

Research Paper

**Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and spiritually integrated therapy on distress tolerance in people with complex trauma****Zahra Haj Sadeghi**¹, **Khadijeh Abolmaali Alhosseini**^{2*}, **Mohammad Oraki**³, **Fariba Hassani**⁴

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:** 2025/08/16**Accepted:** 2025/12/30**PP:** 16

Use your device to scan and
read the article online:

**DOI:**10.22054/JCPS.2025.87592.3261**Keywords:**

Emotion-Focused
Therapy, Integrated
Spiritual Therapy, Distress
Tolerance, Complex
Trauma

Abstract

Introduction and Objective: Complex childhood trauma can lead to significant psychological consequences in adulthood, among which distress tolerance is particularly important. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) and Integrated Spiritual Therapy on distress tolerance in individuals with complex trauma.

Research Methodology: The study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group and a two-month follow-up. Participants were selected from clients with a history of complex trauma (emotional and physical neglect, and emotional, physical, and sexual abuse) who had been assessed at the Kish Health Center in 2023. Sample size was estimated using Cohen's table with an effect size of 0.5, statistical power of 0.80, and $\alpha = 0.05$, resulting in three groups. Among eligible participants, 36 individuals were selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (Experimental 1, Experimental 2, and Control), with 12 participants in each group. Initially, the Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire was administered to all groups. Experimental Group 1 received ten 90-minute sessions of Emotion-Focused Therapy, while Experimental Group 2 received ten 90-minute sessions of Integrated Spiritual Psychotherapy. The control group received no intervention. After completion of the interventions, all groups completed the Distress Tolerance Questionnaire as a posttest.

Findings: The findings indicated that Emotion-Focused Therapy was more effective than Integrated Spiritual Therapy in increasing distress tolerance among individuals with complex trauma. Furthermore, the effects of the interventions remained stable at the follow-up stage ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the findings, Emotion-Focused Therapy can be considered a valuable intervention for managing distress in patients with complex trauma and may be recommended for use in clinical and psychological treatment centers.

Citation: Haj sadeghi, Z. , Abolmaali Alhosseini, K. , Oraki, M. & Hassani, F. (2025). Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and spiritually integrated therapy on distress tolerance in people with complex trauma. *Clinical Psychology Studies*, 16(59) 52-67. <https://doi.org/10.22054/jcps.2025.87592.3261>

***Corresponding author:** Khadijeh Abolmaali Alhosseini

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

Tell: 09304304415

Email: kh.abolmaali@iau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Complex trauma is one of the most severe forms of psychological trauma that occurs following repeated and prolonged exposure to traumatic events. (Cloitre et al., 2019). People with this disorder usually face problems such as difficulty regulating emotions, poor interpersonal relationships, and low distress tolerance. Emotion-focused therapy (EFT) and Spiritual Integrative Therapy There are two distinct but overlapping clinical approaches that attempt to increase a person's resilience and coping abilities by focusing on emotional processing and meaning therapy (Elliott & Shahar, 2019; Garima et al., 2024). In recent years, EFT, with its emphasis on processing emotional experience and the use of techniques such as empty chair work and emotional experience reconstruction, has been successful in improving symptoms of emotional disorders, especially PTSD yielded significant results (Karatzias et al., 2019). On the other hand, spiritual integrative therapy By combining spiritual and psychological elements, it treats the existential and semantic dimensions of the affected and uses techniques such as spiritual meditation, practicing connection with values, and reconsidering the meaning of life. (Torres-Giménez et al., 2024). Despite the effectiveness of both approaches, little research evidence has directly compared them in terms of their effects on distress tolerance. Studies conducted on interventions based on EFT and Spiritual Integrative Therapy In different cultural contexts, it shows positive effects on improving distress tolerance and reducing emotional avoidance. (Garima et al., 2024). The aim of this study is to fill this gap and compare the effectiveness EFT and Spiritual Integrative Therapy Iranian society has complex trauma.

Methodology

The present study was applied in terms of its research objective. The present study was a quasi-experimental design of pre-test-post-test type with a control group (waiting list group) and a two-month follow-up. The statistical population of this study included clients visited at Kish Health Center in 2023. To estimate the sample size, Cohen's table was used, with an effect size of 0.5, power of 0.8 and $\alpha=5\%$. The sample size was estimated in three groups. Among the individuals who met the inclusion criteria, 36 people were selected and randomly assigned to two experimental groups and a control group (Experiment 1 Experiment 2 ,and Control Group) First, the Difficulty in Emotion Regulation Questionnaire was administered to all three groups. Then, Experimental Group 1, 10 received 90-minute sessions of emotion-focused therapy protocol, and Experimental Group 2, 10 received 90-minute sessions of spiritual psychotherapy protocol, while the control group did not receive any training. After completing the courses, a post-test was taken from all three groups with the aforementioned questionnaires. In this study, all ethical principles were considered, including; participants' awareness of the purpose of the research, signing the informed consent form, ensuring the confidentiality of their information, permission to leave the study at any time, and the ability to access the study results. The inclusion criteria for the study were: informed consent, interview based on the DSM V-TR diagnostic checklist For individuals with complex trauma, a history of neglect, abuse, and repeated betrayals by trusted individuals or caregivers through questioning the subject, having a high score on the Difficulty in Emotion Regulation Questionnaire, and exclusion criteria include: completing educational and therapeutic courses simultaneously with participation in the study, missing more than two sessions, unwillingness to continue participating in the study, and contracting an illness during the study. This study was conducted with the ethical code IRIAU.TNB.REC.1403.183. It has been approved by the Research Ethics Committee. All participants signed an informed consent form after a full explanation of the research objectives.

