

Research Paper

The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder

Samaneh Homayouni<sup>1</sup>, MohammadReza Taghavi<sup>2</sup>, MohammadAli Goodarzi<sup>2</sup>, Habib Hadianfard<sup>2</sup>

1. Ph.D Student in Clinical Psychology, Faculty of Education Science and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education Science and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

**Citation:** Homayouni S, Taghavi M.R, Goodarzi M.A, Hadianfard H. The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder. J of Psychological Science. 2022; 21(109): 1-18.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1371-fa.html>



ORCID



10.52547/JPS.21.109.1

ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**

Emotion Focused  
Therapy,  
Worry,  
Self-criticism,  
Generalized anxiety  
disorder

**Background:** Improving the psychotherapies for generalized anxiety disorder (GAD) is dependent on a deeper understanding of the relations between symptoms and associated factors. According to the novelty of the emotion focused therapy (EFT) concept, background of literatures indicative the importance role of emotions and the efficacy of therapy in psychological disorders. But does EFT help effective reducing worry and self-criticism in individuals with GAD?

**Aims:** The aim of this study was performed to the efficacy of EFT on worry and self-criticism in individuals with GAD.

**Methods:** The present study was single case experimental design of non-concurrent multiple baseline. The statistical population of the study included individuals referred to one of the psychology clinics in tehran in 2020. 4 participant were selected by convenience sampling and during 16-20 sessions of EFT (Timulak & McElvany, 2018), were answered to worry pennsylvania questionnaire (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) and self-criticism (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004). Data analysis was performed by visual inspection, percentage of non-overlapping data, reliable change index and clinically meaningful.

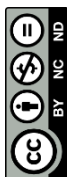
**Results:** EFT reduced the variable of worry (%61/08 improvement percentage) and its effect was maintained until the end of the two-month follow-up period (%57/91 improvement percentage). As well as, therapy caused reduce the variable of self-criticism (%83/19 improvement percentage) and the effect of which was maintained until the end of the follow-up period (%79/72 improvement percentage). Their change in reliable index these variables also indicated that these changes were significant ( $P < 0/05$ ).

**Conclusion:** According to results in present study about the efficacy of EFT on reduce worry and self-criticism, this issue arises that the therapy with change emotion and rebuilding unwanted emotional experiences, caused reduce symptoms and possible psychological problems in individuals with GAD.

Received: 10 Aug 2021

Accepted: 12 Sep 2021

Available: 21 Mar 2022



\* **Corresponding Author:** MohammadReza Taghavi, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education Science and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

E-mail: [mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir](mailto:mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir)

Tel: (+98) 9173376724

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

## Extended Abstract

### Introduction

Generalized Anxiety is a prevalent and permanent disorder, categorized as an anxiety disorder (Tyrer and Baldwin, 2006). Worry is one of the main and determining characteristics of this disorder, defined as an effort to solve a mental issue with undefined implications and a chain of relatively uncontrollable images and thoughts with negative effects (Mennin, Heimberg, and Turk, 2004). Despite the existence of worry among the clinical and non-clinical population, the patients are chronic - and excessively - worried. Such being a case brings about disturbance and significant disruption in their performance (Hazlett-Stevens, Pruitt, and Collins, 2009). Besides, the clinical observations of Timulak and Mcelvaney (2017) indicate the association of worry in an internal monologue with self-criticism. Due to the characteristics of self-criticism, e.g., lower self-worth, atychiphobia (fear of failure), guilt, and severe shame, and worrying about social status, patients are subject to negative mental and social damages (Wenzel, 2017).

Despite the background of abundant studies and psychological perception of the generalized anxiety disorder process, a little success in therapy and the symptoms' mitigation has been reported (Hanrahan, Field, Jones, and Davey, 2013). Also, an improper function in emotion regulation has been introduced as an important factor in most disorders (Gross, 2014; Cisler and Koster, 2010).

Emotion-focused therapy (EFT) is an experimental and structured therapy with a reinterpretation of originality of emotion theory, attachment theory, and dialectic structure, created in response to an excessive emphasis of western psychotherapy on cognition and behavior. It considers emotion as an adaptive and constructor in order to process information, and emotion replacement is a factor for intervention and symptoms change (Greenberg, 2017; Watson and Greenberg, 2017; Timulak and Mcelvaney, 2017). This approach considers worry as a self-protective strategy against painful and chronic emotions, e.g., sadness, shame, and fear; due to anxiety and worry, an individual brings about the continuance of the

disorder's symptoms (Timulak and Mcelvaney, 2018; Watson and Greenberg, 2017). Besides, self-criticism conveys judgment, criticism, and worry towards an individual, preventing healthy needs and experiences. This process leads to further employment of worry and making an effort to protect itself against painful emotions and potentially damaging situations (Toolan, Devereux, Timulak, and Keogh, 2019).

Given the novelty of the EFT concept in psychological disorders, the studies of the following researchers indicate the efficacy of emotion role in such disorders: the investigation of Toolan et al. (2017) on the relationship of the symptoms of generalized anxiety disorder, research on investigating the emotional processing of social anxiety disorder by Haberman et al. (2017), a study by Timulak and Mcelvaney (2016) on general function and the symptoms of generalized anxiety disorder and comorbid depression, a study by O'Brien et al. (2017) on the emotional processing of generalized anxiety disorder; also, a related investigation was conducted by Naserinia and Borjali (2020) on the symptoms of obsession and anxiety among Coronavirus infected patients, and a study by Shameli, Mehrabizadeh Honarmand Naa'mi, and Davodi (2018) on emotion regulation and obsessive symptoms types.

EFT considers emotional regulation and changes as the foundation of therapy in the realm of psychological issues. As we get closer to the concept of processing and emotion regulation, we can obtain a profound perception of the symptoms' relationship and the related factors to the disorder. In this case, we can make progress by replacing maladaptive emotion with primary adaptive emotion. Therefore, concerning the mentioned points, the significance of symptoms identification, and the related factors to the disorder and the study gap, the current investigation aims to answer this question: Does EFT lead to worry and self-criticism mitigation in patients with a generalized anxiety disorder?

### Method

This study is a single-subject experiment with non-concurrent multiple baselines (Rizvi and Nock, 2008). The statistical population included all individuals referred to the consultation and

psychotherapy center of Binesh-e-Novin, located in Tehran, in late December 2020 and early January of 2021. Those individuals received the generalized anxiety disorder diagnosis by a psychologist by a structured clinical interview based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (Mohammadkhani, Forouzan, Hooshyari, Abasi, 2020). The criteria of the entrance to the study included the following: initial diagnosis of generalized anxiety disorder, informed consent to participate in sessions, the lowest educational level of middle school, the age range between 18 to 50, physical health, and the lack of any disease-preventing from continued participation in the sessions or filling the questionnaire (the participants should be stabilized on their medications six months before the therapy). Besides, the exit criteria included simultaneous psychological therapy, mood disorder or major depression, personality disorder, substance abuse, severe physical problems, and inability to perceive the study instructions. After examining the mentioned points, four participants were selected using convenience sampling, becoming under the EFT. This study has been approved with the identification code of IR.SUMS.REC.1399.1255, moral enactment in Shiraz University of Medical Sciences. Using the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, Borkovec, 1990), the worry assessment was performed with indigenous validation of Dehshiri, Golzari, Borjali, and Sohrabi (2009). The self-criticism assessment was done by the self-criticism questionnaire done by Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, Irons (2004) with the indigenous validation of Saadati Shamir, Mazboohi, and Marzi (2017). In order to control probable unwanted and interferer variables based on the non-concurrent multiple baselines, the participants simultaneously entered the baseline level, randomly started the

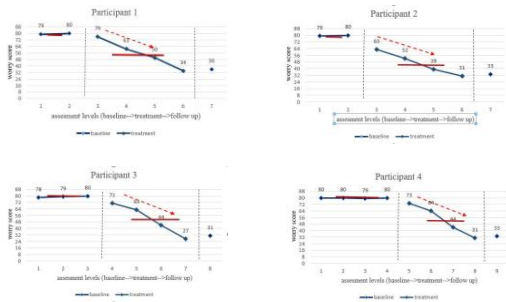
therapy one by one with one session distance. The therapy sessions were extracted based on Timulak and Mcelvaney Guide (2018), and the therapy step was performed in the form of a 7-steps sequence with higher overlap and back and forth rotation concerning the mentioned issues in 16-20 individual sessions for 45-60 minutes. The participants responded to the worry and self-criticism questionnaires distributed by therapists in non-concurrent multiple baseline levels, sessions 4, 8, 12, and 16, and a follow-up period of 2 months. After data collection, the visual inspection (Bulte and Onghena, 2009), the effect size calculation with the percentage of non-overlapping data (PND) (Parker, Hagan-Burke, and Vannest, 2007), clinically meaningfulness calculation with reliable change index (Jacobson and Truax, 1991), and recovery percentage (Poppen, 1989) were used for analysis.

