مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۳، دی ۱۴۰۳، ۹۳۱-۹۱۸

تدوین و اعتباریابی پروتکل درمان شناختی رفتاری هیجان مدار مبتنی بر مدل اسپارس: یک مطالعه توصیفی

محمدحسن شاملی[۱]، احمد برجعلی[۲]، ابوالقاسم عیسی مراد رودبنه [۳]، افروز افشاری[۴]، محمد عسگری[۵]

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۱۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۳/۰۹/۰۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۳/۱۰/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: در دهه‌های اخیر، پروتکل‌های زیادی ذیل رویکرد شناختی رفتاری معرفی شده‌اند. عموم این رویکردها ضمن حفظ مفروضات اصلی رویکرد شناختی، به هیجان توجه بیشتری معطوف داشته‌اند. اما هیچ‌کدام بر مبنای مدل هیجانی محکمی نبوده‌اند. پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی پروتکل درمان شناختی رفتاری بر مبنای مدل هیجانی اسپارس انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی و بر مبنای نظری و شواهد پژوهشی مبتنی بر مدل هیجانی اسپارس تدوین شده است. پروتکل درمانی مذکور در ۱۲ جلسه طراحی و روایی آن بر اساس نظر۱۰ نفر از متخصصین ارزیابی شده است. داده‌ها با استفاده از ضریب تأثیر (**Impact Score**)، شاخص روایی محتوا (**Content validity index; CVI**) و ضریب نسبت روایی محتوا (**Content Validity Ratio; CVR**) تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان امتیاز تأثیر جلسات بالاتر از ۱/۵ و حداقل شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا هرکدام ۰/۸ به دست آمد که از حداقل میزان قابل قبول در سطح معناداری ۰/۰۵ بالاتر است.

نتیجه‌گیری: روایی صوری و محتوایی پروتکل درمان شناختی رفتاری هیجان مدار مبتنی بر مدل اسپارس، بر اساس ارزیابی متخصصین، مورد تأیید می‌باشد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، این پروتکل را می‌توان برای افراد دارای اختلال‌های هیجانی به کار برد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار، مدل اسپارس، تدوین پروتکل

ارجاع: شاملی مح، برجعلی ا، عیسی مراد رودبنه ا، افشاری ا، عسگری م. تدوین و اعتباریابی پروتکل درمان شناختی رفتاری هیجان مدار مبتنی بر مدل اسپارس: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۳، دوره ۲۳ شماره ۱۰، صفحات: ۹۳۱-۹۱۸.

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی‌بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی،تهران، ایران
۲- (نویسنده مسئول): استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
تلفن: ۰۲۱-۴۸۳۹۳۲۴۰، پست الکترونیکی: borjali@atu.ac.ir
۳- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۴- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
۵- دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

مقدمه

امروزه درمان شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) به عنوان نیروی برجسته در عرصه روان‌درمانی، در بیشتر جهان چنان گسترش یافته است که تعریفی روشن از آن دشوار است. رویکرد شناختی-رفتاری یک مدل واحد از مداخلات درمانی نیست (۱)، بلکه نظریه‌ها، مدل‌ها و تکنیک‌های گوناگونی در زیر چتر بزرگ خانواده CBT قرار می‌گیرند که برخی تأکید بیشتری بر محتوای شناختی (شناخت‌درمانی و درمان عقلانی-عاطفی)، برخی بر رفتار و پیامدهای آن (درمان فعال‌سازی رفتاری)، برخی تأکید بر روی نحوه ارتباط فرد با افکار خود (درمان پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، درمان فراشناختی) و برخی نیز تأکید بر تنظیم هیجان و کسب مهارت (رفتار درمانی دیالکتیکی) داشته‌اند (۲-۳).

رویکردهای مبتنی بر CBT برای هر اختلال، پروتکل‌های ویژه‌ای تدوین کرده که اثربخش بوده و منجر به افزایش درمان های مبتنی بر شواهد برای تشخیص‌های خاص شده است (۶-۴). به همین دلیل پیشرفت‌های اخیر در فهم وابستگی هیجان، فکر و رفتار در کنار تکامل مداوم دانش بالینی، پژوهشگران و درمانگران را به سمت استفاده از رویکردهای درمانی که شامل تجربه هیجانی اصلاحی هستند، سوق داده است (۸-۷). لذا در دهه‌های اخیر نیز عموم رویکردهایی که در ذیل پرچم شناختی-رفتاری قرار دارند از درمان‌های موسوم به موج سوم گرفته تا درمان‌های فراتشخیصی، همگی به نقش هیجان توجه بیشتری داشته‌اند (۱۳-۹). برای نمونه می‌توان به پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی اشاره کرد که توسط Barlow و همکارانش معرفی شده است. این پروتکل برای پرداختن به طیف کاملی از اختلالات هیجانی کاربرد داشته که با هدف قرار دادن ویژگی‌های خلق و خویی به ویژه روان‌رنجوری و بدتنظیمی هیجانی، عمل می‌کند (۱۴).

علی‌رغم این پیشرفت‌ها، یکی از مشکلات درمان‌های شناختی-رفتاری و سایر درمان های جدیدی که برای مقابله با اختلال‌های هیجانی طراحی شده‌اند، نداشتن نظریه هیجان است و به نوعی در این رویکردها همیشه هیجان‌ها پدیده مسلمی فرض شده‌اند که صرفاً بر اساس نظام‌های طبقه بندی غیر نظری از قبیل نظام راهنمای تشخیصی و طبقه بندی انجمن روان پزشکی آمریکا (Association American Psychiatric) در نظر گرفته می‌شدند (۱۵). به همین دلیل Power و Dalgleish طی یک دهه پژوهش، مدلی را ارائه کردند که بر اساس رویکردهای شناختی نوین به هیجان استوار بوده و شامل انواع مختلف سیستم‌های بازنمایی و پردازشی است که به صورت مخفف با عنوان مدل اسپارس (SPAARS) نام گذاری شده است (۱۶).

