فصلنامه مدیریت پرستاری
سال سیزدهم، دوره سیزدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۳

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان زنان دارای بیماری مالتیپل اسکلروزیس اصفهان

فاطمه احمدی کتایونچه، حسن خوش اخلاق■

چکیده

مقدمه: بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS) به‌عنوان یک بیماری مزمن به دلایلی همچون بروز ناگهانی و نداشتن پیش‌آگهی خوب باعث بروز استرس، اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روحی و روانی می‌شود.

هدف: این پژوهش با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان زنان با بیماری مالتیپل اسکلروزیس انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان دارای بیماری مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان در شش ماهه اول سال (۱۴۰۰) بود. برای انتخاب حجم نمونه (۳۰) نفر از زنان دارای مالتیپل اسکلروزیس با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در گروه آزمایشی و گروه کنترل، (۱۵) نفر در هر گروه گمارده شدند. داده‌ها با پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی فلوید (۲۰۰۵) و فراهیجان میتمانسگروبر (۲۰۰۹) جمع‌آوری شدند. مداخله درمان متمرکز بر هیجان براساس پروتکل گرینبرگ و گلدمن (۲۰۱۹) در (۱۲) جلسه، به مدت (۶۰) دقیقه بر روی گروه آزمایش انجام شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش (۳/۶۵ ± ۴۲/۶۸) سال و در گروه کنترل (۲/۸۹ ± ۴۴/۵۴) سال بود. نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سن (P=۰/۴۲۷)، وضعیت تأهل (P=۰/۲۳۳)، سطح تحصیلات (P=۰/۴۵۸) و مدت زمان بروز بیماری (P=۰/۳۷۴)، تفاوت آماری مشاهده نشد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش حساسیت اضطرابی اثربخشی معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان داد درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش فراهیجان منفی اثربخشی معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج پژوهش، متخصصین، پژوهشگران و درمانگران این حوزه می‌توانند از این مداخله به‌عنوان گزینه درمانی مؤثری جهت بهبود حساسیت اضطرابی و فراهیجان بیماران دارای مالتیپل اسکلروزیس استفاده نمایند.

کلمات کلیدی: حساسیت اضطرابی، فراهیجان، درمان متمرکز بر هیجان، مالتیپل اسکلروزیس

فاطمه احمدی کتایونچه
دانش‌آموخته کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

■ **مؤلف مسؤول: حسن خوش اخلاق**
استادیار، گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

آدرس: **khoshakhlagh_h@yahoo.com**

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۲
تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۹/۳۰

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

■ مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری میلین‌زدای عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری در بزرگسالان و جوانان است (۱). اختلالات روانپزشکی می‌تواند پیشرفت بیماری را تسریع کند و کیفیت زندگی بیمار را کاهش بدهد (۲) بیماری ام اس یک بیماری با علائم پیشرفت‌کننده واضح است و معمولا افراد را در سنین میانسالی به آن مبتلا می‌شوند (۳) افراد مبتلا به این بیماری به غیر علائم جسمانی و شناختی باید با علائم مختلف روانپزشکی هم دست و پنجه نرم کنند (۴). در میان اختلالات روانپزشکی افسردگی، اضطراب و مشکلات خلقی بالاترین شیوع را دارد (۵). شواهد نشان داد که وضعیت سلامت روانی بر کیفیت زندگی و احتمالا پیشرفت بیماری مالتیپل اسکلروزیس تأثیر می‌گذارد. با این حال نگرانی‌های مربوط به سلامت روان برای افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس ممکن است کمتر شناخته شده و تحت درمان قرار نگیرند. اکثر بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس سطوح متوسط تا شدید افزایش استرس را تجربه کرده‌اند. ترس و اضطراب از جمله هیجانات منفی هستند که درد با آن ها همبستگی مستقیم دارد، به این ترتیب حساسیت اضطرابی که به‌عنوان بیان‌کننده میل به تعبیر و تفسیر پیامدهای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به‌عنوان اموری زیان‌آور است (۶). حساسیت اضطرابی می‌تواند احتمال ایجاد و گسترش اضطراب مرضی را افزایش بدهد. حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود که این خود زمینه را برای ابتلای افراد به اختلالات روانی دیگر فراهم می‌کند (۷).

زندگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پر از آشفتگی و چالش است. فراهیجان یکی از متغیرهایی است که با تحمل آشفتگی در ارتباط است و می‌تواند به فرد در این شرایط کمک کند (۸). مفهوم فراهیجان توسط ابنر و فیشر در سال (۲۰۱۴) به‌عنوان سازمان‌دهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات درباره هیجان‌ها تعریف گردید. از دیدگاهی دیگر فرا هیجان مجموعه احساسات و افکار درباره هیجان‌های تجربه شده به وسیله خود است (۹). ابعاد فراهیجانی افراد را قادر می‌سازند با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی پاسخ بدهند (۱۰). فراهیجان همچنین یک متغیر محافظت‌کننده است که روابط بهتری را رقم می‌زند و چارچوب منطبق با خودنظم‌دهی در مواقع سختی را فراهم می‌کند (۱۱). تاکنون روش‌های درمانی زیادی برای بهبود و یا درمان اختلالات روانی برای بیماری طبی صورت پذیرفته است. یکی از درمان‌های موج سوم که در سال‌های اخیر توجه بسیاری از افراد را به خود جلب کرده است، درمان متمرکز بر هیجان است. درمان متمرکز بر هیجان تلفیقی از درمان‌های سیستمی، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی است که می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مؤثر در جلوگیری از آسیب‌های روانی به‌ویژه مشکلات افسردگی و اضطراب بر آید. این روش درمانی بر این اصل است که همه چیز در حال حرکت و جاری هست. این رویکرد با جو ایمن و انسان‌گرایانه خود باعث تحت تأثیر قرار دادن فرایند تجربه، ویژگی‌های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع می‌شود. در این درمان با تأکید بر مهارت شناسایی و تشخیص هیجانات خود و دیگران، نحوه صحیح ابراز هیجان با توجه به موقعیت اجتماعی، کاهش شدت هیجانات منفی پیش از بروز پاسخ، در کنار فن‌های شناختی و رفتاری به تأثیرگذاری بر اضطراب و سایر هیجانات منفی می‌پردازد (۱۲).

