



The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Psycho-somatic Complaints in Patients of COVID-19 under Home Treatment

Marziyeh Rahmannedhad Sarabi ¹; Asghar Jafari* ²

Abstract

The purpose of this research was to compare abnormal personality patterns and clinical symptoms of patients with psychiatric disorders and patients with a comorbid diagnosis of psychiatric disorders and substance use disorders. To do the research, a post-hoc-comparative approach was applied to 200 convenient samples, including 100 patients with psychiatric disorders and 100 ones with a comorbid diagnosis of psychiatric disorders and substance use disorder. The samples were chosen from patients admitted to psychiatric hospitals in Tehran, from April 2018 to March 2019. In order to collect the data, Demographic Information Questionnaire, Millon Clinical Multiaxial Inventory III, and Mental Status Examination based on DSM-V criteria were applied. The results which were analyzed by Multivariate Analysis of Variance showed a meaningful difference between the two groups in terms of abnormal personality patterns and Milon's clinical symptoms. According to the findings, it is recommended that the difference in the abnormal personality patterns and clinical symptoms of the two groups be taken into consideration in the pharmacological and psychotherapy interventions of psychiatric disorders and comorbid disorders with substance use. Therefore, considering this dimension of disorders can lead to choosing a more comprehensive treatment approach.

Keywords: Abnormal personality patterns, Clinical symptoms, psychiatric \ substance use disorder

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

¹ Ph.D.D In Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

² Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی

مرضیه رحمن نژاد سرابی^۱، اصغر جعفری^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی در مبتلایان به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری افراد مبتلا به کووید- ۱۹ تحت درمان خانگی در ۶ ماه اول سال ۱۴۰۰ در تهران بودند. به روش نمونه‌گیری گلوله برفی، ۳۰ نفر واجد شرایط وارد مطالعه شدند و در گروه‌های ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش مقیاس شکایت روان‌تنی ناکاتا و ساکاتا و ناگویی هیجانی تورنتو بودند که در سه مرحله روی هر دو گروه و برنامه درمان هیجان‌مدار گلدمن و گرینبرگ در ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند شکایات روان تنی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف هیجان‌ها و تفکر عینی را کاهش دهد و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار ماند. بنابراین درمان هیجان‌مدار می‌تواند شکایات روان- تنی و ابعاد ناگویی هیجانی مبتلایان به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود برای کاهش شکایات روان- تنی و ابعاد ناگویی هیجانی مبتلایان به کووید ۱۹ از درمان هیجان‌مدار استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، شکایات روان- تنی، کووید- ۱۹، ناگویی هیجانی

مقدمه

در چند دهه اخیر، اختلالات روان- تنی شایع شد که عوامل هیجانی و روانی در آن نقش اساسی دارند (کوکسل، کوتلز، گلامبوس و کوکنی^۱، ۲۰۲۲). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ مفاهیم طب روان- تنی در طبقه "اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط" منظور شده‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۹). تشخیص اختلال روان- تنی، زمانی است که یک مشکل جسمانی وجود دارد و عوامل روان‌شناختی در شروع یا شدت آن نقش دارند. بیماری ناشی از ویروس کرونا^۳ هم معمولاً با علائم جسمانی مانند از دست دادن اشتها، سرگیجه، بی‌خوابی، مشکلات گوارشی و حالت تهوع همراه بود (برانیمیر، پرایکا، استوجانوویک و ایوانک^۴، ۲۰۲۱). در دوره همه‌گیری ویروس کرونا به دلیل کاهش اشتراک احساسات با دیگران و به دلیل انزوای اجتماعی، استرس و هیجان‌های منفی بیشتر شده و افراد بیشتر دچار ناگویی هیجانی شدند که این موضوع سلامت روانی آنان را تهدید می‌کرد (تانگ، هو، یانگ و ایکسیو^۵، ۲۰۲۰). نتایج مطالعه کوکسل و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که ناگویی هیجانی با شکایات جسمانی و رفتارهای بیمارگونه رابطه دارد. همچنین ناگویی هیجانی با آسیب‌پذیری روانی و بدنی رابطه مثبت دارد (پلنس، مورلی، استیرلین، اولیس^۶ و همکاران، ۲۰۱۹) و بیماران با نشانه‌های جسمانی‌سازی در مهارت‌های تنظیم هیجان نقص دارند (اسکوارز، ریف، رادکوسکی، برکینگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۷).

راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانع ابراز هیجان سالم است. عاطفه منفی موجب تشدید نشخوار فکری و به نشانه‌های اختلال جسمانی‌سازی منجر می‌شود (رزاق‌پور و حسین‌زاده، ۱۳۹۸). نتایج پژوهش اعزازی بجنوردی، قدم‌پور، مرادی‌شکیب و غضبان‌زاده (۱۳۹۹) نشان داد پاسخ‌های هیجانی نامناسب مانند احساس غمگینی، استرس و راهبردهای نارسایی تنظیم هیجان در مواجهه با کرونا موجب پریشانی عاطفی می‌شوند. ناگویی هیجانی با واکنش‌های روانی افراد مبتلا به کرونا رابطه دارد (هوری و کیم^۸، ۲۰۱۹). این افراد نمی‌توانند هیجان‌های مرتبط با شرایط آسیب‌زا را تجربه کنند (دینسر، آياز و اوگوز^۹، ۲۰۲۱). بنابراین افراد با ناگویی هیجانی بالا معمولاً اضطراب دارند و واکنش روانی آنها به کرونا با شکایات‌های بدنی همراه است. با توجه به نقش هیجان‌ها در تشدید اختلالات روان- تنی، به نظر می‌رسد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند در درمان این اختلالات موثر باشد. درمان هیجان‌مدار^{۱۰} تلفیق نظریه‌های تجربه‌گرایی و دلبستگی است که توسط جانسون و گرینبرگ^{۱۱} (۱۹۸۵) مطرح شد. با توجه به نقش اساسی هیجان‌ها در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش هیجان‌ها در سلامت جسمانی و روانی اشاره دارد (جانسون، ۲۰۰۴). در درمان هیجان‌مدار، هیجان‌های سازگار و ناسازگار اولیه

1 Kocsel, NKoteles, Galambos, Kokonyei

2 Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM)

3 COVID

4 Branimir, Peraica, Stojanović, Ivanec

5 Tang, Hu, Yang, Xu

6 Plans, Morelli, Sütterlin, Ollis

7 Schwarz, Rief, Radkovsky, Berking

8 Hori, Kim

9 Dincer, Ayaz, & Oguz

10 Emotion focused therapy (EFT)

11 Johnson, Greenberg

و هیجان‌های واکنشی ثانویه بررسی می‌شوند (اسانو^۱، ۲۰۱۹). درمان هیجان‌مدار سه راهبرد دارد: اصلاح معنای عاطفی غیرانطباقی در ارتباط با تجربه‌های ترس، اضطراب و شرم، دسترسی به هیجان‌های انطباقی مهار شده و فراهم کردن یک تجربه اصلاحی. هدف مهم این رویکرد، کمک به افراد است که احساسات و نیازهایشان را روشن‌سازی کنند و پذیرش عاطفی بیشتری داشته باشند. تجربه هیجان‌ها در سازگاری شناختی و اجتماعی با بیماری، در سازمان‌دهی تجربه فرد از واقعیت، احساس به خود و دیگران نقش اساسی دارند (کوچلین، کواکلی، اشچلر، ورنر^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

ویلیامز، هاردت، هنسچل و ادینگر^۳ (۲۰۱۹) و نانس^۴ (۲۰۲۱) اعتقاد دارند برای آگاهی و غلبه بر انسداد هیجان‌ها و بررسی منشاء آن و عوامل تداوم‌بخش، اولین گام پردازش هیجان‌ها است. بیان یا نوشتن هیجان‌های مسدود شده، عملکرد دستگاه عصبی، دستگاه ایمنی و سلامت جسمانی را بهبود می‌بخشد (گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵). از نظر گرینبرگ (۲۰۱۰) روایت تجربه آسیب‌زا، موجب فاصله گرفتن از این تجربیات می‌شود و مراجع می‌آموزد که عواطف را تجربه کند و آگاه می‌شود که واکنش‌های هیجانی نامناسب می‌توانند به اختلالات روان-تنی منجر شوند. تفکیک و یکپارچه‌سازی حالات هیجانی یکی از مهم‌ترین گام‌های درمان است (واندرهارت و ریدبرگ^۵، ۲۰۱۹). نظم‌بخشی هیجانی باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می‌شود (عطادخت، قریب بلوک، میکابیلی و صمدی فرد، ۱۳۹۸).

با توجه به شیوع بالای کووید-۱۹ در جهان و نقش هیجان‌ها در تشدید آن (جی^۶ و همکاران، ۲۰۲۰) و تهدید سلامت روانی و جسمانی (دروری، کارتر، کوکینگ، نتونتیس^۷ و همکاران، ۲۰۱۹)، در پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌مدار در ناگویی هیجانی و شکایات روان-تنی مطالعه شد و این فرضیه‌ها بررسی شدند:

-درمان هیجان‌مدار، ناگویی هیجانی و اختلالات روان-تنی مبتلایان به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی را کاهش می‌دهد.

-اثربخشی درمان هیجان‌مدار در کاهش ناگویی هیجانی و اختلالات روان-تنی در مرحله پیگیری یک ماهه پایدار است.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و یک دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری افراد مبتلا به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی در ۶ ماه اول سال ۱۴۰۰ در تهران بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی، ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. چون نمره اختلال روان-تنی، شکایت افراد را حداقل در یکی از اختلالات روان-تنی نشان می‌دهد (امیری، قاسمی‌قشلاق و عباس‌زاده، ۱۳۹۷)، در این پژوهش به عنوان ملاک انتخاب در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ تشخیص کووید-۱۹ در ۶ ماه اول سال ۱۴۰۰، تحت درمان خانگی، کسب نمره ۶۵ به بالا در پرسشنامه شکایت روان‌تنی، تمایل به انجام تمرین‌ها و عدم دریافت

1 Asano

2 Koechlin,, Coakley, Schechter, Werner

3 Williams, Hardt, Henschel, Eddinger

4 Nunes

5 Van der hart, Rydberg

6 Ge

7 Drury, Carter, Cocking, Ntontis

۷۴..... اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان...

