آزمون	۱۵۶/۵۸۲	۱	۱۵۶/۵۸۲	۵۹/۸۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۵	۰/۹۹۹
	نشانه‌های رفتاری	۴۵/۶۶۵	۱	۴۵/۶۶۵	۱۳/۸۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷	۰/۹۴۷
	پیش‌آزمون	۸۹/۲۳۳	۱	۸۹/۲۳۳	۲۷/۰۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۰	۰/۹۹۹

قبل از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیری باید از رعایت مفروضه‌های این آزمون اطمینان حاصل کرد. در پژوهش حاضر، نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کلموگراف-اسمیرنوف (برای همه $P>۰/۰۵$)، همگن بودن واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین (پردازش اطلاعات هیجانی: $F=۱/۴۳۵$، $P=۰/۲۴۱$، تحریف‌های شناختی بین فردی: $F=۲/۸۹۷$، $P=۰/۱۰۰$، نشانه‌های بدنی: $F=۰/۴۴۲$، $P=۰/۵۱۲$) و رعایت مفروضه همگنی شیب‌خط رگرسیون برای تمامی متغیرها ($P>۰/۰۵$) انجام شد که در جداول ۳، ۴ و ۵ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگراف- اسمیرنوف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات کلیه متغیرها در مرحله پیش‌آزمون

متغیر	گروه	آماره	df	*p*
پردازش اطلاعات هیجانی	آزمایش	۰/۱۷۶	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۲۱۶	۱۵	۰/۰۵۷
تحریف‌های شناختی بین فردی	آزمایش	۰/۱۷۳	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۲۲	۱۵	۰/۲۰۰
نشانه‌های بدنی	آزمایش	۰/۱۷۴	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۳	۱۵	۰/۱۳

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

جدول٤. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها

متغیرهای پژوهش	F	df1	df2	p
پردازش اطلاعات هیجانی	۱/۴۳۵	۱	۲۸	۰/۲۴۱
تحریف‌های شناختی بین فردی	۲/۸۹۷	۱	۲۸	۰/۱۰۰
نشانه‌های بدنی	۰/۴۴۲	۱	۲۸	۰/۵۱۲

جدول ۵. نتایج آزمون یکسانی شیب رگرسیون

متغیرهای پژوهش	df	F	p
پردازش اطلاعات هیجانی	۲	۱/۷۷۰	۰/۱۲۷
تحریف‌های شناختی بین فردی	۲	۱/۰۴	۰/۲۰۱
نشانه‌های بدنی	۲	۲/۱۱۶	۰/۴۸۸

در این پژوهش اثر پیش‌آزمون با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس در پس‌آزمون کنترل گردیده است. علاوه بر آن سایر متغیرهای ناخواسته نیز با توجه به‌گزینش تصادفی نمونه‌گیری و گمارش تصادفی کنترل‌شده است.

با توجه به جدول ۲ و ۶ می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین دو گروه در پردازش اطلاعات هیجانی، تحریف‌های شناختی بین فردی و نشانه‌های بدنی وجود دارد و میانگین نمرات گروه آزمایش در این متغیرها به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر درمان هیجان مدار بر کاهش پردازش اطلاعات هیجانی، تحریف‌های شناختی بین فردی و علائم بیماران دارای نشانه‌های بدنی انجام شد. همان‌طور که یافته‌ها نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه تحت درمان نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار روش درمانی مؤثری برای بیماران با نشانه‌های بدنی است. با مرور پیشینه‌های پژوهش تاکنون پژوهشی یافت نشد که اثربخشی این درمان را برای نشانه‌های بدنی بررسی کرده باشد ولی به‌طور کل اثربخشی این درمان در انواع مشکلات به‌طور مثال اضطراب و افسردگی در زنان مبتلابه سرطان سینه(۳۵)، فیبرومایالژیا (۳۶)، دیابت نوع دوم(۳۷)و روده تحریک‌پذیر(۳۸)و سایر اختلالات روانی مورد تأیید قرارگرفته و همه این پژوهش‌ها خواستار بررسی این درمان در سایر اختلالات روان‌شناختی بودند.

بر اساس نتایج، درمان هیجان مدار باعث کاهش پردازش اطلاعات هیجانی و مؤلفه‌های آن در افراد با نشانه‌های بدنی شد، که این نتایج همسو با مطالعاتی است که پردازش اطلاعات هیجانی و مسائل مرتبط با آن را با نشانه‌های بدنی در ارتباط می‌دانند و درمان هیجان مدار و سایر مداخلات مربوط به تنظیم هیجان را در بهبود پردازش اطلاعات هیجانی مؤثر می‌دانند(۳۵, ۳۶, ۳۹, ۴۰). تبیین بر این اساس است که مهار مزمن هیجانات موجب انباشته شدن تنش جسمانی خواهد شد که در مشکلات سلامتی و اضطراب یا خشم غیر انطباقی نقش دارد (۴۱). ازلحاظ آسیب‌شناسی روانی، بیمارانی که مبتلابه نشانه‌های بدنی هستند از نارسایی تنظیم هیجان و ناپایداری هیجانی مزمن رنج می‌برند و اغلب بینشی در مورد جنبه‌های روان‌شناختی اختلال خود ندارند و این مسئله مانع از درمان‌های مناسب روانی، جسمانی و دارویی می‌شود (۴۲). در درمان هیجان مدار از طریق تکنیک‌های کاوش همدلانه به بیمار کمک می‌شود تا ابتدا به روایت خود وصل شود و ازآنجایی‌که در این درمان هیجان بدون روایت و روایت بدون هیجان معنا ندارد تلاش می‌شود که با تکنیک‌های تمرکز بر هیجان و برگرداندن توجه مراجع به سمت تغییرات بدنی ایجادشده، برانگیختگی هیجانی مناسبی را در وی ایجاد کرد تا از این طریق حافظه رویدادی مراجع فعال‌شده و تجربه خود را مجدداً در فضای امن درمانی تجربه کند. سپس از طریق طی کردن مسیر چرخه پردازش هیجانی ابتدا نسبت به هیجان خودآگاه شود، سپس آن را تجربه و ابراز کند و در صورت عدم تنظیم بودن، با کمک درمانگر و از طریق تکنیک‌های مثل خود تسکینی تنظیمی، هیجان تنظیم شود و پس‌ازآن فرد از طریق تأمل بر تجربه هیجانی‌اش معنای آن تجربه را تمام و کمال بفهمد و پس‌ازآن اگر تجربه هیجانی متناسب با بافت بود، بسط داده می‌شود و اگر نبود از طریق تکنیک‌های مثل خود تسکینی تبدیلی (برای مثال تصور خود آسیب‌پذیر در صندلی مقابل و تجربه‌ی شفقت به خود به‌جای سرزنش خود) و یا از طریق تکنیک‌های صندلی خالی و دو صندلی، تبدیل می‌شود و هیجان اصلاحی مجدداً تجربه و تثبیت می‌شود. انجام این روند، حتی باعث کاهش مؤلفه‌های پردازش اطلاعات هیجانی می‌شود. در این درمان مراجع از طریق تسهیلگری درمانگر به ابراز هیجانات آسیب‌زای خود که همواره برای آنها طرد یا بی‌اعتبار می‌شده می‌پردازد و درنتیجه این کار

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

میزان مؤلفه سرکوبی، تجربه هیجانات ناخوشایند، هیجانات پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی کاهش می‌یابد.

افراد مبتلابه اختلال نشانه‌های بدنی حساسیت بیشتری نسبت به هیجانات منفی دارند و درنتیجه در روابطشان اعتماد کمتری به دیگران دارند.(۹)بر اساس نتایج این پژوهش، درمان هیجان مدار منجر به کاهش تحریف‌های شناختی بین فردی و مؤلفه‌های آن در افراد با نشانه‌های بدنی شد، که این نتایج همسو با مطالعاتی است که تحریف‌های شناختی بین فردی را در ارتباط با نشانه‌های بدنی می‌دانند و درمان هیجان مدار یا سایر مداخلات مبتنی بر هیجان را در بهبود تحریف‌های شناختی بین فردی مؤثر می‌دانند (۷, ۴۳-۴۵). در تحریف‌های بین فردی، افراد به افکار غلط و غیرعقلانی می‌پردازند و به عبارتی دچار تحریف‌هایی چون طرد در روابط بین فردی، انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط ،تعمیم افراطی و... هستند که در این افکار منفی ردپای اسنادهای درونی پایدار و غیرقابل‌کنترل را می‌توان دید که به منبع نگرانی و تضاد در زندگی تبدیل و باعث نقص بیشتر در سازگاری افراد در موقعیت‌های پرفشار می‌گردد. افرادی که دچار انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط خود هستند، به‌صورت مکرر دچار هیجان‌های منفی خواهند شد و با ربط دادن این باورها به شرایط و وضعیت‌های دشوار زندگی، باعث به وجود آمدن مشکلات هیجانی می‌شوند (۴۶) این‌گونه تحریف در شناخت افراد می‌تواند زمینه‌ساز انتظارات غیرواقع‌بینانه، طرد و درک نادرست در روابط بین فردی شود. در درمان هیجان مدار به‌طور اخص برای مشکلات بین فردی با استفاده از تکنیک صندلی خالی به فرد کمک می‌شود تا تجربه هیجانی دردناک خود را در ارتباط با فرد موردنظر (دیگری مهم زندگی) مجدداً تجربه کند و سپس تمام و کمال تجربه خود را متوجه شود و معنای آن را درک کند. در این تکنیک مراجع دیگری مهمی را که یا او را در رابطه طرد کرده و یا نیازی از وی را که یابد در زمان به خصوصی برآورده می‌شده، برآورده نکرده است، در مقابل خود تصور می‌کند. پس‌ازآن خشم خود را به دیگری مهم به خاطر آسیب‌هایی که به وی زده ابراز می‌کند و سپس هیجان زیرین خشم یعنی غم را به علت آنچه ازدست‌داده تجربه کرده و سوگواری می‌کند و سپس به آرامش می‌رسد. همچنین اگر در رابطه انتظار غیرواقع‌بینانه‌ای داشته باشد آن را متوجه می‌شود که داشتن آن انتظار از طرف مقابل درست نبوده و وی نمی‌تواند برای رفع آن نیاز فرد ،کاری کند زیرا مراجع در این تکنیک شرایط طرف مقابل، زندگی او و امکانات و تلاش‌های وی را نیز مشاهده می‌کند. حال یا فرد، طرف مقابل را رها می‌کند و به دنبال منبع جایگزین برای رفع نیازش می‌گردد و یا وی را می‌بخشد و رها می‌کند و به این طریق میزان مؤلفه انتظارات غیرواقع‌بینانه از تحریف‌های شناختی بین فردی کاهش می‌یابد. در حالت دیگر ممکن است فرد به این نتیجه برسد که ادراک اشتباهی در رابطه‌اش از فرد مقابل داشته و بسیاری از جاها دچار خطای شناختی بوده در این حالت متوجه اشتباه خود در آن رابطه می‌شود همه این موارد می‌تواند به کاهش تحریف‌های شناختی بین فردی و مؤلفه‌های آن با استفاده از درمان هیجان مدار منجر شود.

در آخر بر اساس نتایج، می‌توان تبیین کرد که درمان هیجان مدار منجر به کاهش علائم بدنی و مؤلفه‌های آن در افراد با نشانه‌های بدنی شد، که این نتایج همسو با مطالعاتی است که درمان هیجان مدار یا سایر مداخلات مبتنی بر هیجان را در ارتباط با نشانه‌های بدنی و مؤثر بر آنها می‌دانند (۳۵, ۳۹, ۴۳, ۴۷). درواقع می‌توان گفت که نشانه‌های بدنی نوعی اختلال در بیان و تنظیم هیجان است و افرادی که نمی‌توانند هیجان خود را تنظیم نمایند درواقع واکنش‌پذیری فیزیولوژیکی را در خود افزایش می‌دهند. همچنین ازآنجایی‌که در اکثر فرهنگ‌ها نسبت دادن مشکلات هیجانی و روانی مثل اختلال علائم بدنی به جسم بیشتر موردپذیرش است تا روان، بنابراین این افراد تمامی مشکلات خود را به جسم نسبت می‌دهند درصورتی‌که عمده مشکل این افراد مشکلاتی روانی و اختلال در بروز هیجانات و تجربه درست آنچه با آن مواجه‌اند است (۴۸). همچنین افراد مبتلابه نشانه‌های بدنی طبق نظریه روان تحلیلی به‌شدت از سرکوبی هیجانات و مکانیزم های دفاعی استفاده می‌کنند تا احتمالاً از اضطراب‌ها رهایی یابند(۴۹). همچنین طبق نظریه یادگیری این افراد برای اجتناب از انجام مسئولیت‌هایشان نیز ممکن است نقش بیمار را به خود بگیرند زیرا فرد با علائم جسمانی بیشتر همدلی دریافت می‌کند(۴۹). به عقیده درمان هیجان مدار افراد ممکن است یک اختلال شبیه به هم را تجربه کنند اما علت و معنای آن برای افراد متفاوت باشد بنابراین در درمان هیجان مدار ابتدا با کاوش همدلانه تلاش می‌شود تا معنای علائم و دید فرد نسبت به علائم (مثلاً فاجعه‌آمیز بودن) کاوش شود. پس‌ازآن احتمالاً به موضوعات دیگری خواهیم رسید، مثل دوپارگی خود (خود و خودنگران)که تکلیف آن مکالمه دو صندلی است. پس از انجام این تکلیف "خود" در مراجع قوی و یکپارچه می‌شود. ممکن است پس‌ازاینکه "خود"

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

در مراجع قوی شد به نشانگر تروما برسیم و روی آن کارکنیم .در حیطه‌ی هیجانی نشانه‌های بدنی ازآنجایی‌که این افراد عموماً اضطراب زیادی را در ارتباط با نشانه‌های بدنی‌شان تجربه می‌کنند ما در درمان هیجان مدار سعی می‌کنیم این افراد از اضطراب خود درباره نشانه‌های بدنی صحبت کنند. طبق این رویکرد بیان هیجان و به کلام و نماد درآوردن آن از طریق فرآیندهای چرخه پردازش هیجانی و طرح هیجانی می‌تواند فرد را نسبت به هیجان خود ابتدا آگاه کرده و در کنار انجام تکالیفی که در بالا بیان شد میزان هیجان‌های منفی را در این افراد کاهش دهد. در حیطه رفتاری نشانه‌های بدنی می‌توان گفت از طریق تنظیم و سپس تعدیل هیجانات و همچنین تغییر در حیطه شناخت به شیوه‌هایی که بیان شد می‌توان تغییر را در رفتار فرد مشاهده نمود زیرا وقتی معنا برای فرد تغییر کند به تبعه آن فرد هیجان متفاوت را تجربه می‌کند و درنتیجه شاهد رفتار متفاوتی هم از وی خواهیم بود. در آخر با تغییر مجموعه این مؤلفه‌ها می‌توان باعث کاهش علائم نشانه‌های بدنی شد.

درنهایت می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمانگران می‌توانند از درمان هیجان مدار به‌عنوان یکی از جدیدترین اشکال درمان‌های متمرکز بر هیجان و تجربه‌گرا برای کاهش نشانه‌های بدنی و متغیرهای هیجانی مربوط به آن مثل پردازش اطلاعات هیجانی و همچنین متغیرهای شناختی مربوط آن مثل تحریف‌های شناختی بین فردی استفاده کنند. به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر در سطح عملی و بالینی می‌توانند به متخصصان بالینی در درمان مؤثرتر و کامل‌تر نشانه‌های بدنی کمک نماید. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه آماری این پژوهش به افراد ۳۰ تا ۵۰ سال با نشانه‌های بدنی و تک جنسیتی بودن آن اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را دشوار می‌کند. محدودیت دیگر فقدان زمان کافی برای انجام آزمون پیگیری جهت بررسی ماندگاری مداخله درمانی بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگتر و وجود دوره‌های پیگیری جهت بررسی ماندگاری این اثر استفاده شود. درنهایت به‌منظور سنجش متغیرها فقط از پرسشنامه استفاده شد که این نیز به‌نوبه خود نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تقدیر و تشکر

در آخر از همکاری کلیه مراجعان شرکت‌کننده در این پژوهش و جناب آقای دکتر حمید افشار و کادر محترم کلینیک آسمان به مدیریت جناب آقای دکتر حامد نصیری کمال تشکر و سپاس راداریم. مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه و دارای کد اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1400.005 می‌باشد.

References

1. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. Journal of Psychosomatic Research. 2007;62(2):167-78.
2. 2. Hamamci Z, Büyüköztürk Ş. The Interpersonal Cognitive Distortions Scale: Development and Psychometric Characteristics. Psychological Reports. 2004;95(1):291-303.
3. 3. Castiello d'Antonio A. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock & Pedro Ruiz (editors), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Fo. Psicoterapia e Scienze Umane. 2013;47(1):127-30.
4. 4. Glise K, Ahlborg G, Jonsdottir IH. Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age matter. BMC Psychiatry. 2014;14(1):118.
5. 5. Ellis A. The nature of disturbed marital interaction. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2003;21(3-4):147.
6. 6. Butzer B, Kuiper NA. Relationships between the frequency of social comparisons and self-concept clarity, intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. Personality and Individual Differences. 2006;41(1):167-76.
7. 7. Ashori A, Ebrahimi MI, Ghasemipour Y. Comparison the level of cognitive distortion and life quality in the people with chronic pain, people with non-chronic pain and the habitual. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2019;62(5):1723-32.
8. 8. Dolan RJ. Emotion, cognition, and behavior. Science. 2002;298(5596):1191-4.
9. 9. Erkic M, Bailer J, Fenske SC, Schmidt SNL, Trojan J, Schröder A, et al. Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic symptom disorder. Clin Psychol Psychother. 2018;25(1):163-72.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

10.10. Kozlowska K. Healing the disembodied mind: contemporary models of conversion disorder. Harvard review of psychiatry. 2005;13(1):1-13.
11.11. Kozlowska K, Williams LM. Self-protective organization in children with conversion and somatoform disorders. Journal of psychosomatic research. 2009;67(3):223-33.
12.12. Rachman S. Emotional processing. Behaviour research and therapy. 1980;18(1):51-60.
13.13. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychological bulletin. 1986;99(1):20.
14.14. Perry RM, Hayaki J. Gender differences in the role of alexithymia and emotional expressivity in disordered eating. Personality and individual differences. 2014;71:60-5.
15.15. Rabiee F, Ghorbani N, Panaghi L. The relationship of emotional repression and self-control with symptoms. psychologicalscience. 2020;19(92):925-34.
16.16. Davoodi E, Wen A, Dobson KS, Noorbala AA, Mohammadi A, Farahmand Z. Emotion Regulation Strategies in Depression and Somatization Disorder. Psychol Rep. 2019;122(6):2119-36.
17.17. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. Theories of psychotherapy series. Washington, DC: American Psychological Association[Google Scholar]. 2011.
18.18. Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings 2nd ed. Searcy WA, editor. Washington, DC, US: American Psychological Association; Jan 1, 2015.
19.19. Cucu Ciuhan G. Emotion Focused Therapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Clinical Case. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015;205:13-7.
20.20. Ehlers A, Hackmann A, Grey N, Wild J, Liness S, Albert I, et al. A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. American Journal of Psychiatry. 2014;171(3):294-304.
21.21. Paivio SC, Nieuwenhuis JA. Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. Journal of Traumatic Stress. 2001;14(1):115-33.
22.22. Nathana T DM. Working with Emotion in Cognitive-Behavioral Therapy: Techniques for Clinical Practice Kindle, editor: The Guilford Press; 1st edition; November 27, 2014.
23.23. F. B. The effect of hope-based, forgiveness-based interventions, and a combination of the two on marital conflict, interpersonal cognitive distortions of couples seeking divorce in Isfahan. Isfahan: University of Isfahan; 2009.
24.24. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The Emotional Processing Scale: Scale refinement and abridgement (EPS-25). Journal of Psychosomatic Research. 2010;68(1):83-8.
25.25. Lotfi S, Abolghasemi A, Narimani M. A comparison of emotional processing and fear of positive/negative evaluations in women with social phobia and normal women. JSR-E. 2014;14(53):101-11.
26.26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. Psychosomatic medicine. 2002;64(2):258-66.
27.27. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. Psychosomatic medicine. 2007;69(9):881-8.
28.28. Lee S, Ma YL, Tsang A. Psychometric properties of the Chinese 15-item patient health questionnaire in the general population of Hong Kong. Journal of psychosomatic research. 2011;71(2):69-73.
29.29. Abdolmohamadi K, Beirami M, Mohammadzadeh A, Ahmadi E, Hossein Alizade M. Iranian validation of thesomatization inventory (PHQ-15). Int J Psychol Behav Res. 2014;1(4):1-12.
30.30. Toussaint A, Murray AM, Voigt K, Herzog A, Gierk B, Kroenke K, et al. Development and validation of the somatic symptom disorder–b criteria scale (SSD-12). Psychosomatic medicine. 2016;78(1):5-12.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

31.31. Barsky AJ. Assessing the new DSM-5 diagnosis of somatic symptom disorder. Psychosomatic medicine. 2016;78(1):2-4.
32.32. Izadi F, Ashrafi E, Fathi Ashtiani A. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reduction of the Negative Emotional Schemas, Alexithymia and Signs of Patients with somatic Symptoms. mui-jbs. 2019;17(2):232-43.
33.33. Lafrance A, McCague E, Whissell C. "That chair work thing was great": a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2014;13:263-77.
34.34. Lafrance Robinson A, McCague EA, Whissell C. "That chair work thing was great": A pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2014;13(4):263-77.
35.35. Connolly-Zubot A, Timulak L, Hession N, Coleman N. Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2020;50(2):113-22.
36.36. Bowers HM, Pincus T, Jones G, Wroe AL. Investigating the role of beliefs about emotions, emotional suppression and distress within a pain management programme for fibromyalgia. British journal of pain. 2019;13(2):112-20.
37.37. Ahmadi Bajestani S, Asghari EbrahimAbad M, Kimiyayi S, Asghari EbrahiAbad M. The effectiveness of emotionally-focused group therapy on improving emotional expressiveness and sexual functioning of women with type 2 diabetes. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2018;13(50):47-56.
38.38. Haghayegh SA, Adibi P, Davazdahemami MH. Efficacy of emotion focused therapy on quality of life and sleep in irritable bowel syndrome. Govaresh. 2015;20(3):185-92.
39.39. Lumley MA, Schubiner H. Emotional awareness and expression therapy for chronic pain: Rationale, principles and techniques, evidence, and critical review. Current rheumatology reports. 2019;21(7):1-8.
40.40. Hamilton NA, Atchley RA, Boddy L, Benau E, Freche R. Emotion regulation and cognitive control in pain processing. 2018.
41.41. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient education and counseling. 2002;48(2):177-87.
42.42. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). British Journal of General Practice. 2003;53(488):231-9.
43.43. Onur OS, Ertem DH, Karsidag C, Uluduz D, Ozge A, Sıva A, et al. An open/pilot trial of cognitive behavioral therapy in Turkish patients with refractory chronic migraine. Cognitive neurodynamics. 2019;13(2):183-9.
44.44. Konrath S, Grynberg D, Corneille O, Hammig S, Luminet O. On the social cost of interdependence: Alexithymia is enhanced among socially interdependent people. Personality and Individual Differences. 2011;50(2):135-41.
45.45. Walsh SRB. Emotion-focused couples therapy as a treatment of somatoform disorders: An outcome study: Virginia Polytechnic Institute and State University; 2002.
46.46. W D. Recognizing Emotional Problems: From the Perspective of Rational-Emotional Behavior Therapy "Anxiety - Depression - Embarrassment - Guilt - Anger - Annoyance - Resentment": Danjeh; 2012.
47.47. Narges Z, Zolfaghare A, Amir Hossein J, Sima B, Saeed Z, Abas K. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy with Emphasis on the Distress Tolerance and Emotional Regulation on Depression Symptoms in Patients with Psychiatric Disorders. Health Research Journal. 2019;4(4):197-202.
48.48. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. The Canadian journal of psychiatry. 2004;49(10):663-72.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]

49.49. Barrós-Loscertales A, Meseguer V, Sanjuán A, Belloch V, Parcet MA, Torrubia R, et al. Behavioral inhibition system activity is associated with increased amygdala and hippocampal gray matter volume: a voxel-based morphometry study. Neuroimage. 2006;33(3):1011-5.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.6.0]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.60]