### Results

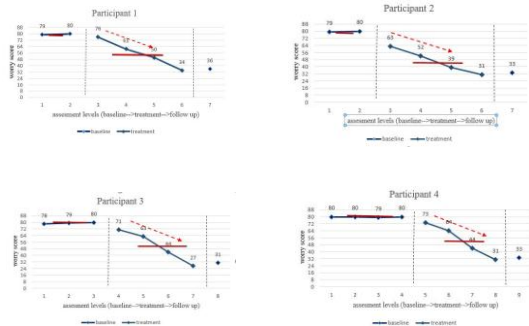
The participants' demographic characteristics can be observed in Table 1, and worry and self-criticism scores in baseline, therapy, and follow-up levels are in Table 2. According to Table 2, the recovery percentage of all participants in baseline, therapy, and follow-up levels are higher than  $Z=1.96$  at the meaningful level of ( $p<0.05$ ), indicating the therapy efficacy in worry and self-criticism variables. In addition, the total recovery percentage formula interpretation demonstrated the success degree of Blanchard's treatment (more than 50%) of worry and self-criticism variable (Poppen, 1989). The interpretation of overlapping data scores of (Parker, Hagan-Burke, Vannest, 2007) showed the therapy efficacy in worry and self-criticism variables. In the following, Graphs 1 and 2 demonstrate the visual analysis of worry and self-criticism score trend among participants.

**Table 1. Demographic characteristics of the participants**

Participant	Gender	Age	Marital status	Employment status	Education
Participant 1	Female	29	Married	Accountant	Master of science
Participant 2	Female	27	Married	Housewife	Bachelor
Participant 3	Female	30	Married	Housewife	Bachelor
Participant 4	Female	26	Married	Student and housewife	Master of science



Graph 1. The process of participants scores change in worry variable in baseline, treatment and follow up levels



Graph 2. The process of participants scores change in self-criticism variable in baseline, treatment and follow up levels

**Conclusion**

The current study indicates the efficacy of emotion-focused therapy (EFT) on worry and self-criticism mitigation among participants in the therapy and follow-up levels, consistent with the findings of Toolan et al. (2019), Haberman et al. (2017), Timulak and Mcelvaney (2016), O'Brien et al. (2017) Naserinia and Borjali (2020) and Shamli et al. (2017). Concerning the findings and the six criteria of Enneagram et al. (2000), it is worth mentioning that by activating the emotion, there is an opportunity to access individuals' needs, desires, goals, and

tendencies, and the researchers can change the problematic emotional interactions by restoring unwanted experiences (Gilbert, 2017). Starting the therapy is concentration on experience deepening and entrance to emotional awareness layers (Watson and Gilberg, 2017). In addition, to express worry, the clients should facilitate adaptive feelings by experimental participation in two-chair dialogues (Murphy et al., 2017; Timulak et al., 2017). Besides, concerning the continuous function of self-criticism in the form of internal and external standards (Gilbert and Irones, 2004), leading the non-adaptive emotions to initial adaptive emotions, e.g., self-compassion, has an important role in making progress in therapy. Furthermore, concerning the fact that self-criticism creates a deeper level of distress compared to worry, it is stated that we can improve the clients by empathetic dialogue and prioritizing the issues leading to self-criticism (Murphy et al., 2019). Among the constraints of this study is being self-report and performing more than multiple times of study instruments for each participant, leading to their reluctance to respond. Besides, concerning the nature of the single-subject experiment and participants' gender, in generalizing the study's findings, a number of considerations should be taken into account. Also, concerning the time constraint in execution and the lack of long-term follow-up, there is a need for a broad study to reach certainty. However, the single-subject experiment is an innovative method for therapy efficacy, suggested for external validity investigating the treatment in the form of group designs and two types. The follow-up studies should be followed in the long run, e.g., for 6 to 12 months, or the efficacy of this treatment is examined, compared to others.

Table 2. levels of the efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder

Participant	Participant 1		Participant 2		Participant 3		Participant 4	
	worry	self criticism	worry	self criticism	worry	self criticism	worry	self criticism
Baseline 1	79	50	79	51	78	50	80	51
Baseline 2	80	49	80	52	79	50	80	51
Baseline 3	--	--	--	--	80	51	79	51
Baseline 4	--	--	--	--	--	--	80	51
Mean levels	79/5	49/5	79/5	51/5	79	50/33	79/75	51
Treatment								
Session 4	76	43	63	43	71	44	73	43
Session 8	61	24	52	26	63	36	64	31
Session 12	50	13	39	18	44	25	44	19

Participant	Participant 1		Participant 2		Participant 3		Participant 4	
	worry	self criticism	worry	self criticism	worry	self criticism	worry	self criticism
Session 16	34	6	31	9	27	8	31	11
Mean levels	55/25	21/5	46/25	24	51/25	28/25	53	26
Change index reliable	9/53	12/65	10/16	10/63	10/80	10/63	10/38	10/12
PND after treatment	100	100	100	100	100	100	100	100
Clinically meaningful after treatment	56/96	88	60/75	82/35	65/38	84	61/25	78/43
Worry Percentage of overall recovery after treatment	% 61/08							
Self-criticism Percentage of overall recovery after treatment	% 83/19							
Follow up								
2 Month follow up	36	7	33	12	31	11	33	11
Change index Reliable	9/11	10/88	9/74	9/98	9/95	9/87	9/95	10/12
PND after follow up	100	100	100	100	100	100	100	100
Clinically meaningful after follow up	54/43	86	58/22	76/47	60/25	78	58/75	78/43
Worry Percentage of overall recovery after follow up	% 57/91							
Self-criticism Percentage of overall recovery after follow up	% 79/72							

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article extracted from the Phd dissertation of the first author in department of clinical psychology at shiraz university, which has been approved with the identification code of IR.SUMS.REC.1399.1255, date 2021.01.27 moral enactment in shiraz university of medical sciences.

**Funding:** This study was conducted as a phd thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the student and senior author, the second were the corresponding author and supervisors and the third and forth was the advisors.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** I would like to appreciate the participants who contributed to this research.



## اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر

سمانه همایونی<sup>۱</sup>، محمدرضا تقوی\*<sup>۲</sup>، محمدعلی گودرزی<sup>۲</sup>، حبیب هادیان فرد<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

**زمینه:** پیشرفت روان‌درمانی در زمینه اختلال اضطراب منتشر، بستگی به شناخت عمیق علائم و عوامل مرتبط با آن دارد. با توجه به تازگی مفهوم درمان متمرکز بر هیجان، پیشینه مطالعات نشان‌دهنده اهمیت نقش هیجان و اثربخشی درمان در اختلالات روانشناختی است. اما آیا درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر مؤثر باشد؟

### کلیدواژه‌ها:

درمان متمرکز بر هیجان، نگرانی، خودانتقادی، اختلال اضطراب منتشر

**هدف:** این پژوهش با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه ناهمزمان بود. جامعه آماری پژوهش، شامل افراد مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های روانشناسی تهران در سال ۱۳۹۹ بود. ۴ شرکت‌کننده به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و طی ۲۰-۱۶ جلسه درمان متمرکز بر هیجان (تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۸)، به پرسشنامه‌های نگرانی پنسیلوانیا (میر، میلر، متزگر و بورکوک، ۱۹۹۰) و خودانتقادی (گیلبرت، کالرک، همپل، مایلز و آبرونز، ۲۰۰۴) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها به روش ترسیم دیداری، درصد داده‌های ناهمپوش، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی انجام شد.