Emotion-Focused Therapy Protocol: The experimental group underwent 10 sessions of emotion-focused therapy based on the trauma emotion-focused therapy protocol (Paivio & Leone, 2010). Session duration 90 Minutes have been drawn up. The summary of the meetings is reported in the table below. The spiritual psychotherapy protocol emphasizes the components of spiritual psychotherapy, which is designed using Pargament's cognitive behavioral theory (2007) in 10 90-minute sessions.

Measurement tools: Emotional Distress Tolerance Questionnaire (DTS): The Emotional Distress Questionnaire was designed and developed by Simmons and Gaher (2015) to measure emotional distress. This scale has 15 items, 4 of which include the titles of tolerance, absorption, appraisal, and regulation, which measure distress tolerance based on the individual's ability to tolerate emotional distress, subjective appraisal, distress, the degree of attention to negative emotions when they occur, and regulatory actions to relieve distress.

Results

In the present study, 36 participants were divided into three groups (12 in each group): emotion-focused therapy, integrated spiritual therapy, and control. The mean and standard deviation of the age of the participants in the emotion-focused therapy group were 29.67 and 4.79 years, respectively, in the integrated spiritual therapy group were 29.83 and 4.37 years, respectively, and in the control group were 29.42 and 4.19 years, respectively. The results of the table showed that the difference in the effect of the two methods of emotion-focused therapy and integrated spiritual therapy on the components of absorption ($p = 0.006$), evaluation ($p = 0.009$), adjustment

($p=0.028$) and total distress tolerance score ($p=0.001$) is significant. In comparison to spiritually integrated therapy, emotion-focused therapy has increased the mean of those components and the total score of distress tolerance more. Accordingly, it was concluded that although both emotion-focused therapy and spiritually integrated therapy increase distress tolerance in people with complex trauma, emotion-focused therapy is a more effective method for increasing distress tolerance in them compared to spiritually integrated therapy.

Discussion and Conclusion

The results of this study showed that both approaches of emotion-focused therapy (EFT) and integrative spiritual therapy significantly increased distress tolerance in individuals with complex trauma; however, EFT was more effective than holistic spiritual therapy. The superiority of EFT was a significant difference in the components of absorption, appraisal, emotion regulation, and total distress tolerance score. The present finding is consistent with Karatzias' results. et al. (2019) reported the effectiveness of emotion-focused interventions on improving components of distress tolerance. Also, Cloitre et al (2019) have emphasized that EFT. Because of its direct focus on processing traumatic emotions and rebuilding one's relationship with negative experiences, it can have more lasting effects than meaning-based approaches. Elliott and Shahar (2019) also showed that EFT in the field of anxiety disorders by creating an emotionally corrective experience, it produces a significant reduction in emotional avoidance. In the context of spiritual integrative therapy, our results are consistent with Garima's findings. et al. (2024) who showed that spiritual interventions promote meaning and quality of life and can indirectly improve distress tolerance. In the explanation, it can be said that the superiority of EFT. In this study, this is likely due to its active nature and direct targeting of traumatic emotions. Although spiritual integrative therapy is effective, its mechanisms operate more through meaning-making and belief system modification and may have less effect on reducing emotional avoidance in the short term. Overall, the findings confirm that EFT is superior to spiritual integrative therapy in improving distress tolerance and its components, although in specific cultural and belief conditions, spiritual integrative therapy can also have an important place in the treatment plan.

Applications and Suggestions: The results of this study can guide therapists to use EFT in the treatment of complex trauma and reducing distress tolerance. Use as a first choice and, if needed, add components of integrated spiritual therapy to enhance spiritual dimensions and life expectancy. It is suggested that future studies be conducted with more diverse populations and longer follow-ups to accurately determine the impact of cultural and religious environment on the outcomes of the two approaches.

Limitations: The limited sample size, use of available samples, and short follow-up period were among the limitations of this study, which limit the generalizability of the results.

Ethical Considerations

This article is derived from the first author's doctoral dissertation at Islamic Azad University, Kish, Iran, and has been approved by the Research Ethics Committee under the code IRIAU.TNB.REC.1403.183. In order to adhere to ethical principles, data collection was conducted only after obtaining informed consent from the participants. Participants were assured of the confidentiality of their personal information, and the research findings were reported without including names or any identifying details.

Sponsor

This research was supported by the Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran, as part of the corresponding author's doctoral dissertation and did not receive any additional external funding.

Conflict of Interest

The authors declare that there are no conflicts of interest regarding the findings or publication of this study.

Acknowledgements

The authors would like to sincerely thank all participants for their valuable cooperation in this study. Appreciation is also extended to the staff of Kish Health Center for their assistance and to the Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran, for their academic support.

