



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب در خانواده‌های داغ‌دیده در اثر کرونا

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

علی اکبر سلیمی رودسری ^{id}

شهره قربان شیروودی * ^{id}

محمدعلی رحمانی ^{id}

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴ | پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۶ | ایمیل نویسنده مسئول: Sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب در افراد داغ‌دیده در اثر کرونا انجام شد. روش پژوهش: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه‌آزمایی پژوهش، کلیه خانواده‌های داغ‌دیده در اثر کرونا در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در شهرستان چالوس، بود که از بین آنان ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند طبق معیارهای ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) ۱۵ نفری جایگزین شدند. گروه اول ۹ جلسه درمان هیجان‌مدار، گروه دوم ۹ جلسه درمان شناختی- رفتاری دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه‌های اضطراب بک (BAI؛ بک، ۱۹۸۸) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جهت جمع‌آوری داده‌ها توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج نشان دادند که درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب افراد داغ‌دیده مؤثر است و همچنین در مقایسه دو درمان، درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی- رفتاری بر کنترل اضطراب اثربخش‌تر بود ($p < 0/05$). نتیجه‌گیری: از یافته‌های این پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که می‌توان از درمان هیجان‌مدار جهت کنترل اضطراب در افراد داغ‌دیده استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی- رفتاری، اضطراب، کرونا

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۵ پیاپی ۹ | ۴۳۱-۴۱۶

زمستان ۱۴۰۰

(مجموعه مقالات کوید-۱۹)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(سلیمی رودسری، قربان شیروودی و رحمانی،
۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

سلیمی رودسری، علی‌اکبر، قربان شیروودی، شهره، و رحمانی، محمدعلی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب در خانواده‌های داغ‌دیده در اثر کرونا. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۵ پیاپی ۹): ۴۳۱-۴۱۵.

مقدمه

در ماه دسامبر ۲۰۱۹ سازمان بهداشت جهانی^۱، ویروس کرونا^۲ را در شهر ووهان چین شناسایی کرد و در ۱۱ فوریه ۲۰۲۰ سازمان بهداشت جهانی این ویروس را به عنوان بیماری کووید ۱۹^۳ نامگذاری و وضعیت اضطراری سلامت عمومی را اعلام کرد (لی، ماتیس، جوب و پاپالاردو، ۲۰۲۰). دامنه همه‌گیری این بیماری از شهر ووهان چین و سپس به کشورهای دیگر گسترش یافت. از مهمترین نشانه‌های این بیماری، علائم حاد تنفسی است که در ۲٪ موارد منجر به مرگ بیمار می‌شود. با توجه به قدرت شیوع و انتقال بیماری، اکثر دولت‌ها مجبور به انجام قرنطینه کامل (مانند ایتالیا و چین) و یا اجرای نیمه‌قرنطینه و مراقبت‌های پیشگیری در سطح کلان و ملی (مانند ایران، امارات) در شهر، استان و یا حتی کل کشور شدند (علیزاده‌فرد و صفاری‌نیا، ۱۳۹۹). در پی میزان مرگ و میر بالای این بیماری، تعداد زیادی از خانواده‌ها دچار فقدان و مرگ اعضای خانواده خود شده‌اند. تجربه سوگ^۴ در دوران پاندمی ویروس کرونا بسیار متفاوت بود (ایسما، تامینگا، اسمید، بوئلن، ۲۰۲۰). فاصله‌گذاری اجتماعی، مشکل در برگزاری مراسم‌های خاکسپاری و عدم حضور دوستان و افراد همدل در این شرایط سخت باعث شد تا طی این مدت خانواده‌های سوگوار نتوانند فرآیند سوگواری را طی کنند و همین امر خاطر ابتلا به افسردگی و اضطراب را در بین آنها افزایش داده است. درواقع این خانواده‌های داغ‌دیده جدا از مواجه شدن با پدیده فقدان و سوگ با مسائل دیگری همچون سختی برگزاری مراسم سوگواری و به دنبال آن نداشتن حمایت و همدردی دیگران (ایسما، بوئلن، و لنفرینک، ۲۰۲۰)، اضطراب مبتلا شدن خود و سایر اطرافیان، احساس گناه، خشم (لی، جب، ماتیس، ۲۰۲۰) و غیره مواجه بودند که سلامت روان آنان را تهدید می‌کرد (فیشهوف، ۲۰۲۰). بنابراین افرادی که در جریان این بیماری یکی از اعضای خانواده خود را از دست می‌دهند، در معرض خطر سوگ پیچیده^۵ یا سوگ پاتالوژیک^۶ (آسیب‌شناختی) قرار دارند. به صورت طبیعی، واکنش‌های ناشی از تجربه سوگ، به تدریج کاهش پیدا کرده و طول مدت سوگواری در حالت بهنجار بیشتر از ۶ ماه نخواهد بود اما در واکنش‌های نابهنجار و غیر طبیعی نسبت به پدیده سوگ (سوگ پیچیده)، سوگواری فرد به صورت آشفتگی‌های روانی و در بازده زمانی طولانی‌تر و با شدت بیشتر، صورت می‌گیرد (وردن، ۲۰۱۸). در پژوهش‌های متعددی به تجربه پیچیده و طولانی‌تر سوگ و در افرادی که در دوران پاندمی ویروس کرونا عزیز خود را از دست داده‌اند اشاره شده است (گسی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایسما و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از مؤلفه‌هایی که معمولاً در افراد با تجربه سوگ پیچیده وجود دارد، اضطراب^۷ است (منزیس، نیمیر و منزیس، ر، ۲۰۲۰). اضطراب، تشویشی فراگیر، ناخوشایند، و مبهم است که اغلب، علائم دستگاه عصبی خودکار نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه، و ناراحتی مختصر معده نیز با آن همراه است. فرد مضطرب ممکن است بی‌قراری را نیز تجربه کند (سادوک، سادوک، و آ، و روئیز، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). اختلال اضطراب که از شایع‌ترین اختلال‌های روان است، بر دو مؤلفه مستقل تهییج

