



The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) in Alexithymia and Idealistic Marriage Expectations in Neurotic Perfectionist Girls: A Single-Case Experimental Study

Zahra Khadem Dezfuli¹, Seyedh Zahra Alavi^{2*}, Masoud Shabazi³

1. PhD Student, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz University, Ahvaz, Iran
zahrkhadem1984@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Susangard Branch, Islamic Azad University, Susangard University, Susangard, Iran (Corresponding Author)
3. Assistant Professor, Department of Counseling, Masjed Solimanb Branch, Islamic Azad University, Masjed Solimanb, Iran

Citation: Khadem Dezfuli, Z., Alavi, S. Z., & Shabazi, M. (2024). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Idealistic Marital Expectation in Perfectionism Neurotic Girls. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 14(1), 29-43.

Abstract

Neurotic perfectionism has a variety of psychological consequences that should be considered in psychotherapy applications. The present study aimed to examine the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) in alexithymia and idealistic marriage expectations in neurotic perfectionist girls. The research population consisted of neurotic perfectionist girls visiting counseling centers in Ahvaz. The participants were a sample of 5 girls selected using purposive sampling with a minimum cut-off score of 145 in the Neurotic Perfectionism Questionnaire (NPQ). This study was conducted using a single-case quasi-experimental design. The emotion-focused therapy (EFT) protocol (Goldman & Greenberg, 2015) was implemented in eleven 90-minute sessions. The participants completed the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Marriage. Expectation Scale (MES). The data were collected in three baseline, treatment, and follow-up phases, and were analyzed using the reliable change index (RCI), recovery rate, and visual drawing. The analysis of the recovery rate showed the participants' alexithymia (10.58) and idealistic marriage expectations (12.98) improved in the treatment phase and their alexithymia (19.41) and idealistic marriage expectations (24.86) improved in the follow-up phase. Moreover, the reliability change index of both variables in the post-treatment and follow-up phases was significant ($z=1.96$; $P = 0.05$). Thus, emotion-focused therapy (EFT) reduces alexithymia and idealistic marriage expectations in neurotic perfectionist girls by confronting, expressing, and regulating emotions, and identifying and expressing desires and needs.

Keywords: emotion-focused therapy (EFT), alexithymia, idealistic marriage expectations, neurotic perfectionism

Extended Abstract

Introduction

Perfectionism is a complex concept to define and many researchers stated that there is no agreement on a single definition of perfectionism. However, having high standards is reflected as the core of all existing definitions of perfectionism (Karaman et al., 2020). In general, from a negative perspective, perfectionists often have all-or-nothing thinking and self-destructive and critical thoughts about themselves and others. Frost et al. (1990) believe that the distinguishing factor of neurotic perfectionism from the norm is a self-critical assessment of performance or progress. According to them, neurotic perfectionism is more associated with self-critical evaluation. Unlike desirable perfectionism, in which realistic goals are accompanied by rewards related to success, neurotic perfectionism involves setting unattainable standards and exaggerating the effects of failure and feeling hopeless. Since recent findings confirm that perfectionist tendencies are increasing among the recent generations of young people (Curran & Hill, 2019), five young perfectionist girls were examined in the present study.

A self-centered perfectionist person avoids the feelings that arise due to the failure to face reality outside of themselves by worrying about doing their work perfectly. When this behavioral approach occurs repeatedly during development and in various situations, perfectionism becomes a trait and does not allow a person to acquire the ability to describe and recognize feelings. As a result, perfectionism acts as a factor in increasing alexithymia (Mansouri et al., 2019). The main characteristics of alexithymia include difficulty in recognizing and differentiating emotions from physical sensations and describing them to others, as well as an outwardly focused cognitive style that reflects three social defects: (1) cognitive-experiential dysfunction in the emotional response

system, (2) emotion dysregulation in interpersonal relationships, and (3) limited capacity for imagination (Mahapatra & Sharma, 2018). On the other hand, negative and non-conformist perfectionists have high and unrealistic personal standards. Such individuals have high expectations about marriage and choosing their future partners. Expectations are subjective standards and hypotheses and pre-determined frameworks that a person has about marital life and a spouse, which may or may not be based on reality (West, 2006, cited by Hajrzaei, 2019). Expectation from marriage is a cognitive concept and has three dimensions; pessimistic, realistic, and idealistic expectations. In the current study, expectations from marriage mean idealistic expectations.

Since perfectionist people, especially negative perfectionists assess all the people around them on the scale of their perfectionism, they specify unreasonable and very high standards for themselves and the people around them. They also have serious problems in interpersonal relationships and experience difficulty in describing their feelings (alexithymia) (Zofan & Ghasedi, 2020). There are various psychological interventions to improve and reduce symptoms such as alexithymia and idealistic expectations from marriage in Greenberg's emotion-focused therapy (EFT). Emotion-focused therapy (EFT) is one of the short-term and structured treatment methods that emphasizes the role of emotions as a core element in the structure of a person and a key determinant in self-organization (Greenberg & Watson, 2006; as cited in Khadabandeh Lou et al., 2021). EFT encourages patients to observe and describe their emotions in a non-judgmental environment and emphasizes cognition and interpersonal experiences (Compare et al., 2013; as cited in Davoudi et al., 2020). Thus, it is expected that EFT can help people by making them aware of their wants and needs, attitudes and expectations, and adopting realistic logic. It can also help people face, express, and regulate their emotions instead of suppressing or avoiding them. To this end, the present study seeks to find out whether EFT is effective in reducing alexithymia and idealistic marriage expectations in neurotic perfectionist girls.

Method

The present study was conducted using a single-case multiple baseline quasi-experimental design. In the present study, the participants entered two baseline phases simultaneously and then entered four treatment phases and two follow-up phases (over 3 months). The research population consisted of all young neurotic perfectionist girls who visited counseling centers (International, Paradise of Life, Nutritional Counseling, and University) in Ahvaz in 2022. The participants in this study were five neurotic perfectionist girls who were selected using purposive sampling following the initial interviews and based on the inclusion criteria. The inclusion criteria were the presence of perfectionism in the participants based on a score higher than 145 on the Neurotic Perfectionism Questionnaire (NPQ), informed consent, willingness to participate in the study, and not being hospitalized due to psychological disorders in the last 6 months. The selected neurotic perfectionist girls attended eleven 90-minute emotion-focused therapy (EFT) sessions and entered two baseline phases simultaneously. During the EFT sessions, all questionnaires were completed in steps 3, 7, 11, and 14 of the treatment process (four measurement steps during the treatment phase) and three months after treatment (two measurement steps during the follow-up phase). The collected data were analyzed using the reliable change index (RCI), visual drawing, and recovery rate.

Instruments

The data in this study were collected using three instruments: (1) Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Bagby et al., 1994; as cited in Besharat, 2007a; Besharat, 2007b; Besharat, 2008). This 20-item tool measures alexithymia on a five-point Likert scale (1= strongly disagree to 5 = strongly agree). (2) Marriage Expectation Scale (MES) (Jones & Nelson, 1996): It is a 40-item instrument. However, a 14-item version of the scale was used in this study. (3) Neurotic Perfectionism Questionnaire (NPQ) (Mitzman et al., 1994) which is a 42-item tool that measures neurotic perfectionism.

Data analysis

The collected data were analyzed using the clinical significance (reliable change index (RCI)), visual drawing, and recovery rate.

Findings

The analysis of the recovery rate showed the participants' alexithymia (10.58) and the idealistic marriage expectations (12.98) improved in the treatment phase and their alexithymia (19.41) and the idealistic marriage expectations (24.86) improved in the follow-up phase. Moreover, the reliability change index of both variables in the post-treatment and follow-up phases was significant ($z=1.96$; $P = 0.05$).

Discussion and Conclusions

This study examined the impact of emotion-focused therapy (EFT) on alexithymia and idealistic marriage expectations. The results revealed that EFT is effective in reducing alexithymia and idealistic marriage expectations, as confirmed in previous studies (Houseinzadeh et al., 2021; Shokrolahi et al., 2022; Zanganeh Motlag et al., 2017; Saeedi Heydari et al., 2014). The neurotic perfectionist person avoids the emergence of

emotions, especially frustrating emotions, due to their concern for performing their tasks perfectly. EFT enables patients to accept negative emotions, face them, control them, and increase their adaptability through emotional awareness (Timulak et al., 2020). During EFT, with the help of a therapist, a person reprocesses important and painful aspects of their experience, and by accessing early and adaptive emotions, they can meditate on alternative perspectives and evaluate them. Increasing the ability to identify emotions enables a person to identify and evaluate environmental stimuli and communicate effectively with others and express empathy with them (Mehboudi et al., 2020). Thus, using EFT as a systemic approach, the present study contributed to evoking new emotional and processing structures in the participants by special intervention methods such as focusing on experience, empathic exploration, emotional processing, and compassion towards oneself and others. Thus, neurotic perfectionist people create some changes in their relationships, develop secure attachments, and engage in modifying emotions and reducing alexithymia.

