

Research Paper

**Comparison of the effect of emotion-focused therapy and spiritually integrated therapy on difficulty in regulating emotions in individuals with complex trauma**Zahra Haj sadeghi¹, Khadijeh Abolmaali alhosseini^{2*}, Mohammad Oraki³, Fariba Hassani⁴

1. Department of Psychology, KI.c., Islamic Azad University, Kish, Iran.

2. Department of Educational Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. Professor of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

4. Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Article Info:****Received:** 2025/05/07**Accepted:** 2025/08/23**PP:** 17Use your device to scan and
read the article online:**DOI:** 10.22054/jcps.2025.
85603.3221**Keywords:**Complex trauma, difficulty
in emotion regulation,
spiritually integrated
therapy, emotion-focused
therapy.**Abstract****Objective:** Childhood exposure to complex trauma can result in profound psychological consequences in adulthood, particularly difficulties in emotion regulation and low tolerance in interpersonal relationships. This study aimed to provide an in-depth understanding of the effects of complex trauma among Iranian clients.**Research Methodology:** A quasi-experimental design with pre-test, post-test, and a two-month follow-up was employed, including a control group. Participants with a history of complex trauma (emotional and physical neglect, as well as emotional, physical, and sexual abuse) were recruited from clients at the Kish Health Center in 2023. Sample size was estimated using Cohen's table with an effect size of 0.5, a power of 0.8, and $\alpha = .05$. Thirty-six eligible participants were randomly assigned to two intervention groups and one control group (12 per group). All participants completed the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) at baseline. Experimental group 1 received ten 90-minute sessions of an emotion-focused therapy protocol, while experimental group 2 received ten 90-minute sessions of a spiritual psychotherapy protocol. The control group did not receive any intervention. After the interventions, all participants again completed the questionnaire, and the same assessment was repeated at follow-up.**Findings:** Findings indicated that emotion-focused therapy was more effective than spiritual psychotherapy in reducing emotion regulation difficulties among individuals with complex trauma. Moreover, the treatment effects persisted at the two-month follow-up ($p < .01$).**Conclusion:** Both emotion-focused therapy and spiritual psychotherapy are effective in improving emotion regulation difficulties in individuals with complex trauma, with emotion-focused therapy demonstrating stronger outcomes.**Citation:** Haj Sadeghi, Z., Aboulmaali Hosseini, K., Oraki, M., & Hasani, F. (2024). Comparison of the effect of emotion-focused therapy and spiritually integrated therapy on difficulty in regulating emotions in individuals with complex trauma. *Clinical Psychology Studies*, 15(57), 21-37. <https://doi.org/10.22054/jcps.2025.85603.3221>***Corresponding author:** Khadijeh Abolmaali alhosseini**Address:** Department of Psychology, Tehran Nourth Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.**Tell:** 09304304415**Email:** kh.abolmaali@iau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Experts divide trauma into two types: Type I trauma is created by single occurrences such as accidents and natural catastrophes, and it may have comparable results to PTSD. Type II trauma is caused by complex traumas and has real repercussions on a person's attachment system and behavior (De Simone et al., 2024). Around 70% of individuals have had a traumatic event in their lives, although complex trauma is more frequent among persons who were mistreated as children. Researchers have found influential elements and approaches to reduce psychological suffering. Emotion-focused therapy allows individuals to examine unpleasant feelings and transform the meaning of their relationships. Behavioral therapy assists individuals in dealing with difficult feelings and memories of trauma, understanding emotions, and using Gestalt therapies to minimize guilt and grief, as well as addressing emotional processing issues and experiencing avoidance (Moksnes et al., 2024).

Researchers have recognized the important role of religion and spirituality in individual and social domains (Jeserich et al., 2023). In Iran, there has been an increase in studies of religion in everyday life, which has been shaped by cultural and historical contexts. People use religion to reduce stress and give meaning to their circumstances (Haddadi et al., 2018). Religion has an impact on how people cope with psychological stress (Hordern, 2023). As a source of support in the face of crises, religion strengthens cohesion and a sense of belonging (Seneviwickrama et al., 2025). In people with mental illnesses, religious understanding can help them endure pain and difficulties (Jim et al., 2015). Mani, with a spiritual-monotheistic approach, seeks to restore values in the individual and emphasizes the importance of personality cohesion for mental health. Spiritual integrative therapy, with a focus on unity and responsibility, considers biological, psychological, social, and spiritual dimensions.

Spiritual integrative therapy addresses the internal conflicts of individuals and their relationship to parental relationships and the child's understanding of the sacred, emphasizing that problems in these relationships can cause conflict in the child's attitude towards God. In contrast, emotion-focused therapy sees internal conflicts as conflicts between different parts of the individual and emphasizes the use of authentic emotions for mental health. Spirituality in integrative therapy is expressed as a coping method and focuses on concepts such as patience and love. This therapy also works on different emotions to create a coherent image of the sacred, while emotion-focused therapy focuses more on negative emotional schemas. The emotion of attachment to parents and emotion-focused and spiritual therapies have been emphasized, but emotion-focused therapy has not examined its effectiveness on difficulty regulating emotions in complex trauma. Also, research that has focused solely on the effectiveness of emotion-focused therapy on difficulty in emotion regulation has not been conducted. Based on what has been stated, the present study seeks to answer the question: "What are the differences between the effectiveness of emotion-focused therapy and spiritually integrated therapy on difficulty in emotion regulation in people with complex trauma?"

Methodology

The present study was conducted with an applied purpose and as a semi-experimental study with two experimental groups and a control group. The statistical population included clients of Kish Health Center in 2023 and 36 people were randomly selected. Experimental group 1 received the emotion-focused therapy protocol and experimental group 2 received the spiritual psychotherapy protocol, while the control group did not receive any training. Ethical principles were observed and the inclusion criteria included informed consent and diagnosis of complex trauma. The exclusion criteria were also absence and illness during the study.

Research Instruments

Difficulty in Emotion Regulation Questionnaire Gratz and Romer (2004) designed and used this scale. This scale initially consisted of 41 items, which were reduced to 36 items after factor analysis and internal consistency of the items. Responses to the scale 5-point Likert scale was examined. The results are expressed as a total score and separate scores (six points) on the subscales of difficulty in regulating emotion. Lack of emotional responses, lack of emotional awareness, emotional ambiguity, difficulty in performing behaviors, limited access to emotional regulation strategies are the six subscales of this questionnaire (Gratz and Roemer, 2004). Cronbach's alpha coefficient was determined to be 0.93 for the total score of the scale and above 0.80 for the subscales, indicating its adequate internal consistency (Gratz et al., 2006). In Iran, Khanzadeh, Saeedian, Hossein Chari and Idrisi (2012) evaluated the Cronbach's alpha coefficient for the subscales between 0.99 and 0.88 and the re-establishment of the subscales after 7 days between 0.79 and 0.91. obtained the Beck Anxiety and Depression Questionnaires, which showed a positive correlation between them (Khanzadeh et al., 2012). The data analysis method was repeated-measures analysis of variance using SPSS software. It was version 27.

Results

The results of the Bonferroni test comparing the time effect in Table 7 show that the difference in the mean scores of the components and the total score of difficulty in emotion regulation in the pre-test-post-test and pre-test - follow-up stages is statistically significant, but the difference in the mean scores of those scores in the post-test - follow-up stages is not significant. Also, the results of the Bonferroni test comparing the group effects in Table 5 show that the difference in the mean scores of the components and the total score of difficulty in emotion regulation in the two emotion-focused therapy and integrated spiritual therapy groups is statistically significant compared to the control group. So that the implementation of both treatment methods caused the mean scores of the components and the total score of difficulty in emotion regulation in the post-test and follow-up stages to decrease compared to the pre-test stage. In line with the results related to the group effects in the Bonferroni test, the trend of change in the mean scores of the components and the total score of difficulty in emotion regulation in Table 3 shows that the changes caused by the implementation of emotion-focused therapy and integrated spiritual therapy on the components and the total score of difficulty in emotion regulation remained stable after the end of the treatment period. The results of Table 7 show that the difference in the effect of the two methods of emotion-focused therapy and integrated spiritual therapy on the components of difficulty in performing goal-directed behavior, difficulty in impulse control, lack of emotional awareness, limited access to strategies, emotional clarity and total score of difficulty in emotion regulation is significant. So that compared to spiritually integrated therapy, emotion-focused therapy has reduced the mean scores of those components and the total score of difficulty in emotion regulation more. Accordingly, it can be said that although both emotion-focused therapy and spiritually integrated therapy sustainably reduce difficulty in emotion regulation in people with complex trauma, despite this, emotion-focused therapy is a more effective method for reducing difficulty in emotion regulation in those people compared to spiritually integrated therapy.

Discussion and Conclusion

The findings show that there is a significant difference between the effectiveness of emotion-focused therapy and spiritually integrated therapy on the difficulty in regulating emotions of people with complex trauma. People who received emotion-focused therapy performed better in distress tolerance and sensitivity to rejection than those in the spiritually integrated therapy group. These results are consistent with previous research. Patients' distress is caused by negative evaluation of themselves, which is closely related to self-concept. Changing self-concept can affect the perception of others. Emotion-focused therapy improves self-confidence and self-concept by reducing self-criticism and reduces fear of negative evaluation. Emotion-focused therapy helps people understand and experience their emotions and, by improving symptoms in emotion regulation, manage problems related to complex trauma. Emotions are inherently adaptive, and the inability to manage them can cause problems. Emotion-focused therapy significantly reduced the components of non-acceptance of emotional responses, difficulty in impulse control, and lack of emotional awareness more than spiritually integrated therapy. This therapy focuses on accessing and processing emotions, while spiritually integrated therapy focuses more on thinking about and accepting experiences. The root of emotion regulation difficulties is attributed to interpersonal and attachment trauma. Research limitations include random selection and lack of control for gender. It is suggested that future research be conducted with larger samples and follow-up periods and that an emotion-focused approach be utilized in treatment services.

Acknowledgments

The authors of this article express their sincere gratitude to all the participants who took part in this study.

References

- De Simone, B., Chouillard, E., Podda, M., Pararas, N., de Carvalho Duarte, G., Fugazzola, P., Birindelli, A., Coccolini, F., Polistena, A., Sibilla, M. G., Kruger, V., Fraga, G. P., Montori, G., Russo, E., Pintar, T., Ansaloni, L., Avenia, N., Di Saverio, S., Leppäniemi, A., Lauretta, A., ... Catena, F. (2024). The 2023 WSES guidelines on the management of trauma in elderly and frail patients. *World journal of emergency surgery: WJES*, 19(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13017-024-00537-8>
- Haddadi Kohsar, Ali Akbar, Moradi, Ali Reza, Ghobari Bonab, Bagher, and Imani, Farnad. (2018). Comparing the effectiveness of Iranian culture-based spirituality therapy with a cognitive-behavioral approach and a mindfulness-based stress reduction approach in reducing depression, anxiety, and stress in patients with chronic pain. *Clinical Psychology Studies*, 8(31), 1-30. <https://sid.ir/paper/208465/fa>
- Hordern J. (2023). Accommodating religion and belief in healthcare: Political threats, agonistic democracy and established religion. *Bioethics*, 37(1), 15–27. <https://doi.org/10.1111/bioe.13112>

- Jeserich, F., Klein, C., Brinkhaus, B., & Teut, M. (2023). Sense of coherence and religion/spirituality: A systematic review and meta-analysis based on a methodical classification of instruments measuring religion/spirituality. *PloS one*, 18(8), e0289203. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289203>
- Jim, H. S., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Munoz, A. R., George, L., Snyder, M. A., & Salsman, J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760–3768. <https://doi.org/10.1002/cncr.29353>
- Moksnes, H. Ø., Andelic, N., Schäfer, C., Anke, A., Soberg, H. L., Røe, C., Howe, E. I., Forslund, M. V., Røise, O., Dahl, H. M., Becker, F., Løvstad, M., Perrin, P. B., Lu, J., Sveen, U., Hellstrøm, T., & Rasmussen, M. S. (2024). Unmet rehabilitation needs in the first 6 months post-injury in a trauma centre population with moderate-to-severe traumatic injuries. *Journal of rehabilitation medicine*, 56, jrm40078. <https://doi.org/10.2340/jrm.v56.40078>
- Seneviwickrama, M., Jayasinghe, R., Kanmodi, K. K., Rogers, S. N., Keill, S., Ratnapreya, S., Ranasinghe, S., Denagamagei, S. S., & Perera, I. (2025). Influence of religion and spirituality on head and neck cancer patients and their caregivers: a protocol for a scoping review. *Systematic reviews*, 14(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13643-025-02768-5>





مقاله پژوهشی

مقایسه اثر درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر دشواری در تنظیم هیجان افراد دارای ترومای پیچیده

زهرا حاج صادقی^۱، خدیجه ابوالمعالی الحسینی^{۲*}، محمد اورکی^۳، فریبا حسینی^۴

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴. گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ترومای پیچیده در کودکی می‌تواند به تأثیرات روان‌شناختی قابل توجهی در بزرگسالی منجر شود که از مهم‌ترین آن‌ها اشکال در تنظیم هیجانی و تحمل پایین در روابط بعدی است. بدین ترتیب هدف مطالعه حاضر مقایسه اثر درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر دشواری در تنظیم هیجان افراد دارای ترومای پیچیده بود.

روش‌شناسی پژوهش: طرح پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. برای این منظور مراجعین با سابقه‌ای از ترومای پیچیده (غفلت هیجانی و فیزیکی و سوء رفتار هیجانی فیزیکی و جنسی) از مراجعین ویزیت شده در مرکز سلامت کیش در سال ۱۴۰۲ انتخاب شدند. برای برآورد حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن، با اندازه اثر ۰/۵، توان ۰/۸ و $\alpha=5\%$ حجم نمونه در سه گروه برآورد شد. از میان افراد واجد ملاک ورود ۳۶ نفر انتخاب و به‌صورت تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شد، (آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گروه کنترل). در هر گروه ۱۲ نفر قرار گرفت و ابتدا پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان در هر سه گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش ۱، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل درمانی متمرکز بر هیجان، و گروه آزمایش ۲، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل روان‌درمانی معنوی دریافت کرد، گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از اتمام دوره‌ها از هر سه گروه با پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان پس‌آزمون گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان به نسبت درمان یکپارچه معنوی بر دشواری در تنظیم هیجان و خرده مؤلفه‌های آن (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، ابهام هیجانی، دشواری در انجام رفتارهای، دسترسی محدود به راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی) در افراد دارای ترومای پیچیده بیشتر اثرگذار است و اثر مداخلات در مرحله پیگیری همچنان با برجا بوده است ($p>0/01$).

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر دشواری در تنظیم هیجان افراد دارای ترومای پیچیده مؤثر است.



اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

شماره صفحات: ۱۷

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به‌صورت آنلاین استفاده کنید:



DOI: 10.22054/jcps.2025.85603.3221

واژه‌های کلیدی:

ترومای پیچیده، دشواری در تنظیم هیجان، درمان یکپارچه معنوی، درمان متمرکز بر هیجان.

استناد به این مقاله: حاج صادقی، زهرا، ابوالمعالی الحسینی، خدیجه، اورکی، محمد، و حسینی، فریبا. (۱۴۰۳). مقایسه اثر درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر دشواری در تنظیم هیجان افراد دارای ترومای پیچیده. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۵(۵۷)، ۲۱-۳۷.

<https://doi.org/10.22054/jcps.2025.85603.3221>



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

*نویسنده مسئول: خدیجه ابوالمعالی الحسینی

نشانی: گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

تلفن: ۰۹۳۰۴۳۰۴۴۱۵

پست الکترونیکی: kh.abolmaali@iaau.ac.ir

متخصصان و بالینگران تروما را به دو نوع تقسیم می‌کنند. ترومای نوع اول که به یک حادثه واحد بر می‌گردد. برای نمونه، می‌توان از تصادف اتومبیل، فاجعه طبیعی و یا تجاوز نام برد. آشفتگی‌های ناشی از این رویدادهای تروماتیک، بیش‌تر شبیه به علائم توصیف شده در اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است (دسیمونه^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). پیامدهای اثبات شده تروما، شامل اختلال استرس مزمن پس از آسیب، سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی، وابستگی به مواد، رفتارهای آسیب‌زننده به خود و آسیب‌شناسی شخصیت می‌شود. ترومای نوع دو یا ترومای پیچیده، به تروماهای رابطه‌ای (که مزمن، متعدد و دارای پیامدهای طولانی مدتند اشاره دارد که این پیامدها در نظام دلبستگی، رفتار، شناخت و ادراک فرد مشخص می‌شود) (موکسنس^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