**یافته‌ها:** درمان متمرکز بر هیجان باعث کاهش متغیر نگرانی (درصد بهبودی ۶۱/۰۸٪) گردید و اثر آن تا پایان دوره پیگیری دو ماهه حفظ شد (درصد بهبودی ۵۷/۹۱٪). هم‌چنین درمان موجب کاهش متغیر خودانتقادی (درصد بهبودی ۸۳/۱۹٪) شده که اثر آن تا پایان دوره پیگیری ماندگار بود (درصد بهبودی ۷۹/۷۲٪). شاخص پایا در این متغیرها نیز، حاکی از معنادار بودن این تغییرات بود ( $P < ۰/۰۵$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر در مورد اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش نگرانی و خودانتقادی، این موضوع مطرح می‌شود که درمان با تغییر هیجان و بازسازی تجارب هیجانی نامطلوب، موجب کاهش علائم و مشکلات روانشناختی احتمالی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۵/۱۹

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۶/۲۱

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۱/۰۱

\* نویسنده مسئول: محمدرضا تقوی، استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

رایانامه: mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۷۳۳۷۶۷۲۴

## مقدمه

اختلال اضطراب منتشر، اختلالی شایع و پایدار در طبقه اختلالات اضطرابی است (تایر و بالدوین، ۲۰۰۶). علائم رایج در این اختلال، نگرانی، اضطراب، بی‌قراری، تنش عضلانی، خستگی سریع، اختلال در چرخه خواب و دشواری در تمرکز در مورد مسائل گوناگون زندگی روزمره، طی شش ماه گذشته است؛ که مدت، شدت یا دفعات این علائم، از موقعیت مورد انتظار بیشتر بوده (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳) و نشانه‌ها معمولاً در دوران تنیدگی شدیدتر می‌شود (اندلین سابوکی و ویچن، ۲۰۰۵). مطالعات تحول‌نگر مطرح نموده که تحریک‌پذیری اولیه، مشکلات دلبستگی، نوع والدگری، آسیب‌های زودرس در قالب حوادث غیرقابل کنترل و مشکلات ابتدای زندگی، به‌عنوان پیش‌بین‌های اولیه بر عملکرد روزمره و عملکرد فیزیولوژیکی تأثیر دارد و ممکن است باعث بروز این اختلال در آینده شود (هادسون و رابی، ۲۰۰۴؛ نیومن، لیرا، اریکسون و پرزوورسکی، ۲۰۱۴). در بیش از نیمی از افراد مبتلا، شروع نشانه‌ها در دوران کودکی و نوجوانی تجربه می‌شود و پس از ۲۰ سالگی، شروع دیر هنگام رخ می‌دهد (اندلین سابوکی و ویچن، ۲۰۰۵).

نگرانی، به‌عنوان یکی از خصیصه‌های اصلی و تعیین‌کننده این اختلال، به صورت تلاش برای حل مسئله ذهنی با پیامدهای نامشخص، و زنجیره‌ای از تصاویر و افکار نسبتاً غیرقابل کنترل، با عاطفه منفی تعریف می‌شود (منین، هایمرگ و تورک، ۲۰۰۴). با مطالعه ادبیات دیدگاه‌های مختلف درمانی (دوگاس، بوهر و لادوسرف، ۲۰۰۴؛ ولز، ۲۰۰۴؛ بورکوک، آلسین و بهار، ۲۰۰۴؛ رومر و ارسیلو، ۲۰۰۲)، این نکته استنباط می‌شود که نگرانی به‌عنوان یک راهکار مقابله‌ای ناکارآمد، با آمادگی یا پرت کردن حواس از تجربیات هیجانی ناراحت‌کننده، نوعی خوددرمانی انجام می‌دهد. علی‌رغم وجود نگرانی در جمعیت بالینی و غیر بالینی، مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر به شکل مزمن و بیش‌ازحد نگران هستند و ادامه این مسئله، باعث پریشانی و اختلال قابل توجه در عملکرد می‌شود (هازلت استیونز، پروت و کالینز، ۲۰۰۹). هم‌راستا با این یافته، مطالعه روشیو و بورکوک (۲۰۰۴) نیز با ارزیابی مقایسه‌ای نقش نگرانی در جمعیت بالینی و غیر بالینی بیان می‌کند که افراد نگران در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، درک بیشتری از کنترل باورهای منفی داشته و باور بدبینانه کمتری دارند و این

یافته، مؤید تفاوت در عملکرد است. به‌عبارت‌دیگر، درک عملکرد علائم اختلال، موجب پیامد مؤثر در درمان است (کوجی‌پرس و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، مشاهدات بالینی تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۷)، بیانگر همراهی روند نگرانی در گفتگوهای درونی با خودانتقادی است. یافته‌های بالینی الیوت و شهار (۲۰۱۷) نیز، مؤید این همراهی در اختلال اضطراب اجتماعی است. خودانتقادی در تعاریف نظری، سازه شخصیتی است که فرد را در معرض گستره وسیعی از آسیب‌شناسی روانی و برونداهای روانی اجتماعی منفی قرار می‌دهد. مشخصه خودانتقادی، حس پایین خودارزشمندی، ترس از شکست، احساس گناه، شرم و نگرانی شدید درباره موقعیت اجتماعی است (ونزل، ۲۰۱۷).

بررسی‌های انجام‌شده در زمینه درمان اختلالات اضطرابی، نشان‌دهنده اثربخشی درمان روانشناختی و دارویی است (تایر و بالدوین، ۲۰۰۶). با این حال، اختلال اضطراب منتشر به دلیل شناخت اندک نسبت به سایر اختلالات اضطرابی، نسبت به درمان روانشناختی مقاوم باقی‌مانده (نیومن و همکاران، ۲۰۱۴) و دشواری بیشتر و پاسخ کمتری را نسبت به سایر اختلالات اضطرابی دارد (جونز، ۲۰۱۴). درک روانشناختی از فرآیند اختلال اضطراب منتشر در درجه اول بر اساس رویکردهای شناختی رفتاری که برای درمان این اختلال توسعه یافته‌اند، ایجاد شده و میزان موفقیت نسبتاً پایین درمان، موجب ترغیب تلاش‌هایی برای ایجاد درمان‌های جدید و نوآورانه شده است (هانراهان، فیلد، جونز و دیوی، ۲۰۱۳). از سوی دیگر طبق مطالعات، ۷۵٪ اختلالاتی که در DSM-IV توصیف شده‌اند، ملاکی دارند که به مشکل در هیجان یا تنظیم هیجان برمی‌گردد و بسیاری از علائم اضطراب و افسردگی، اغلب نتیجه تلاش‌های کژکارکرد فرد در تنظیم هیجان است، بنابراین یادگیری مهارت تنظیم هیجان، بخش مهمی از درمان است (گراس، ۲۰۱۴؛ سیسلر و کاستر، ۲۰۱۰).

در تأیید اهمیت نقش هیجان در اختلالات روانشناختی، رویکردهای نظری بر جنبه‌های متفاوتی از کارکرد هیجانی در اختلالات، تأکید کرده‌اند (گرینبرگ، ۲۰۱۷). درمان متمرکز بر هیجان<sup>۱</sup> نخستین بار در درمان افسردگی از سوی گرینبرگ مطرح و به‌عنوان یک درمان مؤثر مورد تأیید انجمن روانشناسی آمریکا در درمان اختلال افسردگی (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶)، تروما (پایویو، پاسکال لئون، ۲۰۱۰) و به‌تازگی در زمینه

<sup>1</sup>. Emotion focused therapy (EFT)

اختلالات اضطرابی (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۸) قرار گرفته است. این درمان، تجربی و ساختاریافته و براساس بخش‌هایی از سنت روانشناسی انسان‌گرا است که با تفسیر مجدد از نظریهٔ اصالت هیجان، نظریهٔ دلبستگی و ساختار دیالکتیکی، در پاسخ به تأکید بیش‌ازحد روان‌درمانی غربی به شناخت و رفتار پدید آمده و به درک نقش هیجان در تغییر روانی درمانی، آگاهی دارد. درمان با این پیش‌فرض که روان‌درمانی سنتی، با تأکید بیش‌ازحد بر درک آگاهانه و تغییر شناختی رفتاری، موجب غفلت از نقش هیجان در فرآیند تغییر شده، هیجان را اساساً تطابقی و سازنده جهت پردازش اطلاعات در نظر می‌گیرد و جایگزینی هیجان، ملاک مداخله و تغییر علائم است (گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۸). این درمان، نگرانی را نوعی راهبرد خودمحافظتی در مقابل احساسات دردناک و مزمن اساسی مانند غم، شرم و ترس می‌داند و فرد با اضطراب و نگرانی، موجب ادامه علائم اختلال می‌شود (تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۸؛ واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷). از طرف دیگر، خودانتقادی در جریان درمان، به‌عنوان یک تقارن بحث‌برانگیز بین دو جنبه خود، معرفی می‌شود که در این فرآیند، یک جنبه از خود در زمان نگرانی، قضاوت و انتقاد را نسبت به شخص، انتقال می‌دهد و جنبه دیگر، تجارب و نیازهای سالم را به عنوان بخش سودمند شخصیت، مسدود می‌کند. بدیهی است که ادامه این مسیر، موجب استفادهٔ بیشتر از نگرانی، به عنوان تلاشی برای محافظت از خود در برابر عواطف دردناک و موقعیت‌های بالقوه آسیب‌زا است (تولان، دوپروکس، تیمولاک و کئوگ، ۲۰۱۹). نقش درمانگر، برقراری رابطهٔ همدلانه و تسهیل تغییر هیجانی در مراجع با استفاده از تکالیف تجربی است و در جریان درمان، احساسات ناسازگار اولیه و ثانویه به احساسات سازگار اولیه، تغییر می‌یابد (تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۸).