Furthermore, neurotic perfectionist people have many predetermined standards and assumptions and experience more rumination. Thus, they have many unrealistic standards and expectations. Through therapy interventions, the participants gained an awareness of incompatible emotions, accessed compatible and underlying emotions, and then identified their needs, desires, and expectations. The more people can recognize their feelings and emotions, the more they will know their needs, interests, sensitivities, desires, and wishes. Therefore, EFT can help people by making them aware of their wants and needs, attitudes and expectations, and adopting realistic logic. It can also help people face, express, and regulate their emotions instead of suppressing or avoiding them. It also encourages clients to identify and modify their attachment style, thus reducing idealistic expectations from marriage.

Ethical considerations

To comply with ethical protocols, the researchers obtained informed consent from the participants and ensured them that their data would be kept confidential and used only for research purposes. Besides, the participants had the right to be informed of the results of the study.

Funding

This research project was not financed by any person or institution.

Conflict of interest

The findings of this study do not conflict with the interests of any individual or organization.

Authors' contributions

The first author is the main researcher, the second author is the corresponding author and supervisor, and the third author is the thesis advisor.

Acknowledgment

This paper is an excerpt from a doctoral dissertation by Zahra Khadem Dezfuli supervised by Seyyedeh Zahra Alavi and Masoud Shahbazi. The authors would like to appreciate the participants and the counseling centers for their cooperation in this study.



اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر ناگویی هیجانی و انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور: یک مطالعه‌ی آزمایشی تک‌موردی^۱

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

zahrkhadem1984@gmail.com

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سوسنگرد، دانشگاه آزاد اسلامی، سوسنگرد، ایران
۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران

چکیده

کمال‌گرایی روان‌رنجور، پیامدهای روان‌شناختی متنوعی دارد، که در چارچوب کاربست‌های روان‌درمانی باید مورد توجه قرار گیرد. پژوهش حاضر جهت تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر ناگویی هیجانی و انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور انجام گردید. جامعه‌ی آماری پژوهش دختران کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز بود که نمونه‌ای شامل ۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و کسب حداقل نمره‌ی خط برش ۱۴۵ در آزمون کمال‌گرایی روان‌رنجور انتخاب شدند. این مطالعه از نوع طرح شبه‌آزمایشی تک‌موردی بود. پروتکل درمان متمرکز بر هیجان گلدمن و گرینبرگ (۲۰۱۵) ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. مشارکت‌کنندگان مقیاس ناگویی هیجانی و انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه را تکمیل نمودند. داده‌ها در سه مرحله 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 آزمودنی‌ها در مرحله‌ی درمان در متغیر ناگویی هیجانی (۱۰/۵۸) و در متغیر انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه (۱۲/۹۸) و در مرحله‌ی پیگیری در متغیر ناگویی هیجانی (۱۹/۴۱) و در متغیر انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه (۲۴/۸۶) بهبود پیدا کردند. همچنین شاخص تغییر پایای هر دو متغیر در مرحله‌ی پس از درمان و پیگیری معنادار ($Z=1/96$) و سطح معناداری (۰/۰۵) بود. بنابراین درمان متمرکز بر هیجان از طریق مواجهه، ابراز و تنظیم مجدد هیجانات و همچنین شناسایی و ابراز خواسته‌ها و نیازها، باعث کاهش ناگویی هیجانی و انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر هیجان، ناگویی هیجانی، انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه، کمال‌گرایی روان‌رنجور

مقدمه

تعریف کمال‌گرایی به سادگی امکان‌پذیر نبوده و بسیاری از پژوهشگران ابراز می‌دارند که تاکنون بر روی تعریف واحدی از کمال‌گرایی توافق ایجاد نگردیده است. علی‌رغم این موضوع در تمام تعاریف موجود در حوزه کمال‌گرایی داشتن معیارهای بالا به چشم می‌خورد و در حقیقت قلب آن تعاریف را شکل می‌دهد (Karaman et al., 2020). کمال‌گرایی در روان‌شناسی، ویژگی شخصیتی است که خصوصیات آن با تلاش فرد در بی‌عیب و نقص بودن و تنظیم استانداردهایی برای بالاترین سطح عملکرد توصیف می‌شود و با خود ارزیابی انتقادی و نگرانی در مورد ارزیابی دیگران نیز همراه است. در سال‌های اخیر علاقه‌ی روزافزونی به پژوهش در حیطه‌ی کمال‌گرایی مشاهده می‌شود. به‌طور کلی در دیدگاه منفی، کمال‌گرایان اغلب دارای تفکر همه یا هیچ و افکار خودشکن و انتقادی نسبت به خود و دیگران هستند. آن‌ها در ارزیابی موفقیت‌ها و شکست‌هایشان غیرقابل انعطاف بوده و نرسیدن به اهداف منجر به احساس بی‌ارزشی در آنان می‌شود.

Frost et al., (1990) معتقدند عامل متمایزکننده‌ی کمال‌گرایی روان‌رنجور از بهنجار، ارزیابی خودانتقادگرانه از عملکرد یا پیشرفت است. به نظر آنان کمال‌گرایی روان‌رنجور به میزان بیشتری با ارزیابی خودانتقادگرانه همراه است و مشکلات روان‌شناختی همسته با کمال‌گرایی احتمالاً حاصل رابطه با تمایل به ارزیابی انتقادی است. کمال‌گرایی، داشتن استانداردهای بالا برای عملکرد خود به همراه خودارزیابی انتقادی است (Grugan et al., 2021). بر خلاف کمال‌گرایی مطلوب که در آن اهداف واقع‌گرایانه با پاداش‌های مربوط به موفقیت همراه می‌شوند، کمال‌گرایی روان‌رنجور شامل تعیین معیارهای

دست نیافتنی و بزرگ کردن اثرات شکست و احساس ناامیدی است. با توجه به اینکه داده‌های جدید نشان می‌دهد که گرایش‌های کمال‌گرایانه، در بین نسل‌های اخیر افراد جوان رو به افزایش است (Curran & Hill, 2019)، در این پژوهش نمونه دختران جوان کمال‌گرا مورد مطالعه قرار گرفت. در افراد کمال‌گرا، نیاز به کامل ظاهر شدن و بی‌نقص بودن، نوعی خود ابرازی کمال‌گرایانه را ایجاد می‌کند تا فرد احساساتی از قبیل ناکامی و ناامیدی را بیوشاند (De Berardis et al., 2009, cited by Mansouri et al., 2019). به عبارت دیگر فرد کمال‌گرای خودمحمور با نگرانی و دغدغه نسبت به کامل انجام دادن کارهایش، از احساساتی که به واسطه‌ی ناکامی از مواجهه با واقعیت بیرون از خودش، به وجود می‌آید، اجتناب می‌کند. وقتی این رویکرد رفتاری در طی رشد به صورت مکرر و در موقعیت‌های متنوع رخ می‌دهد، کمال‌گرایی به صورت یک صفت درآمده و اجازه نمی‌دهد فرد در خود، توانایی توصیف و بازشناسی احساسات را به دست آورد. در نتیجه کمال‌گرایی به عنوان عاملی در افزایش ناگویی هیجانی فرد عمل می‌کند (Mansouri et al., 2019). ناگویی هیجانی به معنای نبود واژه برای احساسات است و ویژگی‌های اصلی آن شامل دشواری در تشخیص و تمایز هیجان‌ها از حس‌های جسمانی و توصیف آن‌ها برای دیگران و نیز سبک‌شناختی متمرکز بر بیرون که سه نقص اجتماعی را منعکس می‌سازد: (۱) نقص در مؤلفه‌ی شناختی- تجربه‌ای سیستم پاسخ‌دهی هیجانی (۲) نقص در تنظیم هیجان‌ها در روابط بین فردی و (۳) ظرفیت محدود برای خیال‌پردازی (Mahapatra & Sharma, 2018). از دیدگاه علوم شناختی بخش عمده‌ای از مسائل مربوط به ناگویی هیجانی مرتبط با هیجان‌ها است و هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از روان‌سازه‌های مبتنی بر پردازش اطلاعات شناخته می‌شود که شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیرنمادین است. تجسم‌های نمادین شامل تصاویر و واژه‌ها است و تجسم‌های غیرنمادین شامل تهییج‌های جسمانی و احساسی است که در هنگام برانگیختگی هیجانی تجربه می‌شوند. نظام‌های نمادین مانند زبان این امکان را فراهم می‌آورند که انسان درباره‌ی احساس‌های هیجانی و دیگر تجربیش فکر کند و به این ترتیب حالت‌های هیجانی خود را تنظیم نماید. به نظر می‌رسد در ناگویی هیجانی توانایی بسیار اندکی در تفکر نمادین هیجان‌ها وجود دارد و در نهایت تجسم نمادین هیجان‌ها به شکل ضعیف با تصاویر و واژه‌ها ارتباط برقرار می‌کند و به همین دلیل کمتر تحت کنترل شناختی قرار دارد. در ناگویی هیجانی نه تنها مشکل بیان احساس‌ها به صورت کلامی وجود دارد بلکه نقیصی در فرایند شناختی مشاهده می‌شود و این امر باعث می‌شود هیجان‌ها نامتمایز و تنظیم نیافته باقی بماند (Moridi & Boroumandnasab, 2018). پژوهش‌ها بیان می‌کنند که وقتی مراقبین توجه و مراقبت کافی از فرزندان به عمل نمی‌آورند، از یک سو دلبستگی ایمن در کودک شکل نمی‌گیرد و از سوی دیگر کودک نمی‌تواند هیجانانش را بروز دهد و به تدریج در طی رشد دچار ناگویی هیجانی می‌گردد. ناکامی کودک در رابطه‌ی ایمن با مراقب، از یک سو به سبب مکانیسم‌های مغزی تحولی به ناگویی هیجانی منجر می‌شود و از سوی دیگر تلاش‌های کمال‌گرایانه به عنوان ابزاری برای ابراز وجود، در طی تحول به وجود می‌آید و در واقع دغدغه‌ی فرد برای کامل بودن و بی‌نقص بودن، ابزاری است تا وی با احساساتش مواجه نشود (Mansouri et al., 2019).

از سوی دیگر، کمال‌گرایان به دلیل ارزیابی‌های سفت و سخت از خود و دیگران، در برخورد با واقعیت‌های زندگی دچار مشکل می‌شوند و به خصوص در افراد کمال‌گرای منفی و غیرانطباقی، استانداردهای شخصی بالا و غیرواقعیانه، وجود دارد که به صورت بایدهای مطلق‌گرا و الزام‌ها بیان می‌شوند و انتظارات افراد را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از آن باورها و انتظارات، انتظاراتی است که فرد از ازدواج و انتخاب همسر دارد. انتظارات عبارت است از استانداردها و فرضیه‌های ذهنی و چارچوب‌های از پیش تعیین شده و باید و نبایدهایی که فرد درباره‌ی زندگی مشترک و همسر دارد که ممکن است مبتنی بر واقعیت باشد یا نباشد (West, 2006, cited by Hajrzaei, 2019). انتظار از ازدواج مفهومی شناختی است و دارای ۳ بعد انتظارات بدبینانه، واقع‌گرایانه و ایده‌آل‌گرایانه است. بر اساس نظریه‌ی دلبستگی که توسط بالبی ارائه شده، تجاربی که فرد در رابطه با والدین خود کسب می‌کند، به ایجاد الگوهای فعال درونی منجر می‌شود که خود بر نگرش‌ها و انتظارات از روابط بعدی اثر می‌گذارد. اگر تجارب یا مشاهدات مثبت یا منفی باشند، به همان نسبت انتظاراتی اتخاذ می‌شوند که رفتار را هدایت خواهد کرد (Aramideh & RezaKhani, 2019). در پژوهش حاضر منظور از انتظار از ازدواج، انتظارات ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج است.

با توجه به مطالب و پژوهش‌های ذکر شده، از آنجا که افراد کمال‌گرا بخصوص کمال‌گرایان منفی‌گرا، تمام اطرافیان خویش را در ترازوی کمال‌گرایی خویش قرار می‌دهند، معیارهای غیرمنطقی و بسیار بالایی برای خود و اطرافیان خود مشخص می‌کنند، و همین‌طور در رابطه‌ی بین فردی مشکلات جدی دارند و احساس دشواری در توصیف احساسات (ناگویی هیجانی) را تجربه می‌کنند (Zofan & Ghasedi, 2020)، جهت بهبود و کاهش نشانه‌هایی چون ناگویی هیجانی، و انتظارات ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج، مداخلات روان‌شناختی متفاوتی وجود دارد که از میان آن‌ها می‌توان به درمان متمرکز بر هیجان (Emotion Focused Therapy) گرینبرگ اشاره کرد.

در قرن حاضر توجه به هیجان‌ها به عنوان عامل تغییر در روان‌درمانی اهمیت به سزایی پیدا کرده است و مورد توجه مشاوران و روان‌شناسان قرار گرفته است. درمان متمرکز بر هیجان از ریشه‌های عمیق انسان‌گرایی برخوردار است این روش از دل دیدگاه‌های وجودگرایی و پدیدارشناسانه سر برآورده است. روان‌درمانی هیجان‌مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تأکید می‌کند که فرایند تجربه، ویژگی‌های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از سوی دیگر این درمان بر اساس نظریه

دیالکتیک در ساختار خود و تغییر بنا شده است (Pay Pouzan, 2020). این رویکرد فرض می‌کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آن‌ها از هیجانات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روان‌شناختی مشکل‌ساز قرار دارد، می‌شود. آگاهی از هیجان منجر به تغییر شده و هیجان‌ها ما را به سوی رفتار سوق می‌دهند، عملکرد مغز را نظم می‌بخشند و فکر و عمل را سازمان‌دهی می‌کنند. درمان متمرکز بر هیجان یکی از روش‌های درمانی کوتاه‌مدت و ساختارمند است که بر نقش هیجان‌ها به عنوان یک اصل در ساختار شخص و یک تعیین‌کننده‌ی کلیدی در سازمان‌دهی خود تأکید می‌کند. در این درمان، تمرکز بر به آگاهی درآوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمان‌جو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است. از نظر درمانگران این رویکرد، شخص مغلوب مشکلات و ناتوانی‌اش در حل مسئله نیست و مشکل افراد از شیوه‌ی پردازش آن‌ها از تجربه است (Greenberg & Watson, 2006, cited by Khodabandeh Lou et al., 2021). درمان متمرکز بر هیجان به بررسی عوامل اساسی پردازش طرحواره‌های هیجانی از قبیل عوامل شناختی رفتاری و هیجانی به‌عنوان هدف اساسی درمان می‌پردازد و بیماران را تشویق به مشاهده و توصیف هیجانانشان در یک محیط غیرقضاوتی می‌کند و بیشتر بر شناخت و تجربیات بین فردی تأکید می‌کند (Compare et al., 2013, cited by Davoudi et al., 2020). خلیلی و همکاران (Khalili et al., 2022)، در پژوهش خود با عنوان مقایسه‌ی اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی به این نتیجه دست یافتند که درمان هیجان‌مدار، در بهبود متغیرهای مذکور، مؤثرتر از درمان شناختی تحلیلی بوده است. حسین‌زاده و همکاران (Houseinzadeh et al., 2021)، در پژوهش خود که با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی بر باورهای ارتباطی و انتظارات زناشویی انجام شد، نشان دادند که در مقایسه با گروه گواه، هر دو روش درمانی تأثیر معناداری بر تخریب‌کنندگی مخالفت، تفاوت‌های جنسیتی و انتظارات زناشویی در زوجین داشته است و همچنین زوج‌درمانی هیجان‌مدار نسبت به زوج‌درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی تأثیر بیشتری بر باورهای ارتباطی و انتظارات زناشویی در زوجین داشته است. زنگنه مطلق و همکاران (Zanganeh Motlag et al., 2017)، در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش نارسای هیجانی و بهبود صمیمیت زوجین، صورت گرفت، دریافتند که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار به طور معنی‌داری بر نارسای هیجانی و صمیمیت اثربخش بوده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی باعث صدمه و آسیب به مقوله‌ی تنظیم هیجان می‌شود و افرادی که دچار ناگویی هیجانی هستند به دلیل دشواری در شناسایی هیجان‌هایشان، به جای تنظیم هیجان متمرکز بر پیش‌بینی، از تنظیم هیجان متمرکز بر پاسخ، که به پس‌انداز اشاره دارد، بهره می‌برند، و این نوع تنظیم هیجان در واقع تنظیم پیامدهای تنظیم هیجان و اساساً سرکوب (اجتناب از) هیجان است که روش مؤثری برای تنظیم هیجان‌های منفی نیست (Nemattavousi & Soltaninia, 2020). همین‌طور افراد کمال‌گرا استانداردها و چارچوب‌های از پیش تعیین‌شده و در پی آن انتظارات غیرواقع‌بینانه از خود و دیگران دارند که این انتظارات در روابط آن‌ها با دیگران از جمله همسر و نگرش آن‌ها نسبت به ازدواج اثرگذار خواهد بود، از طرفی 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 (Ashteh & Karami, 2019). از این‌رو انتظار می‌رود که درمان متمرکز بر هیجان بتواند از طریق آگاه کردن افراد و گفتگو درباره‌ی خواسته‌ها و نیازها، طرز تفکر و انتظارات و در پیش گرفتن منطقی واقع‌بینانه و همچنین کمک به افراد که به جای سرکوبی و یا اجتناب از هیجان‌ها، به مواجهه و ابراز و تنظیم مجدد هیجانات بپردازند، مؤثر واقع شود. با توجه به افزایش کمال‌گرایی در بین نسل‌های اخیر و اثرات آن، این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان متمرکز بر هیجان بر ناگویی هیجانی و انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع طرح شبه آزمایشی تک موردی بود؛ که از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی از طرح تجربی "خط پایه چندگانه (multiple baseline)" استفاده شد. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها به‌صورت هم‌زمان وارد دو مرحله خط پایه (base line step) شده و سپس به ترتیب وارد چهار مرحله درمان و دو نوبت پیگیری (follow up) (در طی یک دوره ۳ ماهه) شدند. جامعه آماری این پژوهش تمامی دختران جوان کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به برخی مراکز مشاوره (بین‌الملل، بهشت زندگی، مشاوره تغذیه، دانشگاه) شهرستان اهواز در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۵ نفر از افراد جامعه آماری بود، که با توجه به مصاحبه اولیه و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: وجود کمال‌گرایی در آزمودنی‌ها بر اساس کسب نمره‌ی بالاتر از ۱۴۵ در مقیاس کمال‌گرایی روان‌رنجور، رضایت آگاهانه و علاقه و رغبت افراد جهت شرکت در پژوهش و عدم بستری به

خاطر مشکلات روان‌شناختی در ۶ ماه اخیر. ملاک‌های خروج عبارتند از: شرکت هم‌زمان در درمان‌های دیگر به صورت فردی یا گروهی، ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی شدید و اعلام عدم تمایل به همراهی در حین اجرای پژوهش

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): در این پژوهش از مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Bagby et al., 1994, cited in Besharat, 2007a, Besharat, 2007b, Besharat, 2008) استفاده می‌شود. این آزمون سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف تا ۵= کاملاً موافق) می‌سنجد. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد. هر چه نمره‌ی فرد از نمره ۵۲ بالاتر باشد، واجد ناگویی هیجانی بالاتر از میانگین است. اعتبار و پایایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (Besharat, 2007a, b). در نسخه‌ی فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی مطلوب آن است. روایی هم‌زمان مقیاس، بر اساس همبستگی خرده مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی بررسی و تأیید (۰/۸۵) گردید (Besharat, 2007a, b).