بر اساس آمارهای جهانی، تقریباً ۷۰ درصد از افراد در طول زندگی خود حداقل یک تجربه تروماتیک مانند تصادف، سانحه یا آزار را تجربه می‌کنند. با این حال، میزان شیوع تروما پیچیده که ناشی از تروماهای مکرر و طولانی مدت است، بیشتر در افرادی است که در دوران کودکی مورد سوء استفاده یا غفلت قرار گرفته‌اند (ادیمی^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). و در این راستا با توجه به شیوع ترومای پیچیده و با توجه به آلام روانی متعددی که این اختلال برای فرد به همراه دارد، پژوهشگران طی سال‌ها تحقیق و مطالعه سعی کرده‌اند تا عوامل تأثیر گذار بر این اختلال را شناسایی کرده و همچنین تدابیری در جهت کاهش این آلام روانی و جسمانی در این افراد بیابند. کارگاه‌های بین‌المللی و آموزش‌هایی در درمان هیجان مدار تروما شاهدهی برای افزایش آگاهی از سهم ویژه این درمان در زمینه بهبودی از تروما است (تیلمن^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). صرف نظر از این رویکرد برای درمان اثرات ترومای پیچیده لازم است به درمانجویان کمک شود به احساسات دردناک و خاطرات مرتبط با آزار و غفلت دست یابند و آن‌ها را کاوش کنند، هیجانات ناسازگار ترس و شرم را تغییر دهند و معناهای سازگارتری در ارتباط با خود، دیگران و رویدادهای آسیب‌زا بسازند. این درمان مبتنی بر مبانی جامع نظری و پژوهشی مدل عمومی درمان هیجان مدار است که برای نیازهای خاص این گروه از درمانجویان طراحی شده است به این ترتیب، تمرکز درمان هیجان مدار ترومای پیچیده با محوریت هیجان در تروما و بهبودی از آن به درمانجویان کمک می‌کند در بافت یک رابطه درمانی، امن مشارکتی و با پاسخگویی، همدلانه به احساسات و خاطرات دردناک تروما دست یابند و هیجان را به عنوان منبعی از اطلاعات که راهنمای کارکرد سازگار است بشناسند. این درمان در بردارنده مداخلات قدرتمند گشتالتی است که برای کاهش احساس گناه و شرم به درمانجویان کمک می‌کند غم و خشم سازگار را ابراز و مسائل مرتبط با چهره‌های دلبستگی و عامل آزار و غفلت را حل کنند. علاوه بر این تمرکز درمان هیجان مدار به ویژه در تروما بر کاهش ترس و مشکلات پردازش هیجانی ناشی از اجتناب تجربی است که مشخصه این دسته از درمانجویان است (گاب^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین در طی سالهای اخیر درمان‌های دیگری بر تروما کار کرده‌اند که یکی از آنها درمان یکپارچه معنوی است (السامدی^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

پژوهشگران نقش مذهب و معنویت را در حوزه‌های مختلف فردی و اجتماعی بیش از پیش آشکار ساخته‌اند (چسریچ^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). در ایران در سال‌های اخیر شاهد افزایش روزافزون پژوهشگران به مطالعه نقش مذهب در حوزه‌های مختلف بوده‌ایم این علاقه در طی یک مسیر فرهنگی - تاریخی و اجتماعی - سیاسی شکل گرفته است به‌طور موازی این علاقه در کشورهای دیگر نیز نمایان شده است (علی‌گوهری و همکاران، ۱۴۰۱). در برخی از موارد افراد از مذهب برای معنی دادن به شرایطشان استفاده می‌کنند و استرسشان را کاهش می‌دهند (حدادی و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع مذهب بر نحوه مقابله افراد با فشارهای روانی در موقعیت‌های زندگی روزمره اثر دارد (هوردن^۸، ۲۰۲۳). پارگامنت اذعان می‌دارد که مذهب می‌تواند در هر قسمتی از فرآیندهای مقابله وارد شود؛ مذهب یک بعد دیگر به فرآیند مقابله می‌افزاید نقش مذهب در مقابله به وسیله در دسترس بودن مذهب و درک اینکه مذهب راه حل‌های قانع‌کننده‌ای را ارائه می‌دهد تبیین می‌شود. در کل معلوم شده است که مذهب بخشی جدایی‌ناپذیر غنی و چند بعدی از فرآیند مقابله است که نباید در مطالعات افرادی که با استرس مواجه می‌شوند نادیده گرفته شود نقش مذهب در رشد پس از تروما نیز مورد توجه قرار گرفته است (اوسافو^۹ و همکاران، ۲۰۲۳) بر اساس دیدگاه پژوهشگران، مذهب به عنوان یک منبع حمایت‌کننده در مقابله با بحران‌ها و چالش‌های زندگی تلقی می‌شود و انسجام و امنیت اجتماعی، احساس تعلق تعاملات اجتماعی سازنده کمک دو جانبه را تقویت کرده می‌کند (سنویویکراما^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). افرادی که از بیماری‌های روانی رنج می‌برند

¹ De Simone

² Moksnes

³ Adeyemi

⁴ Tillmann

⁵ Gabbe

⁶ Elsamadicy

⁷ Jeserich

⁸ Hordern

⁹ Osafo

¹⁰ Seneviwickram

تاکید می‌کنند که درک مشکلات خود از لحاظ مذهبی یا معنوی می‌تواند جایگزین قدرتمندی برای چارچوب بیولوژیکی یا روانی باشد. اگرچه طرح مجدد موضوع به این شکل ممکن است واقعیت را تغییر ندهد، داشتن هدف بالاتر ممکن است تفاوت بزرگی در تمایل فرد برای تحمل درد، کنار آمدن با مشکلات و فداکاری ایجاد کند. با توجه به این واقعیت که افراد مبتلا به بیماری‌های روانی جدی در حال حاضر با تعصبات و تبعیض گسترده مبارزه می‌کنند، به نظر می‌رسد حفظ یا تقویت وابستگی‌های مذهبی موجود و سیستم‌های حمایتی افراد به عنوان بخشی از طرح درمان یا توانبخشی آن‌ها باشد (جیم^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). الگوی روان درمانی یکپارچه معنوی یک درمان جامع و چند وجهی است که با ادغام چندین روش درمانی و درون مایه‌ای معنوی-توحیدی، می‌کوشد ارزش‌هایی را در فرد احیا کند که توان یکپارچه سازی و انسجام بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد. از نظر درمان یکپارچه معنوی، عامل اساسی سلامت روانی، انسجام و توحید یافتگی شخصیت است و بهترین راه دستیابی به آن، تمرکز و تأکید بر اصل بنیادین توحید و ارزش‌های دینی و معنوی است (لاویک^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). درمان یکپارچه معنوی اساساً هدف مدار است و بر مسئولیت پذیری شخص در برابر خود، خدا و جامعه تأکید می‌کند در این روش که به عنوان درمان کل فرد توصیف شده است، ابعاد چهارگانه زیستی- روان شناختی- اجتماعی و معنوی مورد توجه درمانی قرار می‌گیرد و هرگاه یکی از این ابعاد دچار اختلال و نارسایی گردد، فرد دچار بیماری روانی و ناهنجاری‌های رفتاری می‌شود (سالسمن^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). درمان یکپارچه معنوی علت تعارضات درونی را حاصل تعارضات درونی فرد در امر قدسی می‌داند و معتقد است درک کودک در امر قدسی از درون روابط او با والدینش شکل می‌گیرد و وقتی این روابط دچار مشکل باشد تعارض در امر قدسی ایجاد می‌شود (تولدو^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). وقتی کودک نتواند در ارتباط با والدین به انسجام درونی و خود تأیید گری دست یابد این تنش و تعارض در محرومیت از والدین ریشه دو سوگرایی در امر قدسی می‌شود کودک در یک سطح خدا را دوست داشتنی و مهربان و در سطحی دیگر او را تنبیه گر می‌بیند و از آن دلبریده می‌شود و این روند تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. اما در درمان هیجان مدار تنش و تعارضات درونی صرفاً حاصل تعارض بین بخش‌های خود فرد در نظر گرفته می‌شود (تیمولاک^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). در درمان هیجان مدار، هیجان حمایت گر و هدایت گر فرد در لحظه‌های تنیدگی و مهمترین راه مقابله را استفاده از هیجان اصیل جهت انسجام درونی و سلامت روان می‌داند اما درمان یکپارچه معنوی معنویت را مهمترین شیوه مقابله در هنگام تنیدگی می‌داند (نودتودت^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). معنویت با مفاهیمی مانند شکیبایی^۷، ایمان^۸، رنج بردن^۹، مهرورزی^{۱۰}، دگرگونی^{۱۱}، تعالی^{۱۲}، تقدس^{۱۳}، امید^{۱۴}، عشق و بخشش^{۱۵}، سرسپردگی و تسلیم^{۱۶}، سعی دارد محدودیت‌های انسانی را برایش ادراک پذیر کند و به حل مسائل حل نشدنی بپردازد اما درمان متمرکز بر هیجان پس از پرداختن به طرح هیجانی رویدادهای آسیب زا و حل نشدنی از طریق ساخت معنا به مراجع کمک می‌کند (قاسمی نژاد و همکاران، ۱۴۰۱). در درمان متمرکز بر هیجان توجه به هیجان و طرح‌های هیجانی را در راستای تغییر در طرح هیجانی منفی فرد و کاهش تنیدگی روانی انجام می‌دهد ولی در درمان یکپارچه معنوی توجه به هیجانات مختلف از قبیل خشم شرم امید غم لذت در راستای رسیدن به تصویری منسجم از امر قدسی است. به طور مثال غم یا خشم می‌تواند نشان از فقدان یا بی حرمتی نسبت به منابع معنوی فرد باید و شور و شوق و لذت اشاره به منابع معنوی قدرتمند در فرد است (بالی^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی به سبک‌های دلبستگی توجه می‌شود (قاسمی نژاد و همکاران، ۱۴۰۱). اما در درمان یکپارچه معنوی سبک‌های دلبستگی به خدا با عنوان اضطرابی/دوسوگرایانه، اجتنابی، ایمن مورد بررسی قرار می‌گیرد (تولدو و همکاران، ۲۰۲۱)، اما در درمان متمرکز بر هیجان این سبک‌های دلبستگی با والدین است (تیمولاک^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۸). در درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی پردازش

1 Jim

2 Lavik

3 Salsman

4 Toledo

5 Timulak

6 Nødtvedt

7 Anthropologist

8 Faith

9 Suffering

10 Compassion

11 Transformation

12 Transcendence

13 Sacredness

14 Hope

15 Forgiveness

16 Surrender

17 Bailey

18 Timulak

و مقابله با احساسات منفی یادگیری درباره بخشش صورت می‌گیرد (بالی و همکاران، ۲۰۲۲) اما در درمان متمرکز بر هیجان فرد می‌تواند نبخشد اما رها کند و در درمان یکپارچه معنوی فرد به سمت بخشش تشویق می‌شود (پوراکبران و همکاران، ۱۳۹۷). بر اساس جستجوی پژوهشگر در پژوهش‌های انجام شده اثر بخشی درمان هیجان مدار بر دشواری در تنظیم هیجان در افراد دارای ترومای پیچیده بررسی نشده است. همچنین پژوهشی که صرفاً به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر دشواری در تنظیم هیجان صورت گرفته باشد، انجام نشده است. بر اساس آنچه بیان شد، مطالعه حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال هست که «بین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر دشواری در تنظیم هیجان افراد دارای ترومای پیچیده، چه تفاوت‌هایی وجود دارد».

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف تحقیق کاربردی بود. تحقیق حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون^۱ با گروه کنترل (گروه در لیست انتظار)^۲ و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مراجعین ویزیت شده در مرکز سلامت کیش در سال ۱۴۰۲ بود. برای برآورد حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن، با اندازه اثر ۰/۵، توان ۰/۸ و $\alpha=0/05$ حجم نمونه در سه گروه برآورد شد. از میان افراد واجد ملاک ورود ۳۶ نفر انتخاب و به صورت تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شد، (آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گروه کنترل). ابتدا پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان در هر سه گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش ۱، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل درمانی متمرکز بر هیجان، و گروه آزمایش ۲، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل روان درمانی معنوی دریافت کرد، گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از اتمام دوره‌ها از هر سه گروه با پرسشنامه‌های ذکر شده پس آزمون گرفته شد. در این مطالعه کلیه اصول اخلاقی مورد بررسی توجه قرار گرفت، از جمله؛ آگاهی شرکت کنندگان از هدف تحقیق، امضا فرم رضایت آگاهانه، مطمئن ساختن شرکت کنندگان از محرمانه بودن اطلاعات خود، اجازه ترک مطالعه در هر زمان و امکان دسترسی به نتایج مطالعه. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: رضایت آگاهانه، مصاحبه بر اساس چک لیست تشخیصی DSM V-TR برای افراد دارای ترومای پیچیده، سابقه غفلت ازار و خیانت‌های مکرر از سوی افراد قابل اعتماد و یا مراقبان از طریق پرسش از آزمودنی، داشتن نمره بالا در پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان و معیارهای خروج عبارتند از: گذراندن دوره‌های آموزشی و درمانی همزمان با شرکت در پژوهش، بیش از دو جلسه غیبت، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و ابتلا به بیماری در حین پژوهش.

پروتکل درمان متمرکز بر هیجان

افراد گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت درمان متمرکز بر هیجان بر اساس برنامه پروتکل درمان متمرکز بر هیجان تروما (پایویو و لئونه، ۲۰۱۰) قرار گرفتند. مدت زمان جلسات ۹۰ دقیقه طراحی شده است. خلاصه جلسات در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر هیجان تروما (پایویو و لئونه، ۲۰۱۰)

فاز درمانی	هدف	محتوا
ایجاد اتحاد درمانی	ایجاد امنیت و اعتماد بین درمانگر و مراجع	ایجاد رابطه/آشنایی درمانگر و مراجع / تأیید تردیدهای مراجع درباره قرار گرفتن در فرایند درمان و اعتبار بخشی به آن‌ها (تردید برای اعتماد به درمانگر و گروه/افشای تجربه تروما/زیر بار احساسات دردناک رفتن)/ طرح مشکل توسط مراجع/بررسی فعلی نشانه‌های پریشانی مراجع/بررسی سطح عملکرد مراجع/آموزش تجربی و بیان منطق درمان
کاهش ترس و شرم	تقویت احساس مراجع نسبت به خود از طریق دستیابی به منابع جایگزین سالم مانند خود مراقبتی و خود تسکینی	اتحاد درمانی، جلسه با سوالاتی از قبیل «احساسات از اینکه امروز در جلسه درمان قرار گرفتی چیه؟» یا «امروز می‌خواهی درباره چی صحبت کنی؟» می‌تواند آغاز شود/ پاسخدهی همدلانه به احساسات دردناک مراجعین/استفاده از تصدیق همدلانه در پاسخ به نشانگر آسیب پذیری مراجع/بررسی احوالات مراجعین در هفته قبل/ مطرح کردن مشکل حال حاضر/ کاوش همدلانه/ افشا سازی و کاهش انزوا/ تکنیک بازگویی آسیب
		کاهش پردازش‌های مرتبط با خود (مثل خود انتقادی/خودسرزنش گری/عدم آگاهی از تجربه درونی/ترس و اجتناب از تجربه هیجانی)، استفاده از تکنیک دو صندلی/تمرکز تجربی/ کاوش همدلانه

و تغییر رفتار اجتنابی نا سازگار		
حل تروما و آسیب‌های دلبستگی	دستیابی به دید متفاوت‌تری نسبت به شخص ازارگر	دستیابی به خشم و غم ناسازگار و معناهای مرتبط با آن‌ها/اعتباربخشی به خشم مراجع/ فراهم کردن فرصتی برای تجربه خشم/اعتباربخشی به غم مراجع/ایجاد فرصتی برای تجربه غم/کاوش همدلانه/پاسخدهی همدلانه به احساسات دردناک/ تصدیق همدلانه/ انعکاس فراخوانی کننده/ مواجهه تجسمی
یکپارچه سازی تجارب درونی	حمایت از اهداف آینده مراجعین	استفاده از مواجهه تجسمی برای دسترسی به تغییرات و تحکیمات/ مقایسه تجربیات فعلی مراجعین از افراد آسیب رسان با تجربیات آن‌ها در ابتدای درمان/ پردازش تجربه مراجعین از درمان/ بازخورد دوطرفه درمانگر و مراجعین

پروتکل روان درمانی معنوی با تاکید بر مؤلفه‌های روان درمانی معنوی است که با استفاده از نظریه شناختی رفتاری پارگامنت، (۲۰۰۷) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده است.

جدول ۲. پروتکل آموزشی معنویت درمانی پارگامنت، (۲۰۰۷)

جلسه	اهداف	نمونه‌ای از محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر/آشنایی با جلسات درمانی/ اخذ توافق آگاهانه/توضیح اهداف و قوانین گروه	بررسی تعاریف و باورهای اعضا از معنویت/زمینه سازی شنیدن تجربه‌های معنوی شرکت کنندگان
دوم	درون نگری/تمرکز بر ادراک و احساس‌های مبتنی بر معنویت افراد	تمرین درون نگری/فهم حکمت موجود در جهان هستی/فهم احساس و حالات انسانی زمان فکر به حکمت هستی
سوم	یافتن منابع ترس و اضطراب و حل و فصلان/بحث درباره اینکه چگونه می‌توان با معنویت به آرامش رسید/بررسی موانع رسیدن به آرامش	ایجاد ارتباط بین تکالیف درمانجویان با ترس و اضطراب/ترس از دست دادن/ترس از آینده
چهارم	فهم پایان ناپذیری وارث ما/پایان ناپذیری چیست؟/ از زندگی چه چیزی به ارث برده‌ایم/از دست دادن عزیز چه احساسی در افراد ایجاد می‌کند.	وقتی به آن عزیز فکر می‌کنید چه چیزی به یاد می‌آورد؟ وقتی می‌گویید آن‌ها یادشان باقیست، منظور اینست که چیزی برای ما به ارث گذاشته‌اند؟
پنجم	ارث بر مدار مهر و ارث بر مدار کین، فهم نتایج کینه توزی و فهم نتایج مهرورزی و درک کلی از فهم نتایج کینه توزی و مهرورزی	تجربیات خود را با دیگران مرور کنید و موضوعاتی همچون، احترام، بخشش، اعتماد، تحمل مدارا و پرهیز از فاجعه سازی در روابط چه تاثیری دارد؟
ششم	پیامدهای رفتارهای مبتنی بر مهرورزی و کینه توزی و مراقبت از رفتارهای مهرورزانه و درک کلی درمورد دیدن اعمال و نتایج آن و مراقبه حفظ رفتارهای مهرورزانه	تجربیات خود و دیگران را مرور کنید و بگویید برای محاسبه و مراقبه چه می‌کنند؟ مسئولیت پذیری انسان چگونه است؟ مراقبه چه تاثیری بر شما دارد؟
هفتم	بخشش و حل و فصل خشم/تجربه ماندن بر مدار مهر چیست؟ تجربیات توأم با کین، خشم و دشمنی، فاجعه سازی است و بخشش یک فضیلت قابل آموزش در برابر خطا دیگران و صرف نظر کردن از انتقام	چه چیزی مانع از بخشش دیگران می‌شود؟ بر روی خشم خود فکر کنید، چقدر احساس مخربی دارید؟ رنج ناشی از خشم چه احساسی در خود و دیگران ایجاد می‌کند؟ بخشش چقدر می‌تواند در این موقعیت لذت بخش باشد؟
هشتم	خروج از مسیر مهرورزی از نیروی برخاسته از خودخواهی نهفته است/ ما نیازمند خود کنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار برای پذیرش و شکیبایی هستیم	برای محاسبه و مراقبه چگونه از رفتار خود مراقبت می‌کنید؟ چگونه در خود آگاهی افزایش می‌توانیم اقدامات مسئولانه انجام دهیم