با توجه به تازگی مفهوم درمان متمرکز بر هیجان در اختلالات اضطرابی، مطالعاتی در رابطه با اثربخشی این درمان انجام شده و هر یک جنبه‌هایی را بررسی کرده‌اند. مطالعه تولان و همکاران (۲۰۱۹) در زمینه بررسی رابطه علائم اختلال اضطراب منتشر؛ هبرمن و همکاران (۲۰۱۷) در زمینه پردازش هیجانی اختلال اضطراب اجتماعی؛ تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۶) در

زمینه عملکرد عمومی و علائم اختلال اضطراب منتشر همبود با افسردگی؛ اُبرین و همکاران (۲۰۱۷) در زمینه پردازش هیجانی اختلال اضطراب منتشر؛ ناصری‌نیا و برجعلی (۱۳۹۹) در زمینه علائم و سواس و اضطراب بیماران کرونایی و شاملی، مهرابی‌زاده هنرمند، نعمی و داوودی (۱۳۹۷) در زمینه تنظیم هیجان و سبک‌های علائم و سواسی، نشان‌دهنده تأثیر نقش هیجان در درمان اختلالات روانشناختی و اضطرابی است.

درمان متمرکز بر هیجان، تغییر و تنظیم هیجان را اساس درمان مشکلات روانشناختی در نظر می‌گیرد. از این رو، با نزدیک شدن به مفهوم پردازش هیجان، می‌توان به فهم عمیق روابط علائم و عوامل مرتبط با اختلال نزدیک‌تر شده و با جایگزینی هیجان ناسازگار به هیجان اولیه سازگار، موجب پیشرفت در زمینهٔ درمان بود. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده و اهمیت شناخت علائم و عوامل مرتبط با اختلال و همچنین خلأ مطالعات در این زمینه، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا درمان متمرکز بر هیجان، موجب کاهش نگرانی و خودانتقادی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌موردی<sup>۱</sup> یا تک‌آزمودنی<sup>۲</sup>، از نوع خط‌پایهٔ چندگانهٔ ناهمزمان<sup>۳</sup> و سنجش پیوسته<sup>۴</sup> به همراه دورهٔ پیگیری دو ماهه استفاده شد. امتیاز این طرح، استفاده از شرکت‌کننده‌های اندک جهت بررسی سطوح تغییر رفتار، کنترل نسبی روی شرایط درمان و امکان مقایسه میزان بهبودی علائم در مراحل خط‌پایه و درمان است که با توجه به فقدان گروه کنترل، عملکرد هر شرکت‌کننده در مرحلهٔ خط‌پایه، برای پیش‌بینی و کنترل رفتار در آینده به کار می‌رود (ریزوی و ناک، ۲۰۰۸). این روش در مقایسه با طرح گروهی که با انتخاب گروه‌های همگن، سعی در کاهش تغییرپذیری بین شرکت‌کننده‌ها و اندازه‌گیری اثرات واقعی درمان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارد، انتخاب مناسبی برای به کارگیری اثربخشی‌های درمانی و آموزشی به شمار می‌رود (اندرسون، ۲۰۰۲). جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی افرادی بود که در اواخر پاییز و اوایل زمستان سال ۱۳۹۹،

3. Non-concurrent multiple baseline

4. Continuous assessment

1. Single case experiment

2. Single subject experiment



قرار گرفتند. این پژوهش با کد شناسه IR.SUMS.REC.1399.1255 مصوبه اخلاق در پژوهش علوم پزشکی شیراز در تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۰۸ تصویب شده است. ملاحظات اخلاقی عبارت از اخذ رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حق انصراف از شرکت در پژوهش، رازداری و حفظ حریم خصوصی، عدم افشای اطلاعات هویتی و انتشار یافته‌ها بدون ذکر نام شرکت کنندگان، اجتناب از آسیب و ضرر به واسطه مشارکت در پژوهش و اجتناب از تبعیض فرهنگی و نژادی بود. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله گر احتمالی بر اساس اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، شرکت کنندگان به صورت هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شده و به صورت تصادفی از نظر ترتیب ورود، یک به یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد درمان شدند.

جلسات درمان بر اساس راهنمای تیمولاک و مک‌لوانی (۲۰۱۸)، استخراج شده و گام‌بندی درمان به صورت یک توالی ۷ مرحله‌ای با همپوشی بالا و چرخش به عقب و جلو با توجه به فرآیند مباحث مطرح شده در ۲۰-۱۶ جلسه فردی، به مدت زمان ۶۰-۴۵ دقیقه اجرا شد. شرکت کنندگان، در مراحل خط پایه چندگانه، جلسات چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم درمان و یک بازه زمانی پیگیری ۲ ماهه پس از درمان به پرسشنامه‌های نگرانی و خودانتقادی که توسط درمانگر توزیع شد، پاسخ دادند. در جدول ۱ خلاصه‌ای از اهداف جلسات درمانی ارائه شده است.

جهت دریافت خدمات روانشناختی به مرکز مشاوره و روان‌درمانی بینش‌نوین در شهر تهران، مراجعه نموده و با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5<sup>۱</sup> (محمدخانی، فروزان، هوشیاری و عباسی، ۲۰۲۰) توسط روانشناس، تشخیص اختلال اضطراب منتشر را دریافت کردند.

به منظور اجرای پژوهش، پس از هماهنگی و توضیح در زمینه اهداف پژوهش، فراخوانی از سوی پژوهشگر و مرکز اعلام شد و سپس از افراد علاقه‌مند به شرکت در طرح، مشخصات اولیه گرفته شد. در مرحله بعد، به منظور شناسایی افراد واجد شرایط و بررسی بالینی جهت در نظر گرفتن معیارهای ورود، که شامل تشخیص اولیه اختلال اضطراب منتشر از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته و رضایت آگاهانه جهت شرکت در جلسات، حداقل سطح تحصیلات سیکل، فاصله سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، سلامت جسمانی و عدم بیماری که مانع از حضور پیوسته در جلسات یا تکمیل پرسشنامه شود (شرکت کنندگان در صورتی که سابقه مصرف دارو دارند باستی ۶ ماه قبل از درمان بر روی دارو تثبیت شده باشند) و معیارهای خروج که شامل درمان روانشناختی هم‌زمان، اختلال خلقی یا افسردگی شدید، اختلال شخصیت، سوءمصرف مواد، مشکلات جسمانی شدید و ناتوانی در درک دستورالعمل‌های پژوهش بود؛ افراد واجد شرایط به شیوه نمونه‌گیری در دسترس به تعداد ۴ شرکت کننده انتخاب، و تحت درمان متمرکز بر هیجان

جدول ۱. شرح مختصری از گام‌بندی درمان متمرکز بر هیجان

گام	اهداف درمانی
ایجاد و حفظ رابطه همدلانه	آشنایی و برقراری رابطه درمانی برای ایجاد احساس امنیت، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان
تقویت خودآسیب‌پذیر، افزایش آگاهی از هیجان و توسعه راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت‌تر	درک معنای تجربه و ایجاد روایت منسجم در زندگی توسط مراجع، درک معنای عاملیت و اعتماد به نفس بیشتر، دستیابی به ظرفیت‌های تنظیم هیجانی و باور به مقابله با مشکلات، ایجاد درون فکنی و خودگویی مثبت برای خلق خودپنداره مثبت
کار از طریق دوبارگی اضطراب	شناسایی و کار روی اضطراب ثانویه، شناسایی پاسخ‌های هیجانی واکنشی ثانویه، مدیریت نشانگرها و تسهیل در دسترسی به احساسات هسته‌ای زیربنایی
خنثی کردن یا بی اثر کردن برخورد منفی با خود و خودبازداری	شناسایی خود نگران و سرزنش گر برای تصحیح برخورد منفی با خود، شناسایی دوبارگی خودانتقادگر و خودبازداری برای افزایش دستیابی به پذیرش و شفقت
حل و فصل آسیب‌های هیجانی	شناسایی آسیب در دل‌بستگی اولیه و منابع عمیق اضطراب نشانه‌ای، شناسایی تکالیف ناتمام، شناسایی درد هسته‌ای، دسترسی و ابراز هیجان خشم