References

- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2019). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Consensus Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 870–884. <https://doi.org/10.1002/jts.22490>
- Elliott, R., & Shahar, B. (2019). Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 337–360). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-015>
- Garima, Y., McNamara, S., & Gunturu, S. (2024). Trauma-Informed Therapy. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604200/>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., ... Hyland, P. (2019). Psychological Interventions for ICD-11 Complex PTSD Symptoms: Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562846. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562846>
- Torres-Giménez, A., Garcia-Guibert, C., Gelabert, E., Mallorquí, A., Segú, X., Roca-Lecumberri, A., ... Sureda, B. (2024). Efficacy of EMDR for early intervention after a traumatic event: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 174, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.05.003>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2019). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Consensus Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 870–884. <https://doi.org/10.1002/jts.22490>
- Elliott, R., & Shahar, B. (2019). Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 337–360). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-015>
- Garima, Y., McNamara, S., & Gunturu, S. (2024). Trauma-Informed Therapy. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604200/>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., ... Hyland, P. (2019). Psychological Interventions for ICD-11 Complex PTSD Symptoms: Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562846. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562846>
- Torres-Giménez, A., Garcia-Guibert, C., Gelabert, E., Mallorquí, A., Segú, X., Roca-Lecumberri, A., ... Sureda, B. (2024). Efficacy of EMDR for early intervention after a traumatic event: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 174, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.05.003>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر تحمل پریشانی در 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 تحمل پریشانی است. بدین ترتیب هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان (EFT) و درمان یکپارچه معنویت بر تحمل پریشانی در 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 به صورت 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 تحمل پریشانی پس‌آزمون گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان به نسبت درمان یکپارچه معنوی بر تحمل پریشانی در افراد دارای ترومای پیچیده بیشتر اثرگذار است و اثر مداخلات در مرحله پیگیری همچنان پا برجا بوده است ($p>0/01$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که این نوع درمان به‌عنوان درمان متمرکز بر هیجان در جهت مقابله با پریشانی بیماران مبتلا به ترومای پیچیده در کلینیک‌ها و مراکز روان‌شناختی موردتوجه قرار گیرد.



اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹

شماره صفحات: ۱۶

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



DOI:10.22054/JCPS.2025.87592.3261

واژه‌های کلیدی:

درمان متمرکز بر هیجان، درمان یکپارچه معنوی، تحمل پریشانی، ترومای پیچیده

استناد به این مقاله: زهرا؛ ابوالمعالی الحسینی، خدیجه؛ اورکی، محمد؛ و حسینی، فریبا. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر تحمل پریشانی در افراد دارای ترومای پیچیده. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۶ (۵۹)، ۶۷-۵۲.

<https://doi.org/10.22054/jcps.2025.87592.3261>



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

*نویسنده مسئول: زهرا ابوالمعالی الحسینی

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

تلفن: ۰۹۳۰۴۳۰۴۴۱۵

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

افراد دارای تروما پیچیده کسانی هستند که در معرض چندین رویداد آسیب‌زا قرار گرفته‌اند، که معمولاً شامل سوء استفاده یا غفلت مکرر در دوران کودکی، یا زندگی در مناطق جنگی است (نویل^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). این نوع تروما می‌تواند تأثیرات عمیقی بر سلامت روان فرد داشته باشد و منجر به علائمی مانند اضطراب، افسردگی، مشکلات دلبستگی و اختلال هویت شود. ترومای پیچیده، برخلاف تروما که معمولاً به یک حادثه منفرد اشاره دارد، نتیجه مواجهه مکرر و طولانی‌مدت با حوادث آسیب‌زا است (آرمور و همکاران، ۲۰۲۱). این نوع تروما به ویژه در دوران کودکی که فرد در حال شکل‌گیری هویت و دلبستگی‌های خود است، می‌تواند تأثیرات عمیقی داشته باشد. همچنین ترومای پیچیده یکی از شدیدترین اشکال آسیب روانی است که به دنبال مواجهه مکرر و طولانی‌مدت با رویدادهای آسیب‌زا ایجاد می‌شود (کلوتر^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). افراد مبتلا به این اختلال معمولاً با مشکلاتی مانند مشکلات تنظیم هیجان، روابط بین‌فردی ضعیف و تحمل پریشانی پایین مواجه‌اند (بوکتر^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که تحمل پریشانی، توانایی تحمل حالات درونی ناخوشایند، به طور قابل توجهی تحت تأثیر ترومای پیچیده قرار می‌گیرد و تحمل پریشانی پایین می‌تواند به مشکلاتی در مدیریت احساسات و به کارگیری مکانیسم‌های مقابله‌ای سالم منجر شود (میلان و جوداه^۴، ۲۰۲۳). افراد مبتلا به ترومای پیچیده اغلب در تنظیم احساسات خود با چالش‌هایی روبرو می‌شوند و ممکن است در تحمل احساسات منفی مشکل داشته باشند که منجر به رفتارهای اجتنابی یا سایر راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (کافمن^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین تحمل پریشانی در افراد دارای تروما پیچیده به توانایی این افراد برای تحمل و مدیریت احساسات و افکار دردناک ناشی از تروما اشاره دارد. این مهارت برای بهبودی و مقابله با علائم اختلال استرس پس از سانحه پیچیده ضروری است (چودهاری^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). افراد با تروما پیچیده اغلب در تنظیم و تحمل احساسات خود مشکل دارند و ممکن است از مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسالم برای فرار از این احساسات استفاده کنند. تحمل پریشانی به افراد کمک می‌کند تا روابط سالم‌تری برقرار کنند، زیرا توانایی مدیریت احساسات خود را در تعاملات با دیگران افزایش می‌دهند. افراد با تروما پیچیده ممکن است در برابر تغییرات و چالش‌ها انعطاف‌پذیری کمتری داشته باشند. تحمل پریشانی به آنها کمک می‌کند تا با این چالش‌ها بهتر کنار بیایند. تحمل پریشانی عموماً به عنوان ظرفیت درک شده یا واقعی برای تحمل حالات تجربی آزاردهنده (روسل^۷ و همکاران، ۲۰۱۹)، مانند احساسات منفی، عدم اطمینان و ناراحتی جسمی (زوولنسکی و همکاران ۲۰۱۰) مفهوم‌سازی می‌شود. در واقع، چندین مطالعه تجربی تا به امروز روابط معکوس معناداری را بین تحمل پریشانی و علائم PTSD ثبت کرده‌اند (کاراتزیاس^۸ و همکاران، ۲۰۱۹)، به طوری که سطوح بالاتر تحمل حالات عاطفی منفی با سطوح پایین‌تر علائم PTSD (و برعکس) در میان جمعیت‌های در معرض تروما، حتی پس از کنترل عوامل مرتبط از نظر نظری (مانند تعداد رویدادهای بالقوه آسیب‌زا، روان‌رنجوری) مرتبط بود. دشواری قابل توجه در مدیریت تجربیات عاطفی و فیزیولوژیکی مرتبط با تروما، از ویژگی‌های بارز اختلال استرس پس از سانحه است (مارکر^۹ و همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنابراین، توانایی فرد در تحمل حالات عاطفی منفی، در واقع می‌تواند افراد در معرض تروما را مستعد آسیب‌پذیری (اگر تحمل پریشانی کم باشد) یا تاب‌آوری (اگر تحمل پریشانی بالا باشد) کند، و این امر اهمیت بالینی درک بهتر روابط تحمل پریشانی و PTSD را برجسته می‌کند (تاتینگلی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). درمان روانشناختی افراد مبتلا به تروما پیچیده معمولاً شامل رویکردهای متنوعی است که به آنها کمک می‌کند تا با تجربیات آسیب‌زا کنار بیایند و به زندگی عادی بازگردند. یکی از درمان‌های موثر درمان یکپارچه معنوی و درمان یکپارچه معنوی می‌باشد. (الگوی روان درمانی یکپارچه معنوی یک درمان جامع و چند وجهی است که با ادغام چندین روش درمانی و درون مایه ای معنوی-توحیدی،

