

مقاله اصلی

مقایسه اثر بخشی درمان فراشناختی و درمان متمرکز بر هیجان در بهبود علائم اختلال وسواس - جبری، در افراد دارای نشانگان وسواسی - جبری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴

خلاصه

مقدمه: اختلال وسواسی - جبری اختلالی است که هزینه زیادی را به خانواده و جامعه تحمیل میکند و هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان متمرکز بر هیجان در بهبود علائم اختلال وسواس - جبری، در افراد دارای نشانگان وسواسی - جبری میباشد.

روش کار: پژوهش فوق از نوع نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل میباشد که بعد از درمان مورد پیگیری دو ماهه نیز قرار گرفتند. نحوه انتخاب نمونه ها بصورت نمونه گیری در دسترس از طریق مراجعه و اطلاع رسانی در مراکز بهداشت، مطب روانپزشکان و صفحات اجتماعی میباشد. جایگزینی در گروه ها بصورت تصادفی و دریافت تشخیص از طریق اذعان آزمودنی، انجام مصاحبه بالینی SCID-5، تکمیل تست ییل براون و تشخیص روانپزشک یا روانشناس بالینی بوده است. پروتکل درمانی در دو گروه درمانی اجرا شد. هر گروه با ۱۶ نفر کار را آغاز نمود، برای تشخیص اختلال OCD از پرسشنامه ییل براون و برای تحلیل آماری از تحلیل واریانس آمیخته در نرم افزار SPSS استفاده شد.

نتایج: تفاوت میانگین گروه درمان متمرکز بر هیجان با گروه کنترل (۶/۲۰۶-) بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان فراشناختی با گروه کنترل (۴/۹۹۲-) است یعنی بین اثربخشی دو درمان در بهبود علائم وسواس افراد دارای نشانگان وسواسی - جبری تفاوت معنا دار وجود دارد.

نتیجه گیری: علی رغم موثر بودن هر دو درمان در بهبود علائم اختلال وسواسی - جبری، تفاوت میانگین دو درمان با گروه کنترل نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فراشناختی بر کاهش علائم وسواس دارد.

کلمات کلیدی: درمان فراشناختی، درمان متمرکز بر هیجان، اختلال وسواسی - جبری

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

بابک پویانسنب^۱

مهدی ایمانی^{۲*}

محمد رضا تقوی^۳

محمد علی گودرزی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، بخش روانشناسی

بالینی، پردیس بین الملل، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۲ استادیار، دکتری مشاوره، عضو هیئت علمی، بخش

روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشگاه شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، دکتری روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی، بخش

روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشگاه شیراز، ایران

^۴ استادیار، دکتری روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی، بخش

روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشگاه شیراز، ایران،

Email: DR. mahdiimani@gmail.com

مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری^۱ با افکار، امیال یا تصاویر ذهنی تکرار شونده و دایمی تعریف میشود که فرد آنها را ناخواسته و مزاحم میدانند و باعث ایجاد اضطراب و استرس شدید در فرد می شود، افراد سعی میکنند وسواس ها را سرکوب نمایند یا آنها نادیده بگیرند، یا بوسیله فکر یا عمل جایگزین (مثلا ایجاد یک تکانه) اقدام به خنثی کردن آنها نمایند (۱). شیوع سالانه اختلال وسواسی - اجباری بین ۱/۱ تا ۱/۳ درصد در جمعیت بزرگسال در همه فرهنگها تخمین زده میشود (۲).

فکرهای وسواسی یک سری تصاویر ذهنی یا تکانه های ناخواسته، راجعه و اذیت کننده هستند که کنترل آنها برای افراد درگیر بسیار مشکل میباشد. با اینکه شخص مبتلا از بی معنی بودن این افکار آگاه است، با این حال این افکار برای فرد عامل آشفتگی روانی و هیجانی است (۳). امروزه، خانواده به عنوان یک نظام اجتماعی و ارتباطی تعریف می شود که سلامت آن و به تبع آن سلامت جامعه، بازتابی از عملکرد مناسب اعضای آن تلقی می شود (۴). خصوصیت اصلی اختلال وسواس - اجباری عملی، افکار و یا اعمال وسواسی تکرار شونده است. این افکار و اعمال وسواسی به میزان زیادی برای بیمار وقت گیر (بیش از یک ساعت در روز است) و منجر به پریشانی یا آسیب قابل ملاحظه میشود (۵).

ارزیابی این حالات درونی در مقایسه با درون داد های حسی برای فرد آسان نیست، به همین دلیل تصمیم گیری در مورد برآورده شدن یا نشدن این معیارها، زمان بیشتری میگیرد. مثلا فردی که وسواس مرتبط با بیماری دارد، ممکن است برای جلوگیری از آلودگی با میکروب، مکررا دستانش را بشوید. از آنجایی که میکروب قابل مشاهده نیست، ممکن است برای توقف آیین شستشوی دست، از قاعده ی احساس درستی یا شستن به دفعات مشخص استفاده کند. اما آنچه باعث شدت گرفتن علائم میشود، استفاده از معیارهای ناسازگارانه برای توقف این علائم است؛ زیرا

از طرفی دست یافتن به این معیارها دشوار است و از طرف دیگر برای رفتاری که به قصد ممانعت از گسترش رابطه ای کاربردی و انعطاف پذیر با احساسات و افکار تدارک دیده شده، روش درستی نیست (۶). باورهای فراشناختی^۲ در رابطه با معنای فکر توسط افکار وسواسی فعال میشوند. وقوع فکرهای وسواسی زمانی مشکل ساز است که باعث تحریک باورهای فراشناختی درباره معنای آن فکر میشود. در مطالعه های مختلف همبستگی مثبت و معنادار میان علائم وسواس و در هم آمیختگی افکار گزارش شده است (۷). فراشناخت از یک سو وظیفه کنترل و تنظیم شناخت را به عهده دارد و به عنوان هرگونه دانش یا فرایندی تعریف شده که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت دخالت دارد. از سوی دیگر، یکی از متغیرهای مهمی است که در اختلالات اضطرابی نقش عمده ای دارد و در افراد مبتلا به این اختلالات آسیب جدی میسیند (۸).

ما معتقدیم که بیماران وسواسی قبل از تصمیم گیری معیارهای متعددی را در نظر میگیرند، در حالی که افراد بدون مشکل وسواسی تنها معیارهای کمی را برای تصمیم گیری در نظر می گیرند. بیماران مبتلا به وسواس تنها در صورتی می توانند در مورد توقف رفتارها تصمیم گیری کنند که از رعایت همه معیارها رضایت کامل داشته باشند. استفاده فعال از لزوم اطمینان بالا یعنی این که فرایند تصمیم گیری با این معنا کنترل می شود که نیاز به تلاش ذهنی دارد، عمدی و هوشیارانه است (۹).

استوربک و کلور^۳ (۱۰) معتقد بودند که هیجان و شناخت به شدت با هم همبستگی دارند. هیجان از شناخت جدا و مقدم بر آن نیست و به طور خودکار برانگیخته نمی شود. هیجان بر شناخت، ادراک، فعالسازی نگرش و فعالسازی معنایی تأثیر می گذارد به طوری که این تاثیر، خود در تنظیم هیجان نقش دارد. از سوی دیگر دانکان و بارت^۴ (۲۰۰۷) بر این عقیده بودند که می توان هیجان را در تعریف سنتی شناخت قرار داد و تفاوت شناخت و هیجان بیشتر از جنبه پدیدارشناختی است تا از جنبه هستی شناسی. به همین دلیل

³ Storbeck & Clore⁴ Duncan & Barrett¹ Obsessive-compulsive disorder² Metacognitive beliefs

بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی این امکان را فراهم می کند که هیجانات منفی شان از قبیل اضطراب و افسردگی را تحت کنترل خود در آورده و نرخ سازگاری روانشناختی خود را افزایش دهند. در طول درمان هیجان مدار به بیماران آموزش میدهند تا خودگویی های ناسازگارانه را که خیری، میر مهدی، آکوچکیان، حیدری (۱۷) از آن صحبت میکنند، همچنین موقعیتهای استرس زا را از میان برداشته و راههای خوشبینانه تفسیر را در خودشان خصوصاً در زمانی که در معرض موقعیتهای آسیب زا قرار می گیرند، جایگزین کنند. در طول روند درمان بیماران را تشویق میکنند که افکار مزاحم خود را به چالش بکشند و خودگوییهای جایگزینی برای مقابله با نشخوارهای فکری^۲ آشفته ساز خود تدارک ببینند.

به دلیل تنوع نیم رخ بالینی این اختلال، روش های گوناگون درمانی اعم از مداخلات روان شناختی و دارودرمانی و ترکیب آنها پیشنهاد شده است. با توجه به اینکه اختلال وسواس اجباری در تمام اقشار جامعه باعث پایین آمدن کارایی فعالیت های روزانه و مختل شدن روال عادی زندگی می شود، و نیز با توجه به انواع مکتب های گوناگون در روان شناسی امروزی که همه آنها مدعی اثر گذاری درمانی هستند، تلاش برای جداسازی این مکاتب و شیوه های درمانی متعدد تاثیر گذار در درمان اختلالات مختلف روان شناختی امری ضروری به نظر می رسد (۱۸).

فیشر^۳ و ولز (۱۹) با استفاده از طرح سری های مورد، اثر بخشی درمان فراشناختی (MCT)^۴ را در چهار بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری ارزیابی کردند. نمرات همه ی بیماران پس از درمان و در مرحله ی پیگیری در مقیاس های اختلال وسواسی- اجباری و فراشناخت، بهبودی قابل توجهی نشان داد. ریس^۵ و ون کوز ولد (۲۰) نیز اثر بخشی MCT را در کاهش نشانه های OCD تایید کرده اند. همچنین در رابطه با اثربخشی درمان فراشناختی در وسواس فکری- عملی میتوان به تحقیقات انجام شده توسط سیمونز^۶، اسکیندلر و دالمن (۲۱) استناد کرد که نتایج تمام این مطالعات ها اشاره به این موضوع دارند که درمان

هیجان برای تجربه عادی هشیاری، سیالی کلامی و حافظه نیاز است. امروزه صاحب نظران در این زمینه که فعالسازی و پردازش هیجان در ایجاد تغییرات درمانی روانشناختی مهم است، توافق دارند. درمان هیجان مدار توانایی محوریت دادن به هیجانها و تمرکز بر آنها را دارد. این روش درمانی اساس ساختار روانی و تعیین کننده کلیدی برای سازماندهی خود است (۱۱). سامرفلد (۲۰۱۱) این بیماری را به وسیله نمایش های اضطرابی و اجتناب بیشتر از آسیب بالقوه توصیف کرده است. در این راستا تفاوت های درون فردی مرتبط با حساسیت به این احساس ها و شیوه تنظیم آنها وجود دارد که به آن تنظیم هیجانی گفته میشود (۱۲). رفتارهای وسواسی برای بیمارانی که سطح بالایی از هیجانات ناخوشایند را تجربه میکنند خود یک تنظیم کننده عملکرد است؛ بنابراین در درمان هیجان مدار، روش دو صندلی برای انشعابات خود از هم گسیخته استفاده میشود. زمانی که خود، ابراز هیجانی را از قسمتهای دیگر خود بازدارد و ممانعت کند و هدف این باشد که برای مراجعان به وسیله دیالوگ خود-خود (خودی که تجربیات هیجانی را مسدود میکند) روشن شود که چگونه از رفتارها و اعمال وسواسی برای منقطع کردن تجربیات هیجانی خود استفاده نمایند، راه حل این کار بیان کردن کامل جنبه هایی از خود است که قبلاً انکار شده اند (۱۳). پژوهشها نشان داده اند که افراد درگیر با OCD نسبت به گروههای گواه در شناسایی، توصیف و تنظیم هیجانهای خود مهارت کمتری دارند، به علاوه درک ضعیف هیجانات پیش بینی کننده علائم وسواس است (۱۴)، (۱۵).

یکی از معضلاتی که بیماران وسواسی با آن رو به رو هستند گیر کردن در چالش کنترل شدن و احساس استقلال است. در درمان هیجان مدار، افراد احساساتشان را به گونه ای تجربه میکنند که ترسی از تنبیه شدن و مورد انتقام قرار گرفتن ندارند و ویژگی های متناقض خویش را میپذیرند. بر اساس مطالعات گذشته، این فرایند درمانی از آن دسته درمانهایی است که میتواند برای درمان بیماران وسواسی مورد استفاده قرار گیرد (۱۶). درمان هیجان مدار برای

⁴ Metacognitive therapy (MCT)

⁵ Rees & van Koesveld

⁶ Simons & Schindler, Dahlmann

¹ Summerfield

² Thought ruminations

³ fisher

نتایج تحقیقات ناصری نیا (۲۸) نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در کاهش علائم و سواس افراد مبتلا به کرونا اثر گذار بوده است.

با توجه به مطالب ذکر شده میتوان فهمید که OCD اختلالی است که از لحاظ اجتماعی، خانوادگی، تربیتی هزینه های زیادی را به خانواده و جوامع بشری تحمیل میکند، همچنین شیوع کرونا در سالهای اخیر در شکل گیری افکار و سواسی مرتبط با آلودگی، مرگ و دیگر انواع این افکار تاثیر گذاری زیادی داشته و چه بسا در بررسی های جدیدتر در راهنمای تشخیصی اختلالات روانی میزان شیوع افزایش نشان دهد. از آنجایی که OCD در همه اقشار جامعه سبب کم شدن کارایی و مختل شدن فعالیت میشود و همینطور با توجه به انواع مکاتب که در روانشناسی امروزی، همه آنها مدعی اثر گذاری درمانی هستند، تلاش برای جداسازی این مکاتب و شیوه های درمانی موثر تر در درمان این اختلال ضروری به نظر میرسد. درمانهای رایج OCD معمولاً درمانهایی هستند که با شناخت، افکار، رفتار و هیجانهای مرتبط با اختلال درگیر میشوند و در صدد اصلاح این مولفه های دارای اشکال میباشد، گرچه هر کدام از این درمانها به نحوی میتواند در بهبود علائم تاثیر گذار باشند، اما از معایب درمانهای قبلی برای درمان OCD زمان بر بودن این درمانها همچون روانکاوی و یا از لحاظ هیجانی پر فشار تر بودن درمانهایی همچون ERP^۵ میباشد. یکی از مزایای این دو درمان (EFT و MCT)، کوتاه مدت تر بودن این درمانها نسبت به درمانهای گذشته است، همچنین این دو درمان طبق سنت درمانهای جدید روانشناسی درمانهایی هدفمند تر بوده و فشار روانی تحمل ناپذیری که منجر به قطع درمان و انصراف درمانجو شود را کمتر میکند، همچنین درمان EFT علی رغم اینکه دارای منابع نظری زیادی در رابطه با ریشه های این اختلال است، اما در رابطه با درمان OCD دارای پیشینه تحقیقی زیادی بخصوص در ایران نمیشد، که این تحقیق میتواند زمینه ای را برای پیشینه

فراشناختی اثربخشی قابل ملاحظه ای در سواس فکری-عملی دارد و بعد از پیگیری های سه ماهه و دوساله نشان دادند که درمان فراشناختی همچنان در کاهش نشانه های و سواس مؤثر بوده است. تحقیقات پلات^۱ و آلدائو^۲ (۲۲) نشان داد که اختلال در تنظیم هیجانها در شروع، نگهداری و تشدید اختلال و سواس-جبری مؤثر است. نتایج مطالعات آلن^۲ و بارلو^۲ (۲۳) نیز بیان میکند که افرادی که در کسب مهارتهای تنظیم هیجانی موفق ترند نشانه های و سواس فکری عملی در آنها کاهش چشمگیری داشته است. در همین رابطه مطالعات قدم پور و حسینی رقمانی، مرادی، مرادیانی، علی پور (۲۴) نشان داد که درمانهای هیجان مدار باعث کاهش نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران OCD میشود. بر اساس شواهد اگر اقدامی در راستای کاهش علائم هیجانی صورت نگیرد پیشرفتی در بهبود آسیب های روانشناختی صورت نخواهد گرفت. به همین منظور به کارگیری روشهای درمانی که باعث تغییرات تجربه های هیجانی ناخوشایند و بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی می گردد، حتما مؤثر واقع خواهد شد.

نتایج تحقیقات زوایگنباوم^۳، برایسون، گارون (۲۵) نشان داد که نقص در آگاهی هیجانی با علائم و سواس و رفتارهای تکراری در ارتباط است، به این دلیل که درمان هیجان مدار بر پایه ظهور و آگاهی هیجانی استوار است؛ لذا، با کاربرد این روش درمانی، افراد با نشانه های و سواسی از رفتارهای تکراری و تنش ها و فشارهای فزاینده خود مطلع می شوند که این مورد نیز به دنبال کسب آرامش احتمالی در اثر فراغت از افکار مزاحم و ناخوشایند به وقوع می پیوندد (۲۶). همچنین شاملی و محرابی زاده، نامی، داودی (۲۷) درمان متمرکز بر هیجان (EFT)^۴ را در کاهش علائم سواس زنان مؤثر دانسته و این درمان را عاملی در تنظیم سبک های هیجانی افراد درگیر با OCD میداند. خیری و همکاران (۱۷) نیز در تحقیقی نشان داد که EFT درمان کار آمد تری نسبت به رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود علائم و سواس-جبری میباشد.

⁴ Emotion-focused therapy (EFT)

⁵ Exposure Response Prevention

¹ Plate & Aldao

² Allen & Barlow

³ Zwaigenbaum & Bryson, Garon

مغزی، تومور یا صرع. درگیر با سو مصرف مواد یا داروهای روان گردانی باشد که در جریان درمان روانی خللی ایجاد میکند.

این معیارها تا حد زیادی میتواند متغیرهای مزاحم را کنترل نماید، افراد بصورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند و پرسشنامه ییل براون را تکمیل نمودند. مقیاس وسواسی-اجباری ییل براون (۲۹) یک مصاحبه نیمه ساختاریافته برای سنجش میزان اجبارها و وسواس ها، بدون در نظر گرفتن محتوای وسواس ها و تعداد آنها و اجبارهای فعلی است و برخلاف سایر پرسشنامه های موجود در این زمینه، نسبت به تغییرات درمانی حساسیت نسبتا بالایی دارد و به طور گسترده برای سنجش اثر بخشی درمانهای با مبنای دارویی و روانشناختی در اختلال وسواس جبری به کار میرود، تا آنجا که به عنوان معیار اصلی ارزیابی میزان شدت نشانه های اختلال وسواسی جبری پایان درمان شهرت یافته است (۳۰). پرسشنامه ییل براون از دو بخش سیاهه نشانه و مقیاس شدت تشکیل شده و یک مقیاس لیکرتی و خود گزارشی است. در مقیاس شدت هر یک از وسواسها و اجبارها در پنج بعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت و کنترل نشانه ها ارزیابی میشوند (۲۹). پایایی بین ارزیاب ها و پایایی باز آزمایی پرسشنامه ییل براون برای بررسی تغییر نشانه ها در اختلال OCD مناسب گزارش شده است (۳۱).

در ایران نیز راجزی، متقی پور، کامکاری، زهیرالدین، جان بزرگی (۳۲) ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه و مقیاس شدت را به ترتیب ۹۷/۹۵ و اعتبار دو نیمه سازی برای نشانه و شدت به ترتیب ۹۳/۸۹ و اعتبار باز آزمایی را نیز ۹۹/۹۹ محاسبه کردند. به این ترتیب نسخه فارسی پرسشنامه ییل براون برای بررسی محتوا و شدت نشانه های وسواسی اجباری پایایی و روایی مناسبی دارد. پروتکل درمانی به شرح زیر در دو گروه درمانی اجرا خواهد شد. گروه کنترل هم بعنوان گروه انتظار بعد از اتمام تحقیق وارد طرح درمانی خواهد شد. هر گروه با ۱۶ نفر درمان را شروع نموده و کار را با دو درمان گر و کمک درمانگر متفاوت شروع کرده و به پایان رساند (هر گروه یک درمانگر و یک ناظر که متفاوت با گروه دیگر میباشد).

تجربی غنی تری برای این درمان جهت بهبود علائم این اختلال فراهم کند.

روش اجرا

پژوهش فوق از نوع نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل میباشد که بعد از درمان مورد پیگیری دو ماهه نیز قرار گرفتند، متغیر وابسته علائم وسواس-جبری میباشد. در این پژوهش به دنبال این هستیم تا با اعمال پروتکل های درمان گروهی MCT و EFT در گروههای مختلف در متغیر وابسته علائم وسواس-جبری، بهبودی (تغییر) ایجاد کنیم. جامعه آماری کلیه افراد ساکن در استان مرکزی (ترجیحا شهر اراک) میباشد. نحوه انتخاب آنها بصورت نمونه گیری در دسترس از طریق مراجعه و اطلاع رسانی در مراکز بهداشت، سایت های اطلاع رسانی و صفحات اجتماعی بوده که در فرآیند ذکر شده در بهار و تابستان ۱۴۰۱ انجام شد.

افراد گروه ها بوسیله معیارهای ورود و خروج به دقت انتخاب شده اند که شامل:

معیار ورود:

دریافت تشخیص نشانگان وسواس با توجه به اذعان آزمودنی، انجام مصاحبه بالینی فردی SCID-5، تکمیل نمودن تست ییل براون^۱ و دریافت حداقل نمره ۱۵ و تشخیص گذاری روانپزشک یا روانشناس بالینی، دارای سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۵ سال و حداقل مدرک تحصیلی دیپلم جهت توانمندی خواندن و نوشتن و درک مطالب پرسشنامه ها.

معیارهای خروج:

داشتن اختلال همبودی که از نظر شدت قوی تر از نشانگان اختلال وسواس میباشد و درمان آن بر درمان OCD ارجحیت داشته باشد مانند افسردگی اساسی یا همراه با سایکوز، اختلالات سایکوتیک. در دریافت تشخیص، دارای اسپسیفایر فاقد بینش بوده و توسط شخص ثالث به درمان وارد شده باشد. دارای مشکلات فیزیولوژیک مغزی با توجه به تشخیص پزشک بوده مثل آسیب

¹ Yale Brown

جدید برای مقابله با افکار مزاحم، توقف علائم و ملاک های تشخیص احساس دانستن، تکلیف خانگی.

جلسه دهم:

بررسی تکالیف خانگی، مرور فنون فراشناختی و کار بر روی باورها و رفتارهای باقی مانده، توضیح پیشگیری از عود و تحکیم برنامه جدید برای مقابله با وسواس ها در آینده، ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه ها.

محتوای جلسات درمان گروهی EFT به نقل از (۳۵)، (۳۶)، (۳۷) در ابتدا در پیش جلسه بصورت فردی مصاحبه ای با افراد داشته تا طرح هیجانی، درد هیجانی هسته ای و تعارض مراجع تشخیص داده شده و آمادگی آنها برای انجام کار گفتگوی دو صدلی و کار ناتمام با صدلی خالی ارزیابی شود، سپس مراجعان وارد گروه شده اند، در جلسه اول معرفی درمانگر، آشنایی مقدماتی، توضیح قوانین گروه، توضیح دوره پیگیری و پس آزمون، آشنایی کلی با علائم اختلال و اهداف درمان و قالب گروه درمانی EFT و هیجانات و انواع آن برای مراجعان توضیح داده شد. از جلسه بعدی تا انتهای درمان در ابتدای هر جلسه حدود ۱۰ الی ۱۵ دقیقه ارزیابی کلی از هیجانات مراجعان بعمل می آمد سپس مراجعان بصورت تصادفی در هر جلسه روی صدلی برای گفتگوی دو صدلی قرار گرفته و بر اساس تعارض تعیین شده در پیش جلسه در راستای اختلال وسواس خود کار را ادامه داده، با توجه به دینامیک بودن درمان EFT برخی به حل و فصل در گفتگوی دو صدلی رسیده و برخی کار را با گفتگوی دو صدلی شروع کرده و با صدلی خالی و کار ناتمام با فرد مهم زندگی ادامه داده و به حل و فصل میرسیدند. گاهی نیز تکنیک ایفای نقش دو صدلی نیز مورد استفاده قرار میگرفت. در تمام جلسات انواع همدلی از جمله همدلی مشفقانه یکی از عوامل اصلی فرآیند درمانی بود.

در هر جلسه به نوبت و به شکل انفرادی، دو نفر بر روی صدلی نشسته و در پایان هر گفتگوی صدلی اعضای گروه احساسات خود را نسبت به مشاهده فرآیند رخ داده در صدلی ها ابراز میکنند. در کل درمان، هر شخص این فرصت را داشت که خود یک بار بر روی صدلی بنشیند تا به حل و فصل هیجان دردناک

پروتکل درمان MCT برای اختلال وسواس-جبری (۳۳)؛ (۳۴)

جلسه اول:

معرفی درمانگر، آشنایی مقدماتی، توضیح قوانین گروه، توضیح دوره پیگیری و پس آزمون، آشنایی کلی با علائم اختلال و اهداف درمان فراشناختی و فراشناخت، عادی سازی و برجسب زدایی، توضیح همجوشی ها، توضیح علائم توقف، آیین مندی ها، تدوین فرمول بندی موردی، اجرای آزمایش سرکوب فکر، تمرین ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی، تکلیف خانگی.

جلسه دوم:

بررسی تکالیف خانگی، فرمول بندی موردی، تمرین بیشتر ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی و وسواسی. معرفی رویارویی همراه با انجام پاسخ و به تعویق انداختن آیین مندی ها، تکلیف خانگی.

جلسه سوم:

بررسی تکالیف خانگی، اجرای تکنیک آموزش توجه. تمرین بیشتر ذهن آگاهی گسلیده و توضیح کامل که چرا رفتارها نتیجه عکس میدهد، توضیح منطق رویارویی و انجام پاسخ، معرفی رویارویی و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر مدل فراشناختی و طرح آزمایش های رفتاری، تکلیف خانگی.

جلسه چهارم تا هشتم:

بررسی تکالیف خانگی، چالش کلامی با باورهای مربوط به آمیختگی افکار، روش های کلامی: جداسازی کلامی و کلامی کردن باورها، اجرای آزمایشهای رفتاری در مورد آمیختگی افکار، آزمایشهای رفتاری رویارویی و جلوگیری از پاسخ، بررسی باورها درباره آیین مندیهای وسواسی و علائم توقف، تحلیل سود و زیان تغییر رفتارهای آیین مند در اختلال وسواسی-اجباری، تکلیف خانگی.

جلسه نهم:

بررسی تکالیف خانگی، تغییر باورها درباره آیین مندیهای وسواسی، منطق تکنیک، تحلیل مزایا و معایب، تعریف مجدد فواید توسط آزمایشهای رفتاری، تمرین رویارویی و جلوگیری از پاسخ، کار بر روی باورهای آمیختگی باقیمانده، طراحی برنامه

برابر با ۰/۱۷۲ و معنا داری برابر با ۰/۸۴۲، مقدار χ^2 دو^۱ در ۳ گروه بر حسب جنسیت برابر با ۰/۵۱۱ و معنا داری ۰/۷۷۴، مقدار χ^2 دو در ۳ گروه از نظر تحصیلات برابر با ۶/۲۵۲ و معنا داری ۰/۱۸۱، مقدار χ^2 دو در ۳ گروه در وضعیت تاهل برابر با ۱/۱۳۶ و معنا داری ۰/۵۷۶، مقدار χ^2 دو در ۳ گروه از نظر وضعیت اشتغال برابر با ۱/۵۳۵ و معنا داری ۰/۴۶۴ است، نشان می دهد که تمامی متغیرها همتا هستند (به دلیل محدودیت در تعداد جداول قابل ذکر در مقاله، از آوردن جداول یاد شده صرف نظر شد).

خود برسد و همچنین در کل فرآیند درمان احساسات خود را از مشاهده صندلی دیگر مراجعان ابراز کند. در انتهای جلسات بعد از پایان فرآیند کار با صندلی ها مراجعان پرسشنامه های پس آزمون را تکمیل نمودند، سپس بعد از دو ماه مجددا مورد پیگیری قرار گرفتند.

یافته ها

همه شرکت کنندگان در گروه های درمان و کنترل از نظر جمعیت شناختی همتا بودند، مقدار F در ۳ گروه برای متغیر سن

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه آزمایش های و کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	درمان هیجان		درمان		انحراف معیار	
		مدار	فرانشناختی	گروه کنترل	درمان هیجان	درمان	فرانشناختی
پیش آزمون	۲۱/۸۸	۲۶/۷۹	۲۱/۵۹	۳/۸۷۹	۴/۷۹۱	۵/۴۷۸	گروه کنترل
علائم وسواس	۱۱/۴۴	۱۰/۵۷	۲۰/۹۴	۵/۵۷۳	۳/۶۳۱	۳/۲۴۹	
پیگیری	۱۲/۱۹	۱۱/۷۹	۲۱/۵۹	۷/۱۱۱	۵/۳۹۵	۳/۳۵۵	

شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس ها تایید شد. سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از تحلیل واریانس آمیخته رعایت شده است، می توان از این آزمون آماری استفاده نمود.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار گروه های آزمایش (درمان متمرکز بر هیجان و درمان فراشناختی) به تفکیک مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در افراد دارای نشانگان وسواسی-مجبوری را نشان می دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می باشند یا خیر، از تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه گیری مکرر) استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس ها می باشد که ابتدا پیش فرض ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون

^۱ Chi-Square

جدول ۲. نتایج آزمون ام‌باکس مبنی بر همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

متغیرهای وابسته	آماره آزمون ام‌باکس	آماره آزمون F	سطح معناداری
علائم و سواس	۳۰/۹۶۵	۱/۵۵۱	۰/۰۶۴

را زیر سؤال نبرده است. بنابراین پیش فرض و مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است.

بر اساس داده‌های جدول ۲ نتایج این آزمون نشان می‌دهد که چون سطح معنی‌داری به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، داده‌های تحقیق فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

جدول ۳. نتیجه آزمون کرویت موچلی^۱ علائم و سواس

متغیر وابسته	کرویت موچلی	آماره‌ی کای دو	درجه آزادی	معنی‌داری
علائم و سواس	۰/۵۶۴	۲۴/۶۰۰	۲	۰/۰۰۱

گرفته است. بنابراین از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-گیرز استفاده شده است که نتایج در جدول ۴ آمده است.

بر اساس جدول ۳ آزمون کرویت موچلی مقدار سطح معناداری علائم و سواس برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت موچلی تایید نشده است و لذا تخطی از الگوی آماری F صورت

جدول ۴. نتایج درون آزمودنی و بین آزمودنی تحلیل واریانس آمیخته علائم و سواس

متغیر وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
علائم و سواس	زمان	۱۰۳/۲۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱	۰/۹۹۹
	گروه	۱۱/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵	۰/۹۸۸
	زمان×گروه	۲۷/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۰/۹۹۹

آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در علائم و سواس در جدول ۵ آمده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخلات درمان فراشناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش علائم و سواس اثربخشی معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی علائم و سواس برای بررسی ماندگاری نتایج

متغیر وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
علائم و سواس	پیش آزمون	۲۳/۴۱۶	پیش آزمون-پس آزمون	۹/۱۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۴/۳۱۷	پیش آزمون-پیگیری	۸/۲۲۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۵/۱۸۷	پس آزمون-پیگیری	-۰/۸۷۰	۰/۱۴۷

¹ Mauchly's Test of Sphericity

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که درمان فراشناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. از آنجایی که نتایج به دست آمده

مشخص نکرده است که تاثیر ایجاد شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان فراشناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش علائم وسواس از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول شماره ۶ آمده است.

جدول ۶. مقایسه‌ی زوجی با آزمون تعقیبی بن فرونی علائم وسواس به منظور شناسایی درمان اثربخش‌تر

متغیر وابسته	گروه‌های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
علائم وسواس	گروه درمان فراشناختی	گروه کنترل	-۴/۹۹۲	۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان مدار		-۶/۲۰۶	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۶ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان متمرکز بر هیجان با گروه کنترل (-۶/۲۰۶) بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان فراشناختی با گروه کنترل (-۴/۹۹۲) است که این نشان دهنده آن است که درمان متمرکز بر هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فراشناختی بر کاهش علائم وسواس دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو درمان EFT و MCT در بهبود نشانگان اختلال وسواس -جبری چه در پس‌آزمون و چه در دوره پیگیری موثر بوده اند که این نتایج همخوان با مطالعات فیشر و همکاران (۱۹)، ریس و همکاران (۲۰)، سیمونز و همکاران (۲۱)، پلات و همکاران (۲۲)، آلن و همکاران (۲۳)، زوایگنهام و همکاران (۲۵)، قدم پور و همکاران (۲۴)، داوترز و همکاران (۲۶)، شاملی و همکاران (۲۷)، خیری و همکاران (۱۷)، ناصری نیا و همکاران (۲۸) میباشد.

در تبیین یافته به دست آمده باید عنوان شود که در ارتباط با تاثیر درمان متمرکز بر هیجان بر اختلال وسواس فکری عملی این عقیده وجود دارد که این درمان در اختلال OCD به شخص یاری میرساند دروندادهای موقعیتی پیچیده را بصورت پشت سر هم مورد پردازش قرار دهد و به شکل خودکار در مسیر اقدامات متناسب با نیازهای حیاتی و اصلی خود رفتار نماید (۳۸). یکی از

هدفهای مهم درمان EFT متمرکز شدن بر روی فرایند عمقی و نحوه تفکر و تمامی هیجانات ناخوشایند مراجع بوسیله آگاهی و بیان اصلاح شده تجربیات حسی درون فردی و هیجانات است تا به این روش تحمل کردن آنها یاد گرفته شود و باعث گردد که هیجان تنظیم شده و تجارب فرد به شکل کلمات و معنا نمادگذاری شوند تا بشود با برجسی دوباره، هیجان‌های کارآمد تری را جایگزین نمود که با نیازها و رفتار مرتبط با آن هماهنگ شوند (۳۹). پژوهشگران بر این اعتقاد هستند که مراجعان درگیر با اختلال وسواس فکری عملی گستره ای از مشکلات هیجانی از جمله عکس‌العملهای شدید به تجربه هیجانی و بروز اشکال در تصحیح هیجانات منفی را بروز میدهند (۲۷).

افزایش آگاهی از هیجانات، کنار آمدن با دشواریهای تنظیم هیجان، بیان هیجانات تازه، و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ میکند و بیمار به باور جدیدی از خود میرسد. اجرا کردن تکنیک دو صندلی جهت آشنا شدن بیشتر مراجع با جنبه های سرکوب کننده خود و آرام کردن و ضعیف کردن صداهای متضاد موجب میشود تا خود مهربان و دلسوز بر خود انتقاد گر غلبه نماید. همچنین، افزایش دلسوزی با خود با این تکنیک و شیوه، باعث تقویت انعطاف پذیری هیجانی میگردد. این شیوه به افزایش شفقت با خود که باعث عوض شدن عواطف از منفی به مثبت میشود توجه میکند تا بیمار قضاوت خود را بسنجد و

بیماران آموزش میدهند تا خودگویی های ناسازگارانه را که خیری و همکاران (۱۷) از آن صحبت میکنند، همچنین موقعیتهای استرس زا را از میان برداشته و راههای خوشبینانه تفسیر را در خودشان خصوصاً در زمانی که در معرض موقعیتهای آسیب زا قرار می گیرند، جایگزین کنند. به وسیله این روش درمانی بیماران و سواسی از رفتارهای تکراری و تنش های تشدید شده خود آگاه میشوند که به دنبال کسب آرامش به دست آمده ناشی از جدا شدن از افکار مزاحم آنهاست (۴۲). بنا بر این، دور از انتظار نیست که درمان هیجان محور، تاثیر معنی داری بر کاهش شدت علائم و سواس در افراد مبتلا به اختلال و سواسی اجباری داشته باشد.

افراد مبتلا به و سواس در طی درمان متمرکز بر هیجان از احساسات بدنی و رفتارهای غیر کلامی خود که در گذشته نادیده گرفته میشدند آگاه شده تا در ادامه به آگاهی عمقی و هشیارانه ای از تجربیات هیجانی برسند. در پایان هم با باور منفی ناشی از افکار ناکارآمد (چون دوری گزیدن از تجارب برانگیختگی جسمانی) چالش شناختی انجام میشود (۴۳).

توجه و تمرکز بر هیجانان افراد را در این خصوص توانمند می سازد که با افزایش توجه متمرکز بر خود، تسلط بر وضعیت و هیجان خود را بالا برده و همین راهکار به نوبه خود منجر به سلامت روانی بیمار میشود (۴۴).

اما در توضیح میزان اثر بخشی درمان فراشناختی گفتنی است که تاکید در این درمان از تمرکز مستمر بر افکار و سواسی برداشته شده و به سوی یادگیری این مسئله سوق پیدا کرده است که افکار و سواسی لزوماً نباید به عمل منتهی شوند (۴۵). یعنی درمان فراشناختی به این نکته اشاره دارد که افراد می آموزند از افکار خود فاصله بگیرند و بفهمند که این افکار مزاحم با فرایندها و اعمال بعدی، مرتبط نیستند. این فرایند در مدل درمانی با تصحیح باورهای فراشناختی که به افکار و سواسی مفهوم خاصی میدهد امکان پذیر میشود. این تمرین ها میتوانند واکنش های مقابله ای و غیرارادی ناسازگار را از بین ببرند (۱۹). در اصل افکار شناختی به این دلیل مورد توجه قرار میگیرند که نتیجه افکار فراشناختی

آگاهی مشفقانه ای از بهم ریختگی هایی که کیفیت زندگی او را متاثر ساخته در خود ایجاد نموده و به طور فهیمنانه ای باورها و احساساتش را بپذیرد و تاب آوری بالاتری داشته باشد که این مسئله در آخر باعث افزایش قدرت روبرو شدن افراد و سواسی با آشفتگی ها و میل خودانتقادگر آنها میگردد. استفاده از روش برگه ثبت باورهای ناکارآمد نیز از لحاظ هیجانی موجبات این را فراهم می آورد که بیماران با باور زیربنایی نادرست همراه با اعمال و سواسی که باعث ایجاد افسردگی و اضطراب هستند، آشنا شوند و با جایگزینی افکاری که شواهد معتبر دارند هیجانان خود را تنظیم کنند (۳۸). افراد درگیر با بیماری و سواسی طرحواره های هیجانی خاصی دارند که به شکل باور خود آیند منفی از قبیل اجتناب شناختی و نشخوار فکری تجربه میشود (۴۰). بدین صورت در جلسات درمان EFT بیماران به دنبال تنظیم، درک و پردازش هیجانانیشان در محیط ایمن درمان می آموزند کمتر از نشخوارهای فکری برای اجتناب از این افکار تکراری استفاده کنند که متعاقب آن نشانه های و سواس و اضطراب آنها کاهش میابد. در نتیجه افزایش عزت نفس بیمار به ارتقا خلق و عاطفه طبیعی او نیز منجر میشود. به کار گیری فونونی چون شکستن احساس ناقص بودن، شناسایی احساسهای متناقض، گفتگوی صندلی خالی، آرام سازی، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان EFT سبب کاهش بیشتری در نشخوارهای فکری و شدت نشانه های و سواس در بیماران شده است (۳۸). فون دو صندلی^۱ و صندلی خالی^۲ که در مراحل دوم و سوم درمان EFT کاربرد بسیاری دارد منجر به برانگیختن هیجانان منفی نسبت به خود فرد یا افراد مهم زندگی اش میشود که در شرایط عادی از دیدگاه فرد، بروز این هیجانان با احتمال خطر بسیاری برای او همراه است (۴۱). درمان هیجان مدار برای بیماران مبتلا به و سواس فکری- عملی این امکان را فراهم می کند که هیجانان منفی شان از قبیل اضطراب و افسردگی را تحت کنترل خود در آورده و نرخ سازگاری روانشناختی خود را افزایش دهند. در طول درمان هیجان مدار به

² empty chair Dialogue

¹ Two chairs dialogue

رفتار مراجع گردد اما بصورت خاص هیجانان را بعنوان بخش جدایی ناپذیر اختلال وسواس-مجبوری هدف قرار نمیدهد و معتقد است که مولفه های هیجانی در مدل خودتنظیمی بصورت خودکار تنظیم میشود و از آنجایی که اختلال هماهنگ با چرخه منفی خود تقویت کننده افکار، هیجان و رفتار میباشد، بخشی از این چرخه به نسبت تمرکز بیشتر بر شناخت مغفول میماند.

محدودیت هایی در این تحقیق وجود داشت، از جمله اینکه مردان کمتر در این تحقیق شرکت کردند، و برای تعمیم نتایج به جامعه عمومی نیاز هست مردان بیشتری در تحقیقات این چینی شرکت داده شوند، همچنین میتوان از دوره های پیگیری طولانی تری مثل ۶ ماهه و یکساله جهت بررسی ماندگاری نتایج تحقیق استفاده کرد. همچنین کمبود پژوهش در زمینه درمان هیجان مدار بر روی OCD وجود داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز بوده و دارای کد اخلاق 1400.847 IRSUMS. REC. از دانشگاه علوم پزشکی شیراز میباشد، نویسنده از اساتید راهنما و مشاور که در این مقاله با او همکاری داشته اند کمال تشکر را دارد.

تضاد منافع

این مقاله فاقد تعارض منافع میباشد

اند و به این شکل در رویکرد فراشناختی به سطوح بالاتری از شناخت، یعنی فراشناخت تأکید میشود و درمان متمرکز بر تغییر باورهای فراشناختی است (۴۶). در حقیقت درمانگر فراشناخت محور بوسیله کنترل مکانیسم های راهبردی ناکارآمد، تمرکز بیمار را از مشغولیت ذهنی مداوم با رویداد های ناخوشایند قبلی دور ساخته و فرد را قادر میسازد تا توجه و تمرکز خود را از درگیری با فرآیند مختل شناختی، هیجانی و رفتاری رها نموده و در نتیجه بر زمینه های دیگر زندگی تمرکز نماید (۴۷).

در نهایت در تبیین اثر بخش تر بودن درمان متمرکز بر هیجان شاید بتوان استنباط کرد با توجه به اینکه رویکرد EFT گرچه خود را متمرکز بر هیجانان میداند، اما غافل از مولفه های شناختی و رفتاری نیست و در مراحل مختلف درمان بخصوص در تکنیک های مبتنی بر صندلی، همیشه سیر فکری و هیجانی مراجع را دنبال نموده و به دنبال تنظیم هیجانی و متعاقب آن بازسازی شناختی میباشد و دردهای عمیق مرتبط مراجع را شناسایی کرده و به دنبال التیام این دردها است (۴۸). در مقابل درمان MCT متمرکز بر باورهای فراشناختی تقریباً انحصاراً بر مولفه های فراشناختی مراجع متمرکز شده و سعی در تغییر باورهای فراشناختی مراجع دارد (۴۹)، که در بلند مدت ممکن است منجر به تغییر هیجانان و

Rrefrense

1. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21.
2. Jacobson NC, Newman MG, Goldfried MR. Clinical feedback about empirically supported treatments for obsessive-compulsive disorder. Behavior therapy. 2016;47(1):75-90.
3. Amerio A, Maina G, Ghaemi SN. Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. J Affect Disord. 2019;256:433-40.
4. Cummings EM, Davies PT. Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. Journal of child psychology and psychiatry. 2002;43(1):31-63.
5. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2013;17(3):275-86.
6. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. J Anxiety Disord. 2009;23(4):436-42.
7. Bahrami F, Rezvan S. Relationship between Anxious Thoughts and Metacognitive Beliefs in High School Students with Generalized Anxiety Disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2007;13(3):249-55.
8. Hassanzadeh A, Sharifi-Daramdi P, Sohrabi F. Comparison of metacognitive components in adolescents with and without obsessive-compulsive disorder. Psychological studies. 2013;9(1):91-108.

9. McNally RJ. Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(7):747-54.
10. Storbeck J, Clore GL. On the interdependence of cognition and emotion. *Cognition and Emotion*. 2007;21(6):1212-37.
11. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2004;11(1):3-16.
12. Hofmann SG, Carpenter JK, Curtiss J. Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire(IERQ): Scale Development and Psychometric Characteristics. *Cognit Ther Res*. 2016;40(3):341-56
13. Dolhanty J, Greenberg LS. Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother*. 2009;16(4):366-82.
14. Kang JI, Namkoong K, Yoo SW, Jhung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*. 2012;141(2-3):286-93.
15. Davoudi A, Neshat Dost Hat, Abedi Mar, Talebi H. Comparison of cognitive emotion regulation strategies and emotion understanding in obsessive-compulsive disorders, generalized anxiety and social anxiety. *Knowledge and research in applied psychology*. 2017;15(58):69-78.
16. MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ (2016). *The psychiatric interview in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Association;
17. Khairi B, Mirmehdi R, Akochkian S, Heydari H, Al-Yasin SA. Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and dialectical behavior therapy on reducing obsessive symptoms in female patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Isfahan Medical School*. ۲۰۱۹;۳۷(۵۱۷):۵۳-۱۴۵.
18. Ahmadi S, Rezaei A, Samani S, Kazemi S. Comparing the Effect of Exposure and Response Prevention and Paradoxical Time Table Therapy Techniques on the Obsessive-Compulsive Disorder Patients. *Internal Medicine Today*. 2020;26(3):244-59.
19. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(2):117-32.
20. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(4):451-8.
21. Simons M, Schneider S, Herpertz-Dahlmann B. Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2006;75(4):257-64.
22. Plate AJ, Aldao A. Emotion regulation in cognitive-behavioral therapy: Bridging the gap between treatment studies and laboratory experiments. *The science of cognitive behavioral therapy*: Elsevier; 2017. p. 107-27.
23. Allen LB, Barlow DH. Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*. 2009;33(6):743-62.
24. Ghadampour E, Hosseini Ramaghani N, Moradi S, Moradiyani Gizeh Rod K, Alipour K. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Decrease of Post-Event Rumination and Cognitive Avoidance in People With Clinical Symptoms of Social Anxiety. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences*. 2018;24(2):111-8.
25. Zwaigenbaum L, Bryson S, Garon N. Early identification of autism spectrum disorders. *Behav Brain Res*. 2013;251:133-46.
26. Daughters SB, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Brown RA. Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychol Addict Behav*. 2005;19(2):208-11.
27. Shameli L, Mehrabizadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation Styles and Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms in Women With Obsessive-Compulsive Disorder. *ijpcp*. 2019;24(4):356-69.
28. Naseri Nia, Barjali, M. The effectiveness of emotion-focused therapy on obsessive and anxiety symptoms in corona patients. *Clinical psychology studies*. 2020;10(39):135-55

29. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives of general psychiatry*. 1989;46(11):1012-6.
30. Steketee G, Frost RO. Measurement of risk-taking in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1994;22(4):287-98.
32. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahireadin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale(Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012;17(4):297-303.
33. Wells A. translated Mohammad Khani sh. A practical guide to the metacognitive treatment of anxiety and depression. Tehran: publication Varai Danesh. 2013
34. Padayar A. , Salaleh Sadat, Khodabakhsh, Roshank, Mehrenejad, Abolghasem S. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral and metacognitive therapy on the confusion of thoughts of patients suffering from obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology and personality*. 2020;16(2):41-51.
35. Brennan MA, Emmerling ME, Whelton WJ. Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2014:1-9.
36. Thompson S, Girz L. Overcoming shame and aloneness: Emotion-focused group therapy for self-criticism. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2020;19(1):1-11.
37. Wnuk SM, Greenberg L, Dolhanty J. Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating disorders*. 2015;23(3):253-61.
38. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: A clinical synthesis *Focus*. 2010;8(1):32-42.
39. Greenberg L, Watson J. Emotion-focused therapy for depression. American Psychological Association. 2006.
40. Armstrong T, Zald DH, Olatunji BO. Attentional control in OCD and GAD: specificity and associations with core cognitive symptoms. *Behav Res Ther*. 2011;49(11):756-62.
41. Watson SS, Goldman RN, Greenberg LS(2011). Contrasting two clients in emotion-focused therapy for depression. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. ; 2(3):266-364.
42. Brown RA, Lejuez C, Kahler CW, Strong DR. Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of abnormal psychology*. 2002;111(1):180.
43. Eells TD. *Handbook of psychotherapy case formulation*: Guilford Publications; 2022.
44. Mor N, Winquist J. Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2002;128(4):638.
45. van der Heiden C, Melchior K, Dekker A, Damstra M, Deen M. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016;9:24-9.
46. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2008;39(2):117-32.
47. Asaszadeh I, Mahmoudalilou M. The Study of the effectiveness of metacognitive therapy on depressive symptoms and life expectancy of women with breast cancer. *Clinical Psychology Studies*. 2018;8(29):69-95.
48. Elliott r, Greenberge l. Translated by, ramezani m, Abdi m, Rostami m, Ramezani a *Emotion-focused Counselling in Action*. Tehran Ravan publication. 2022
49. Wells A. translated Mohammad Khani sh. A practical guide to the metacognitive treatment of anxiety and depression. Tehran: publication Varai Danesh. 2013

Original Article

Comparison of the effectiveness of emotion regulation training with cognitive therapy based on mindfulness on perceived stress and self-compassion in patients with irritable bowel syndrome

Received: 26/09/2021 - Accepted: 14/01/2023

Babak Pouyanasab¹

Mahdi Imani^{2*}

Mohammad Reza Taghavi³

Mohammad Ali Goodarzi³

¹ Department of Clinical Psychology,
Shiraz University International
Campus, Shiraz, Iran

² Associate Professor, Doctor of
Counseling, Faculty Member,
Department of Clinical Psychology,
Faculty of Educational Sciences and
Psychology, Shiraz University, Iran

³ Professor, Doctor of Clinical
Psychology, Faculty Member,
Department of Clinical Psychology,
Faculty of Educational Sciences and
Psychology, Shiraz University, Iran

Email:

DR. mahdiimani@gmail.com

Abstract

Introduction

Irritable bowel syndrome is one of the diseases that affects all aspects of human existence and causes social and psychological consequences in addition to physical disabilities. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of emotion regulation training with cognitive therapy based on mindfulness on perceived stress and self-compassion in patients with irritable bowel syndrome.

Material and Method

This research was a semi-experimental and pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The study population was those female patients suffering from irritable bowel syndrome in Ilam city who visited the private practice of internal medicine specialists in 2018-2019. Based on this, 60 people were selected using a non-random sampling method and after matching, they were assigned to three groups (20 people under emotion regulation training, 20 people under cognitive therapy based on mindfulness and 20 people in the control group). First, in the pre-test stage, the perceived stress and self-compassion questionnaires were used to measure the research variables. Then, two experimental groups were placed in the order of emotion regulation training and cognitive therapy training based on mindfulness. After the training, the post-test was conducted. Statistical analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data.

Results

Emotion regulation training as well as cognitive therapy training based on mindfulness has an effect on people's perceived stress and self-compassion and its components. There is a significant difference between the trainings performed on patients with irritable bowel syndrome. And cognitive therapy based on mindfulness has had a greater impact on people's perceived stress and self-compassion and its components compared to emotional regulation training.

Conclusion

According to the research findings, cognitive therapy based on mindfulness can be used as an effective method to reduce perceived stress and increase self-compassion in patients with irritable bowel syndrome.

Key words: emotion regulation training, cognitive therapy based on mindfulness, perceived stress, self-compassion, irritable bowel syndrome.

Acknowledgement: There is no conflict of interest