این مدل بر اساس گفته طراحانش جنبه‌های مثبت نظریه های چندسطحی و برجسته قبلی خود مانند Leventhal و Scherer و هم‌چنین Teasdale و Barnard را در مدل خود لحاظ کرده تا به مدلی جامع و دقیق در خصوص هیجان برسد (۱۷-۱۸). این مدل به خوبی می‌تواند ضمن پرداختن به کلیات رویکرد های شناختی قبلی، مطالعات جدید در حوزه هیجان را نیز پوشش دهد. این مدل هیجانی یک رویکرد چند سطحی به هیجان داشته و براساس تعامل سیستم‌های قیاسی (Analogical)، گزاره‌ای (Propositional)، طرح واره‌ای (Schematic)، و پیوندی (Associative) دو مسیر برای هیجان مطرح می کند.

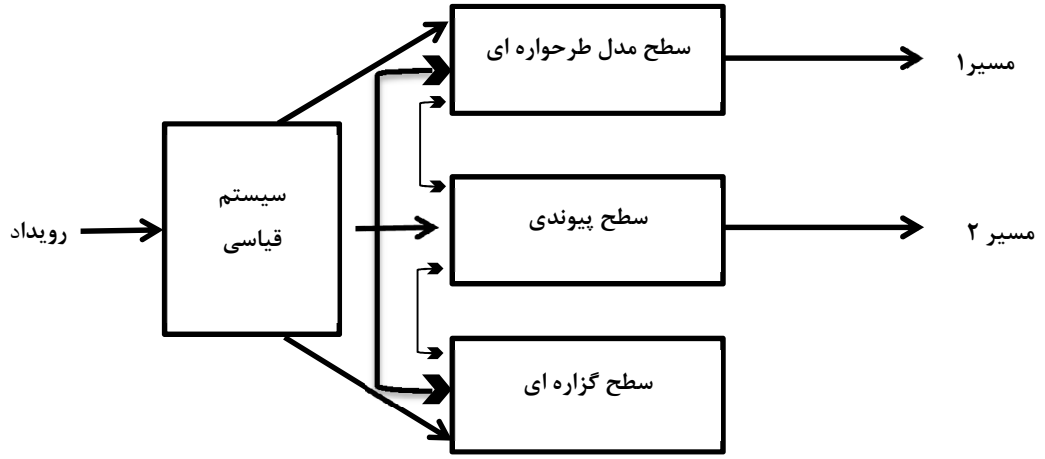
در این مدل، سیستم قیاسی به مجموعه‌ای از سیستم‌های حسی خاص اطلاق می‌شود که شامل سیستم‌های بینایی، شنوایی، چشایی، بویایی، لامسه و حرکتی است. سیستم پیوندی هم معمولاً به صورت خودکار و خارج از آگاهی عمل می‌کند و شامل نقاط شروع ذاتی برای هیجان و سایر سیستم‌هایی است که در طول زمان بر اساس مکانیزم‌های یادگیری پیوندی توسعه می‌یابند. سیستم گزاره‌ای هم برخلاف درمان شناختی سنتی مستقیماً باعث

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

ایجاد هیجانات نمی‌شود؛ بلکه برای تولید هیجان، گزاره‌ها باید از طریق سیستم پیوندی یا سیستم مدل طرح‌واره‌ای پردازش شوند تا هیجان تولید شود. و نهایتا سیستم طرح‌واره‌ای که یک سیستم سطح بالا بوده که در آن مدل‌های پویا و همیشه در حال تغییر از خود و جهان ساخته می‌شود و کنترل اجرایی کلی را فراهم می‌کند. به این ترتیب این چهار سیستم با هم ترکیب شده تا دو مسیر برای هیجانات تولید کنند (۱۶). این مدل به صورت کلی در شکل ۱ مشخص شده است.



شکل۱- مدل اسپارس

بنابراین پژوهش حاضر به دنبال ارائه پروتکل شناخت‌درمانی هیجان مداریست که بر خلاف رویکردهای قبل که فاقد یک نظریه منسجم هیجانی هستند، مبتنی بر یک مدل هیجانی منسجم به نام مدل اسپارس است؛ در این مدل برای هیجان دو مسیر متفاوت در نظر می‌گیرد که یک مسیر، مبتنی بر ارزیابی تلاشگرانه سطح بالا از طریق سیستم مدل طرح واره‌ای و مسیر دیگر، مسیری عمدتاً اتوماتیک است که از طریق سیستم پیوندی عمل می‌کند. ترکیب و تعامل این دو مسیر است که نهایتاً می‌تواند منجر به اختلالات هیجانی از جمله افسردگی شود. مسیر اول همان مسیری است که در رویکردهای شناختی سنتی بر آن تمرکز شده، اما مسیر دوم که خودکار و عموماً خارج از هوشیاری است مغفول مانده که نقدهای مربوط به رویکرد CBT معمولاً متوجه همین بخش است. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پروتکلی است که بر اساس این مدل هیجانی تدوین شده و ضمن استفاده از مفاهیم قبلی، ضعف‌های رویکردهای قبلی را در زمینه هیجان پوشش دهد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی و جامعه آماری پژوهش، تمام متخصصین روانشناسی و مشاوره کشور در سال ۱۴۰۳ می‌باشد که در حال حاضر مشغول روان درمانی بوده و از رویکرد شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند. گروه نمونه هم شامل ۱۰ نفر از متخصصین مربوطه می‌باشد که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. ضمناً این مطالعه با کد اخلاق به شماره IR/ETHICS.2024.78710.1045 در کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی به تصویب رسیده است. پروتکل حاضر برای افراد (نوجوانان و بزرگسالان) دارای اختلال‌های هیجانی (افسردگی و اضطراب) طراحی شده اشت. پژوهش در دو مرحله انجام شده است. در مرحله اول پروتکل مورد نظر تدوین و درمرحله دوم روایی صوری و محتوایی جلسات آن ارزیابی گردید.