فارسی و همکاران (۱۳) اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر نشخوار فکری و بیان هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بررسی کردند. شکرالهی و همکاران (۱۴) اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به درد مزمن دارای ناگویی هیجانی بررسی کردند. آخوندی و همکاران (۱۵) نیز اثربخشی درمان هیجان‌مدار را در زنان خیانت دیده مورد بررسی قرار دادند. زادحسن و همکاران (۱۶) درمان هیجان‌مدار را برای ارتقای فراهیجان مثبت سالمندان به کار بردند. از این رو می‌توان بیان کرد که بررسی متغیرهای پژوهش حاضر در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مستلزم بررسی و پژوهش است. همچنین پژوهشی که این متغیرها را در کنار هم مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. حال با توجه به مطالب ذکر شده و عدم انجام پژوهشی که سعی کند متغیرهای پژوهش‌های حاضر را در زنان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس با درمان متمرکز بر هیجان بهبود بخشد این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان متمرکز بر هیجان بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان زنان با بیماری مالتیپل اسکلروزیس اصفهان اثربخشی دارد؟

■ مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پسآزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان دارای بیماری مالتیپل اسکلروزیس شهر

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

اصفهان در شش ماهه اول سال (۱۴۰۲) بود که در این پژوهش با توجه به این‌که تعداد دقیق جامعه مشخص نبود از فرمول (Cohen) با استفاده از اندازه اثر (۰/۵)، توان آزمون (۰/۸۵) و احتمال خطای (۰/۰۵)، برای هر گروه (۲۰) نفر برآورد شد که با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و از آنجا که در روش‌های آزمایشی در نظر گرفتن حداقل (۱۵) نفر برای هر گروه به‌عنوان حجم نمونه کفایت می‌کند، در پی فراخوان اعلام شده در بیمارستان شریعتی اصفهان، از بین (۷۳) نفر از داوطلبان که مایل به همکاری بودند، تعداد (۳۰) نفر به شیوه هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده با استفاده از از نرم افزار تولید توالی تصادفی (Random software allocation) در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، دامنه سنی (۳۰) تا (۶۰) سال، دریافت تشخیص مالتیپل اسکلروزیس از متخصص مغز و اعصاب بر اساس پرونده پزشکی، کسب نمره بالاتر از (۳۳) در پرسشنامه حساسیت اضطرابی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، مشارکت همزمان در برنامه آموزشی و درمانی روان‌شناختی دیگر، تمایل نداشتن به ادامه همکاری و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

نمونه‌گیری در شش ماه اول سال انجام گردید. برای نمونه‌ها اهمیت و ضرورت پژوهش بیان و جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن جلب رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در درمان و آگاهی از روند اجرای کار درباره رعایت نکات اخلاقی به آنان اطمینان خاطر داده شد. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری شده فردی از پژوهش که به نوعی ممکن است با مسائل شخصی و خانوادگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل تضاد منافع ایجاد کند، محرمانه باقی مانده و در گزارش‌ها به آن‌ها اشاره نگردید. نام تمامی شرکت‌کنندگان دو گروه نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به وجود نیاید. افزون بر این پس از جلب رضایت ایشان، فرم رضایت کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان دریافت گردید و قبل از مداخله تجربی در مورد گروه آزمایش، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسش‌نامه توسط هر دو گروه (کنترل و آزمایش) اجرا گردید.

برای ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اطلاعات مرتبط با سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و مدت بیماری جمع‌آوری شد. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت خودگزارشی تکمیل گردیدند. پس از آن برای آزمودنی‌های گروه آزمایشی (۱۲) جلسه (۶۰) دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار با روش درمان هیجان‌محور اقتباس شده از کتاب راهنمای بالینی درمان هیجان‌محور گرینبرگ و گلدمن (۱۷) که روایی این پروتکل توسط سازنده آن به تأیید رسیده و بر طبق نظر (۵) نفر از اساتید دانشگاه از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار است، در مرکز مشاوره طنین تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. در پایان دوره آموزشی، هر دو گروه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. لازم به ذکر است آموزش‌ها به‌صورت رایگان ارائه شد. در همه جلسات، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخ‌گویی به سؤالات و ابهامات در دستور کار قرار گرفت و بسته درمانی توسط متخصص آموزش‌دیده و دارای اشراف کامل نسبت به روش مداخله، زیر نظر اساتید راهنما و مشاور با مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی اجرا گردید. هم‌چنین، برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پس‌آزمون و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله هیجان‌محور قرار گرفتند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون‌های شاپیرو ویلک و تحلیل کواریانس چندمتغیری و نرم‌افزار SPSS 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت **جدول(۱)**.