1. world health organization

2. Corona virus

3. Covid-19

4. grief experience

5. complicated grief

6. pathological grief

7. anxiety

جسمانی یا اضطراب جسمانی و اضطراب شناختی تأکید دارد. مؤلفه جسمانی بیشتر بر جنبه‌های هیجانی و نشانه‌های بدنی مثل تعریق، سرخ شدن چهره، افزایش ضربان قلب و موارد مشابه‌ای تأکید دارد و مؤلفه شناختی که در آن جنبه‌های شناختی بر جنبه‌های بدنی غلبه دارد در واقع اضطراب از جمله تهدیدهای بهداشتی، جسمانی و روانی تعریف شده است که انواع مختلفی از پریشانی جزئی در یک فعالیت روزانه تا بیماری ناتوان‌کننده را در بر می‌گیرد (اسپیلبرگر، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که فقدان، باعث آشفتگی عاطفی و ناسازگاری رفتاری می‌گردد. براساس شواهد بالینی، بسیاری از افراد داغ‌دیده با تجربه سوگ پیچیده، در معرض خطر نشانگان افسردگی، اختلالات اضطرابی، بیماری‌های جسمی، بدکارکردی سیستم ایمنی و کاهش سلامت روان قرار دارند (گسی و همکاران، ۲۰۱۷)، بر همین اساس، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی جهت بهبود این افراد ضروری است. در این پژوهش دو درمان جهت مقایسه میزان اثربخشی با یکدیگر استفاده شد؛ درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی- رفتاری.

درمان هیجان‌مدار نوعی درمان است که بوسیله بررسی نقش هیجان در تغییر درمانی، شناخته می‌شود و یک رویکرد التقاطی به درمان است (گرینبرگ، واتسون، لایتیر، ۱۹۹۸؛ به نقل از اکبری و رفیع، ۱۳۹۶). محققان مختلفی (ساندبرگ و کنستل، ۲۰۱۱)، به پیوند پیچیده‌ای بین شناخت و احساس اشاره کرده‌اند و معتقدند بسیاری از مشکلات جسمی و روانی، ناشی از وجود مشکل در فرایندهای هیجانی است. بنابراین برای حل مشکلات بالینی ناشی از وجود مشکل در فرایندهای هیجانی، نیاز به بازسازی مجدد و تغییر تجربه هیجانی و مداخلات متمرکز بر هیجان است (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۷). تغییر در رویکرد هیجان‌مدار به این صورت است که پاسخ‌های هیجانی زیربنایی؛ تعامل، کشف و تجربه‌شده و مجدداً پردازش می‌شوند و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می‌گیرند. دستیابی و کشف این تجربه هیجانی به منظور تخلیه و بینش نیست، بلکه بخاطر تجربه کردن جنبه‌های جدیدی از خود می‌باشد که پاسخ‌های جدیدی را برمی‌انگیزاند (کرمی‌نژاد، سودانی و مهرابی‌زاده‌هنرمند، ۱۳۹۵). اثربخشی و کاربست درمانی این رویکرد بر اختلالات و وضعیت‌های روانشناختی متفاوتی همچون ناملایمات کودکی (پایویو و پاسکال- لئون، ۲۰۱۰)، بر تحمل پریشانی و ناکامی (آرین‌نژاد، صالحی، تقی‌لو و استکی، ۱۴۰۰؛ کرمی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵؛ بیرامی، هاشمی، بخشی‌پور، محمودعلیلو، اقبالی، ۱۳۹۳)، آسیب‌های هیجانی (گرینبرگ، واروار و مالکوم، ۲۰۰۸)، اضطراب (اسمری برده‌زرد، محمدمین‌زاده، حسین‌ثابت، ۱۳۹۷؛ واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ لافارنس و همکاران، ۲۰۱۶)، حوادث آسیب‌زا و تروما (هارت، ۲۰۱۹؛ ملوتک و پایویو، ۲۰۱۷؛ ویسمن و همکاران، ۲۰۱۷) تأیید شده است. یکی دیگر از درمان‌های پرکاربرد و مؤثر در زمینه رویدادهای آسیب‌زا درمان شناختی رفتاری^۱ است (بیلینگ، مک‌کیب و آنتونی، ۲۰۲۲). درمان شناختی- رفتاری، یک رویکرد چند وجهی است که به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسأله، کشف افکار و عقاید تحریف شده، به چالش کشیدن و تغییر باورها و نگرش‌های غیر مفید و بازسازی شناختی کمک می‌کند (بک، ۲۰۱۰). این درمان با بهره‌مندی از اصول بنیادین این مدل و با توجه به تأثیر متقابل بین شناخت‌های فرد در مورد عارضه، احساسات و رفتارهایش، به بازسازی شناختی ارزیابی‌ها و باورهای مرتبط با تجربیات سانحه آسیب‌زا می‌پردازد (هاگن، اوکس و ویز، ۲۰۱۲). از اینرو، درمان شناختی رفتاری به کمک روش‌هایی چون یادآوری شرح حادثه، شناسایی افکار و احساسات مربوط به آن، ارزیابی مجدد الگوهای تفکر و فرضیات، تشخیص

^۱. cognitive behavior therapy (CBT)

