Journal of Clinical Psychology & Personality(Not edited)

Research Article

The Effectiveness of an Integrated Emotion-Focused–Cognitive-Behavioral Therapy (EFT–CBT) Package on Emotion Regulation and Rumination in Women Survivors of Domestic Violence with Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD)

Authors

Maryam mobli [1], Ahmad Borjali [2*], Faramarz Sohrabi [3], Abolghasem Isamorad [4], Jalil Younesi [5]

1. *PhD Candidate, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (https://orcid.org/0000-0002-2692-4071). Email:mary.mobli.1992@gmail.com*
2. *Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (https://orcid.org/0000-0001-6823-7600). Email: borjali@atu.ac.ir. (Corresponding Author)*
3. *Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (https://orcid.org/0000-0001-6505-6812). Email: sohrabi@atu.ac.ir*
4. *Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (https://orcid.org/0000-0002-7928-5007). Email: isamorad@atu.ac.ir*
5. *Prof., Dept. of Psychometrics, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (https://orcid.org/0000-0002-9619-1600). Email: younesi@atu.ac.ir*

Abstract

Receive Date: 00/00/0000

Accept Date: 00/00/0000

Introduction: Complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) is a chronic and debilitating condition often accompanied by substantial impairments in psychological and interpersonal functioning. This study examined the effectiveness of an integrated Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (EFT-CBT) package in improving emotion regulation and reducing rumination among women with CPTSD.

Method: This quasi-experimental study employed a nonequivalent control group design. Thirty women survivors of domestic violence with CPTSD in Tehran were recruited and assigned to intervention and control groups (15 participants each). Eligibility was assessed using the International Trauma Questionnaire (ITQ) and the Domestic Violence Questionnaire (DVQ). Participants completed the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and the Ruminative Response Scale (RRS) at pretest, posttest, and one-month follow-up.

Results: The intervention accounted for 58.3% of the variance in emotion regulation scores and 88.7% of the variance in rumination scores, indicating substantial effects across the assessment points. Improvements in both outcomes were maintained at the one-month follow-up.

Discussion and conclusion: : The integrated Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (EFT-CBT) package was effective in enhancing emotion regulation and reducing rumination among women survivors of domestic violence with CPTSD. These findings support its potential as an integrated intervention to address emotional and cognitive difficulties in this population across clinical and community settings

Keywords

Integrated EFT–CBT package; Emotion regulation; Rumination; Women survivors of domestic violence; Complex PTSD (CPTSD).

Corresponding Author's E-mail

borjali@atu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Complex post-traumatic stress disorder (CPTSD), as defined in ICD-11, comprises core PTSD symptoms (re-experiencing, avoidance, and a persistent sense of threat) plus disturbances in self-organization: affect dysregulation, negative self-concept, and relational difficulties. Among women exposed to domestic violence, traumatic events are typically repeated and interpersonal, occur in coercive contexts, and are accompanied by chronic shame, fear, and helplessness. Two transdiagnostic processes are especially relevant to maintaining distress in this population. First, emotion dysregulation includes poor emotional clarity, limited access to adaptive regulation strategies, impulsive reactions, and experiential avoidance, which together block the integration of traumatic memories and undermine daily functioning. Second, rumination involves repetitive negative thinking about the causes and consequences of distress, which enhances threat appraisals and self-criticism. Standard trauma-focused CBT is effective for many individuals with PTSD, yet CPTSD often requires a phase-based approach emphasizing safety, stabilization, and deeper emotion processing. Emotion-Focused Therapy (EFT) provides methods for accessing and transforming maladaptive emotions into adaptive emotional action tendencies, while CBT offers structured skills for modifying dysfunctional beliefs and reducing avoidance. An integrated Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (EFT-CBT) package may therefore improve emotion regulation and reduce rumination more efficiently than control conditions. This study evaluated such an integration for women with CPTSD.

Method

A quasi-experimental study with a Nonequivalent Control Group Design was conducted. The population consisted of women survivors of domestic violence in Tehran who met screening indicators for CPTSD. Participants were recruited from psychological clinics and related support or referral services. Eligibility was confirmed through clinical intake, the International Trauma Questionnaire (ITQ), and the Domestic Violence Questionnaire (DVQ). Inclusion criteria were: adult woman, history of domestic violence, meeting CPTSD screening criteria, at least diploma-level literacy, criteria included psychosis, severe substance dependence, acute suicidal risk requiring immediate higher-level care, and consent to participate online. Exclusion criteria were: psychotherapy during the study, and missing more than two sessions. Thirty eligible participants were allocated to an intervention group (n=15) and a wait-list control group (n=15) using practical matching on key demographics when possible. Outcomes were assessed at three time points: pretest, posttest, and one-month follow-up. Emotion regulation difficulties were measured with the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and rumination with the Ruminative Response Scale (RRS). The intervention comprised an integrated EFT-CBT package delivered in 120-minute sessions via Google Meet; the control condition received one online psychoeducation session about CPTSD symptoms and consequences and was on a waiting list. Data were analyzed in SPSS 24 using mixed-design ANOVA. Normality was checked with the Kolmogorov-Smirnov test, homogeneity of variance with Levene's test, and sphericity with Mauchly's test; Greenhouse-Geisser corrections were applied when needed. Effect sizes were reported using partial eta squared. All participants provided informed consent and could withdraw from the study at any time.

Results

Before presenting the results of the mixed-design ANOVA, the assumptions of the test were examined. The Kolmogorov–Smirnov test indicated that the normality assumption was met for emotion regulation ($p = .20$, $KS = 0.1$) and rumination ($p = .20$, $KS = 0.12$). Homogeneity of variance was assessed using Levene's test, and the results were not significant, indicating that the assumption of equal variances was satisfied for emotion regulation ($p = .20$, Levene's statistic= 2.39) and rumination ($p = .13$, Levene's statistic = 1.7). Mauchly's test showed that the sphericity assumption was violated for both variables ($p < .001$). Therefore, Greenhouse-Geisser corrections were applied when reporting the results. Based on the Greenhouse–Geisser correction, the differences in change across the three assessment points between the intervention and control groups were statistically significant. This indicates that post-intervention changes in emotion regulation ($F = 38.013$, $p < .001$) and rumination ($F = 180.56$, $p < .001$) in the intervention group were significant relative to the control group. Box's M test was significant for both rumination ($p < .001$) and emotion regulation ($p < .001$), indicating that the assumption of homogeneity of covariance matrices was violated. Given the equal group sizes and the robustness of Pillai's Trace to violations of this assumption, multivariate results were therefore reported with Pillai's Trace (Table 1). Effect size estimates indicated that the interaction accounted for approximately 58% of the variance in emotion regulation scores and 88% of the variance in rumination scores among women survivors of domestic violence. Overall, these findings suggest that the integrated treatment package produced clinically meaningful effects on improving emotion regulation and reducing rumination across assessment points compared with the control group.

Table 1: Multivariate Tests (Pillai's Trace)

Dependent Variable	Effect	Pillai's Trace (V)	F	Hypothesis df	Error df	p-value	Partial η^2	Power
Emotion Regulation	Time	0.50	13.77	2	27	< .001	0.50	1.00
Emotion Regulation	Time × Group	0.58	18.89	2	27	< .001	0.58	1.00
Rumination	Time	0.65	25.15	2	27	< .001	0.65	1.00
Rumination	Time × Group	0.88	106.36	2	27	< .001	0.88	1.00

Conclusion

This study offers preliminary evidence that an integrated Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (EFT-CBT) package can improve emotion regulation and reduce rumination among women survivors of domestic violence with CPTSD. Large interaction effects were maintained at one-month follow-up, consistent with a mechanism-based rationale: CBT components may weaken avoidance and distorted appraisals that fuel threat and self-blame, while EFT tasks may facilitate emotional awareness, validation, and the transformation of maladaptive shame and fear into adaptive protective anger, grief, and self-compassion. Together, these processes may interrupt the feedback loop between emotion dysregulation and rumination. When interpreting the findings, study limitations should be considered to inform future research. First, due to financial constraints and some participants' reluctance to attend in-person sessions or interact with other participants, the intervention was delivered online via Google Meet. Second, reliance on self-report measures may introduce bias if responses are inaccurate or incomplete. Future studies are recommended to implement the integrated Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (EFT–CBT) package in person, preferably in clinics or community settings near participants' homes, and to complement self-report tools with clinical interviews and exploration of participant experiences. Finally, comparing the package with other trauma-focused interventions would help clarify its relative effectiveness within the CPTSD treatment literature.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study was conducted in accordance with research ethics principles, including informed consent, confidentiality, and voluntary withdrawal at any stage. Written informed consent was obtained from all participants. The study was approved by the Ethics Committee of Allameh Tabataba'i University with ethics code: IR/ethics.2024.82633.1196.