مقیاس حساسیت اضطرابی: پرسشنامه حساسیت اضطرابی فلوید و همکاران (۱۸) تجدیدنظر شد. این پرسشنامه به‌صورت خود گزارش‌دهی است که (۱۶) گویه دارد و براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) است. این پرسش‌نامه بر پایه تفسیرهای منفی و سوگیرانه افراد از مواجهه با محرک‌های مرتبط با اضطراب و تغییرات فیزیولوژیکی و بدنی ناشی از آن استوار است. براساس روش تحلیل نمره‌های به‌دست آمده را جمع کرده و سپس براساس **جدول (۲)** قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به‌طور مثال شما (۱۰) پرسشنامه داشته باشید باید امتیازهای زیر را ضربدر (۱۰) کنید. دامنه نمرات این پرسش‌نامه بین (۱۶) تا (۸۰) است (۱- نمره بین (۱۶) تا (۲۶): میزان حساسیت اضطرابی در حد پایینی است. ۲- نمره بین (۲۶) تا (۳۳): میزان حساسیت اضطرابی در حد متوسطی است. ۳- نمره بالاتر از (۳۳): میزان حساسیت اضطرابی در حد بالایی است). پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ بین (۰/۸۰) تا (۰/۹۰) گزارش شده است (۱۹)، پایایی مقیاس حساسیت اضطرابی در ایران با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۸۷) به‌دست آمد (۲۰).

مقیاس فراهیجان: توسط میتمانسگروبر و همکاران (۲۱) تدوین شده است. پرسشنامه فراهیجان برای سنجش مؤلفه‌های

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

جدول (۱): خلاصه محتوای جلسات آموزشی براساس درمان متمرکز بر هیجان(۱۷)

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی و برقراری رابطه درمانی، بررسی انگیزه و انتظار افراد از شرکت در درمان، ارایه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌محور، آشنایی اولیه با مشکلات، اجرای پیش‌آزمون
دوم	ایجاد همدلی، ایجاد اتحاد درمانی بین مراجع و درمانگر در مورد اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان، یافتن درکی روشن از بیماری ام اس در افراد، تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که افراد، چرخه تعاملی منفی خود را آشکار کنند، ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی، آشنایی با اصول درمان هیجان‌محور و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری. ورزش یخ‌شکن
سوم	پرورش محیطی امن و خلق اعتماد، تشویق مراجعین به بیان ترس‌های خود در رابطه با بیماری ام اس (مانند ترس از طرد شدن؛ ترس از گفتن عیب‌ها و نقایص جسمی ناشی از بیماری ام اس، ترس از گفتن مسائل و مشکلات خود در زمینه بیماری)، ایجاد مهارت در دست‌یابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند، تمرکز بیشتر بر هیجانات، نیازها و ترس‌های دلبستگی، اعتباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات دلبستگی آن‌ها، تمرکز بر هیجانات ثانوی که در چرخه تعاملی آشکار می‌شوند و کاوشگری در آن‌ها برای دست‌یابی به هیجانات زیربنایی و ناشناخته، بحث در مورد هیجانات اولیه، پردازش آن‌ها و بالا بردن آگاهی افراد از هیجانات اولیه و شناخت‌های داغ
چهارم	ارزیابی دلبستگی و صمیمیت، یافتن موانع درونی و بیرونی، صمیمیت و ره‌گیری‌های هیجانی در افراد، تحلیل حالت‌های هیجانی، قاب‌گیری مجدد مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی، آموزش و آگاهی دادن در مورد تأثیر ترس و مکانیزم‌های دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه در بافت و زمینه دلبستگی
پنجم	دست‌یابی به هیجان‌های شناخته نشده نهفته در موقعیت‌های تعاملی و شناسایی احساسات اولیه و ثانویه افراد
ششم	تشدید تجربه‌های هیجانی، افزایش تمایل به درگیری و رویارویی هیجانی با ترس‌های مرتبط با بیماری، افزایش پاسخ‌گویی به افراد برای بازگویی احساسات نهفته و نیازهای دلبستگی شکل داده شده
هفتم	افزایش شناسایی نیازها و جنبه‌هایی از خود که انکار شده، افزایش آگاهی به خود، درگیرشدن و پذیرش آسیب‌ها و صدمات و ترس‌های مرتبط با بیماری ام اس، ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند، جلب توجه افراد به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، آموزش بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش مهارت پذیرش تجربه تصحیحی
هشتم	کاوش مشکلات و موضوعات قدیمی تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها، تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات و التیام جراحات با استفاده از همدلی و تحکیم موقعیت‌های جدید و چرخه تعاملی مثبت. آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر فرد در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات فرد و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها
نهم	یادگیری مبنی بر این‌که هیجان‌هایی که به تازگی آشکار شده اعتماد کرده و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند. تسهیل بیان نیازها، خواسته‌ها، انتظارات و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجارب هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن
دهم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین افراد و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی، ایجاد مهارت پردازش هیجان‌های اولیه مرتبط با بیماری که در مراحل قبلی شناسایی شده‌اند
یازدهم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند. جلب توجه مراجعین به شیوه تعامل با دیگران و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی
دوازدهم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است، شکل‌گیری مهارت رابطه بر اساس یک پیوند ایمن به‌گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌ها آسیبی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون بر روی گروه