خطاهای شناختی و باورهای تحریف شده، به مراجع کمک می‌کند به الگوهای فکری متعادل و کارآمدتری دست یابند. همچنین به کمک بازآفرینی تجارب آسیب‌زا، درک از خود و توانایی مقابله با آنها را بهبود می‌بخشند. در نتیجه، حس کنترل، اعتماد به نفس و پیشبینی به بیمار در شرایطی کنترل‌شده بازگردانده شده و میزان اجتناب، انتظار نتایج فاجعه‌آمیز، تجربه مکرر آسیب و غیره نیز کاهش می‌یابد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۷)؛ اثربخشی درمان-شناختی رفتاری بر متغیرهای مختلف روان‌شناختی اضطراب، افسردگی (ات، ۲۰۲۲؛ واتکینز، ۲۰۱۸) و سوگ (مرادی و فتحی، ۱۳۹۵؛ سالاری، عسگری، تقوی، ۱۳۹۱؛ اودونل و همکاران، ۲۰۱۴؛ بوئلن، ۲۰۰۶) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. با توجه به تعداد زیاد خانواده‌های داغدار در اثر کرونا و کمبود پژوهش‌های انجام شده در مورد اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مؤثر در سوگ‌های پیچیده به ویژه در دوران پاندمی این پژوهش در جهت پاسخگویی به این سؤال‌ها است:

۱. آیا درمان هیجان‌مدار بر اضطراب در افراد داغ‌دیده در اثر کرونا اثربخش است؟
۲. آیا درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب در افراد داغ‌دیده در اثر کرونا اثربخش است؟
۳. آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب، اجتناب تجربه‌ای و نشخوار فکری در افراد داغ‌دیده در اثر کرونا تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، یک پژوهش نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه خانواده‌های داغ‌دیده در اثر کرونا در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در شهرستان چالوس، بود. جهت اجرای پژوهش با احتساب افت آزمودنی ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند طبق معیارهای ورود (کسب نمره بالاتر از ۱۰۲ از پرسشنامه تجربه سوگ، داشتن مدرک حداقل دیپلم، افراد بالای هجده سال، سپری شدن شش ماه از سوگ) و خروج (قرارگرفتن تحت درمان‌های روان‌شناختی همزمان و مصرف داروهای روانپزشکی) انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ)^۱. این پرسشنامه برای ارزیابی تجربه سوگ توسط بارت و اسکات^۳ (۱۹۸۹) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۴ سوال بوده و هدف آن ارزیابی احساسات افراد پس از مرگ عزیزان از ۶ بعد مختلف (احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنار آمدن، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن، قضاوت شخص یا دیگران، خجالت/ شرمندگی، بدنامی) است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز=۱ تا همیشه=۵) انجام می‌شود که نمره بین ۳۴ تا ۶۸ نشان دهنده تجربه سوگ کم، نمره بین ۶۸ تا ۱۰۲ نشان‌دهنده تجربه سوگ متوسط و نمره بالاتر از ۱۰۲ نشان‌دهنده تجربه سوگ زیاد است. در پژوهش مهدی‌پور، شهیدی، روشن و دهقانی (۱۳۸۸) به منظور تعیین روایی سازه از

^۱. American Psychological Association

^۲. grief experience questionnaire

^۳. Barrett & Scott

دو شیوه استفاده شد: روش تحلیل مولفه‌های اساسی و روایی همگرا از طریق محاسبه همبستگی پرسشنامه تجربه سوگ با GHQ و SCI-25. همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل ۰/۸۸ بدست آمد و برای مولفه‌ها از ۰/۴۰ تا ۰/۸۶ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه اضطراب بک (BAI). این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی است که توسط بک و همکاران (۱۹۸۸) برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای می‌باشد که هر عبارت بازتاب یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی، هراس) است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند (بک و استیر، ۱۹۹۱). در این پرسشنامه آزمودنی‌ها در هر ماده یکی از ۴ گزینه را که نشان‌دهنده شدت اضطراب است، انتخاب می‌کند. ۴ گزینه هر سوال در یک طیف ۴ قسمتی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند؛ بنابراین، حداکثر نمره ۶۳ بوده و شدت اضطراب ۷ - ۰ جزئی، ۱۵ - ۸ خفیف، ۲۵ - ۱۶ متوسط و ۶۳ - ۲۶ شدید می‌باشد. شایان ذکر است که این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) برابر با ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته معادل ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (بک، اپستین، براون، و استیر، ۱۹۸۸). ذکر این نکته ضرورت دارد که که ۵ نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (بک و استیر، ۱۹۹۰). در پژوهش کایوانی و موسوی (۱۳۸۷) روایی، پایایی و همسانی درونی این پرسشنامه در ارتباط با جمعیت ۱۵۱۳ نفری زن و مرد در تمامی رده‌های سنی در تهران به ترتیب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲، روایی آن را ۰/۷۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی یک ماهه را ۰/۸۳ به دست آورده‌اند.

۳. پروتکل درمان هیجان‌مدار. روش درمان هیجان‌مدار پژوهش حاضر مبتنی بر پروتکل درمانی گرینبرگ (۲۰۱۷)، ترجمه اکبری و رفیع، (۱۳۹۶) در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و حضوری برگزار شد. شرح جلسات درمان هیجان‌مدار در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسات	شرح جلسه (هدف جلسات)
جلسه اول	پیش‌آزمون، ایجاد راپورت و رابطه حسنه، معرفی و شرح حال‌گیری، مثلث هیجان - تفکر - رفتار
جلسه دوم	شناسایی و معرفی هیجان‌ات پایه در فرد
جلسه سوم	ادامه شناسایی و معرفی هیجان‌ات پایه در فرد
جلسه چهارم	شناسایی صحنه‌های هیجان‌زا منفی در مراجع و تجربه مجدد آن
جلسه پنجم	توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداری هیجانی و معرفی فن‌تاگشایی خاطره‌انگیز
جلسه ششم	ادامه توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداری هیجانی و معرفی فن‌تاگشایی خاطره‌انگیز
جلسه هشتم	معرفی هنرهای بیانگر و فراخوانی احساسات، صندلی خالی، نوشتن نامه
جلسه نهم	توضیح ارتباط بین پردازش‌های هیجانی، شناختی و بدنی

جلسه هشتم	توضیح نمادسازی و به عمل در آوردن احساسات، فرایند نمادسازی و پیچیده کردن جملات با استفاده از استعاره ها، کنایه و تمثیل
جلسه نهم	بررسی احساسات ناتمام، توضیح و جمع بندی جلسات قبل، بازخورد اصلاحی، جمع بندی نهایی احساسات ناتمام و پس‌آزمون

۴. پروتکل درمان شناختی-رفتاری. روش درمان شناختی-رفتاری پژوهش حاضر مبتنی بر پروتکل درمانی بک (۲۰۱۱)، ترجمه آقامحمدی و همکاران، (۱۳۹۹) در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و حضوری برگزار شد. شرح جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری

شماره‌ی جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	بررسی وضعیت افراد و تشخیص اولیه	مصاحبه‌ی اولیه بالینی با افراد سوگ دیده و ایجاد ارتباط در یک محیط امن و حمایت‌کننده با احساس همدردی، و توضیح درباره‌ی اهداف، بررسی وضعیت و شرایط فعلی به‌صورت کیفی و بیان احساسات و هیجانات.	ثبت افکار روزانه	آگاهی از افکار و احساسات
دوم	بازگویی شناختی و تخلیه هیجانی	بازگویی روان‌شناختی به مدت یک ساعت که شامل عادی‌سازی پاسخ‌ها، تعدیل و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت شده و بیان احساسات، هیجانات و واکنش‌ها به هنگام مواجهه.	ثبت افکار روزانه	آگاهی از افکار و احساسات
سوم	آگاهی از هیجانات ناشی از سوگ	آموزش نحوه‌ی بروز هیجانات و کنترل آن‌ها و آگاهی از افکار خودکار و افسرده ساز و همچنین تأثیر آن‌ها بر تشدید علائم داغدیدگی	ثبت خطاهای شناختی و بررسی افکار جایگزین	آگاهی از خطاهای شناختی و افکار خودکار
چهارم	کاهش نشانه‌های برانگیختگی	آموزش و آرامش بخشی عضلانی	آرامش بخشی عضلانی روزانه	کاهش نشانه‌های برانگیختگی
پنجم	مقابله با افکار مزاحم یا توقف فکری	استفاده از روش‌های تجسمی شامل: روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات خوشایند به هنگام یادآوری خود به خودی افکار و خاطرات مزاحم در رابطه با فرد از دست رفته و نیز روش کوچک کردن و دور کردن تصویر خاطرات به‌منظور	شناخت خطاهای شناختی و جایگزین کردن باورهای منطقی	تغییر باورهای غیرمنطقی

ششم	اجتناب از خاطرات و واقعه ناراحت‌کننده	تکنیک‌های مربوط به اجتناب از خاطرات و واقعه ناراحت‌کننده شامل: حساسیت‌زدایی تدریجی و تزریق امید	انجام فعالیت‌های روزانه برای اجتناب از خاطرات ناراحت‌کننده	افزایش فعالیت‌های شادی‌بخش
هفتم	جابه‌جایی نقش و توجه به معنویت در رابطه با مرگ	اجرای روش جابه‌جایی نقش، به‌صورتی که فرد داغ‌دیده خود را به‌جای فرد از دست رفته بگذارد و حرف‌ها، خواسته‌ها و هیجانانش را با فرد از دست رفته بیان کند و همچنین کامل کردن جملات ناتمام، سرانجام بحث درباره‌ی معنویت، لزوم و راه‌های ارتقاء آن و معنای مرگ.	نامه نوشتن به متوفی	روشن‌سازی عواطف و پذیرش مرگ
هشتم	مواجهه با مشکلات	آموزش مهارت‌های حل مسئله	یادگیری حل مسئله	
نهم	از سرگیری فعالیت‌های روزمره	و بررسی برنامه‌ها و اهداف زندگی فرد برای از سرگیری فعالیت‌های روزمره	از سرگیری فعالیت‌ها و هدف‌گزینی برای آینده	بازگشت به زندگی روزمره

شیوه اجرا. ابتدا اطلاعیه تشکیل جلسات و شرایط ثبت‌نام اولیه در شبکه‌های اجتماعی و کلینیک‌های روان‌شناختی واقع در شهرستان چالوس به اطلاع افراد رسانده، سپس از طریق پرسشنامه تجربه سوگ افراد داغ‌دیده ناشی از کرونا، انتخاب شدند. نمونه مورد نظر (۴۵ نفر) به صورت گمارش تصادفی از طریق قرعه‌کشی در سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند؛ گروه آزمایشی ۱ (۱۵ نفر)، گروه آزمایشی ۲ (۱۵ نفر)، گروه کنترل (۱۵ نفر). پس از ارائه توضیح‌هایی درباره هدف پژوهش مبنی بر ضرورت درمان‌های روان‌شناختی و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی پرسشنامه اضطراب بک توسط سه گروه به عنوان پیش‌آزمون (T1)، تکمیل شد. سپس گروه آزمایش (۱) تحت درمان هیجان‌مدار و گروه آزمایش (۲) تحت درمان درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. درمان‌های مشخص شده توسط خود پژوهشگر به صورت انفرادی و حضوری در کلینیک روان‌شناختی برگزار شد. پس از پایان درمان در دو گروه آزمایشی، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور توسط تمامی شرکت‌کنندگان هر سه گروه به عنوان پس‌آزمون تکمیل گردید (T2). در نهایت پس از گذشت سه ماه، آزمون پیگیری در هر سه گروه انجام شد (T3).