مقیاس انتظار از ازدواج (Expectation of Marriage Scale): در این پژوهش از مقیاس انتظار از ازدواج یا انتظارات زناشویی (Jones & Nelson (1996) استفاده شد که ابتدا در ایران توسط Nilfroushan et al. (2011) مورد استفاده و هنجاریابی واقع شده است. ماده‌های این مقیاس انتظارات افراد در مورد حیطه‌های 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. این مقیاس ۴۰ ماده دارد که در قالب درجه‌بندی لیکرت پنج رتبه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵، نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس به گونه‌ای طراحی شده است که پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها به یک خرده مقیاس، تأثیری بر سایر خرده مقیاس‌ها ندارد. در پژوهش حاضر از خرده مقیاس ۱۴ گوی‌های انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه استفاده شد. حداقل و حداکثر نمره در این خرده مقیاس ۱۴ و ۷۰ هستند. Jones & Nelson (1996) ضریب پایایی این ابزار را استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و (2005) Dillon آن را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. Jones & Nelson (1996) نشان دادند که بین مقیاس رمانتیک‌گرایی دین و مقیاس نگرش به عشق با مقیاس انتظارات زناشویی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. Nilfroushan et al., (2011) با استفاده از تحلیل عاملی نشان دادند که مقیاس انتظارات زناشویی شامل سه عامل انتظار واقع‌گرایانه، انتظار ایده‌آل‌گرایانه و انتظار بدبینانه است و تحلیل عاملی تأییدی این فرضیه‌ی سه عاملی مقیاس انتظارات زناشویی را تأیید کرد. Seyed Moharrami et al., (2017) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۴ به دست آوردند.

پرسشنامه کمال‌گرایی روان‌رنجور (Neurotic Perfectionism Questionnaire): پرسشنامه کمال‌گرایی روان‌رنجور ابتدا توسط Mitzman et al., (1994) به منظور سنجش کمال‌گرایی روان‌رنجور در افراد مبتلا به اختلال خوردن ساخته و مطرح شد که در ایران توسط Gandomkar et al. (2019) و Gandomkar et al. (2019) مورد استفاده و هنجاریابی واقع شده است. این پرسشنامه، ابزاری ۴۲ ماده‌ای است که کمال‌گرایی افرادی که حالات روان‌رنجورگرایانه و خود تخریب‌گر پیدا کرده است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه یک نوع ابزار خود گزارشی است که آزمودنی 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. این پرسشنامه بر روی ۳۲ نفر از زنان دارای اختلال خوردن و ۲۵۵ نفر از دانشجویان زن هنجاریابی شده است. میانگین نمره‌ی آزمون زنان گروه کنترل کمتر از ۴۴ به‌دست‌آمده و اعضای گروه آزمایش خود به سه دسته‌ی غیرکمال‌گرا، کمال‌گرای معمولی و کمال‌گرای روان‌رنجور تقسیم شده‌اند. میانگین این سه گروه نیز ۱۱۲/۸۰، ۱۰۷/۸۶ و ۱۴۶/۱۰ بوده است و گزارش شده است که پرسشنامه از ثبات درونی خوبی برخوردار است و ضریب آلفای آن نیز ۰/۹۵ گزارش شده است (Mitzman et al., 1994). Gandomkar et al., (2019) در یک نمونه‌ی ایرانی نشان دادند که این پرسشنامه از اعتبار و همسانی درونی بالایی برخوردار است و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد. و همچنین روایی پرسشنامه از طریق روایی سازه مبتنی بر تحلیل عاملی انجام پذیرفت که نتایج تحلیل عاملی نشان داد از روایی کافی برخوردار است.

جلسات درمان بر اساس کتاب صورت‌بندی موردی در درمان هیجان‌مدار (Goldman & Greenberg, 2015; Translated by Ramazani et al., 2020) استخراج شده و گام‌بندی درمان در ۳ مرحله و ۱۴ گام در یازده جلسه‌ی فردی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در ادامه خلاصه‌ای از جلسات درمانی ارائه شده است.

محتوای جلسات پروتکل درمان متمرکز بر هیجان (گرینبرگ)

محتوای جلسات درمانی در سه مرحله و چهارده گام به شرح ذیل است: ۱- آشکارسازی روایت و مشاهده‌ی سبک پردازش هیجانی مراجع (چهار گام)، ۲- ایجاد مشترکانه‌ی تمرکز و شناسایی هیجان هسته‌ای (در این مرحله شش فعالیت به هم مرتبطاند (MENSIT) 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)

| مراحل و گام‌ها | اهداف |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | مرحله ۱. آشکارسازی روایت و مشاهده‌ی سبک پردازش هیجانی مراجع |
| گام ۱ | *گوش دادن به مشکلات ارائه شده (مشکلات رفتاری و رابطه‌ای): مشکلاتی که مردم عرضه می‌کنند یا مشکلات ارتباطی اند 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 |
| گام ۲ و ۳ | *گوش کردن 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، مولد بودن هیجانی (۷ بعد) می‌باشد. |
| گام ۴ | 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 می‌گردند. |
| | مرحله ۲. ایجاد مشترکانه‌ی تمرکز و شناسایی هیجان هسته‌ای شش فعالیت به هم مرتبطاند (MENSIT) و روایت مشترکاً ایجاد شده‌ای برای شناخت و درک مشکلات و تجربه‌ی مراجع، شکل می‌دهند. |
| گام ۵ | شناسایی نشانه‌ها برای انجام کار تکلیفی: در درمان هیجان‌مدار مداخله به واسطه‌ی نشانه‌گر هدایت می‌شود، که نمونه‌ای از انواع نشانه‌ها عبارتند از: نشانه‌گر واکنش مشکل آفرین، نشانه‌گر تعارض‌های دوطرفه، نشانه‌گر دوطرفگی‌های خودبازدارنده، نشانه‌گر درک حسی مبهم، نشانه‌گر کار ناتمام، نشانه‌گر مشکل در توجه، نشانه‌گر اعتراض معنا، نشانه‌گر دشواری در بیان احساسات. |
| گام ۶ و ۷ | *شناسایی طرح‌های هیجانی هسته‌ای زیربنایی، سازگار یا ناسازگار: ترس و غم رهاشدگی، خشم، سوگ حل نشده و انزجار نمونه‌ای از هیجان‌های ناسازگار هسته‌ای‌اند که با تجربه‌ی این هیجان‌ها دردناک، طرح‌های هیجانی جایگزین مبتنی بر دستیابی به احساسات سازگار و نیازهایی در واکنش به هیجان‌ها 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، دوست‌داشته شدن و اجتناب از درگیری) و نیازهای مربوط به هویت (مثل تأیید و تصدیق شدن، مسلط بودن، کامیاب شدن) تجزیه می‌شوند. |
| گام ۸ و ۹ | *شناسایی هیجان‌های ثانویه: اهداف هیجان‌های ثانویه مثل افسردگی، اضطراب، ناامیدی اغلب پوشش هیجان اولیه‌ی زیربنایی تهدیدکننده است. هیجان ابرازی شکل دیگری از هیجان غیراولیه 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. |
| گام ۱۰ و ۱۱ | * شناسایی بن‌مایه‌ها: رابطه‌ی خود- خود، رابطه‌ی خود- دیگری، مسائل وجودی، *ساختن مشترک روایت صورت‌بندی موردی مربوط به مشکلات رفتاری و رابطه‌ای ارائه شده به عنوان ماشه‌چکان رخدادها و طرح‌های هیجان هسته‌ای: بر اساس مؤلفه‌های MENSIT (نشانه‌ها، هیجان‌ها، نیازها، هیجان‌ها ثانویه، بازدارنده‌ها، و بن‌مایه‌ها) روایات مشترک ساخته شده، شکل گرفته و واکنش‌های رفتاری و پیامدهای فرآیند سازگاری هیجان فرد را منعکس می‌کند و یک روایت مشترک بین درمانگر و مراجع شکل می‌گیرد. |
| | مرحله ۳. توجه بر پردازش نشانه‌ها و معانی جدید |
| گام ۱۲ و ۱۳ | *شناسایی نشانه‌های نوظهور تکالیف: که نمونه‌های آن عبارتند از: نشانه‌های شرم: که تکلیف ابراز هیجانی و صندلی و یا ... ضرورت دارد. نشانه‌های تجربه‌ی آسیب‌زا: که تکلیف بازگویی آسیب و بعد از آن تکلیف کارناتمام و یا کاوش همدلانه ضرورت دارد. نشانه‌گر دوطرفگی خودارزیابی (خودنقدادی و ...): تکلیف گفتگوی دو صندلی. نشانه‌گر کارناتمام: تکلیف فن صندلی خالی. نشانه‌گر تجربه‌ی مرتبط با مشکل (تنش‌زا، دردسرافرین، و ...): تکلیف کاوش همدلانه. و تعدادی نشانه‌های نوظهور در تکالیف دیگر مانند صورت‌بندی خودبازدارنده در طی کار با صندلی خالی و یا صورت‌بندی نشانه‌ها در زمینه‌ی کار دو صندلی. *شناسایی ریزنشانه‌ها: به عنوان مثال: * خرده‌نشانه‌ها در تکلیف دو صندلی عبارتند از: صورت‌بندی دوطرفگی اضطراب در مقایسه با دوطرفگی افسردگی و یا صورت‌بندی بیان نگرش نسبت به خود. |
| گام ۱۴ | 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 بینش 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 مطرح شده در جلسات قبلی را جمع‌بندی کرده و از مراجع بازخورد دریافت کرده و در نهایت از مراجع پس‌آزمون به عمل می‌آید. |