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

فراهیجان ساخته شده است. این پرسشنامه (۲۸) آیتم دارد و هر آزمودنی به این آیتم ها به‌صورت لیکرت شش درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۶) پاسخ می‌دهد. این پژوهشگران مقیاس را شامل شش مؤلفه خشم، شرم، کنترل خشونت و فرونشانی (فراهیجان‌های منفی) و شفقت و علاقه (فراهیجان‌های مثبت) گزارش نمودند. گویه‌های این پرسشنامه عبارتند از: خشم (۳، ۵، ۱۵، ۲۷)؛ شرم/حقارت (۱۲، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۱)؛ مهار شدید (۱، ۶، ۸، ۱۹، ۲۶)؛ فرونشانی(۲۵، ۱۰)؛ شفقت (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۲۲، ۲۴) و علاقه (۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۳، ۲۸). در این پرسشنامه دامنه نمره برای فراهیجان مثبت بین (۱۲-۷۲) و در فراهیجان منفی بین (۱۶-۹۶) به‌دست می‌آید. هرچه نمره دریافت شده بالاتر باشد، نشان‌دهنده بالابودن آن مؤلفه در فرد است. پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ (۰/۸۷) ارزیابی شده است **(۲۱)**. پایایی این آزمون در ایران (۰/۷۸) و ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه شخصیت نئو و مقیاس عواطف مثبت و منفی، مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه فراشناخت معنی‌دار گزارش شده است**(۲۲)**.

روش آنالیز داده‌ها: تجزیه و تحلیل اطلاعات با کمک رایانه و نرم افزار آماری(SPSS 22) انجام شده است. داده‌های گردآوری شده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون در (SPSS) وارد شده و آزمون‌ها نمره‌گذاری شده‌اند. سپس آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی توزیع داده‌ها انجام شده است. در مرحله بعدی آمار توصیفی بررسی و سپس آزمون کوواریانس چند متغیره اعمال شد. برای بررسی دقیق‌تر داده‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی بهره گرفته شد.

■ یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی در پژوهش حاضر نشان داد در گروه آزمایش (۴۰) درصد از شرکت‌کنندگان (۳۰) تا (۴۰) سال، (۴۶/۶۶) درصد (۴۱) تا (۵۰) سال، (۱۳/۳۳) درصد (۵۱) تا (۶۰) سال و در گروه کنترل (۳۳/۳۳) درصد از شرکت‌کنندگان (۳۰) تا (۴۰) سال، (۴۶/۶۶) درصد (۴۱) تا (۵۰) سال و (۲۰)درصد (۵۱) تا (۶۰) سال قرار داشتند. هم‌چنین، میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش (۳/۶۵ ± ۴۲/۶۸) سال و در گروه کنترل (۲/۸۹ ± ۴۴/۵۴) سال بود. همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سن (P=۰/۴۲۷)، وضعیت تأهل (P=۰/۲۳۳)، سطح تحصیلات (P=۰/۴۵۸) و مدت زمان بروز بیماری (P=۰/۳۷۴)، تفاوت آماری مشاهده نشد.

داده‌های مربوط به متغیر وابسته حساسیت اضطرابی و فراهیجان در پس‌آزمون و پیش‌آزمون با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در **جدول (۲)** گزارش شده است.

با توجه به **جدول (۲)**، بین میانگین زیرمؤلفه‌های حساسیت اضطرابی و فراهیجان در دو گروه درمان هیجان محور و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت‌های وجود دارد، اما این‌که این تفاوت‌ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما پوشیده است. از این رو جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده و قبل از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش توسط آزمون شاپیرو- ویلک تأیید شد (P>۰/۰۵). هم‌چنین، بر طبق آزمون لوین با توجه به مقدار (P) به‌دست آمده برای متغیرهای پژوهش، همگنی واریانس خطا در دو گروه مورد بررسی نیز تأیید شد. نتایج آزمون امباکس (Box's M) جهت بررسی همگنی ماتریس کوواریانس در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵). از این رو می‌توان گفت که در پژوهش حاضر، فرض همگنی ماتریس کوواریانس در متغیرهای مورد بررسی در گروه آزمایش و کنترل رعایت شده است. نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون با مقدار F=۲/۵۸۱ و P=۰/۱۴۳، تعامل بین شرایط آزمایش و متغیر وابسته معنی‌دار نیست. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمرات حساسیت اضطرابی و فراهیجان در مراحل پس آزمون و پیش‌آزمون در **جدول (۳)** ارائه شده است.