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین نمرات اضطراب شرکت‌کنندگان گروه درمان شناختی- رفتاری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۱۶/۴۷، ۱۳/۴۷، ۱۳/۱۳؛ گروه درمان هیجان‌مدار به ترتیب برابر با ۱۵/۶۷، ۱۰/۶۴، ۱۰/۶۰؛ و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۹/۶۰، ۱۹/۸۰، ۱۹/۷۳ بوده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری

زمان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	شاخص‌ها
میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	گروه‌ها
استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	رفتار درمانی
۱۶/۴۷	۷/۳۴	۱۳/۴۷	۷/۲۸	شناختی
۱۵/۶۷	۴/۲۹	۱۰/۶۴	۳/۶۴	هیجان‌مدار
۱۹/۶۰	۷/۳۵	۱۹/۸۰	۷/۲۴	گواه
۶/۸۸	۱۳/۲۷	۱۰/۶۰	۱۹/۷۳	
۳/۸۷	۷/۱۸			

در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو- ویلک اضطراب برای هر گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. مقادیر شاپیرو- ویلک و شاخص‌های توزیع جهت تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیرها	اضطراب	گروه‌ها / شاخص‌ها
درمان شناختی- رفتاری	هیجان‌مدار	گواه
۰/۹۴۱	۰/۹۱۸	۰/۹۲۹
۰/۲۲۸	۰/۰۹۰	۰/۱۲۴
۰/۱۰۰	۰/۹۰۵	۱/۱۱
-۱/۳۱	۰/۴۷۲	۱/۲۷
آزمون شاپیرو- ویلک	سطح معنی‌داری	کجی
سطح معنی‌داری	کجی	کشیدگی

نتایج تجزیه و تحلیل آزمون شاپیرو- ویلک نشان می‌دهد که مقادیر آماری بدست آمده در پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و کنترل برای متغیرهای وابسته از مقدار بحرانی ($\alpha = 0.05$) بیشتر می‌باشند، بنابراین برای تمام متغیرها فرض صفر مبنی بر وجود توزیع نرمال تایید می‌شود.

جدول ۵. نتیجه تحلیل کوواریانس اثر گروه بر پس‌آزمون اضطراب پس از تعدیل میانگین‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	سطح معنی‌داری	مجدور سهمی اتا
گروه-پس‌آزمون	۲۴۰/۴۷	۲	۱۱۰/۲۴	۲۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲
خطا	۱۹۴/۳۲	۴۱	۴/۷۴			

جدول ۵ اثر گروه (مداخله) بر متغیر وابسته را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود تفاوت میانگین‌های سه گروه در پس‌آزمون اضطراب پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون حداقل در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌داری می‌باشد ($p < 0/01$)؛ $F(2,41) = 23/26$. بدین معنی که میزان اضطراب آزمودنی‌ها در پس‌آزمون دو گروه آزمایشی یا گروه‌های آزمایشی-کنترل از نظر آماری متفاوت است. جهت تعیین تفاوت اثربخشی گروه‌های آزمایشی در کاهش میزان اضطراب، از آزمون تعقیبی اس‌لش لماتریکس استفاده شد که نتایج به دست آمده در جدول ۶ خلاصه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی لماتریکس برای مقایسه میانگین‌های نمرات اضطراب در دو گروه آزمایش

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات مجزورات ازادی	میانگین مجزورات	نسبت اختلاف میانگین‌های تعدیل شده	خطای معیار	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی	۳۲/۰۹	۱	۱۱۰/۲۴	۶/۷۷	۰/۷۹۶	۰/۰۱۳	۰/۱۴۲
درون گروهی	۱۹۴/۳۲	۴۱	۴/۷۴				

همانگونه که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، مقدار F به دست آمده از نظر آماری معنی‌دار است. بنابراین، تفاوت بین درمان شناختی- رفتاری و درمان هیجان‌مدار در کاهش اضطراب از نظر آماری معنی‌دار است و نشانگر اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از اثربخشی هر دو درمان بر کاهش اضطراب بوده، همچنین نتایج بدست آمده نشان داد، تفاوت بین درمان شناختی- رفتاری و درمان هیجان‌مدار در کاهش اضطراب از نظر آماری معنی‌دار است و اثربخشی درمان هیجان‌مدار در کاهش اضطراب بیشتر از درمان شناختی- رفتاری بود. همچنین نتایج حاکی از ماندگاری اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب سه ماه از بعد اتمام درمان بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های معتمدجلالی، منیرپور و زرغامی‌حاجبی (۱۴۰۱)، موسوی (۱۴۰۰)، خسروی‌اصل و همکاران (۱۳۹۷)، اسمری‌برده‌زرد و همکاران (۱۳۹۷)، مؤمنی و رفیعی‌دلفان (۱۳۹۷)، اوت (۲۰۲۲)، املکامپ، میربروکر و مورینا^۱ (۲۰۲۰)، شهر^۲ (۲۰۲۰) همسو است.

افراد با تجربه سوگ پیچیده معمولاً علائم اضطراب و عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند. در درمان شناختی- رفتاری تلاش می‌شود که افراد توجه خود را بر تعلم بین سه جنبه افکار- احساسات و رفتار متمرکز کنند تا آنچه را که مشکل‌زا است، اصلاح کنند. در موقعیت سوگ، چندین دسته پاسخ شکل می‌گیرد که به صورت یکسری علائم شناختی، نشانه‌های رفتاری و فیزیولوژیکی آشکار گشته و بر حالات بدنی و روانی فرد تأثیر می‌گذارد. کاری که درمان شناختی- رفتاری می‌کند این است که باورهای نامعقول

^۱. Emmel kamp, Meyerbröker & Morina

^۲. Shahar

در فرد را به حداقل می‌رساند و آن را به توجیهات معقول تبدیل می‌کند که مسلماً پیامد مثبت و سالم‌تری دارد.