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

اهداف درمانی	گام
ارتقای توانایی مراجع در دریافت تجربه هیجانی و شفقت به خویش، آموزش خودتسکینی فیزیولوژیکی، مقابله‌ای و تبدیلی، افزایش ظرفیت تنظیم هیجان و خودتسکین دهی نهفته	خودتسکینی مراجع
تثبیت معنای جدید، توانایی تأمل در تجربه و ایجاد روایت جدید در هویت، افزایش تاب‌آوری و هیجان سازگار اولیه	تحکیم یک روایت جدید

## ب) ابزار

پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا: میر، میلر، مترگر و بورکوک (۱۹۹۰) این پرسشنامه را طراحی نموده که بیشترین استفاده برای اندازه‌گیری نگرانی دارد و عمومیت، شدت و غیرقابل کنترل بودن نگرانی بیمارگون را می‌سنجد. پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال چندگزینه‌ای است و هر گویه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای به شیوه لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود (از ۱ اصلاً صدق نمی‌کند تا ۵ کاملاً صدق می‌کند). ۱۱ سؤال پرسشنامه به صورت مثبت که عامل نگرانی عمومی است و ۵ سؤال آن (۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) که به صورت معکوس نمره‌گذاری شده و بیانگر عامل فقدان نگرانی است. دامنه نمرات از ۸۰-۱۶ می‌باشد و نمره بالا نشانه تجربه نگرانی بیشتر بوده (میر و همکاران، ۱۹۹۰) و در این پرسشنامه به جهت تمایز نگرانی آسیب‌شناختی در جمعیت جویای درمان، نمره ۴۵ به عنوان نقطه برش توصیه شده است. در ایران دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی (۱۳۸۸) با استفاده از آلفای کرونباخ، قابلیت اعتماد همسانی درونی پرسشنامه ۰/۸۸ و قابلیت اعتماد بازآزمون را به روش بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۷۹ و اعتبار همزمان آزمون با آزمون اضطراب صفت ۰/۶۸ و با آزمون افسردگی بک ۰/۴۳ گزارش کردند.

پرسشنامه خودانتقادی: پرسشنامه خودانتقادی توسط گیلبرت، کالرک، همپل، مایلز و آرونز (۲۰۰۴) طراحی شده و دارای ۲۲ ماده در دو خرده مقیاس خودانتقادی و خوداعتمادی است. خرده مقیاس خودانتقادی، تمایل فرد را به داشتن انتظارات و توقعات بالا از خود و تلاش برای پیشرفت و رسیدن به اهداف در سطح بالا می‌سنجد. سؤالات (۲۲، ۱۰، ۱۸، ۱۷، ۱۵، ۱۴، ۱۲، ۹، ۷، ۶، ۴، ۲، ۱) به بررسی خودانتقادی می‌پردازد و پاسخ به هر ماده این مقیاس در یک طیف ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت از (۰) کاملاً مخالفم تا (۴) کاملاً موافقم، تنظیم شده و حداقل نمره ۰ و حداکثر

۵۲ است. همسانی درونی نمره کلی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴)، ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران سعادت‌ی شامیر، مذبوحی و مرزی (۱۳۹۷) با استفاده از آلفای کرونباخ، قابلیت اعتماد مقیاس را برای خودانتقادی ۰/۶۹ و ضریب بازآزمایی خودانتقادی را ۰/۸۱ گزارش کردند. به علاوه برای محاسبه درستی این مقیاس، از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و فرم بلند پرسشنامه شادکامی آکسفورد استفاده شد که نتایج ضرایب همبستگی پیرسون، میزان همبستگی بین خودانتقادی با خوداعتمادی ( $R = -0/221$ )، خودکارآمدی ( $R = -0/396$ ) و شادکامی ( $R = -0/367$ ) می‌باشد که تمامی این متغیرها در سطح ( $p < 0/01$ ) معنادار هستند.

پس از جمع‌آوری داده‌هایی که شرکت‌کنندگان با توزیع پرسشنامه‌ها در جلسات درمانی تکمیل کردند، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از ترسیم دیداری<sup>۱</sup> (بولته و اونگنا، ۲۰۰۹)، محاسبه اندازه اثر با درصد داده‌های غیرهمپوش<sup>۲</sup> (پارکر، هاگان بورک، ونست، ۲۰۰۷)، محاسبه معناداری بالینی<sup>۳</sup> با شاخص تغییر پایا<sup>۴</sup> (جیکوبسون و تراکس، ۱۹۹۱) و درصد بهبودی (پاین، ۱۹۸۹) استفاده شد.

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۲، قابل مشاهده است. جدول ۳، نمرات نگرانی و خودانتقادی شرکت‌کنندگان را در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد و در ادامه نمودارهای ۱ و ۲، تحلیل دیداری روند تغییر نمرات نگرانی و خودانتقادی شرکت‌کنندگان را در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری، نشان می‌دهد.

1. Visual Inspection

2. percentage of non-overlapping data (PND)

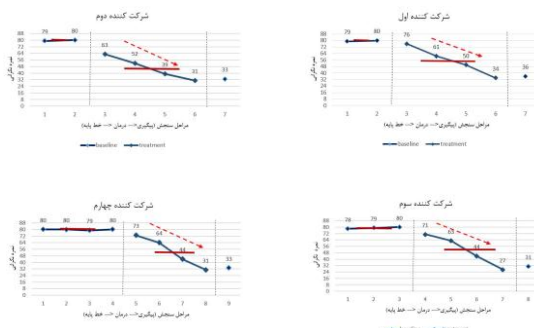
3. Clinically meaningful

4. Reliable change index

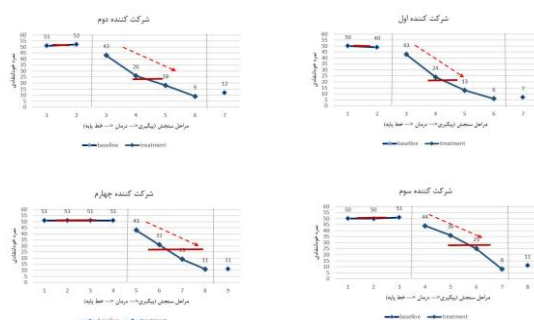
جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

شرکت کننده	جنس	سن	وضعیت تأهل	وضعیت اشتغال	تحصیلات
شرکت کننده ۱	مؤنث	۲۹	متأهل	حسابدار	کارشناسی ارشد
شرکت کننده ۲	مؤنث	۲۷	متأهل	خانه دار	کارشناسی
شرکت کننده ۳	مؤنث	۳۰	متأهل	خانه دار	کارشناسی
شرکت کننده ۴	مؤنث	۲۶	متأهل	محصل و خانه دار	کارشناسی ارشد

هیجان در تمامی شرکت کنندگان با احتمال ۹۵ درصد موجب کاهش نگرانی شده است. هم چنین براساس فرمول درصد بهبودی کلی، نگرانی در مرحله درمان ۰/۶۱/۰۸٪ و پیگیری ۰/۵۷/۹۱٪ می باشد که در طبقه موفقیت در درمان بلانچارد (فرا تر از ۵۰٪) قرار گرفته است (پاپن، ۱۹۸۹). نمودار ۱، ترسیم دیداری یافته‌های شرکت کنندگان را در متغیر نگرانی، طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می دهد و مشاهده می شود که کاهش میانگین نمره متغیر نگرانی تمامی شرکت کنندگان در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه، در جهت مثبت است. به علاوه، طبق مشاهده نمودار ۱ و تفسیر نمره درصد داده‌های همپوش پارکر و همکاران (۲۰۰۷)، درصد نگرانی تمامی شرکت کنندگان در مرحله درمان ۱۰۰ و در مرحله پیگیری ۱۰۰ است که بسیار مؤثر بودن درمان را نشان می دهد. همچنین در زمینه متغیر خودانتقادی، با توجه به یافته‌های جدول ۳، میزان درصد بهبودی خودانتقادی پس از درمان برای شرکت کننده اول ۸۸، دوم ۸۲/۳۵، سوم ۸۴ و چهارم ۷۸/۴۳ و پس از پیگیری برای شرکت کننده اول ۸۶، دوم ۷۶/۴۷، سوم ۷۸ و چهارم ۷۸/۴۳ بوده است. شاخص تغییر پایا در مرحله درمان خودانتقادی به ترتیب برای شرکت کننده اول ۱۲/۶۵، دوم ۱۰/۶۳، سوم ۱۰/۶۳ و چهارم ۱۰/۱۲ و در مرحله پیگیری برای شرکت کننده اول ۱۰/۸۸، دوم ۹/۹۸، سوم ۹/۸۷ و چهارم ۱۰/۱۲ بوده که این یافته بالاتر از مقدار  $Z = 1/96$  و معنادار در سطح  $0/05$  است ( $p < 0/05$ ) و بیان می کند که درمان متمرکز بر هیجان در تمامی شرکت کنندگان با احتمال ۹۵ درصد، موجب کاهش خودانتقادی شده است. هم چنین براساس فرمول درصد بهبودی کلی، خودانتقادی در مرحله درمان ۸۳/۱۹٪ و پیگیری ۷۹/۷۲٪ می باشد که در طبقه موفقیت در درمان بلانچارد (فرا تر از ۵۰٪) قرار گرفته است (پاپن، ۱۹۸۹). نمودار ۲، ترسیم دیداری یافته‌های شرکت کنندگان در متغیر خودانتقادی طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری را نشان می دهد و مشاهده می شود که کاهش میانگین نمره متغیر خودانتقادی در تمامی