با توجه به نتایج **جدول (۳)** تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱). به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان هیجان‌محور نمرات ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران را در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش داده است. میزان تأثیر برای ترس از نگرانی‌های بدنی (۰/۸۶۵)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۰/۶۶۹) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۰/۴۶۹) است. بدین معنی که (۸۶/۵) درصد از تغییرات میانگین نمرات متغیر ترس از نگرانی‌های بدنی، (۶۶/۹) درصد ترس از نداشتن کنترل شناختی و (۴۶/۹) درصد ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران در مرحله پس‌آزمون ناشی از درمان هیجان‌محور است. همچنین تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های فراهیجان مثبت و منفی در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

جدول (۲): شاخص‌های توصیفی متغیر حساسیت اضطرابی به تفکیک دو گروه مورد مطالعه

متغیر	مرحله	گروه کنترل		گروه درمانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس از نگرانی‌های بدنی	پیش‌آزمون	۲۹/۴۰	۷/۱۱	۲۹/۳۳	۷/۴۳
	پس‌آزمون	۳۲/۴۶	۳/۱۲	۱۲/۹۳	۴/۹۹
ترس از نداشتن کنترل شناختی	پیش‌آزمون	۱۲/۸۰	۱/۸۱	۱۳/۲۰	۱/۷۴
	پس‌آزمون	۱۲/۲۶	۲/۰۵	۷/۶۱	۱/۹۹
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	پیش‌آزمون	۱۱/۶۶	۱/۸۱	۱۱/۴۱	۲/۱۳
	پس‌آزمون	۱۰/۸۰	۱/۶۱	۸/۴۱	۱/۱۸
فراهیجان‌های مثبت	پیش‌آزمون	۴۹/۴	۶/۳۱	۴۸/۶۶	۷/۳۱
	پس‌آزمون	۴۶/۷۳	۷/۶۱	۷۲/۶۰	۱۵/۱۳
فراهیجان‌های منفی	پیش‌آزمون	۴۶/۸	۱۸/۰۳	۵۱/۴۶	۲۲/۶۱
	پس‌آزمون	۳۹/۲	۸/۳۵	۱۹	۴/۴۱

جدول (۳): تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی حساسیت اضطرابی و فراهیجان در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیش‌آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
ترس از نگرانی‌های بدنی	پیش آزمون	۲۹/۲۶۶	۱	۲۹/۲۶۶	۱/۶۴۴	۰/۲۰۹	۰/۰۶۲
	گروه	۲۸۲۰/۶	۱	۲۸۲۰/۶	۱۶۰/۳۶	P<۰/۰۰۱	۰/۸۶۵
ترس از نداشتن کنترل شناختی	پیش آزمون	۶/۳۸۱	۱	۶/۳۸۱	۱/۹۵۷	۰/۱۷۴	۰/۰۷۳
	گروه	۱۶۵/۰۸۹	۱	۱۶۵/۰۸۹	۵۰/۶۲۳	P<۰/۰۰۱	۰/۶۶۹
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	پیش آزمون	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۴	۰/۹۵۳	۰/۰۰۰۱
	گروه	۴۴/۵۰۶	۱	۴۴/۵۰۶	۲۲/۰۴۸	P<۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
فراهیجان‌های مثبت	پیش آزمون	۲۴۶/۸۷۳	۱	۲۴۶/۸۷۳	۱/۹۵۹	۰/۱۷۳	۰/۰۷۰
	گروه	۵۳۷۰/۳۰۱	۱	۵۳۷۰/۳۰۱	۴۲/۶۱۵	P<۰/۰۰۱	۰/۶۲۱
فراهیجان‌های منفی	پیش آزمون	۱/۰۹۱	۱	۱/۰۹۱	۰/۰۲۳	۰/۸۸۱	۰/۰۰۱
	گروه	۳۰۶۷/۲۳۸	۱	۳۰۶۷/۲۳۸	۶۴/۴۵۴	P<۰/۰۰۱	۰/۷۱۳

است (P<۰/۰۰۱). بنابراین می‌توان گفت درمان هیجان‌محور نمرات فراهیجان منفی را در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش و نمرات فراهیجان مثبت را افزایش داده است. میزان تأثیر برای فراهیجان مثبت (۰/۶۲۱) و برای فراهیجان مثبت (۰/۷۱۳) به‌دست آمده است. بدین معنی که (۶۲/۱) درصد از تغییرات میانگین نمرات متغیر فراهیجان مثبت و (۷۱/۳) درصد فراهیجان منفی در مرحله پس‌آزمون ناشی از درمان هیجان‌محور است.

با توجه به معناداری تفاوت گروه‌ها در هر دو مرحله برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون بنفرونی استفاده شده که نتایج آن در **جدول(۴)** ارائه شده است.

همان‌طور که در **جدول (۴)** ملاحظه می‌شود، گروه درمانی در هر سه بعد متغیر حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری با گروه کنترل

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

جدول (۴): آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

متغیر	مقیاس	گروه‌ها		اختلاف میانگین	خطا استاندارد	P
حساسیت اضطرابی	**ترس از نگرانی‌های بدنی**	گروه درمان	گروه کنترل	-۱۹/۶۹۹	۱/۵۵۶	P<۰/۰۰۱
	ترس از نداشتن کنترل شناختی	گروه درمان	گروه کنترل	-۴/۷۶۶	۰/۶۷۰	P<۰/۰۰۱
	ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	گروه درمان	گروه کنترل	-۲/۴۷۵	۰/۵۲۷	P<۰/۰۰۱
فراهیجان	**فراهیجان‌های مثبت**	گروه درمان	گروه کنترل	۲۶/۹۴۸	۴/۱۲۸	P<۰/۰۰۱
	فراهیجان‌های منفی	گروه درمان	گروه کنترل	-۲۰/۳۶۶	۲/۵۳۷	P<۰/۰۰۱

داشت. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید شد؛ به‌طوری‌که درمان متمرکز بر هیجان بر حساسیت اضطرابی زنان اثربخشی دارد. از سوی دیگر، گروه درمانی در هر دو بعد متغیر فراهیجان تفاوت معناداری با گروه کنترل داشت. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید شد؛ به‌طوری‌که درمان متمرکز بر هیجان بر فراهیجان زنان اثربخشی دارد. به‌عبارت دیگر نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در مدیریت کردن حساسیت اضطرابی و فراهیجان زنان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس مؤثرند.

■ بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان زنان با بیماری مالتیپل اسکلروزیس اصفهان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مداخله در بهبود حساسیت اضطرابی و فراهیجان زنان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس تأثیر معناداری داشته‌اند. نتایج به‌دست آمده درباره اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر حساسیت اضطرابی زنان همسو با تحقیقات است (۱۴، ۱۵، ۲۳، ۲۴). از این‌رو، اضطراب و وحشت‌زدگی به‌طور عمده از سه ترس بنیادی نشأت می‌گیرد که عبارتند از: ترس از ارزیابی منفی، حساسیت به آسیب یا بیماری و حساست اضطرابی. اما بین این سه مورد حساسیت اضطرابی بیشتر از بقیه مورد توجه قرار گرفته است. حساسیت اضطرابی به‌صورت ترس از اضطراب و حس‌های بدنی مرتبط با آن تعریف شده است. حساسیت اضطرابی که به‌صورت یک سبک شناختی عمل می‌کند و افراد به واسطه آن باور پیدا می‌کنند که علائم اضطرابی و پیامدهای خطرناک آن و این چنین موارد را به همراه دارند. پژوهش‌هایی که درباره این متغیر روانشناخت انجام شد مؤید این مسأله بود که این متغیر علاوه بر بعد شناختی دارای بعد هیجانی و اجتماعی نیز است پس حساسیت اضطرابی بیانگر سبک پاسخ اضطرابی به علائم اضطراب است، این متغیر می‌تواند باعث افزایش آزارندگی علائم و تجربه‌های بدنی بیشتر شود. بالا بودن این مؤلفه در فرد می‌تواند باعث آزار دیدن بیشتر فرد در موقعیت‌های مختلف همچنین بروز بیشتر الگوی رفتاری ناسالم در مواقع وجود اضطراب شود. این مؤلفه روانشناختی به‌ویژه زمانی که با دیگر اختلالات همراه شود می‌تواند تأثیر به مراتب مخرب‌تری را برای فرد و شبکه اجتماعی فراهم آورد. روش‌های درمانی مختلفی برای بهبود حساسیت اضطرابی مورد استفاده قرار گرفته است. امروزه در روند درمان حساسیت اضطرابی مواردی مثل آگاهی هیجانی، بازسازی شناختی و اصلاح و بهبود تجربه هیجانی مورد توجه پژوهشگران است. درمان متمرکز بر هیجان یک درمان نو است که همگی این ویژگی‌ها را داراست و می‌تواند به‌صورت مستقیم بر روی این مؤلفه تأثیرگذار باشد. درمان متمرکز بر هیجان فرد را با هیجاناتش آشنا می‌کند و از طریق آموزش روانی و تجربه هیجانی می‌تواند شناخت و تجربه هیجانی مراجع را بازسازی کند و به افراد بینشی جدید در رابطه با تجربه‌های اضطرابی و همچنین تمایل رفتاری جدید برای مقابله با اضطراب را به افراد دهد. بیان شد که حساسیت اضطرابی دارای سه بعد شناختی، هیجانی و اجتماعی است، این سه بعد دقیقاً در درمان متمرکز بر هیجان تحت درمان، بهبود و بازسازی قرار می‌گیرند.

از سوی دیگر، نتایج به‌دست آمده درباره اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر فراهیجان زنان همسو با تحقیقات (۱۶) است. از این‌رو، فراهیجان به‌عنوان سازمان‌دهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

درباره هیجان‌ها معرفی شده است، یعنی هیجان در مورد هیجان. ابعاد مختلف فراهیجان فرد را قادر می‌سازد که انعطاف‌پذیری بیشتری در برابر وقایع محیطی از خود نشان دهند. فراهیجان همچنین به‌عنوان یک متغیر محافظت‌کننده در نظر می‌گیرد که باعث بهبود روابط اجتماعی و الگوی رفتاری سالم‌تر در مواقع سختی می‌شود. از آنجایی که این مؤلفه روانشناختی متاثر از هیجان است، درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند به‌طور مستقیم برای بهبود آن در نظر گرفته شود. درمان متمرکز بر هیجان نیز با افزایش آگاهی و کنترل هیجانی فرد را در مقابل فشارهای محیطی و درونی مقاوم‌تر می‌کند و از سوی دیگر نیز راه‌های دیگری برای پاسخ به محرک‌ها به فرد می‌آموزد که این خود باعث افزایش انعطاف‌پذیری می‌شود. افرادی که آگاهی هیجان بالاتری دارند فراهیجان بالاتری را تجربه می‌کنند و کمتر با فشارهای زندگی دچار مشکل می‌شوند.

پژوهش حاضر مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی شهر اصفهان، خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش، عدم وجود مرحله پیگیری و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، مواجه بود. پیشنهاد می‌شود از مرحله پیگیری برای بررسی ماندگاری اثر درمان در طول زمان استفاده شود. هم‌چنین، ضمن مطالعه بر روی مردان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، از سایر ابزارها مانند مصاحبه و روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. در نهایت با توجه به آنچه گذشت، می‌توان بیان کرد درمان هیجان محور می‌تواند به‌عنوان یکی از درمان‌های روانشناختی اثربخش و کارآمد برای کاهش حساسیت اضطرابی و فراهیجان‌های منفی و بهبود فراهیجان‌های مثبت بیماران دارای (MS) مورد استفاده قرار گیرد.

■ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان گروهی هیجان‌محور بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان‌های مثبت و منفی زنان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس تأثیر معنی‌دار داشته است. لذا، نتایج پژوهش حاضر ضمن تبیین ضرورت توجه به کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس از طریق مداخلات روان‌شناختی، اهمیت به‌کارگیری درمان هیجان‌محور را متوجه روان‌پزشکان و روان‌شناسان حوزه بیماری‌های خاص می‌کند. این تأثیرگذاری مثبت می‌تواند به ارتقاء شاخص‌های کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران کمک کرده و اثربخشی درمان‌های دارویی و پزشکی را در آ ن‌ها افزایش دهد.

با توجه به این مسأله که بیماری مالتیپل اسکلوزیس به‌عنوان یک بیمار مزمن و چندعاملی محسوب می‌شود به پژوهشگران علاقه‌مند در این حوزه توصیه می‌شود که در پژوهش‌های بعدی در کنار متغیرهای روانشناختی به نقش متغیرهای شناختی، هیجانی و عصب روانشناختی در سیر، درمان و پایداری وضعیت این بیماری در قالب مطالعات مدل‌سازی معادلات ساختاری و آزمایشی بپردازند. در نهایت، از آنجایی‌که فراهیجان و مدیریت اضطراب و مقابله با آن دارای ساختار چندعاملی هستند، پژوهش‌های آتی می‌تواند با نگاهی عمیق‌تر این متغیرها را بررسی کرده و اثربخشی مداخله‌های روانشناختی در حوزه بیماری مالتیپل اسکلروزیس را ارتقاء دهند.

پیشنهاد می‌شود از مرحله پیگیری برای بررسی ماندگاری اثر درمان در طول زمان استفاده شود. هم‌چنین، ضمن مطالعه بر روی مردان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، از سایر ابزارها مانند مصاحبه و روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین با توجه به نتایج به‌دست آمده توصیه می‌شود درمان متمرکز بر هیجان به‌عنوان درمان مکمل، در کنار درمان دارویی برای کاهش حساسیت اضطرابی و فراهیجان‌های منفی جهت ارتقاء سلامت روان، کیفیت زندگی و افزایش سرمایه عاطفی افراد مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس مورد استفاده قرار گیرد.

■ تشکر و قدرانی

پژوهشگران این مطالعه، از زنان مبتلا به بیماران مالتیپل اسکلروزیس به جهت مشارکت صبورانه در اجرای مطالعه حاضر، از اساتید و مسؤولین کلینیک به دلیل صبر و همکاری در اجرای پرسش‌نامه‌ها و برنامه درمانی به جهت همکاری در فراهم نمودن مکان و امکانات اجرای پژوهش، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌نمایند.

■ ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده نخست پژوهش در رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد واحد نایین با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.245 استخراج شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

References

1. Reich DS, Lucchinetti CF, Calabresi PA. Multiple Sclerosis. N Engl J Med. 2018; 378(2): 169-80.

2. Silveira C, Guedes R, Maia D, Curral R, Coelho R. Neuropsychiatric Symptoms of Multiple Sclerosis: State of the Art. Psychiatry Investig. 2019; 16(12): 877-88.

3. Brenner P, Piehl F. Fatigue and depression in multiple sclerosis: pharmacological and non-pharmacological interventions. Acta Neurol Scand. 2016; 134 Suppl 200: 47-54.

4. Podda J, Messmer Uccelli M, Tacchino A, Pedullà L, Monti Bragadin M, Battaglia M, et al. Predictors of Mood Disorders in Parents With Multiple Sclerosis: The Role of Disability Level, Coping Techniques, and Perceived Social Support. International Journal of MS Care. 2022; 24.

5. Paparrigopoulos T, Ferentinos P, Kouzoupis A, Koutsis G, Papadimitriou GN. The neuropsychiatry of multiple sclerosis: focus on disorders of mood, affect and behaviour. Int Rev Psychiatry. 2010; 22(1): 14-21.

6. shokrolahi m, Hashem SE, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. effectiveness of emotion focused therapy on anxiety sensitivity and pain catastrophizing in Patients with chronic pain and alexithymia. Journal of Nursing Education. 2023; 11(3): 46-56.

7. Zvolensky MJ, Schmidt NB, Bernstein A, Keough ME. Risk-factor research and prevention programs for anxiety disorders: a translational research framework. Behav Res Ther. 2006; 44(9): 1219-39.

8. Kang N, Jiang Y, Ren Y, Gong T, Liu X, Leung F, et al. Distress Intolerance Mediates the Relationship between Child Maltreatment and Nonsuicidal Self-Injury among Chinese Adolescents: A Three-Wave Longitudinal Study. J Youth Adolesc. 2018; 47(10): 2220-30.

9. Ojala M. Safe spaces or a pedagogy of discomfort? Senior high-school teachers' meta-emotion philosophies and climate change education. The Journal of Environmental Education. 2021; 52(1): 40-52.

10. Deckert M, Schmoeger M, Auff E, Willinger U. Subjective emotional arousal: an explorative study on the role of gender, age, intensity, emotion regulation difficulties, depression and anxiety symptoms, and meta-emotion. Psychol Res. 2020; 84(7): 1857-76.

11. Merchant E, Borders L. Attachment, Parental Meta-Emotion, and Emotion Regulation in Adoptive Mother–Child Dyads. The Family Journal. 2019; 27: 106648071987197.

12. Soltani D, Tabatabaeinejad FS. The Effect of Emotion-Based Therapy on the Emotional Capital of Women with Social Anxiety. Family Pathology. 2021; 7(1): 1-28.

13. Farsi M, Rezaei AM, Poursadegh Fard M. The Effectiveness of Emotion Focused Group Therapy (EFT) on Rumination and Emotional Expression in Patients with Multiple Sclerosis. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS). 2024; 5(1): 124-32.

14. Shokrolahi M, Hashemi SE, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. 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. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2022; 19(4): 739-52.

15. Akhoundi F, Toozandehjani H, Zendehdel A. The effectiveness of skills training based on emotion-oriented approach on anxiety sensitivity and emotion control of women affected by extramarital relationships. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2022; 11(10): 129-38.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

16. Zadhasan Z, Kazemian moghadam K. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on positive emotion, marital intimacy and personality abilities of elderly women. Applied Family Therapy Journal (AFTJ). 2023; 4(2): 488-502.

17. Greenberg LS, Goldman RN. Clinical handbook of emotion-focused therapy. First edition ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2019.

18. Floyd M, Garfield A, LaSota M. Anxiety sensitivity and worry. Personality and Individual Differences - PERS INDIV DIFFER. 2005; 38: 1223-9.

19. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behav Res Ther. 1986; 24(1): 1-8.

20. Moradi Manesh F MS, Gudarzi MA & Mohammadi N. Investigating the psychometric properties of the Revised Anxiety Sensitivity Index (ASIR) Journal of Psychology. 2007; 11(4): 446-26.

21. Beck T, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. Personality and Individual Differences. 2009; 46: 448-53.

22. Rezaei N, Parsaei I, Nejati E, Nik Amal M & Hashemi Razini S. Psychometric properties of students' overexcitement scale. Journal of Psychological Research. 2014; 6(23): 111-24.

23. Nargasi F FAA, Davoudi I & Ashrafi E. The effectiveness of integrated transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in people with obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychological Achievement. 2019; 26(2: 22): 66-49.

24. Sepas L SDAKA. Determining the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on anxiety sensitivity, physical complaints and coping strategies in 30-45-year-old female patients with multiple sclerosis (MS). . Journal of Disability Studies. 2022; 12(72): 1-9.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]

Nursing Management
Quarterly Journal of Nursing Management Vol 13, No 1, 2024

The Effects of Emotion-Focused Therapy on Anxiety Sensitivity and Over -Emotion in Women with Multiple Sclerosis (MS) in Isfahan

Fatemeh Ahmadi Katayouncheh, Hasan KhoshAkhlagh

Introduction: Multiple Sclerosis (MS), as a chronic illness, leads to psychological issues such as stress, anxiety, depression, and other mental health problems due to its sudden onset and poor prognosis.

Aim: This study aimed to examine the effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) on anxiety sensitivity and metacognition in women with Multiple Sclerosis.

Material & Methods: The research utilized a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The statistical population included all women with Multiple Sclerosis in Isfahan during the first half of 2020. A sample size of 30 women with MS were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group (n = 15) and a control group (n = 15). Data were collected using the Anxiety Sensitivity Index (ASI) by Floyd (2005) and the Metacognition Questionnaire by Mitmansgruber (2009). The experimental group received Emotion-Focused Therapy based on the protocol by Greenberg and Goldman (2019) in 12 sessions, each lasting 60 minutes. Data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results: The mean and standard deviation of age in the experimental group was 42.68 ± 3.65 years and in the control group was 44.54 ± 2.89 years. The results of Fisher's exact test showed that there was no statistical difference between the experimental and control groups in terms of age (P=0.427), marital status (P=0.233), education level (P=0.458), and duration of disease (P=0.374). The results of analysis of covariance indicated that Emotion-Focused Therapy significantly reduced anxiety sensitivity (P< 0.001). Additionally, it was found to significantly decrease negative metacognition (P < 0.001).

Conclusion: Based on the findings, specialists, researchers, and therapists in this field can utilize Emotion-Focused Therapy as an effective treatment option to improve anxiety sensitivity and metacognition in patients with Multiple Sclerosis.

Key words: anxiety sensitivity, metacognition, emotion-focused therapy, multiple sclerosis

Ahmadi Katayouncheh F.
Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Naein Branch, Naein, Iran

Corresponding author:
KhoshAkhlagh H.
Associate Professor, Department of psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
Address:
khoshakhlagh_h@yahoo.com

Article info:
Received: 2024/06/29
Accepted: 2024/08/18
Published: 2024/12/20

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-05]