در درمان شناختی-رفتاری به افراد فرصت داده می‌شود تا وقایعی را که خلق یا نشانگان آنها را تغییر می‌دهد، ثبت کنند و از آنها خواسته می‌شود تا چیزی را که در آن حالت به خودشان می‌گفتند یا درباره آن فکر می‌کردند، ثبت کنند. بیشتر اوقات شناسایی افکار خودآیند و آموزش به افراد در مورد ارتباط بین این گفت و گوهای درونی^۱ و واکنش‌های عاطفی‌شان، اولین حوزه‌ای است که توسط درمانگر مورد بررسی قرار می‌گیرد. در واقع، افراد را نسبت به ایده «تغییر» در حالات هیجانی خود حساس کرده و آنها را تشویق می‌کنیم تا به ثبت موقعیتی بپردازند که در آن دچار این هیجانات شده‌اند و بگویند که در آن حالت دقیقه فکرشان چه بوده است. همین که مراجع قادر به تشخیص «افکار خودآیند»^۱ و نگران‌کننده خود شد، می‌تواند بررسی و آزمون مجدد این افکار منفی را شروع کند که همین امر اضطراب فرد را کاهش می‌دهد.

با توجه به توضیحات داده شده اثربخشی درمان شناختی-رفتاری امری واضح است اما از آنجا که مقوله سوگ با تجربه هیجان‌های مختلطی روبرو است، درمان‌های مبتنی بر هیجان نیز می‌تواند اثربخش باشد. افرادی که مبتلا سوگ پیچیده هستند به دلیل حل نشدن ترومای سوگ دچار بدتنظیمی هیجانی و اضطراب بالا هستند. رویکردهای تجربه‌ای و انسان‌گرا که در واقع پایه رویکرد درمان هیجان‌مدار را تشکیل می‌دهند در مواجهه با سوگ مراجع نظری دقیقاً برعکس رویکرد درمان شناختی-رفتاری دارند. درمانگران هیجان‌مدار معتقدند ترومای سوگ جزء تروماهای پیچیده و ارتباطی محسوب می‌شود و با ترومای PTSD متفاوت است چون در تروماهای پیچیده احساسات ابژه‌ای ما هم درگیر می‌شود. در درمان هم، درمانگران هیجان‌مدار بر خلاف درمانگران شناختی-رفتاری معتقدند باید همه احساسات منفی و آزار دهنده مرتبط با سوگ به شکل کامل تجربه و پردازش مجدد شود تا ترومای سوگ حل و فصل شود. در واقع رویکرد هیجان‌مدار بر خلاف درمان شناختی-رفتاری معتقد است هرچقدر از احساسات منفی فرار کنیم بیشتر سراغ ما می‌آیند و تا زمانی که احساسات منفی خود را نپذیریم و تجربه عمیق نکنیم حل و فصل نخواهند شد. هیجانمدارها حواسپرتی یا فراموشی را بعنوان مسکن قبول دارند ولی معتقدند احساسات منفی در ناخودآگاه ما به عنوان گشتالت‌های ناتمام یا وقفه‌های تجربه‌ای باقی می‌مانند و در آینده تاثیر منفی خواهند گذاشت. درمانگران هیجان‌مدار کمک می‌کنند مراجع همه احساسات و خاطرات منفی و یا مثبت مرتبط با سوگ را از طریق آگاهی هیجانی، شناسایی هیجان‌های اولیه و ثانویه، گفتگو با فرد متوفی از طریق صندلی خالی یادآوری کرده و به عمق احساسات خودش برود که در نهایت باعث تنظیم هیجان و کاهش اضطراب در فرد می‌شود. در دیدگاه درمان هیجان‌مدار اصل پیوستگی، جایگزین اصل سنتی هماهنگی، به‌عنوان عامل اصلی و طبیعی عملکرد سالم می‌شود؛ بنابراین تنها عدم آگاهی مراجع از احساساتش و یا عدم هماهنگی خودپنداره و تجربه اش باعث اختلال و به مالکیت درنیامدن تجربه نمی‌شود بلکه درمان هیجان‌مدار معتقد است که مراجع باید در هر موقعیت، یک حس پیوسته از «خود» را شکل دهد (مثل خشم، غم، اعتماد و عدم اعتماد) که این «خود» بطور موفقیت آمیزی جنبه‌های فرمول بندی نشده‌ی تجارب قبلی را سازمان می‌دهد و آنها را در یک کل پیوسته که در هر موقعیتی منحصر به فرد است، تلفیق می‌کند. عملکرد سازگارانه شامل کشف و انطباق جنبه‌های مختلف تجربه است. سنتز سطوح مختلف پردازش یک کل پیوسته را ایجاد می‌کند که

1. automatic thoughts

باعث هشیاری می‌شود و به‌عنوان یکپارچگی با «خود» شناخته می‌شود. این دیدگاه کمک می‌کند که از طریق کار بر روی معانی و محتواهای ضمنی که در لحظه به آگاهی آمده و توسط خودپنداره مورد پذیرش قرار می‌گیرد، بر مشکلات زبان و فکر غلبه کنیم. رسیدن به یکپارچگی «خود» در درمان هیجان‌مدار اضطراب فرد داغ‌دیده را کاهش می‌دهد. از میان محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعمیم‌ناپذیری یافته‌ها به افراد خارج از جامعه، استفاده از ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر شهرها نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در میان افراد با شرایط مشابه و با سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی انجام شود. بنابراین با توجه به اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار بر اضطراب در افراد داغ‌دیده می‌توان از این درمان با تمرکز بیشتری در مراکز روان‌شناختی برای افراد داغ‌دیده استفاده کرد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و راز داری رعایت شد و شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدر دانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول محقق اصلی پژوهش می‌باشد و نویسنده دوم راهنمایی و نویسنده چهارم مشاوره پژوهش حاضر را برعهده داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آرین‌نژاد، شیرین، صالحی، مهدیه، تقی‌لو، صادق، و استکی، مهناز (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی با درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر بر نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۳): ۴۴۱-۴۵۹.
- اسمری‌برده‌زرد، یوسف، محمدامین‌زاده، دانا، و حسین‌ثابت، فریده (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اختلال پرخوری. *فصلنامه پزشکی نوید نو*، ۲۱(۶۵): ۵۵-۶۷.
- اکبری، حبیب‌الله، و رفیع، طاهره (۱۳۹۶). *درمان هیجان‌مدار: اصول و مبانی*. تهران: بات.
- بیرامی، منصور، هاشمی، تورج، بخشی‌پور، عباس، محمودعلیلو، مجید، و اقبالی، علی (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای

- شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۹(۳۳): ۴۳-۵۹.
- خسروی‌اصل، مرجان، نصیریان، منصوره، و بخشایش، علیرضا (۱۳۹۷). اثر درمان متمرکز بر هیجان بر اضطراب و افسردگی زنان بی‌سرپرست تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی. *تحقیقات سلامت*، ۷(۳): ۱۷۳-۱۸۲.
- سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت، و روئیز، پدرو (۱۳۹۴). *خلاصه روانپزشکی*. (ترجمه فرزین رضاعی). تهران: ارجمند. (۲۰۱۵).
- سالاری، فرامرز، عسگری، کریم، و تقوی، فاطمه (۱۳۹۱). تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر میزان سازگاری دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ نابهنجار. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۵): ۳۷۳-۳۸۲.
- علیزاده‌فرد، سوسن، و صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۹). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۳۶: ۱۴۱-۱۲۹.
- کاوایانی، حسین، و موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۶(۲): ۱۲۶-۱۴۰.
- کریمی‌نژاد، زینب، سودانی، منصور، و مهربابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دچار شکست عاطفی. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۴(۷۰): ۷۹-۸۶.
- مرادی، مسعود، و فتحی، داوود (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر امید به زندگی و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ دیده. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲(۳): ۱۶-۲۶.
- معمدجلالی، مزده، منیرپور، نادر، و ضرغامی حاجبی، مجید (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش علائم سوگ در زنان مبتلا به اختلال سوگ پیچیده پایدار. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲: ۱۰۷-۱۲۳.
- مهدی‌پور، سمیه، شهیدی، شهریار، روشن، رسول، و دهقانی، محسن (۱۳۸۸). تعیین اعتبار و روایی پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ) در نمونه ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۷(۲): ۳۵-۴۸.
- موسوی، مریم سادات (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب ناشی از کرونا و آثار سوگ در دوران پاندمی کووید ۱۹. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی*، ۱۲(۴۷): ۱۱۳-۱۲۵.
- مؤمنی، خدامراد، و رفیعی‌دلفان، زهرا (۱۳۹۷). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی زنان سالمند سوگوار. *روان‌شناسی پیری*، ۴(۲): ۱۴۱-۱۳۱.

References

- American Psychological Association (2017). *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Treatment of PTSD*. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety*
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, J., S. (2010). Questions and answers about cognitive therapy. *Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy*.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2022). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. Guilford publications.

- Boelen, P. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for complicated grief: Theoretical underpinnings and case descriptions. *Journal of Loss and Trauma, 11*(1), 1-30.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research, 288*, 113031.
- Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders, 278*, 54-56.
- Emmelkamp, P. M., Meyerbröker, K., Morina, N. (2020). Virtual reality therapy in social anxiety disorder. *Current Psychiatry Reports, 22*(7), 188-97.
- Fischhoff, B. (2020). Making decisions in a COVID-19 world. *Jama, 324*(2), 139-140.
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremonese, I. M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 489.
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology, 55*(2), 185.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2007). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Harte, M. (2019). *Processing Emotional Pain using Emotion Focused Therapy: A guide to safely working with and resolving emotional injuries and trauma*. Australian Academic Press.
- Haugen, P. T., Evces, M., & Weiss, D. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*(5), 370-80.
- Lafrance Robinson, A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2016). Emotion-focused family therapy for eating disorders across the lifespan: A pilot study of a 2-day trans diagnostic intervention for parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 23*(1), 14-23.
- Lee, S. A., Jobe, M. C., & Mathis, A. A. (2020). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine, 1-2*.
- Lee, S. A., Mathis, A. A., Jobe, M. C., & Pappalardo, E. A. (2020). Clinically significant fear and anxiety of COVID-19: A psychometric examination of the Coronavirus Anxiety Scale. *Psychiatry research, 290*, 113112.
- Menzies, R. E., Neimeyer, R. A., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety, loss, and grief in the time of COVID-19. *Behaviour Change, 37*(3), 111-115.
- Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 16*(3), 198-214.
- O'Donnell, K., Dorsey, S., Gong, W., Ostermann, J., Whetten, R., Cohen, J. A., ... & Whetten, K. (2014). Treating maladaptive grief and posttraumatic stress symptoms in orphaned children in Tanzania: Group-based trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Journal of traumatic stress, 27*(6), 664-671.
- Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*: American Psychological Association.
- Sandberg, J. G., Kenstel, A. (2011). The experience of learning emotionally Focused couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 37* (4), 393-410.
- Shahar, B. (2020). New Developments in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Medicine, 9*(9), 2918.
- Spielberger, C. D. (Ed.). (2013). *Anxiety and behavior*. Academic Press.

- Watkins, E. R. (2018). *Rumination-focused Cognitive-Behavioral Therapy for Depression*. Guilford Publications.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused Therapy for Generalized Anxiety*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Weissman, N., Batten, K., Rheem, K. D., Wiebe, S., Pasillas, R. M., Potts, W. (2017). The effectiveness of emotionally focused couples therapy with veterans with PTSD: A pilot study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 1-17.
- Worden, J., W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.

پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ-34)

ردیف	عبارات	همیشه	اغلب	گاهگاهی	به ندرت	هرگز
۱	فکر می کنید باید به پزشک مراجعه می کردید.					
۲	احساس تهوع داشتید.					
۳	حالت لرزش، نبض زدن و یا تیک عصبی داشتید.					
۴	سرگیجه و احساس ضعف داشتید.					
۵	عصبی بودید.					
۶	فکر می کنید مردم در تسلیت گفتن به شما راحت نبودند.					
۷	از ذکر بخشهای ناخوشایند و منفی ارتباط خود با متوفی اجتناب می کنید.					
۸	پس از مرگ متوفی احساس می کردید که نمی توانید یک روز دیگر از زندگی را تحمل کنید.					
۹	احساس می کنید هرگز نمی توانید با مرگ متوفی کنار بیایید.					
۱۰	از خود می پرسید که چرا متوفی باید می مرد.					
۱۱	شما نمی توانید جلوی این فکر را بگیرید که چرا وی (متوفی) مرد.					
۱۲	فکر می کنید که هنوز زمان مرگ وی فرا نرسیده بود.					
۱۳	شما نمی توانید این واقعیت را بپذیرید که وی (متوفی) مرده است					
۱۴	سعی می کنید یک دلیل خوب برای این مرگ بیابید.					
۱۵	فکر می کنید دیگران دوست نداشتند شما درباره مرگ وی (متوفی) با آنها صحبت کنید.					
۱۶	پس از مرگ متوفی این احساس را داشتید که کسی به شما توجه نمی کند و به حرف شما گوش نمی دهد.					
۱۷	پس از مرگ متوفی احساس می کردید خویشاوندان نزدیک و همسایه ها به شما توجه کافی ندارند.					
۱۸	احساس می کنید احتمالاً مردم در خصوص مشکلات شخصی که شما و متوفی داشتید کنجکاو بودند.					
۱۹	به زمانهای قبل از مرگ می اندیشید که می توانستید زندگی متوفی را با نشاط تر سازید.					
۲۰	آرزو می کنید ای کاش در زمان رابطه تان با متوفی کارهای خاصی نمی کردید یا حرفهای خاصی را به زبان نمی آوردید.					
۲۱	احساس می کنید که می خواستید کار مهمی را برای متوفی انجام دهید.					
۲۲	احساس می کنید که به قدر کافی به متوفی توجه نداشتید.					
۲۳	پس از مرگ متوفی به نحوی احساس گناه می کنید.					
۲۴	احساس می کنید متوفی در زمان مرگ از شما گله و شکایت داشت.					

۲۵	احساس می‌کنید مدت‌ها قبل از مرگ متوفی وی را زنجانده‌اید.
۲۶	احساس می‌کنید شاید متوجه نشانه اولیه‌ای که بیانگر میل متوفی به عدم زندگی کردن بوده نشدید.
۲۷	از صحبت درباره مرگ متوفی پرهیز می‌کنید.
۲۸	از اینکه بخواهید علت مرگ متوفی را آشکار کنید احساس ناراحتی می‌کنید.
۲۹	از مواجه شدن با کسی که شما و متوفی را می‌شناخته احساس ناراحتی می‌کنید.
۳۰	وقتی مردم را می‌بینید به علت مرگ متوفی اشاره‌ای نمی‌کنید.
۳۱	احساس می‌کنید متوفی شما را بدون پشت و پناه رها کرده است.
۳۲	احساس می‌کنید متوفی هرگز فکر نکرده که این مرگ چه بر سر شما می‌آورد.
۳۳	احساس می‌کنید شما تلاش لازم را جهت جلوگیری از مرگ متوفی انجام ندادید.
۳۴	احساس می‌کنید مرگ بی‌معنی است و فرد متوفی بدون دلیل زندگی‌اش را از دست داده.

پرسشنامه اضطراب بک

گزینه‌ها	اصلا	خفیف (زیاد)	متوسط (خیلی)	شدید (نمی‌توانستم آن را تحمل کنم)
۱- کرخی و گزگز شدن (مورمور شدن)		ناراحتی نکرده است	ناخوشایند بود، اما تحمل کردم	
۲- احساس داغ (گرما)				
۳- لرزش در پاها				
۴- ناتوانی در آرامش				
۵- ترس از وقوع حادثه بد				
۶- سرگیجه و منگی				
۷- تپش قلب و نفس نفس زدن				
۸- حالت متغیر (بی‌ثبات)				
۹- وحشت زده				
۱۰- عصبی				
۱۱- احساس خفگی				
۱۲- لرزش دست				
۱۳- لرزش بدن				
۱۴- ترس از دست دادن کنترل				
۱۵- به سختی نفس کشیدن				
۱۶- ترس از مردن				
۱۷- ترسیده (حالت ترس)				
۱۸- سوء هاضمه و ناراحتی در شکم				
۱۹- غش کردن (از حال رفتن)				
۲۰- سرخ شدن صورت				
۲۱- عرق کردن (نه در اثر گرما)				

Comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and cognitive-behavioral therapy on anxiety in bereaved families due to Corona

Aliakbar. Salami Roodsary¹, Shohreh. Ghorban Shiroudi*², & Mohammadali. Rahmani³

Abstract

Aim: This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and cognitive-behavioral therapy on anxiety in people bereaved by Corona. **Methods:** This was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a three-month follow-up. [The statistics of the research were all the families affected by Corona in the year 1399-1400 in Chalus city, of which 45 people were selected by purposeful sampling according to the entry and exit criteria and randomly divided into three groups (two experimental groups and one group control) 15 people were replaced. The first group received 9 sessions of emotion-oriented therapy, the second group received 9 sessions of cognitive-behavioral therapy, and the control group did not receive any intervention. The Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, 1988) was completed by the participants in three phases: pre-test, post-test and follow-up. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that emotion-oriented therapy and cognitive-behavioral therapy are effective in reducing the anxiety of bereaved people, and in comparing the two treatments, emotion-oriented therapy was more effective than cognitive-behavioral therapy in controlling anxiety ($p < 0.05$). **Conclusion:** From the findings of this research, it can be concluded that emotion-oriented therapy can be used to control anxiety in bereaved people.

Keywords: Emotion-oriented therapy, cognitive-behavioral therapy, anxiety, corona.

1. Ph.D. Student of Counseling, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

2. *Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Email: Sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran