

Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotional Dysregulation, Hopelessness and Suicidal Ideation in Post-Traumatic Stress Disorder Veterans

Mikaeili N.¹ *PhD*, Molavi P.² *PhD*, Einy S.* *MSc*, Tagavy R.³ *MSc*

*Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

¹Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

²Psychiatry Department, Medical Faculty, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

³Psychology Department, Psychology Faculty, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

Abstract

Aims: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is one of the prominent psychological consequences of war that is seen in veterans. Emotion-focused therapy is a short-term intervention that can target a range of disruptions to the disorder. The purpose of this study was to investigate the efficacy of emotion-focused therapy on emotional distress, suicidal ideation and disappointment of veterans with PTSD.

Materials & Methods: In this semi-experimental design with pretest-posttest design with control group in year 2016, 50 veterans with PTSD who were referred to Isfahan Ardabil psychiatric hospital were selected through convenient sampling and randomly assigned to two groups of experimental and control groups. The data were collected using a post-traumatic stress disorder checklist-military version, Desperate Beck Questionnaire, Beck Suicidal Thinking Scale, and Threat Settlement Scale. Then, the sessions focused on excitement were performed for 8 sessions of 1.5 hours for the experimental group. Data were analyzed by SPSS 23 software using multivariate covariance analysis test.

Findings: After controlling the effects of pretest, there was a significant difference between the mean posttest scores of the two groups in each of the emotional maladaptive, suicidal ideation and disappointment variables ($p < 0.05$).

Conclusion: Emotion-focused therapy can reduce emotional distress, suicidal thoughts and frustration of veterans with PTSD.

Keywords

Dysthymic Disorder [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68019263>];

Emotional Dysregulation [Not in MeSH];

Suicidal Ideation [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68059020>];

Emotion-Focused Therapy [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/2016479>]

*Corresponding Author

Tel: +98 (45) 33262678

Fax: +98 (45) 33511508

Post Address: Psychology and Educational Sciences Faculty, End of Daneshgah Street, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

sanaz.einy@yahoo.com

Received: January 29, 2017

Accepted: March 11, 2017

ePublished: July 27, 2017

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس سانحه

نیلوفر میکاییلی PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

پرویز مولوی PhD

گروه اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

ساناز عینی* MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

رامین تقوی MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

چکیده

اهداف: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یکی از عوارض برجسته روانی ناشی از جنگ است که در جانبازان دیده می‌شود. درمان متمرکز بر هیجان، یک مداخله کوتاه‌مدت است که می‌تواند مجموعه‌ای از تخریب‌های این اختلال را مورد هدف قرار دهد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۵، تعداد ۵۰ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی ایثار اردبیل به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از چکلیست اختلال استرس پس از سانحه- نسخه نظامی، پرسش‌نامه ناامیدی بک، مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی بک و مقیاس مشکل در تنظیم هیجان گردآوری شدند. سپس جلسات درمان متمرکز بر هیجان به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها توسط آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در هر یک از متغیرهای بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: آموزش درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر هیجان، بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی، ناامیدی، جانبازان مبتلا به PTSD

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۱

* نویسنده مسئول: sanaz.einy@yahoo.com

مقدمه

جنگ‌ها از عوامل فشارآور روانی در زندگی نوین هستند. در طول جنگ عراق علیه ایران، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یکی از عوارض برجسته روانی بود که در رزمندگان دیده شد. این اختلال مجموعه واکنش‌هایی است که فرد در مواجهه با استرس‌های خارج از قدرت تحملش، مثل جنگ، بلایای طبیعی، سوء استفاده فیزیکی و غیره از خود بروز می‌دهد که براساس پنج‌مین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، جزء مجموعه تشخیصی اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا

است. PTSD مجموعه‌ای از علائم نوعی سندروم است که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پیدا می‌شود. فرد به‌صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد، واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می‌کند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب نماید. خصایص بالینی این اختلال، احساس دردناک وقوع مجدد واقعه، الگویی از اجتناب و کرختی هیجانی و برانگیختگی نسبتاً دایم است^[1].

بخش گسترده‌ای از مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که PTSD با دسترسی محدود و انعطاف‌ناپذیری به راهبردهای تنظیم هیجان و به‌عبارتی با بدتنظیمی هیجانی مرتبط است. این حالت غالباً با تلاش‌های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می‌شود^[2]. تشدید و خنثی‌سازی هیجان به‌عنوان دو شکل از بدتنظیمی هیجانی مطرح شده‌اند. در حالت تشدید هیجان، هیجانات به‌صورت ناخواسته، مزاحم، درمانده‌کننده و مشکل‌ساز تجربه می‌شوند، نظیر آنچه که در افراد تجربه‌کننده آسیب رخ می‌دهد. خنثی‌سازی هیجان نیز می‌تواند دربردارنده تجارب تفرقی نظیر دگرسان‌بینی خود یا محیط، جداسازی یا کرختی هیجانی باشد. خنثی‌سازی هیجانی مانع پردازش هیجانی شده و بخشی از سبک مقابله‌ای اجتناب محسوب می‌شود^[3]. مطالعات تأکید می‌کنند افرادی که به‌صورت مداوم هیجانات خود را سرکوب کرده و از آن اجتناب می‌کنند، در معرض خطر افسردگی، اضطراب و PTSD قرار دارند^[4].

مظلوم و همکاران^[5] در پژوهشی نشان دادند که تغییر باورهای فراشناختی و اصلاح راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان می‌تواند کاهش نشانگان استرس پس از سانحه را به‌دنبال داشته باشد. در پژوهشی دیگر مشخص شد که این خصیصه در بافت PTSD منجر به بیش‌برآورد تهدید، برآوردی تقلیل‌یافته از منابع مقابله و پاسخ‌های هیجانی همراه با تنش در مواجهه با استرس‌های محیطی می‌شود و در ۷۰٪ افراد تجربه‌کننده آسیب، پیش‌بینی‌کننده PTSD است^[6]. براساس تحقیقات، نقص در مقابله عمومی در رابطه با بدتنظیمی هیجانی علاوه بر آسیب‌شناسی روانی در برابر حوادث تروماتیک ممکن است، هم به شکست در خاموش‌کردن استرس حاد و هم افکار خودکشی‌گرایانه منجر شود^[7]. نتایج برخی تحقیقات نیز نشان می‌دهد کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه‌های PTSD، کیفیت خواب و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به PTSD موثر است^[8]. شیخان و همکاران^[9] در مطالعه‌ای نشان دادند که بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نشانه‌های PTSD در جانبازان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد.

همچنین در مطالعات اپیدمیولوژیک آسیب‌شناسی روانی، ارتباط معنی‌داری بین PTSD و افکار خودکشی مشخص شده است. شرایط هم‌ابتلائی PTSD باعث شده افراد مبتلا از جمله جانبازان جنگ در معرض خطر بالای خودکشی قرار بگیرند^[10, 11]. افکار خودکشی به اشتغالات ذهنی اشاره دارد که دامنه‌ای از افکار زودگذر نسبت به بی‌ارزش بودن زندگی تا طرح‌های عملی برای نابودی خود را در بر می‌گیرد^[12]. لاینر و همکاران^[13] نقش واسطه‌ای افسردگی اساسی را در رابطه بین افکار خودکشی و PTSD نشان دادند. پیمپلی و همکاران^[14] در پژوهشی با عنوان PTSD و خطر خودکشی در جانبازان، ارتباط PTSD و رفتار خودکشی را با حضور سایر عوامل خطر ساز و هم‌ابتلائی‌های دیگر تأیید کردند. تحقیقات نیز نشان داده‌اند که رفتار خودکشی‌گرایانه یکی از تظاهرات آسیب‌شناختی است که نشان‌دهنده ناتوانی فرد در برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا همراه با اختلال در تنظیم هیجان است^[7].

PTSD ناشی از جنگ و نشانگان همراه آن را بهبود می‌بخشد و نیز این درمان ماندگاری طولانی‌مدتی دارد^[31, 32]. EFT کاهش معنی‌دار افسردگی، نشخوار فکری و استرس پس از سانحه و نیز افزایش معنی‌دار عزت نفس در کسانی که مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند را به دنبال دارد^[33].

بنابراین با توجه به یافته‌های فوق، عدم مطالعه نظام‌مند در ارتباط با متغیرهای مورد استفاده و نیز با توجه به پژوهش‌های انجام‌گرفته، مشخص شده که درمان متمرکز بر هیجان، درمان مناسب و کارآمدی است، از جمله سبب کاهش نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجانی زوج‌های آشفته^[34]، کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس دانشجویان^[35]، بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان افسرده^[36] و به‌طور کلی منجر به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی افراد می‌شود. اما تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی این درمان در رابطه با مشکلات جانبازان به‌ویژه در تعامل با هیجانات انجام نگرفته است.

بر همین اساس این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی در جانبازان مبتلا به PTSD انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، در بین تمام جانبازان مبتلا به PTSD که در سال ۱۳۹۵ به بیمارستان روان‌پزشکی ایثار اردبیل مراجعه کرده بودند، انجام شد. با توجه به ادبیات پژوهش برای بررسی‌های مداخله‌ای حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر است، اما برای اینکه نمونه انتخاب‌شده نماینده واقعی جامعه باشد و نتایج پژوهش در جهت تعمیم‌دهی تا حدی قابل اطمینان باشد، نمونه‌ای به حجم ۵۰ نفر مبتنی بر روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد که به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش، علاوه بر تشخیص اختلال PTSD عبارت بودند از: حداقل تحصیلات سیکل، دامنه سنی بین ۷۰-۴۰ سال، عدم حضور در جلسات روان‌درمانی دیگر، رضایت به شرکت در دوره درمانی، کسب نمره بالاتر از نقطه برش در چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه نظامی (PCL-M)، عدم وجود علائم سایکوتیک از جمله توهم و هذیان، عدم وجود تشخیص‌های دیگر همراه با اختلال استرس پس از سانحه همچون اختلالات خلقی و عدم ابتلا به اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل به ادامه پژوهش و غیبت بیش از سه جلسه در پژوهش بود.

ابزار مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از:

۱- چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه- نسخه نظامی (PCL-M): این ابزار، مرکب از ۱۷ ماده پنج‌گزینه‌ای است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویرایش چهارم (DSM-IV) به‌عنوان یک ابزار کمک‌تشخیصی توسط ودرز و همکاران برای مرکز ملی اختلال پس از سانحه ایالات متحده تهیه شده است^[37]. ۵ ماده آن مربوط به تجربه مجدد علائم آسیب‌زا، ۷ ماده مربوط به علائم کرحتی هیجانی و اجتناب و ۵ ماده دیگر آن مربوط به نشانه‌های برانگیختگی شدید است. نقطه برش برای اختلال پس از سانحه ۵۰ در نظر گرفته می‌شود. این مقیاس در ایران توسط میرزایی و همکاران^[38] و گودرزی^[39] هنجاریابی شده است. در بررسی گودرزی همسانی درونی

اوزدمیر و همکاران^[7] در پژوهشی نشان دادند که بین گسستگی، کیفیت زندگی، افکار خودکشی و ناامیدی با اختلال استرس پس از سانحه رابطه معنی‌داری وجود دارد.

از سوی دیگر، تحقیقات نشان داده‌اند ناامیدی که با انتظارات منفی همراه است در PTSD و خودکشی نقش قابل ملاحظه‌ای دارد^[7]. ناامیدی نظامی از طرحواره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد^[15]. امید با سلامت جسمانی و روانی که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادمانی در امور زندگی و مساله‌گشایی مشخص می‌شود، همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش‌بینی می‌کند^[16]. مطالعات نشان داده‌اند که امید در بیماران، به ایجاد مشارکت مثبت در درمان و افزایش کیفیت زندگی می‌انجامد^[17]. جانسون بیان کرد که مجروحان جنگی دچار استرس پس از سانحه که دارای سطح پایینی از امید بودند، پس از افزایش میزان امید کیفیت زندگی بهتری داشتند^[18].

با توجه به اینکه هر سه سازه مورد نظر به‌نوعی با هیجان مرتبط هستند، می‌توان در جریان درمان به شیوه‌های مختلفی در مورد هیجان مداخله کرد. اگر چه درمان شناختی- رفتاری بر اهمیت شناخت در فعال‌سازی و تداوم خلق منفی تاکید دارد^[19] و دارای پشتوانه تجربی قوی است، اما عود نشانه‌های PTSD پس از درمان در بسیاری از جانبازان رخ می‌دهد. به همین دلیل باید رویکردهای درمانی گسترش داده شوند تا قادر به تعدیل نشانه‌ها باشند^[20]. از این رو درمان متمرکز بر هیجان (EFT) را انتخاب کرده‌ایم، زیرا به‌صورت عمیقی بر نقش هیجانات در عملکرد و تغییر تاکید می‌کند^[21].

EFT یک درمان کوتاه‌مدت است^[22]. براساس نظریه هیجانی فعلی^[23, 24]، سیستم هیجانات نقش سازمان‌دهی تجربه فرد از واقعیت، احساس از خود و جهت‌گیری به سمت دیگران را دارد. EFT طبق سه راهبرد مرتبط با تغییر انجام می‌گیرد: ۱) دسترسی و اصلاح معنی عاطفی غیرانطباقی در ارتباط با تجربه‌های ترس، اضطراب و شرم، ۲) دسترسی به هیجان‌های انطباقی که قبلاً مهار شده‌اند مانند خشم و اندوه، به‌طوری که اطلاعات مرتبط با این هیجان‌ها به سیستم‌های فعلی معنایی یکپارچه شوند و ۳) فراهم‌کردن یک تجربه اصلاحی با درمانگر^[25]. هدف مهم در این رویکرد کمک به افراد است تا احساسات و نیازهایشان را روشن کنند، زیرا از این طریق افراد نسبت به آنچه برایشان اهمیت هیجانی دارد، پذیرش بیشتری به‌دست می‌آورند^[26]. EFT به بیماران در تنظیم عاطفه (راهبردهای شناختی، عاطفی و رفتاری که برای افزایش هیجان‌های سازگارانه و کاهش هیجان‌های ناسازگارانه استفاده می‌شود) و تغییر خاطرات هیجانی کمک می‌کند. هدف، تغییر سازمان‌دهی خود از طریق استفاده بیشتر از هیجان، تنظیم عاطفه و تغییر خاطره هیجان است. این اهداف از طریق ترکیب تخلیه هیجانی (تجربه هیجانی اصلاحی) و انتخاب (آزادکردن خود یا احساس تعهد نسبت به شیوه تازه‌بودن) به‌انجام می‌رسد^[27, 28]. EFT در مورد تروماها، یک درمان نیمه‌ساختاریافته و مبتنی بر حل و فصل ناراضی‌های بین‌فردی است^[29]. احساس امنیت فرد در درمان اجازه می‌دهد تا هیجانات دردناک، تجربه و بیان شوند. روایت‌کردن حوادث آسیب‌زا (حوادث جنگ)، به‌نوبه خود موجب فاصله‌گرفتن از این تجربیات می‌شود و مراجع می‌آموزد که با تعاملات تسکین‌دهنده با درمانگر، عواطف شدید را تحمل و تنظیم کند^[30]. نتایج پژوهش‌های مختلفی نشان می‌دهد که EFT،

پرسش‌نامه ۰/۹۳ و در پژوهش وودرز و همکاران، ضریب همسانی ۰/۹۷ برای جانبازان جنگ ویتنام گزارش شده است.

۲- پرسش‌نامه ناامیدی بک (BHS): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۹ توسط آرون‌تی بک به منظور بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. این آزمون ۲۰ جمله دارد که طرز فکر و روحیه فرد را بیان می‌کند. جملات به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شوند. این پرسش‌نامه سه بُعد ناامیدی فرد شامل: احساس فرد نسبت به آینده، بی‌انگیزگی یا ازدست‌دادن انگیزه و انتظارات را می‌سنجد. این پرسش‌نامه برای افراد ۱۷ تا ۸۰ ساله طراحی شده است و نمره کسب‌شده در آن بین صفر تا ۲۰ است که نمره بالاتر نشانه ناامیدی بیشتر است [40]. در نسخه اصلی پرسش‌نامه، پایایی مقیاس به روش بازآزمایی پس از یک هفته ۰/۶۹ و پس از ۶ هفته ۰/۶۶ گزارش شده است [40]. در یک مطالعه در ایران رویایی پرسش‌نامه با استفاده از همبستگی نمرات هر پرسش با نمره کل نشان داد که مقیاس ناامیدی بک یک سازه واحد را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد [41]. در مطالعه دیگری نیز در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس‌های آن از ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ به دست آمد [42].

۳- مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی بک (BSSI): برای سنجش افکار خودکشی، مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی بک و همکاران (BSSI) مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس در سال ۱۹۷۴ توسط بک و همکاران طراحی شد و حاوی ۱۹ پرسش سه‌گزینه‌ای است که برای آشکارسازی، سنجش نگرش و برنامه‌ریزی برای اقدام به خودکشی و عوامل تشکیل‌دهنده آن مانند آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی فعال و غیرفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، میزان کنترل خود، عوامل بازدارنده و آمادگی فرد برای اقدام به خودکشی ساخته شده است. پرسش‌ها دارای سه گزینه "هیچ"، "تا اندازه‌ای" و "زیاد" هستند. در این پرسش‌نامه ۵ پرسش غربالگری نیز گنجانده شده است. در صورتی که پاسخگو به این پرسش‌ها، پاسخ مثبت (۱ یا ۲) دهد، لازم است ۱۴ پرسش باقی‌مانده را پاسخ دهد، در غیر این صورت نیازی به ادامه پاسخگویی نیست. در مجموع نمرات مقیاس از صفر تا ۳۸ در نوسان خواهد بود. اعتبار و پایایی این مقیاس در پژوهش‌های گوناگون تایید شده است. برای مثال، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ برآورد شده است. در ایران نیز اعتبار و پایایی این مقیاس در پژوهش‌های گوناگون مورد تایید قرار گرفته است. رویایی همزمان این مقیاس با پرسش‌نامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ برآورد شده است [43].

۴- مقیاس مشکل در تنظیم هیجان (DERS): این مقیاس توسط گراتر و رومر [44] با هدف بررسی مشکلات تنظیم هیجانی تدوین شده و دارای ۳۶ گویه است. این ابزار که مقیاسی خودگزارشی است، شش زیرمقیاس؛ عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۶ ماده)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان به‌هنگام فشار (۸ ماده)، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند به‌هنگام فشار (۵ ماده)، فقدان آگاهی هیجانی (۶ ماده)، عدم وضوح هیجانی (۵ ماده) و دشواری‌های کنترل تکانه تحت فشار (۶ ماده) را در بر می‌گیرد. این ابزار در مقیاسی پنج‌درجه‌ای از "تقریباً هرگز" تا "تقریباً همیشه" نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس کمترین نمره فرد در مقیاس، ۳۶ و بیشترین نمره ۱۸۰ خواهد بود. نمره بالا نشان‌دهنده مشکلات تنظیم هیجانی است. گراتر و رومر [44] ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله

دو هفته‌ای ۰/۸۵ گزارش کردند. پایایی نسخه فارسی این مقیاس توسط عسگری و همکاران [45] از طریق همسانی درونی و تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش شده است. اعتبار ملاک همزمان پرسش‌نامه با مقیاس افسردگی بک و پرسش‌نامه چندوجهی درد تایید شده است [45].

بعد از جلب رضایت از نمونه‌های پژوهش و تخصیص آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، مرحله پیش‌آزمون انجام شد. سپس جلسات آموزش هفتگی درمان متمرکز بر هیجان (BFT) به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. براساس درمان متمرکز بر هیجان، تغییر از طریق کمک به افراد براساس ایجاد هیجان و به واسطه بروز، تنظیم، بازخورد، انتقال و تجربه هیجان اصلاح‌شده و تغییر یافته در بافت ارتباطی که این فرآیندها را تسهیل می‌کند، ایجاد می‌شود (جدول ۱) [46]. نهایتاً بعد از اتمام جلسات آموزشی، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

جدول ۱) محتوای جلسات درمان متمرکز بر هیجان

جلسه اول برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان: توضیح در مورد ماهیت PTSD، عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آموذنی‌ها براساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی.
جلسه دوم شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند: شناسایی احساس‌های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تاثیرگذار در زندگی.
جلسه سوم بیان و فهماندن تاثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتنگی هیجانی، معرفی چهار سبک توأم با خطا و بیرون‌کشیدن اطلاعات مربوط به حوادث جنگ.
جلسه چهارم پیوستگی و آگاهی، شناسایی فرآیندهای شناختی عاطفی زیربنایی، شناسایی شرایط ایجاد مشکل.
جلسه پنجم آرام‌سازی عضلانی، شناسایی طرحواره‌های هیجانی، تاکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه تجسمی و اجرای صندلی داغ (حل و فصل مسایل مربوط به دوران جنگ).
جلسه ششم برجسته‌سازی و شرح مجدد واقعه جنگ، اشاره به طبیعی بودن آن، تحلیل رویا (به‌منظور کاهش کابوس با اصول متمرکز بر هیجان‌ات).
جلسه هفتم تقویت پردازش هیجانی، ردیابی احساسات حل‌نشده، بازسازی مجدد هیجان، فراخوانی و برانگیختن مجدد احساسات بد، فراهم‌کردن حمایت برای هیجان‌ات و حل و فصل مجدد هیجان نسبت به حوادث جنگ.
جلسه هشتم ایجاد راه حل‌های جدید برای مشکلات قبلی: آموزش فرآیند انتقال احساس ناامیدی، گناه و خشم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه‌های مهم زندگی.

داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن (آزمون لوین و آزمون باکس) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون باکس، فرض کلی همگنی واریانس- کوواریانس را مورد تایید قرار داد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس‌های دو گروه در متغیرهای مورد بررسی در سطح جامعه با هم برابر هستند. بنابراین برای بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان (متغیر مستقل) بر افکار خودکشی، ناامیدی و بی‌نظمی هیجانی جانبازان مبتلا به PTSD (متغیرهای وابسته) از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش ۵۱/۲۰±۸/۲۰ سال و در گروه کنترل ۵۰/۷۰±۷/۴۰ سال بود. همچنین در گروه آزمایش ۱۶ نفر از جانبازان تحصیلات زیر دیپلم و ۹ نفر تحصیلات دیپلم و بالاتر، و در گروه کنترل ۱۲ نفر تحصیلات زیر دیپلم و ۱۳ نفر تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند.

میانگین نمرات متغیرهای بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون با مهار اثر پیش‌آزمون دارای تفاوت معنی‌دار بود و مداخله درمانی باعث کاهش معنی‌دار میانگین نمرات این متغیرها شد (جدول ۲).

جدول ۲) مقایسه میانگین نمرات متغیرهای بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (در دو گروه (هر گروه ۲۵ نفر)

متغیرها	گروه آزمایش	گروه کنترل	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
بدتنظیمی هیجانی				
پیش‌آزمون	۱۴/۱۰±۳/۹۴	۱۴/۸۰±۴/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸
پس‌آزمون	۱۰/۵۵±۲/۸۱	۱۳/۵۵±۳/۵۰		
افکار خودکشی				
پیش‌آزمون	۲۶/۱۵±۲/۶۰	۲۵/۲۶±۲/۱۶	۰/۰۲	۰/۳۹۹
پس‌آزمون	۱۴/۱۲±۳/۲۴	۲۳/۳۴±۳/۱۲		
نامیدی				
پیش‌آزمون	۱۸/۵۵±۲/۹۰	۱۶/۴۳±۳/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴۵
پس‌آزمون	۱۱/۲۳±۱/۴۵	۱۵/۲۱±۲/۳۴		

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD بود. براساس نتایج به‌دست‌آمده EFT بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD تأثیر معنی‌داری داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر هیجان در کاهش بدتنظیمی هیجانی جانبازان مبتلا به PTSD در گروه آزمایش موثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های پیشین [29, 31, 32] همخوان است. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که نشانه‌های بیماری PTSD، به‌عنوان مثال اجتناب از خاطرات و هیجانات مربوط به تروما با جلوگیری از پردازش هیجانی تروما موجب حفظ این اختلال می‌شود. روایت‌کردن تجربه آسیب‌زا در طول درمان به‌نوبه خود موجب ایجاد فاصله از تجربیات می‌شود و جانبازان می‌آموزند که با تعاملات تسکین‌دهنده با درمانگر، عواطف شدید را تحمل و تنظیم کنند. در واقع توانایی مقابله با هیجان‌ها طی درمان برای افراد این امکان را فراهم می‌کند تا هیجان‌اتشان را در خودشان و دیگران تشخیص دهند و نحوه هم‌کنشی آن را بر رفتار درک کنند تا کنش مناسب به هیجان‌ات را بروز دهند.

همچنین افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت در طول جلسات درمانی موجب کنارآمدن و حل مساله سازگاران به موقعیت تنش‌زای روانی (حوادث جنگ) می‌شود و ادامه این روند، بهبود عزت نفس تقلیل‌یافته جانبازان را به‌دنبال دارد [27, 28]. جانبازان مبتلا به PTSD با عزت نفس پایین بر این باورند که وضع موجود غیرقابل حل است و از طریق افکار بازانجامی همچون نشخوار فکری، به‌عنوان ساز و کار جدید کنارآمدن با ناامنی درونی، دست به اجتناب از رویارویی با هیجان‌ات و تصاویر ذهنی حادثه آسیب‌زا می‌زنند. نشخوار فکری موجب می‌شود که خلق فرد منفی شده و این روند، آنها را به تجربه‌کردن هر چه بیشتر نشانگان افسردگی و

اضطراب می‌کشاند. توالی این رویدادها یعنی توالی راهبردهای تنظیم هیجانی غیرانطباقی منجر به افزایش هیجان‌های منفی و در نتیجه منجر به چرخه‌ای دوسویه از بدتنظیمی هیجانی و عاطفه منفی می‌شود [29]. بنابراین در جلسات درمانی EFT پس از آنکه جانبازان هیجان‌ات خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کنند، در نهایت کمتر از افکار بازانجامی همچون نشخوار فکری به‌منظور اجتناب از آنها استفاده می‌نمایند و در توالی این مسیر، افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد و در مسیر طی‌شده، عزت نفس بیمار در یک هم‌کنشی، به تقویت خلق و عاطفه طبیعی کمک می‌کند.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در کاهش افکار خودکشی جانبازان مبتلا به PTSD در گروه آزمایش موثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های پیشین [31-33, 47] نسبتاً همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که براساس مدل آمادگی خودکشی [48] بین فشارهای روانی منفی، ضعف مهارت‌های حل مساله و ناامیدی در ایجاد افکار خودکشی یا اقدام به آن رابطه وجود دارد. در جریان EFT، جانبازان راه‌های جدیدی را برای مشکلات قبلی خود پیدا می‌کنند و در نتیجه میزان ناامیدی آنها کاهش می‌یابد. براساس این مدل افرادی که در توانایی تفکر و اگر مشکل دارند، زمانی که به‌طور طبیعی تحت شرایط فشار قرار گیرند، آمادگی ایجاد راه‌های جایگزین موثر برای مقابله با آن شرایط را ندارند. در نتیجه این ناتوانی، آنها ناامیدی خویش را مسلم می‌پندارند. EFT این آمادگی را از بین می‌برد و سبب می‌شود جانبازان مبتلا به PTSD حوادث جنگ را با انعطاف‌پذیری بیشتری بررسی کنند و در نتیجه میزان افکار خودکشی آنها کاهش می‌یابد.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD در گروه آزمایش موثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های پیشین [31-33, 49] همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که EFT به جانبازان کمک می‌کند آن دسته از پاسخ‌های هیجانی مانند ناامیدی که زیربنای موقعیت‌های استرس‌زا است را تجربه و مجدداً پردازش کنند و این بازپردازشی الگوهای هیجانی، آنها را قادر می‌سازد که تجارب جدیدی از خودشان فراهم سازند و به‌شیوه‌ای کاملاً متفاوت و سازنده عمل کنند. به‌طور کلی EFT به جانبازان مبتلا به PTSD این توانایی را می‌دهد که هیجان‌ات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و ناامیدی را کنترل نموده و میزان سازگاری روان‌شناختی خود را بالا ببرند. طی درمان EFT به جانبازان آموزش داده می‌شود تا خودگویی‌های ناسازگارانه را که در موقعیت‌های استرس‌زا طرح می‌شوند، برطرف ساخته و راه‌های نسبتاً خوش‌بینانه تفسیر را در خودشان به‌ویژه در هنگام قرارگرفتن در موقعیت‌های مختلف آسیب‌زا جایگزین سازند. در جریان درمان، جانبازان تشویق می‌شوند افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجان‌ات (ناامیدی) و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نمایند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه پژوهش روی جانبازان مبتلا به PTSD بیمارستان روان‌پزشکی ایثار اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در شهرهای دیگر انجام پذیرد و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، عدم

- 9- Sheykhhan R, Ghazanfari F, Jadidi F, Adineh M, Sadrmoahmadi R. Attachment styles and cognitive emotion regulation strategies as predictor of post-traumatic stress disorder in veterans. *J Mazand Univ Med Sci.* 2016;26(137):95-104. [Persian]
- 10- kryszynska k, Lester D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. *Arch Suicide Res.* 2010;14(1):1-23.
- 11- Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: The role of comorbid depression. *Compr Psychiatry.* 2012;53(7):915-30.
- 12- Coohy C, Dirks- Bihun A, M.Renner L, Baller R. Strain, depressed mood and suicidal thoughts among maltreated adolescents in the United States. *Child Abuse Negl.* 2014;38(7):1171-9.
- 13- Leiner AS, Compton MT, Houry D, Nadine J, Kaslow J. Intimate partner violence, psychological distress, and suicidality: A path model using data from African American women seeking care in an urban emergency department. *J Fam Violence.* 2008;23(6):473-81.
- 14- Pompili M, Sher L, Serafini G, Forte A, Innamorati M, Dominici G, et al. Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans: A literature review. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(9):802-12.
- 15- Ghamari-Givi H, Hosseini Kiasari ST. The effectiveness of cognitive- existential group therapy on hopelessness in patients with multiple sclerosis. *Daneshvar.* 2014;21(112):1-11. [Persian]
- 16- Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. *Psychol Inq.* 2002;13(4):249-75.
- 17- Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozenzweig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life on persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res.* 2009;167(3):231-8.
- 18- Johnson KL. The relationship of hope and quality of life in combat veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder. Kansas: University of Kansas, Psychology and Research in Education Publisher; 2001. pp. 29-58.
- 19- Leahy RL. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. 2nd edition. Fata L, Shakiba Sh, Tahmasbi Moradi Sh, Naseri H, Ziaei K, translators. New York City: Guilford Press; 2001. [Persian]
- 20- Paunović N. Exposure inhibition therapy as a treatment for chronic posttraumatic stress disorder: A controlled pilot study. *Psychology.* 2011;2(6):605-14.
- 21- Talbot NL, Gamble SA. IPT for women with trauma histories in community mental health care. *J Contemp Psychother.* 2008;38(1):35-44.
- 22- McCarthy KS, Connolly-Gibbons MB, Barber JP. The relation of rigidity across relationship with symptoms and functioning: An investigation with the revised central relationship questionnaire. *J Couns Psychol.* 2008;55(3):346-58.
- 23- Fridja NH. The emotions. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1986. pp. 9-41.
- 24- Greenberg LJ, Warwar SH, Malcolm WM. differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *J Counsel Psychol.* 2008;55(2):185-96.
- 25- Pos AE, Greenberg LS. Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *J Contemp Psychother.* 2007;37(1):25-31.
- 26- Greenberg LS, Angus L. The contribution of emotion processes to narrative change: A dialectical-constructivist approach. In: Angus L, McLeod J, editors.

امکان کنترل مشکلات بین فردی و خانوادگی جانبازان بود که این تعاملات می تواند منجر به بهبود یا بروز مشکلات هیجانی جانبازان شود. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی میزان و نوع مشکلات بین فردی و خانوادگی جانبازان کنترل شود تا رابطه این تعاملات و شرایط بین فردی با بهبود یا وقوع مشکلات هیجانی جانبازان مبتلا به PTSD مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

آموزش درمان متمرکز بر هیجان می تواند بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD را کاهش دهد.

تشکر و قدردانی: در پایان، نویسندگان این مقاله از همکاری جانبازان عزیز بیمارستان روان پزشکی ایثار شهر اردبیل و همچنین از حمایت های مسئولان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر اردبیل کمال تشکر و قدردانی را به عمل می آورند.

تأییدیه اخلاقی: قبل از اجرای پژوهش، هماهنگی های لازم با بنیاد شهید و امور ایثارگران استان اردبیل انجام شد و رضایت نمونه های پژوهش جلب شد.

تعارض منافع: موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: نیلوفر میکاییلی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه (۲۵٪)؛ پرویز مولوی (نویسنده دوم)، نگارنده بحث (۲۵٪)؛ ساناز عینی (نویسنده سوم)، پژوهشگر اصلی/روش شناس (۲۵٪)؛ رامین تقوی (نویسنده چهارم) پژوهشگر کمکی/تحلیل گر آماری (۲۵٪) منابع مالی: این مطالعه برگرفته از کار پژوهشی است و هیچ گونه حمایت مالی از سوی نهاد یا سازمانی انجام نگرفته است.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. 5th edition. Rezaei F, Fakhraee A, Charismatic A, Lotus A, Hashemi Azar J, Shamloo F, translators. Virginia, United States: American Psychiatric Association; 2013.
- 2- Tull MT, Barrett HM, McMillan ES, Roemer L. A preliminary investigation of relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behav Ther.* 2007;38(3):303-13.
- 3- Leahy R, Napolitano LA, Tirsch D. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioners guide. New York: Guilford Press; 2011.
- 4- Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 2008;99(1):20-35.
- 5- Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. The relationship of metacognitive beliefs and emotion regulation difficulties with posttraumatic stress disorder. *J Behav Sci.* 2014;8(2):105-13. [Persian]
- 6- Bardeen JR, Kumpula MJ, Orcutt HK. Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following as mass shooting. *J Anxiety Dis.* 2013;27(2):188-96.
- 7- Ozdamir O, Boysan M, Ozdamir PG, Yilmaz E. Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Res.* 2015;228(2):598-605.
- 8- Azad Marzabadi E, Moqtadaee K, Aria Pooran S. The effectiveness of mindfulness training on psychological symptoms in veterans with post- traumatic stress disorder. *J Behav Sci.* 2013;7(1):67-74. [Persian]

- of research. *Depress Anxiety*. 2001;13(3):132-56.
- 38- Mirzaee J, Karami GR, Ameli J, Hemmati MA. Investigation of clinical diagnosis by psychological tests in PTSD outpatients and inpatients. *J Mil Med*. 2004;6(3):201-8. [Persian]
- 39- Goodarzi MA. Reliability and validity of post-traumatic stress disorder Mississippi scale. *J Psychol*. 2003;7(2):135-78. [Persian]
- 40- Beck AT, Weissman A, Lester D. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861-5.
- 41- Dejhkam N, Sharifi HP, Human HA. Conformity and norm of the beck hopelessness scale among students of Tehran Islamic Azad University [Dissertation]. Tehran: Tehran University; 2003. [Persian]
- 42- Yousefi N, Shirbigy N. The relationship between acceptance in ma exam with hopelessness and self-handicapping. *Iran High Educ*. 2012;4(4):159-81. [Persian]
- 43- Kaviani H. Interview and psychological inventories. 1st edition. Tehran: Besat Press; 2002. pp. 171-8. [Persian]
- 44- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation a dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2008;30(4):315-9.
- 45- Asgari P, Pasha G, Aminian M. The relationship emotional regulation, life events and body image with eating disorder in women. *Andisheh va Raftar*. 2009;4(13):65-78. [Persian]
- 46- Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *J Lifelong Learn Psychiatry*. 2010;8(1):32-42.
- 47- Sabury M. The effectiveness of cognitive therapy in reducing suicidal thoughts and emotion-focused cognitive triangle patients with major depression [Dissertation]. Mashhad: Mashhad University; 2013. [Persian]
- 48- Schotte DE, Clum GA. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol*. 1987;55(1):49-54.
- 49- Narimani M, Alisari Nasirlou K, Effat Parvar S. The effectiveness of emotion-focused training for cognitive emotional regulation strategies of emotionally abused students. *Appl Couns*. 2013;3(2):37-50. [Persian]
- Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 2004. pp. 331-50.
- 27- Greenberg LS. Emotion focused therapy for depression. *Pers Exp Psychother*. 2017;16(2):106-17.
- 28- Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy. Seyyed Mohammadi Y, translator. Pacific Grove: Brooks Cole; 2009.
- 29- Greenberg LS, Foerster F. Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *J Cons Clin Psychol*. 1996;64(3):439-46.
- 30- Greenberg LS, Paivio SC. Working with the emotions in psychotherapy. New York City: Guilford Press; 1997. pp. 14-290.
- 31- Church D. The treatment of combat trauma in veterans using EFT (Emotional Freedom Techniques): A pilot protocol. *J Traumatology*. 2010;16(1):55-65.
- 32- Church D, Hawk C, Brooks AJ, Toukolehto O, Wren M, Dinter I, et al. Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques: A randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(2):153-60.
- 33- Akbari E, Poursharifi H, Fahimi S, Azimi Z, Alilou MM, Amiri Pichakolaei A, et al. Effectiveness of emotion focused therapy on sexual victims of romantic relationships: A single case study. *J Fundam Ment Health*. 2016;18(1):10-21. [Persian]
- 34- Khojasteh Mehr R, Shiralinia KH, Rajabi GH, Beshlideh K. The effects of emotion-focused couple therapy on depression symptoms reduction and enhancing emotional regulation in distressed couples. *Appl Couns*. 2012;3(1):1-18. [Persian]
- 35- Sobhi-Gharamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, Narimani M. Effectiveness of emotion regulation training on reduction of anxiety, stress and depression symptoms among university students. *Health Educ Health Promot*. 2015;3(1):5-13. [Persian]
- 36- Golpour R, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. The effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on quality of life with depression disorder. *J Clin Psychol*. 2014;1(21):53-64. [Persian]
- 37- Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years