روان‌درمانی قبل از شرکت در پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل تشخیص بیماری جسمانی بوسیله پزشک و دو جلسه غیبت متوالی بود.

ابزار پژوهش

مقیاس شکایت روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا^۱: این مقیاس ۳۰ گویه دارد. پاسخ‌دهی بر اساس گزینه‌های هرگز (نمره ۰) تا به طور مکرر (نمره ۳) انجام می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۹۰ است و نمره بالا نشان‌دهنده شدت اختلال روان- تنی است. آلفای کرونباخ در سه بار تکرار بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ به دست آمد. برای روایی سازه ساختار تک عاملی در سه بار تکرار ۳۱/۱ تا ۳۴/۱ درصد واریانس را تبیین کرد (ناکاتا، ساکاتا، ۲۰۰۴). در ایران حاجلو (۱۳۹۱) روایی همزمان (۰/۶۸) و روایی سازه و پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۸۳ و روش همسانی درونی ۰/۸۵ بدست آورد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۲: این مقیاس ۲۰ گویه‌ای توسط بگبی، تایلر و پارکر^۳ (۱۹۹۴) تدوین شد. سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات و هیجان‌ها^۴، دشواری در توصیف احساسات و هیجان‌ها^۵ و مشکل در نشان دادن تفکر عینی^۶ دارد. پاسخ‌دهی بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) است. نمره ۶۰ به بالا نشان‌دهنده ناگویی هیجانی بالا و نمرات ۵۲ به پایین ناگویی هیجانی پایین است. آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ بدست آمد (قربانی، دیویسون، بینگ، واتسون و ماک^۷، ۲۰۰۲). در پژوهش بشارت (۱۳۸۶) پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ و در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ برای کل و خرده مقیاس‌ها بدست آمد.

برنامه درمان هیجان‌مدار: بر اساس مراحل و فنون درمان هیجان‌مدار در نظریه گلدمن و گرینبرگ^۸ (۲۰۱۵) یک برنامه درمانی اولیه برای درمان اختلالات روان- تنی تدوین شد. برای بدست آوردن روایی محتوایی، این برنامه برای ۵ روان‌شناس و مشاور فعال در حوزه اختلالات روان- تنی فرستاده شد. نظرات و پیشنهادهای آنان در چندین مرحله گرفته شد و در این برنامه اعمال شد.

-
- 1 Takata & Sakata
 - 2 Toronto Alexithymia Scale
 - 3 Bagby, Taylor, Parker
 - 4 difficulties identifying feelings and emotions
 - 5 problems distinguishing between emotions and bodily sensations
 - 6 externally oriented thinking
 - 7 Ghorbani, Davison, Bing, Watson, Mack
 - 8 Goldman, Greenberg

روش اجرای پژوهش

یک جلسه با تمام شرکت‌کنندگان در محیط اسکای روم برگزار شد و درباره ماهیت پژوهش، رازداری، محرمانه بودن نتایج و زمان حضور و تعداد جلسات توضیح داده شد. مداخلات در گروه آزمایش به صورت گروهی اجرا شد. شرکت‌کنندگان قبل و پایان مداخلات و یک ماه بعد در مرحله پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. تا پایان دوره هیچ افت شرکت‌کننده وجود نداشت. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، برنامه درمانی به طور فشرده در ۳ جلسه برای گروه کنترل اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی بنفرونی و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد. در جدول ۱، هدف، محتوا، تغییر رفتار مورد انتظار و تکلیف هر جلسه بیان شده است. در هر جلسه تکلیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (اقتباس از گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف
اول	آشنایی و معرفی برنامه درمانی	ایجاد رابطه حسنه و تعهد برای ادامه جلسات، اجرای پیش‌آزمون، توصیف اختلال روان-تنی و رابطه آن با هیجان، اهداف درمان، پرداختن به نشانه‌های رفتاری، جسمانی و هیجانی اختلال روان-تنی	افزایش اعتماد و امنیت نسبت به جلسه، همکاری و مشارکت بیشتر در جلسات	از شرکت‌کنندگان خواسته شد: خاطرات و تجربه‌های هیجانی گذشته خود را واریسی و موارد مهم را یادداشت کنند.
دوم	تحلیل و تغییر هیجان‌ات	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده سبک پردازش هیجانی از طریق گوش‌دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع، پذیرش احساسات	صحبت درباره مشکل، انجام پردازش هیجانی مجدد، پذیرش و تجربه بیشتر احساسات خود	تمرین سبک پردازش هیجانی و تلاش برای پذیرش احساسات خود
سوم	تحلیل و تغییر هیجان‌ات	تاگشایی هیجان‌های اصلی از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع و نیازهای دلبستگی	پردازش هیجانی مجدد، پذیرش و تجربه عمیق‌تر احساسات خود	تمرین تجربه هیجان‌ها و پذیرش احساسات خود
چهارم	درگیری هیجانی عمیق	ابراز هیجان، شناسایی نیازهای دلبستگی، کشف یک پردازش و پذیرش هیجان از طریق شناسایی، آگاهی، پذیرش، تنظیم هیجان و عمق بخشیدن به تجربه هیجانی	بررسی نیازهای خود، عمق بخشیدن به تجربه هیجان‌ها در عمل	تمرین برای ابراز هیجان‌ات و تلاش برای تنظیم هیجانی