نهم	افزایش خودکنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار، محاسبه و مراقبه، تحمل خود کنترلی، پذیرش و شکیبایی را بالا می‌برد	پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل مدارا و اقدام و سودمندی شخصی و اجتماعی را افزایش می‌دهد و این اقدامات بر درون نگری ذهنی مفید است.
دهم	مراقبت از خود، در حفظ آگاهی امید و انتظار	برای خود ارزیابی چه می‌کنید؟ آیا خود ارزیابی احساس مسئولیت را در پذیرش شکیبایی و اقدام مسئولانه شما افزایش می‌دهد؟

ابزارهای سنجش

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان^۱: گراتز و رومر^۲ (۲۰۰۴) این مقیاس را طراحی و به کار گرفتند. این مقیاس در ابتدا شامل ۴۱ گویه بود که پس از نتایج تحلیل عاملی و همسانی درونی گویه‌ها به ۳۶ آیت رسید. پاسخ‌ها با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به صورت یک نمره کل و نمران جداگانه (شش نمره) در خرده مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان مشخص می‌گردد. عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، ابهام هیجانی، دشواری در انجام رفتارهای، دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی هیجانی، شش خرده مقیاس این پرسشنامه هستند (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۳ و در خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ مشخص شده است که بیانگر همسانی درونی مناسب آن است. در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۹۹ تا ۰/۸۸ و پایایی مجدد خرده مقیاس‌ها را بعد از ۷ روز بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ ارزیابی نمودند همچنین روایی ملاکی را از طریق ارزیابی همبستگی با پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک بدست آوردند که نشان دهنده همبستگی مثبت بین آن‌ها بود (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۱). روش تحلیل داده‌ها نیز تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ بود.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۶ شرکت کننده در سه گروه (هر گروه ۱۲ نفر) درمان متمرکز بر هیجان، درمان یکپارچه معنوی و کنترل جای گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه درمان متمرکز بر هیجان به ترتیب برابر با ۲۹/۶۷ و ۴/۷۹ سال، در گروه درمان یکپارچه معنوی به ترتیب برابر با ۲۹/۸۳ و ۴/۳۷ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۹/۴۲ و ۴/۱۹ بود. در هر دو گروه آزمایش ۷ زن و ۵ مرد و در گروه کنترل ۵ زن و ۷ مرد حضور داشتند. در گروه درمان متمرکز بر هیجان میزان تحصیلات ۴ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس و بالاتر بود. در گروه درمان یکپارچه معنوی میزان تحصیلات ۵ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم، ۴ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس و بالاتر بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس و بالاتر بود. در نهایت در گروه درمان متمرکز بر هیجان ۸ نفر متأهل و ۴ نفر مجرد، در گروه درمان یکپارچه معنوی ۷ نفر مجرد و ۵ نفر متأهل و در گروه کنترل ۶ نفر مجرد و ۶ نفر متأهل بودند. جدول ۳ میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو - ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو - ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان در

سه مرحله اجرا

مؤلفه	گروه	پیش آزمون (میانگین و انحراف استاندارد)	پس آزمون (میانگین و انحراف استاندارد)	پیگیری (میانگین و انحراف استاندارد)
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	درمان متمرکز بر هیجان	۳/۷۰ ± ۲۲/۷۵	۲/۶۴ ± ۱۷/۴۲	۲/۵۵ ± ۱۶/۸۳
	درمان یکپارچه معنوی	۳/۸۵ ± ۲۲/۵۸	۲/۶۱ ± ۱۶/۹۲	۲/۶۱ ± ۱۸/۰۸
	گروه کنترل	۳/۸۳ ± ۲۳/۰۸	۳/۴۸ ± ۲۳/۴۲	۳/۰۲ ± ۲۲/۰۰
دشواری در انجام رفتار هدفمند	درمان متمرکز بر هیجان	۲/۶۲ ± ۱۷/۸۳	۲/۳۶ ± ۱۲/۱۷	۲/۱۸ ± ۱۰/۷۵
	درمان یکپارچه معنوی	۲/۳۹ ± ۱۷/۶۷	۲/۴۱ ± ۱۴/۰۰	۲/۵۷ ± ۱۳/۳۳
	گروه کنترل	۲/۴۳ ± ۱۷/۶۷	۲/۳۶ ± ۱۶/۲۵	۲/۱۸ ± ۱۶/۲۹
دشواری در کنترل تکانه	درمان متمرکز بر هیجان	۳/۱۶ ± ۲۱/۸۳	۲/۴۵ ± ۱۵/۰۰	۲/۰۹ ± ۱۴/۰۰
	درمان یکپارچه معنوی	۳/۱۲ ± ۲۱/۹۲	۲/۳۹ ± ۱۷/۶۷	۲/۶۵ ± ۱۷/۵۰
	گروه کنترل	۳/۱۸ ± ۲۱/۵۸	۳/۶۴ ± ۲۱/۸۳	۳/۱۲ ± ۲۱/۴۲

¹ difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

² Gratz & Romer

مقایسه اثر درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر دشواری در تنظیم هیجان افراد دارای ترومای پیچیده

فقدان آگاهی هیجانی	درمان متمرکز بر هیجان	۲/۷۷ ± ۱۹/۳۳	۱/۸۸ ± ۱۲/۹۲	۱/۸۳ ± ۱۱/۱۰
درمان یکپارچه معنوی	درمان متمرکز بر هیجان	۳/۳۶ ± ۱۹/۲۵	۲/۰۶ ± ۱۴/۵۸	۱/۹۶ ± ۱۴/۲۵
گروه کنترل	درمان متمرکز بر هیجان	۳/۲۸ ± ۱۹/۰۰	۲/۳۵ ± ۱۸/۰۸	۲/۷۷ ± ۱۸/۶۷
دسترسی محدود به راهبردها	درمان متمرکز بر هیجان	۴/۸۰ ± ۳۰/۵۸	۳/۲۰ ± ۱۸/۴۲	۲/۷۱ ± ۱۹/۰۸
درمان یکپارچه معنوی	درمان متمرکز بر هیجان	۵/۵۶ ± ۳۰/۴۲	۳/۹۰ ± ۲۴/۰۸	۳/۷۹ ± ۲۵/۰۰
گروه کنترل	درمان متمرکز بر هیجان	۴/۷۶ ± ۳۱/۱۷	۴/۲۰ ± ۳۰/۲۵	۴/۸۱ ± ۳۰/۱۰
عدم وضوح هیجانی	درمان متمرکز بر هیجان	۲/۶۱ ± ۱۵/۵۸	۱/۶۴ ± ۱۰/۱۷	۱/۸۸ ± ۹/۳۳
درمان یکپارچه معنوی	درمان متمرکز بر هیجان	۲/۶۶ ± ۱۵/۱۷	۱/۷۳ ± ۱۲/۵۰	۱/۸۷ ± ۱۱/۲۵
گروه کنترل	درمان متمرکز بر هیجان	۲/۲۳ ± ۱۵/۳۳	۲/۱۴ ± ۱۴/۷۵	۲/۵۴ ± ۱۵/۰۸
نمره کل	درمان متمرکز بر هیجان	۹/۱۷ ± ۱۲۷/۹۲	۷/۴۱ ± ۸۶/۰۸	۶/۳۴ ± ۸۱/۱۰
درمان یکپارچه معنوی	درمان متمرکز بر هیجان	۱۰/۵۳ ± ۱۲۷/۰۰	۷/۷۸ ± ۹۹/۷۵	۶/۹۱ ± ۹۹/۴۲
گروه کنترل	درمان متمرکز بر هیجان	۹/۹۰ ± ۱۲۷/۸۳	۸/۵۲ ± ۱۲۴/۵۸	۸/۸۰ ± ۱۲۳/۵۰

جدول ۳ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان در مراحل پس از آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. جدول ۱ نشان می‌دهد که ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی دشواری در تنظیم هیجان ($p=0/046$) در گروه درمان متمرکز بر هیجان در مرحله پس از آزمون معنادار است. اگرچه این مطلب بیانگر توزیع غیر نرمال آن مؤلفه در گروه و مرحله یاد شده است، با وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای شاخص شاپیرو-ویلک و مقاومت آزمون‌های آماری تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها، می‌توان انتظار داشت که این مقدار انحراف از مفروضه نتایج تحلیل را بی اعتبار نسازد. در پژوهش حاضر برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیر وابسته در بین گروه‌ها از آزمون لون^۱ استفاده شد و نتایج نشان داد تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به سطوح متغیر وابسته در سه گروه و در سه مرحله اجرا معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های پژوهش برقرار بود. به علاوه مفروضه‌های همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره‌ام.باکس و شرط کرویت یا مفروضه برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون مفروضه هایبرابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها			برابری ماتریس کوواریانس خطا		
	M.Box	F	p	شاخص موخلی	χ^2	p
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۴/۴۳	۱/۰۴	۰/۴۰۷	۰/۹۴۰	۱/۹۶	۰/۳۷۵
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۶/۳۲	۰/۴۶	۰/۹۴۰	۰/۹۹۵	۰/۱۷	۰/۹۲۰
دشواری در کنترل تکانه	۸/۳۸	۰/۶۱	۰/۸۴۰	۰/۸۵۶	۴/۹۶	۰/۰۸۴
فقدان آگاهی هیجانی	۱۰/۳۱	۰/۷۴	۰/۷۰۹	۰/۹۲۴	۲/۵۲	۰/۲۸۳
دسترسی محدود به راهبردها	۱۳/۲۴	۰/۹۶	۰/۴۸۹	۰/۷۸۲	۷/۸۶	۰/۰۲۰
عدم وضوح هیجانی	۱۲/۹۶	۰/۹۴	۰/۵۱۰	۰/۹۰۱	۳/۳۵	۰/۱۸۷
نمره کل	۱۵/۱۸	۱/۱۰	۰/۳۵۹	۰/۹۵۷	۱/۴۰	۰/۴۹۷

منطبق بر جدول ۴ نتایج تحلیل نشان داد که ارزش شاخص آماره‌ام.باکس برای هیچ یک از مؤلفه‌ها و نمرات کل معنادار نیست. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌هاست. منطبق بر نتایج جدول ۲ تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه دسترسی محدود به راهبردها ($p=0/020$) معنادار بود. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن با استفاده از روش گیسر-گرینهوس اصلاح شد.

پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آن‌ها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند. جدول ۵ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر دو روش درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان را نشان می‌دهد.

¹. Leven

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر دشواری در تنظیم هیجان

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	Df	P	η^2	توان آزمون
عدم پذیرش پاسخهای هیجانی	۰/۵۹۰	۴/۸۲	۴ و ۶۴	۰/۰۰۲	۰/۲۳۲	۰/۹۴۲
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۶۳۶	۴/۰۶	۴ و ۶۴	۰/۰۰۵	۰/۲۰۲	۰/۸۹۳
دشواری در کنترل تکانه	۰/۵۸۹	۴/۸۴	۴ و ۶۴	۰/۰۰۲	۰/۲۳۴	۰/۹۴۳
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۵۶۸	۵/۲۳	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴۶	۰/۹۵۹
دسترسی محدود به راهبردها	۰/۵۸۶	۴/۹۰	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳۵	۰/۹۴۶
عدم وضوح هیجانی	۰/۶۰۳	۴/۶۱	۴ و ۶۴	۰/۰۰۳	۰/۲۲۴	۰/۹۳۱
نمره کل	۰/۲۵۲	۱۵/۸۴	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸	۱/۰۰

جدول ۵ نشان می‌دهد اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخهای هیجانی ($\eta^2 = 0/590$)، لامبدای ویلکز، $F = 4/82$ ، $P = 0/002$ ، $\eta^2 = 0/232$ ، دشواری در انجام رفتار هدفمند ($\eta^2 = 0/636$)، لامبدای ویلکز، $F = 4/06$ ، $P = 0/005$ ، $\eta^2 = 0/202$ ، دشواری در کنترل تکانه ($\eta^2 = 0/589$)، لامبدای ویلکز، $F = 4/84$ ، $P = 0/002$ ، $\eta^2 = 0/234$ ، فقدان آگاهی هیجانی ($\eta^2 = 0/568$)، لامبدای ویلکز، $F = 5/23$ ، $P = 0/001$ ، $\eta^2 = 0/246$ ، دسترسی محدود به راهبردها ($\eta^2 = 0/586$)، لامبدای ویلکز، $F = 4/90$ ، $P = 0/001$ ، $\eta^2 = 0/235$ ، عدم وضوح هیجانی ($\eta^2 = 0/603$)، لامبدای ویلکز، $F = 4/61$ ، $P = 0/003$ ، $\eta^2 = 0/224$ و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان ($\eta^2 = 0/252$)، لامبدای ویلکز، $F = 15/84$ ، $P = 0/001$ ، $\eta^2 = 0/498$ معنادار است. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر اجرای دو روش درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان را نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر دشواری در تنظیم هیجان

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
عدم پذیرش پاسخهای هیجانی	اثر گروه	۳۳۵/۶۹	۵۷۹/۳۱	۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷
	اثر زمان	۲۶۴/۵۰	۱۷۳/۴۲	۵۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰۴
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۵۴/۲۶	۴۲۶/۱۱	۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶
	اثر گروه	۱۷۷/۹۱	۱۷۱/۹۷	۱۷/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸
دشواری در انجام رفتار هدفمند	اثر زمان	۳۲۹/۳۹	۱۸۵/۲۵	۵۸/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۰۴/۴۳	۳۹۴/۱۱	۴/۳۷	۰/۰۰۳	۰/۲۰۹
	اثر گروه	۳۹۳/۵۰	۳۲۹/۴۲	۱۹/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴
	اثر زمان	۳۰۸/۳۵	۲۶۶/۱۳	۳۸/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۷
دشواری در کنترل تکانه	اثر تعاملی گروه×زمان	۲۲۲/۲۸	۵۰۴/۳۳	۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰۶
	اثر گروه	۳۱۴/۰۲	۲۱۱/۲۸	۲۴/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸
	اثر زمان	۳۶۹/۰۱	۲۶۸/۴۶	۴۵/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹
	اثر تعاملی گروه×زمان	۲۰۱/۷۶	۴۲۴/۲۲	۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
دسترسی محدود به راهبردها	اثر گروه	۱۰۹۶/۹۱	۸۵۲/۹۷	۲۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۳
	اثر زمان	۶۴۸/۰۰	۵۱۱/۴۲	۴۱/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵۹
	اثر تعاملی گروه×زمان	۴۷۴/۸۷	۹۵۲/۴۴	۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳
	اثر گروه	۲۰۷/۲۴	۱۴۷/۸۳	۲۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
عدم وضوح هیجانی	اثر زمان	۲۱۷/۰۱	۲۰۹/۷۱	۳۴/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۹
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۲۵/۵۹	۳۲۰/۱۷	۶/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲
	اثر گروه	۱۳۳۰/۳۵	۳۲۳۵/۸۳	۶۷/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
	اثر زمان	۱۲۴۰۳/۱۳	۴۲۲۶/۹۸	۹۶/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴
نمره کل	اثر تعاملی گروه×زمان	۶۷۰۹/۸۷	۳۸۷۹/۶۷	۲۸/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴

جدول ۶ نشان می‌دهد علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه×زمان برای مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخهای هیجانی ($\eta^2 = 0/266$)، دشواری در انجام رفتار هدفمند ($\eta^2 = 0/209$)، $F = 5/97$ ، $P = 0/001$ ، $\eta^2 = 0/306$ ، دشواری در کنترل

تکانه ($\eta^2 = 0/306$, $F = 7/27$, $P = 0/001$), فقدان آگاهی هیجانی ($\eta^2 = 0/322$, $F = 7/85$, $P = 0/001$), دسترسی محدود به راهبردها ($\eta^2 = 0/333$, $F = 8/23$, $P = 0/001$), عدم وضوح هیجانی ($\eta^2 = 0/282$, $F = 6/47$, $P = 0/001$) و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان ($\eta^2 = 0/453$, $F = 28/13$, $P = 0/001$) معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان را به‌صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. جدول ۵ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر دشواری در تنظیم هیجان

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
عدم پذیرش	پیش آزمون	۳/۵۶	۰/۶۶	۰/۰۰۱
پاسخ‌های	پیش آزمون	۳/۸۳	۰/۵۴	۰/۰۰۱
هیجانی	پس آزمون	۰/۲۸	۰/۵۹	۱/۰۰
دشواری در	پیش آزمون	۳/۵۸	۰/۵۸	۰/۰۰۱
انجام رفتار	پیش آزمون	۴/۲۸	۰/۵۶	۰/۰۰۱
هدفمند	پس آزمون	۰/۶۹	۰/۵۹	۰/۷۵۳
دشواری در	پیش آزمون	۳/۶۱	۰/۷۴	۰/۰۰۱
کنترل تکانه	پیش آزمون	۴/۱۴	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۹۶۴
فقدان آگاهی	پیش آزمون	۴/۰۰	۰/۵۸	۰/۰۰۱
هیجانی	پیش آزمون	۴/۵۳	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۹۹۶
دسترس	پیش آزمون	۶/۴۷	۱/۰۵	۰/۰۰۱
محدود به	پیش آزمون	۶/۰۰	۰/۹۳	۰/۰۰۱
راهبردها	پس آزمون	-۰/۴۷	۰/۶۷	۱/۰۰
عدم وضوح	پیش آزمون	۲/۸۹	۰/۴۹	۰/۰۰۱
هیجانی	پیش آزمون	۳/۴۷	۰/۵۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۵۸	۰/۴۶	۰/۶۴۹
	پیش آزمون	۲۴/۱۱	۱/۹۱	۰/۰۰۱
نمره کل	پیش آزمون	۲۶/۲۵	۱/۸۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲/۱۴	۱/۶۱	۰/۵۷۹
متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
عدم پذیرش	درمان متمرکز بر هیجان	۰/۱۹	۰/۹۹	۱/۰۰
پاسخ‌های	درمان متمرکز بر هیجان	-۳/۸۳	۰/۹۹	۰/۰۰۱
هیجانی	درمان یکپارچه معنوی	-۳/۶۴	۰/۹۹	۰/۰۰۱
دشواری در	درمان متمرکز بر هیجان	-۱/۴۲	۰/۵۴	۰/۰۳۸
انجام رفتار	درمان متمرکز بر هیجان	-۳/۱۴	۰/۵۴	۰/۰۰۱
هدفمند	درمان یکپارچه معنوی	-۱/۷۲	۰/۵۴	۰/۰۰۹
دشواری در	درمان متمرکز بر هیجان	-۲/۰۸	۰/۷۵	۰/۰۲۶
کنترل تکانه	درمان متمرکز بر هیجان	-۴/۶۷	۰/۷۵	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه معنوی	-۲/۵۸	۰/۷۵	۰/۰۰۴
فقدان آگاهی	درمان متمرکز بر هیجان	-۱/۵۸	۰/۶۰	۰/۰۳۶
هیجانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۴/۱۴	۰/۶۰	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه معنوی	-۲/۵۶	۰/۶۰	۰/۰۰۱
دسترس	درمان متمرکز بر هیجان	-۳/۸۱	۱/۲۰	۰/۰۱۰
محدود به	درمان متمرکز بر هیجان	-۷/۸۱	۱/۲۰	۰/۰۰۱
راهبردها	درمان یکپارچه معنوی	-۴/۰۰	۱/۲۰	۰/۰۰۶
عدم وضوح	درمان متمرکز بر هیجان	-۱/۲۸	۰/۵۰	۰/۰۴۵
هیجانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۳/۳۶	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه معنوی	-۲/۰۸	۰/۵۰	۰/۰۰۱

درمان متمرکز بر هیجان	درمان یکپارچه معنوی	-۱۰/۳۶	۲/۳۳	۰/۰۰۱
نمره کل	درمان متمرکز بر هیجان	-۲۶/۹۴	۲/۳۳	۰/۰۰۱
درمان یکپارچه معنوی	گروه کنترل	-۱۶/۵۸	۲/۳۳	۰/۰۰۱

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون - پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی در مقایسه با گروه کنترل به لحاظ آماری معنادار است. به طوری که اجرای هر دو شیوه درمان باعث شده تا میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون کاهش یابد. همسو با نتایج مربوط به اثرات گروه در آزمون بن فرونی، روند تغییر میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان در جدول ۳ نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از اجرای درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر مؤلفه‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند ($p=0/038$)، دشواری در کنترل تکانه ($p=0/026$)، فقدان آگاهی هیجانی ($p=0/036$)، دسترسی محدود به راهبردها ($p=0/010$)، عدم وضوح هیجانی ($p=0/045$) و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان ($p=0/001$) معنادار است. به طوری که در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی، درمان متمرکز بر هیجان میانگین نمرات آن مؤلفه‌ها و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان را بیشتر کاهش داده است. براین اساس می‌توان گفت اگرچه هر دو شیوه درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی به صورت پایدار دشواری در تنظیم هیجان در افراد دارای ترومای پیچیده را کاهش می‌دهند، با وجود این درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی روش موثرتری برای کاهش دشواری در تنظیم هیجان در آن افراد است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر دشواری در تنظیم هیجان افراد دارای ترومای پیچیده تفاوت معنی داری در سطح خطای ۰/۰۱ وجود دارد و افرادی که درمان متمرکز بر هیجان را دریافت کردند به نسبت گروه دریافت کننده درمان یکپارچه معنوی از تحمل پریشانی و حساسیت نسبت به طرد و دشواری در تنظیم هیجان بهتری برخوردار بودند. این یافته با نتایج پژوهش قاسمی نژاد و همکاران، (۱۴۰۱)، بالی و همکاران، (۲۰۲۲)، تولدو و همکاران، (۲۰۲۱)، همسو می‌باشد. در تبیین یافته می‌توان گفت ناراحتی و ترس بیماران مبتلا به ترومای پیچیده فقط به دلیل احتمال ارزیابی منفی از جانب دیگران نیست؛ بلکه به ارزیابی منفی مستقیم خود آن‌ها نیز مرتبط است. درواقع بیمار مدام نگران برداشت دیگران در باره خود است و ادراک او در باره چیزی که دیگران فکر می‌کنند، بازتابی از تفکر بیمار راجع به خودش است؛ بنابراین تغییر خودپنداره باعث تغییر اسناد دیگران خواهد شد. یکی از مراحل مهم در اکثریت مشاوره‌ها، به خصوص درمان مبتنی بر هیجان، ایجاد دلبستگی مثبت برای افراد است که موجب بازگرداندن خودگردانی می‌شود. هنگامی که فرد دارای ترومای پیچیده وارد موقعیتی اجتماعی اضطراب برانگیز شود، تمرکز و توجه او از محیط به خودش معطوف خواهد شد. باتوجه به اینکه تروما معادل ترس از تکرار اتفاق ناخوشایند شمرده شده است، امکان دارد پیش بینی شود که توجه فرد به بازبینی و ارزیابی واکنش‌های دیگران معطوف می‌شود. در درمان متمرکز بر هیجان به جای اینکه مراحل درمان شامل به چالش کشیدن افکار مزاحم و منفی باشد، به ارتباط با افکار به طریقی می‌پردازد که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و درمان خودپنداره را به خصوص با هدف قراردادن عبارات خودانتقادی بهبود می‌بخشد. کاهش میزان انتقاد از خود، اعتماد به نفس را بهبود می‌بخشد و خودپنداره را نیز تقویت می‌کند و در نتیجه بهبود خودپنداره، ترس از ارزیابی منفی کاهش می‌یابد. به عبارتی در درمان مبتنی بر هیجان، راهبرد تفکر، ناسازگاری درباره نگرانی و همچنین نظارت انعطاف ناپذیر بر تهدید را از بین می‌برد. ذکر این نکته مهم است که وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌تواند درباره الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهد. آنچه در اینجا لازم و ضروری به نظر می‌رسد، به چالش کشیدن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد که وجه مهمتر تمایز درمان متمرکز بر هیجان است. به طور کلی روش درمانی متمرکز بر هیجان به افراد شرکت کننده در پژوهش کمک کرد که درک درستی از هیجان‌ها داشته باشند و این هیجان‌ها را به صورت کامل تجربه کنند. بهبود علائم در تنظیم هیجان (مشکل در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجانی، نبود شفافیت هیجانی) مهم‌ترین هدف درمان متمرکز بر هیجان در افراد دارای ترومای پیچیده درمان متمرکز بر هیجان پیشنهاد می‌دهد هیجانات انسانی خاصیت سازگاری ذاتی دارد که در صورت فعال بودن می‌تواند مراجعان را کمک کند

