

The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Negative Problem Orientation and Emotion Processing Patterns in Female Heads of Household with Somatic Symptoms in Isfahan City

Leila Rezaei Veshareh 

M.A. Student, Department of Clinical Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran. Email: lylyr2013@gmail.com

Fatemeh Izadi 

Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran. (Corresponding author), Email: izadi@iaukhsh.ac.ir

Received: 2025-01-07	Revised: 2025-05-08	Accepted: 2025-11-01	Published: ???-??-??
----------------------	---------------------	----------------------	----------------------

Citation: Rezaei Veshareh, L., & Izadi, F. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Negative Problem Orientation and Emotion Processing Patterns in Female Heads of Household with Somatic Symptoms in Isfahan City. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 15(2), ?-?. doi: 10.22067/tpccp.2025.90974.1724
--

Extended Abstract

Introduction

Women who reside independently and assume responsibility for their own lives are designated as female heads of household in society (Tabrizikahuo et al., 2023). Female heads of household play a pivotal role in ensuring and maintaining their own health as well as the health of their families and communities. This is due to the fact that their health is considered a fundamental concept of socio-economic development and welfare (Parvizy et al., 2013). In a study, Sohrabi et al. posited that female heads of household experience a greater prevalence of physical symptoms in comparison to non-head women (Sohrabi et al., 2019). The findings of studies conducted on welfare clients have demonstrated that 45.7% of individuals exhibit mild levels of chronic pain, while 54.3% manifest moderate to severe levels of this condition (Baghbanzadeh & Safarzadeh, 2022). The manifestation of somatic symptoms is typified by one or more chronic physical symptoms (e.g., physical pain or chronic headache, abdominal symptoms, and fatigue) that are either distressing or cause significant impairment in daily life (Maroti et al., 2021). Negative problem orientation, characterized by a perception of challenges as overwhelming and insurmountable, can lead to a sense of personal inadequacy. This mindset can also engender a perception of the problem as a threat, potentially exacerbating physical symptoms. Therefore, Interventions aimed at modifying this problem-oriented mindset have the potential to alleviate these symptoms (Sherafati et al., 2017). Concurrently, numerous studies have underscored the disruption of emotional systems in physical symptoms (Falahatdoost et al., 2020). Given the emotional nature of physical symptoms and the role of emotion in them, emotion-focused therapy has been used as an important protocol in the treatment of physical symptoms (Shahar, 2020). The objective of this study was to examine the efficacy of emotion-focused therapy on negative problem orientation and emotion processing patterns in female heads of households with somatic symptoms in Isfahan.

Method



©2025The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

The present study was of a quasi-experimental nature, employing a pretest-posttest design with a control group. The statistical population encompassed all female heads of households exhibiting somatic symptoms, aged 33 to 61 years, residing in the urban and suburban areas of Isfahan, and beneficiaries of the Imam Khomeini Relief Committee, Region 2, Region 5, and Rah Zaendegi Clinic (Rose Sefid) of the Imam Khomeini Relief Committee of Isfahan during the period from 2023 to 2024. The instruments utilized in this study encompassed the Criterion B Somatic Symptoms Scale (SSD-12) (Toussaint et al., 2016), the Negative Problem Orientation Questionnaire (NPOQ) (Robichaud & Dugas, 2005), and the Emotional Processing Scale (Baker et al., 2010). In accordance with the established inclusion and exclusion criteria, 36 female heads of households with somatic symptoms in Isfahan were randomly selected and stratified into two experimental (18 people) and control groups (18 people). Initially, the aforementioned questionnaires were administered to both groups in a pretest configuration. Subsequently, the experimental group was administered a therapeutic intervention grounded in the emotion-focused approach (Lafrance, Robinson et al., 2014) over the course of eight weekly 90-minute sessions at the Relief Committee of the second district of Isfahan. In contrast, the control group did not receive any intervention. Following the implementation of the intervention in the experimental group, the instruments were utilized once more in both groups as a post-test, and the pre-test and post-test results of both groups were compared. The data were analyzed using SPSS 23 software and the analysis of covariance method.

Findings

The findings demonstrated that emotion-focused therapy diminished negative problem orientation (0.61), as well as emotion processing patterns (0.77) and its components (suppression [0.30], unpleasant emotional experience [0.62], unprocessed emotional symptoms [0.35], avoidance [0.16], and emotional control [0.12]) in the experimental group. These alterations were statistically significant ($P < 0.05$). Consequently, emotion-focused therapy can serve as an intervention and treatment modality for reducing negative problem orientation, negative processing levels of emotion processing patterns, and its components in female heads of households experiencing somatic symptoms.

Discussion

The findings of the present study demonstrate the efficacy of emotion-focused therapy in reducing negative problem orientation among female heads of households afflicted with somatic symptoms in Isfahan city. This finding aligns with the results reported by Salmanizadeh & Sajjadian (2023), Ghobadi et al. (2017), Tajoddini et al. (2019), and Rodrigues (2016). Emotion-focused therapy, which utilizes and expands upon empathy-based techniques, the experiential focus technique, the unfolding technique, focusing on somatic sensation, and a process of naming emotions when confronted with a problematic situation, has been demonstrated to reduce negative problem orientation. In these therapeutic techniques, following the experience of corrective emotion, the meaning creation occurs, and the client creates a new meaning from that situation. These techniques have been demonstrated to facilitate a positive orientation shift among clients regarding their problem-related beliefs. It is recommended that this treatment be made available to female heads of households who are experiencing somatic symptoms in health centers, counseling centers, and psychological and therapeutic clinics by counselors affiliated with the Imam Khomeini Relief Committee. These counselors will be responsible for providing individual and group counseling activities. This process enables individuals to generate a novel interpretation of

their circumstances in the face of life challenges, as opposed to an emphasis on threats and helplessness. By adopting a positive attitude, they are able to address problems in a constructive manner, which in turn results in a reduction in somatic symptoms. Furthermore, the findings of the present study indicate that emotion-focused therapy is efficacious in altering emotion processing patterns and its components in female heads of households with somatic symptoms in Isfahan. These findings are consistent with the results of Shokrolahi et al. (2023), Artang & Izadi (2022), Zahrabnia et al. (2021), Rezaei Jamaloui & Kenizadeh Hasni (2021), and Falahatdoost et al. (2020). In this therapeutic modality, clients are first made aware of their tendency to suppress or prevent the expression of emotions. Through emotional processing, clients learn to regulate their emotions rather than avoiding them. It is posited that, given the salience of identifying and cognizant engagement with emotions, comprehensive and adequate emotional processing, and its impact on mitigating somatic symptoms, the core techniques and tenets of this therapeutic modality can be structured in the form of educational activities and workshops for individuals. Consequently, the provision of suitable treatment methods aimed at enhancing the capacity to effectively address problems, identify and process emotions, and regulate and be aware of emotions, as opposed to suppressing and avoiding them, is imperative. The present study was conducted with the objective of achieving this objective. In light of the findings from the present study, it can be acknowledged that emotion-focused therapy can be utilized as an effective intervention for the aforementioned components.

Keywords: Emotion-focused therapy, negative problem orientation, emotion processing patterns, female heads of household, somatic symptoms.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

دسترسی آزاد

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان

لیلا رضایی و شاره

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

lylyr2013@gmail.com

فاطمه ایزدی

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

izadi@iaukhsh.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۱۸	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۹/۰۹
استناد: رضایی و شاره، لیلا و ایزدی، فاطمه. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۵(۲)، ۹-۴. doi: 10.22067/tpccp.2025.90974.1724			

هدف:

در نشانه‌های بدنی، علائم فیزیکی متمرکز مداوم، بسیار شایع و پرهزینه هستند و بار سنگینی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کنند و بیش از یک‌سوم بیماران مراقبت‌های اولیه چنین علائمی را دارند. از آنجاکه مشاهدات بالینی این نشانه‌ها را با جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در ارتباط دانسته‌اند، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر جهت‌گیری منفی به مشکل، الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان بود.

روش:

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و روش نمونه‌گیری هدفمند بود. ابزارهای این پژوهش، پرسشنامه‌های نشانه‌های بدنی، جهت‌گیری منفی به مشکل و پردازش هیجانی بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره از طریق SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار موجب کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل (۰/۶۱) و کاهش الگوهای پردازش هیجان (۰/۷۷) و مؤلفه‌های آن (سرکوبی (۰/۳۰)، تجربه هیجانی ناخوشایند (۰/۶۲)، نشانه‌های هیجان پردازش نشده (۰/۳۵)، اجتناب (۰/۱۶) و کنترل هیجانی (۰/۱۲)) در گروه آزمایش شده و این تغییرات از نظر آماری معنادار هستند ($P < ۰/۰۵$)؛ لذا می‌توان از این روش به عنوان یک روش مداخله‌ای و درمانی برای کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل، سطح پردازش منفی الگوهای پردازش هیجان و مؤلفه‌های آن در زنان با نشانه‌های بدنی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، جهت‌گیری منفی به مشکل، الگوهای پردازش هیجان، زنان سرپرست خانوار، نشانه‌های بدنی.

مقدمه

زنانی که به تنهایی زندگی می کنند و مسئولیت زندگی خود را به دوش می کشند، با عنوان زنان سرپرست خانوار در جامعه معرفی می شوند تبریزی کاهو و همکاران (Tabrizikahuo et al., 2023). در دوره کنونی، پدیده زنان سرپرست خانوار در سراسر جهان افزایش یافته است. با توجه به جمعیت و مسکن، تعداد زنان سرپرست خانوار بیش از یک میلیون و ۶۴۱ هزار نفر تخمین زده شده است. از این رو، آن‌ها در میان آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی هستند که با مشکلات و موانع بسیاری در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی خود مواجه هستند خسروی اصل و همکاران (Khosravi Asl et al., 2018). نتایج مطالعات انجام گرفته در مددجویان بهزیستی نشان داده است که ۴۵/۷ درصد افراد در سطح خفیف و ۳/۵۴ درصد آن‌ها در سطح متوسط و شدید ابتلا به دردهای مزمن هستند باغبانزاده و صفرزاده (Baghbanzadeh & Safarzadeh, 2022).

یکی از مشکلات زنان سرپرست خانوار، نشانه های بدنی^۱ است، در سال ۲۰۱۳، انجمن روان پزشکی آمریکا^۲، اختلال نشانه های بدنی را به عنوان یک تشخیص جدید در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی معرفی کرد ادیشن و لو (Edition, 2013; Lowe et al., 2022). نشانه های بدنی با یک یا چند علامت جسمی مزمن (مانند درد جسمی یا سردرد مزمن، علائم شکمی و خستگی) مشخص می شود که ناراحت کننده هستند و یا منجر به اختلال قابل توجه در زندگی روزمره می شوند، همان طور که با پاسخ های شناختی، هیجانی و رفتاری نامتناسب و ناکارآمد نشان داده می شود. شیوع آن در جمعیت عمومی ۵-۷٪ و در مراقبت های اولیه ۱۷٪ تخمین زده می شود و دوره بسیار مزمنی دارد، بیش از ۹۰٪ از این بیماران علائم را طولانی تر از ۵ سال گزارش می کنند ماروتی و همکاران (Maroti, Ek, et al., 2021). در اغلب موارد سطوح بالایی از مراقبت پزشکی توسط این افراد مورد استفاده قرار می گیرد که ندرتاً موجب تسکین دغدغه های بیمار می گردد. در نتیجه بیمار ممکن است به دنبال درمان توسط پزشکان متعدد برای همان علائم باشد. این افراد اکثراً به مداخلات طبی پاسخ نمی دهند و مداخلات جدید ممکن است فقط موجب تشدید تظاهر علائم گردد، زن‌ها نسبت به مرد‌ها تمایل بیشتری برای گزارش این علائم دارند و احتمالاً شیوع آن در زن‌ها بالاتر است ادیشن (Edition, 2013).

جهت گیری منفی به مشکل، یکی از متغیرهایی است که در نشانه های بدنی بررسی شده است، دزوریلا و گولدفرد (D'zurilla & Goldfried, 1971) جهت گیری به مسئله را به عنوان یک گام اساسی در حل مؤثر

^۱ . Somatic symptom

^۲ . American Psychiatric Association (APA)

مسئله در نظر گرفتند که نشان دهنده پذیرش مشکلات به عنوان یک بخش عادی از زندگی و اطمینان به توانایی فرد برای واکنش و مقابله مؤثر است دیوی و همکاران، دوگاس و همکاران، لیرا و نیومن، رایشو و دوگاس (Davey et al., 1992; Dugas et al., 1998; Llera & Newman, 2023; Robichaud & Dugas, 2005). جهت گیری حل مسئله ممکن است روابط میان درد و عملکرد را تعدیل کند. جنسن و همکاران (Jensen et al., 1991) از مروری بر مطالعات تجربی ارزیابی استراتژی های مقابله برای سازگاری با درد مزمن به این نتیجه رسیدند که درد مزمن با احساس کنترل بیشتر بر درد، ناتوانی کم تری را به وجود می آورد که باعث می شود فرد درد را شدید نداند و از فاجعه سازی در مورد وضعیت خود اجتناب کند شاو و همکاران (Shaw et al., 2001). شواهد بیانگر این است که نه تنها مهارت های حل مسئله، بلکه جهت گیری شناختی که افراد نسبت به مدیریت مسئله انتخاب می کنند، با مشکلات روانشناختی در ارتباط است تاج الدینی و همکاران (Tajoddini et al., 2019). جهت گیری منفی به مسئله، یک بعدی از جهت گیری مسئله است که مایدیو - اولیواریس و دزوریلا (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996) می تواند به عنوان مانعی برای راه حل مشکل فعال و در نتیجه، مانع مهمی برای مدیریت یا به حداقل رساندن علائم اولیه یا نشانه های پریشانی روانی درک شود. برای بهبود نتایج سلامت روانی، مهم است که مؤلفه های فعال مداخلات مؤثر برای تعیین چگونگی کار این مداخلات مهار شوند. واضح است که جهت گیری منفی به مسئله مانع بزرگی برای علامت بیماری است که باید آن را درک کرد کلارک و همکاران، ویلسون و هیوز (Clarke et al., 2017; Wilson & Hughes, 2011).

الگوهای پردازش هیجان، یکی دیگر از متغیرهایی است که با نشانه های بدنی در ارتباط است، پردازش هیجانی، فرایندی است که از طریق آن آشفتگی های هیجانی جذب می شوند و به حدی کاهش می یابند که سایر تجربه ها و رفتارها می توانند بدون اختلال ادامه یابند نوربالا تفتی و همکاران (Noorbala Tafti et al., 2018). مطالعات متعددی وجود دارند که بر اختلال سیستم های هیجانی در علائم جسمانی تأکید دارند. این مطالعات موارد فاجعه باری و نشخوار فکری، سرکوب هیجانی، ناتوانی در تنظیم مثبت هیجانات، عدم تعادل در برانگیختگی هیجانی، اختلال در توانایی در آگاهی هیجانی و اختلال در تنظیم هیجانی را در افراد با علائم جسمانی نشان داده اند فلاحی دوست و همکاران (Falahatdoost et al., 2020). الگوهای پردازش هیجان شامل سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی می باشد. سرکوبی به معنای عدم بیان و ابراز هیجان می باشد، تجربه هیجانی ناخوشایند به معنای تجاربی هستند که بار عاطفی منفی برای فرد به همراه داشته و باعث آشفتگی های روانی در وی شده اند، هیجانات زمانی که به خوبی پردازش نشوند برای ما مزاحمت و آشفتگی روانی ایجاد می کنند، از نظر باکر کنترل هیجانی یکی از

سبک های سطح کنترل و بیان هیجانات است که فرد هیجانات خود را بسیار کنترل شده ابراز می کند باکر و همکاران (Baker et al., 2007).

جهت گیری منفی به مشکل، باعث می شود شخص مشکل را فاجعه تلقی کند، برای حل مشکل خود را ناتوان بداند، مشکل را به صورت خطر یا تهدید در نظر بگیرد، لذا انجام مداخلاتی که بر کاهش جهت گیری منفی به مشکل مؤثر باشد، می تواند منجر به کاهش علائم جسمانی شود، چرا که این علائم جسمانی برای بیماران به حدی آزاردهنده هستند، که منجر به مراجعه آن ها به متخصصانی به جز متخصصان بهداشت روان می شود شرافتی و همکاران (sherafati et al., 2017). همچنین برای حمایت از توسعه بیشتر درمان های متمرکز بر هیجان برای نشانه های بدنی، لازم است درک عمیق تری از اختلالات پردازش هیجان در این بیماران به دست آوریم شنابل و همکاران (Schnabel et al., 2022).

ماروتی، لیوتسون و همکاران (Maroti, Ljótsson, et al., 2021) طی پژوهشی مطرح کرده اند، علائم هیجانات پردازش نشده و تجربه عاطفی توسعه نیافته - به طور منحصر به فردی با کاهش علائم جسمانی مرتبط بودند. این تجزیه و تحلیل میانجی اولیه نشان می دهد که پردازش هیجانی بهبود یافته با تغییر در علائم جسمی مرتبط است. مطالعه ی طولی باورز و همکاران (Bowers et al., 2019) طی پژوهشی مطرح کرده اند، سرکوب هیجانی و پردازش هیجانی ممکن است در بهبود پریشانی پس از درمان افراد مبتلا به فیبرومیالژیا نقش داشته باشد. موسکاتلو و همکاران (Muscatello et al., 2016) اذعان کردند، الگوهای هیجانی نقش کلیدی در تأثیر گذاری بر عملکردهای اتونومیک، التهابی و اندوکرینی در سندرم روده تحریک پذیر دارند. ربیعی و همکاران (Rabiee et al., 2020) طی پژوهشی اذعان کردند که، نشانه های بیماری با فرونشانی، هیجانات تنظیم نشده، تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجانات پردازش نشده دارای قدرت پیش بینی کنندگی نشانه های بیماری اند، نتایج این پژوهش بر رابطه اخلاص در پردازش هیجانی و نشانه های بیماری صحت گذاشتند. اوکور گونی و همکاران (Okur Güney et al., 2019) طی پژوهشی مطرح کردند که، بین نشانه های بدنی و اختلالات در تنظیم و پردازش هیجان ارتباط وجود دارد، این بیماران تعامل کم تری با محتوای شناختی هیجانات خود نشان می دهند. از سوی دیگر به نظر می رسد که اجزای تشکیل دهنده ی بدن در اختلالات تنظیم هیجان یک الگوی بیش از حد واکنشی را به تصویر می کشند، بیماران تمایل دارند با مشکلاتی در جدا کردن انعطاف پذیر توجه (خود به خودی) خود از مواد هیجانی مواجه شوند. چانگ (Chang, 2017) در طی پژوهشی مطرح کردند که، هیجان ناسازگار، به شدت در جهت گیری منفی به مشکل دخیل است. چانگ و همکاران (Chang et al., 2020) در پژوهش خود نشان داده اند که، جهت گیری منفی

به مشکل، در پیش بینی هیجانات ناسازگار مفید خواهد بود، همچنین اذعان کرده اند که، به مداخلاتی نیاز است که جهت گیری منفی به مشکل را کاهش دهند تا از توسعه هیجانات ناسازگار جلوگیری شود.

آرتنگ و ایزدی (Artang & Izadi, 2022) در پژوهش خود نشان دادند که، درمان هیجان مدار موجب کاهش سطح پردازش منفی اطلاعات هیجانی و مولفه های آن و علائم نشانه های بدنی در زنان با نشانه های بدنی شده است. فاضلی ثانی و همکاران (Fazeli sani et al., 2021) اذعان کردند، درمان متمرکز بر هیجان در درمان مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به اختلال درد اثربخش است. شیخان و گودرزی (Sheykhani & Goudarzi, 2024) طی پژوهشی مطرح کرده اند، که درمان هیجان مدار بر دشواری در تنظیم هیجان و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تأثیر دارد. قبادی و همکاران (Ghobadi et al., 2017) طی پژوهشی مطرح کرده اند که، آموزش گروهی مبتنی بر نظریه عقلانی-هیجانی - رفتاری منجر به کاهش جهت گیری منفی به مشکل می شود. رودریگز (Rodrigues, 2016) طی پژوهشی اذعان کردند که، بین تنظیم هیجان، جهت گیری منفی به مشکل رابطه معناداری وجود دارد. تاکور و همکاران (Thakur et al., 2017) طی پژوهشی مطرح کرده اند که، آموزش مختصر آگاهی هیجانی که تروما و تعارضات هیجانی را هدف قرار می داد علائم جسمانی را کاهش داد. بورسما و همکاران (Boersma et al., 2019) طی پژوهش خود بیان کردند که، درمان متمرکز بر هیجان بر فاجعه سازی درد (یک جهت گیری منفی اغراق آمیز نسبت به درد، که ترس و ناراحتی را تحریک و همچنین درک درد را افزایش می دهد) و تداخل درد در بیماران با تجربه ی درد مزمن همراه با مشکلات هیجانی، اثربخشی معنادار و پایدار دارد. رحمان نژاد سراپی و جعفری (Rahmannezhad Sarabi & Jafari, 2023) در پژوهشی مطرح کردند که، درمان هیجان مدار می تواند شکایات روان تنی، دشواری در شناسایی هیجانات، دشواری در توصیف هیجان ها را کاهش دهد. همایونی و همکاران (Homayouni et al., 2022)، طی پژوهش خود اذعان کردند که، درمان هیجان مدار در بیماران مبتلا به درد مزمن، در بهبود متغیرهای اجتناب تجربی، تنظیم شناختی هیجان و فاجعه آمیز کردن درد اثربخش است.

به دلیل ماهیت هیجانی نشانه های بدنی و این که هیجان در آن نقش دارد، درمان هیجان مدار به عنوان پروتکل مهم در درمان نشانه های بدنی استفاده شده است، به عنوان یک درمان فراتشخیصی، درمان هیجان-مدار، بر این فرض استوار است که هیجانات منابع اساساً تطبیقی در عملکرد سالم انسان هستند و دسترسی، فعال کردن و پردازش مؤثر هیجانات برای نتیجه موفقیت آمیز در روان درمانی بسیار مهم هستند. هدف اصلی درمان هیجان مدار کمک به بیماران برای کسب آگاهی بهتر از هیجانانشان، برچسب زدن آن ها در کلمات،

یادگیری تنظیم بهتر آن‌ها، پذیرش آن‌ها، تحمل آن‌ها و درک آن‌ها است، به طوری که بتوان از اطلاعات تطبیقی آن‌ها استفاده کرد. هنگامی که هیجانات در نتیجه تروما ناسازگارانه می‌شوند، هدف درمانی دسترسی و فعال کردن خاطرات طرحواره‌ای احساسات ناسازگارانه مبتنی بر تروما به منظور تبدیل آن‌ها است شاهر (Shahar, 2020). درمان متمرکز بر هیجان از سنت فرد محور و به ویژه شاخه تجربی آن پدیدار شد الیوت و گرینبرگ (Elliott & Greenberg, 2016). درمان متمرکز بر هیجان، رویکردی انسانی، مبتنی بر نشانه و مبتنی بر شواهد است که بر ردیابی لحظه به لحظه تجربه هیجانی مراجع تأکید دارد رابینسون و الیوت (Robinson & Elliott, 2017). درمان متمرکز بر هیجان، یک درمان تجربی است که در آن، مولفه‌های تمرین‌های گشتالشی پرلز و درمان فرد مدار راجرز، با درمان هیجانی و فرادمان سازه‌ای دیالکتیکی یکپارچه شده است شعر باقچی و طباطبایی حسینی (Shaerbagchi & Tabatabai Hosseini, 2019) که در اوایل دهه ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ ابداع شد ابراهیمی چشمه سفید و خدا بخش، گرینبرگ و جانسون (Ebrahimi Cheshmeh Sefid & Khodabakhsh, 2020; Greenberg & Johnson, 1998) به دلیل ماهیت هیجانی نشانه‌های بدنی و این که هیجان در آن نقش دارد، درمان هیجان مدار به عنوان پروتکل مهم در درمان نشانه‌های بدنی استفاده شده است.

باتوجه به ماهیت مزمن نشانه‌های بدنی، شیوع بالای آن، غیر قابل توجه بودن نشانه‌ها از لحاظ پزشکی، ناتوانی افراد در درک و بیان احساسات و تفسیر نادرست جنبه‌های فیزیولوژیکی برانگیختگی عاطفی به عنوان نشانه‌های بدنی و همچنین مشکلات این افراد در شناسایی و ابراز هیجانات، پاسخ‌های شناختی، هیجانی و رفتاری نامتناسب و ناکارآمد و همچنین اختلال قابل توجه در زندگی روزمره همراه با صرف وقت و انرژی زیاد، درک و درمان نشانه‌های بدنی و متغیرهای دخیل در آن از یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش‌روی متخصصان بهداشت روان می‌باشد، همچنین باتوجه به افزایش جمعیت زنان سرپرست خانوار، آسیب‌پذیری بالای آن‌ها و درصد بالای احتمال ابتلا به دردهای مزمن در آن‌ها و در این راستا بر اساس آنچه بیان شد، باتوجه به آن که افراد با نشانه‌های بدنی در درک، شناسایی، پردازش، ابراز هیجانات، آگاهی از هیجانات، پاسخ به آن‌ها و تنظیم هیجانات خود، مشکل دارند و از آنجایی که هدف اصلی درمان فراتشخیصی هیجان-مدار آگاهی بهتر از هیجانات، شناسایی، پذیرش آن‌ها، یادگیری تنظیم بهتر، تحمل و درک آن‌هاست، به نظر می‌رسد این درمان بتواند در کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان، نیز مؤثر باشد. همچنین از آنجا که بر اساس بررسی‌های محقق، اکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر

اصفهان نپرداخته است و در این زمینه خلأ پژوهشی وجود دارد، پژوهش حاضر در راستای هدف و ضرورت خود درصدد بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان و مؤلفه‌های آن در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان است؛ لذا این پژوهش به دنبال بررسی فرضیه‌های زیر است:

فرضیه اول: درمان هیجان‌مدار بر جهت‌گیری منفی به مشکل در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان تأثیر دارد.

فرضیه دوم: درمان هیجان‌مدار بر الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان تأثیر دارد.

فرضیه سوم: درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های الگوهای پردازش هیجان (سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه‌های هیجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی) در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان تأثیر دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی ۳۳ الی ۶۱ ساله ساکن شهر و حومه شهر اصفهان که از سال ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی منطقه ۲، منطقه ۵، کلینیک راه زندگی (رز سفید) کمیته امداد امام خمینی شهر اصفهان می‌باشند. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند که به منظور انتخاب حجم نمونه به کمیته امداد منطقه ۲، منطقه ۵، کلینیک راه زندگی (رز سفید) کمیته امداد امام خمینی اصفهان مراجعه شده از بین ۱۲۰ نفر از زنان سرپرست خانوار که پرسشنامه نشانه‌های بدنی ملاک B (SSD-12) را تکمیل کرده بودند، ۷۴ نفر در پرسشنامه نشانه‌های بدنی نمره ۲۴ به بالا دریافت کرده بودند، از این ۷۴ نفر، ۳۶ نفر از زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی، ساکن حومه یا شهر اصفهان، ۳۳ الی ۶۱ ساله که در پرسشنامه‌های جهت‌گیری منفی به مشکل رابی چاوود و داگاس (NPOQ) و پردازش هیجانی باکر و همکاران نمره کافی دریافت کرده، به طور تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) طبقه‌بندی شدند.

ابتدا پرسشنامه‌های فوق در اختیار هر دو گروه قرار گرفت تا به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کنند. سپس فقط گروه آزمایش تحت مداخله درمانی بر اساس رویکرد هیجان‌مدار، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی در کمیته امداد منطقه دو شهر اصفهان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای

دریافت نکردند. محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار در جدول ۱ آورده شده است. بعد از پایان مداخلات دوباره ابزارهای مورد نظر در هر دو گروه به‌عنوان پس‌آزمون به‌کاربرده شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 تجزیه و تحلیل شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش، زنان سرپرست خانوار ۶۱-۳۳ ساله‌ای که در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به دلیل طلاق، در شرف طلاق بودن یا متارکه، مرگ همسر، اعتیاد همسر، بیماری همسر، ازکارافتادگی همسر، زندانی بودن همسر، عدم ازدواج خود و فوت یا بیماری پدر و مادر تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی بودند، تشخیص نشانه‌های بدنی بر اساس کسب نمره ۲۴ به بالا در پرسشنامه نشانه‌های بدنی ملاک B (SSD-12)، کسب نمره ۳۶ به بالا در پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل و کسب نمره ۷۵ به بالا در پرسشنامه الگوهای پردازش هیجانی، داشتن سواد حداقلی (خواندن و نوشتن)، ساکن حومه یا شهر اصفهان، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌درمانی‌های دیگر حین انجام پژوهش، رضایت از شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج، غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش، عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه تحقیق، دریافت همزمان درمان‌های روانشناختی دیگر بود.

ابزارها

پرسشنامه نشانه‌های بدنی

پرسشنامه سنجش نشانه‌های بدنی^۱ ملاک B (SSD-12) در سال ۲۰۱۶ توسط تونسیت و همکاران (Toussaint et al., 2016)، ساخته شده که از ۱۲ آیتم و نحوه پاسخدهی به‌صورت طیف لیکرت از هیچ‌وقت (۰) تا خیلی زیاد (۴)، تشکیل شده است. اولین پرسشنامه خود گزارشی است که ویژگی‌های روانشناختی اختلال نشانه‌های بدنی که در ملاک B آورده شده است را طبق معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) می‌سنجد. منظور از این ملاک یک یا تعداد بیشتری نشانه جسمانی (معهده درد، کمردرد، درد در بازوها و پاها و مفاصل، گرفتگی عضلات، سردرد، درد قفسه سینه، سرگیجه، دچار ضعف شدن، فشار قلب، نفس‌تنگی، یبوست، تهوع، احساس خستگی و مشکلات خواب) ناراحت‌کننده در فرد است که فرد افکار و احساسات و رفتارهای مفرط مرتبط با نشانه‌های جسمانی یا نگرانی‌های در ارتباط با سلامتی دارد. SSD-12 ابزار مفیدی برای تشخیص و سنجش پاسخ‌های درمانی در این اختلال است. حداقل

¹. Somatic Symptom Scale

امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۴۸ خواهد بود. نمرات بالا در این مقیاس، بیانگر نشانه‌های بدنی بالا و نمره پایین در این مقیاس بیانگر نشانه‌های بدنی پایین است، خط برش این پرسشنامه، نمرات بالای ۲۴ می‌باشد. ارزیابی‌های اولیه نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و پایایی مناسبی را برای سنجش‌های بالینی و روش تحقیق دارا می‌باشد.

پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرنا ۰/۹۵ گزارش شده است. تحلیل عاملی تاییدی نیز ساختار سه عاملی را که نشان‌دهنده سه معیار روانشناختی مربوط به افکار و احساسات و رفتار می‌باشد را تأیید می‌کند. نمره کل SSD-12 به‌طور معناداری با نشانه‌های بدنی ۰/۷۳، اضطراب سلامت ۰/۶۳ و علائم افسردگی ۰/۶۴ ارتباط دارد. بیماران با نمره بالا در SSD-12 اختلالاتی را در زمینه‌ی جسمی و روانی گزارش کرده‌اند که نیازمند مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. تونسیست و همکاران (Toussaint et al., 2016). در ایران نیز این پرسشنامه توسط محقق نرگسی و همکاران (nargesi et al., 2017) به زبان فارسی ترجمه شده است و پایایی آن از طریق باز آزمون دوهفته‌ای ۰/۸۹ گزارش شده است ایزدی و همکاران (Izadi et al., 2019). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل

پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل^۱ (NPOQ) توسط رابیشو و دوگاس (Robichaud & Dugas, 2005) در قالب ۱۲ سؤال برای سنجش نگرش افراد نسبت به مشکل طراحی شده است. این ابزار در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌گذاری معکوس ندارد. نحوه پاسخدهی به‌صورت طیف لیکرت از هیچ‌وقت (۱) تا خیلی زیاد (۵)، تشکیل شده است. دامنه تغییرات نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد و حداقل امتیاز ممکن ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود. نمرات بالا در این مقیاس، بیانگر جهت‌گیری منفی به مشکل بالا و نمره پایین در این مقیاس بیانگر جهت‌گیری منفی به مشکل پایین است، خط برش این پرسشنامه نمرات بالای ۳۶ می‌باشد.

ارزیابی اولیه از ویژگی‌های روانسنجی (NPOQ) پرسشنامه‌ی مذکور نشان داد که آن از ساختار تک عاملی تشکیل شده است و همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲). پایایی باز آزمایی آن نیز به فاصله ۵ هفته، بالای (۰/۸۰) گزارش شده است رابیشو و دوگاس (Robichaud & Dugas, 2005).

¹. Negative Problem Orientation Questionnaire (NPOQ)

در ایران نیز پژوهش‌ها نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶)، این محققان پایایی باز آزمایی آن را نیز در طی ۲ ماه ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند کیانی، محمودعلیلو و همکاران (Kiani, 2012; MahmudAliloo et al., 2011). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه پردازش هیجانی

پرسشنامه پردازش هیجانی^۱ توسط باکر و همکاران (Baker et al., 2007) توسعه داده شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سؤال بود که بعداً توسط باکر و همکاران (Baker et al., 2010) کوتاه‌تر شد و نسخه ۲۵ سؤالی آن تهیه شد. نحوه پاسخدهی به صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵)، تشکیل شده است. حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ خواهد بود. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۲۵ تا ۵۰ باشد، میزان پردازش منفی اطلاعات هیجانی کم می‌باشد، در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۵۰ تا ۷۵ باشد، میزان پردازش منفی اطلاعات هیجانی در سطح متوسطی می‌باشد و در صورتی که نمرات بالای ۷۵ باشد، میزان پردازش منفی اطلاعات هیجانی بالا می‌باشد. این مقیاس دارای ۵ بعد یا خرده مقیاس با عناوین سرکوبی، تجربه هیجانات ناخوشایند، کنترل هیجان، اجتناب و نشانه‌های هیجانات پردازش نشده است. مقیاس سرکوبی سؤال‌های ۷، ۹، ۱۶، ۱۹، ۲۵، مقیاس تجربه هیجانی ناخوشایند سؤال‌های ۳، ۱۱، ۱۲، ۲۲، مقیاس نشانه‌های هیجان پردازش نشده سؤال‌های ۱، ۵، ۲۰، ۲۴، مقیاس اجتناب سؤال‌های ۴، ۱۳، ۱۴، ۲۱، ۲۳ و مقیاس کنترل هیجانی سؤال‌های ۶، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۸ در برمی‌گیرد، خط برش این پرسشنامه، نمرات بالای ۷۵ می‌باشد. باکر و همکاران ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده و ۵ عامل استخراج کرده‌اند.

ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ توسط طراحان آزمون گزارش شد باکر و همکاران (Baker et al., 2010). در ایران نیز لطفی و همکاران (Lotfi et al., 2013) ضریب همبستگی این مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴ به دست آورد که حاکی از روایی همگرایی آزمون است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها ۰/۸۵ و برای دشواری در تجربه و تشخیص هیجانات، دشواری در بیان و توصیف هیجانات و پردازش ناکافی هیجانات به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شده است و پایایی و روایی مناسبی برای این آزمون نشان داده شده است باکر و همکاران، لطفی و همکاران (Baker et al., 2010; Lotfi et al., 2013). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از

¹. Emotional Processing Scale

روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های سرکوبی ۰/۷۷، تجربه هیجانی ناخوشایند ۰/۵۹، نشانه‌های هیجان پردازش نشده ۰/۶۰، اجتناب ۰/۵۶ و کنترل هیجانی ۰/۶۷ به دست آمد.

پروتکل درمانی، درمان هیجان‌مدار (EFT):

جدول ۱. ساختار جلسات درمانی هیجان‌مدار لافرانس رابینسون و همکاران (Lafrance Robinson et al.,

2014)

جلسات	محتوا
جلسه اول	در این جلسه پس از ارتباط درمانی ایمن از طریق همدلی، درمان به صورت گروهی صورت گرفت. در این جلسه درمانی در رابطه با چیستی هیجان، انواع هیجان، هیجان‌های اولیه و ثانویه، نتیجه اجتناب از تجربه هیجانی، اهمیت بیان نیازهای بین فردی و چگونگی ایجاد آسیب هیجانی، بود.
جلسه دوم	در ابتدای این جلسه، مدت زمان کوتاهی به اضافه کردن و تصحیح اطلاعات اعضای گروه در مورد هیجان، اختصاص داده شد. پس از آن، جهت ایجاد فهم عمیق‌تر نسبت به تکنیک‌های درمانی که ارائه می‌شود، از اعضای گروه خواسته شد تا در ارتباط با مشکل کنونی خود، مثال‌هایی را مطرح کنند.
جلسه سوم	در این جلسه برای شناسایی دقیق‌تر و تسهیل بیان هیجان از سوی اعضای گروه، از فن تمرکز بر احساس بدنی استفاده شد.
جلسه چهارم	در این جلسه جهت دسترسی به هیجان‌های دردناک غیرقابل قبول در گذشته مانند ناامیدی، خود تخریبی و تنهایی و همچنین تسهیل تجربه این هیجان‌ها در اعضای گروه، از فن صندلی خالی استفاده شد.
جلسه پنجم	هدف این جلسه کاهش هیجان‌های دردناک تجربه شده و حل مسائل ناتمام در اعضای گروه است. جهت نیل به این هدف، از هر عضو خواسته شد که خود یا فرد ایجادکننده این احساس‌های دردناک را به طور خیالی در صندلی خالی مقابل قرار دهد و تمام هیجان‌های خود مانند خشم، غم و نفرت را نسبت به فرد مورد نظر نمایش دهد.
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.
جلسه هفتم	پس از کشف نیازهای برآورده نشده در اعضای گروه، جهت افزایش میزان خود شفقتی ^۱ این افراد، از آن‌ها خواسته شد تا به این نیازها به شیوه‌های دلسوزانه پاسخ دهند.

¹. Self-compassion

در این جلسه از هر عضو گروه خواسته شد تا احساس های خود را نسبت به پایان درمان، تجارب جلسه هشتم خود در گروه و دیگر اعضا مطرح کند. سپس افراد، به عنوان تمرین عملی، این احساس ها را بدون اجتناب و به طور درست، شناسایی، نام گذاری، بیان و تجربه کردند.

یافته ها

در این پژوهش آزمودنی های گروه آزمایش در بازه سنی بین ۵۳ - ۳۳ سال بودند. همچنین آزمودنی های گروه کنترل در بازه سنی بین ۶۱ - ۳۳ سال بودند؛ و همچنین از بین ۱۸ فرد شرکت کننده در گروه آزمایش، ۱۰ نفر (۲۷/۸٪) دارای تحصیلات زیردیپلم، ۷ نفر (۱۹/۴٪) دارای تحصیلات دیپلم و ۱ نفر (۲/۸٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند. همچنین از بین ۱۸ شرکت کننده در گروه کنترل، ۹ نفر (۲۵/۰٪) دارای تحصیلات زیردیپلم، ۵ نفر (۱۳/۹٪) دارای تحصیلات دیپلم، ۱ نفر (۲/۸٪) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۳ نفر (۸/۳٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند؛ و همچنین از بین ۱۸ فرد شرکت کننده در گروه آزمایش، ۷ نفر (۱۹/۴٪) متاهل، ۸ نفر (۲۲/۲٪) مطلقه و ۳ نفر (۸/۳٪) بیوه بودند. همچنین از بین ۱۸ شرکت کننده در گروه کنترل، ۲ نفر (۵/۶٪) مجرد، ۵ نفر (۱۳/۹٪) متاهل، ۱۰ نفر (۲۷/۸٪) مطلقه و ۱ نفر (۲/۸٪) بیوه بودند. با توجه به جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار نمرات جهت گیری منفی به مشکل، الگوهای پردازش هیجان و مولفه های آن در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کاهش یافته است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات جهت گیری منفی به مشکل، الگوهای پردازش هیجان و مولفه های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	نوبت آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
جهت گیری منفی به مشکل	آزمایش	پیش آزمون	۱۸	۳۹/۲۷	۱۱/۱۸
		پس آزمون	۱۸	۲۷/۰	۱۱/۹۱
	کنترل	پیش آزمون	۱۸	۳۹/۷۷	۷/۸۶
		پس آزمون	۱۸	۴۳/۱۱	۷/۵۶
الگوهای پردازش هیجان	آزمایش	پیش آزمون	۱۸	۹۴/۳۳	۱۵/۵۷
		پس آزمون	۱۸	۷۰/۸۳	۱۲/۴۴
	کنترل	پیش آزمون	۱۸	۸۸/۰	۱۴/۵۱

۱۲/۲	۹۵/۱۱	۱۸	پس‌آزمون	آزمایش	سرکوبی
۵/۱۹	۱۸/۲۷	۱۸	پیش‌آزمون		
۴/۷۹	۱۳/۲۲	۱۸	پس‌آزمون		
۴/۵۲	۱۶/۳۳	۱۸	پیش‌آزمون	کنترل	تجربه هیجانی
۳/۳۸	۱۸/۵۵	۱۸	پس‌آزمون		
۳/۹۱	۱۸/۳۸	۱۸	پیش‌آزمون		
۳/۴۲	۱۲/۸۸	۱۸	پس‌آزمون	کنترل	ناخوشایند
۳/۶۹	۱۸/۴۴	۱۸	پیش‌آزمون		
۲/۷۹	۲۰/۷۷	۱۸	پس‌آزمون		
۳/۷۶	۱۹/۱۶	۱۸	پیش‌آزمون	آزمایش	نشانه‌های هیجان
۳/۴۳	۱۴/۸۳	۱۸	پس‌آزمون		
۳/۲۷	۱۷/۴۴	۱۸	پیش‌آزمون		
۲/۷۲	۱۹/۳۳	۱۸	پس‌آزمون	کنترل	پردازش نشده
۴/۴۶	۲۰/۴۴	۱۸	پیش‌آزمون		
۴/۲۷	۱۵/۶۱	۱۸	پس‌آزمون		
۳/۹	۱۹/۹۴	۱۸	پیش‌آزمون	آزمایش	اجتناب
۳/۹۵	۱۹/۱۶	۱۸	پس‌آزمون		
۴/۰۳	۱۸/۰۵	۱۸	پیش‌آزمون		
۳/۷۳	۱۴/۲۷	۱۸	پس‌آزمون	کنترل	کنترل هیجانی
۴/۸۱	۱۵/۸۳	۱۸	پیش‌آزمون		
۴/۳	۱۷/۲۷	۱۸	پس‌آزمون		

باتوجه به این‌که آزمون فرضیه‌های این پژوهش نیازمند استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بود، باید پیش‌فرض‌های لازم، یعنی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه، تساوی واریانس‌ها و یکسانی شیب خط رگرسیون رعایت می‌گردید. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض نشان داده که فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش باقی است، یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد). از آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس برای تک‌تک متغیرها استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داده که بین

واریانس گروه‌ها در هر کدام از متغیرهای پژوهش در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه‌ها با هم برابر می‌باشد. لذا پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است. نتایج بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داده که، تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش در هر کدام از متغیرهای پژوهش معنادار نیست ($p > 0.05$). یعنی این که شیب خط رگرسیون برای همه شرایط آزمایشی یکسان است و خطوط رگرسیونی یکدیگر را قطع نمی‌کنند؛ لذا پیش‌فرض یکسانی شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرها رعایت شده و منعی برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس وجود ندارد. باتوجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود، که درمان هیجان‌مدار توانسته است باعث کاهش میانگین نمرات جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار شهر اصفهان شود. میزان این تأثیر گروهی برای جهت‌گیری منفی به مشکل ۰/۶۱ و برای الگوهای پردازش هیجان ۰/۷۷ بوده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) درمان هیجان‌مدار بر جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون جهت‌گیری	۱۹۶۰/۲۷	۱	۱۹۶۰/۲۷	۴۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
منفی به مشکل	۲۲۲۲/۰۲	۱	۲۲۲۲/۰۲	۵۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
خطا	۱۴۲۳/۵۰	۳۳	۴۳/۱۳				
کل	۴۹۹۶۰	۳۶					
پیش‌آزمون الگوهای	۳۱۶۳/۸۰	۱	۳۱۶۳/۸۰	۵۲/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
پردازش هیجان	۶۹۰۳/۰۹	۱	۶۹۰۳/۰۹	۱۱۳/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
خطا	۲۰۰۰/۴۷	۳۳	۶۰/۶۲				
کل	۲۵۸۳۰۷	۳۶					

باتوجه به جدول ۴ مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ است که بیانگر این است که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از مولفه‌های الگوهای پردازش هیجان تفاوت معناداری داشته‌اند.

جدول ۴. نتایج آنالیز کوواریانس چند متغیره در بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر مولفه های الگوهای پردازش

هیجان

نام آزمون	مقدار	آماره F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	اتا	توان
اثر پیلاپی	۰/۶۷۳	۱۲/۳۳	۵	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
لامبدای ویلکس	۰/۶۷۳	۱۲/۳۳	۵	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
اثر هتلینگ	۰/۶۷۳	۱۲/۳۳	۵	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
بزرگ ترین ریشه روی	۰/۶۷۳	۱۲/۳۳	۵	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱

باتوجه به مجذور اتا در جدول ۵ می توان گفت مقدار این اندازه اثر در سرکوبی ۳۰ درصد، تجربه هیجانی ناخوشایند ۶۲ درصد، نشانه های هیجان پردازش نشده ۳۵ درصد، اجتناب ۱۶ درصد و کنترل هیجانی ۱۲ درصد بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در متن مانکوا روی مولفه های الگوهای پردازش هیجان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان
سرکوبی	۲۵۶/۰	۱	۲۵۶/۰	۱۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۶
تجربه هیجانی ناخوشایند	۵۶۰/۱۱	۱	۵۶۰/۱۱	۵۷/۲۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
نشانه های هیجان پردازش نشده	۱۸۲/۲۵	۱	۱۸۲/۲۵	۱۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۸
اجتناب	۱۱۳/۷۷	۱	۱۱۳/۷۷	۶/۷۰	۰/۰۱۴	۰/۱۶	۰/۷۱
کنترل هیجانی	۸۱/۰	۱	۸۱/۰	۴/۹۷	۰/۰۳۲	۰/۱۲	۰/۵۸

نتیجه

بر اساس نتایج پژوهش حاضر درمان هیجان مدار بر جهت گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان و مولفه های آن در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان اثربخش بوده است. نتایج سلمانزاده و سجادیان (Salmanizadeh & Sajjadian, 2023)، قبادی و همکاران (Ghobadi et al.,)

(2017)، تاج‌الدینی و همکاران (Tajoddini et al., 2019)، رودریگز (Rodrigues, 2016)، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

تاج‌الدینی و همکاران (Tajoddini et al., 2019)، در پژوهشی به مقایسه‌ی جهت‌گیری منفی به مسئله و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به ایدز و افراد سالم پرداخته‌اند، یافته‌ها نشان داده‌اند بین این دو گروه در متغیرهای جهت‌گیری منفی به مسئله، تنظیم هیجان بین فردی و سبک پردازش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد و بسیاری از مشکلات بیماران مبتلا به ایدز، می‌تواند تا حدودی متأثر از این متغیرها باشد. قبادی و همکاران (Ghobadi et al., 2017) در پژوهشی به تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر نظریه عقلانی-هیجانی - رفتاری بر جهت‌گیری منفی به مشکل پرداختند، نتایج نشان داده که آموزش گروهی این درمان منجر به کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل می‌شود. رودریگز (Rodrigues, 2016) در پژوهشی به کاوش در روابط بین تنظیم هیجان، جهت‌گیری منفی به مشکل پرداخته‌اند، با بررسی رابطه بین این متغیرها نشان دادند که بین این متغیرها رابطه معناداری وجود دارد.

تاکور و همکاران (Thakur et al., 2017) در پژوهش خود به بررسی آموزش آگاهی هیجانی بر بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر پرداختند، نتایج نشان داد که، آموزش مختصر آگاهی هیجانی که تروما و تعارضات هیجانی را هدف قرار می‌داد علائم جسمانی را کاهش داد. جهت‌گیری منفی به مشکل با شناخت‌ها و هیجان‌هایی مرتبط است که مانع از حل مسئله‌ی سازگارانه شده و به عنوان مانعی مهم در مدیریت و تقلیل نشانه‌های آشفتگی روانشناختی عمل می‌کند، در تبیین معناداری اثربخشی درمان هیجان‌مدار، بر کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل می‌توان گفت، در این درمان حل مشکل شامل یک تغییر احساس شده در بدن و خلق معنای جدید است. در این درمان، حل مسئله شامل ایجاد یک درک احساس شده برچسب داده شده دقیق است که همراه درک تجربه شده‌ای از راحتی و آسایش و جهت یا مسیری برای حمل کردن این تغییر احساس شده است. حل مسئله شامل یک دید جدید نسبت به کارکرد خود است و حل و فصل کامل مسئله شامل تغییری آشکار در نظر فرد نسبت به خودش و همچنین احساس توانمند بودن برای ایجاد تغییرات در زندگی هماهنگ با این دید جدید است گرینبرگ (Greenberg, 2015).

درمان هیجان‌مدار تلاش دارد با استفاده و گسترش تکنیک همدلی محور، فن تمرکز تجربی و تمرکز بر احساس بدنی و نام‌گذاری هیجانات هنگام مواجهه با یک موقعیت مشکل‌زا، بر کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل تأثیر بگذارد در ارتباط با مشکل، مراجع ممکن است به روشی منطقی صحبت کند و یا عامل مشکل را بیرونی بداند، بدون این که درک کند چه چیزی در تجربه مهم است هیجان‌اش را دور بزند. مراجع بر روی

هیجان نامشخص‌اش تمرکز و هیجانی را که در جای به خصوصی از بدنش احساس می‌کند نام‌گذاری می‌کند، بعد از نام‌گذاری جنبه‌های گذرای حالاتشان، درمانگر از مراجع می‌خواهد روی آن متمرکز شود و در نهایت هیجان را در قالب واژگان بیان کند. وقتی یک واژه یا واژگان یا یک تصویر ظاهر می‌شود از مراجع خواسته می‌شود درونش را بنگرد و ببیند که آیا آنچه ظاهر شده است مناسب است یا نه، اگر آن برجسته مناسب آن حالت درونی نباشد، از مراجع خواسته می‌شود برجستگی را جست‌وجو کند که آنچه را تجربه می‌کند را بهتر توصیف کند گرینبرگ (Greenberg, 2015).

زنان به دلیل طلاق، در شرف طلاق بودن یا متارکه، مرگ همسر، اعتیاد همسر، بیماری همسر، از کارافتادگی همسر، زندانی بودن همسر، یا حتی عدم ازدواج خود و فوت یا بیماری پدر و مادر سرپرست خانوار محسوب می‌شوند و با مسائل و مشکلات بسیاری مواجهه هستند، این زنان قادر به حفظ سلامتی خود نیستند، مشکلات را تهدیدی برای خود می‌دانند، شک و تردید در توانایی برای حل مسئله دارند و مشکلات را بسیار بزرگ‌تر از آن چیزی که هستند می‌بینند. در این مداخله طبق اصول درمان هیجان‌مدار که در ۸ جلسه برگزار گردید، آگاه‌سازی در ارتباط با نتیجه اجتناب از ابراز و تجربه هیجان انجام شد، زمانی که هیجان در موقعیتی که باید تجربه نشود یا زمانی که هیجان در جای اشتباهی تجربه شود، باعث بروز نشانه‌های بدنی در مراجعان می‌شود، هیجان‌هایی که سرکوب شده خود را به صورت نشانه‌های بدنی، نشان می‌دهد، به نوعی بدن آلام می‌دهد، در این مراجعان احساس غائب، مبهم و ناواضح وجود دارد، حالتی که فرد در سطح تجربه‌اش قرار دارد یا این که احساس سردرگمی می‌کند و قادر نیست درک روشنی از تجربه‌اش داشته باشد. این احساس مبهم مانع حل مسئله سازگاران در مراجع شده و منجر به جهت‌گیری منفی به مشکل در مراجعان می‌شود.

تکنیک‌هایی درمانی که در این مورد وجود دارد فن تمرکز تجربی و تاگشایی است. در این تکنیک درمانی، هنگام روایت مراجعان با تکنیک همدلی محور از مراجع خواسته شد روی تجربه‌ی هیجانی در آن موقعیت بماند، آن را پس نزند، بر جایی از بدن که آن هیجان را حس می‌کند متمرکز شود، مشخص کند آن را در کدام قسمت بدن تجربه می‌کند، آن هیجانی را که تجربه می‌کنند در قالب واژگان یا تصویر مطرح کند. مکرراً از مراجع خواسته می‌شود واژگان را با احساسات‌اش هماهنگ کند تا این که بتواند آن احساس را توصیف کند، این مورد به تغییر درک احساس شده در بدن منجر می‌شود. در این تکنیک، هیجان، موقعیتی که منجر به آشفتگی عمومی در مراجع شده، باور و فکری که در آن موقعیت وجود دارد و تمایل به رفتار مراجع در آن موقعیت را درمانگر شناسایی می‌کند و این اسکیم یا طرح هیجانی مراجع را همدلانه به مراجع

انعکاس می دهد. واکنش مسئله سازی که در روایت های مراجع وجود دارد، نیز مانع حل و فصل کامل مسئله می شود، این ها مواردی هستند که در آن مراجع به خاطر واکنشی که به یک موقعیت خاص نشان داده است، گنج شده است، تکنیک تاگشایی برای این واکنش به مشکل استفاده شد، در این تکنیک درمانگر و مراجع درک زنده ای از آنچه برای مراجع اتفاق افتاده پیدا می کنند، درمانگر از مراجع می خواهد در آن اتفاق برود و آن را در لحظه تجربه کند، درمانگر با مراجع لحظه به لحظه حضور دارد، مراجع صحنه را بازسازی می کند و توصیف ملموس و دقیقی از رویداد ارائه می دهد. در این تکنیک های درمانی ما در جست و جوی نقطه دردناک و شناسایی هیجان ثانویه هستیم، هیجان اولیه ی ناسازگاری که هیجان ثانویه آن را پوشانده شناسایی کرده و نیازی که پشت آن هیجان وجود دارد را مشخص کرده و به هیجان اولیه سازگار می رسیم، پس از تغییر هیجان خلق معنا رخ می دهد و مراجع معنای جدیدی از آن موقعیت ایجاد می کند، این تکنیک ها به مراجعان کمک می کند تا نگرش مثبتی نسبت به مشکل پیدا کنند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر درمان هیجان مدار بر الگوهای پردازش هیجان و مولفه های (سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی) در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان اثربخش بوده است. نتایج پژوهش های، شکرالهی و همکاران (shokrolahi et al., 2023)، آرتنگ و ایزدی (Artang & Izadi, 2022)، ظهرا بنیا و همکاران (Zahrabnia et al., 2021)، رضایی جمالویی و کنی زاده حسنی (Rezaei Jamaloui & Kenizadeh, 2021)، فلاحت دوست و همکاران (Falahatdoost et al., 2020)، همسو با یافته های پژوهش حاضر می باشد. آرتنگ و ایزدی (Artang & Izadi, 2022) در پژوهش خود به اثربخشی درمان هیجان مدار بر پردازش اطلاعات هیجانی در زنان با نشانه های بدنی شهر اصفهان پرداختند، نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار موجب کاهش سطح پردازش منفی اطلاعات هیجانی و مؤلفه های آن و علائم نشانه های بدنی در زنان با نشانه های بدنی شده است. ماروتی و همکاران (Maroti, Ek, et al., 2021) در پژوهش خود تحت عنوان پردازش هیجانی و ارتباط آن با تغییر نشانه های بدنی در درمان آگاهی و ابراز هیجانات برای اختلال نشانه های بدنی، نشان دادند که پردازش هیجانی بهبود یافته با تغییر در علائم جسمی مرتبط است. ارکیچ و همکاران (Erkic et al., 2018) به پژوهشی با عنوان پردازش هیجانات تکانشی در بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمانی پرداختند. نتایج به حساسیت بالاتر به هیجانات منفی در این بیماران اشاره دارد.

در تبیین یافته های حاصل از این فرضیه می توان گفت، درمان هیجان مدار با گسترش پردازش هیجانی از طریق تکنیک های مختلفی از جمله تکنیک های همدلی محور و تکالیف صندلی، باعث کاهش میانگین

نمرات الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی می‌شود. درمانگران متمرکز بر هیجانات، به‌منظور ارتقای پردازش هیجانی مولد، از مداخلات مختلفی، از جمله پاسخ‌های تلقینی، تمرکز و تکنیک‌های مبتنی بر گشالت، مانند گفتگوهای دو صندلی و صندلی خالی، استفاده می‌کنند دیاموند و همکاران (Diamond et al., 2016). با کاوش و دانستن همدلانه و تصدیق همدلانه روایت مراجع، آگاه‌سازی از هیجانات مراجع و چگونگی اجتناب و سرکوب هیجاناتشان ایجاد می‌شود. در این درمان از طریق تکالیف همدلی به مراجعان کمک می‌شود تا به جای اجتناب از تجارب هیجانی دردناکشان آن‌ها را مجدد تجربه کنند تا بتوانند آن‌ها را تغییر دهند، زیرا تا زمانی که یک هیجان مختل عمیقاً تجربه نشود و بالا نیاید، تبدیل هیجانات انجام نمی‌گیرد. با کمک درمانگر موقعیتی که منجر به آشفتگی و رنجش در مراجع شده زنده تجربه می‌شود، درمانگر لحظه‌به‌لحظه با مراجع حضور دارد. پس از آنکه درمانگر طرح هیجانی مراجع را همدلانه انعکاس می‌دهد، هفت عنصر باید در کنار هم باشند تا پردازش هیجانی در مراجع رخ دهد، درمانگر روی این ۷ عنصر کار می‌کند که شامل، ۱) توجه: مراجع به هیجان خود توجه می‌کند، به درون توجه می‌کند و هیجان را عامل درونی می‌داند. ۲) کلامی و نمادی کردن: هیجان خود را به‌صورت کلامی یا نمادی در می‌آورد یا با استعاره بیان می‌کند. ۳) هماهنگی: همخوانی بین ژست صورت، لحن صدا و میمیک صورت رخ می‌دهد. ۴) پذیرش: با هیجان خود در ارتباط می‌ماند و آن را پس نمی‌زند. ۵) عاملیت: به این آگاهی می‌رسد که هیجان چیزی درون خود و برای خود اوست. ۶) تمایز: می‌تواند بین هیجانات تمایز ایجاد کند. ۷) تنظیم: هیجان در حد بهینه تجربه می‌شود (زمان‌هایی که مراجع دچار بد تنظیمی در لحظه می‌شود درمانگر از تکنیک خودتسکینی تبدیلی استفاده می‌کند)، است. تجربه هیجانی مراجع به گذشته او، موقعیتی مشابه با این تجربه متصل می‌شود، نقطه درد مراجع تشخیص داده می‌شود، هیجان ثانویه مزاحم تبدیل به هیجان اولیه سازگار می‌شود، مراجع نیازهایش را می‌شناسد. از طریق این ابراز هیجان مراجع به معنا و علتی که آن هیجان را تجربه می‌کند می‌رسد، مراجع در تجربه هیجانی‌اش عمیق می‌شود و آگاهی هیجانی مراجع بالا می‌رود. پس از تبدیل هیجان ناسازگار به هیجان سازگار مراجع از روایت خود معنایی جدید خلق می‌کند که منجر به ارتقای کیفیت زندگی مراجع و کاهش نشانه‌های بدنی در مراجع می‌شود.

افراد مبتلا به نشانه‌های بدنی تقریباً در همه مؤلفه‌های پردازش منفی هیجانات نمرات بالایی دارند. مراجعان با نشانه‌های بدنی اکثراً هیجانات خود را پس می‌زنند و از تجربه هیجانات اجتناب می‌کنند، هیجان‌های خود را ابراز نمی‌کنند، هیجاناتشان را سرکوب یا کنترل می‌کنند، در درمان هیجان‌مدار از طریق

درک همدلانه^۱ که شامل انعکاس‌های همدلانه^۲، پاسخ‌های پیگیرانه^۳، تصدیق همدلانه^۴ است، به مراجعان کمک می‌شود تا نسبت به تجربه هیجانی خود آگاه شوند، همچنین درمانگر با استفاده از کاوش همدلانه^۵ از جمله انعکاس‌های کاوشی^۶ و انعکاس‌های فراخوانی‌کننده^۷، به مراجع در شناسایی هیجانات اولیه ناسازگار و تبدیل این هیجانات به هیجان‌های سازگار اولیه و سپس تنظیم هیجانات کمک می‌کند، از این طریق می‌توان از سرکوب، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه‌های هیجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی در بیماران با نشانه‌های بدنی جلوگیری کرد.

بسیاری از این مراجعان از نزدیک شدن به تجربه هیجانی دردناکشان اجتناب می‌کنند، مسبب هیجان‌اتشان را بیرونی می‌دانند و همین اجتناب از تجربه نقطه دردناک جلوی پردازش هیجانی درست و کامل را در آن‌ها می‌گیرد، به همین دلیل این بیماران با نقص در پردازش هیجانی مواجه هستند. این افراد در روایات خود تجارب هیجانی ناخوشایندی را مطرح می‌کنند، زیرا این اجتناب از تجارب هیجانی زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار خواهد داد و به صورت بروز نشانه‌های بدنی نمایان می‌شود، در این درمان از طریق تکالیف همدلی به مراجعان کمک می‌شود تا به جای اجتناب از تجارب هیجانی دردناکشان آن‌ها را مجدداً تجربه کنند تا بتوانند آن‌ها را تغییر دهند، زیرا تا زمانی که یک هیجان مختل عمیقاً تجربه نشود و بالا نیاید، تبدیل هیجانات انجام نمی‌گیرد.

پس از شنیدن روایت مراجعان، مارکرها تشخیص داده می‌شود، در بسیاری از مراجعان دوپارگی خود بازدارنده وجود دارند، آن‌ها در تجربه هیجان‌اتشان دچار انسداد هستند، این مراجعان اغلب فعالانه احساساتشان را بازداري کرده یا آن‌ها را سرکوب می‌کنند، نشانگر خود بازداري زمانی رخ می‌دهند که یک بخش از خود تجربه و ابراز هیجانی را متوقف ساخته و محدود می‌کند. این دوپارگی عمدتاً یک جنبه بدنی غیرکلامی بزرگ‌تر دارند و گاهی اوقات صرفاً به صورت غیرکلامی ابراز می‌شوند، همچون از طریق نشانه‌های بدنی چون سردرد یا تنگ شدن قفسه سینه. برای این مراجعان از تکنیک ایفای نقش دو صندلی استفاده می‌شود، اهداف درمانگر در این تکنیک، هم افزایش آگاهی نسبت به فرایند بازداري و هم کمک کردن به مراجع در پیدا کردن و اجازه بروز دادن به تجربه درونی بازداري شده و مالک نشده است. در

¹. Empathic understanding

². Empathic reflections

³. Following responses

⁴. Empathic affirmations

⁵. Empathic exploration

⁶. Exploratory reflections

⁷. Evocative reflections

نقش آفرینی دو صندلی، بخش بازداري کننده خود از طريق نقش آفريني به طرزي واضح نشان داده مي شود و مراجع نسبت به اين که چگونه خود را بازداري مي کند آگاهي پيدا مي کند و راهنمايي مي شود تا طريقي که اين کار را انجام مي دهد را نقش آفريني کند، به نحوي که بتواند خودش را به عنوان عامل در فرآيند خاموش کردن تجربه کند و سپس بتواند به بخش بازدارنده خويشتن واکنش نشان داده و آن را به چالش بکشند، حل و فصل مسئله شامل اظهار يا بروز تجربه اي است که پيش از اين بازداري شده بود.

لذا پس از آنکه درمانگر طرح هيجاني مراجع را همدلانه انعکاس مي دهد، تجربه هيجاني مراجع به گذشته او، موقعيتي مشابه با اين تجربه متصل مي شود، نقطه درد مراجع تشخيص داده مي شود، هيجان ثانويه مزاحم تبديل به هيجان اوليه سازگار مي شود، مراجع نيازهايش را مي شناسد. از طريق اين ابراز هيجان مراجع به معنا و علتی که آن هيجان را تجربه مي کند مي رسد و مراجع در تجربه هيجاني اش عميق مي شود و آگاهي هيجاني مراجع بالا مي رود. پس از تبديل هيجان ناسازگار به هيجان سازگار مراجع از روايت خود معنای جديد خلق مي کند که منجر به ارتقاي كيفيت زندگي مراجع مي شود و از اين طريق مي توان از سرکوب، تجربه هيجاني ناخوشايند، نشانه هاي هيجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هيجاني در بيماران با نشانه هاي بدني جلوگيري کرد؛ لذا در اين درمان مراجعان از طريق پردازش هيجاني ابتدا نسبت به نحوي که همواره هيجانات خود را سرکوب مي کردند يا جلوي ابراز و تجربه هيجانات خود را مي گرفتند آگاه مي شوند، سپس به جای اجتناب از ابراز آن هيجان، هيجان خود را به صورت تنظيم شده تجربه مي کنند، حال اگر تجربه هيجاني مراجع متناسب با موقعيت باشد بسط داده مي شود يا اگر هيجان متناسب نباشد، با کمک درمانگر پردازش مي شود و به هيجان سازگار تبديل مي شود، سپس اين هيجان اصلاحي ابتدا در محيط درمان و در کنار و حضور درمانگر همدل تجربه مي شود. سپس مراجع براي روايت خود معنای جديد خلق مي کند و اين معنا را به محيط خارج از درمان و ارتباطات بين فردي خود تعميم مي دهد.

جهت گيري منفي به مشکل بالا، الگوهاي پردازش منفي هيجان بالا در زنان سرپرست خانوار با نشانه هاي بدني، منجر به کاهش توانمندی براي مقابله مؤثر با مشکلات، فاجعه سازي وضعيت خود، مشکلات در شناسايي و ابراز هيجانات خود، اختلال در تنظيم هيجانات خود، که منجر به تشديد نشانه هاي بدني در زنان سرپرست خانوار مي شود. از اين رو ارائه روش هاي درمانی مناسب به منظور شناسايي و پردازش هيجانات، تنظيم و آگاهي از هيجانات به جای سرکوب و اجتناب از آن ها ضروري است، بنابراين اين پژوهش براي دستيابی به اين هدف صورت گرفت. نتايج به دست آمده از بررسي هاي اخير نشان داد که درمان هيجان مدار مي تواند منجر به کاهش جهت گيري منفي به مشکل، الگوهاي پردازش منفي هيجانات در زنان سرپرست

خانوار با نشانه های بدنی شود؛ بنابراین با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر می توان اذعان کرد که درمان هیجان مدار را می توان به عنوان یک مداخله مؤثر در مؤلفه های ذکر شده استفاده نمود.

از محدودیت های این پژوهش می توان به عدم بررسی پژوهش بر طیف های مختلف سنی افراد با نشانه های بدنی، تک جنسیتی بودن آن، عدم مرحله سنجش در پیگیری، اشاره کرد. از جمله محدودیت های دیگر این است که پژوهش حاضر در بین زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان انجام شده است، لذا در تعمیم آن به سایر جوامع و اختلالات علائم جسمانی باید به موقعیت ها و شرایط مختلف توجه و احتیاط نمود. همچنین نتایج این پژوهش منحصر به داده های حاصل از ابزارهای به کاررفته است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده، پژوهش بر سایر افراد با نشانه های بدنی در سایر مناطق و جوامع مختلف انجام شود، علاوه بر استفاده از پرسشنامه، به صورت مصاحبه با آزمودنی ها و با سایر رویکردهای درمانی انجام و مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می شود، مداخله این پژوهش بر روی نمونه های بیشتر، سایر گروه های سنی و بر روی مردان، با دوره پیگیری انجام شود. با توجه به مثبت شدن نتایج اثربخشی این پژوهش می توان تکنیک ها و مفاهیم اصلی این درمان را در قالب فعالیت های آموزشی و کارگاه برای افراد، تحت عنوان گروه درمانی هیجان مدار برگزار نمود. در پایان محققان از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می دارند. ضمناً هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد. لازم به ذکر است، این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر با کد اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1403.025 می باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

References

- Artang, H., & Izadi, F. (2022). The effectiveness of Emotional Focused Therapy on Emotional Information Processing and Interpersonal Cognitive Distortions among women with Somatic Symptoms of Isfahan [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 20(1), 60-73. <https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.60> (In Persian)
- Baghbanzadeh, M., & Safarzadeh, S. (2022). Developing Structure Model of Psychosomatic Disorders Based on Cognitive Ability, Morningness-Eveningness Types and Brain/Behavioral Systems Mediated by Perceived Stress in Women with Chronic Pain [Research]. *Journal of Health Promotion Management*, 11(1), 85-101. <https://doi.org/http://jhpm.ir/article-1-1321-en.html> (In Persian)
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic Research*, 68(1), 83-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.007>

- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of psychosomatic Research*, 62(2), 167-178. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005>
- Boersma, K., Södermark, M., Hesser, H., Flink, I. K., Gerdle, B., & Linton, S. J. (2019). Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*, 160(8), 1708-1718. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1097%2Fj.pain.0000000000001575>
- Bowers, H. M., Pincus, T., Jones, G., & Wroe, A. L. (2019). Investigating the role of beliefs about emotions, emotional suppression and distress within a pain management programme for fibromyalgia. *British journal of pain*, 13(2), 112-120. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/2049463718820882>
- Chang, E. C. (2017). Applying the broaden-and-build model of positive emotions to social problem solving: Does feeling good (vs. feeling bad) influence problem orientation, problem-solving skills, or both? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(5), 380-395. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.5.380>
- Chang, E. C., Liu, J., Yi, S., Jiang, X., Li, Q., Wang, R., Tian, W., Gao, X., Li, M., & Lucas, A. G. (2020). Loneliness, social problem solving, and negative affective symptoms: Negative problem orientation as a key mechanism. *Personality and Individual Differences*, 167, 110 - 235. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110235>
- Clarke, J. B., Ford, M., Heary, S., Rodgers, J., & Freeston, M. H. (2017). The relationship between negative problem orientation and worry: A meta-analytic review. *Psychopathology Review*, 4(3), 319-340. <https://doi.org/https://doi.org/10.5127/pr.034313>
- D'zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Davey, G. C., Hampton, J., Farrell, J., & Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*, 13(2), 133-147. [https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869\(92\)90036-O](https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869(92)90036-O)
- Diamond, G. M., Shahar, B., Sabo, D., & Tsveli, N. (2016). Attachment-based family therapy and emotion-focused therapy for unresolved anger: The role of productive emotional processing. *Psychotherapy*, 53(1), 34-44. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pst0000025>
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 36(2), 215-226. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3)
- Ebrahimi Cheshmeh Sefid, A., & Khodabakhsh, M. (2020). *The effectiveness of emotion therapy on fear of negative evaluation and anxiety sensitivity in people with social anxiety*. Bahar Higher Education Institute]. (In Persian)
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591-643. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2016). *Emotion-focused therapy*. https://doi.org/https://pureportal.strath.ac.uk/files/67046858/Elliott_Greenberg_McGraw_Hill_OUP_2017_Emotion_focused_therapy.pdf
- Erkic, M., Bailer, J., Fenske, S. C., Schmidt, S. N., Trojan, J., Schröder, A., Kirsch, P., & Mier, D. (2018). Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic

- symptom disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 163-172. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/cpp.2151>
- Falahatdoost, M., Dolatshahi, B., Pourshahbaz, A., Dehghani, M., Yalguzaghaji, M. N., & Mohammadi, Z. (2020). Modeling the relationship between attachment styles and somatic symptoms with the mediating role of emotional processing. *Journal of education and health promotion*, 9(1)(157), 1-8. <https://doi.org/http://journals.lww.com/jehp> (In Persian)
- Fazeli sani, f., Salehi, M., rafiepoor, a., & Khalatbari, J. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Coping Strategies and Pain Catastrophizing in Patients with Pain Disorder. *Iranian Journal of Health Psychology*, 4(1), 29-46. <https://doi.org/10.30473/ijohp.2021.54241.1107> (In Persian)
- Ghobadi, A., Aminyazdi, A., & Kareshki, H. (2017). *Examining the effect of group training based on rational- emotive- behavioral therapy (REBT) on reducing the level of Worry, intolerance of uncertainty and negative problem orientation: A case of Ferdowsi university students Faculty of Education and Psychology*. (In Persian)
- Greenberg, L. (2015). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings* Ravan Publishing House Tehran.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. (1998). Emotion in systemic therapies: Commentary. *Journal of Systemic Therapies*, 17(2), 126-133. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/jsyt.1998.17.2.126>
- Homayouni, S., Taghavi, M. R., Goodarzi, M. A., & Hadianfard, H. (2022). The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder [Research]. *Journal of Psychological Science*, 21(109), 1-18. <https://doi.org/10.52547/jps.21.109.1> (In Persian)
- Izadi, F., Ashrafi, E., & Fathi Ashtiani, A. (2019). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reduction of the Negative Emotional Schemas, Alexithymia and Signs of Patients with somatic Symptoms [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 17(2), 232-243. <https://doi.org/10.52547/rbs.17.2.232> (In Persian)
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-283. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90216-k](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90216-k)
- Khosravi Asl, M., Nasirian, M., & Bakhshayesh, A. (2018). The Impact of Emotion-focused Therapy on Anxiety and Depression among Female-Headed Households in Imam Khomeini Relief Committee [Research]. *Journal of Community Health Research*, 7(3), 173-182. <https://doi.org/http://jhr.ssu.ac.ir/article-1-396-en.html> (In Persian)
- Kiani, M. R., Diani, Mohammad Hossein, Fatahi, Rahmatullah. (2012). *Analysis and testing of the pattern of relationships between non-compulsive use of information with cognitive avoidance, Negative Problem Orientation, and intolerance of uncertainty based on a model derived from Houston's classification (with a cognitive approach)* Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Educational Sciences and Psychology]. (In Persian)
- Lafrance Robinson, A., McCague, E. A., & Whissell, C. (2014). "That chair work thing was great": A pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(4), 263-277. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14779757.2014.910131>
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2023). Incremental validity of the contrast avoidance model: A comparison with intolerance of uncertainty and negative problem orientation. *Journal of*

- anxiety disorders, 95(1), 1-40.
<https://doi.org/https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618523000373>
- Lotfi, S., Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2013). A Comparison of Emotional Processing and Fear of Positive/negative Evaluations in Women with Social Phobia and Normal Women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 14(3), 101-111.
<https://doi.org/https://sanad.iau.ir/journal/jsrp/Article/533887?jid=533887> (In Persian)
- Lowe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M., Shedden-Mora, M., Toussaint, A., Uhlenbusch, N., & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*, 52(4), 632-648. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291721004177>
- MahmudAliloo, M., Shahjooee, T., & Hashemi, Z. (2011). Comparison of Intolerance of Uncertainty, Negative Problem Orientation, Cognitive Avoidance, Positive Beliefs about Worries in Patient with Generalized Anxiety Disorder and Control Group. *Journal of Modern Psychological Researches*, 5(20), 169-187.
https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4189.html (In Persian)
- Maroti, D., Ek, J., Widlund, R.-M., Schubiner, H., Lumley, M. A., Lilliengren, P., Bileviciute-Ljungar, I., Ljótsson, B., & Johansson, R. (2021). Internet-administered emotional awareness and expression therapy for somatic symptom disorder with centralized symptoms: A preliminary efficacy trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.620359>
- Maroti, D., Ljótsson, B., Lumley, M. A., Schubiner, H., Hallberg, H., Olsson, P.-Å., & Johansson, R. (2021). Emotional processing and its association to somatic symptom change in emotional awareness and expression therapy for somatic symptom disorder: A preliminary mediation investigation. *Frontiers in Psychology*, 12, 6-1.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.712518>
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive therapy and research*, 20, 115-133.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF02228030>
- Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Mento, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2016). Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology*, 22(28), 6402-6415. <https://doi.org/https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i28.6402>
- nargesi, f., izadi, f., kariminejad, k., & rezaii sharif, a. (2017). The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Quarterly of Educational Measurement*, 8(27), 147-160.
<https://doi.org/10.22054/jem.2017.19621.1495> (In Persian)
- Noorbala Tafti, F., Ghorbani, N., Gholamali Lavasani, M., & Nasser, E. D. (2018). *investigation of autonomic on of Autonomic Nervous System Function in Gastrointestinal Psychosomatic and Depressed Patients and Healthy Persons Based on Emotional Processing Style and Deffense Mechanisms* University of Tehran, Faculty of Psychology and Educational Sciences]. (In Persian)
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS one*, 14(6), 29-21.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>
- Rabiee, F., Ghorbani, N., & Panaghi, L. (2020). The relationship of emotional repression and self-control with symptoms [Research]. *Journal of Psychological Science*, 19(92), 925-934.
<https://doi.org/https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.92.10.0> (In Persian)

- Rahmannezhad Sarabi, M., & Jafari, A. (2023). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Psycho -somatic Complaints in Patients of COVID-19 under Home Treatment. *Journal of Psychological Studies*, 18(4), 71-83. <https://doi.org/10.22051/psy.2023.40562.2627> (In Persian)
- Rezaei Jamaloui, H., Zarin, H., & Kenizadeh Hasni, M. (2021). *Investigating the effectiveness of emotion-oriented therapy on emotional dyslexia and perceived stress in patients with irritable bowel syndrome in Isfahan Islamic Azad University, Khomeini Shahr branch, faculty of humanities*. (In Persian)
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part I): Psychometric properties of a new measure. *Behaviour research and therapy*, 43(3), 391-401. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.007>
- Robinson, A., & Elliott, R. (2017). Emotion-focused therapy for clients with autistic process. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 215-235. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330700>
- Rodrigues, A. (2016). *Exploring the relationships among attachment, emotion regulation, differentiation of self, negative problem orientation, self-esteem, worry and generalized anxiety*. University of Toronto (Canada). <https://doi.org/https://hdl.handle.net/1807/73159>
- Salmanizadeh, S., & Sajjadian, I. (2023). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Self Handicapping, Interpersonal Communication Skills and Life Orientation in Divorced Women. *Journal of Psychological Studies*, 19(2), 55-69. <https://doi.org/10.22051/psy.2023.41242.2660> (In Persian)
- Schnabel, K., Petzke, T. M., & Witthöft, M. (2022). The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions-A systematic narrative review. *Clinical Psychology Review*, 97, 102 -196. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102196>
- Shaerbagchi, M., & Tabatabai Hosseini, A. (2019). *Investigating the effect of emotion-oriented group training (EFT) on anxiety, depression and quality of life of cancer patients in Isfahan city Islamic psychology with a positive orientation*. (In Persian)
- Shahar, B. (2020). New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. *Journal of clinical medicine*, 9(9), 1-15. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3390/jcm9092918>
- Shaw, W. S., Feuerstein, M., Haufler, A. J., Berkowitz, S. M., & Lopez, M. S. (2001). Working with low back pain: problem-solving orientation and function. *Pain*, 93(2), 129-137. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(01\)00304-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0304-3959(01)00304-9)
- sherafati, h., Taheri, E, asmaee majd, s., & Amiri, M. (2017). Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Douglas Model on Intolerance of Uncertainty, Cognitive Avoidance and Positive Beliefs about worry in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 15-28. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.10203>. (In Persian)
- Sheykhan, R., & Goudarzi, M. (2024). Effectiveness of emotional-focused therapy in the difficulty of emotional regulation and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome [Applicable]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 32(2), 88-97. <https://doi.org/http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-8194-en.html> (In Persian)
- shokrolahi, m., Hashem, S. E., Mehrabizadeh Honarmand, M., Zargar, Y., & Naaimi, A. (2023). effectiveness of emotion focused therapy on anxiety sensitivity and pain catastrophizing in Patients with chronic pain and alexithymia [Research]. *Journal of Nursing Education*, 11(3), 46-56. <https://doi.org/10.22034/ijpn.11.3.5> (In Persian)
- Tabrizikahuo, G., Salehi, K., Keshavarz Afshar, H., & Madani, Y. (2023). Phenomenological representation of social relations in Female Headed Households heads of households. *Journal*

- of *Applied Family Therapy*, 4(1), 193-220. <https://doi.org/10.22034/aftj.2023.334653.1503> (In Persian)
- Tajoddini, E., Sepehrianazar, F., & Soleymani, E. (2019). Comparative Studying of Cognitive, Emotional and Social factors in the Psychological Problems of Patients with Multiple Sclerosis and Healthy People [Research]. *Alborz University Medical Journal*, 8(2), 150-164. <https://doi.org/10.29252/aums.8.2.150> (In Persian)
- Thakur, E. R., Holmes, H. J., Lockhart, N. A., Carty, J. N., Ziadni, M. S., Doherty, H. K., Lackner, J. M., Schubiner, H., & Lumley, M. A. (2017). Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(12), 1-17. <https://doi.org/doi:10.1111/nmo.13143>.
- Toussaint, A., Murray, A. M., Voigt, K., Herzog, A., Gierk, B., Kroenke, K., Rief, W., Henningsen, P., & Lowe, B. (2016). Development and validation of the somatic symptom disorder-b criteria scale (SSD-12). *Psychosomatic medicine*, 78(1), 5-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000240>
- Wilson, C., & Hughes, C. (2011). Worry, beliefs about worry and problem solving in young children. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 507-521. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1352465811000269>
- Zahrabnia, E., Sanaie, B., Kiyamanesh, A., & Zaharakar, K. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on Emotional Regulation and Psychological Well-Being of Divorced Women. *Family and Health*, 11(2), 44-60. https://journal.astara.ir/article_245480_dde04146289bc6cd869a5e5d0ccf0d6b.pdf (In Persian)