در مرحله اول پروتکلی بر اساس مدل اسپارس و کلیات درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار که Power معرفی کرده بود، تدوین

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]
[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

شد. پس از تدوین پروتکل، عناوین، اهداف، محتوا و تکنیک‌های هر جلسه، در اختیار اساتید ناظر بر طرح قرار داده شد تا اصلاحات و بازنگری‌های مورد نظر انجام شود. سپس پروتکل به همراه توضیحاتی در خصوص مدل هیجانی زیربنایی یعنی مدل اسپارس در اختیار گروه نمونه قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا پروتکل را بر اساس مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی ارزیابی نمایند.

در مرحله دوم، پس از تدوین پروتکل، روایی صوری و محتوایی جلسه‌های درمان ارزیابی گردید. به این‌صورت که ابتدا پرسشنامه ۳۶ سؤالی در مورد میزان هماهنگی محتوای پروتکل که شامل هدف، فرآیند و تکنیک‌های پروتکل بود، در اختیار گروه هدف یعنی ۱۰ نفر از روانشناسان و مشاورینی که در حال حاضر مشغول رواندرمانی هستند و با رویکرد شناختی-رفتاری آشنایی دارند، قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا هریک از مراحل پروتکل را ارزیابی و دیدگاه اصلاحی خود را به صورت کتبی ارائه نمایند.

مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی، پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های درمان و خلاصه ساختار درمان به شرح زیر است:

مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی (Criteria for evaluating treatment guidelines): در این پژوهش از بخش‌هایی از مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی که یک مقیاس جامع است استفاده شده است (۱۹-۲۰). این بخش‌ها شامل بخش‌های ۱-۱۵ تا ۵-۱۵، ۱۶، ۱-۱۷ تا ۵-۱۷، ۱-۱۸و۲-۱۸، ۱-۱۹و۵-۱۹، ۲۰ و ۱-۲۱ تا ۴-۲۱ ترجمه و برای ارزیابی در اختیار متخصصین قرار گرفت (۲۱).

پرسشنامه ارزیابی جلسه های درمان: پرسشنامه‌ای با ۳۶ سؤال در مورد ارزیابی جلسه های درمان طراحی شد. برای هرجلسه سه سؤال در نظر گرفته شد: یک سؤال درمورد تناسب اهداف و محتوای هرجلسه با تعریف و فرآیند نظری مربوط به درمان شناختی رفتاری-هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس، سؤال دیگر در مورد تناسب تکلیف‌ها و فعالیت‌های هرجلسه با اهداف جلسه و سؤال سوم نیز در مورد تناسب محتوای هرجلسه با فرآیند تغییر در آن جلسه (۲۲).

ساختار درمان: پروتکل حاضر که بر مبنای مدل هیجانی اسپارس تدوین شده و شامل سه مرحله اتحاد-ارزیابی، مرحله عمل و مرحله پایانی است. تعداد جلسات این پروتکل می‌تواند بر اساس شرایط هر مراجع متغیر باشد، اما مبنای پروتکل بر اساس ۱۲ جلسه تدوین شده است. مراحل سه گانه پروتکل در زیر توضیح داده شده است:

۱- مرحله اتحاد-ارزیابی: این مرحله شامل دو جلسه بوده و با هدف برقراری اتحاد درمانی و ایجاد انگیزه در مراجع و جمع‌آوری اطلاعات مناسب از او انجام می‌شود. بنابراین درمانگر در این مرحله، باید از یک طرف حمایت‌گر باشد و مراجع را به سمت افشاگری‌های مختل کننده سوق ندهد که خطر کناره‌گیری از درمان را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر اطمینان داشته باشد که شرح کاملی از مشکلات فعلی و گذشته مراجع به دست می‌آورد. لذا درمانگر باید تعادلی صحیح بین ارزیابی کامل و کاوش در مسائل دشوار و حساس ایجاد کند. برای همین جلسات اول ضمن جمع‌آوری گستره مناسبی از اطلاعات، به مراجع برای ابراز یا افشای مسائل فشاری وارد نمی‌شود و بیشتر بر تعیین اهداف کلی زندگی و اهداف درمانی، فعال سازی رفتاری و جمع‌آوری اطلاعات براساس مصاحبه و پرسشنامه‌ها تاکید می‌شود.

۲- مرحله عمل: این مرحله جلسات سوم تا یازدهم را در بر می‌گیرد (امکان افزایش جلسات بر اساس شرایط مراجع وجود دارد). این مرحله دارای دو فاز است؛ فاز اول، بر آموزش و آگاهی از هیجانات و مؤلفه‌های تجارب هیجانی تأکید می‌شود. و هدف در این مرحله این است که فرد هیجانات پایه‌ای را بشناسد، با کارکرد آن‌ها آشنا شود و به صورت کلی به مهارت‌های فراهیجانی به معنای آگاهی و درک از هیجان‌های خود و دیگران و همچنین درک شیوه‌ای که مراجع هیجاناتش را تنظیم می‌کند، دست یابد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

فاز دوم بر تجربه هیجانی استوار است و تکنیک‌های فراخوانی هیجان به کار گرفته می‌شود تا بر اساس مدل مفهومی اسپارس، هیجان‌های مشکل ساز شناسایی و تجربه و مسیر هیجانی سالم تر ایجاد گردد.

۳- مرحله پایانی: این مرحله هم یک یا دو جلسه خواهد بود که بر مرور مطالب جلسات گذشته، احساس مراجع در خصوص خاتمه درمان و همچنین چالش‌های آینده متمرکز می‌شود. خلاصه این پروتکل که شامل شرحی از جلسات و تکالیف ارائه شده در هر جلسه است، در جدول ۱ مشخص شده است.

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری هیجان مدار مبتنی بر مدل اسپارس

جلسه	محتوا
اول	توضیح کلی در خصوص زمان و روند جلسات و مرور مسائل مرتبط با رازداری توضیح در خصوص روند کار در جلسه فعلی که شامل ارزیابی و مصاحبه تشخیصی، آشنایی با پروتکل درمانی، و ارائه تکلیف خواهد بود. **تکلیف**: نوشتن اهداف کلی مراجع در زندگی، فهرست مشکلات مراجع، تکمیل نمودار پایش خلق روزانه
دوم	تقویت رابطه و اتحاد درمانی، ایجاد انگیزه جهت ادامه جلسات، تعیین اهداف درمانی، تعیین فعالیت(هایی) جهت بهبود خلق **تکلیف**: تعیین گام‌های مورد نیاز برای اهداف کلی زندگی، تکمیل اهداف درمانی، انجام یک یا دو فعالیت لذت‌بخش تعیین شده در جلسه و بررسی تأثیر آن بر خلق مراجع، تکمیل نمودار پایش خلق روزانه
سوم	شروع آموزش مربوط به مهارت‌های فراهیجانی با تمرکز بر آگاهی از هیجان‌های پایه، کاربرد و ضرورت آن‌ها، پذیرش هیجان‌ها، آشنایی با منطق آگاهی غیرقضاوتی **تکلیف**: تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت هیجانات تجربه شده در طول هفته، تمرین تنفس آگاهانه
چهارم	نام‌گذاری و تفکیک هیجان‌های تجربه شده، پذیرش هیجان‌ها، شناسایی رخدادهای قبل، در حین و بعد از تجربه هیجانی **تکلیف**: تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت تجارب هیجانی همراه با رخدادهای قبل، در حین هیجان و بعد از هیجان، انجام تمرین قدم زدن آگاهانه
پنجم	تمرکز بیشتر بر تجربه هیجانی، معرفی کامل مؤلفه‌های تجربه هیجانی، نحوه تعامل آنها، آموزش نحوه آگاهی از این مؤلفه‌ها **تکلیف**: تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت تجارب هیجانی۲، انجام ذهن آگاهی در هنگام تجربه هیجانی
ششم	توضیح در خصوص تعامل مؤلفه‌های تجربه هیجانی و نحوه تأثیر آن بر هیجان به عنوان راهبردهای تنظیم هیجان، معرفی راهبردهای درونی – بیرونی و کارآمد- ناکارآمد تنظیم هیجان توضیح در مورد رفتارهای هیجانی به عنوان راهبردهای بیرونی تنظیم هیجان (شامل رفتارهایی که برای اجتناب از هیجان انجام می‌شود و رفتارهایی که ناشی از هیجان است) **تکلیف**: مطالعه جزوه مربوط به رفتارهای اجتنابی و مبتنی بر هیجان، شناسایی و ثبت راهبردهای رفتاری تنظیم هیجان
هفتم	توجه به مفهوم تفکر به عنوان یکی از مؤلفه های تجربه هیجان توضیح نحوه تأثیر تفکر بر هیجان تجربه شده معرفی تله‌های فکری به عنوان راهبردهای درونی و ناکارآمد تنظیم هیجان **تکلیف**: مطالعه جزوه مربوط به افکار، پر کردن جدول راهبردهای تنظیم هیجان
هشتم	مرور مطالب قبلی، شناسایی هیجان‌های مشکل ساز، شناسایی باورها، بازداری‌ها و هیجان‌های جفت شده، توضیح روند و اهمیت فراخوانی هیجان‌ها **تکلیف**: تکمیل کاربرگ مربوط به داستان هیجانی ۱
نهم تا یادزهم	فراخوانی هیجان، بیان نمادین هیجان و دسترسی به هیجان های بازداری شده، تأیید تجربه هیجانی مراجع، پذیرش نیازهای مراجع، تسهیل دسترسی به پاسخ های هیجانی سالم تر **تکلیف**: تکمیل کاربرگ مربوط به داستان هیجانی ۲
دوازدهم (پایانی)	مرور مفاهیم کلیدی درمان- بررسی احساسات فعلی مراجع به خصوص نسبت به پایان یافتن جلسات، آمادگی برای استفاده از مطالب جلسات برای چالش‌های آینده زندگی **تکلیف**: مرور جزوه مربوط به خلاصه جلسات درمانی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها به این صورت عمل شد که در مرحله اول از شاخص روایی محتوا (Content Validity Index; CVI) برای بررسی روایی محتوا به صورت کمی و در مرحله ی دوم برای ارزیابی روایی صوری از ضریب تأثیر و برای ارزیابی روایی محتوا از دو ضریب نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio; CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده گردید (۲۱).

درمورد ارزیابی صوری به صورت کمی که با تعیین ضریب تأثیر (Impact score) انجام شد، از گروه هدف خواسته شد تا گویه‌های مربوط به هر جلسه را بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (کاملاً مهم است (۵ امتیاز)- مهم است (۴ امتیاز)- به طور متوسطی مهم است (۳ امتیاز)- اندکی مهم است (۲ امتیاز) و اصلا مهم نیست (۱ امیتاز)) ارزیابی نمایند (۱۹)، حداقل مقدار قابل قبول ضریب تأثیر ۱٫۵می‌باشد (۲۳).

برای بررسی روایی محتوا به روش کمی از دو شیوه استفاده گردیده است؛ برای اطمینان از اینکه مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا انتخاب شده است. از شاخص روایی محتوا و برای اطمینان از این که جلسات به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده اند از نسبت روایی محتوا استفاده شده است. به این منظور و برای محاسبه CVR از روش Lawshe استفاده شد (۲۴) که از گروه هدف خواسته شد گویه‌های مربوط به هرکدام از جلسات را براساس سه طیف، ((ضروری است))، ((مفید ولی ضروری نیست)) و ((ضروری نیست)) ارزیابی کنند. بر اساس جدول لاوشه حداقل میزان CVR برای سطح معناداری ۰/۰۵ و برای تعداد ارزیاب ۱۰ نفر، ۰/۶۲ می‌باشد (۲۵). برای ارزیابی CVI بر اساس روش Waltz و Bausel عمل شد که ارزیابان هر جلسه را بر اساس میزان مرتبط بودن، سادگی و وضوح در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (مربوط نیست (۱ نمره)، نسبتاً مربوط است (۲ نمره)، مربوط است (۳ نمره) و کاملاً مربوط است (۴ نمره)) نمره گذاری کردند (۲۶). مقدار حداقل قابل قبول برای CVI، برابر ۰/۷۹ می‌باشد (۲۷).

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به متخصصینی که به عنوان نمونه در پژوهش شرکت داشتند در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی متخصصین شرکت کننده در پژوهش در سال ۱۴۰۳ (n=۱۰)

		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۷	۷۰
	زن	۳	۳۰
	جمع	۱۰	۱۰۰
سطح تحصیلات	دکتری	۹	۹۰
	کارشناسی ارشد	۱	۱۰
	جمع	۱۰	۱۰۰
رشته تحصیلی	روانشناسی	۸	۸۰
	مشاوره	۲	۲۰
	جمع	۱۰	۱۰۰
مرتبه علمی	استادتمام	۲	۲۰
	دانشیار	۳	۳۰
	استادیار	۴	۴۰
	سایر	۱	۱۰
	جمع	۱۰	۱۰۰
سابقه درمانگری (به سال)	۱۰-۱۵	۲	۲۰
	۱۵-۲۰	۵	۵۰
	بیش از ۲۰ سال	۳	۳۰
	جمع	۱۰	۱۰۰

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

مقدار شاخص روایی محتوا (CVI) برای مرحله اول پژوهش ۰/۸ به دست آمد که با توجه به اینکه گروه هدف ۱۰ نفر از متخصصین بودند، از حداقل CVI مورد نیاز، یعنی ۰/۷۹ بیشتر بوده و بدین ترتیب روایی در مرحله اول پژوهش تأیید می‌شود (۲۱).

برای بررسی روایی صوری و محتوا در مرحله دوم پژوهش، مقدار ضریب تأثیر، ضریب نسبت روایی و شاخص روایی محتوای مربوط به پرسش‌نامه ارزیابی جلسات درمان در جدول ۳ نشان داده شده است. با توجه به نتایج این جدول حداقل میزان ضریب تأثیر جلسات، ۱/۶ به دست آمده است و از حداقل میزان مورد نیاز یعنی ۱/۵ بیشتر است (۲۳)، به این ترتیب روایی صوری تأیید و مراحل بعدی قابل انجام است. حداقل میزان CVR و CVI برای جلسات نیز، ۰/۸ محاسبه شده است که از حداقل CVR مورد نیاز برای تعداد ارزیاب ۱۰ نفر، یعنی ۰/۶۲ و حداقل CVI مورد نیاز یعنی ۰/۷۹ بیشتر است (۲۷). به این ترتیب می‌توان گفت که پروتکل حاضر، دارای روایی درونی کافی از نظر متخصصین می باشد.

جدول ۳- مقادیر ضریب تأثیر، ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای به دست آمده از پرسشنامه ارزیابی جلسات درمانی شناخت درمانی هیجان مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر اساس نظرمتخصصین روانشناسی و مشاوره ی کشور در سال ۱۴۰۳(n=۱۰)

سؤالات	Impact score	CVR	CVI
۱- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه اول با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۴/۴	۱	۱
۲- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه اول با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۴/۲	۱	۱
۳- تا چه حدی محتوای جلسه اول در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۴/۲	۱	۱
۴- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دوم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۶	۱	۱
۵- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه دوم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۵	۱	۰/۹
۶- تا چه حدی محتوای جلسه دوم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۵	۱	۱
۷- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه سوم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۲	۰/۸	۰/۹
۸- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه سوم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳	۰/۸	۰/۹
۹- تا چه حدی محتوای جلسه سوم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳	۰/۸	۰/۹
۱۰- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه چهارم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۸	۱	۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

۱۱- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه چهارم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۵	۰/۸	۰/۹
۱۲- تا چه حدی محتوای جلسه چهارم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۸	۱	۱
۱۳- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه پنجم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۴	۰/۸	۰/۹
۱۴- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه پنجم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۶	۱	۱
۱۵- تا چه حدی محتوای جلسه پنجم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۴	۰/۸	۱
۱۶- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه ششم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۳	۱	۰/۹
۱۷- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه ششم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۱/۹	۱	۰/۹
۱۸- تا چه حدی محتوای جلسه ششم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۲	۰/۸	۰/۸
۱۹- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هفتم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱/۸	۰/۸	۰/۸
۲۰- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه هفتم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۱/۸	۰/۸	۰/۸
۲۱- تا چه حدی محتوای جلسه هفتم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۱/۶	۰/۸	۰/۸
۲۲- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هشتم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۵	۱	۱
۲۳- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه هشتم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۹	۰/۸	۰/۹
۲۴- تا چه حدی محتوای جلسه هشتم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۳	۱	۱
۲۵- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه نهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۳	۱	۱
۲۶- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه نهم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۹	۰/۸	۰/۹
۲۷- تا چه حدی محتوای جلسه نهم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۶	۰/۸	۰/۹

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

۲۸- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۳	۱	۱
۲۹- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه دهم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۹	۰/۸	۰/۹
۳۰- تا چه حدی محتوای جلسه دهم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۶	۰/۸	۰/۹
۳۱- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه یازدهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۳	۱	۱
۳۲- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه یازدهم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۲/۹	۰/۸	۰/۹
۳۳- تا چه حدی محتوای جلسه یازدهم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۶	۰/۸	۰/۹
۳۴- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دوازدهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ، اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۵	۱	۱
۳۵- تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه دوازدهم با محتوای جلسه از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۱	۰/۹	۰/۹
۳۶- تا چه حدی محتوای جلسه دوازدهم در فرآیند تغییر در درمان از نظر اهمیت، ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳/۲	۱	۱

بحث

هدف پژوهش حاضر تدوین و اعتباریابی پروتکل درمانی شناختی رفتاری هیجان مدار مبتنی بر مدل اسپارس بود که برای مداخله در مورد افراد (نوجوانان و بزرگسالان) دارای اختلال های هیجانی کاربرد دارد. در مرحله اول پروتکلی بر اساس مدل اسپارس (۱۶) و کلیات درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار که power معرفی کرده بود (۲۸)، تدوین شد. پس از تدوین پروتکل با راهنمایی اساتید ناظر اصلاحات و بازنگری‌های اولیه انجام شد. سپس پروتکل به همراه توضیحاتی در خصوص مدل هیجانی زیربنایی یعنی مدل اسپارس در اختیار گروه نمونه قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا پروتکل را بر اساس مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی (۲۰-۱۹) ارزیابی نمایند. برای ارزیابی روایی محتوا به صورت کمی از CVI استفاده شد که مقدار آن در این مرحله ۰/۸ به دست آمد که از حداقل مورد نیاز یعنی ۰/۷۹ بیشتر بوده و بدین ترتیب روایی محتوای پروتکل مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله دوم نیز ضریب امتیاز، شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا برای همه جلسات درمانی محاسبه شد که از حداقل های مورد نیاز بالاتر بود که نشان می‌دهد تمام جلسات پروتکل از نظر روایی صوری و محتوایی بر اساس نظر متخصصین مورد تأیید بوده است.

در تبیین این نتایج می‌توان در نظر داشت که در حال حاضر مدل‌های جدید در رویکرد شناختی رفتاری بر خلاف دیدگاه اولیه، که معتقد بود شناخت منجر به هیجان می‌شود به تعامل شناخت هیجان و رفتار می‌پردازند. یعنی در این رویکردها هیجان نقش مهم‌تری ایفاء کرده است (۲۹). اما این رویکردها همچنان فاقد مبنای نظری محکم در خصوص هیجان هستند و به نظر می‌رسد که هیجان را پدیده‌ای بدیهی فرض کرده و مداخلات را پیش برده اند. اما در رویکرد پژوهش حاضر به هیجان به طور جدی‌تری

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]
[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

پرداخته شده است و مبنای پژوهش حاضر، مدل هیجانی اسپارس است که بر اساس بیش از یک دهه پژوهش‌های Power و Dalgleish و یک‌پارچه کردن نظریه‌های قبل، ارائه شده است (۱۶). نقش هیجان در این رویکرد را می توان با استعاره اسب و ارابه بهتر توصیف کرد. هیجان مانند اسبی است که ارابه شناخت را به جلو می‌برد. هیجان بدون شناخت همانند اسب بدون ارابه است که بی مقصد حرکت می‌کند و البته شناخت بدون هیجان هم مانند ارابه بدون اسبی است که بی‌حرکت در جای خود مانده و به سمت مقصد پیش نمی‌رود.

مدل اسپارس دو مفهوم کلیدی را مطرح می‌کند: اول اینکه برای تولید هیجان دو مسیر در نظر می‌گیرد، یک مسیر که از سیستم طرح‌واره می‌گذرد و عمدتاً آگاهانه و تلاشمندانه است و مسیر دیگری که از مسیر پیوندی عبور می‌کند و مستقیم و خودکار است. این مسیرها می‌توانند در راستای هم و یا در خلاف هم عمل کنند و هیجانی را بازداری یا تشدید کنند و مفهوم کلیدی دوم، انتخاب هیجان‌های پایه‌ای است. ارائه کنندگان مدل اسپارس، بر اساس طرح Oatley و Laird پنج هیجان غم، خشم، اضطراب، نفرت و شادی را به عنوان هیجان‌های پایه در نظر می گیرند که شروع ذاتی برای رشد اجتماعی-هیجانی را فراهم می کند (۳۰). انواع مختلف هیجان‌های پیچیده از این هیجان‌های پایه نشأت می‌گیرد. که از طریق اتصال هیجان‌ها به هم به وجود می آید. بدین ترتیب و بر اساس این دو مفهوم می‌توان اختلال‌های هیجانی را تبیین نمود. به این معنا که هر اختلال یا مشکل هیجانی بر گرفته از یک یا ترکیبی از هیجان های پایه‌ای است که در مسیر های مختلف تولید هیجان، دچار در هم‌آمیختگی، بازداری یا تشدید شده است. بنابراین می‌توان برای درمان اختلالات هیجانی از این تبیین استفاده کرده و مداخلات مورد نیاز را بر این اساس تدوین کرد.

پروتکل حاضر نیز همین هدف را دنبال کرده و بر اساس مفهوم پردازی حاصل از مدل اسپارس اختلالات هیجانی را هدف قرار می‌دهد. برای این منظور در این پروتکل، ابتدا بر آگاهی از هیجان‌ها و نقش و کاربرد هیجان‌ها در زندگی تأکید شده و راه کارهایی برای شناسایی و تفکیک هیجان‌ها ارئه نموده است. در ادامه آموزش‌هایی برای کسب مهارت‌های فراهیجانی مطرح شده تا افراد بتوانند توانایی خود در درک و ابراز هیجان‌ها را ارتقاء دهند (۲۸). پس از این مرحله است که وارد شناسایی هیجان‌های مشکل ساز در افرادی که دچار اختلال‌های هیجانی هستند، می‌شود. اینکه چه هیجان‌هایی در ایجاد مشکل نقش داشته و از چه مسیری اختلال ایجاد شده است. و نهایتاً امکان تجربه هیجان‌های مشکل ساز و بازداری شده در فضایی امن در جلسه فراهم می‌شود تا سرانجام به ایجاد مسیرهای جایگزین وسالم‌تری برای تولید هیجان منجر شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی می‌باشد و همچنین پروتکل تدوین شده صرفا بر اساس نظر متخصصین ارزیابی گردیده و اثربخشی آن بر روی اختلالات روانی تعیین نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد پروتکل مذکور در کارآزمایی‌های بالینی تصادفی و بر روی طیفی از اختلالات به خصوص اختلالات هیجانی شامل اختلال افسردگی و اضطرابی اجرا شده و اثربخشی آن مورد تحلیل قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

پروتکل درمان شناختی رفتاری هیجان مدار مبتنی بر مدل اسپارس با تأکید بر نقش کارکردی هیجان‌ها، به آموزش مهارت های فراهیجانی مراجعین می‌پردازد تا هیجان‌های خود را بهتر درک و تنظیم کنند و در خصوص هیجان‌های مشکل ساز نیز مفهوم پردازی مناسبی ارائه می‌کند تا بر اساس آن، امکان تجربه هیجان مذکور و ایجاد پاسخ هیجانی سالم تر فراهم شود. بنابراین از این پروتکل می‌توان برای درمان اختلال‌های هیجانی مانند

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

اضطراب و افسردگی استفاده نمود. روایی صوری و محتوایی این پروتکل نیز از نظر متخصصین مورد تأیید قرار گرفت و به این ترتیب می‌توان از این برنامه درمانی در کارآزمایی بالینی کنترل شده و به منظور تعیین اثربخشی آن استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

از اساتید و روان‌درمانگران محترم که در ارزیابی پروتکل شرکت کردند صمیمانه قدردانی می‌گردد.

تعارض در منافع: نویسندگان مقاله اعلام می‌نمایند که در خصوص این مقاله، تضاد منافعی وجود ندارد.

حامی مالی: حمایت مالی برای انجام این پژوهش دریافت نشده است.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه با عنوان (تدوین و اعتباریابی پروتکل درمانی شناختی رفتاری هیجان مدار مبتنی بر مدل اسپارس و تعیین اثربخشی آن بر بهبود عاطفه منفی، اندیشه پردازی خودکشی و کیفیت زندگی نوجوانان افسرده)، در مقطع دکتری، مصوب دانشگاه علامه طباطبائی با کد اخلاق به شماره IR/ETHICS.2024.78710.1045 اخذ شده از کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی است.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده**: محمدحسن شاملی
- **روش کار**: محمدحسن شاملی
- **جمع‌آوری داده‌ها:** احمدبرجعلی، محمدحسن شاملی
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها**: محمدحسن شاملی
- **نظارت**: احمد برجعلی، ابوالقاسم عیسی مراد، افروز افشاری، محمدحسن شاملی
- **مدیریت پروژه**: احمد برجعلی
- **نگارش – پیش‌نویس اصلی**: محمدحسن شاملی، احمد برجعلی، ابوالقاسم عیسی مراد رودبنه، افروز افشاری، محمد عسگری
- **نگارش – بررسی و ویرایش**: محمدحسن شاملی، احمد برجعلی، ابوالقاسم عیسی مراد رودبنه، افروز افشاری، محمد عسگری

References

1. Farchione TJ, Tirpak JGW, Olesnycky OS. The unified protocol: A transdiagnostic treatment for emotional disorders. In A. Wenzel (Ed.), Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches. Washington, American Psychological Association. 2021; pp: 701-30.

2. Leahy R, Martell CR. Philosophical and Historical Foundations. In A. Wenzel (Ed.), Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches. Washington, American Psychological Association. 2021; pp: 3-30.

3. Dobson KS, Dozois DJA. Handbook of cognitive-behavioral therapies. Forth Edition, New York, Guilford Press. 2019; pp: 10-24.

4. Scott AJ, Bisby MA, Heriseanu AI, Salameh Y, Karin E, Fogliati R, et al. Cognitive behavioral therapies for depression and anxiety in people with chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2023; 106: 102353.

5. Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJH. The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annu Rev Clin Psychol* 2019; 15: 207-31.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

6. Balandeh E, Omidi A, Ghaderi A. A Narrative Review of Third-Wave Cognitive-Behavioral Therapies in Addiction. *Addict Health* 2021; 13(1): 52-65.

7. Ecker B, Ticic R, Hulley L. Unlocking the emotional brain: Memory reconsolidation and the psychotherapy of transformational change. Second Edition, New York, Routledge. 2024; pp: 8.

8. Marren C, Mikoška P, O'Brien S, Timulak L. A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clin Psychol Psychother* 2022; 29(5): 1611-25.

9. Hayes SC, Hofmann SG. Third-wave cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry* 2021; 20(3): 363-75.

10. Schaeuffele C, Meine LE, Schulz A, Weber MC, Moser A, Paersch C, et al. A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nat Hum Behav* 2024; 8(3): 493-509.

11. Wilner JG, Dufour S, Kennedy K, Sauer-Zavala S, Boettcher H, Farchione TJ, et al. Quality of Life in Heterogeneous Anxiety Disorders: Changes Across Cognitive-Behavioral Treatments. *Behav Modif* 2020; 44(3): 343-64.

12. Leahy RL. Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *Int J Cogn* 2019; 12(1): 1–4.

13. Greenberg LS, Malberg NT, Tompkins MA. Working with emotion in psychodynamic, cognitive behavior, and emotion-focused psychotherapy. Washington, American Psychological Association, 2019; pp: 53-106.

14. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Murray-Latin H, Ellard KK, Bullis JR, et al.Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Second Edition, New York, Oxford University Press. 2018; pp: 9.

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, Washington DC, American Psychiatric Association. 2022; pp: 5-31.

16. Power M, Dalgleish T. Cognition and emotion: From order to disorder. Third Edition, New York, Psychology Press. 2016; pp: 372-87.

17. Leventhal H, Scherer K. The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy. *Cogn Emot* 1987; 1(1): 3-28.

18. Teasdale J, Barnard P. Affect, cognition and change: Remodeling depressive thought. New York, Psychology Press. 1993; pp: 83-96.

19. American Psychological Association. Criteria for Evaluating Treatment Guidelines.Washington APA; 2021. Available form:http://www.apa.org/ practice/ guidelines/ evaluating. aspx.

20. Hollon D, Miller IJ, Robinson E. Criteria for evaluating treatment guidelines. *Am Psychol* 2002; 57(12): 1052-9.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

21. Zadehmohamadi F, Sohrabi F, Ashrafi E, Shams J. Development and Validation of Cognitive Behavioral Therapy Package Based on Detachment of Emotion and Goal for Adjunctive Psychotherapy of Individuals with Bipolar Disorder: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2021; 19(12): 1277-92. [Farsi]

22. Sabri V, Yaghubi H, Hasani J, Alilou, MM, Ghasemkhanloo A. Development and Validation of Emotional Schema Therapy Protocol for Borderline Personality Disorder: A Descriptive Study. *Developmental Psychology* 2023; 19(74): 225-36. [Farsi]

23. Khaleghi M, Kalantari M, Rezaei M, Akbarzadeh Baghban A. Designing a Moral Distress Questionnaire in Occupational Therapists and Evaluating Its Face and Content Validities. *J Rehab* 2022; 22(4): 430-43. [Farsi]

24. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol* 1975; 28(4): 563-575.

25. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of Measurements in Health Applied Researches. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015; 13(12): 1153-70. [Farsi]

26. Waltz CF, Bausell RB. Nursing research: Design, statistics, and computer analysis. Philadelphia, FA Davis Company. 1981; pp 35-187.

27. Karami A. Familiarity with test making and psychological tests. Tehran, Iran, Psychometric Publications. 2020; pp 50-215. [Farsi]

28. Power MJ. Emotion-Focused Cognitive Therapy. New Jersey, John Wiley & Sons Ltd. 2010; pp: 61-65.

29. Yaghoobian A, Mirza Hosseini H, Zargham Hajebi M.Comparison of the effectiveness of emotion-oriented cognitive-behavioral skills training and test techniques on students' Educational Buoyancy in students with special learning disabilities. *J Learn Disabil* 2021; 11(1): 91-108.[Farsi]

30. Oatley K, Johnson-Laird PN. Towards a cognitive theory of emotions. *Cogn Emot* 1987; 1(1): 29-50.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]

CCBY-NC.4.0 DEED

Development and Validation of Emotion-Focused Cognitive Behavioral Protocol Based on SPAARS Model: A Descriptive Study

Mohamad Hasan Shameli[1], Ahmad Borjali[2], Abolghasem Isamorad[3], Afrooz Afshari,[4] Mohamad Asgari[5]

Received: 05/10/24 Sent for Revision: 24/11/24 Received Revised Manuscript: 11/01/25 Accepted: 12/01/25

Background and Objectives: In recent decades, many protocols have been introduced under the cognitive-behavioral approach. Most of these protocols have paid more attention to emotion while maintaining the main assumptions of the cognitive approach. But none of them were based on a strong emotional model. The present study was conducted with the aim of developing and validating the cognitive behavioral therapy protocol based on the SPAARS model.

Materials and Methods: The present study was descriptive and the protocol was developed based on theoretical foundations and research evidence based on emotional SPAARS model. Protocol has been developed in 12 sessions and its validity evaluated by ten specialists. Data were analyzed by using Impact Score, Content Validity Index (CVI), and Content Validity Ratio (CVR).

Results: The findings showed that the impact score of the sessions was higher than 1.5 and the minimum content validity index and content validity ratio were each 0.8, which is higher than the minimum acceptable level at the significance level of 0.05.

Conclusion: The face and content validity of the emotion-focused cognitive behavioral protocol based on SPAARS model has been confirmed by specialists' evaluation. According to the results of the current study, this protocol can be used for individuals with emotional disorders.

Key words: Cognitive behavioral therapy, Emotion-focused therapy, SPAARS model, developing protocol

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of University of Allameh Tabataba'i approved the study (IR/ETHICS.2024.78710.1045).

Authors' contributions:

- Conceptualization: Mohamad Hasan Shameli

- Methodology: Mohamad Hasan Shameli

- Data collection: Mohamad Hasan Shameli

- Formal analysis: Ahmad Borjali, Mohamad Hasan Shameli

- Supervision: Ahmad Borjali, Abolghasem Isamorad, Afrooz Afshari, Mohamad Hasan Shameli

- Project administration: Ahmad Borjali

- Writing – original draft: Mohamad Hasan Shameli, Ahmad Borjali, Abolghasem Isamorad, Afrooz afshari, Mohamad Asgari

- Writing – review & editing: Mohamad Hasan Shameli, Ahmad Borjali, Abolghasem Isamorad, Afrooz Afshari, Mohamad Asgari

Citation: Shameli MH, Borjali A, Isamorad A, Afshari A, Asgari M. Development and Validation of Emotion-Focused Cognitive Behavioral Protocol Based on SPAARS Model: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2025; 23 (10): 918-31. [Farsi]

1- PhD Student in Clinical Psychology, Dept.of General and Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2- Prof., Dept.of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran Iran, ORCID: 0000-0001-6823-7600

(Corresponding Author) Tel: (021) 48393240, E-mail: borjali@atu.ac.ir

3- Associate Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

4- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

5- Associate Prof., Dept. of Educational Measurement and Assessment, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.10.918]