¹ Neville

² Cloitre

³ Buckner

⁴ Milam & Judah

⁵ Kauffman

⁶ Chowdhury

⁷ Russell

⁸ Karatzias

⁹ Maercker

¹⁰ Mattingley

می‌کوشد ارزش‌هایی را در فرد احیا کند که توان یکپارچه‌سازی 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^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). درمان یکپارچه معنوی اساساً هدف مدار است و بر مسئولیت‌پذیری شخص در برابر خود، خدا و جامعه تأکید می‌کند در این روش که به عنوان درمان کل فرد توصیف شده است، ابعاد چهارگانه زیستی-روان‌شناختی-اجتماعی و معنوی مورد توجه درمانی قرار می‌گیرد و هرگاه یکی از این ابعاد دچار اختلال و نارسایی گردد، فرد دچار بیماری روانی و ناپهنجاری‌های رفتاری می‌شود (سالسمن^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). درمان یکپارچه‌ی 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^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). وقتی کودک نتواند در ارتباط با والدین به انسجام درونی و خود تأیید‌گری دست یابد این تنش و تعارض در محرومیت از والدین ریشه‌ی دو سوگرایی در امر قدسی می‌شود کودک در یک سطح خدا را دوست داشتنی و مهربان و در سطحی دیگر او را تنبیه‌گر 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^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). در درمان هیجان مدار، هیجان حمایت‌گر و هدایت‌گر فرد در لحظه‌های تنیدگی و مهمترین راه مقابله را استفاده از هیجان اصیل جهت انسجام درونی و سلامت روان می‌داند اما درمان یکپارچه‌ی معنوی معنویت را مهمترین شیوه‌ی مقابله در هنگام تنیدگی می‌داند (نودتودت^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). معنویت با مفاهیمی مانند شکیبایی^۶، ایمان^۷، رنج بردن^۸، مهرورزی^۹، دگرگونی^{۱۰}، تعالی^{۱۱}، تقدس^{۱۲}، امید^{۱۳}، عشق و بخشش^{۱۴}، سرسپردگی و تسلیم^{۱۵}، سعی دارد محدودیت‌های انسانی را برایش ادراک پذیر کند و به حل مسایل حل‌نشده بپردازد اما درمان متمرکز بر هیجان پس از پرداختن به طرح هیجانی رویداد‌های آسیب‌زا و حل‌نشده‌ی از طریق ساخت معنا به مراجع کمک می‌کند (قاسمی‌نژاد 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 یکپارچه‌ی 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 بی‌حرمتی نسبت به منابع معنوی فرد باید و شور و شوق و لذت اشاره به منابع معنوی قدرتمند در فرد است (بالی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه‌ی معنوی به سبک‌های دلبستگی توجه می‌شود اما در درمان یکپارچه‌ی معنوی سبک‌های دلبستگی به خدا با عنوان اضطرابی/دوسوگرایانه، اجتنابی، ایمن مورد بررسی قرار می‌گیرد اما در درمان متمرکز بر هیجان این سبک‌های دلبستگی با والدین است (تیمولاک^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۸). در درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه‌ی معنوی پردازش و مقابله با احساسات منفی یادگیری درباره‌ی بخشش صورت می‌گیرد اما در درمان متمرکز بر هیجان فرد می‌تواند نبخشد اما رها کند و در درمان یکپارچه‌ی معنوی فرد به سمت بخشش تشویق می‌شود (پوراکیهان و همکاران، ۱۳۹۷). از انجائیکه تدارک خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی برای ارائه

¹ Lavik

² Salsman

³ Toledo

⁴ Timulak

⁵ Nødtvedt

⁶ Anthropologist

⁷ Faith

⁸ Suffering

⁹ Compassion

¹⁰ Transformation

¹¹ Transcendence

¹² Sacredness

¹³ Hope

¹⁴ Forgiveness

¹⁵ Surrender

¹⁶ Bailey

¹⁷ Timulak

راهبردهای درمانی اثربخش به منظور مقابله با چالش های مربوط با تروما ضروری است، پژوهش در این زمینه می تواند نقطه شروعی برای پژوهش در این حیطه باشد و از آنجایی که جمعیت جزیره کیش جمعیت جوانی هست که در بین آنها افراد زیادی وجود دارد که به دلیل تروماهای رشدی و مسایل خانوادگی از سرزمین اصلی جدا شده و به تنهایی به کیش مهاجرت کرده اند و کار حرفه ای بر تاثیرات رشدی آنان می تواند نیروی جوان و نیروی کار در جزیره را به سلامت روان نزدیک کند. بر اساس آنچه بیان شد، مطالعه حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال هست که بین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه ی معنوی بر تحمل پریشانی افراد دارای ترومای پیچیده، چه تفاوت هایی وجود دارد.