نمودار ۱. روند تغییر نمرات شرکت کنندگان در متغیر نگرانی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری



نمودار ۲. روند تغییر نمرات شرکت کنندگان در متغیر خودانتقادی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

همان طور که جدول ۳ نشان می دهد، میزان درصد بهبودی نگرانی پس از درمان برای شرکت کننده اول ۵۶/۹۶، دوم ۶۰/۷۵، سوم ۶۵/۳۸ و چهارم ۶۱/۲۵ و پس از پیگیری برای شرکت کننده اول ۵۴/۴۳، دوم ۵۸/۲۲، سوم ۶۰/۲۵ و چهارم ۵۸/۷۵ بوده است. شاخص تغییر پایا در مرحله درمان نگرانی به ترتیب برای شرکت کننده اول ۹/۵۳، دوم ۱۰/۱۶، سوم ۱۰/۸۰ و چهارم ۱۰/۳۸ و در مرحله پیگیری برای شرکت کننده اول ۹/۱۱، دوم ۹/۷۴، سوم ۹/۹۵ و چهارم ۹/۹۵ بوده که این یافته، بالاتر از مقدار  $Z = 1/96$  و معنادار در سطح  $0/05$  است ( $p < 0/05$ ) و بیان می کند که درمان متمرکز بر

شرکت کنندگان در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه، در جهت مثبت است. به علاوه طبق مشاهده نمودار ۲ و تفسیر نمره درصد داده‌های همپوش پارکر و همکاران (۲۰۰۷)، درصد خودانتقادی تمامی شرکت کنندگان در

مرحله درمان و پیگیری ۱۰۰ است که بسیار مؤثر بودن درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۳. مراحل اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر

مراحل درمان	شرکت کننده اول		شرکت کننده دوم		شرکت کننده سوم		شرکت کننده چهارم
	نگرانی	خودانتقادی	نگرانی	خودانتقادی	نگرانی	خودانتقادی	
خط پایه اول	۷۹	۵۰	۷۹	۵۱	۷۸	۵۰	۸۰
خط پایه دوم	۸۰	۴۹	۸۰	۵۲	۷۹	۵۰	۸۰
خط پایه سوم	---	---	---	---	---	---	---
خط پایه چهارم	---	---	---	---	---	---	---
میانگین مراحل	۷۹/۵	۴۹/۵	۷۹/۵	۵۱/۵	۷۹	۵۰/۳۳	۷۹/۷۵
درمان							
جلسه چهارم	۷۶	۴۳	۶۳	۴۳	۷۱	۴۴	۷۳
جلسه هشتم	۶۱	۲۴	۵۲	۲۶	۶۳	۳۶	۶۴
جلسه دوازدهم	۵۰	۱۳	۳۹	۱۸	۴۴	۲۵	۴۴
جلسه شانزدهم	۳۴	۶	۳۱	۹	۲۷	۸	۳۱
میانگین مراحل	۵۵/۲۵	۲۱/۵	۴۶/۲۵	۲۴	۵۱/۲۵	۲۸/۲۵	۵۳
شاخص تغییر پایا	۹/۵۳	۱۲/۶۵	۱۰/۱۶	۱۰/۶۳	۱۰/۸۰	۱۰/۶۳	۱۰/۳۸
PND پس از درمان	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
درصد بهبودی پس از درمان	۵۶/۹۶	۸۸	۶۰/۷۵	۸۲/۳۵	۶۵/۳۸	۸۴	۶۱/۲۵
درصد بهبودی کلی نگرانی پس از درمان							
درصد بهبودی کلی خودانتقادی پس از درمان							
پیگیری							
پیگیری ۲ ماهه	۳۶	۷	۳۳	۱۲	۳۱	۱۱	۳۳
شاخص تغییر پایا	۹/۱۱	۱۰/۸۸	۹/۷۴	۹/۹۸	۹/۹۵	۹/۸۷	۹/۹۵
PND پس از پیگیری	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
درصد بهبودی پس از پیگیری	۵۴/۴۳	۸۶	۵۸/۲۲	۷۶/۴۷	۶۰/۲۵	۷۸	۵۸/۷۵
درصد بهبودی کلی نگرانی پس از پیگیری							
درصد بهبودی کلی خودانتقادی پس از پیگیری							

درمان، از ملاک‌های شش گانه اینگرام، هیز و اسکات (۲۰۰۰) استفاده می‌شود.

۱. اندازه تغییر: (چقدر کاهش در هدف‌های اصلی رخ داده است؟) در پژوهش حاضر، متغیر نگرانی و خودانتقادی مورد هدف درمانی قرار گرفت. نتایج جدول ۳ و نمودار ۱ و ۲ نشان می‌دهد که درمان، موجب کاهش نمرات شرکت کنندگان در متغیر نگرانی و خودانتقادی گردیده و این روند، تا پایان مرحله پیگیری دوماهه، ادامه پیدا کرده است. در پاسخ به این سؤال که درمان چگونه تغییرات حاصل را تبیین می‌کند، این نکته بیان

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر انجام شد و نتایج نشان داد که درمان، موجب کاهش نگرانی و خودانتقادی این افراد در جلسات پس از درمان و پیگیری می‌شود. نتایج این پژوهش با یافته‌های تولان و همکاران (۲۰۱۹)، هبرمن و همکاران (۲۰۱۷)، تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۶)، ابرین و همکاران (۲۰۱۷)، ناصری‌نیا و برجلی (۱۳۹۹) و شاملی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. در ادامه، به منظور بحث و نتیجه گیری موفقیت

اهداف درمانی دارد. در تأیید نقش شفقت بر بهبود سلامت روانی، تفنگچی، رئیسی، قمرانی و جمالویی (۱۴۰۰) اذعان داشته‌اند که درمان متمرکز بر شفقت، بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی مزمن مؤثر است. هم‌راستا با این یافته، درمان متمرکز بر هیجان جهت رفع خودانتقادی، مراجع را در تکالیف صندلی به نحوی هدایت می‌کند تا با نشستن در صندلی منتقد، خودانتقادی را به صورت احساس ناسازگار اولیه از قبیل شرم، تجربه کرده و با تغییر به صندلی تجربه کننده، 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).

۲. کلیت تغییر: (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)

نتایج پژوهش نشان داد که شرکت‌کنندگان در پایان درمان، به ۶۱/۰۸ درصد بهبودی کلی در کاهش متغیر نگرانی و ۸۳/۱۹ درصد بهبودی کلی در کاهش متغیر خودانتقادی دست یافته و این تغییر نسبت به مرحله خط پایه، در اهداف درمانی تمامی شرکت‌کنندگان در فرآیند درمان و پیگیری، ادامه داشته است. در تبیین این کاهش در زمینه نگرانی، درمان مطرح می‌نماید که نگرانی و اضطراب، به واسطه رویداد، محرک یا انتظار موقعیت‌های به خصوصی که خاطرات طرح‌های هیجانی مربوط به تجربیات تهدیدآمیز و دردناک و همچنین احساسات پردازش نشده ترس، شرم و غم را فراخواند، فعال می‌شود. در این حالت، فرد به دلیل عدم برآوردن نیاز به محافظت و حمایت، خود را غیرقابل پذیرش، ضعیف یا بد تجربه کرده و قادر به تسکین خاطر خود نیست. این موارد، همگی در خارج از آگاهی تجربه شده و احساس آشفتگی تمایزنا یافته در بدن، تنها مورد آگاهانه است. با ادامه این وضعیت، فرد احساس تزلزل، عدم ایمنی و عدم حرمت خود کرده و معمولاً ترسیده و مضطرب می‌شود و با تلاش برای دفاع در برابر این خطر، به تدریج نگران شده تا بدین ترتیب از خود در برابر خطر احساس شده حمایت کند (واتسون و گریببرگ، ۲۰۱۷). مبتلایان اختلال اضطراب منتشر، نسبت به ترس، غم و یا شرم هسته‌ای‌شان ناآگاه‌اند و صرفاً از یک احساس آشفتگی عمومی آگاهی دارند. این افراد، خود را مسئول کنترل رویدادها و موقعیت‌های زندگی می‌دانند و با نگرانی، برای محافظت و دفاع

می‌شود که با فعال‌سازی هیجان، امکان دسترسی به نیاز، آرزو، اهداف و تمایلات فردی، فراهم شده و مراجع قادر می‌شود تا با بازسازی تجارب ناخواسته، تعاملات هیجانی مشکل‌ساز را تغییر دهد (گریببرگ، ۲۰۱۷). درمان متمرکز بر هیجان، به عنوان رویکردی جدید در درمان اختلالات بالینی، تغییر در هیجان را منشأ و درمان مشکلات روانشناختی در نظر می‌گیرد، اما به این نکته نیز اشاره می‌شود که توجه به هیجان، اولین راه رسیدن به تغییر است و اکثر مشکلات منشأ انگیزشی، هیجانی، رفتاری، فیزیولوژیکی، شناختی، فرهنگی و اجتماعی دارند که بسیاری از آن‌ها بایستی مورد توجه قرار گیرند (گریببرگ، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۸). این درمان، ریشه اختلالات را عدم انطباق تجربه هیجانی و هم‌چنین تجارب غفلت، طرد و آسیب از سوی دیگران می‌داند و مطرح می‌کند که هنگامی محافظت، پرورش، تسکین خاطر و حمایت مراقبین ناکافی باشد، خاطرات طرح‌های هیجانی مربوط به تجربیات دردناک، در خارج از آگاهی شکل گرفته و فرد با بی‌حسی هیجانی، رد کردن و یا نادیده گرفتن تجربه دردناک، با آن مقابله می‌کند. طرح‌های هیجانی، نماینده موقعیت‌های فراخواننده خاص و تمایل‌های مرتبط با عمل بوده و غالباً غیرکلامی است، با این حال می‌توان آن را به درون آگاهی فرد آورد و در قالب زبان، نمادسازی و بازنمایی کرد (گریببرگ و گلدمن، ۲۰۰۸). آغاز درمان، تمرکز بر تعمیق تجربه و ورود به لایه‌های آگاهی هیجانی است و این نکته تأکید می‌شود که تکنیک‌های کلامی و منطقی که بازسازی شناختی را در سطح مفهومی مدنظر قرار می‌دهد، اهمیت اندکی دارند (واتسون و گریببرگ، ۲۰۱۷). بنابراین، با توجه به مفهوم خودمحافظتی نگرانی، اقدام مؤثر درمانی، هدف قرار دادن فرآیند به جای محتوا است. در این فرآیند، نگرانی از طریق مشارکت تجربی در گفتگوهای دوصندلی بیان می‌شود و امکان تسهیل احساسات سازگار و انعطاف‌پذیری نسبت به روند آسیب‌شناختی فراهم می‌شود. به عبارت دیگر، مراجع با نشستن در صندلی نگرانی، از عملکرد آن آگاه شده و با جابه‌جایی به صندلی تجربه کننده، ضمن دستیابی به یک حس تجربی، قادر به مقابله با نگرانی می‌شود (مورفی و همکاران، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۷). به علاوه، با توجه به عملکرد پیوستاری خودانتقادی در قالب استانداردهای درونی و بیرونی (گیلبرت و آیرونز، ۲۰۰۴)، هدایت احساسات ناسازگار به احساسات سازگار اولیه از قبیل شفقت به خود، نقش مهمی در پیشبرد



از خود در برابر این احساسات تلاش می‌کنند. به عبارت دیگر، هیجانات شدید و دردناک ترس، غم و شرم به عنوان تهدیدی برای یکپارچگی خود و هویت تجربه شده و فرد با نگرانی، تلاش جهت کنترل این احساسات دارد (تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۸، واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷). در ادامه تبیین یافته‌ها، با توجه به درصد بهبودی کلی متغیر خودانتقادی، و همچنین، با توجه به این یافته که خودانتقادی سطح عمیق‌تری از پریشانی را در مقایسه با نگرانی ایجاد می‌کند، این نکته مطرح می‌شود که با گفتگوی همدلانه و اولویت‌بندی مواردی که باعث خودانتقادی می‌شود، می‌توان به بهبودی بیشتر مراجع کمک کرد (مورفی و همکاران، ۲۰۱۹).

۳. عمومیت تغییر: (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟) شیوع بالای ناتوانی، کاهش بهره‌وری در کار و افزایش استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی، از پیامدهای اختلال اضطراب منتشر است (ویتچن، ۲۰۰۲). علاوه بر این موارد، مبتلایان متحمل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم، از جمله استفاده از خدمات تخصصی و غیرتخصصی و افت عملکرد می‌شوند که نهایتاً این هزینه‌ها بر جامعه و خانواده تحمیل می‌شود (دوگاس و رابی چاود، ۲۰۰۷، ویتچن، ۲۰۰۲). با توجه به این که تمامی شرکت‌کنندگان متأهل و مؤنث بودند، بنابراین میزان رسیدگی به فعالیت‌های عقب افتاده و عملکردهای بین فردی شاید بتواند شاخص خوبی از تغییر در حوزه خانوادگی و اجتماعی باشد. برای سنجش تغییر عملکرد بین فردی، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا میزان تغییر خود را از همسرشان در پیوستار ۰ تا ۱۰ (کمترین تغییر تا ۱۰ بیشترین تغییر) سؤال کنند، که در شرکت‌کننده اول، دوم، سوم و چهارم به ترتیب نمره‌های ۸، ۷، ۹ و ۸ به دست آمد که پاسخ به این پرسش نیز، مؤید کاهش نمرات در متغیر نگرانی و خودانتقادی بود.

۴. میزان پذیرش: (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)

یکی از مشکلاتی که گاه‌ها در برخی از گزارشات اتفاق می‌افتد این است که افت شرکت‌کنندگان جزء نتایج درمان محاسبه نمی‌شود و این در حالی است که عدم مشارکت، یکی از مواردی است که بایستی به آن توجه نمود. با توجه به این که تمامی شرکت‌کنندگان به طور کامل فرآیند درمان را به پایان رسانده و تا اتمام دوره پیگیری همکاری داشتند، مشارکت بالا در درمان، استنباط می‌شود. در تبیین این یافته، مطرح می‌شود که تمرکز اصلی

درمان، تسهیل پردازش هیجانی و سازمان‌دهی مجدد خود است و این هدف به واسطه تغییر در روشی که مراجع با رابطه همدلانه با درمانگر، هیجانات را پردازش کرده و قادر به تأمین نیازهای شفقت، جرأت‌مندی و خودمحافظتی می‌شود، حاصل می‌گردد (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷). در این زمینه، هنگامی که یک محیط ایمن و اتحاد درمانی کارکردی برای کار روی آگاهی هیجانی مراجع ایجاد شد، و تمرکز اولیه روی جنبه‌هایی از تجربه مراجع که باعث اضطراب می‌شوند شکل گرفت، درمان به سمت فراخواندن و بررسی محتوای دردناک هیجانی در خودآسیب پذیر پیش می‌رود. این همان چیزی است که مشخصاً جزء بارزترین ویژگی درمان متمرکز بر هیجان است و در این کار بسیار ضروری است که مراجع هیجانات را درون جلسه درمان تجربه کند تا دغدغه‌های محوری به صورت تجربی احساس شده و این گونه نباشد که فقط به صورت عقلانی دانسته شود. هم‌چنین به منظور ارتقای تجربه، بایستی حمایت‌های درونی و بیرونی مراجع برای ارتباط با تجربه و ظرفیت تحمل و پردازش با آنچه که ارتباط برقرار کرده است، مورد ارزیابی قرار گرفته و اگر این عوامل ناکافی باشد، درمانگر تلاش می‌کند منابع و ظرفیت‌های لازم را برای پردازش تجربه هیجانی ایجاد کند (تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۸؛ واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷).

۵. ایمنی: (آیا در اثر درمان سلامت روانی و جسمانی بیماران کاهش یافته است؟)

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که هدف پژوهش در زمینه کاهش نمرات نگرانی و خودانتقادی محقق یافته است. این بهبودی تا حدودی در بین شرکت‌کنندگان متفاوت بوده، اما طبق گزارش شرکت‌کنندگان، در طول دوره درمان هیچ خطری آن‌ها را تهدید نکرده است. با این وجود نمی‌توان به سادگی ادعا نمود که درمان هیچ پیامد منفی را به شرکت‌کنندگان تحمیل نکرده است، زیرا هیچ ابزاری برای پیامدهای منفی درمان به کار نرفته است.