پنجم	درگیری هیجانی عمیق	شناسایی هیجان‌های اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی نشانه‌های خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی	تجربه رفتاری هیجان‌های اولیه و ثانویه خود و بروز هیجان‌ها	تمرین فن کار با صندلی برای
ششم	درگیری هیجانی عمیق	کار روی وقفه‌ها و یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌های اولیه و ثانویه و تجربه آنها	کنار گذاشتن انسدادهای هیجانی، تجربه هیجان‌ها	تمرین برای از بین بردن وقفه‌های هیجان
هفتم	تحکیم و یکپارچه سازی	تنظیم هیجان‌ها سازگار و ناسازگار، بازسازی تعاملات، تغییر رویدادها و نمادگذاری آرزوهای سرکوب شده	تنظیم هیجان‌ها در عمل و انجام تعاملات و کار روی آرزوهای خود	تمرین تنظیم هیجان و بازسازی مشکل
هشتم	تحکیم و یکپارچه سازی	آماده‌سازی برای بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی	پیدا کردن روابط ابژه‌ای مرتبط با زندگی خود	تمرین رفتار و تجربه احساسات بر اساس بینش تجربه‌ای
نهم	تحکیم و یکپارچه سازی	کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از کار با بدن، موسیقی، حرکت و غیره، تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده	نقاشی تصویر خود جدید تهیه فیلم‌های کوتاه درباره آن و توصیف نقش آن در زندگی	تمرین رفتار پذیرش احساسات بر اساس خود جدید
دهم	تحکیم و یکپارچه‌سازی، پس آزمون	خلق راه‌حل‌های جدید، بیان حکایت جدید از مشکلات و تلاش برای بازسازی و از نو قاب سازی آن، این که چگونه راه برگشت را پیدا کردند. اجرای پس‌آزمون	ایفای نقش برای مقابله با مشکلات زندگی و پیدا کردن راه حل‌های جدید	تمرین روش‌های آموخته شده و تلاش برای بکارگیری آنها در زندگی

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۴۴/۸ و ۳/۱ و در گروه کنترل ۴۳/۹۱ و ۳/۹ بود. در جدول ۲، نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تقریباً مشابه است ولی در پس‌آزمون و پیگیری متفاوت هستند. نتایج آزمون شاپیرو و ویلک حاکی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی نمره‌ها، آزمون لون حاکی از برقراری همگنی واریانس گروه‌ها و آزمون‌های ام. باکس و کرویت موخلی حاکی از برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس و مفروضه برابری واریانس‌ها است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار داده‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری (۱۵ نفر در هر گروه)

گروه‌ها	مراحل	شکایت روان-تنی		دشواری در شناسایی احساسات		دشواری در توصیف احساسات		تفکر عینی
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۰/۷۲	۷۴/۴۲	۶/۲۳	۲۸/۱۵	۵/۹۸	۲۶/۲۴	۶/۲۱
	پس‌آزمون	۵/۳۲	۳۹/۵۱	۴/۱۸	۱۸/۰۴	۴/۱۴	۱۷/۲۵	۴/۱۱
	پیگیری	۵/۱۱	۳۸/۴۸	۴/۱۰	۱۸/۰۲	۳/۹۴	۱۷/۱۳	۴/۰۳
گواه	پیش‌آزمون	۶/۹۴	۷۵/۲۳	۶/۲۸	۲۸/۴۷	۷/۸۳	۲۶/۳۲	۶/۲۲
	پس‌آزمون	۶/۷۲	۷۵/۴۶	۶/۴۹	۲۸/۳۹	۷/۷۹	۲۶/۰۹	۶/۰۵
	پیگیری	۶/۸۸	۷۵/۳۹	۶/۴۳	۲۸/۴۳	۷/۹۸	۲۶/۲۱	۶/۱۳