حالات هیجانی مشکل ساز یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. هیجانات خود مانع درمان نمی‌شوند ولی ناتوانی در مدیریت و استفاده هیجانات مشکل ساز می‌شوند زیرا هیجانات با بیشتر نیازهای ضروری ما مرتبط هستند. همچنین درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی، میانگین مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی را به صورت معنادار بیشتر کاهش داده است. اگرچه پژوهش‌های پیشین به مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر تنظیم هیجان نپرداخته‌اند، با این به برخی موارد می‌توان اشاره کرد که می‌تواند تبیین کننده اثربخشی بیشتر مداخله متمرکز بر هیجان باشد. برای مثال درمان هیجان مدار منبع آسیب و درمان را در هیجان‌ها می‌داند، به همین دلیل در درمان هیجان مدار توجه ویژه‌ای بر دسترسی به هیجان‌ها و پردازش‌های هیجان دارد. این درحالی است که تمرکز اساسی درمان یکپارچه معنوی بر روی فرآیندهای تفکر و پذیرش تجربیات است. بنابراین می‌توان این احتمال را داد که درمان متمرکز بر هیجان به واسطه تمرکز بیشتری به هیجان و بهبود تنظیم آن در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی دارد. علاوه بر این به نظر می‌رسد که ریشه دشواری‌های تنظیم هیجان به آسیب‌های بین فردی و به ویژه دلبستگی بر می‌گردد. هر پژوهشی در هنگام اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است و از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: در این پژوهش فقط جایگزینی تصادفی بود و انتخاب اولیه به ملاک ورود صورت گرفت، لذا تعمیم نتایج باید به احتیاط صورت گرفت. همچنین در این پژوهش امکان کنترل جنسیت در این پژوهش فراهم نشد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آینده پژوهش‌ها را روی نمونه‌های بزرگتر، با مرحله پیگیری چند ماهه نتایج درمانی انجام دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جنسیت و نوع ترومای پیچیده کنترل شود. پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و مشاوران مراکز خدمات درمانی و مشاوره از این رویکرد در جهت کاهش دشواری در تنظیم هیجان استفاده کنند و برای مراجعان به صورت دوره‌ای، کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی با محوریت درمان هیجان مدار برگزار گردد تا بدین طریق گامی در جهت ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به ترومای پیچیده در آن‌ها برداشته شود.

ملاحظات اخلاقی

تمامی ملاحظات اخلاقی در این پژوهش در نظر گرفته شده است.

حامی مالی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین المللی کیش انجام شده است.

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله حاضر، مراتب سپاسگزاری خود را از تمام شرکت کنندگان که در این پژوهش شرکت کردند اعلام می‌دارد.

References

- پوراکبران، الهه، محمدی قره قوزلو، رقیه، و موسوی، سیدمحمد رضا. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۴۶(۴)، ۱۱۳۶-۱۱۳۲. <https://sid.ir/paper/52001/fa>
- حدادی کوهسار، علی اکبر، مرادی، علیرضا، غباری بناب، باقر، و ایمانی، فرناد. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی - رفتاری با رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸(۳۱)، ۳۰-۱. <https://sid.ir/paper/208465/fa>
- خانزاده، مصطفی، سعیدیان، محسن، و حسین چاری، مسعود. (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان سنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. مجله علوم رفتاری، ۶(۱ (پیاپی ۱۹))، ۸۷-۹۶. <https://sid.ir/paper/505025/fa>
- علی گوهری، بهزاد، ابوالعالی الحسینی، خدیجه، درتاج، فریبرز، و جمهری، فرهاد. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و آموزش مقابله مذهبی بر کاهش علائم ترومای ثانویه فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD. مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، ۶(۲)، ۵۳-۶۶. https://ish.tums.ac.ir/article_40320.html
- قاسمی نژاد رابنی، فریبا، گل پرور، محسن، و آقایی، اصغر. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی معنویت محور و درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، بر افسردگی و رفتار خودآسیبی زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۱(۳)، ۱۷-۵. <https://sid.ir/paper/1124573/fa>

- Adeyemi, O., Grudzen, C., DiMaggio, C., Wittman, I., Velez-Rosborough, A., Arcila-Mesa, M., Cuthel, A., Poracky, H., Meyman, P., & Chodosh, J. (2025). Pre-injury frailty and clinical care trajectory of older adults with trauma injuries: A retrospective cohort analysis of A large level I US trauma center. *PloS one*, 20(2), e0317305. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317305>
- Bailey, G., Halamová, J., & Gablíková, M. (2022). Qualitative Analysis of Chair Tasks in Emotion-Focused Therapy Video Sessions. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12942. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912942>
- De Simone, B., Chouillard, E., Podda, M., Pararas, N., de Carvalho Duarte, G., Fugazzola, P., Birindelli, A., Coccolini, F., Polistena, A., Sibilla, M. G., Kruger, V., Fraga, G. P., Montori, G., Russo, E., Pintar, T., Ansaloni, L., Avenia, N., Di Saverio, S., Leppäniemi, A., Lauretta, A., ... Catena, F. (2024). The 2023 WSES guidelines on the management of trauma in elderly and frail patients. *World journal of emergency surgery: WJES*, 19(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13017-024-00537-8>
- Elsamadicy, A. A., Sandhu, M. R. S., Freedman, I. G., Reeves, B. C., Koo, A. B., Hengartner, A., Havlik, J., Sherman, J., Maduka, R., Agboola, I. K., Johnson, D. C., Kolb, L., & Laurans, M. (2021). Impact of Frailty on Morbidity and Mortality in Adult Patients Presenting with an Acute Traumatic Cervical Spinal Cord Injury. *World neurosurgery*, 153, e408–e418. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.06.130>
- Gabbe, B. J., Simpson, P. M., Harrison, J. E., Lyons, R. A., Ameratunga, S., Ponsford, J., Fitzgerald, M., Judson, R., Collie, A., & Cameron, P. A. (2016). Return to Work and Functional Outcomes After Major Trauma: Who Recovers, When, and How Well?. *Annals of surgery*, 263(4), 623–632. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001564>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J. Psychopathol. Behavioral Assessment*, 26, 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hordern J. (2023). Accommodating religion and belief in healthcare: Political threats, agonistic democracy and established religion. *Bioethics*, 37(1), 15–27. <https://doi.org/10.1111/bioe.13112>
- Jeserich, F., Klein, C., Brinkhaus, B., & Teut, M. (2023). Sense of coherence and religion/spirituality: A systematic review and meta-analysis based on a methodical classification of instruments measuring religion/spirituality. *PloS one*, 18(8), e0289203. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289203>
- Jim, H. S., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Munoz, A. R., George, L., Snyder, M. A., & Salsman, J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760–3768. <https://doi.org/10.1002/cncr.29353>
- Lavik, M. H., Gripsrud, B. H., & Ramvi, E. (2021). How Do Migrant Nursing Home Staff Relate to Religion in Their Work With Patients Who Are Approaching Death?. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 39(3), 254–269. <https://doi.org/10.1177/0898010120973544>
- Moksnes, H. Ø., Andelic, N., Schäfer, C., Anke, A., Soberg, H. L., Røe, C., Howe, E. I., Forslund, M. V., Røise, O., Dahl, H. M., Becker, F., Løvstad, M., Perrin, P. B., Lu, J., Sveen, U., Hellström, T., & Rasmussen, M. S. (2024). Unmet rehabilitation needs in the first 6 months post-injury in a trauma centre population with moderate-to-severe traumatic injuries. *Journal of rehabilitation medicine*, 56, jrm40078. <https://doi.org/10.2340/jrm.v56.40078>
- Nødtvedt, Ø. O., Binder, P. E., Stige, S. H., Schanche, E., Stiegler, J. R., & Hjeltne, A. (2019). "You Feel They Have a Heart and Are Not Afraid to Show It": Exploring How Clients Experience the Therapeutic Relationship in Emotion-Focused Therapy. *Frontiers in psychology*, 10, 1996. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01996>
- Osafo, J., Asare-Doku, W., & Akotia, C. S. (2023). Exploring the role of religion in the recovery experiences of suicide attempt survivors in Ghana. *BMC psychiatry*, 23(1), 219. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04674-3>
- Salsman, J. M., Pustejovsky, J. E., Jim, H. S., Munoz, A. R., Merluzzi, T. V., George, L., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Snyder, M. A., & Fitchett, G. (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 121(21), 3769–3778. <https://doi.org/10.1002/cncr.29350>

- Seneviwickrama, M., Jayasinghe, R., Kanmodi, K. K., Rogers, S. N., Keill, S., Ratnapreya, S., Ranasinghe, S., Denagamagei, S. S., & Perera, I. (2025). Influence of religion and spirituality on head and neck cancer patients and their caregivers: a protocol for a scoping review. *Systematic reviews*, 14(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13643-025-02768-5>
- Tillmann, B. W., Nathens, A. B., Guttman, M. P., Pequeno, P., Scales, D. C., Pechlivanoglou, P., & Haas, B. (2024). Costs of Transfer From Nontrauma to Trauma Centers Among Patients With Minor Injuries. *JAMA network open*, 7(9), e2434172. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.34172>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 506. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0>
- Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., Jennings, C., & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB open research*, 3, 7. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12993.1>
- Toledo, G., Ochoa, C. Y., & Farias, A. J. (2021). Religion and spirituality: their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(6), 3017–3024. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05722-4>