۶. ثبات: (دستاوردهای درمان چه قدر دوام داشته است؟)

نتایج دوماهه پیگیری حاکی از این است که دستاوردهای درمان در اهداف کاهش نگرانی و خودانتقادی، حفظ شده است. درمان متمرکز بر هیجان، طول دقیق دوره درمان را به واسطه شرایط اوایل زندگی و ظرفیت‌های فردی که مراجع در جلسه درمان به همراه دارد، متفاوت می‌داند و این یافته‌ها تأییدی جهت نیازمندی درمان طولانی مدت‌تر برای برخی مراجعان

یافته‌ها به محققان علاقه‌مند این حوزه پیشنهاد می‌شود که درمان را در چارچوب طرح‌های گروهی و در دو جنس مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی‌تری (۶ ماه و یک سال) دنبال نموده و یا اثربخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان‌ها و اختلالات مورد بررسی قرار دهند.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز است و با کد شناسه IR.SUMS.REC.1399.1255 مصوبه اخلاق در پژوهش علوم پزشکی شیراز در تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۰۸ تصویب شده است.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول دانشجو و محقق اصلی پژوهش، نویسنده دوم نویسنده مسئول و استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم اساتید مشاور رساله می‌باشند.

**تضاد منافع:** نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از شرکت کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

است (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷). اهمیت نتایج حاضر هنگامی دوچندان می‌شود که با توجه به تأثیر انتقال بین نسلی اختلال و مطرح شدن رفتارهای نگران کننده و اضطرابی با فرزندان و سایر اعضای خانواده (اندلین سابوکی و ویچن، ۲۰۰۵)، احتمال این انتقال کمتر می‌شود.

این پژوهش در راستای اهداف خود با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. از جمله این محدودیت‌ها، خودگزارشی بودن ابزارهای مورد بررسی و اجرای بیش از چند مرتبه ابزار پژوهش برای هر شرکت کننده است، که این مورد ممکن است موجب بی میلی و عدم رغبت شرکت کننده‌ها برای پاسخگویی شود. از طرف دیگر با توجه به ماهیت مطالعه تک‌آزمودنی و جنسیت شرکت کنندگان، چنین روشی در تعمیم یافته‌ها با مشکلاتی مواجه است. به همین دلیل لازم است در تعمیم یافته‌های پژوهش، احتیاط لازم صورت پذیرد. همچنین با توجه به محدودیت زمانی در اجرا و از آنجا که این پژوهش فاقد پیگیری بلند مدت بود، برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، نیاز به انجام مطالعات با گستردگی بیشتر است و گرچه پژوهش تک‌آزمودنی روشی خلاقانه برای اثربخشی درمان است، جهت بالابردن اعتبار بیرونی

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association. [Link]
- Andlin-Sobocki, P., & Wittchen, H. U. (2005). Cost of anxiety disorders in Europe. *European Journal of Neurology*. [Link]
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). The Guilford Press. [Link]
- Bulté, I., & Onghena, P. (2009). Randomization tests for multiple-baseline designs: An extension of the SCRT-R package. *Behavior Research Methods*, 41(2), 477-485. [Link]
- Cisler, J. M., & Koster, E. H. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical psychology review*, 30(2), 203-216. [Link]
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 79-89. [Link]
- Dehshiri, Gh. R., Golzari, M., Borjali, A., Sohrabi, F. (2009). Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 1(4), 67-75. (Persian). [Link]
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143–163). The Guilford Press. [Link]
- Elliott, R., & Shahar, B. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety (EFT-SA). *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 140-158. [Link]
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516. [Link]
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. [Link]
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 106-117. [Link]
- Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy (Revised ed.)*. American Psychological Association. [Link]
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. American Psychological Association. [Link]
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). The Guilford Press. [Link]
- Haberman, A., Shahar, B., Bar-Kalifa, E., Zilcha-Mano, S., & Diamond, G. M. (2019). Exploring the process of change in emotion-focused therapy for social anxiety. *Psychotherapy Research*, 29(7), 908-918. [Link]
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 120–132. [Link]
- Hazlett-Stevens, H., Pruitt, L. D., & Collins, A. (2009). *Phenomenology of generalized anxiety disorder*. Oxford handbook of anxiety and related disorders, 47-55. [Link]
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From Anxious Temperament to Disorder: An Etiological Model. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 51–74). The Guilford Press. [Link]
- Ingram, R. E., Hayes, A., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatments: A critical analysis. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 40–60). John Wiley & Sons, Inc. [Link]
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. [Link]
- Jones, S. L. (2014). An efficacy trial of therapist-assisted internet-delivered cognitive-behaviour therapy for older adults with generalized anxiety. The University of Regina (Canada). [Link]
- Kopala-Sibley, D. C., & Zuroff, D. C. (2017). Self-criticism and dependency. *The SAGE encyclopedia of abnormal and clinical psychology*, 3031-3033. [Link]

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2004). Clinical Presentation and Diagnostic Features. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 3–28). The Guilford Press. [\[Link\]](#)
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495. [\[Link\]](#)
- Mohammadkhani, P., Forouzan, A. S., Hooshyari, Z., & Abasi, I. (2020). Psychometric Properties of Persian Version of Structured Clinical Interview for DSM-5-Research Version (SCID-5-RV): A Diagnostic Accuracy Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(2), e100930. [\[Link\]](#)
- Murphy, J., Rowell, L., McQuaid, A., Timulak, L., O'Flynn, R., & McElvaney, J. (2017). Developing a model of working with worry in emotion-focused therapy: A discovery-phase task analytic study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(1), 56-70. [\[Link\]](#)
- Naserinia, S., borjali, M. (2020). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Obsessive Symptoms in Patients with Corona Disease. *Clinical Psychology Studies*, 10(39), 135-155. (Persian). [\[Link\]](#)
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., & Przeworski, A. (2014). Basic science and clinical application of the Contrast Avoidance model in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 155-167. [\[Link\]](#)
- O'Brien, K., O'Keefe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L., & McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy research*, 29(4), 524-540. [\[Link\]](#)
- Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach. American Psychological Association. [\[Link\]](#)
- Parker, R. I., Hagan-Burke, S., & Vannest, K. (2007). Percentage of all non-overlapping data (PAND) an alternative to PND. *The Journal of Special Education*, 40(4), 194-204. [\[Link\]](#)
- Pashler, H. (2004). *Stevens' Handbook of Experimental Psychology, Methodology in Experimental Psychology*. John Wiley & Sons. [\[Link\]](#)
- Poppen, R. L. (1989). Some clinical implications of rule-governed behavior. In *Rule-governed behavior* (pp. 325-357). Springer, Boston, MA. [\[Link\]](#)
- Rizvi, S. L., & Nock, M. K. (2008). Single-case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and suicidal behaviors. *Suicide and life-threatening behavior*, 38(5), 498-510. [\[Link\]](#)
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge. [\[Link\]](#)
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness / acceptance-based approaches with existing cognitive - behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68. [\[Link\]](#)
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 42(12), 1469-1482. [\[Link\]](#)
- Saadati, A., Mazboohi, S., Marzi, S. (2019). A confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/reassurance scale among teachers. *Quarterly of Educational Measurement*, 9(34), 133-147. (Persian). [\[Link\]](#)
- Shameli, L., Mehrabizadeh Honarmand, M., Naa'mi, A., & Davodi, I. (2019). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation Styles and Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(4), 356-369. (Persian). [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2017). *Transforming generalized anxiety: An emotion-focused approach*. Routledge. [\[Link\]](#)
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361-366. [\[Link\]](#)
- Tofangchi, M., Raeisi, Z., Ghomrani, A., Rezaee, H. (2021). Developing the distress tolerance promotion package and comparing its effectiveness with compassion-focused therapy on self-criticism, fear of negative evaluation, and anxiety in women with chronic tension-type headaches. *Journal of Psychological Science*, 20(100), 621-634. (Persian). [\[Link\]](#)

- Toolan, R., Devereux, M., Timulak, L., & Keogh, D. (2019). Relationship between self-worrying and self-critical messages in clients with generalised anxiety engaging in emotion-focused worry dialogues. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 294-300. [[Link](#)]
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *The Lancet*, 368(9553), 2156-2166. [[Link](#)]
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety. American Psychological Association. [[Link](#)]
- Wells, A. (2004). A Cognitive Model of GAD: Metacognitions and Pathological Worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164–186). The Guilford Press. [[Link](#)]
- Wenzel, A. (2017). Self-Criticism and Dependency. In *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*. SAGE Publications, Inc. [[Link](#)]
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and anxiety*, 16(4), 162-171. [[Link](#)]