Funding: This research is part of a doctoral dissertation and did not receive any financial support.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Authors' contribution: This article is based on the PHD dissertation of the first author and the second, third, fourth and fifth authors served as supervisors and advisors.

رونوشت ویرایش نشده

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت» (زودآیند ویرایش نشده)

مقاله پژوهشی

اثربخشی اجرای بسته‌درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری بر تنظیم‌هیجان و نشخوارفکری در زنان‌قربانی‌خشونت مبتلا به اختلال استرس‌پس‌ازسانحه‌پیچیده

نویسندگان

مریم مبلی [۱]، احمد برجعلی [۲*]، فرامرز سهرابی [۳]، ابوالقاسم عیسی مراد [٤]، جلیل یونسی [٥]

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایمیل نویسنده: mary.mobli.1992@gmail.com، کد ارکید: https://orcid.org/0000-0002-2692-4071

۲. استاد تمام گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایمیل نویسنده: borjali@atu.ac.ir، کد ارکید: https://orcid.org/0000-0001-6823-7600). (نویسنده مسئول)

۳. استاد تمام گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایمیل نویسنده: sohrabi@atu.ac.ir، کد ارکید: https://orcid.org/0000-0001-6505-6812

٤. استاد تمام گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایمیل نویسنده: isamorad@atu.ac.ir، کد ارکید: https://orcid.org/0000-0002-7928-5007

۵. استاد تمام گروه روانسنجی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایمیل نویسنده: younesi@atu.ac.ir، کد ارکید: https://orcid.org/0000-0002-9619-1600

زودآیند ویرایش نشده

چکیده

مقدمه: اختلال استرس‌پس‌ازضربه‌پیچیده (CPTSD)، اختلالی مزمن و با اختلال شدید در عملکرد همراه است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی یک بسته‌درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری بر بهبود تنظیم‌هیجان و کاهش نشخوارفکری زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD است.

روش: پژوهش حاضر، روش نیمه‌آزمایشی با طرح گروه کنترل نامعادل انجام شد. در این پژوهش با جمع آوری ۳۰ زن قربانی خشونت درتهران و قرار دادن ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل، اثربخشی بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری برای این اختلال برای زنان قربانی خشونت سنجیده شد. برای جمع آوری اطلاعات از ابزارهای پرسشنامه بین‌المللی وقایع آسیب‌زا و پرسشنامه خشونت‌خانگی تبریزی جهت غربال‌گری نمونه‌ها و دو پرسشنامه مقیاس دشواری تنظیم‌هیجان و مقیاس پاسخ نشخوارفکری جهت اندازه‌گیری متغیرهای وابسته استفاده شد.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر تعامل این بسته درمانی، به ترتیب ۵۸/۳ و ۸۸/۷ درصد از تفاوت در نمرات تنظیم هیجان و نشخوارفکری زنان قربانی خشونت را تبیین کرد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که این بسته درمانی در مجموع اندازه اثر معناداری بر بهبود تنظیم‌هیجان و کاهش نشخوارفکری در زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD در مراحل مختلف مورد ارزیابی داشته است.

تاریخ دریافت: ۰۰۰۰/۰۰/۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۰۰۰/۰۰/۰۰

کلیدواژه‌ها

بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری، تنظیم‌هیجان، نشخوار فکری، زنان قربانی خشونت، اختلال استرس‌پس‌ازضربه‌پیچیده

پست الکترونیکی نویسنده مسئول

borjali@atu.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

اختلال استرس پس از ضربه پیچیده (CPTSD[1]) در نسخه تجدیدنظر یازدهمین راهنمای طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها (ICD-11[2]) که در سال ۲۰۱۸ منتشر شد، معرفی شده است (۱). افراد مبتلا به CPTSD با قرار گرفتن در معرض تجربیات طولانی مدت تروماتیک و تجربه خشونت‌های خانگی طولانی مکرر، دچار اختلال در رشد ظرفیت‌های نظارتی هیجانی[3] می‌شوند و با افزایش باورهای ناسازگار، روابط اجتماعی آن‌ها مختل می‌گردد (۲). علائم CPTSD شامل ۳ گروه از علامت‌های PTSD و سه گروه از علائم اختلال در سازماندهی‌خود (بدتنظیمی‌هیجانی، خودپنداره منفی، اختلال در روابط) است. از آنجایی که CPTSD در جمعیت عمومی جهان نادر نیست (۳)، یک اختلال مزمن روان‌شناختی است (۴) و افراد مبتلا اختلال شدید در عملکرد را تجربه می‌کنند (۵) درنتیجه لازم است تا تمرکز بیشتری برای تدوین درمان مناسب دریافت کند(۶).

همانطور که گفته شد یکی از گروه‌های مستعد ابتلا به CPTSD، قربانیان خشونت خانگی است (۷). فرار از خشونت خانگی به دلیل رابطه خاص آن بین قربانی و آزارگر، دشوار و یکی از پیامدهای آن عزت نفس پایین و فروپاشی هویت است(۸). آمارها نشان می‌دهد که خشونت خانگی در ایران شیوع بسیار بالایی دارد. داده‌های جهاد دانشگاهی البرز در سال ۱۳۹۷، نشان می‌دهد که ۸۱/۱ درصد از زوجین در جامعه ایرانی، حداقل یکی از انواع خشونت (اقتصادی، فیزیکی، کلامی، روانی و جنسی) را تجربه کرده‌اند (۹)، زنان بیشتر از مردان دچار CPTSD همراه با اختلال شدید در عملکرد می‌شوند (۱). خشونت خانگی در بافت فرهنگی پیچیده از جمله شرم اجتماعی، ارزش‌گذاری افراطی بر حفظ زندگی مشترک، وابستگی اقتصادی و ... شکل می‌گیرد (۱۰). این عوامل به‌طور مستقیم در شکل‌گیری نشخوار فکری، سرزنش خود، اجتناب مزمن از روابط و اختلال در هویت شخصی و بدتنظیمی هیجانی (۱۱) دخالت می‌کنند؛ مولفه‌هایی که بخش اصلی DSO در CPTSD را تشکیل می‌دهند.

تئوری‌های موجود در زمینه CPTSD نشان می‌دهد، بدتنظیمی هیجانی، موجب تداوم علائم اختلال در سازمان-دهی خود و درنهایت CPTSD می‌گردد (۱۳). هیجان از نظر نوروشیمیایی و پایه‌های فیزیولوژیکی با فکر متفاوت است (۱۴). مطالعات اخیر در زمینه سیستم عصبی چندین منطقه را شناسایی کردند که باعث سوگیری هیجانی در اختلالات مرتبط با تروما می‌شود که ازجمله می‌توان به قشر پیش‌پیشانی، آمیگدال و هیپوکامپ (سیستم لمبیک) اشاره کرد (۱۵). به علاوه نشخوارفکری با اختلال در سازماندهی خود (DSO) به عنوان ویژگی اصلی CPTSD مرتبط است. نشخوارفکری و اختلال در سازماندهی خود قوی‌ترین همبستگی را در مقایسه با سایر علائم مرتبط با استرس نشان دادند (۱۶). هم‌چنین بدتنظیمی‌هیجانی که یکی از علائم اختلال در سازماندهی خود است، باعث ایجاد نشخوارفکری می‌گردد (۱۷). از طرف دیگر تنظیم هیجان، افزایش تاب‌آوری را در برابر علائم اختلالات مرتبط با تروما را پیش‌بینی می‌کند (۱۸). با توجه به مطالعات اخیر و مشخص شدن نقش کلیدی تنظیم هیجان و نشخوارفکری، به نظر می‌رسد تمرکز روی درمان یکپارچه که هم نقش شناخت را در نظر می‌گیرد و هم به نقش هیجان توجه

[1] Complex Posttraumatic Stress Disorder

[2] International Classification of Diseases 11th Revision

[3] emotional regulatory capacities

می‌کند، می‌تواند نقش بسزایی در درمان CPTSD داشته باشد

تحقیقات اندکی به طور مستقیم به ارزیابی درمان CPTSD پرداخته‌اند و نتایج حاکی از محدودیت‌های رویکردهای موجود برای درمان این اختلال مزمن و مقاوم هستند (۱۲). مداخلاتی که از دو یا چند مؤلفه تشکیل شده‌اند برای درمان علائم اختلالات وابسته به تروما مؤثرتر است (۱۹). همچنین تحقیقات پیشین برای درمان CPTSD تأکید می‌کنند، برای افزایش اثربخشی در CPTSD از مداخله مرحله‌بندی‌شده استفاده گردد (۲۰). با توجه به ماهیت سه علامت اختلال در سازماندهی خود (اختلال در خودپنداره، اختلال تنظیم هیجان و مشکلات رابطه‌ای) به نظر می‌رسد که مداخلات متمرکز بر هیجان در کنار مداخلات شناختی و درمان‌هایی که روی ساختن خود[۴] و رابطه تمرکز می‌کنند، اثربخش باشند.

درمان شناختی‌رفتاری (CBT[۵]) به اصلاح باور بنیادین منفی و اصلاح نشخوارفکری کمک کند (۲۱)، اما این رویکرد به تغییر معنای زندگی که از جانب بسیاری از مبتلایان به این اختلال گزارش شده است، نمی‌پردازد (۲۲). با توجه به یافته‌های ذکر شده در نظر گرفتن نقش تنظیم هیجان در مداخلات تدوین شده برای CPTSD ضروری است. برای درمان CPTSD در کنار این مدل لازم است، از مدل‌های مبتنی بر تنظیم هیجان که به طور اختصاصی روی بدتنظیمی هیجانی، پردازش‌هیجانی، ایجاد هیجان سازگار و تغییر معنای زندگی تمرکز می‌کند، نیز استفاده شود. مدلی که اختصاصا رو پردازش‌هیجانی و تعمیق هیجان و ایجاد معنای جدید تمرکز می‌کند، درمان هیجان مدار (EFT[۶]) است (۲۳). از طرفی برای تغییر ساختار باورها و کاهش نشخوار می‌بایست از ابزارهای شناختی استفاده شود. به همین سبب، تلفیق این دو درمان به نظر می‌رسد پاسخ مستقیمی به خلأ موجود در ادبیات درمان CPTSD است.

به کمک مطالعات ذکر شده رویکرد یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری می‌تواند یک رویکرد درمانی قدرتمند برای CPTSDناشی از خشونت خانگی ارائه دهد، زیرا نقاط قوت هر دو رویکرد را ترکیب می‌کند و به چالش‌های منحصربه‌فرد افراد مبتلا به CPTSD می‌پردازد. علی‌رغم حجم بالای پژوهش‌ها در زمینه پیامدهای خشونت خانگی، هنوز خلأ جدی در زمینه بسته‌های درمانی برای زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD در ایران و با توجه به فرهنگ بومی وجود دارد. با توجه به نقص هر یک از مدل‌های موجود برای درمان CPTSD ترکیب این مدل‌ها برای رفع این نقص‌ها می‌تواند درمان اثربخش‌تری را به عمل آورد.

پژوهش حاضر به دنبال این است که با تدوین یک بسته درمانی یکپارچه و ترکیب مؤلفه‌های مؤثر درمان شناختی‌رفتاری و درمان هیجان‌مدار، نیازهای خاص زنان مبتلا به CPTSD ناشی از خشونت خانگی پاسخ دهد. برخلاف مداخلات پیشین که اغلب فقط یک رویکرد را دنبال می‌کردند، این بسته ساختار مرحله‌ای دارد که در آن مداخلات هیجانی (مثل پردازش شرم و گناه) به همراه بازسازی شناختی با ترتیب مشخص تلفیق شده‌اند. این ساختار درمانی تاکنون در ادبیات پژوهشی به این صورت روی تنظیم‌هیجان و نشخوارفکری CPTSD اجرا نشده است. با توجه به موارد ذکر شده، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری برای بهبود تنظیم‌هیجان و نشخوارفکری زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD است.

روش

الف. نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر، از نوع روش شبه آزمایشی با طرح گروه کنترل نامعادل بود.

ب. آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش، شامل زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD در شهر تهران بود، که در سال ۱۴۰۴ به کلینیک‌های روان‌شناختی مراجعه کرده‌اند. به وسیله فراخوان از ۴۰ زن قربانی خشونت برای شرکت در پژوهش دعوت شد. بعد از توضیح در مورد پژوهش و اصول اخلاقی نمونه‌ها به دلیل عدم تمایل برای شرکت در پژوهش به ۳۰ نفر کاهش یافت. در نتیجه براساس طرح پژوهش برای

---

[۴] Self

[۵] Cognitive Behavieral Therapy

[۶] Emotional Focused Therapy

حجم نمونه، ۱۵ نفر از زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD و ۱۵ نفر برای گروه گواه به صورت هدفمند در نظر گرفته شد (۲۴). با توجه به حداقل حجم نمونه در پژوهش آزمایشی و شبه آزمایشی (۱۰ تا ۱۵)، این تعداد نمونه در نظر گرفته شده است (۲۵). معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به CPTSD، نداشتن سابقه روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته، سن بین ۱۸ تا ۴۰ مشخص شد (۲۶)، وجود تأهل، داشتن سواد حداقل دیپلم، عدم وجود اعتیاد به الکل یا مواد مخدر، عدم وجود ابتلا به افسردگی شدید، عدم وجود بیماری عصب شناختی و روان‌پریشی و تمایل به همکاری بود. معیار خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در طول پروسه درمانی و استفاده از سایر مداخلات روان‌شناختی بود.

ج. ابزارهای پژوهش

برای جمع آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد که پرسشنامه بین المللی وقایع آسیب زا (ITQ) و پرسشنامه خشونت خانگی تبریزی (DVQ[۷]) جهت غربال‌گری نمونه‌ها و دو پرسشنامه مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS) و مقیاس پاسخ نشخوارفکری(RRS) جهت اندازه گیری متغیرهای وابسته استفاده می‌شود.

۱) پرسشنامه بین المللی وقایع آسیب زا (ITQ): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که بر مبنای ICD-11، دو اختلال CPTSD و PTSD تشخیص می‌دهد. این پرسشنامه که توسط کولیتر و همکاران (۲۷) تدوین شده است، دارای ۲۲ گویه که ۶ گویه آن مربوط به نشانه‌های PTSD و ۱۶ گویه آن مربوط به نشانه‌های DSO می‌باشد. تمام ماده‌ها براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی بین ۰(اصلا) تا ۴(بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. روایی این پرسشنامه در ایران توسط غابشی و همکاران (۲۸) بررسی شده است. آلفای کرونباخ برای PTSD برابر با ۰/۸۳ و برای DSO برابر با ۰/۸۱ می‌باشد. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ بود که نشان می‌دهد، پایایی درونی مطلوب بود.

۲) پرسشنامه خشونت خانگی (DVQ): برای سنجش شدت خشونت خانگی و احراز معیار قربانی خشونت خانگی، از پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان محسنی‌تبریزی و همکاران (۱۳۹۱) استفاده شد. این ابزار یک پرسشنامه خودگزارش بومی است که با هدف سنجش شدت و فراوانی تجربه خشونت در روابط زناشویی طراحی شده است. نسخه‌ی به‌کار رفته فرم زنان ۳۱ گویه‌ای است و چهار حیطه‌ی خشونت روانی/کلامی، اقتصادی، جسمی و جنسی را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر خشونت است. دامنه‌ی نمره‌ی کل ۰ تا ۱۲۴ بوده و بر اساس راهنمای ابزار، ≤۶۰، پایین، ۶۱–۱۲۰، متوسط، و ≥۱۲۱، زیاد تلقی می‌شود. در این مطالعه، احراز قربانی خشونت خانگی با تکیه بر همین ابزار انجام شد. روایی ابزار به کمک آلفای کرونباخ کل ۰/۸۳ در پژوهش تبریزی و همکاران (۱۳۹۱) گزارش شده است. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸ بود. این مقدار نشان‌دهنده پایایی درونی مطلوب ابزار در پژوهش حاضر است.

۳) مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS): این مقیاس که توسط گرتز و رومر (۲۹) تدوین شده است، دارای ۳۶ گویه است. این مقیاس سطح اختلال در تنظیم‌هیجانی فرد را در یک مقیاس لیکرتی از ۱ (تقریبا هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌سنجد. این مقیاس ۶ زمینه را اندازه گیری می‌کند: عدم پذیرش هیجانات منفی[۸] دشواری در مهار کردن رفتارهای تکانشی[۹] دشواری در انجام دادن رفتارهای هدفمند[۱۰] دستیابی محدود به

---

[۷] Domestic violence questionnaire

[۸] nonacceptance of negative emotions

[۹] difficulties controlling impulsive behaviors

[۱۰] difficulties engaging in goal-directed behaviors

زودآیند ویرایش نشده

راهبردهای اثربخش برای تنظیم هیجان[11]فقدان آگاهی هیجانی[12]و نبود شفافیت هیجانی[13]هر چقدر افراد در زیر مقایس‌ها نمره بالاتری بگیرند، نمره دشواری در تنظیم هیجان بالاتر است. در در مطالعه‌ای مقیاس‌های روانسنجی در نمونه بالینی و غیر بالینی مورد بررسی قرار دادند و پایایی آن را تایید کردند. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ بدست آمده است (۳۰). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ بود که نشان می‌دهد، پایایی درونی مطلوب بود.

۴) مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS): نولن هوکسما و مارو پرسشنامه ۲۲ ماده‌ای برای نشخوارفکری، با عنوان مقیاس پاسخ نشخوارفکری تدوین کردند. این پرسشنامه در یک طیف لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) تنظیم شده است. باقری نژاد (۳۱) ضریب آلفای کرونباخ مربوط به این پرسشنامه را در مطالعه خود به ترتیب ۰/۸۸گزارش کرد. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ بود که نشان می‌دهد، پایایی درونی مطلوب بود.

۵) بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری: منظور از درمان یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری بسته‌ای درمانی است که بر مبنای مبانی نظری CBT و EFT توسط مبلی و همکاران (۳۲) تدوین شده است. این بسته طی ۱۵ جلسه فردی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای زنان قربانی خشونت مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه پیچیده (CPTSD) تدوین گردید. محتوای اولیه درمان بر اساس کتب تخصصی، پروتکل‌های معتبر و منابع نظری استخراج و سپس توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی رشته روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی مورد ارزیابی قرار گرفت. برای سنجش روایی محتوایی، خبرگان محتوای جلسات، اهداف و تکلیف جلسه را از نظر شاخص‌های نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) ارزیابی کردند. جهت بررسی روایی محتوایی بسته درمانی، ابتدا نسبت روایی محتوا (CVR)با استفاده از فرمول لاوشه (۱۹۷۵) و سپس شاخص روایی محتوا (CVI) با استفاده از روش والتز و بوسل (۱۹۸۱) محاسبه گردید. براساس نتایج نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی از نظر خبرگان، بسته حاضر روایی محتوایی قابل قبول برای مداخله در زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD داشت. درتمام جلسات آموزش تنظیم هیجان، تمرکز هیجانی، تمرکز بدنی، تنفس آگاهانه و خودتسکینی مورد توجه قرار گرفت. خلاصه جلسات در جدول ۱ آمده است.

[11] limited access to effective emotion regulation strategies

[12] lack of emotional awareness

[13] lack of emotional clarity

زودآیند ویرایش نشده

جدول ۱: محتوای بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری

جلسات	عنوان جلسه	محتوای جلسه	تکالیف خانگی
اول	ایجاد رابطه و اتحاد درمانی و معرفی مدل	ایجاد اتحاد درمانی، آشنایی مراجعین با چارچوب جلسات، معرفی اختلال CPTSD، معرفی درمان یکپارچه هیجان مدار شناختی رفتاری (CBT-EFT)، آموزش تکنیک تنظیم هیجان	تمرین تکنیک مربوط تنظیم هیجان (آموزش تنفس)
دوم	معرفی الگوی شناختی، شناسایی افکار خودآیند و بررسی نشخوارفکری	توضیح الگوی شناختی، رابطه بین فکر، رفتار و هیجان، آموزش شناسایی افکار خودآیند و بررسی تاثیر آن بر شناخت و هیجان، ثبت افکار خودآیند در موقعیت استرس‌زا و تجربه خشونت، تمرین نام گذاری هیجان	کاربرگ شناسایی افکار خودآیند در کنار واکنش بدنی، هیجانی و رفتاری
سوم	چالش با افکار خودآیند و تمرکز هیجانی	ارزیابی افکار خودآیند، بررسی ارتباط بین افکار منفی و هیجانات ناسازگار در CPTSD، تمرکز و فضا دادن به هیجان بر اساس اصول EFT	کاربرگ ارزیابی افکار خودآیند
چهارم	شناسایی موقعیت‌های استرس‌زا و تمرکز روی تکنیک‌های تنظیم هیجان	شناسایی موقعیت‌های استرس‌زا، آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان برای مدیریت هیجانات، بررسی افکار و هیجاناتی که مانع تنظیم هیجانی می‌شوند، کمک به مراجعان برای شناسایی الگوهای ناسالم برای مدیریت استرس	بررسی موقعیت استرس‌زا و استفاده از تکنیک تنظیم هیجان
پنجم	شناسایی هیجان‌های اولیه و ثانویه	آموزش شناسایی هیجان‌های اولیه و ثانویه، کار بر تفکیک انواع هیجانات در موقعیت مختلف، تمرین دسترسی به هیجان اولیه	کاربرگ مربوط به شناسایی هیجانات ثانویه و اولیه و بررسی این دو نوع هیجان در هفته
ششم	شناسایی و ارزیابی باور میانجی	معرفی باور میانجی، شناسایی باور میانجی به کمک فن پیکان رو پایین، ارزیابی باور میانجی به کمک مزایا و معایب	کاربرگ شناسایی باور میانجی
هفتم	پردازش هیجانی مربوط به تروما و تبدیل هیجانی	شناسایی هیجانات ناسازگار (شرم، ترس و احساس بی ارزشی)، تبدیل آن به هیجانات سازگاربه کمک تکنیک دو صندلی (غم سالم، خشم جرات مندانه و شفقت به خود)	کاربرگ مربوط شناسایی هیجانات سازگار و ناسازگار و بررسی این دو نوع هیجان در هفته
هشتم	پردازش هیجان‌های دشوار مثل خشم، شرم و غم و تبدیل این هیجانات	درک و تنظیم هیجانات خشم، گناه و شرم، ابراز روش‌های سالم ابراز هیجانات بدون سرکوب یا انفجار هیجان، تغییر هیجانی به هیجانات سالم تر و سازگارتر، بررسی مدیریت خشم	کاربرگ مربوط به شناسایی و تغییر هیجانات دشوار ثبت تجربه تغییر هیجان در دفتر
نهم	شناسایی و پردازش باورهای بنیادین منفی	شناسایی باورهای بنیادین خود، بررسی ریشه‌های باورهای بنیادین، بررسی تاثیر باور بنیادین بر هیجانات ناسازگار	کاربرگ شناسایی باور بنیادین

زودآیند ویرایش نشده

دهم	ارزیابی باورهای بنیادین	ارزیابی باورهای بنیادین به کمک پرسش‌های سقراطی، بررسی مزایا و معایب این باور	کاربرگ ارزیابی باور بنیادین
یازدهم	تغییر باور بنیادین با استفاده از تکنیک دو صندلی	به چالش کشیدن باور بنیادین با کمک گفت و گوی دوصندلی، پردازش هیجانی باور بنیادین	کاربرگ ارزیابی باوربنیادین
دوازدهم	بازسازی باور بنیادین سالم‌تر	ساخت باور بنیادین واقع بینانه و کار آمد، تمرین نوشتاری برای تثبیت باور جدید	کاربرگ ارزیابی باور بنیادین
سیزدهم	پردازش روایت تروما و تغییر روایت گذشته	ایجاد یک روایت جدید از تجربه خشونت خانگی، کمک به شرکت کنندگان برای تبدیل خود از یک خود قربانی به یک خود رشد یافته، بررسی هیجاناتی که هنوز پردازش نشدند	کاربرگ مربوط به خواندن روایت جدید ارزیابی هیجان و افکار در هفته
چهاردهم	تثبیت هویت جدید و معناهای جدید	تثبیت هویت جدید و مستقل از گذشته تروما، مشخص کردن معناها و ارزش ها ی زندگی در موقعیت های گذشته	کاربرگ مربوط به شناسایی هیجانات و افکار در هفته
پانزدهم	خاتمه درمان و ارزیابی	مرور پیشرفت درمانی، آماده‌سازی مراجع برای پایان درمان، انجام پس آزمون	

د. شیوه انجام پژوهش

بعد از اخذ مجوزهای لازم در تابستان ۱۴۰۴ و به کمک فراخوان، از کلینیک‌های روان‌شناختی از مراجعان دعوت به عمل آمد. بعد برگزاری جلسه غربالگری و توضیح در مورد اصول اخلاقی برای زنان قربانی خشونت، درنهایت تعداد ۳۰ زن قربانی خشونت مبتلا به CPTSD وارد پژوهش شد. بعد از انتخاب نمونه‌ها، با توجه به ماهیت نیمه‌آزمایشی پژوهش و محدودیت‌های اجرایی، انتساب گروه‌ها به‌صورت تصادفی کامل انجام نشد، با این حال تلاش شد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اصلی (از جمله سن، تحصیلات و اشتغال) تا حد امکان همتاسازی شوند. روی گروه آزمایش بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری در فضای آنلاین در برنامه گوگل میت اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت و در طول دوره پژوهش یک جلسه آموزشی در مورد CPTSD، تبعات و علائم به طور آنلاین دریافت کرد. در ابتدای پژوهش در اواخر مرداد ۱۴۰۴ بر روی گروه کنترل و آزمایش آزمون‌های بین‌المللی وقایع آسیب‌زا [۱۴](ITQ)، پرسشنامه مقیاس دشواری تنظیم هیجان [۱۵](DERS) و مقیاس پاسخ نشخوار فکری [۱۶](RRS) به عنوان پیش‌آزمون اجرا گردید. هم‌چنین در انتهای جلسات در اواخر آبان ۱۴۰۴ نیز این سه آزمون به عنوان پس‌آزمون از گروه کنترل و آزمایش گرفته شد. بعد یک ماه در آذر ۱۴۰۴ نیز این ۳ آزمون مجددا به عنوان دوره پیگیری تکرار شد.

ه. شیوه تحلیل داده‌ها

جهت بررسی تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک آمار توصیفی و استنباطی از نرم افزار SPSS24 استفاده شد. در بخش آمار توصیفی فراوانی، درصد فراوانی میانگین و انحراف استاندارد محاسبه شد و در بخش استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. در این پژوهش برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، جهت بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین،

[۱۴] International Trauma Questionnaire

[۱۵] Deficit Emotional Regulate Scale

[۱۶] Rumination Response Scale

زودآیند ویرایش نشده

جهت بررسی کرویت داده‌ها از آزمون موچلی و اصلاح آن گرین هاوس اجرا شد.

نتایج

در جدول ۲، اطلاعات جمعیت شناختی زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD شرکت کننده در گروه کنترل و آزمایش آورده شده است.

جدول ۱ :اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

		تعداد		درصد	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
سن	۱۸ تا ۲۹	۸	۹	۵۳/۳	۶۰
	۳۰ تا ۴۰	۷	۶	۴۶/۷	۴۰
مدرک تحصیلی	دیپلم	۹	۹	۶۰	۶۰
	لیسانس	۶	۶	۴۰	۴۰
وضعیت اشتغال	خانه دار	۱۰	۹	۶۶/۷	۶۰
	شاغل	۵	۶	۳۳/۳	۴۰
جمع		۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۰۰

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مراحل	میانگین		انحراف استاندارد	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۱۱۱/۷۳	۱۱۷/۳۳	۲۸/۵۵	۲۰/۷۵
	پس‌آزمون	۸۶/۸۶	۱۱۹/۲۶	۱۹/۹۸	۲۰/۲۸
	پیگیری	۸۷/۲۶	۱۱۹/۸	۱۹/۶۳	۲۰/۱۳
نشخوارفکری	پیش‌آزمون	۶۰/۴	۶۱/۷۳	۱۰/۱۸	۶/۵۹
	پس‌آزمون	۵۰/۴	۶۵/۴	۹/۸۴	۶/۷۳
	پیگیری	۵۰/۹۳	۶۵/۶	۹/۸۹	۶/۳۷

زودآیند ویرایش نشده

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. برهمین اساس نتایج آزمون کولمنگروف-اسمیرنوف بیانگر این بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای تنظیم‌هیجان (P=۰/۲، KS=۰/۱۰۲) و نشخوارفکری (P=۰/۲، KS=۰/۱۲۴) برقرار است. هم‌چنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر تنظیم‌هیجان (P=۰/۲، Levin=۲/۳۹۷) و نشخوارفکری (P=۰/۱۳، Levin=۱/۱۰۷) رعایت شده است. نتایج آزمون موچلی نشان داد فرض کرویت برای دو متغیر نشخوارفکری و تنظیم هیجان برقرار نیست (P<۰/۰۰۱). بنابراین برای گزارش نتایج، از اصلاح گرین هاوس گایزر استفاده شد.

با توجه به نتایج اصلاح گرین هاوس گایزر نشان داد که تفاوت تغییرات سه مرحله در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. این مسئله به این معناست که تغییرات تنظیم‌هیجان (P<۰/۰۰۱، F=۳۸/۰۱) نشخوارفکری (P<۰/۰۰۱، F=۱۸۰/۵۶) بعد از اجرای بسته درمانی در گروه آزمایش و با توجه به گروه کنترل معنادار است.

نتایج آزمون M باکس برای متغیر نشخوارفکری (P<۰/۰۰۱) و تنظیم هیجان (P<۰/۰۰۱) معنی‌دار شده است. این مسئله نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس بین متغیرها برقرار نیست. با توجه به برابری حجم گروه‌ها و مقاومت آماره پیلایی در برابر نقض این مفروضه، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بر اساس آماره پیلایی در جدول ۴ گزارش شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره براساس آماره پیلایی برای متغیرهای وابسته

متغیر وابسته		مقدار	F	مفروضه df	خطای df	سطح معناداری	Partial η^2	توان آزمون
تنظیم هیجان	اثر زمان	۰/۵	۱۳/۷۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵	۱
	اثر زمان × گروه	۰/۵۸	۱۸/۸۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
نشخوارفکری	اثر زمان	۰/۶۵	۲۵/۱۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
	اثر زمان × گروه	۰/۸۸	۱۰۶/۳۶	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱

نتایج آزمون واریانس چندمتغیره پیلایی نشان داد که عامل زمان تأثیر معناداری بر بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشخوارفکری زنان قربانی خشونت مبتلابه CPTSD داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد که این عامل به ترتیب ۰/۵ و ۰/۶۵ از تفاوت در واریانس‌های نمرات تنظیم هیجان و نشخوارفکری این گروه از زنان را تبیین می‌کند. علاوه بر این، نتایج بیانگر این است که اثر متقابل بسته درمانی و عامل زمان (مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر نمرات تنظیم هیجان و نشخوارفکری زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری در مراحل مختلف ارزیابی، بر بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشخوارفکری در زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد اثر تعامل این بسته درمانی و عامل زمان به ترتیب ۵۸ و ۸۸ درصد از تفاوت در نمرات تنظیم هیجان و نشخوارفکری زنان قربانی خشونت را تبیین می‌کند که این فرآیند در مجموع نشان‌دهنده این است که این بسته درمانی در مجموع اندازه اثر قابل قبولی بر بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشخوارفکری در زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD در مراحل مختلف مورد ارزیابی، نسبت به گروه کنترل داشته است. در جدول ۵ مقایسه زوجی میانگین نمرات تنظیم هیجان و نشخوارفکری برحسب مراحل اندازه‌گیری با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی ارائه شده است.

زودآیند ویرایش نشده

جدول ۵: آزمون تعقیبی بنفرونی برای متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig.
تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۱/۴۶	۲/۱۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۱/۰	۲/۱۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۴۶	۰/۲۵	۰/۲۳
نشخوارفکری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۱۶	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۸	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۳۶	۰/۱۷	۰/۱۴

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش آزمون با پیگیری در متغیر تنظیم هیجان و نشخوارفکری تفاوت معنادار وجود دارد. این مسئله بدین معناست که این بسته درمانی توانسته به شکل معناداری باعث تغییرات در تنظیم هیجان و نشخوارفکری بعد از مداخله شود. هم‌چنین این جدول نشان دهد که نمرات مرحله پس آزمون با پیگیری در متغیر تنظیم هیجان و نشخوارفکری تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشخوارفکری در زنان قربانی خشونت بعد از انجام مطالعه تا یک ماه پس از مطالعه در طول دوره پیگیری بدون تغییر ثابت ماند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم‌هیجان و کاهش نشخوارفکری زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD بود. نتایج در جدول ۴ نشان داد که این بسته درمانی بر بهبود تنظیم‌هیجان و کاهش نشخوارفکری تأثیر معناداری دارد. هم‌چنین با توجه به جدول ۵ مشخص شد که بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری یک ماه بعد از مداخله در زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD بدون تغییر باقی ماند. این مسئله نشان‌دهنده تأثیرگذاری بسته‌درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری روی علامت بدتنظیمی‌هیجانی و نشخوارفکری در زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD بود.

یکی از یافته‌های پژوهش تأثیرگذاری بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم‌هیجان بود. با توجه به اینکه بسته درمانی تدوین شده تاکنون تا جایی که محقق بررسی کرده است روی زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD اجرا نشده است، برای بررسی تحقیقات همسو با نتایج این تحقیق درمان EFT به طور منفرد روی متغیر تنظیم هیجان روی اختلالات دیگر بررسی شد. این یافته همسو با پژوهش‌های پیشین مبنی بر اینکه رویکرد EFT نقش مؤثری بر بهبود تنظیم هیجان در اختلالات وابسته با تروما دارد (۳۳، ۲۳). هم‌چنین در مطالعه‌ای گزارش شد که درمان EFT روی بدتنظیمی هیجانی روی افرادی که در کودکی سوءاستفاده تجربه کردند، مؤثر است (۳۴). همسو با یافته حاضر، جمال‌امیدی و همکاران نشان دادند که هر دو درمان هیجان‌مدار و شناختی‌رفتاری موجب بهبود عواطف زنان شدند و اثربخشی آنها در مرحله پیگیری نیز تداوم یافت (۳۵). این همسویی می‌تواند مؤید آن باشد که تلفیق فرایندهای پردازش هیجانی با راهبردهای شناختی و رفتاری، ظرفیت تأثیرگذاری بر مشکلات هیجانی را دارد. در بسته درمانی حاضر، تلاش شده است تا از طریق آموزش راهبردهای مؤثری مثل ارزیابی مجدد، بازسازی شناختی، تمرکز هیجانی، پذیرش و بیان هیجانی، بدتنظیمی هیجانی کاهش و تنظیم هیجان ارتقا یابد. به بیان دیگر، تمایز مطالعه حاضر با دیگر مطالعات در این است که بهبود تنظیم‌هیجان احتمالاً محصول یک رویکرد نیست، بلکه نتیجه هم‌افزایی چند مکانیزم است که در قالب یک درمان فازبندی‌شده و یکپارچه فعال شده‌اند.

اثربخشی بسته درمانی هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری روی بهبود تنظیم هیجان را می‌توان در چندین مورد تبیین کرد.

زودآیند ویرایش نشده

در طول جلسات، تمرکز بر همدلی، باعث شد که افراد بدون ترس از قضاوت عمیق‌ترین رنج‌های تروماتیک خود را بیان کنند. با ایجاد رابطه ایمن در مرحله نخست افراد به طور مداوم تشویق شدند که نسبت به هیجات خود آگاهی پیدا کنند و ظرفیت هیجانی خود را ارتقا بخشند. آگاهی هیجانی و ارتقا ظرفیت هیجانی در نهایت باعث مدیریت بهتر هیجان، تحمل پریشانی و ایجاد تنظیم هیجان شد. فاز نخست همسو با پژوهش‌های پیشین مبنی بر ضرورت ایجاد تنظیم هیجانی اولیه برای ورود به پردازش عمیق هیجانی و شناختی بود (۲۰، ۱۹). با توجه به تحقیقات پیشین تلاش برای پردازش هیجانات مربوط به تروما بدون توجه به تنظیم‌هیجانی اولیه می‌تواند باعث تشدید علائم یا اجتناب درمانی و در نهایت بدتنظیمی‌هیجانی بیشتر شود (۳۳). بنابراین مرحله نخست زمینه ارتقا اثرگذاری مداخله برای مرحله دوم را فراهم کرد. افزایش آگاهی هیجانی و ظرفیت تنظیم‌هیجان، احتمالاً با کاهش اجتناب هیجانی و افزایش احساس کنترل بر هیجانات، زمینه را برای مواجهه امن‌تر با هیجان‌های تروماتیک و باور بنیادین منفی فراهم کرده است.

تبیین دیگری که برای این مسئله می‌توان اشاره کرد این است که در مرحله دوم این بسته درمانی، با تمرکز بر هیجات اولیه ناسازگار (شرم، غم و خشم) و تبدیل آن به هیجانات اولیه سازگار(خشم سالم، غم فقدان، خودشفقتی)، معناهای کارآمد بعد از تجربیات تروماتیک توسط زنان قربانی خشونت خلق شده است. این مسئله منجر به کاهش آشفتگی و افزایش انسجام تجربه هیجانی شد. درمان هیجان‌مدار به عنوان بخش مهمی از این بسته درمانی بیان می‌کند که بسیاری از مشکلات پایدار زمانی رخ می‌دهد که هیجانات به درستی پردازش نشود، درنتیجه از منظر این رویکرد، تغییر زمانی رخ می‌دهد که پردازش هیجانی و خلق معنا در بستر یک رابطه ایمن اتفاق بیفتد (۱۹) که در این بسته درمانی به این مسئله اساسی توجه شده است.

هم‌چنین در این بسته درمانی با تمرکز بر بازسازی شناختی ساختاریافته در کنار پردازش هیجانات عمیق، زمینه برای تولید شناخت واقع بینانه به وقایع تروماتیک و افزایش تاب‌آوری برای زنان قربانی خشونت، ایجاد شده است. اگر پردازش هیجانی در سطح معناهای شناختی بنیادین تثبیت نشود، ممکن است با بازگشت تفسیرهای خودسرزنشگرانه دوباره تضعیف شود و درمقابل، اگر بازسازی شناختی به تجربه هیجانی زیربنایی متصل نشود، ممکن است صرفاً در سطح دانستن باقی بماند و تغییر عمیق و پایدار اتفاق نیفتاد. همانطورکه تحقیقات پیشین بیان کردند تغییرات شناختی، اغلب زمانی پایدارتر و عمیق‌تر هستند که با پردازش هیجانات مرتبط همراه شوند (۳۷، ۳۶). بنابراین می‌توان استدلال کرد که ادغام EFT و CBT در این مرحله، دو مکانیزم ایجاد کرده است: ۱) کاهش شدت و بدتنظیمی‌هیجانی از طریق تبدیل هیجان و ۲) اصلاح باورهای بنیادین منفی از طریق بازسازی شناختی. این دو مکانیزم زنان قربانی خشونت را آماده مواجهه با مرحله بعدی یعنی ایجاد معنای جدید، تولید باوربنیادین کارآمدتر و تثبیت تغییرات کرد. درنتیجه این دو مکانیزم در کنارهم به بهبود تنظیم‌هیجان کمک کرده‌اند.

تبیین دیگری که می‌توان به آن اشاره کرد نتایجی است، که دوره پیگیری یک ماهه (جدول ۵) نشان داد. براساس این نتایج افزایش آگاهی هیجانی، افزایش تاب‌آوری، اصلاح باوربنیادین منفی، پردازش عمیق هیجانات تروماتیک و در نهایت خودشفقتی کمک کرد که زنان قربانی خشونت با رخدادهای تروماتیک و چالش‌برانگیز زندگی با تنظیم‌هیجانی سازگارانه‌تری مواجه شوند. به بیان دیگر، وقتی مهارت‌های تنظیم‌هیجان و خودتسکینی به عادت رفتاری تبدیل شود و باورهای بنیادین منفی تضعیف گردد، مواجهه افراد با محرک‌های یادآور تروما و چالش‌های روزمره با تنظیم‌هیجانی سازگارانه‌تری انجام می‌گیرد، در نتیجه اثر درمان در پیگیری حفظ می‌شود.

یکی از یافته‌های پژوهش تأثیرگذاری بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی رفتاری بر کاهش نشخوارفکری بود. با توجه به اینکه بسته درمانی تدوین شده تاکنون تا جایی که محقق بررسی کرده است روی زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD اجرا نشده است، برای بررسی تحقیقات همسو با نتایج این تحقیق درمان CBT به طور منفرد روی متغیر نشخوارفکری روی اختلالات دیگر بررسی شد. این یافته همسو با پژوهش‌های پیشین مبنی بر اینکه رویکرد CBT نقش مؤثری بر کاهش نشخوارفکری در اختلالات وابسته با تروما دارد (۳۹، ۳۸).

اثربخشی بسته درمانی هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری روی کاهش نشخوارفکری را می‌توان در چندین مورد تبیین

زودآیند ویرایش نشده

کرد.در این بسته درمانی با شناسایی چرخه‌های شناختی ناکارآمد و ارزیابی شناختی افکار و باورهای منفی و در نهایت بازسازی شناختی به زنان قربانی خشونت کمک کرد که افکار منطقی را جایگزین افکار گذشته کرده و باورهای مربوط به خود و تروما را بازبینی کنند. در نظر گرفتن تکنیک‌های CBT از جمله شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد زیربنایی باعث شد که افراد به جای تمرکز بر سبک تفکر انتزاعی بر سبک تفکر عینی تمرکز کنند. سبک تفکر عینی باعث می‌شود که میزان خودسرزنشگری کاهش یابد و توانایی حل مسئله بهبود بخشد (۴۰). در همین راستا، نظامی‌پور و همکاران نشان دادند که شیوه‌های سازنده حل مسئله با نشخوار فکری رابطهٔ منفی دارند، درحالی‌که شیوه‌های غیرسازنده‌ای مانند درماندگی با افزایش نشخوار فکری همراه است (۴۱). در این بسته درمانی با تکیه بر تحقیقات پیشین تمرکز بر بازسازی شناختی باعث شد که زنان قربانی خشونت راهبردهای سازگارانه‌تری را جایگزین کنند، باوربنیادین خود را اصلاح کنند و در نهایت نشخوارفکری خود را کاهش دهند (۴۲).

مطالعات پیشین نشان دادند که، افزایش بدتنظیمی‌هیجانی با نشخوارفکری مرتبط است (۴۳). بنابراین تمرکز بسته حاضر بر افزایش آگاهی هیجانی، پذیرش و خودتسکینی، باعث شده افراد به جای درگیری ذهنی تکرارشونده برای کنترل هیجان، بتوانند هیجان را تجربه و تنظیم کنند. این مسئله بدین معناست که نیاز به نشخوارکردن به‌عنوان راهبرد کنترل هیجان کاهش یافت. هم‌چنین استفاده از مهارت خودتسکینی در راستای افزایش خودشفقتی در تمام جلسات در کاهش نشخوارفکری مؤثر بود. به بیان دیگر خودشفقتی با کاهش خودسرزنشگری و کاهش تهدید ادراک‌شده همراه است و با نشخوارفکری رابطه معکوس دارد (۴۴). هم‌چنین با توجه به جدول ۶ کاهش نشخوارفکری در مرحله پیگیری نشان داد که تغییرات در نشخوارفکری موقتی نبوده و با گذر زمان حفظ شده است. بنابراین کاهش نشخوارفکری در درمان حاضر احتمالاً هم از مسیرهای شناختی و هم از مسیرهای هیجانی حاصل شده است.

نکته مهم دیگر در این بسته درمانی، لحاظ کردن بافت فرهنگی زنان ایرانی قربانی خشونت و تمرکز بر پیامدهای روان‌شناختی خشونت در این گروه از زنان (از جمله نقش نشخوارفکری، خودسرزنشی،حس گناه، تاب‌آوری پایین و در نظر گرفتن بدتنظیمی هیجان) در این بسته درمانی بود. این مسئله همگام با تحقیقاتی است که نشان می‌دهد وابستگی اقتصادی برخی از زنان قربانی خشونت (۴۵) موجب می‌گردد که با ترک رابطه عملا تبعات جبران ناپذیری برای این گروه از زنان ایجاد شود. در چنین زمینه‌ای، مداخله‌ای که صرفاً بر مواجهه یا صرفاً بر بازسازی شناختی تمرکز کند ممکن است پاسخ‌دهی محدودتری داشته باشد. بنابراین همانطور که در این بسته به آن توجه شده است، در بافت فرهنگی ایران ضروری است که با تمرکز بر خودشفقتی، کاهش نشخوارفکری و افزایش تنظیم هیجانی تاب آوری این زنان برای مواجهه با وقایع تروماتیک زندگی آن‌ها افزایش یابد.

با توجه به موارد گفته شده، یافته‌های مربوط به این پژوهش نشان می‌دهد که درمان یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری می‌تواند به‌طور معناداری باعث بهبود تنظیم‌هیجان و کاهش نشخوار فکری را در زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD شود. این نتایج از این دیدگاه حمایت می‌کند که بهبود پایدار تنظیم‌هیجان و کاهش نشخوار فکری مستلزم این است که به‌طور هم‌زمان به فرایندهای شناختی تداوم‌بخش و هیجانات پردازش‌نشده زیربنایی به ویژه در قالب یک ساختار مرحله‌بندی شده پرداخته شود. بدین‌ترتیب، درمان حاضر به‌عنوان یک درمان مؤثر برای یکی از علائم اصلی تداوم آسیب یعنی تنظیم‌هیجان و نشخوارفکری در CPTSD تلقی شد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

در تفسیر نتایج این پژوهش باید به محدودیت‌های موجود توجه کرد تا به طراحی پژوهش‌های آتی کمک شود. محدودیت‌های این پژوهش نخست، با توجه به مشکلات اقتصادی برخی از این زنان و عدم تمایل به ارتباط حضوری با باقی زنان شرکت‌کننده، پژوهش به صورت آنلاین و در فضای گوگل میت انجام شد. هم‌چنین تکیه بر ابزارهای خودگزارشی به دلیل عدم صداقت در پاسخ ممکن است باعث خطا در پژوهش شود. از دیگرمحدودیت‌های پژوهش حاضر، دوره پیگیری یک‌ماهه بود که تنها امکان بررسی پایداری کوتاه‌مدت اثرات مداخله را فراهم کرد. با توجه به

زودآیند ویرایش نشده

محدودیت‌های زمانی اجرای پژوهش و دشواری حفظ مشارکت زنان قربانی خشونت در پیگیری‌های طولانی‌تر، امکان ارزیابی پایداری بلندمدت اثرات مداخله فراهم نشد.

با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق، برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود، بسته درمانی هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری برای بهبود علائم تنظیم‌هیجان و نشخوارفکری در این جمعیت، به صورت حضوری در محله‌های نزدیک به زندگی زنان توسط متخصصین اجرا شود. هم‌چنین توصیه می‌گردد علاوه بر ابزارهای خودگزارشی از مصاحبه بالینی استفاده و تجربیات زیسته این زنان برای دست‌یابی بهتر به مشکلات آنان بررسی گردد. به علاوه پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده اثربخشی این بسته درمانی را در دوره‌های پیگیری سه، شش و دوازده‌ماهه نیز بررسی کنند. در کنار پیشنهادهای ذکر شده، انجام مطالعات پژوهشی و مقایسه اثربخشی این بسته درمانی با سایر رویکردهای مبتنی بر تروما، می‌تواند به تبیین جایگاه نسبی این مداخله در ادبیات درمان CPTSDکمک کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در اجرای پژوهش کلیه اصول اخلاقی پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانگی اطلاعات، حق خروج داوطلبانه از پژوهش در هر مرحله رعایت شد. پیش از ورود آزمودنی‌ها به پژوهش، ملاحظات اخلاقی به‌طور کامل برای آنان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ گردید. این پژوهش حاصل بخشی از رساله با کد اخلاق IR/ethics.2024.82633.1196 اخذ شده از کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی، است.

حامی مالی: در این مطالعه هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشد.

سپاسگزاری

از تمامی مراجعان گرامی که در این پژوهش شرکت داشتند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع.

1. World Health Organization. International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en.
2. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. Harv Rev Psychiatry. 2014; 22(3): 149-61. https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000014.
3. Cloitre M, Hyland P, Bisson JI, Brewin CR, Roberts NP, Karatzias T, et al. ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: a population-based study. J Trauma Stress. 2019; 32(6): 833-42. https://doi.org/10.1002/jts.22454.
4. Redican E, Hyland P, Cloitre M, McBride O, Karatzias T, Murphy J, et al. Prevalence and predictors of ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex PTSD in young people. Acta Psychiatr Scand. 2022; 146(2): 110-25. https://doi.org/10.1111/acps.13442.
5. Karatzias T, Shevlin M, Fyvie C, Hyland P, Efthymiadou E, Wilson D, et al. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). J Affect Disord. 2017; 207: 181-7. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032.
6. Gilbar O, Hyland P, Cloitre M, Dekel R. ICD-11 complex PTSD among Israeli male perpetrators of intimate partner violence: construct validity and risk factors. J Anxiety Disord. 2018; 54: 49-56. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.004.
7. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. Eur J Psychotraumatol. 2017; 8(Suppl 5): 1353383. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383.
8. St Vil NM, Carter T, Johnson S. Betrayal trauma and barriers to forming new intimate relationships among survivors of intimate partner violence. J Interpers Violence. 2021; 36(7-8): NP3495-NP3509. https://doi.org/10.1177/0886260518779596.
9. Sohanian Haghighi Mohsen, FAIZI IRAJ. Description of Domestic Violence in the Iranian Family. Research In Social Problems Of Iran [Internet]. 2023; 2(6): 1-31. Available from: https://sid.ir/paper/1066022/en. [In persian]
10. Hajnasiri H, Ghanei Gheshlagh R, Sayehmiri K, Moafi F, Farajzadeh M. Domestic violence among Iranian Women: a systematic review and meta-analysis. Iran Red Crescent Med J. 2016; 18(6): e34971. https://doi.org/10.5812/ircmj.34971.
11. Talaiyan Pour F, Davasaz Irani R. Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on guilt, emotion regulation, and attachment style in women victims of domestic violence. Caspian J Health Res. 2025; 10(4): 247-256. https://www.researchgate.net/publication/397672025_Effectiveness_of_Trauma-Focused_Cognitive_Behavioral_Therapy_on_Guilt_Emoti

زودآیند ویرایش نشده

25. Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences. 5th ed. Tehran: Virayesh; 2022. [In Persian].

26. Hajmanouchehri R, Tabesh A. The socio-economic factors determining on domestic violence against woman in Iranian society: a secondary study. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2023; 29(1): 34–45. Available from: https://sjfm.ir/article-1-1412-en.html. [In Persian].

27. Cloitre M. The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? Eur J Psychotraumatol. 2015; 6: 27344. https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344.

28. Benrazi Ghabeshi M, Farah Bijari A, Dehshiri G, Mehrinejad A. Psychometric properties of the Persian version of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in Iranian women. Journal of Psychological Science. 2021; 20(108): 2181–2194. https://doi.org/10.52547/JPS.20.108.2181. [In Persian].

29. Besharat MA. Difficulties in Emotion Regulation Scale. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2018; 12(47): 89–92. Available from: https://sid.ir/paper/515178/en. [In Persian].

30. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004; 26(1): 41-54. https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.

31. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. Foundations of Education. 2010; 11(1): 21–38. https://doi.org/10.22067/fe.v11i1.2246. [In Persian].

32. Mobli M, Borjali A, Sohrabi F, Isamorad A, Younesi J. Development and validation of an integrated emotion-focused and cognitive-behavioral therapy protocol for women survivors of domestic violence with complex post-traumatic stress disorder: a descriptive study. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2025; 24(9): 789-806. http://dx.doi.org/10.66224/jrums.24.9.789. [In Persian].

33. Paivio SC, Pascual-Leone A. Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma: An Integrative Approach. Washington (DC): American Psychological Association; 2010.

34. Khayyat-Abuaita U, Paivio S, Pascual-Leone A, Harrington S. Emotional processing of trauma narratives is a predictor of outcome in emotion-focused therapy for complex trauma. Psychotherapy (Chic). 2019; 56(4): 526-536. https://doi.org/10.1037/pst0000238.

35. Jamalomidi N, Hassani F, Kochakentezar R. Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on emotions in obese women with polycystic ovary syndrome. Clinical Psychology and Personality. 2021;19(2):33–44. on Regulation and Attachment Style in Women Victims of Domestic Violence.

12. Karatzias T, Hyland P, Bradley A, Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, et al. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: findings from a trauma-exposed population-based sample of adults in the United Kingdom. Depress Anxiety. 2019; 36(9): 887-894. https://doi.org/10.1002/da.22934.

13. Knefel M, Lueger-Schuster B, Karatzias T, Shevlin M, Hyland P. From child maltreatment to ICD-11 complex post-traumatic stress symptoms: the role of emotion regulation and re-victimisation. J Clin Psychol. 2019; 75(3): 392-403. https://doi.org/10.1002/jclp.22655.

14. Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings. Washington (DC): American Psychological Association; 2015.

15. Holmes SE, Scheinost D, DellaGioia N, Davis MT, Matuskey D, Pietrzak R, et al. Cerebellar and prefrontal cortical alterations in PTSD: structural and functional evidence. Chronic Stress (Thousand Oaks). 2018; 2: 2470547018786390. https://doi.org/10.1177/2470547018786390.

16. Eberle DJ, Maercker A. Stress-associated symptoms and disorders: a transdiagnostic comparison. Clin Psychol Psychother. 2023; 30(5): 1047-1057. https://doi.org/10.1002/cpp.2858.

17. Pugach CP, Campbell AA, Wisco BE. Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. J Clin Psychol. 2020; 76(3): 508-525. https://doi.org/10.1002/jclp.22879.

18. Kaldewaij R, Koch SBJ, Hashemi MM, Zhang W, Klumpers F, Roelofs K. Anterior prefrontal brain activity during emotion regulation predicts resilience to post-traumatic stress symptoms. Nat Hum Behav. 2021; 5(8): 1055-1064. https://doi.org/10.1038/s41562-021-01055-2.

19. Cloitre M. Complex PTSD: assessment and treatment. Eur J Psychotraumatol. 2021; 12(1): 1866423. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1866423.

20. Mohammadi Z, Dehghani M, Fathali Lavasani F, Farahani H, Ashouri A. A network analysis of ICD-11 complex PTSD symptoms in the treatment-seeking population in Iran. BMC Psychiatry. 2025; 25: 200. https://doi.org/10.1186/s12888-024-06444-1.

21. Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.

22. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.

23. Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy. 2nd ed. Washington (DC): American Psychological Association; 2017.

24. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral sciences. Tehran: Agah; 2013. [In Persian].

زودآیند ویرایش نشده

https://doi.org/10.22070/cpap.2021.13485.1016. [In Persian]

36. Elliott R, Greenberg LS, Lietaer G. Research on client-centered and experiential psychotherapies. In: Lambert MJ, editor. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th ed. New York: Wiley; 2004. p. 493-539. https://www.researchgate.net/publication/232460847_Research_on_experiential_psychotherapies.

37. Thoma JA. Integrating emotion-focused therapy into cognitive-behavioral therapy. In: Thoma NC, McKay D, editors. Working with Emotion in Cognitive-Behavioral Therapy: Techniques for Clinical Practice. New York: Guilford Press; 2015. p. 239-262.

38. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD): comparative effectiveness review. (AHRQ Comparative Effectiveness Review). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.

39. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Mastrodomenico J, Nixon RD, et al. A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol. 2008; 76(4): 695-703. https://doi.org/10.1037/a0012616.

40. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):217-237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004.

41. Nezamipour E, Zargham Hajebi M, Abdolmanafi A. Moderating role of problem-solving strategies in the relationship between rumination and students' depression. Clinical Psychology and Personality. 2015;13(1):15–24. https://doi.org/10.22070/2.12.15. [In Persian]

42. Watkins ER. Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. New York: Guilford Press; 2016.

43. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. Psychol Bull. 2008; 134(2): 163-206. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163.

44. Rimes KA, Watkins E. The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. Behav Res Ther. 2005; 43(12): 1673-1681. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.002.

45. Rahimi Kian F, Alikamali M, Mirmohammad Aliei M, Mehran A. Patterns of intimate partner violence: a study of female victims in urban versus rural areas of Southeast Iran. Shiraz E-Med J. 2019; 20(10): e69680. https://doi.org/10.5812/semj.69680.

زودآیند ویرایش نشده