روش شناسی 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 ی 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 ی 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 دقیقه ای پروتکل درمانی متمرکز بر هیجان، و گروه آزمایش ۲، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای پروتکل روان درمانی معنوی دریافت کرد، گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از اتمام دوره ها از هر سه گروه با پرسشنامه های ذکر شده پس آزمون گرفته شد. در این مطالعه کلیه اصول اخلاقی مورد بررسی توجه قرار گرفت، از جمله؛ آگاهی شرکت کننده گان 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 ی غفلت ازار و خیانت های مکرر از سوی افراد قابل اعتماد و یا مراقبان از طریق پرسش از آزمودنی، داشتن نمره ی بالا در پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان و معیارهای خروج عبارتند از: گذراندن دوره های 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. این پژوهش با کد اخلاق IRIA.U.TNB.REC.1403.183 در کمیته اخلاق پژوهش تصویب شده است. تمامی شرکت کنندگان پس از توضیح کامل اهداف پژوهش، فرم رضایت نامه آگاهانه را امضا کردند.

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/اشنایی درمانگر و مراجع/ تایید تردید های 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 نشانه های پریشانی مراجع/بررسی سطح عملکرد مراجع/آموزش تجربی و بیان منطق درمان
		اتحاد درمانی، جلسه با سؤالاتی از قبیل «احساسات از اینکه امروز در جلسه درمان قرار گرفتی چیه؟» یا «امروز می خوای درباره چی صحبت کنی؟» می تواند آغاز شود/ پاسخدهی همدلانه به احساسات دردناک

کاهش ترس و شرم	تقویت احساس مراجع نسبت به خود از طریق دستیابی به منابع جایگزین سالم مانند خود مراقبتی و خود تسکینی و تغییر رفتار اجتنابی نا سازگار	مراجعه/ 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
حل تروما و آسیب های دلبستگی	دستیابی به دید متفاوت تری نسبت به شخص ازارگر	دستیابی به خشم و غم ناسازگار و معناهای مرتبط با آن ها/ اعتباربخشی به خشم مراجع/ فراهم کردن فرصتی برای تجربه ی خشم/ اعتباربخشی به غم مراجع/ ایجاد فرصتی برای تجربه ی غم/ کاوش همدلانه/ پاسخدهی همدلانه به احساسات دردناک/ تصدیق همدلانه/ انعکاس فراخوانی کننده/ مواجهه تجسمی
یکپارچه سازی تجارب درونی	حمایت از اهداف لینده مراجعین	استفاده از مواجهه تجسمی برای دسترسی به تغییرات و تحکیم آن ها/ مقایسه تجربیات فعلی مراجعین از افراد آسیب رسان با تجربیات آن ها در ابتدای درمان/ پردازش تجربه مراجعین از درمان/ بازخورد دوطرفه ی درمانگر و مراجعین

پروتکل روان درمانی معنوی با تاکید بر مولفه های روان درمانی معنوی است که با استفاده از نظریه شناختی رفتاری پارگامنت، (۲۰۰۷) در ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای طراحی شده است.

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

جلسه	اهداف	نمونه ای 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 تجربه های معنوی شرکت کنندگان
دوم	درون نگری/ تمرکز بر ادراک و احساس های 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 فصل آن/ بحث درباره اینکه چگونه می توان 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 برده ایم/ از دست دادن عزیز چه احساسی در افراد ایجاد می کند.	وقتی به آن عزیز فکر می کنید چه چیزی به یاد می آورید؟ وقتی می گوید آنها یادشان باقیست، منظور اینست که چیزی برای ما به ارث گذاشته اند؟
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 در مورد دیدن اعمال و نتایج آن و مراقبه حفظ رفتارهای مهرورزانه	تجربیات خود و دیگران را مرور کنید و بگویید برای محاسبه و مراقبه چه می کنند؟ 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 می شود؟ بر روی خشم خود فکر کنید، چقدر احساس مخربی دارید؟ رنج ناشی از خشم چه احساسی در خود و دیگران ایجاد می کند؟ بخشش چقدر می تواند 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 می کنید؟ چگونه در خود آگاهی افزایی می توانیم اقدامات مسئولانه انجام دهیم.
نهم	افزایش خودکنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار، پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل مدارا و اقدام مسئولانه	محاسبه و مراقبه، تحمل خود کنترلی، پذیرش و شکیبایی را بالا می برد و سودمندی شخصی و اجتماعی را افزایش می دهد و این اقدامات بر درون نگری ذهنی مفید است.
دهم	مراقبت از خود، در حفظ آگاهی امید و انتظار پذیرش شکیبایی و اقدام مسئولانه	برای خود ارزیابی چه می کنید؟ آیا خود ارزیابی احساس مسئولیت را در شما افزایش می دهد؟

ابزارهای سنجش

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (DTS): پرسشنامه پریشانی هیجانی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۱۵) به منظور سنجش آشفته‌گی هیجانی طراحی و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه است که ۴ خرده مقیاس آن شامل عناوین تحمل جذب ارزیابی و تنظیم است که تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل پریشانی هیجانی ارزیابی ذهنی، پریشانی میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم کننده برای تسکین حالت پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند. تحمل (تحمل پریشانی هیجانی) با سؤالات ۳ و ۵ اندازه‌گیری می‌شود. جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی) با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود. ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) با سؤالات ۱۳، ۱۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود. شیوه نمره گذاری سؤالات به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای است که گزینه‌های آن از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره ۵ به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر است. سؤال ۶ در این مقیاس به صورت معکوس نمره گذاری شده است. نمره ۴۵ نقطه برش پرسشنامه است که نمرات بیشتر از ۴۵ نشان دهنده آن است که تحمل پریشانی بالاست و نمرات کمتر از ۴۵ بازگو کننده آن است که سطح تحمل پریشانی در فرد پایین است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۷۰ و ۰/۸۲ برای کل مقیاس‌ها ۰/۸۲ برآورد شده است. عزیزی و همکاران نیز مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند (عزیزی، ۲۰۲۰).

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 ۱ میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو - ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو - ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی

مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تحمل	درمان متمرکز بر هیجان	۱/۰۷ ± ۵/۳۳	۱/۲۳ ± ۹/۳۳	۲/۰۵ ± ۱۰/۰۰
	درمان یکپارچه معنوی	۱/۳۷ ± ۵/۶۷	۱/۴۰ ± ۷/۸۳	۱/۷۸ ± ۸/۴۲
	گروه کنترل	۱/۰۸ ± ۵/۵۸	۱/۵۱ ± ۵/۹۲	۱/۵۹ ± ۶/۱۷
جذب	درمان متمرکز بر هیجان	۱/۰۰ ± ۵/۵۰	۱/۱۷ ± ۱۰/۹۰	۱/۸۸ ± ۱۱/۵۰
	درمان یکپارچه معنوی	۰/۸۷ ± ۶/۲۵	۰/۹۹ ± ۸/۳۳	۱/۵۳ ± ۹/۱۷
	گروه کنترل	۰/۹۴ ± ۵/۸۳	۱/۳۱ ± ۶/۵۰	۱/۱۶ ± ۶/۶۷
ارزیابی	درمان متمرکز بر هیجان	۲/۰۳ ± ۱۱/۵۰	۲/۷۱ ± ۱۵/۷۶	۲/۳۱ ± ۱۶/۵۸
	درمان یکپارچه معنوی	۲/۰۷ ± ۱۱/۶۷	۲/۲۴ ± ۱۳/۵۸	۲/۰۹ ± ۱۴/۵۰
	گروه کنترل	۲/۱۲ ± ۱۱/۵۸	۲/۶۰ ± ۱۲/۱۷	۲/۷۸ ± ۱۲/۴۲
تنظیم	درمان متمرکز بر هیجان	۰/۸۹ ± ۴/۳۳	۱/۸۲ ± ۸/۷۵	۱/۷۸ ± ۹/۵۰
	درمان یکپارچه معنوی	۰/۸۰ ± ۴/۵۰	۱/۲۰ ± ۶/۸۳	۱/۵۴ ± ۸/۰۰

گروه کنترل	$0/78 \pm 4/42$	$1/31 \pm 5/42$	$1/44 \pm 5/67$
درمان متمرکز بر هیجان	$3/60 \pm 26/67$	$5/32 \pm 44/83$	$5/50 \pm 47/58$
درمان یکپارچه معنوی	$3/90 \pm 28/17$	$4/12 \pm 36/58$	$4/71 \pm 40/08$
گروه کنترل	$4/12 \pm 27/50$	$3/76 \pm 30/00$	$4/47 \pm 30/92$

جدول ۳ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. 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 آماره ام‌باکس 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 مفروضه‌های برابری 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
تحمل	۱۰/۰۶	۰/۷۳	۰/۷۲۷	۰/۹۰۰	۳/۳۷	۰/۱۸۵
جذب	۲۲/۵۶	۱/۶۳	۰/۰۷۷	۰/۸۸۲	۴/۰۱	۰/۱۳۵
ارزیابی	۲۰/۷۷	۱/۵۰	۰/۱۱۶	۰/۹۱۲	۲/۹۷	۰/۲۲۷
تنظیم	۲۰/۴۳	۱/۴۸	۰/۱۲۵	۰/۹۵۶	۱/۴۳	۰/۴۹۰
نمره کل	۱۲/۵۴	۰/۹۱	۰/۵۴۱	۰/۹۰۳	۳/۲۸	۰/۱۹۴

منطبق بر جدول ۴ نتایج تحلیل نشان داد که ارزش شاخص آماره ام‌باکس برای هیچ یک از مؤلفه‌ها و نمرات کل معنادار نبود. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌هاست. همچنین جدول ۲ نشان می‌دهد ارزش مجذور کای حاصل از تست موخلی برای هیچ یک از مؤلفه‌ها و نمره کل معنادار نبود. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای سطوح متغیرهای وابسته برقرار است. پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. جدول ۳ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر دو روش درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر تحمل پریشانی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	Df	P	η^2	توان آزمون
تحمل	۰/۳۵۸	۱۰/۷۴	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲	۱/۰۰
جذب	۰/۱۶۴	۲۳/۵۲	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۱/۰۰
ارزیابی	۰/۲۷۴	۱۴/۵۵	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷۶	۱/۰۰
تنظیم	۰/۳۷۷	۱۰/۰۶	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸۶	۱/۰۰
نمره کل	۰/۲۹۳	۱۳/۵۸	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹	۱/۰۰

منطبق بر نتایج جدول ۵ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های تحمل ($\lambda = 0/358$) لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/402$ ، $P = 0/001$ ، $F = 10/74$)، جذب ($\lambda = 0/164$) لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/595$ ، $P = 0/001$ ، $F = 23/52$)، ارزیابی ($\lambda = 0/274$) لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/476$ ، $P = 0/001$ ، $F = 14/55$)، تنظیم ($\lambda = 0/377$) لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/386$ ، $P = 0/001$ ، $F = 10/06$ و نمره کل تحمل پریشانی ($\lambda = 0/293$)، $P = 0/001$ ، $F = 13/58$).

Leven^۱.

لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/459$ ، $P = 0/001$ ، $F = 13/58$ معنادار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر مؤلفه ها و نمره کل تحمل پریشانی را نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر تحمل پریشانی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
تحمل	اثر گروه	۹۹/۵۰	۱۵۷/۴۲	۱۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸۷
	اثر زمان	۱۲۸/۰۰	۳۹/۹۲	۱۰۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲
	اثر تعاملی گروه × زمان	۶۰/۶۷	۵۹/۹۲	۱۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
جذب	اثر گروه	۱۵۹/۲۴	۱۰۰/۳۹	۲۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
	اثر زمان	۱۹۰/۱۳	۳۱/۲۹	۲۰۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۰۲/۵۴	۵۲/۴۴	۳۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
ارزیابی	اثر گروه	۱۱۷/۷۲	۱۰۷/۸۶	۱۸/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲
	اثر زمان	۱۵۳/۱۳	۲۸/۱۳	۱۷۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۵
	اثر تعاملی گروه × زمان	۶۴/۷۸	۷۰/۳۹	۱۵/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
تنظیم	اثر گروه	۱۰۰/۵۷	۹۱/۵۳	۱۸/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
	اثر زمان	۱۹۶/۶۸	۴۱/۴۶	۱۵۶/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۶/۳۲	۸۵/۶۰	۱۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
نمره کل	اثر گروه	۱۸۸۴/۰۲	۶۹۱/۱۷	۴۴/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲
	اثر زمان	۲۶۲۸/۱۳	۵۴۳/۳۸	۱۵۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۹
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۱۲۷/۴۸	۱۳۶۷/۵۰	۱۳/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲

جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان برای مؤلفه تحمل ($\eta^2 = 0/501$ ، $P = 0/001$ ، $F = 16/50$)، جذب ($\eta^2 = 0/662$)، ارزیابی ($\eta^2 = 0/479$ ، $P = 0/001$ ، $F = 15/19$)، تنظیم ($\eta^2 = 0/397$ ، $P = 0/001$ ، $F = 10/86$) و نمره کل تحمل پریشانی ($\eta^2 = 0/452$ ، $P = 0/001$ ، $F = 13/60$) معنادار است. جدول ۵ نتایج آزمون بن فرونی مربوط به مؤلفه ها و نمره کل تحمل پریشانی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای بر تحمل پریشانی

متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
تحمل	پیش آزمون	-۲/۱۷	۰/۲۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۲/۶۷	۰/۲۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۵۰	۰/۲۱	۰/۰۶۸
جذب	پیش آزمون	-۲/۷۲	۰/۱۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۳/۲۵	۰/۲۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۵۳	۰/۲۳	۰/۰۷۶
ارزیابی	پیش آزمون	-۲/۲۵	۰/۲۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۲/۹۲	۰/۲۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۶۷	۰/۲۹	۰/۰۹۵
تنظیم	پیش آزمون	-۲/۵۸	۰/۲۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۳/۳۱	۰/۲۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۷۲	۰/۲۹	۰/۰۵۸
نمره کل	پیش آزمون	-۹/۶۹	۱/۰۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۱۲/۰۸	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۲/۳۹	۱/۲۱	۰/۱۳۳

متغیر	تفاوت گروه ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
تحمل	درمان متمرکز بر هیجان	درمان یکپارچه معنوی	۰/۹۲	۰/۵۱
	درمان متمرکز بر هیجان	گروه کنترل	۲/۳۳	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه معنوی	گروه کنترل	۱/۴۲	۰/۰۲۹
جذب	درمان متمرکز بر هیجان	درمان یکپارچه معنوی	۱/۳۹	۰/۰۰۶
	درمان متمرکز بر هیجان	گروه کنترل	۲/۹۷	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه معنوی	گروه کنترل	۱/۵۸	۰/۰۰۱
ارزیابی	درمان متمرکز بر هیجان	درمان یکپارچه معنوی	۱/۳۶	۰/۰۰۹
	درمان متمرکز بر هیجان	گروه کنترل	۲/۵۶	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه معنوی	گروه کنترل	۱/۱۹	۰/۰۲۵
تنظیم	درمان متمرکز بر هیجان	درمان یکپارچه معنوی	۱/۰۸	۰/۰۲۸
	درمان متمرکز بر هیجان	گروه کنترل	۲/۳۶	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه معنوی	گروه کنترل	۱/۲۹	۰/۰۰۷
نمره کل	درمان متمرکز بر هیجان	درمان یکپارچه معنوی	۴/۷۵	۰/۰۰۱
	درمان متمرکز بر هیجان	گروه کنترل	۱۰/۲۲	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه معنوی	گروه کنترل	۵/۴۷	۰/۰۰۱

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه ها و نمره کل تحمل پریشانی 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 مؤلفه ها و نمره کل تحمل پریشانی در دو گروه درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی در مقایسه با گروه کنترل معنادار است. به طوری که هر دو شیوه درمان منجر به افزایش میانگین نمرات مؤلفه ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل شده است. روند تغییر میانگین ها نیز نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از درمان متمرکز بر هیجان بر مؤلفه ها و نمره کل تحمل پریشانی بعد از گذشت سه ماه از مداخله همچنان پابرجا مانده است. نتایج جدول ۵ نشان داد که تفاوت اثر دو شیوه درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی بر مؤلفه های جذب ($p=0/006$)، ارزیابی ($p=0/009$)، تنظیم ($p=0/028$) و نمره کل تحمل پریشانی ($p=0/001$) معنادار است. به طوری که در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی، درمان متمرکز بر هیجان میانگین آن مؤلفه ها و نمره کل تحمل پریشانی را بیشتر افزایش داده است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که اگرچه هر دو شیوه درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه معنوی تحمل پریشانی را در افراد دارای ترومای پیچیده افزایش می‌دهد، با وجود این درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی روش موثرتری برای افزایش تحمل پریشانی در آنان است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان یکپارچه ی معنوی بر تحمل پریشانی در 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 ی معنوی از تحمل پریشانی بهتری برخوردار بودند. این یافته با تولدو و همکاران (۲۰۲۱)، تیمولاک و همکاران (۲۰۲۰)، نودتودت و همکاران (۲۰۱۹)، سالسمن و همکاران (۲۰۱۵) همسو می باشد. در تبیین یافته می توان گفت ناراحتی و ترس بیماران مبتلا به ترومای پیچیده فقط به دلیل احتمال ارزیابی منفی از جانب دیگران نیست؛ بلکه به ارزیابی منفی مستقیم خودآنها نیز مرتبط است. درواقع بیمار مدام نگران برداشت دیگران در باره خود است و ادراک او در باره چیزی که دیگران فکر می کنند، بازتابی از تفکر بیمار راجع به خودش است؛ بنابراین تغییر خودپنداره باعث تغییر اسناد دیگران خواهد شد. یکی از مراحل مهم در اکثریت مشاوه‌ها، بهخصوص درمان مبتنی بر هیجان، ایجاد دل‌بستگی مثبت برای افراد است که موجب بازگرداندن خودگردانی می شود. 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 این که 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 انعطاف‌ناپذیر 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 شرکت‌کننده در پژوهش کمک کرد که درک درستی از هیجانها داشته باشند و این هیجانها را به صورت کامل تجربه کنند. 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 افزایش سطح تحمل پریشانی استفاده کنند و برای مراجعان به صورت دوره ای، کلاس ها و کارگاه های 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

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران و دارای کد مصوبه اخلاق به شماره IRIAU.TNB.REC.1403.183 می‌باشد. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی

این پژوهش با حمایت گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران، و در قالب رساله دکتری نویسنده مسئول انجام شده و از هیچ‌گونه حمایت مالی خارجی دیگری برخوردار نبوده است.

تعارض منافع

نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی صمیمانه خود را از تمامی شرکت‌کنندگان به‌دلیل همکاری ارزشمندشان در این پژوهش اعلام می‌دارند. همچنین از کارکنان مرکز بهداشت کیش بابت همکاری‌های صمیمانه و از گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران، به‌دلیل حمایت‌های علمی قدردانی می‌شود.

References

- Armour, C., Robinson, M., & Ross, J. (2021). Factor structure of the international trauma questionnaire in UK armed forces veterans residing in Northern Ireland. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1924954. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1924954>
- 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>
- Buckner, J. D., Vargo, L. A., & Thomas, K. L. (2024). The relations of difficulties in emotion regulation and distress intolerance with cannabis problems: The role of protective behavioral strategies underutilization. *Journal of substance use and addiction treatment*, 166, 209462. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209462>
- Chowdhury, N., Kevorkian, S., Hawn, S. E., Amstadter, A. B., Dick, D., Kendler, K. S., & Berenz, E. C. (2018). Associations Between Personality and Distress Tolerance Among Trauma-Exposed Young Adults. *Personality and individual differences*, 120, 166–170. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.041>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2019). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Consensus Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 870–884. <https://doi.org/10.1002/jts.22490>
- Ghaseminejad Rinie, F., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2022). Comparison of the effectiveness of spiritual self-schema and emotion-focused therapies on attachment injuries on depression and self-injury behavior of women injured by husband's infidelity. *Quarterly Journal of Social Work*, 11(3 [41]), 5–17. <https://sid.ir/paper/1124573/en> (In Persian)
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., ... Hyland, P. (2019). Psychological Interventions for ICD-11 Complex PTSD Symptoms: Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562846. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562846>
- Kauffman, B. Y., Bakhshaie, J., & Zvolensky, M. J. (2022). The association between distress tolerance and eating expectancies among trauma-exposed college students with obesity. *Journal of American college health: J of ACH*, 70(2), 478–483. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1754223>
- 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>
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet (London, England)*, 400(10345), 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
- Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 300, 492–504. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.126>
- Milam, A. L., & Judah, M. R. (2023). The association of emotion regulation with distress tolerance depends on a neural correlate of cognitive control. *Biological psychology*, 180, 108571. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2023.108571>
- Neville, E. K., Hicks, H., & Neville, C. C. (2024). Epidemiology of horse trauma: a literature review. *European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society*, 50(3), 741–754. <https://doi.org/10.1007/s00068-023-02436-0>
- 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>
- Porakbaran, E., Mohammadi Gharehghozlo, R., & Mosavi, S. M. R. (2018). Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 61(4), 1122–1136. <https://sid.ir/paper/52001/en> (In Persian)
- Russell, B. S., Lincoln, C. R., & Starkweather, A. R. (2019). Distress Tolerance Intervention for Improving Self-Management of Chronic Conditions: A Systematic Review. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 37(1), 74–86. <https://doi.org/10.1177/0898010118777327>

- 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>
- 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>
- 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 ccancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(6), 3017–3024. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05722-4>