در جدول ۳ در متغیر شکایات روان-تنی، اندازه اثر گروه نشان داد که ۵۳ درصد ناشی از تغییرات بین گروهی، ۴۱ درصد ناشی از اثر زمان و ۶ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. در متغیر دشواری در شناسایی احساسات، اندازه اثر گروه نشان داد که ۴۹ درصد ناشی از تغییرات گروهی، ۳۷ درصد ناشی از اثر زمان و ۱۴ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. در متغیر دشواری در توصیف احساسات، اندازه اثر گروه نشان داد که ۴۵ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه، ۳۴ درصد ناشی از اثر زمان و ۱۹ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. در تفکر عینی، اندازه اثر گروه نشان داد ۴۲ درصد ناشی از تغییرات بین گروهی، ۳۲ درصد ناشی از اثر زمان و ۲۶ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	دشواری در شناسایی
شکایت روان-تنی	درون گروهی (زمان)	۵۷۳/۲۰	۲ و ۲۷	۲۸۶/۶۰	۶۴/۲۱**	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	دشواری در شناسایی
	بین گروهی (گروه)	۷۴۲/۱۶	۱ و ۲۸	۷۴۲/۱۶	۱۵۸/۳۱**	<۰/۰۰۱	۰/۵۳	
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۳۴۲/۷۳	۲ و ۲۷	۱۷۱/۳۶	۹۸/۰۲**	<۰/۰۰۱	۰/۴۶	
دشواری در شناسایی	درون گروهی (زمان)	۳۴۹/۳۴	۲ و ۲۷	۸۷/۳۳	۵۶/۳۱**	<۰/۰۰۱	۰/۳۷	دشواری در شناسایی
	بین گروهی (گروه)	۳۹۸/۱۴	۱ و ۲۸	۳۹۸/۱۴	۱۴۱/۰۱**	<۰/۰۰۱	۰/۴۹	
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۳۶۸/۱۷	۲ و ۲۷	۱۸۴/۰۸	۷۹/۱۶**	<۰/۰۰۱	۰/۴۵	
دشواری در توصیف	درون گروهی (زمان)	۳۵۸/۰۶	۲ و ۲۷	۱۷۹/۰۳	۴۶/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	دشواری در توصیف
	بین گروهی (گروه)	۴۰۱/۱۱	۱ و ۲۸	۴۰۱/۱۱	۱۱۸/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۵	
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۳۱۹/۰۳	۲ و ۲۷	۱۵۹/۵۱	۶۷/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۹	

۷۸..... اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان...

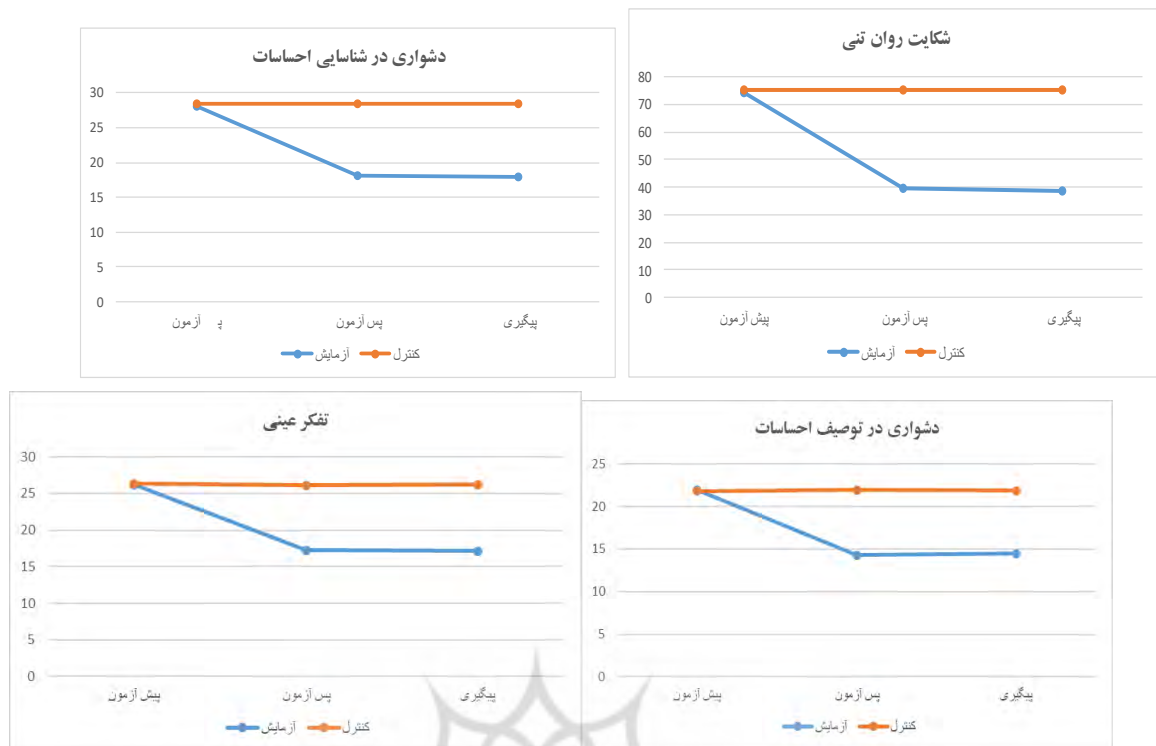
۰/۳۲	<۰/۰۰۱	۴۱/۹۸**	۱۶۹/۶۱	۲ و ۲۷	۳۳۹/۲۲	درون گروهی (زمان)	تفکر عینی
۰/۴۲	<۰/۰۰۱	۱۰۵/۷۳**	۳۹۱/۰۳	۱ و ۲۸	۳۹۱/۰۳	بین گروهی (گروه)	
۰/۴۰	<۰/۰۰۱	۸۲/۴۳**	۱۸۶/۰۵	۲ و ۲۷	۳۷۲/۱۰	اثر متقابل (زمان*گروه)	

طبق نتایج جدول ۴، تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش در طول زمان معنادار است و این تغییر در مرحله پیگیری معنادار است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

گروه آزمایش			زمان اندازه گیری	متغیر	
مقدار احتمال	انحراف معیار	تفاوت میانگین			
<۰/۰۰۱	۰/۷۸	** ۳۴/۹۱	پیش آزمون- پس آزمون	شکایت روان تنی	
<۰/۰۰۱	۰/۸۱	** ۳۵/۹۴	پیش آزمون- پیگیری		
۰/۴۶۳	۰/۰۸	۱/۰۳	پس آزمون- پیگیری		
<۰/۰۰۱	۰/۳۱	** ۱۰/۱۱	پیش آزمون- پس آزمون	دشواری در	
<۰/۰۰۱	۰/۳۳	** ۱۰/۱۳	پیش آزمون- پیگیری		شناسایی
۰/۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۰۲	پس آزمون- پیگیری		احساسات
<۰/۰۰۱	۰/۲۷	** ۷/۶۸	پیش آزمون- پس آزمون	دشواری در	
<۰/۰۰۱	۰/۲۳	** ۷/۴۹	پیش آزمون- پیگیری		توضیف
۰/۳۵۵	۰/۰۰۵	-۰/۱۸	پس آزمون- پیگیری		احساسات
<۰/۰۰۱	۰/۳۱	** ۸/۹۹	پیش آزمون- پس آزمون	تفکر عینی	
<۰/۰۰۱	۰/۳۵	** ۹/۱۱	پیش آزمون- پیگیری		
۰/۲۸۹	۰/۰۹	۰/۱۳	پس آزمون- پیگیری		

نمودار ۱، روند تغییر متغیرها را در گروه آزمایش و کنترل در طول زمان نشان می‌دهد.



نمودار ۱. تغییرات شکایت روان تنی، و ابعاد ناگویی هیجانی در گروه آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار در کاهش ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی تاثیر دارد و این نتیجه در پیگیری یک ماهه هم پایدار بود که با نتایج پژوهش‌های پلنس و همکاران (۲۰۱۹)، واندرهارت و ریدبرگ، (۲۰۱۹) و اسانو (۲۰۱۹) مطابقت داشت.

بیماری ناشی از ویروس کرونا به دلیل کاهش اشتراک احساسات با دیگران و به دلیل انزوای اجتماعی، استرس و اضطراب تجربه شده در افراد، می‌تواند ناگویی هیجانی در افراد ایجاد کند و ناگویی هیجانی سلامت‌روانی افراد را کاهش می‌دهد. از طرفی دیگر افراد دارای ناگویی هیجانی، هیجان‌های خود را تهدیدکننده تفسیر کرده و از راهبردهای اجتنابی و ناسازگار استفاده می‌کنند (تانگ و همکاران، ۲۰۲۰). در فرآیند تنظیم هیجان مراجعان یاد می‌گیرند، هیجان‌های خود را بیان کنند، آنها را بپذیرند و احساسات مربوط به آنها را تجربه کنند. هیجان‌ها دارای توانایی درونی انطباقی هستند و چنانچه فعال شوند، به مراجعان کمک می‌کنند تا وضعیت هیجانی مشکل‌شان را تغییر دهند (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۰). درمان هیجان‌مدار روی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ موجب می‌شود که وضعیت هیجانی خود را نسبت مشکل‌شان تغییر دهند و به شیوه‌ای کارآمدتر با هیجان‌های منفی مرتبط با کووید-۱۹ سازگار شوند. همچنین، چون هیجان‌های انسان خاصیت سازگاری ذاتی دارند زمانی که هیجان‌ها در درمان هیجان‌مدار فعال می‌شوند، به بیماران کمک می‌کنند حالات هیجانی مشکل‌ساز و یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. تنظیم هیجان روی الگوهای آسیب‌پذیری روانی تاثیر می‌گذارد و افرادی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود در برابر حوادث روزمره نیستند، دوره‌های طولانی و سختی از اختلال‌های روانی- جسمانی را تجربه می‌کنند. تفکیک و یکپارچه‌سازی حالات هیجانی یکی از مهم‌ترین مولفه‌های بهبود اختلالات روان-

۸۰..... اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان...

تنی است (واندرهارت و ریدرگ، ۲۰۱۹). تبیین این یافته را می‌توان بر اساس نظریه فروید بیان کرد. در تاریخ روان‌کاوی کلاسیک یکی از روش‌های درمانی، برون‌ریزی هیجانی و بیان هیجانی واقعه و توضیح و توصیف کلامی آن بود. وقتی افراد درباره تجربه‌های هیجانی خود می‌نویسند به دنبال آن به طور قابل توجهی سلامت‌روانی و جسمی آنها بهبود می‌یابد (پلنس و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در پردازش هیجان‌ها، آگاهی از وجود انسداد هیجانی و بررسی منشاء آن و عوامل تداوم‌بخش، موجب غلبه بر انسداد هیجانی و رهاسازی هیجان‌های سرکوب شده می‌شود و ناگویی هیجانی را کاهش می‌دهد (نانس، ۲۰۲۱). افزون بر این نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار در کاهش شکایات روان- تنی در افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی تاثیر دارد و با نتایج پژوهش‌های برانیمیر و همکاران (۲۰۲۱)، کوچلین و همکاران (۲۰۱۸)، و (هوری و کیم، ۲۰۱۹) مطابقت داشت. بیماری ناشی از ویروس کرونا معمولاً علائم جسمانی دارد که می‌توانند در آینده زمینه بروز شکایات روان- تنی را فراهم کند (برانیمیر و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت تمرکز درمان هیجان‌مدار بر روی هیجان است. به گونه‌ای که از هیجان‌ها می‌توان برای هدایت و تحریک فرد به سمت فعالیت‌ها و پاسخ‌های جدید استفاده کرد. در این روش با انعکاس و شدت هیجان، فرد از تأثیر هیجان‌های ثانویه مانند تحریک/عصبانیت به سمت احساسات عمیق بنیادی و هیجان‌های اولیه مانند ترس و ناراحتی حرکت می‌کند (اسانو، ۲۰۱۹). هیجان‌ها ثانویه، هیجان‌هایی هستند که در واکنش به هیجان‌ها اولیه به وجود می‌آیند و در بسیاری از موارد فرد نسبت به علت اصلی این هیجان‌ها آگاهی ندارد. بر این اساس در درمان هیجان‌مدار پس از آن که فرد هیجان‌ها خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کند، در نهایت کمتر از افکار تکراری همچون نشخوار فکری جهت اجتناب از آنها استفاده می‌کند و در توالی این مسیر نشانگان هیجان‌های منفی مانند استرس، افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد (گرینبرگ، ۲۰۰۴). تجربه هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند که احساسات و نیازهایشان را روشن‌سازی کنند و پذیرش عاطفی بیشتری داشته باشند. تجربه هیجان‌ها در سازگاری شناختی و اجتماعی افراد با بیماری نقش اساسی دارند (کوچلین و همکاران، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد درمان هیجان‌مدار به افراد مبتلا به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی کمک می‌کند تا بیماری خود و سایر رویدادهای آسیب‌زا هستند، اجتناب نکنند و به جای اجتناب، اعمال خود را بر اساس حرکت و نشانه‌هایی که یادآور بیماری و رویدادهای آسیب‌زا هستند، اجتناب نکنند و به جای اجتناب، اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر یادگیری‌های جدید سازماندهی کنند (دروری و همکاران، ۲۰۱۹). لذا پس از طی نمودن این فرآیند، فرد به وسیله پذیرش تفکرات مثبت و تجربه هیجان‌ها، از بند تفکرات نشخوارکننده و هیجان‌های ناکارآمد ایجادکننده مشکلات روانی- جسمانی رهایی می‌یابد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان هیجان‌مدار افراد از وجود هیجان‌های منفی خود آگاه می‌شوند همچنین می‌توانند هیجان‌های خود را در موقعیت‌های مختلف زندگی باز ارزیابی کنند و مشکلات جسمانی و روانی خود را کاهش دهند (هوری و کیم، ۲۰۱۹).

به طور کلی در این پژوهش نتیجه گرفته شد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی را کاهش دهد. پژوهش حاضر بر روی افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی انجام شد که چون افراد به لحاظ ویژگی‌های روان‌شناختی در پاسخ‌دهی به درمان متفاوت هستند، ممکن است این موارد بر نتایج تاثیر گذار باشد. بنابراین در تعمیم نتایج به سایر مبتلایان به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی باید احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در

پژوهش‌های بعدی این متغیرها کنترل یا مطالعه شوند. با توجه به کارآمدی درمان هیجان‌مدار، پیشنهاد می‌شود برای کاهش ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی از این برنامه استفاده شود.

سپاسگزاری

از همکاری شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

در این مقاله حامی مالی و تعارض منافع وجود ندارد.

منابع

- اعزازي بجنوردی، المیرا؛ قدم‌پور، سمانه؛ مرادی شکیب، آمنه؛ و غضبان‌زاده، راضیه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی سلامت و اضطراب مرگ در بیماران دیابتی. *نشریه روان پرستاری*، ۲(۸)، ۴۴-۳۴.
- امیری، سهراب؛ قاسمی‌قشلاق، مهسا؛ عباس‌زاده، زهرا. (۱۳۹۷). مقایسه سازه‌های هیجانی و صفات شخصیتی مبتنی بر سیستم‌های مغزی- رفتاری در بیماران و افراد بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۶(۱)، ۱۶-۲۶.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۹). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، آپدیت ۲۰۱۹*. ترجمه مهدی گنجی (۱۳۹۷). تهران: ساوالان.
- بشارت، محمد علی. (۱۳۸۶). روابط ابعاد شخصیت و ناگویی هیجانی. *روانشناسی معاصر*، ۲(۲)، ۵۵-۶۶.
- حاجلو، نادر. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۳)، ۲۰۴-۲۱۲.
- رزاق‌پور، مهدی؛ و حسین‌زاده، علی اصغر. (۱۳۹۸). نقش میانجیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با نشانه‌های جسمانی‌سازی دانشجویان دختر. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۲)، ۲۹۵-۳۱۶.
- عطاذخت، اکبر؛ قریب‌بلوک، معصومه؛ میکاییلی، نیلوفر؛ و صمدی‌فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو. *مجله طب مراقبتی نظامی*، ۶(۳)، ۱۸۶-۱۷۶.
- گلدمن، روندا؛ گرینبرگ، لسلی اس. (۲۰۱۵). *فرمول‌بندی مراجع در درمان هیجان‌مدار*. ترجمه فاطمه فاضلی‌ثانی و جواد خلعتبری (۱۳۹۸). تهران: رشد فرهنگ.

American Psychiatric Association. (2019). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision DSM-5-tr 5th edition. [Amazon Warehouse](#). (Text in Persian)

Amiri, S., Ghasemi Gheshlagh, M., & Abbas Zadeh, Z. (2018). Comparison of emotional structures and personality traits based on brain-behavioral systems in patients and normal individuals. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 26 (1), 16-26. (Text in Persian)

Asano, K. (2019). Emotion processing and the role of compassion in psychotherapy from the perspective of multiple selves and the compassionate self. *Case Reports in Psychiatry*, 6(1), 1-6,

Atadokht, A., Masoumeh, G. B., Mikaeli, N., & Samadifard, H. R. (2019). Effect of emotion-focused cognitive behavioral therapy on social adjustment and experiential avoidance in Iranian disabled veterans. *Military Caring Sciences Journal*, 6 (3), 176-186. (Text in Persian)

- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38,(1), 33 -44.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6.
- Besharat, M. A. (2007). The relations between personality dimensions and alexithymia. *Journal of Contemporary Psychology*, 2(2), 55-66. (Text in Persian)
- Branimir, M., Peraica, T., Stojanovic, K., & Ivanec, D. (2021). Predictors of emotional distress during the COVID-19 pandemic: A croatian study. *Personality and Individual Differences*, 175, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110691>
- Dincer, B., Ayaz, E.Y., & Oguz, A. (2021). Changes in sexual functions and alexithymia levels of patients with type 2 diabetes during COVID-19 pandemic. *Sexuality and Disability*, 39 (3), 461-478.
- Drury, J., Carter, H., Cocking, C., Ntontis, E., Tekin Guven, S., & Amlot, R. (2019). Facilitating collective psychosocial resilience in the public in emergencies: Twelve recommendations based on the social identity approach. *Front. Public Health*, 6(7), 141.
- Ezazi Bojnourdi, E., Ghadampour, S., Moradi Shakib, A., & Ghazbanzadeh, R. (2020). Predicting corona anxiety based on cognitive emotion regulation strategies, health hardiness and death anxiety in diabetic patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8 (2), 34-44. (Text in Persian)
- Ge, H., Wang, X., Yuan, X., Xiao, G., Wang, C., Deng, T., Yuan, Q., & Xiao, X. (2020). The epidemiology and clinical information about COVID-19. *Journal of Clinical Microbiology Infect Disease*, 14: 1-9.
- Ghorbani, N., Davison, H. K., Bing, M. N., Watson, P. J., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37(5), 297-308.
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association_(Text in Persian)
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-focused therapy: Theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. (Text in Persian)
- Greenberg, L., & Watson, J. (2020). *Emotion focused therapy for depression*, Washington: American Psychological Association. (Text in Persian)
- Hagquist, C. (2008). Psychometric Properties of the Psychosomatic Problems Scale: A research analysis on adolescents' data. *Social Indicators Research*, 86(3), 511-26.
- Hajloo, N. (2012). Psychometric properties of Takata and Sakata's psychosomatic complaints scale among Iranian university students. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 10(3), 204-2012. (Text in Persian)
- Hori, H., Kim, Y. (2019). Inflammation and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 73(4), 143-53.
- Johnson, S. M. (2004). *Creating connection: the practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner – Routledge.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Emotional focused- couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(3): 313-317.
- Kocsel, N., Koteles, F., Galambos, A., & Kokonyei, G. (2022). The interplay of self-critical rumination and resting heart rate variability on subjective well-being and somatic symptom distress: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 152(1): 1-11.

- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 107:38–45.
- Nunes, S.A. (2021). Developing emotional skills and the therapeutic alliance in clients with alexithymia: Intervention guidelines. *Psychopathology*, 54, (6), 282-290.
- Plans, D., Morelli, D., Sütterlin, S., Ollis, L., Derbyshire, G., & Cropley, M. (2019). Use of a biofeedback-breathing app to augment Post stress physiological recovery: Randomized pilot study, JMIR format. *Research*, 3 (1): e12227,
- Razaghpour, M., & Hosseinzadeh, A. A. (2019). The mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between personality traits with somatization symptoms of female university students. *Applied Psychology*, 13(2), 295-316. (Text in Persian)
- Schwarz, J., Rief, W., Radkovsky, A., Berking, M., & Kleinstäuber, M. (2017). Negative affect as mediator between emotion regulation and medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 10(1), 114-121.
- Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 58(1), 3-7.
- Tang, W., Hu, T., Yang, L., & Xu, J... (2020). The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. *Personality and Individual Differences*. 165, 110131. doi: [10.1016/j.paid.2020.110131](https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110131)
- Van der hart, O., & Rydberg, J. A. (2019). Vehement emotions and trauma-generated dissociation: A janetian perspective on integrative failure. *Trauma & Dissociation*, 3, 191-201. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.06.003>
- Williams, J. L., Hardt, M. M., Henschel, A. V., Eddinger, J. R. (2019). Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 273, 336-342. [https://doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.020](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.020)



© 2022 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی