

The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Pessimistic Marital Expectation and Self-Criticism in Neurotic Perfectionist Girls

Zahra Khadem Dezfuli¹, Seyedeh Zahra Alavi*², Masoud Shahbazi³

¹PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

²Assistant Professor, Department of Psychology, Susangard Branch, Islamic Azad University, Susangard, Iran

³Assistant Professor, Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran

Article History

Received: 2023/02/13

Revised: 2023/06/20

Accepted: 2023/07/23

Available online: 2023/07/23

Article Type: Research Article

Keywords: Emotion Focused Therapy, Pessimistic Marital Expectation, Self-Criticism, Neurotic Perfectionism

Corresponding Author*:

Seyedeh Zahra Alavi, Assistant Professor, Department of Psychology, Susangard Branch, Islamic Azad University, Susangard, Iran

Postal code: 6154686917

ORCID: 0000-0001-7568-1152

E-mail: Zahra.Alavi@iau.ac.ir

Dor:

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1401.17.1.4.9>

ABSTRACT

The aim of the current study was to investigate the effectiveness of Emotion Focused Therapy on pessimistic marital expectation and self-criticism in neurotic perfectionist girls. The statistical population consisted of all neurotic perfectionist girls in Ahvaz. The research sample consisted of five girls that were selected according to the results of the neurotic perfectionism questionnaires (NPQ), using purposeful sampling method. In this research, a single-case experimental design, type of concurrent multiple baseline designs was used. To evaluate the Pessimistic Marital Expectation, Marital Expectation Scale and Self-Criticism, The Levels of Self-Criticism Scale were used. The data was collected in three phases of baseline, during intervention, and three month follow-up. The findings indicate that the subjects in the treatment phase experienced improvement in pessimistic marital expectation and self-criticism; and in follow-up in regards to pessimistic Marital Expectation and self-criticism, the change index was indicative of meaningful changes ($z=1.96 \alpha=0.05$). Therefore, the research findings illustrated that Emotion Focused Therapy reduces Pessimistic Marital Expectation and Self-Criticism in Neurotic Perfectionist girls.

Citation: Khadem Dezfuli, Z., Alavi, S. Z., Shahbazi, M. (1401/2022). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Pessimistic Marital Expectation and Self-Criticism in Neurotic Perfectionist Girls, 17 (1). 43-55,

Dor: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1401.17.1.4.9>

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر انتظارات زناشویی بدبینانه و خودانتقادی در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور: یک مطالعه ی آزمایشی تک‌موردی

زهرا خادم دزفولی^۱، سیده زهرا علوی^{۲*}، مسعود شهبازی^۳

^۱دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
^۲استادیار گروه روان‌شناسی، واحد سوسنگرد، دانشگاه آزاد اسلامی، سوسنگرد، ایران
^۳استادیار گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران

اطلاعات مقاله

چکیده

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۴

اصلاح نهایی: ۱۴۰۲/۰۳/۳۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر هیجان، انتظارات زناشویی بدبینانه، خودانتقادی، کمال‌گرایی روان‌رنجور

نویسنده‌ی مسئول*:

سیده زهرا علوی - استادیار گروه روان‌شناسی، واحد سوسنگرد، دانشگاه آزاد اسلامی، سوسنگرد، ایران

کد پستی: ۶۱۵۴۶۸۶۹۱۷

ارکید: ۰۰۰۰۰۰۰۱-۷۵۶۸-۱۱۵۲

پست الکترونیکی:

Zahra.Alavi@iau.ac.ir

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر انتظارات زناشویی بدبینانه و خودانتقادی در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور بود. جامعه‌ی آماری پژوهش دختران کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز در سال ۱۴۰۱ بود که نمونه‌ی پژوهش ۵ نفر از دختران کمال‌گرای روان‌رنجور بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و کسب حداقل نمره‌ی خط برش ۱۴۵ در آزمون کمال‌گرایی روان‌رنجور انتخاب شدند. طرح تحقیق مطالعه حاضر، طرح شبه‌آزمایشی تک‌موردی بود. مشارکت‌کنندگان مقیاس انتظارات زناشویی بدبینانه و خودانتقادی را تکمیل نمودند. پروتکل درمان متمرکز بر هیجان طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. داده‌ها در سه مرحله‌ی خط پایه، درمان و پیگیری جمع‌آوری شدند و به روش شاخص تغییر پایه، درصد بهبودی و ترسیم دیداری تحلیل شدند. نتایج درصد بهبودی نشان داد که شرکت‌کنندگان در مرحله‌ی درمان در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه (۱۸/۷۵) و در متغیر خودانتقادی (۲۱/۹۸) و در مرحله‌ی پیگیری در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه (۲۳/۹۱) و در متغیر خودانتقادی (۴۹/۶۶) بهبود پیدا کردند. هم‌چنین شاخص تغییر پایایی هر دو متغیر در مرحله‌ی پس از درمان و پیگیری معنی‌دار ($Z = ۱/۹۶$ و سطح معنی‌داری $۰/۰۵$) بود و نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان باعث کاهش انتظارات زناشویی بدبینانه و خودانتقادی در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور می‌شود.

مقدمه

موضوع کمال‌گرایی در پژوهش‌های متقدمین روان‌شناسی مشاهده می‌شود و محققان بسیاری اثرات منفی کمال‌گرایی را متذکر شده‌اند اما وجود نظرات متضاد که وجود استانداردهای بالای کمال‌گرایانه را برای سلامتی ذهنی و فکری ضروری می‌داند، باعث شده است بسیاری از محققان اعتقاد داشته باشند که کمال‌گرایی یک سازه‌ی چندبعدی است که دارای ابعادی بهنجار و نابهنجار است. کمال‌گرایی نابهنجار یا روان‌رنجور، به معنای داشتن اهداف بلندپروازانه، جاه‌طلبانه و مبهم برای رسیدن به هدف است و افرادی که دارای این ویژگی هستند معتقدند که یا باید کاری را به بهترین نحو ممکن انجام داد یا کلاً شروع به اقدام و فعالیت نکرد یعنی هیچ حد وسط و تعادلی در کار نیست. در کمال‌گرایی منفی و ناسالم، استانداردهای فرد به قدری سطح بالا، نامعقول و دست‌نیافتنی است که باید بسیار بیشتر از حد ظرفیتش تلاش کند. در نتیجه هزینه‌ای که برای موفقیتش می‌پردازد بسیار بیشتر از نتیجه و دستاورد خواهد بود که عایدش شده است (کلسون و بوتیلیر^۱، ۲۰۱۷).

افراد کمال‌گرای روان‌رنجور استانداردها و انتظارات بسیار سخت‌گیرانه‌ای درباره‌ی خود و دیگران دارند. آن‌ها معتقدند همه‌ی کارها همیشه باید در بهترین شرایط کیفی انجام شود و از دیگران هم همین انتظار را در هر شرایطی دارند. شمار زیادی از واکنش‌های نامطلوب افراد، ناشی از پیش‌فرض‌ها و تفکرات غیرمنطقی و غیرعقلانی است و تا زمانی که تداوم یابند، مشکلات مربوط به ارتباط، پذیرش و همراهی با دیگران نیز ادامه خواهند بدین ترتیب، بسیاری از مشکلات انسانی از جمله انتظارات غیرمنطقی و غیرواقع‌بینانه از ازدواج را می‌توان زاده‌ی پیش‌فرض‌ها و استانداردها و تفکرات غیرواقع‌بینانه‌ی انسان دانست. باورها و انتظارات غیرواقعی از ازدواج، یکی از زیان‌بارترین عواملی است که بر ازدواج و طلاق اثر می‌گذارد. انتظار از ازدواج مفهومی شناختی است و دارای سه بعد انتظارات بدبینانه، واقع‌گرایانه و ایده‌آل‌گرایانه است که در این پژوهش انتظارات زناشویی بدبینانه مورد نظر است. در ازدواج لایه‌های درونی، منشأ پویایی‌ها و کنش‌های درون فردی است که در روابط بین فردی مجال بروز می‌یابد و این کنش‌ها بسیار تحت تأثیر سازه‌های درون‌روانی افراد که در دوران کودکی شکل گرفته است هستند (سیدکاووسی، مردوخی، و مقرب تورتولوش، ۲۰۲۱). یعنی درست همان زمان که کودکان برای فراگیری نقش‌های جنسیتی در طول مراحل زندگی جامعه‌پذیر می‌شوند، انتظارات زناشویی آینده را از تجارب مختلف

که در خانواده‌های خود مشاهده می‌کنند، فرا می‌گیرند. اگر تجارب یا مشاهدات مثبت یا منفی باشند، به همان نسبت انتظاراتی اتخاذ می‌شوند که رفتار را هدایت خواهد کرد و پیامدها و رضایت از رابطه‌ی زناشویی در آینده را شکل می‌دهد (ملکی آوارسین و سید نظری، ۲۰۱۷).

از طرفی فرد کمال‌گرای روان‌رنجور با کوچک‌ترین اشتباهی تمام اقدامات خود را زیر سؤال می‌برد و موفقیت‌هایش را بسیار ناچیز قلمداد می‌کند، لذا مدام خودش را سرزنش می‌کند و از خودش انتقاد می‌کند، پس در نهایت کمال‌گرایی منفی و روان‌رنجور باعث افزایش خودانتقادی می‌شود (گینگراس لسارد، مالت، براسارد، و برنیر-جاری^۲، ۲۰۲۱). با توجه به نظر تامپسون و زاروف^۳ (۲۰۰۴)، دو نوع خودانتقادی (خودارزیایی منفی) وجود دارد: انتقاد از خود درونی‌شده و انتقاد از خود مقایسه‌ای. پس سطحی از خودانتقادی به نقد منفی از خود درونی در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی مربوط می‌شود یعنی استانداردها بیشتر درونی شده‌اند. این افراد برای خود اهداف ایده‌آل‌گرایانه‌ای مشخص می‌کنند و وقتی توان دست‌یابی به اهداف تعیین‌شده را ندارند، خود را سرزنش می‌کنند و سطح دیگر خودانتقادی به‌صورت انتقاد از خود مقایسه‌ای به‌عنوان یک دیدگاه منفی نسبت به خود در مقابل دیگران تعریف می‌شود که بر استانداردهای بیرونی متکی است. در این سطح، تمرکز اصلی بر مقایسه‌ی نامطلوب خود با دیگران است که به‌صورت برتر دیدن دیگران صورت می‌گیرد و فرد دیدی خصمانه یا انتقادی نسبت به دیگران نشان می‌دهد و به دلیل این که احساس حقارت هسته‌ی مرکزی خودانتقادی است، این افراد باور منفی نسبت به خود دارند و به‌طور دائم خشونت و انتقاد نسبت به دیگران در آن‌ها مشاهده می‌شود. افراد خودانتقادگر به دلیل هدف‌های غیرمنطقی و کمال‌گرایانه‌ای که برای خود تعیین می‌کنند، تلاش‌های خود را ناکافی و بی‌ارزش می‌دانند؛ بنابراین، چرخه‌ی معیوب شکست-انتظار برای آن‌ها اتفاق می‌افتد که به ناامیدی و افسردگی و اضطراب منجر می‌شود (کوپالاسیلی و همکاران، ۲۰۱۴). به نقل از حسینی‌مهر، خضری مقدم و پوراحسان، ۲۰۲۱). با توجه به این که داده‌های جدید نشان می‌دهد که گرایش‌های کمال‌گرایانه، در بین نسل‌های اخیر افراد جوان رو به افزایش است کارن و هیل^۴ (۲۰۱۹) و این افراد به دلیل تعیین مجموعه‌ای بسیار بالا از معیارهای عملکرد، که با خودارزشیابی‌های انتقادی همراه بوده و همین‌طور تعیین ایده‌آل‌های بدبینانه و غیرواقع‌بینانه‌ای که ممکن است مبتنی بر واقعیت باشد یا نباشد، درگیرند؛ لذا پژوهش‌گر نمونه‌ی کمال‌گرایی و درمان متمرکز بر هیجان را برای اثرگذاری بر انتظارات زناشویی بدبینانه و خودانتقادی برگزیده است.

^۱ Curran & Hill

^۱ Closson & Boutilier

^۲ Gingras, Lessard, Mallette, Brassard, & Bernier-Jarry

^۳ Thompson & Zuroff

مفهوم در سه بعد رفتاری، هیجانی و شناختی بررسی شدند. اظهارات کلامی مراجع در فن دو صندلی درمان متمرکز بر هیجان، بررسی شد و در پایان پژوهش مشخص شد که خودحمایتی و خودشفقتی، دو روش مؤثر برای مواجهه با صدای منتقد درونی هستند. حسین‌زاده، قربان‌شیرودی، خلعتبری و رحمانی (۲۰۲۱) در تحقیقی به مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی بر باورهای ارتباطی و انتظارات زناشویی پرداختند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که در مقایسه با گروه گواه، هر دو روش درمانی تأثیر معنی‌داری بر تخریب‌کنندگی مخالفت، تفاوت‌های جنسیتی و انتظارات زناشویی در زوجین داشته است. همچنین زوج‌درمانی هیجان‌مدار نسبت به زوج‌درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی تأثیر بیشتری بر باورهای ارتباطی و انتظارات زناشویی در زوجین داشته است. برنان، امرلینگ، و ویلتون^۵ (۲۰۱۵) اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان را در زنان دارای اختلال خوردن نشان دادند. این درمان از طریق بازشناسی اثر مخرب انتقاد، و دسترسی و پذیرش احساسات اجتناب شده و درک و پذیرش نیازها، منجر به کاهش خودانتقادی در زنان دارای اختلال خوردن شد. با توجه به مطالب ذکرشده و افزایش گرایش‌های کمال‌گرایانه، در بین نسل‌های اخیر جوان و اثرات آن، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر انتظارات زناشویی بدبینانه و خودانتقادی در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به برخی مراکز مشاوره‌ی شهرستان اهواز بود. در راستای تحقق هدف مورد نظر این سؤال مطرح است که آیا درمان متمرکز بر هیجان بر انتظارات زناشویی بدبینانه و خودانتقادی در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهرستان اهواز، تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر طرح آزمایشی تک آزمودنی^۶ (گال و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از علوی، امان‌اللهی، عطاری و کرای، ۲۰۱۹) بود؛ که از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی از طرح تجربی "خط پایه‌ی چندگانه"^۷ استفاده شد. در طرح‌های تجربی تک موردی با توجه به فقدان گروه کنترل، عملکرد هر شرکت‌کننده در مرحله‌ی خط پایه، برای پیش‌بینی و کنترل رفتار در آینده به کار می‌رود لذا خط پایه هر بیمار در حکم گروه کنترل خودش است.

درمان متمرکز بر هیجان (گرینبرگ^۱، ۲۰۱۰)، درمانی نوانسان‌گرا و تجربی است که تمرکز درمان‌گر نه تنها بر پایه‌ی آگاهی درآوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمان‌جو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است بلکه ایجاد معنی تازه‌ی متأثر از تجربه‌ی بدنی درمان‌جو را نیز در نظر دارد. گرینبرگ (۲۰۱۰)، معتقد است رویکرد متمرکز بر هیجان بیشتر بر روی شناخت و تجربیات هیجانی افراد تأکید می‌کند. فرض اصلی این درمان مبنی بر انطباقی بودن ذاتی هیجان‌ها است. هدف اصلی درمان متمرکز بر هیجان، تغییر شکل دادن هیجان‌ات غیرانطباقی، با افزایش آگاهی و بیان هیجان‌ات، آموختن نظم‌جویی هیجان‌ات و فعال‌سازی هیجان‌ات انطباقی است. این اصول به‌عنوان یک راهنمای کلی در درمان به کار می‌روند و کمک می‌کند اهداف متفاوت در اقدامات درمانی را درک کرده و برای هیجان‌های مختلف به کار می‌رود. رویکرد متمرکز بر هیجان به مراجعان در تغییر روشی که آنان از هیجان‌ات خود استفاده می‌نمودند کمک می‌کند و در یک ارتباط مراقبتی و هم‌دلانه خالص، به تغییر و سازمان‌دهی عملکردهای روان‌شناختی مشکل‌ساز افراد می‌پردازند (پهوندی، خیاطان، و گل‌پرو، ۲۰۲۱). درمان هیجان‌مدار از دسته‌ی درمان‌های کوتاه‌مدت است که از چند مؤلفه‌ی اصلی تشکیل شده است که عبارتند از: (۱) هوش هیجانی (۲) هیجان‌های سازگار و ناسازگار (۳) آگاه‌بودن و تحت تأثیر قرار گرفتن از گذشته (۴) تصور آینده (۵) اقدام گذشته (۶) تأمل، روایت و ایجاد معنای هیجان (۷) طرح‌واره‌های هیجانی (آرنتگ و ایزدی، ۲۰۲۲). این درمان با کار روی هیجان‌های افراد به آن‌ها جهت تشخیص و تنظیم هیجان‌ات خود کمک می‌کند و به آن‌ها می‌آموزد که چطور به‌جای سرکوب هیجان‌ات خود آن‌ها را به‌طور مؤثر ابراز کنند (تیمولاک و مک‌الوانی^۲، ۲۰۱۶).

همایونی و همکاران (۲۰۲۲) اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان را بر نگرانی و خودانتقادی نشان دادند که این درمان با تغییر هیجان و بازسازی تجارب هیجانی نامطلوب، موجب کاهش علائم و مشکلات روان‌شناختی احتمالی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود. تامپسون و گیرز^۳ (۲۰۲۰) در پژوهشی به اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودانتقادی و غلبه بر شرم و تنهایی ناشی از آن پرداختند. نتایج این پژوهش که بر روی دانشجویان انجام شد، نشان داد که این درمان، باعث کاهش علائم اضطراب و افسردگی ناشی از خودانتقادی و در نتیجه موجب کاهش معنی‌دار خودانتقادی می‌شود. بایلی، هالاموا، و بارانکوا^۴ (۲۰۲۰) در جلسات ویدیویی درمان متمرکز بر هیجان به تحلیل کیفی خودشفقتی، خودحمایتی و خودانتقادی پرداختند. هر سه

^۵ Brennan, Emmerling, & Whelton

^۶ Single subject experiment

^۷ Multiple baseline

^۱ Greenberg

^۲ Timulak & McElvaney

^۳ Thompson & Girz

^۴ Bailey, Halamova, & Barankova

شرکت کنندگان

جامعه‌ی آماری این پژوهش همه‌ی دختران جوان کمال‌گرایی روان‌رنجور مراجعه‌کننده به برخی مراکز مشاوره شهرستان اهواز در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه‌ی پژوهش حاضر شامل ۵ نفر از افراد جامعه‌ی آماری بود، که با توجه به مصاحبه‌ی اولیه و با در نظر گرفتن معیارهای ورود (که یکی از این ملاک‌ها کسب حداقل نمره‌ی خط برش ۱۴۵ در آزمون کمال‌گرایی روان‌رنجور است) و با روش نمونه‌گیری هدمند انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه فراخوانی در مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز منتشر شد. پس از مصاحبه با دختران کمال‌گرایی روان‌رنجور، و پر کردن ابزار تشخیصی، نمونه‌ی موردنظر انتخاب شدند. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج دختران کمال‌گرایی روان‌رنجور وارد مرحله‌ی خط پایه شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: وجود کمال‌گرایی در شرکت‌کنندگان بر اساس کسب نمره‌ی بالاتر از ۱۴۵ در مقیاس کمال‌گرایی روان‌رنجور، رضایت‌آگاهانه و رغبت افراد جهت شرکت در پژوهش، سلامت جسمانی و روانی و عدم بیماری که مانع از حضور پیوسته در جلسات و تکمیل پرسش‌نامه شود. ملاک‌های خروج عبارتند از: استفاده از هر نوع درمان هم‌زمان، ممکن نبودن پیگیری افراد طی مراحل مداخله و پیگیری و همبودی دیگر اختلالات روان‌شناختی و جسمانی.

ابزارهای سنجش

پرسش‌نامه‌ی کمال‌گرایی روان‌رنجور^۱ (NPO): پرسش‌نامه‌ی کمال‌گرایی روان‌رنجور ابتدا توسط میتزمن، اسلید و دیویی^۲ (۱۹۹۴) به منظور سنجش کمال‌گرایی روان‌رنجور در افراد مبتلا به اختلال خوردن ساخته و مطرح شد که در ایران توسط گندم‌کار، لیاقت و شهریار احمدی (۲۰۱۹)، مورد استفاده و هنجاریابی واقع شده است. این پرسش‌نامه یک نوع ابزار خودگزارشی است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تدوین شده است. شرکت‌کننده در این پرسش‌نامه باید در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵، پاسخ دهد. دامنه‌ی نمرات به‌دست‌آمده بین ۴۲ تا ۲۱۰ است و نمره‌ی ۱۴۵ نقطه‌ی برش این پرسش‌نامه محسوب می‌شود. گندم‌کار و همکاران (۲۰۱۹)، در

هنجار ایرانی نشان دادند که آزمون از اعتبار و همسانی درونی بالایی برخوردار است و اعتبار پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد. همچنین روایی پرسش‌نامه از طریق روایی سازه مبتنی بر تحلیل عاملی انجام پذیرفت که نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس از روایی کافی برخوردار است.

مقیاس انتظارات زناشویی (انتظار از ازدواج)^۳

(EMS): در این پژوهش از مقیاس انتظار از ازدواج جونز و نلسون^۴ (۱۹۹۶) استفاده خواهد شد که ابتدا در ایران توسط نیلفروشان، عابدی، احمدی و نویدیان (۲۰۱۱)، مورد استفاده و هنجاریابی واقع شده است. ماده‌های این مقیاس انتظارات افراد در مورد مؤلفه‌های اصلی ازدواج مانند سازگاری (توافق)، برابری (عدالت) و صمیمیت را ارزیابی می‌کنند. این ابزار افراد مجرد را در سه عامل انتظارات واقع‌بینانه، ایده‌آل‌گرایانه و بدبینانه طبقه‌بندی می‌کند. مقیاس ۴۰ ماده دارد که در قالب درجه‌بندی لیکرت پنج رتبه‌ای از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵، مرتب نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس به‌گونه‌ای طراحی شده است که پاسخ‌دهی شرکت‌کننده‌ها به یک خرده‌مقیاس، تأثیری بر سایر خرده‌مقیاس‌ها ندارد. سازندگان این ابزار، ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۰ و دیلون^۵ (۲۰۰۵) آن را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین بین مقیاس رمانتیک‌گرایی دین و مقیاس نگرش به عشق با مقیاس انتظارات زناشویی، رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. نیلفروشان و همکاران (۲۰۱۱) با استفاده از تحلیل عاملی نشان دادند که مقیاس انتظارات زناشویی شامل سه عامل انتظار واقع‌گرایانه، انتظار ایده‌آل‌گرایانه و انتظار بدبینانه است و تحلیل عامل تأییدی این فرضیه سه عاملی مقیاس انتظارات زناشویی را تأیید کرد. در این پژوهش از خرده‌مقیاس انتظارات زناشویی بدبینانه استفاده شد. خرده‌مقیاس انتظارات زناشویی بدبینانه (جونز و نلسون، ۱۹۹۶)، از سؤالاتی چون "به وفاداری همسر شک خواهم کرد" تشکیل شده است.

مقیاس سطوح خودانتقادی^۶ (LSCS): در این پژوهش برای سنجش خودانتقادی، از مقیاس سطوح خودانتقادی که توسط تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) تدوین شده است، و اولین بار در ایران در پژوهش موسوی و قربانی (۱۳۸۵)، به فارسی ترجمه شده است، استفاده می‌شود. این مقیاس

^۵ Dillon

^۶ The Levels of Self-Criticism Scale

^۱ Neurotic Perfectionism Questionnaire

^۲ Mitzman, Slade, & Dewey

^۳ Expectation of Marriage Scale

^۴ Jones & Nelson

جلسات درمان بر اساس کتاب صورت‌بندی موردی در درمان هیجان‌مدار گلدمن و گرینبرگ^۳ (۲۰۱۵) و ترجمه‌ی رضانی و همکاران (۱۳۹۹)، استخراج‌شده و گام‌بندی درمان در ۳ مرحله و ۱۴ گام در یازده جلسه‌ی فردی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در ادامه خلاصه‌ای از جلسات درمانی ارائه‌شده است.

محتوای جلسات پروتکل درمان هیجان‌مدار

محتوای جلسات درمانی در سه مرحله: ۱- آشکارسازی روایت و مشاهده‌ی سبک پردازش هیجانی مراجع (چهار گام)، ۲- ایجاد مشترکانه‌ی تمرکز و شناسایی هیجان هسته‌ای (در این مرحله شش فعالیت و گام به هم مرتبط هستند (MENSIT^۴) و روایت مشترکاً ایجاد شده‌ای برای شناخت و درک مشکلات و تجربه‌ی مراجع، شکل می‌دهند)، ۳- توجه بر پردازش نشانه‌ها و معانی جدید (چهار گام) به شرح ذیل است:

۲۲ ماده دارد، که ۱۲ ماده به خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای^۱ و ۱۰ ماده به خودانتقادی درونی‌شده^۲ مربوط است. شرکت‌کنندگان به هر ماده بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۰ (اصلاً توصیف‌کننده‌ی من نیست) تا ۶ (بسیار خوب توصیف‌کننده‌ی من است) پاسخ می‌دهند. نمره‌ی کل بین ۲۲ تا ۱۱۰ قرار دارد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر خود انتقادی در فرد است. اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی برای دو خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای (۰/۸۴-۰/۸۱) و خودانتقادی درونی (۰/۸۸-۰/۸۷) مناسب بوده است. همچنین از روایی همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار است (تامپسون و زاروف، ۲۰۰۴). حسینی‌مهر و همکاران (۲۰۲۱/۱۴۰۰)، در پژوهش خود پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آوردند. مقیاس خودانتقادی (تامپسون و زاروف، ۲۰۰۴) از سوالاتی چون "دائماً یک احساس حقارت آزاردهنده دارم" تشکیل شده است.

جدول ۱- خلاصه‌ی محتوای جلسات درمانی در سه مرحله

اهداف	جلسات
اهداف: آشنایی با مراجع، برقراری ارتباط، بیان اصول کلی رویکرد هیجان‌مدار و توضیح چرایی و چگونگی گزینش مراجع خلاصه‌ی محتوای جلسه‌ی دوم و سوم و چهارم: مرحله ۱: آشکارسازی روایت و مشاهده‌ی سبک پردازش هیجانی مراجع	اول
*گوش‌دادن به مشکلات ارائه شده (مشکلات رفتاری و رابطه‌ای): مشکلاتی که مردم عرضه می‌کنند یا مشکلات ارتباطی‌اند یا رفتاری. *ایجاد رابطه‌ی درمانی و تشکیل اتحاد درمانی از ضروریات درمان است. *توجه به تجربیات مربوط به محیط، مدرسه و همسالان: تجربیات محیطی اولیه، در مراحل رشد، به همان اندازه‌ی سوابق دلبستگی اولیه سازنده هستند	دوم/ گام ۱
*گوش‌کردن تجربیات هیجانی دردناک، بیان ناگوار و شناسایی آن‌ها: دو معیار اصلی راهنمای ما هستند که به صورت پرسش‌هایی ابراز می‌شوند: کدام قسمت داستان/ روایت تلخ‌تر بود؟ و کدام یک ما را تکان دادند و بر احساسات عمیق ما تأثیر گذاشتند؟ *توجه به سبک پردازش هیجانی مراجع و مشاهده‌ی آن‌ها: ویژگی‌ها و ابعاد شیوه‌ی پردازش موردنظر شامل: وضعیت معنادهی عاطفی، کیفیت صدای مراجع، برانگیختگی هیجانی، تجربه‌ی مراجع، مولدبودن هیجانی (۷ بعد) است.	سوم/ گام ۲ و ۳
آشکارسازی داستان زندگی/ روایت هیجان‌مدار (در رابطه با دلبستگی و هویت): روایت‌ها ناقل بن‌مایه‌های هیجانی‌اند. نگرانی‌های مبتنی بر دلبستگی در داستان‌های روابط با دیگران و نگرانی‌های هویتی در نحوه‌ی احساس و برداشت آن‌ها از خودشان آشکار می‌شوند.	چهارم/ گام ۴
خلاصه‌ی محتوای جلسات پنجم و ششم و هفتم و نهم: مرحله ۲: ایجاد مشترکانه‌ی تمرکز و شناسایی هیجان هسته‌ای شش فعالیت به هم مرتبط‌اند (MENSIT ^۵) و روایت مشترکاً ایجاد شده‌ای برای شناخت و درک مشکلات و تجربه‌ی مراجع، شکل می‌دهند.	خلاصه‌ی محتوای جلسات پنجم و ششم و هفتم و نهم
شناسایی نشانه‌ها برای انجام کار تکلیفی: در درمان هیجان‌مدار مداخله به‌واسطه‌ی نشانه‌گر هدایت می‌شود، که نمونه‌ای از انواع نشانه‌ها عبارتند از: نشانه‌گر واکنش مشکل‌آفرین، نشانه‌های تعارض‌های دویاره، نشانه‌گر دویارگی‌های خودبازدارنده، نشانه‌گر درک حسی مبهم، نشانه‌گر کار ناتمام، نشانه‌گر مشکل در توجه، نشانه‌گر اعتراض معنا، نشانه‌گر دشواری در بیان احساسات.	پنجم/ گام ۵
*شناسایی طرح‌های هیجانی هسته‌ای زیربنایی، سازگار یا ناسازگار: ترس و غم رهاشدگی، خشم، سوگ حل‌نشده و انزجار نمونه‌ای از هیجان‌های ناسازگار هسته‌ای هستند که با تجربه‌ی این هیجان‌ات دردناک، طرح‌های هیجانی جایگزین مبتنی بر دستیابی به احساسات سازگار و نیازهایی در واکنش به هیجان‌ات دردناک، فعال‌سازی می‌شود. *شناسایی نیازها: طرح‌های هیجانی شامل نیازهای هسته‌ای هستند و این نیازها به نیازهای مربوط به دلبستگی (مثل نزدیک بودن و پذیرفته شدن، دوست داشته شدن و اجتناب از درگیری) و نیازهای مربوط به هویت (مثل تأیید و تصدیق شدن، مسلط بودن، کامیاب شدن) تجزیه می‌شوند.	ششم/ گام ۶ و ۷

^۵ M: Marker, E: Emotion Schemes, N: Needs, S: Secondary, I:

Interruption, T: Themes

^۶ Self- interruptive splits

^۱ Comparative Self-Criticism (CSC)

^۲ Internalized Self-Criticism (ISC)

^۳ Goldman & Greenberg

^۴ M: Marker, E: Emotion Schemes, N: Needs, S: Secondary, I: Interruption, T: Themes

اهداف	جلسات
* شناسایی هیجان‌های ثانویه: اهداف هیجان‌های ثانویه مثل افسردگی، اضطراب، ناامیدی اغلب پوشش هیجان اولیه‌ی زیربنایی تهدیدکننده است. هیجان هفتم/ گام ۸ و ۹	ابزاری شکل دیگری از هیجان غیر اولیه است. * شناسایی بازدارنده‌های یا انسدادهای موجود در دست‌یابی به طرح‌های هیجان هسته‌ای: برخی بازدارنده‌ها ریشه در قوانین فرهنگی و خانوادگی دارند و باید نحوه‌ی اجتناب از هیجان‌های دردناک را شناسایی کرد.
* شناسایی بن‌مایه‌ها: رابطه‌ی خود- خود، رابطه‌ی خود- دیگری، مسائل وجودی، * ساختن مشترک روایت صورت‌بندی موردی مربوط به مشکلات رفتاری هشتم و نهم/ گام ۱۰ و رابطه‌ای ارائه شده به‌عنوان ما شه‌چکان رخدادها و طرح‌های هیجان هسته‌ای: بر اساس مؤلفه‌های MENSIT (نشانگرها، هیجان‌ها، نیازها، هیجان‌ها ثانویه، بازدارنده‌ها، و بن‌مایه‌ها) روایات مشترک ساخته شده، شکل‌گرفته و واکنش‌های رفتاری و پیامدهای فرآیند سازگاری هیجان فرد را منعکس می‌کند و ۱۱	یک روایت مشترک بین درمانگر و مراجع شکل می‌گیرد.
خلاصه‌ی محتوای جلسات دهم و یازدهم/ مرحله ۳: توجه بر پردازش نشانگرها و معانی جدید	
* شناسایی نشانگرهای نوظهور تکالیف: که نمونه‌های آن عبارتند از: نشانگرهای شرم: که تکلیف ابراز هیجانی و صندلی و یا ... ضرورت دارد. نشانگرهای تجربه‌ی آسیب‌زا: که تکلیف بازگویی آسیب و بعد از آن تکلیف کار ناتمام و یا کاوش همدلانه ضرورت دارد. نشانگر دوبارگی خودارزیابی (خودانتقادی و ...): تکلیف گفتگوی دو صندلی. نشانگر کار ناتمام: تکلیف فن صندلی خالی. نشانگر تجربه‌ی مرتبط با مشکل (تش‌زا، دردسرافزین، و ...): تکلیف کاوش همدلانه. و تعدادی نشانگرهای نوظهور در تکالیف دیگر مانند صورت‌بندی خودبازدارنده در طی کار با صندلی خالی و یا صورت‌بندی نشانگرها در زمینه‌ی کار دو صندلی. * شناسایی ریزش‌نشانگرها: به‌عنوان مثال: * خرده‌نشانگرها در تکلیف دو صندلی عبارتند از: صورت‌بندی دوبارگی اضطراب در مقایسه با دوبارگی افسردگی و یا صورت‌بندی بیان نگرش نسبت به خود.	دهم/ گام ۱۲ و ۱۳
ارزیابی این که چگونه معانی جدید بر ساخت مجدد روایت‌ها اثر می‌گذارد و با مشکلات حال حاضر ارتباط پیدا می‌کند. زمانی که هیجانی کشف و بررسی می‌شود بیش رخ می‌دهد و باید معانی جدید را به زندگی روزمره خود انتقال داده و آن‌ها را در زندگی اعمال نماید. در پایان جلسه‌ی آخر، درمانگر نکات مطرح‌شده در جلسات قبلی را جمع‌بندی کرده و از مراجع بازخورد دریافت کرده و در نهایت از مراجع سنجش نهایی به عمل می‌آید.	یازدهم/ گام ۱۴

کد اخلاق

این پژوهش با کد شناسه IR.IAU.AHVAZ.REC.1401.088 مصوبه‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۲۵ تصویب شده است. با توجه به این که هدف اصلی هر پژوهش باید ارتقای سلامت انسان‌ها توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان باشد، بنابراین، رعایت نکاتی از اهمیت برخوردار است: کسب رضایت آگاهانه و آزادانه (کتبی و شفاهی) از افراد و گمنام ماندن آن‌ها در اولویت قرار دارد. همچنین پژوهشگر موظف است ضمن رعایت اصل رازداری، نتایج پژوهش را صادقانه منتشر کرده و شرکت‌کنندگان را از نتایج حاصل آگاه کند.

روند اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان به‌صورت هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شده و سپس وارد مرحله درمان و دو نوبت پیگیری^۲ (در طی یک دوره‌ی ۳ ماهه) شدند. در فرآیند انجام جلسات درمانی، تمام پرسشنامه‌ها در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۱ و در ۲ جلسه‌ی پیگیری (در طی یک دوره‌ی ۳ ماهه) تکمیل شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها تحلیل آن‌ها با استفاده از شاخص تغییر پایه، ترسیم دیداری و درصد بهبودی انجام شد.

نتایج

جدول ۲ نمرات شرکت‌کنندگان را در پرسشنامه‌ی انتظارات زناشویی بدبینانه در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایه و درصد بهبودی در مرحله‌ی درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان هیجان‌مدار را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه برای شرکت‌کنندگان اول تا پنجم به ترتیب ۱۶/۵، ۲۱/۰، ۱۷/۵، ۱۷/۵، ۱۹/۵؛ در مرحله مداخله میانگین انتظارات زناشویی بدبینانه برای شرکت‌کنندگان اول تا پنجم به ترتیب ۱۴/۷۵، ۱۴/۵، ۱۵/۲۵، ۱۴/۰، ۱۵/۲۵؛ و در مرحله‌ی پیگیری نیز به ترتیب ۱۳/۰، ۱۴/۰، ۱۴/۰، ۱۵/۵، ۱۳/۵ بوده است که روند کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله‌ی مداخله میزان درصد بهبودی برای شرکت‌کنندگان اول تا پنجم به ترتیب ۱۰/۶۰، ۳۰/۹۵، ۱۲/۸۵، ۱۲/۸۵ و ۲۳/۰۷ و در کل ۱۸/۷۵ و در مرحله پیگیری برای شرکت‌کنندگان اول تا پنجم به ترتیب ۲۱/۲۱، ۳۳/۳۳، ۲۰/۰۰، ۱۱/۴۲، ۳۰/۷۶ و در کل ۲۳/۹۱ به دست آمد.

^۱. Base line step

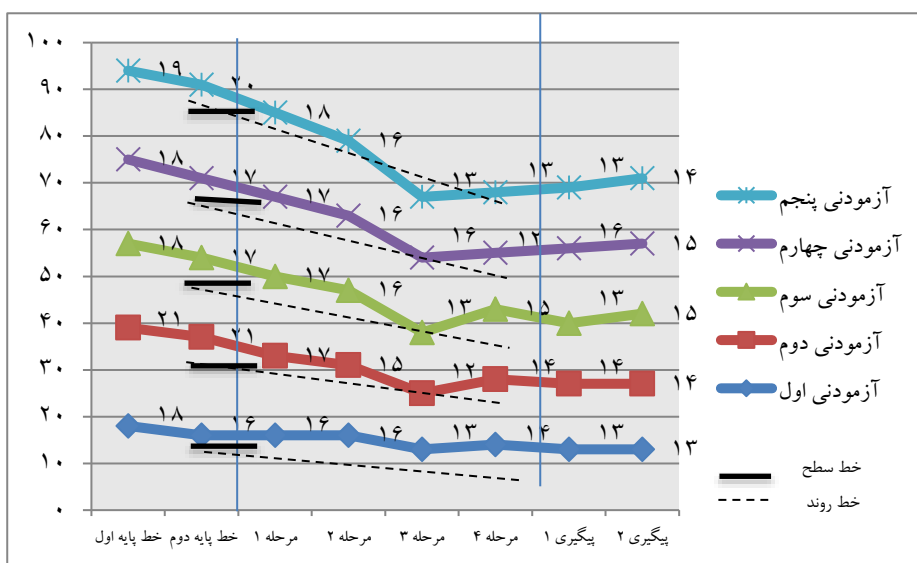
^۲. Follow up

جدول ۲- نتایج روند تغییر مراحل درمان هیجان مدار شرکت کنندگان در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه

مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	میانگین کل آزمودنی‌ها
خط پایه اول	۱۷	۲۱	۱۸	۱۸	۱۹	۱۸/۶
خط پایه دوم	۱۶	۲۱	۱۷	۱۷	۲۰	۱۸/۲
میانگین مراحل خط پایه	۱۶/۵	۲۱	۱۷/۵	۱۷/۵	۱۹/۵	۱۸/۴
مرحله درمان						
جلسه سوم	۱۶	۱۷	۱۷	۱۷	۱۸	۱۷
جلسه ششم	۱۶	۱۵	۱۶	۱۶	۱۶	۱۵/۸
جلسه نهم	۱۳	۱۲	۱۳	۱۶	۱۳	۱۳/۴
جلسه یازدهم	۱۴	۱۴	۱۵	۱۲	۱۳	۱۳/۶
میانگین مراحل درمان	۱۴/۷۵	۱۴/۵	۱۵/۲۵	۱۵/۲۵	۱۵	۱۴/۹۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۵/۷۳	۴/۴۱	۴/۳۴	۳/۳۴	۳/۲۷	۴/۶۵
درصد بهبودی پس از درمان	۱۰/۶۰	۳۰/۹۵	۱۲/۸۵	۱۲/۸۵	۲۳/۰۷	۱۸/۷۵
درصد بهبودی کلی						۱۸/۷۵
مرحله پیگیری						
پیگیری نوبت اول	۱۳	۱۴	۱۳	۱۶	۱۳	۱۳/۸
پیگیری نوبت دوم	۱۳	۱۴	۱۵	۱۵	۱۴	۱۴/۲
میانگین مراحل پیگیری	۱۳	۱۴	۱۴	۱۵/۵	۱۴/۵	۱۴
شاخص تغییر پایا (درمان)	۵/۴۹	۷/۹۲	۴/۸۳	۲/۱۲	۵/۷۷	۵/۹۳
درصد بهبودی پس از پیگیری	۲۱/۲۱	۳۳/۳۳	۲۰/۰۰	۱۱/۴۲	۳۰/۷۶	۲۳/۹۱
درصد بهبودی کلی پیگیری						۲۳/۹۱

می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای شرکت کنندگان ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجادشده نیز ماندگاری معنی‌داری داشته است. نمودار ۱ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان هیجان مدار مربوط به آزمودنی‌های شرکت کننده در پژوهش را در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز (۱۹۸۸)، به نقل از علوی و همکاران، (۲۰۱۹) موفقیت کمتر از متوسط بوده است. هم‌چنین مقدار شاخص تغییر پایا برای شرکت کنندگان اول تا پنجم به ترتیب محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی شرکت کنندگان اول تا پنجم بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد



نمودار ۱- روند تغییر نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

به پیشینه‌ی موجود در رابطه با درمان هیجان‌مدار، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهشی و در جهت منفی باشد که برای هر یک از شرکت‌کنندگان در متغیر انتظارات زناشویی بدینانه نتایج به همین صورت بود. جدول ۳ نمرات شرکت‌کنندگان را در پرسشنامه‌ی خودانتقادی در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های انتظارات زناشویی بدینانه را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (I) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر اسکات و همکاران (۱۹۹۹)؛ به نقل از علوی و همکاران، (۲۰۱۹) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح و روند نیاز است سه نقطه است. در مرحله‌ی درمان برای هر یک از شرکت‌کنندگان نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه‌ی پایین خط سطح و روند قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های انتظارات زناشویی بدینانه به صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن این که با توجه

جدول ۳- نتایج روند تغییر مراحل درمان هیجان‌مدار شرکت‌کنندگان در متغیر خودانتقادی

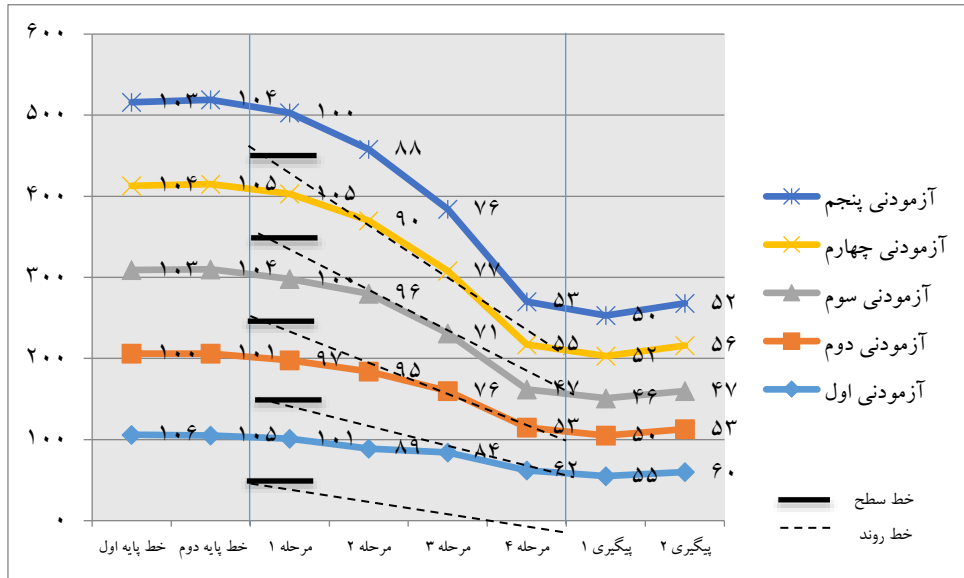
مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	میانگین کل آزمودنی‌ها
خط پایه‌ی اول	۱۰۶	۱۰۰	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۳	۱۰۳/۲
خط پایه‌ی دوم	۱۰۵	۱۰۱	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۴	۱۰۳/۸
میانگین مراحل خط پایه	۱۰۵/۵	۱۰۰/۵	۱۰۳/۵	۱۰۴/۵	۱۰۲/۵	۱۰۳/۵
مرحله‌ی درمان						
جلسه‌ی سوم	۱۰۱	۹۷	۱۰۰	۱۰۵	۱۰۰	۱۰۰/۶
جلسه‌ی ششم	۸۹	۹۵	۹۶	۹۰	۸۸	۹۱/۶
جلسه‌ی نهم	۸۴	۷۶	۷۱	۷۷	۷۶	۷۶/۸
جلسه‌ی یازدهم	۶۲	۵۳	۴۷	۵۵	۵۳	۵۴
میانگین مراحل درمان	۸۴	۸۰/۲۵	۷۸/۵	۸۱/۷۵	۷۹/۲۵	۸۰/۷۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۸۱	۲/۶۷	۲/۳۹	۲/۴۱	۲/۸۴	۲/۶۳
درصد بهبودی پس از درمان	۲۰/۳۷	۲۰/۱۴	۲۴/۱۵	۲۱/۷۷	۲۳/۴۲	۲۱/۹۸
درصد بهبودی کلی				۲۱/۹۸		
مرحله‌ی پیگیری						
پیگیری نوبت اول	۵۵	۵۰	۴۶	۵۲	۵۰	۵۰/۶
پیگیری نوبت دوم	۶۰	۵۳	۴۷	۵۶	۵۲	۵۳/۶
میانگین مراحل پیگیری	۵۷/۵	۵۱/۵	۴۶/۵	۵۴	۵۱	۵۲/۱
شاخص تغییر پایا (درمان)	۶/۹۳	۵/۶۳	۵/۴۵	۵/۶۱	۶/۱۶	۵/۹۵
درصد بهبودی پس از پیگیری	۴۵/۴۹	۴۸/۷۵	۵۵/۰۷	۴۸/۳۲	۵۰/۷۲	۴۹/۶۶
درصد بهبودی کلی پیگیری				۴۹/۶۶		

کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله‌ی مداخله میزان درصد بهبودی برای شرکت‌کنندگان اول تا پنجم به ترتیب ۲۰/۳۷، ۲۰/۱۴، ۲۴/۱۵، ۲۱/۷۷ و ۲۳/۴۲ و در کل ۲۱/۹۸ و در مرحله‌ی پیگیری برای شرکت‌کنندگان اول تا پنجم به ترتیب ۴۵/۴۹، ۴۸/۷۵، ۵۵/۰۷، ۴۸/۳۲، ۵۰/۷۲ و در کل ۴۹/۶۶ به دست آمد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز (۱۹۸۸)، به نقل از علوی و همکاران، (۱۳۹۷) موفقیت مطلوب بوده است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای شرکت‌کنندگان اول تا پنجم به ترتیب محاسبه شده است.

جدول ۳ نمره‌های خودانتقادی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان هیجان‌مدار را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین خودانتقادی در مراحل خط پایه برای شرکت‌کنندگان اول تا پنجم به ترتیب ۱۰۵/۵، ۱۰۰/۵، ۱۰۳/۵، ۱۰۴/۵، ۱۰۲/۵؛ در مرحله‌ی مداخله میانگین خودانتقادی برای شرکت‌کنندگان اول تا پنجم به ترتیب ۸۴/۰، ۸۰/۵، ۷۸/۵، ۸۱/۷۵، ۷۹/۲۵؛ و در مرحله‌ی پیگیری نیز به ترتیب ۵۷/۵، ۵۱/۵، ۴۶/۵، ۵۴/۰، ۵۱/۰ بوده است که روند

تغییرات ایجادشده نیز ماندگاری معنی‌داری داشته است. نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان هیجان‌مدار مربوط به آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش را در متغیر خودانتقادی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

از آن‌جا که مقدار شاخص تغییر پایا هم در مرحله‌ی درمان و پیگیری برای تمامی شرکت‌کنندگان اول تا پنجم بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل‌شده برای شرکت‌کنندگان ناشی از مداخله‌ی درمانی و



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

تغییر پایا و میزان درصد بهبودی از نظر آماری معنادار بودند و این اثر درمانی تا مرحله‌ی پیگیری ادامه داشت. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های تامپسون و گیرز^۱ (۲۰۲۰)، بایلی و همکاران (۲۰۲۰)، همایونی و همکاران (۲۰۲۲) و حسین‌زاده و همکاران (۲۰۲۱) هم‌خوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: افراد کمال‌گرا استانداردها و چهارچوب‌های از پیش تعیین‌شده و در پی آن انتظارات غیرواقعیانه از خود و دیگران دارند، بالطبع این انتظارات در روابط آن‌ها با دیگران از جمله همسر و نگرش آن‌ها نسبت به ازدواج اثرگذار است. بر اساس نظریه‌ی بندورا، رفتارهایی که فرد خود تجربه کرده، یا از شخص دیگری در خانواده مشاهده می‌کند، انتظارات او از رفتار خود را در موقعیت‌های مشابه شکل می‌دهد و انتظارات والدین از ازدواج، می‌تواند تبیین‌کننده‌ی انتظارات دختران و پسران آن‌ها از ازدواج باشد (آشته و کرمی، ۲۰۱۹). نتایج این پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار توانست تأثیر قابل‌توجهی بر انتظارات زناشویی بدبینانه افراد برجای بگذارد. درمان هیجان‌مدار با تأکید و نشانه‌گذاری بر رفتارها، افکار و هیجانات منفی به‌صورت مرحله‌به‌مرحله، هیجانات ناسازگار افراد را شناسایی می‌کند و در نهایت با روش‌ها و تکنیک‌هایی سعی در عوض

نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های خودانتقادی را به‌صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (I) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر اسکات و همکاران (۱۹۹۹)؛ به نقل از علوی و همکاران، (۲۰۱۹) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح و روند نیاز است سه نقطه است. در مرحله‌ی درمان برای هر یک از شرکت‌کنندگان چهار نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین خط سطح و روند قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های خودانتقادی به‌صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن این‌که با توجه به پیشینه‌ی موجود در رابطه با درمان هیجان‌مدار، همان‌طور که در نمودار نشان داده‌شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهشی و در جهت منفی باشد که برای هر یک از شرکت‌کنندگان در متغیر خودانتقادی نتایج به همین صورت بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر انتظارات زناشویی بدبینانه و خودانتقادی انجام شد. نتایج نهایی پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش انتظارات زناشویی بدبینانه و خودانتقادی مؤثر است. در پایان درمان شاخص

¹ Thompson & Girz

کردن آن‌ها دارد. از آنجایی که این درمان توجه زیادی به هیجان‌ات حل‌نشده و پذیرفته‌نشده دارد، توانست نقش بسزایی در کاهش هیجان‌ات ناسازگار و کاهش انتظارات زناشویی بدبینانه داشته باشد. در طول جلسات درمانگر با همدلی که با مراجع دارد به حس اعتماد او کمک می‌کند و باعث به روی کار آمدن هیجان‌ات بیان‌نشده و فروخورده می‌شود، که می‌توان از طریق انعکاس به موقع نیز به درمان‌جو حس پذیرفته‌شدن و شنیده‌شدن را القا کرد. همچنین با استفاده از تکنیک‌هایی مانند معتبرسازی به درمان‌جو، نشان داده می‌شود که پاسخ‌های هیجانی‌شان پذیرفتنی است، و تجارب بلوکه‌شده را می‌توانند به دور از قضاوت و سرزنش‌گری بیان کنند (افروخته، پارسا معین و قربان جهرمی، ۲۰۲۲) و مراجع قادر می‌شود تا از طریق بازسازی تجارب ناخواسته، بیان هیجان‌ات تازه و تنظیم هیجانی، تعاملات هیجانی مشکل‌ساز را تغییر دهد. لذا فرایند درمان باعث می‌شود افراد از وجود هیجان‌ات منفی و مثبت و تأثیر آن‌ها بر خود آگاهی یابند و با ارزیابی هیجان‌ات در موقعیت‌های مختلف در سالم نگه‌داشتن زندگی هیجانی خود تلاش کنند در نتیجه احتمال بی‌ثباتی روابط و انتظارات غیرواقع‌بینانه از دیگران و زندگی زناشویی آینده کاهش می‌یابد (اخگر و فاتحی‌زاده، ۲۰۲۱)، یعنی در طی درمان و افزایش خودآگاهی و ابراز هیجان‌ات و نیازها و خواسته‌ها، انتظارات واقع‌گرایانه‌تری از دیگران و در مورد ازدواج پیدا می‌کنند و از انتظارات بدبینانه فاصله می‌گیرند و برای ایجاد و حفظ رابطه سالم با دیگران تلاش می‌کنند.

از طرفی از آن‌جا که اغلب افراد کمال‌گرا، معتقدند که خود و محیط اطرافشان باید کامل بوده و هر گونه تلاشی در زندگی باید بدون خطا و اشتباه باشد، فشاری دائمی برای حرکت به سمت هدف‌های غیر قابل‌دستیابی در درون خود احساس می‌کنند. استفاده از این قضاوت سخت‌گیرانه در مورد خود و دیگران، و بی‌نقص بودن، آن‌ها را تبدیل به منتقدان سرسختی نسبت به خود و دیگران تبدیل می‌کند (نوری‌ثمرین و نرگسی، ۲۰۱۲، به نقل از مریدی و برومندنسب، ۲۰۱۸). نتایج این پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار توانسته تأثیر قابل‌توجهی در افراد دچار خودانتقادی برجای بگذارد. درمان هیجان‌مدار یک رویکرد تجربی است که هیجان را به‌عنوان اساس و پایه‌ی تجربه

در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند. بر اساس این درمان، تغییر از طریق کمک به مراجع به‌وسیله‌ی بازنمایی هیجان (بروز، تنظیم، بازخورد و انتقال تجربه هیجانی) اتفاق می‌افتد و در بافت ارتباط درمانی این فرآیند تغییر، تسهیل می‌شود. مسأله‌ی اصلی درمان هیجان‌مدار این است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازمان‌دهی خود است. افزایش آگاهی از هیجان‌های تازه و بیان آن‌ها؛ باعث می‌شود که فرد به ادراک تازه‌ای از خود دست یابد. درمان متمرکز بر هیجان جهت رفع خودانتقادی، مراجع را در تکالیف صندلی به نحوی هدایت می‌کند تا با نشستن در صندلی منتقد، خودانتقادی را به‌صورت احساس ناسازگار اولیه از قبیل شرم، تجربه کرده و با تغییر به صندلی تجربه‌کننده، تأثیر این انتقاد را تجربه کرده و هیجان را به سمت احساس سازگار اولیه تغییر دهد. نقش درمانگر در این مسیر، بررسی اجرای تکالیف و هدایت تجارب احساس شده در راستای شفقت به خود است (تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۶).

محدود بودن دامنه‌ی تحقیق به دختران دارای کمال‌گرایی روان‌رنجور و همین‌طور نمونه‌گیری فقط در سطح شهر اهواز، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود جهت افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق دارای فرهنگ‌های مختلف و در بین پسران کمال‌گرا اجرا شود و در مشاوره‌های قبل از ازدواج، توجه بیشتری به سازه‌ی کمال‌گرایی، انتظارات، انگیزه‌های افراد در ازدواج مبذول شود و بر تقویت باورهای منطقی هریک از زوجین تمرکز بیشتری صورت گیرد. از آنجا که انتظارات زناشویی (انتظار از ازدواج) یکی از عوامل مؤثر در موفقیت زندگی زناشویی است پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان حوزه‌ی پیش از ازدواج در مشاوره‌های خود به بررسی انتظار از ازدواج افراد در آستانه‌ی ازدواج بپردازند تا با شناسایی آن‌ها بتوانند زمینه را برای ازدواج آگاهانه‌تر و موفق‌تر فراهم کنند. همچنین کارگاه‌های آموزشی از طرف سازمان‌ها و ارگان‌های مسئول در جهت آموزش زوجین در پیش از ازدواج برگزار شود تا با بهبود باورهای ناکارآمد و سخت‌گیری‌های انتقادی نسبت به خود و دیگران، انتظارات غیرواقع‌گرایانه اصلاح شود و سلامت زندگی زناشویی در آینده ارتقا یابد.

قدردانی: از همه‌ی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی مشاهده نشد.

حامی مالی: این پژوهش از طرف هیچ فرد و یا مؤسسه‌ای حمایت مالی دریافت ننموده است.

Reference

- Afrookhteh, L., ParsaMoein, K., & GhorbanJahromi, R. (2022). The effectiveness of emotion-focused therapy on academic help seeking behavior and social adjustment in high school students. *Journal of Psychology New Ideas*, 13(17), 1-15. (In Persian)
- Akhgar, M., & Fatehizade, M. (2021). The effectiveness of emotional intelligence education on improving expectations of marriage and increasing emotion regulation skills in Youth on the verge of marriage. *Journal of Family Psychology*, 8(1), 65-78. (In Persian)
- Alavi, S. Z., Amanelahi, A., Attari, Y., & Koraei, A. (2019). The effectiveness of Acceptance and Commitment Couple Therapy on improvement Social Intimacy and Psychological flexibility of maladjusted couples. *Scientific Journal of Social Psychology*, 6(50), 57-72. (In Persian)
- 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. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 20(1), 60-73. (In Persian)
- Ashteh, K., & Karami, J. (2019). Predicting marital attitude through the personality characteristics, attachment styles and family environment in students. *Rooyesh-e Ravanshenasi*, 7(11), 355-374. (In Persian)
- Bailey, G., Halamova, J., & Barankova, M. (2020). Qualitative analysis of self-compassion, selfprotection, and self-criticism in emotionfocused therapy video sessions. *Psihoterapija*, 34(2), 203-223.
- Behvandi, N., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2021). Comparing the effectiveness of compassionateemotion-based integrated therapy with compassion focused therapy on perfectionism and intolerance of uncertainty irrational beliefs in patients with early headache symptoms. *Psychological Methods and Models*, 12(43), 114-130. (In Persian)
- Brennan, M. A., Emmerling, M. E., & Whelton, W. J. (2015). Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(1), 67-75.
- Closson, L. M., & Boutilier, R. R. (2017). Perfectionism, academic engagement, and procrastination among undergraduates: The moderating role of honors student status. *Learning and Individual Differences*, 57, 157-162.
- Curran, T., & Hill, A. (2019). Perfectionism is Increasing over time: A meta analysis of birth cohort differences a from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410- 429.
- Dillon, H. N. (2005). *Family Violence and Divorce: Effects on marriage expectations* [dissertation]. [Tennessee]: East Tennessee State University, p. 43.
- Gandomkar, M., Liagat, R., & Shahriari Ahmadi, M. (2019). Psychometric Properties of the Neurotic Perfectionism Scale among Students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 8(8), 9-16. (In Persian)
- Gingras, A. S., Lessard, I., Mallette, F., Brassard, A., & Bernier-Jarry A., (2021). Couple adaptation to the birth of a child: the roles of attachment and perfectionism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(3), 581-594.
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). *Case Formulation in Emotion- Focused Therapy: Co-Creating Clinical Maps for Change*.Traslated by Ramazani, M. A., Rasouli, S. S., & Sharifzade, M. (2020). Tehran: Publication institute. (In Persian)
- 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. *J of Psychological Science*, 21(109), 1-18. (In Persian)
- Hosseinimehr, N., Khezri Moghadam, N., & Pourehsan, S. (2021). The Effectiveness of Compassion Focused Training (CFT) on Social SelfEfficacy, Distress Tolerance and Self-Criticism in Adolescent Girls under Welfare Organization Care. *Positive Psychology Research*, 7(2), 33-48. (In Persian)
- Houseinzadeh, Z., Ghorban Shirodi, Z., Khalatbari, J., & Rahmani, M. A. (2021). The comparison of the effectiveness of emotionally focused couples therapy and reality therapy for couples on marital communication beliefs and marital expectations of couples. *Journal of Assessment and Research in Counseling and Psychology*, 2(8), 1-13. (In Persian)
- Jones, G. D., & Nelson, E. S. (1996). Expectations for marriage among college students from intact and non-intact homes. *J Divorce Remarriage*, 26(1), 171-189.
- Maleki Avarsin, S., & Seyed Nazari, N. (2017). The views of the students of Islamic Azad University of Tabriz branch towards the expectation of marriage. *Woman and Family Studies*, 11(42), 7-27. (In Persian)
- Mitzman, S. F., Slade, P., & Dewey, M. E. (1994). Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the

- eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 516-522.
- Moridi, M., & Boroumandnasab, M. (2018). The relationship between perfectionism and alexithymia with loneliness among nursing and midwifery Dezful Azad University students. *Educational Development of Judishapur*, 8(4), 436-444. (In Persian)
- Mouavi, A. S., & Ghorbani, N. (2007). Self- knowledge, self-criticism, and psychological health. *Psychological Studies*, 2(3-4), 75-91.
- Nilfroushan, P., Abedi, A., Navidian, A., & Ahmadi, S. A. (2011). Studying the factor structure, reliability, and validity of the Marriage Expectation Scale (MES). *Journal of Behavioral Sciences*, 5(1), 11-19. (In Persian)
- Seyed Kavousi, S. S., Mardookhi, M. S., & Moqarreb Tourtolash, M. (2021). Prediction of Marital Expectations based on Communication Beliefs and Marital Attitudes in PreMarriage Girls. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(1), 351-371. (In Persian)
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430.
- Thompson, S., & Girz, L. (2020). Overcoming shame and aloneness: Emotion-focused group therapy for self-criticism. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 19(1), 1-11.
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 41-52.