روند اجرای پژوهش

برای انتخاب نمونه فراخوانی در مراکز مشاوره‌ی به برخی مراکز مشاوره (بین‌الملل، بهشت زندگی، مشاوره تغذیه، دانشگاه) شهر اهواز منتشر گردید. پس از مصاحبه با دختران کمال‌گرای روان‌رنجور، و پر کردن ابزار تشخیصی، نمونه‌ی موردنظر انتخاب شدند. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، آشنایی، برقراری ارتباط و بیان اصول کلی رویکرد متمرکز بر هیجان، دختران کمال‌گرای روان‌رنجور به طور همزمان وارد دو مرحله‌ی خط

پایه شدند. در فرایند انجام جلسات درمانی، کلیه‌ی پرسشنامه‌ها در گام ۳، ۷، ۱۱، ۱۴ فرایند درمان (چهار مرحله‌ی سنجش در طی درمان) و سه ماه پس از درمان (دو مرحله‌ی سنجش در پیگیری) تکمیل شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری داده‌ها تحلیل آن‌ها، با استفاده از شاخص تغییر پایا، ترسیم دیداری و درصد بهبودی انجام شد.

یافته‌ها

جدول ۱ نمرات آزمودنی‌ها را در ناگویی هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و هم‌چنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله‌ی درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

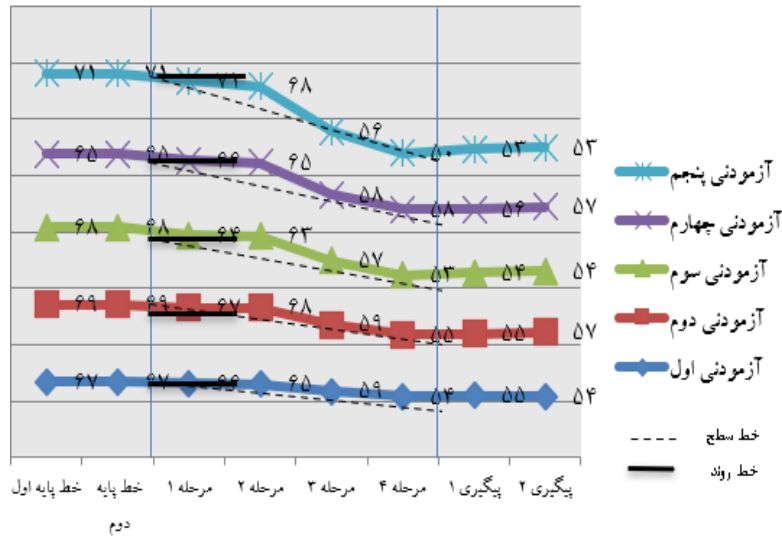
جدول ۱. نتایج روند تغییر نمرات آزمودنی‌ها در متغیر ناگویی هیجانی

| مراحل درمان | آزمودنی اول | آزمودنی دوم | آزمودنی سوم | آزمودنی چهارم | آزمودنی پنجم | میانگین کل آزمودنی‌ها |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|--------------|-----------------------|
| خط پایه اول | ۶۷ | ۶۹ | ۶۸ | ۶۵ | ۷۱ | ۶۸ |
| خط پایه دوم | ۶۷ | ۶۹ | ۶۸ | ۶۵ | ۷۱ | ۶۸ |
| میانگین مراحل خط پایه | ۶۷ | ۶۹ | ۶۸ | ۶۵ | ۷۱ | ۶۸ |
| مرحله درمان | | | | | | |
| گام سوم | ۶۶ | ۶۷ | ۶۴ | ۶۶ | ۷۱ | ۶۶/۸۰ |
| گام هفتم | ۶۵ | ۶۸ | ۶۳ | ۶۵ | ۶۲ | ۶۴/۶۰ |
| گام یازدهم | ۵۹ | ۵۹ | ۵۷ | ۵۸ | ۵۶ | ۵۷/۸۰ |
| گام چهاردهم | ۵۴ | ۵۵ | ۵۳ | ۵۸ | ۵۰ | ۵۴/۰۰ |
| میانگین مراحل درمان | ۶۱/۰۰ | ۶۲/۲۵ | ۵۹/۲۵ | ۶۱/۷۵ | ۵۹/۷۵ | ۶۰/۸۰ |
| شاخص تغییر پایا (درمان) | ۲/۹۴ | ۲/۱۵ | ۳/۹۷ | ۳/۳۸ | ۲/۱۷ | ۲/۸۵ |
| درصد بهبودی پس از درمان | ۱۰/۲۹ | ۸/۴۵ | ۱۲/۸۶ | ۹/۱۹ | ۱۲/۱۳ | ۱۰/۵۸ |
| درصد بهبودی کلی | | | | | | |
| ۱۰/۵۸ | | | | | | |
| مرحله پیگیری | | | | | | |
| پیگیری نوبت اول | ۵۵ | ۵۵ | ۵۴ | ۵۶ | ۵۳ | ۵۴/۶ |
| پیگیری نوبت دوم | ۵۴ | ۵۷ | ۵۴ | ۵۷ | ۵۳ | ۵۵/۰ |
| میانگین مراحل پیگیری | ۵۴/۵ | ۵۶ | ۵۴ | ۵۶/۵ | ۵۳ | ۵۴/۸ |
| شاخص تغییر پایا (درمان) | ۵/۶۸ | ۴/۴۹ | ۶/۳۶ | ۶/۲۳ | ۳/۹۴ | ۵/۲۴ |
| درصد بهبودی پس از پیگیری | ۱۹/۸۵ | ۱۷/۶۴ | ۲۰/۵۸ | ۱۶/۹۱ | ۲۲/۰۵ | ۱۹/۴۱ |
| درصد بهبودی کلی پیگیری | | | | | | |
| ۱۹/۴۱ | | | | | | |

جدول ۱ نمره‌های ناگویی هیجانی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان متمرکز بر هیجان را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین ناگویی هیجانی در مراحل خط پایه برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۶۷، ۶۹، ۶۸، ۶۵، ۷۱؛ در مرحله مداخله میانگین ناگویی هیجانی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۶۱/۰۰، ۶۲/۲۵، ۵۹/۲۵، ۶۱/۷۵، ۵۹/۷۵؛ و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب ۵۴/۵، ۵۶/۵، ۵۴، ۵۶/۵، ۵۳ بوده است که روند کاهشی را نشان می‌دهد. هم‌چنین در مرحله مداخله میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۰/۲۹، ۸/۴۵، ۱۲/۸۶، ۹/۱۹ و ۱۲/۱۳ و در کل ۱۰/۵۸ و در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۹/۵۸، ۱۷/۶۴، ۲۰/۵۸، ۱۶/۹۱، ۲۲/۰۵ و در کل ۱۹/۴۱ به دست آمد. بر اساس معیار (Blanchard & Scores (1988, cited by Alavi et al., 2019) موفقیت کمتر از متوسط بوده است. هم‌چنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی آزمودنی‌های اول تا پنجم بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجاد شده نیز ماندگاری معنی‌داری داشته است. نمودار ۱ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست آمده از درمان متمرکز بر هیجان مربوط به آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش را در متغیر ناگویی هیجانی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های ناگویی هیجانی را به‌صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر (Scott et al., 1999, cited by Alavi et al., 2019) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح و روند نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر یک از آزمودنی‌ها نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین خط سطح و روند قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های ناگویی هیجانی به‌صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن این‌که با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان متمرکز بر هیجان،

همان طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهنده و در جهت منفی باشد که برای هر یک از آزمودنی‌ها در متغیر ناگویی هیجانی نتایج به همین صورت بود. جدول شماره ۲ دو نمرات آزمودنی‌ها را در پرسشنامه‌ی انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و هم‌چنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله‌ی درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های ناگویی هیجانی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

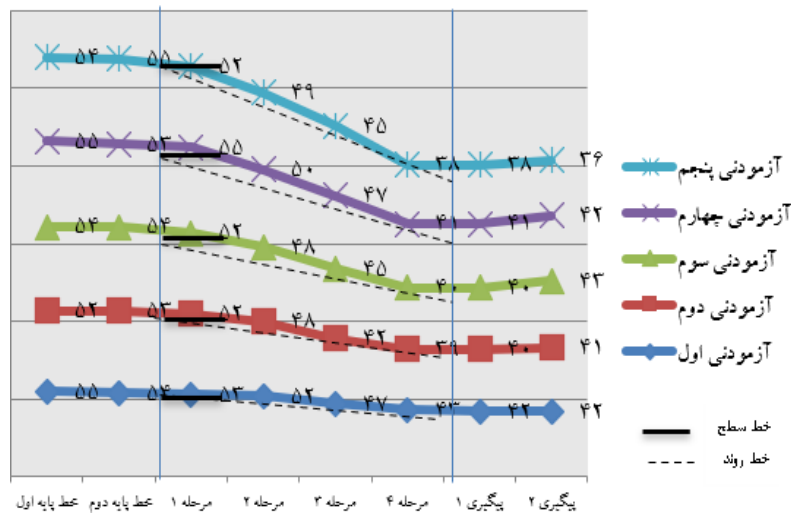
جدول ۲. نتایج روند تغییر نمرات آزمودنی‌ها در متغیر انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج

| آزمودنی‌ها | | مراحل درمان | | | | |
|-----------------------|---------------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|
| میانگین کل آزمودنی‌ها | آزمودنی پنجم | آزمودنی چهارم | آزمودنی سوم | آزمودنی دوم | آزمودنی اول | |
| ۵۴ | ۵۴ | ۵۵ | ۵۴ | ۵۲ | ۵۵ | خط پایه اول |
| ۵۳/۸ | ۵۵ | ۵۳ | ۵۴ | ۵۳ | ۵۴ | خط پایه دوم |
| ۵۳/۹ | ۵۴/۵ | ۵۴ | ۵۴ | ۵۲/۵ | ۵۴/۵ | میانگین مراحل خط پایه |
| مرحله درمان | | | | | | |
| ۵۲/۸ | ۵۲ | ۵۵ | ۵۲ | ۵۲ | ۵۳ | گام سوم |
| ۴۹/۴ | ۴۹ | ۵۰ | ۴۸ | ۴۸ | ۵۲ | گام هفتم |
| ۴۵/۲ | ۴۵ | ۴۷ | ۴۵ | ۴۲ | ۴۷ | گام یازدهم |
| ۴۰/۲ | ۳۸ | ۴۱ | ۴۰ | ۳۹ | ۴۳ | گام چهاردهم |
| ۴۶/۹ | ۴۶ | ۴۸/۲۵ | ۴۶/۲۵ | ۴۵/۲۵ | ۴۸/۷۵ | میانگین مراحل درمان |
| ۲/۶۲ | ۲/۶۶ | ۱/۹۷ | ۳/۰۸ | ۳/۰۱ | ۲/۲۶ | شاخص تغییر پایا (درمان) |
| ۱۲/۹۸ | ۱۵/۵۹ | ۱۰/۶۴ | ۱۴/۳۵ | ۱۳/۸۰ | ۱۰/۵۵ | درصد بهبودی پس از درمان |
| ۱۲/۹۸ | درصد بهبودی کلی | | | | | |
| مرحله پیگیری | | | | | | |
| ۴۰/۲ | ۳۸ | ۴۱ | ۴۰ | ۴۰ | ۴۲ | پیگیری نوبت اول |
| ۴۰/۸ | ۳۶ | ۴۲ | ۴۳ | ۴۱ | ۴۲ | پیگیری نوبت دوم |
| ۴۰/۵ | ۳۷ | ۴۱/۵ | ۴۱/۵ | ۴۰/۵ | ۴۲ | میانگین مراحل پیگیری |
| ۵/۰۲ | ۵/۸۹ | ۴/۳۵ | ۵/۰۴ | ۴/۱۸ | ۵/۴۹ | شاخص تغییر پایا (درمان) |
| ۲۴/۸۶ | ۳۲/۱۱ | ۲۳/۱۴ | ۲۳/۱۴ | ۲۲/۸۵ | ۲۲/۹۳ | درصد بهبودی پس از پیگیری |
| ۲۴/۸۶ | در درصد بهبودی کلی پیگیری | | | | | |

جدول ۲ نمره‌های انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان متمرکز بر هیجان را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج در مراحل خط پایه برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۵۴/۵، ۵۴، ۵۴، ۵۲/۵، ۵۴/۵؛ در مرحله مداخله میانگین انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۴۸/۷۵،

مرحله مداخله میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۴۲، ۴۰/۵، ۴۱/۵، ۴۱/۵، ۳۷ بوده است که روند کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۲۲/۹۳، ۲۲/۸۵، ۲۳/۱۴، ۲۳/۱۴، ۳۲/۱۱ و در کل ۲۴/۸۶ به دست آمد.

بر اساس معیار (Blanchard & Scores (1988, cited by Alavi et al., 2019) موفقیت کمتر از متوسط بوده است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی آزمودنی‌های اول تا پنجم بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجاد شده نیز ماندگاری معنی‌داری داشته است. نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان متمرکز بر هیجان مربوط آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش را در متغیر انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر (Scott et al., 1999; cited by Alavi et al., 2019) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح و روند نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر یک از آزمودنی‌ها نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین خط سطح و روند قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج به صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان متمرکز بر هیجان، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهشی و در جهت منفی باشد که برای هر یک از آزمودنی‌ها در متغیر انتظار ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج نتایج به همین صورت بود.

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر ناگویی هیجانی و انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه انجام شد. نتایج نهایی پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش ناگویی هیجانی و انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه مؤثر است. در پایان درمان شاخص تغییر پایا و میزان درصد بهبودی از نظر آماری معنادار بودند و این اثر درمانی تا مرحله پیگیری ادامه داشت. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های (Saeedi Heydari et al., (2014); Zanganeh Motlag et al., (2017); Shokrolahi et al., (2022); Houseinzadeh et al., (2021) همسو و هماهنگ بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: در افراد کمال‌گرای نوروتیک، خود‌ارزی کمال‌گرایانه، شامل میل به پنهان کردن نقایص، به اختلال در بیان هیجانی کلی منجر می‌شود. آن‌ها باید در هر کاری به حد کمال برسند و به بهترین شیوه آن را انجام دهند، و گرنه خرسند نخواهند شد و نرسیدن به کمال‌ها، آن‌ها را دچار اضطراب، افسردگی، گناه شدید و عزت نفس پایین می‌کند. فرد کمال‌گرای نوروتیک به واسطه‌ی دغدغه نسبت به کامل انجام دادن کارهایش، از بروز احساسات به خصوص احساسات ناکام‌کننده اجتناب می‌کند. وقتی این رویکرد رفتاری در طی رشد به صورت مکرر و در موقعیت‌های متنوع رخ می‌دهد، کمال‌گرایی به صورت یک صفت درآمده و اجازه نمی‌دهد فرد در خود توانایی توصیف و بازشناسی احساسات را به دست آورد، لذا کمال‌گرایی عاملی در افزایش ناگویی می‌شود (Mansouri et al., 2019). افراد دارای ناگویی هیجانی در کودکی مجبور شده‌اند

هیجان‌های خود را بازداری کنند یا با احساسات و عواطف آن‌ها بدرفتاری شده است، و در نهایت مراقبت نابسند و محیط رشدی نایمن در نهایت منجر به نگرانی در ابراز احساسات و عدم تنظیم و توصیف احساسات می‌شود.

درمان متمرکز بر هیجان توانست تأثیر قابل توجهی بر ناگویی هیجانی بر جای بگذارد. این درمان متمرکز بر فعال‌سازی و سازماندهی مجدد طرح‌های هیجانی می‌باشد و از مراحل مختلفی تشکیل شده است، یکی از این مراحل آگاهی هیجانی است. در این مرحله افراد یاد می‌گیرند به جای سرکوب نمودن هیجان‌ها خود و یا مغلوب ساختن آن‌ها، بر وجود هیجان‌ها خود، آگاه شوند و تلاش کنند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر دریافت کنند. پس درمان هیجان‌مدار این قابلیت را به بیماران می‌دهد تا با استفاده از آگاهی هیجانی بتوانند هیجان‌ها منفی را بپذیرند، با آن مواجه شوند، آن را کنترل کنند و میزان سازگاری خود را بالا ببرند (Timulak et al., 2020). همچنین افزایش توانایی در شناسایی و آگاهی از هیجان‌ها به افزایش قدرت شناسایی و ارزیابی محرک‌های محیطی و درک شرایط مختلف، برقراری ارتباط مؤثر با دیگران و ابراز همدلی با آنها کمک می‌کند (Mehboodi et al., 2020). اعتباربخشی به هیجان‌ها هر چند ناخوشایند، موجب می‌گردد که افراد احساس پذیرش و در نتیجه آرامش کنند؛ اطمینان خاطردهی درمانگر و آرامش او از این مزین برخوردار است که افراد ضمن درگیرماندن با تجارب هیجانی، مغلوب آن‌ها نمی‌شوند (Cheraghi Seyf Abad et al, 2021). از آن‌جا که رویکرد متمرکز بر هیجان بر روی هیجان و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن‌پنداری مثبت سعی در خودنظم‌بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد. و در جلسه‌های درمانی به صورت گسترده از روش‌هایی برای بیان احساسات، تصور مثبت و خلق معانی تازه در رابطه‌ی درمانی برای صدور احساسات تازه استفاده می‌کند (Fakhri, 2013). از طرف دیگر در طی درمان متمرکز بر هیجان فرد با تجربه‌های آسیب‌زای گذشته که اغلب از آن‌ها اجتناب می‌کرده است، مواجه‌شده و با کمک درمانگر جنبه‌های مهم و دردآور تجربه خود را پردازش مجدد می‌کند و می‌تواند بعد از پردازش هیجانی، معانی تازه بیافریند، بر دیدگاه‌های جایگزین تعمق کرده، آن‌ها را ارزیابی کند، به دیدگاه‌های گسترده‌تری نسبت به خود و دیگران دست یابد و شیوه‌ی جدید رفتار را فراگیرد (BAHREINIAN & SANAGOYE MOHARER, 2020). پس در این پژوهش به کمک درمان متمرکز بر هیجان که نوعی رویکرد سیستمی است، پژوهشگر توانست با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص همچون تکلیف تمرکز بر تجربه، کاوش همدلانه، پردازش هیجانی و شفقت نسبت به خود و دیگران، به ساختارهای جدید هیجان و پردازش و توجه به احساسات، در افراد کمک کند به طوری که آن‌ها به سمت وضعیت جدیدی در رابطه‌شان حرکت کنند، وضعیتی که دلبستگی ایمن را افزایش می‌دهد و در تغییر و اصلاح هیجان‌ها و کاهش ناگویی هیجانی مؤثر واقع می‌شود.

از طرفی افراد کمال‌گرای روان‌رنجور، استانداردها و فرض‌های از پیش تعیین شده زیادی داشته و نشخوار فکری بیشتری را تجربه می‌کنند در نتیجه معیارها و انتظارات غیرواقع‌بینانه دارند و بر اساس نظریه‌ی دلبستگی که توسط بالبی ارائه شده، تجاربی که فرد در رابطه با والدین خود کسب می‌کند بر انتظارات و نگرش‌های او از روابط بعدی از جمله انتظار از همسر و ازدواج اثر می‌گذارد. در نتیجه باورها و بایدها و نبایدها و انتظارات غیرمنطقی می‌تواند با شکل‌گیری پیش‌فرض‌های منفی نگرش فرد را نسبت به زندگی تغییر داده و مانع از تعامل سازنده‌ی فرد با افراد و در آینده با همسر خویش گردد. درمان متمرکز بر هیجان توانست تأثیر قابل توجهی بر انتظارات غیرواقع‌بینانه و ایده‌آل‌گرایانه بر جای بگذارد. این درمان، تجربی و ساختاریافته و براساس بخش‌هایی از سنت روانشناسی انسان‌گرا است، و با تفسیر مجدد از نظریه‌ی اصالت هیجان، نظریه‌ی دلبستگی و ساختار دیالکتیکی پدید آمده و به درک نقش هیجان در تغییر روانی‌درمانی، آگاهی دارد. (Watson & Greenberg, 2017). در فرایند درمان، مراجعان از احساسات بدنی پیوسته، آگاه شده و آن‌ها را ردگیری می‌کنند تا نسبت به تجارب خود هشیار شوند، آن‌ها به‌طور موقت افکار خود را رها کرده و بر حواس بدنی متمرکز می‌شوند تا زمانی که حواس برای آن‌ها معنای جدیدی بیابد. این کار از طریق برچسب‌زدن و شناسایی هیجان و نمادسازی تجارب مراجع انجام می‌شود. هنگامی که مراجعان معانی هیجانی را کشف کردند، بر موقعیتی که برای آنان هیجان بالایی داشته باشد تأمل کرده و تناسب هیجان‌ها در موقعیت را با نیازها و اهداف خود مورد تأمل قرار می‌دهند. بنابراین می‌تواند با این هوشیاری نسبی و درک هیجان‌ها روند فکری را مدیریت کند (Khalili et al., 2022). پژوهشگر توانست از طریق روش‌های مداخله‌ای مثل تکنیک‌های برچسب‌زدن هیجانی، شدت‌بخشی، گفتگوی دوسندلی، صدلی خالی، به آگاهی از هیجان‌ها ناسازگار، سپس دسترسی به هیجان‌ها سازگار و زیربنایی و به دنبال آن دسترسی به نیازها، خواسته‌ها و انتظارات اقدام کند. افراد هر چه بیشتر بتوانند احساسات و هیجان‌ها خود را بشناسند نسبت به خود، نیازها، علایق، حساسیت‌ها، خواسته‌ها و آرزوهایشان هم به شناخت بیشتری خواهند رسید. علاوه بر این، هیجان‌ها یکی از عنصرهای اصلی ارتباطات بین فردی هستند. بنابراین هر چه احساسات و هیجان‌ها را بیشتر بشناسیم بهتر می‌توانیم اطرافیانمان را درک، با دیگران همدلی کرده و انتظارات واقع‌بینانه‌تری از آن‌ها داشته باشیم. در نتیجه این درمان، با کمک به افراد که به جای سرکوبی و یا اجتناب از هیجان‌ها، به مواجهه، ابراز و تنظیم مجدد هیجان‌ها بپردازند و همچنین تغییر نگرش‌ها و طرز تفکر و انتظارات و در پیش‌گرفتن منطق واقع‌بینانه و شناسایی و اصلاح سبک دلبستگی، توانست مؤثر واقع شود و در نهایت سبب کاهش انتظارات ایده‌آل‌گرایانه از ازدواج شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر پنج شرکت‌کننده در پژوهش در همه متغیرهای مورد مطالعه تغییرات مثبتی را نشان داده‌اند. ولی به دلیل وجود تفاوت‌های فردی میزان این تغییرات در آن‌ها متفاوت بود، اما به‌طور کلی درصد بهبودی کلی و شاخص تغییر پایا، تغییر مثبت در هر پنج آزمودنی را نشان می‌دهد. به اعتقاد بلانچرد (cited in Rajabi et al., 2014) اگر کاهش علائم ۵۰ درصد باشد به معنای موفقیت در درمان بوده است. در پژوهش حاضر، درصد بهبودی کلی در تمامی متغیرها نشان‌دهنده موفقیت در درمان بوده و به‌صورت فردی در پرسشنامه ناگویی هیجانی نمره هر پنج آزمودنی، مطابق با این ملاک به حد درصد بهبودی کامل در جلسه درمانی دست یافته‌اند. همچنین در پرسشنامه انتظار از ازدواج تمامی افراد به درصد بهبودی کامل در پایان جلسات درمانی رسیده‌اند و این بهبودی تا مرحله‌ی پیگیری ادامه داشت.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان باعث کاهش ناگویی هیجانی و انتظار از ازدواج ایده‌آل‌گرایانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور می‌شود. این رویکرد در طی فرایند درمان، با تأکید بر ارتباط پیچیده بین شناخت و احساس، باعث می‌شود که کمال‌گرایان روان‌رنجور با پذیرش افکار و باورهای غیرمنطقی‌شان و تصحیح انتظارات غیرواقع بینانه و همچنین ابراز مناسب هیجانات و آگاهی و هوشیاری نسبت به احساسات بدنی، روند بهتری را در زندگی شخصی و همچنین ارتباط با دیگران، طی کنند. استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی و منحصرأ دختران کمال‌گرا، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سایر محققین یافته‌های این پژوهش را در مقایسه با دیگر رویکردها و در جامعه آماری پسران نیز مورد پژوهش قرار دهند. همچنین مشاوران و روان‌شناسان حوزه‌ی پیش از ازدواج که با جوانان سروکار دارند، توجه بیشتری به سازه‌ی کمال‌گرایی و انگیزه و انتظارات افراد از ازدواج داشته باشند، چراکه می‌توانند زمینه را برای انتظارات واقع‌بینانه و به دنبال آن ازدواج موفق‌تر فراهم کنند.

ملاحظات اخلاقی

با توجه به این‌که هدف اصلی هر پژوهش باید ارتقای سلامت انسان‌ها توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان باشد، بنابراین، رعایت نکاتی از اهمیت برخوردار بوده است: کسب رضایت آگاهانه و آزادانه (کتبی و شفاهی) از آزمودنی‌ها در اولویت بوده و مواردی نظیر حفظ اسرار و گمنام ماندن آزمودنی‌ها الزامی بوده است. پژوهشگر اطلاعات کافی (شامل: عنوان و اهداف پژوهش، طول مدت پژوهش، روش به کار گرفته شده)، به زبان قابل فهم در اختیار آزمودنی‌ها قرار دارد. هر گونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به‌دست آمده از آزمودنی‌ها، بر اساس رضایت آگاهانه‌ی آن‌ها صورت گرفت. رعایت اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن‌ها الزامی بوده است. همچنین پژوهشگر موظف بود نتایج پژوهش را صادقانه و دقیق منتشر کند و آزمودنی‌ها حق دارند در مورد نتایج مطالعه آگاه شده و از مداخلات و روش‌هایی که سودمندی‌شان در پژوهش حاضر مشخص شده است، بهره‌مند شوند.

حمایت مالی

این پژوهش از طرف هیچ فرد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی دریافت نمود.

تعارض منافع

یافته‌های این پژوهش با منافع هیچ فرد یا سازمانی تعارض ندارد.

سهام مشارکت نویسندگان

نویسنده اول دانشجو و محقق اصلی پژوهش، نویسنده دوم نویسنده مسئول و استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور رساله می‌باشند.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از افراد شرکت‌کننده و مراکز مشاوره که در خصوص اجرای این پژوهش همکاری لازم را داشته‌اند، تشکر نمایند.

References

- 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. (Persian). doi: 20.1001.1.23455098.1398.6.50.6.9

- Aramideh, R., & RezaKhani, S. (2019). Expectation of marriage based on attachment styles and personality traits. *Quarterly Journal of Women and Society*, 10(40), 223-244. (Persian). https://jzvj.marvdasht.iau.ir/article_3876.html
- 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. (Persian). <http://frooyesh.ir/article-1-431-fa.html>
- Bahreinian, Z., & Sanagoye Moharer, G. (2020). Effectiveness of emotion-focused therapy on pain acceptance and mental health dimension among patients with urticarial. *Community Health*, 7(2), 201-210. (Persian). <https://doi.org/10.22037/ch.v7i2.23801>
- Besharat, M. A. (2007a). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209-220. (Persian). <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
- Besharat, M. A. (2007b). Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using patients. *Psychological Reports*, 102, 259-270. (Persian). <https://doi.org/10.2466/pr0.102.1.259-270>
- Besharat, M. A. (2008). Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 33(1), 1-6. (Persian). <https://sanad.iau.ir/Journal/jip/Article/1054496>
- Cheraghi Seyf Abad, N., Ehtesham Zadeh, P., Asgari, P., & Johari Fard, R. (2021). Assessing effectiveness of schema mode therapy and emotionally focused couples therapy in attachment styles among couples with marital conflict. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 10(2), 73-98. (Persian). <https://doi.org/10.22055/jac.2021.36036.1772>
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Davoudi, R., Golamreza Manshaee, G., & Golparvar, M. (2020). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Emotion focused therapy and Adolescent-centered Mindfulness Therapy on Nomophobia Symptoms and Sleep Quality of Girls with Nomophobic Symptoms. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. December-January, 7(5), 63-71. (Persian). <http://jhpm.ir/article-1-1014-fa.html>
- Dillon, H. N. (2005). *Family violence and divorce: Effects on marriage expectations*. Doctoral dissertation. Johnson, Tennessee: East Tennessee State University. <https://dc.etsu.edu/etd/998/>
- Fakhri, M. (2013). *Comparing the effectiveness of neurofeedback therapy and emotion-focused group therapy on reducing ataxia and improving marital satisfaction*. MA Thesis, Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mashhad. <https://elmnnet.ir/doc/10692199-52212>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gandomkar, M., Liagat, R., & Shahriari Ahmadi, M. (2019). Psychometric properties of the Neurotic Perfectionism Scale among students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 8(8), 9-16. (Persian). https://frooyesh.ir/browse.php?a_id=414&sid=1&slc_lang=fa
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. Translated by Ramazani, M.A., Rasouli, S., & Sharifzade, M. (2020). Tehran: Publication institute. (Persian) <https://doi.org/10.1037/14523-001>
- Grugan, M. C., Hill, A. P., Madigan, D. J., Donachie, T. C., Olsson, L. F., & Etherson, M. E. (2021). Perfectionism in academically gifted students: A systematic review. *Educational Psychology Review*, 33(4), 1631-1673. <https://doi.org/10.1007/s10648-021-09597-7>
- Hajrzaei, B., Navabi Nezhad, Sh., & Kiamanesh, A. (2019). Comparison of the effectiveness of Olson's approach with acceptance and commitment on marriage expectation and responsibility of bachelor girls. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 61(1), 202-241. (Persian). <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.13900>
- 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. (Persian). <https://doi.org/10.52547/jarcp.3.2.1>
- Jones, G. D., & Nelson, E. S. (1996). Expectations for marriage among college students from intact and non-intact homes. *Journal of Divorce Remarriage*, 26(1), 171-89. https://doi.org/10.1300/J087v26n01_09
- Karaman, M. A., Vela, J. C., & Eşici, H. (2020). Middle school students' academic motivation in Turkey: Levels of perfectionism and self-efficacy. *Middle School Journal*, 51(5), 35-45. <https://doi.org/10.1080/00940771.2020.1814624>

- Khalili, M., Mohammadi, M., Saroukhani, F., Ganjifar, Z., & Ternas, Gh. (2022). The Effectiveness of Emotion Therapy on Irrational Beliefs and Perfectionism in Female Students. *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy*, 42(2), 14-24. (Persian). <https://sanad.iau.ir/en/Article/932053>
- Khodabandeh Lou, N., Fathi Aghdam, Gh., Vahideh Babakhani, V., & Alijani, F. (2021). Comparison of the effectiveness of "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Focused Therapy" on ruminant response high school male students. *Journal of Health Promotion Management*, 10(6), 142-150. (Persian). <https://jhpm.ir/article-1-1342-en.html>
- Mahapatra, A., & Sharma, P. (2018). Association of Internet addiction and alexithymia -A scoping review. *Addictive Behaviors*, 81(9), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.004>
- Mehboodi, M., Amiri, S., & Molavi, H. (2020). Effectiveness of Emotion Regulation Training on Resilience and Problem Solving Styles on Adolescents under Dialysis. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 10(1), 1-25. (Persian). <https://doi.org/10.22055/jac.2020.31618.1710>
- Mansouri, J., Besharat, M. A., & Gharibi, H. R. (2019). Predicting alexithymia based on attachment styles and perfectionism dimensions. *Journal of Psychological Science*, 18, 981-990. (Persian). <https://psychologicalscience.ir/article-1-511-en.html>
- 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. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199407\)50:4<516::AID-JCLP2270500406>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199407)50:4<516::AID-JCLP2270500406>3.0.CO;2-0)
- 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. (Persian). https://edj.ajums.ac.ir/article_81483.html?lang=en
- Nemattavousi, M., & Soltaninia, Sh. (2020). The mediating role of experiential avoidance in the relationship between Alexithymia and emotion regulation in patients with major depression disorder after traumatic brain injury. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(2), 140-152. (Persian). <https://doi.org/10.52547/shenakht.7.2.140>
- 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. (Persian). https://www.behavsci.ir/article_67711.html
- Pay Pouzan, S. (2020). The effectiveness of emotion-oriented cognitive therapy on selfefficacy and cognitive emotional regulation in obese women. *Journal of Psychology New Ideas*, 4(8), 1-13. (Persian). <https://jnip.ir/article-1-492-fa.html>
- Rajabi, G., Imani, M., Khojstemehr, R., Birami, M., & Beshlideh, K. (2014). The study of the efficacy of acceptance based behavior therapy and integrative behavioral couple therapy on women with distressed couples and general anxiety disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 11(6), 600-619. (Persian) https://rbs.mui.ac.ir/browse.php?a_id=351&sid=1&slc_lang=en
- Saeedi Heydari, R., Dastjerdi, R., & Salehi Fadardi, J. (2014). The effects of emotion focused therapy on reducing alexithymia and OCD symptoms. *Trends in Life Sciences, An International Per- Reviewed Journal*, 3(5), 100-108. (Persian). https://www.academia.edu/113306696/The_Effects_of_Emotion_Focused_Therapy_on_Reducing_Alexhymia_and_OCD_Symptoms
- Seyed Moharrami, I., Pashib, M., Mohammadi, S., & Tatari, M. (2017). The effect of premarital Counseling on marriage expectation among students of university of medical sciences. *Journal of Health Chimes*, 4(4), 10-15. (Persian). <https://doi.org/10.21786/bbrc/10.3/5>
- Shokrolahi, M., Hashemi, E., Mehrabizadeh Honarmand, M., Zargar, Y., & Naaimi, A. (2022). Comparison of the effectiveness of Emotion Focused Therapy (EFT) and Cognitive Analytic Therapy (CAT) on anxiety sensitivity, pain catastrophizing, experiential avoidance and cognitive emotion regulation in patients with chronic pain and alexithymia. *International Journal of Behavioral Sciences*, 19(4), 739-752. (Persian). <https://doi.org/10.52547/rbs.19.4.739>
- Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., ... & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB Open Research*, 13, 30-70. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12993.1>
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000018-000>
- Zanganeh Motlag, F., Bani-Jamali, Sh. S., Ahadi, H., & Hatami, H. R. (2017). The effectiveness of couples therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couples therapy on improvement of intimacy and reduction of Alexithymia among couples. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 11(44), 47-56. (Persian). https://journals.ihu.ac.ir/article_201705_bbaaa9569483344d7897c68c125521b3.pdf

Zofan, S., & Ghasedi, M. (2020). The Prediction of Alexithymia based on Self-Efficacy and Perfectionism Street children of school age. *Journal of Psychology New Ideas*, 6(10), 1-14. (Persian). <https://jnip.ir/article-1-351-fa.html>



© 2024 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited