ISSN: 2717-3216 Volume 11, Issue 2 (2024), 35-51 https://www.ijfpjournal.ir/

Iranian Journal of Family Psychology

Research Paper

10.22034/ijfp.2024.2019277.1289

The Effectiveness of Emotionally Focused Individual Therapy in Improving Anxiety, Depression, and Emotional Dysregulation Associated with Complex Trauma

Sana Dehghanpour [1] Khaled Aslani [2]* Abbas Amanelahi [3] Zabihullah Abbaspour [4]

1. Sana Dehghanpour: PhD candidate, Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
2. Khaled Aslani*: Associate Professor, Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
3. Abbas Amanelahi: Professor, Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
4. Zabihullah Abbaspour: Associate Professor, Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Article Info.

Received: 24 August 2024

Revised: 30 October 2024

Accepted: 22 December 2024

Keywords:

Emotionally focused individual therapy, complex trauma, anxiety, depression, emotional dysregulation

Abstract

Abstract

Trauma has a devastating effect on the cognitive, emotional, behavioral, and social development of individuals. Childhood traumas result in adults suffering from symptoms of emotional disorders. The present study was conducted to determine the effectiveness of emotionally focused individual therapy in improving anxiety, depression, and emotional dysregulation associated with complex trauma. This study was a single-case, multiple-baseline asynchronous study. The statistical population included all individuals who experienced at least one type of complex childhood trauma and who referred to psychological centers in Karaj for treatment of emotional disorders, anxiety, and depression in 2024. Among them, three cases were selected as sample. The study was conducted in three phases: baseline, 15 weekly sessions of emotionally focused individual therapy (each session lasted for one hour), and a two-month follow-up. The measurement instruments included the Childhood Trauma questionnaire (Bernstein et al, 2003), the Difficulty in Emotion Regulation scale (Gratz & Roemer, 2004), the Beck Anxiety Inventory (Beck, 1988), and the short form of the Beck Depression Inventory (Beck, 1986). The reliable change index, percentage recovery formula, and visual analysis methods (diagrams) were used to analyze the data. Findings showed that participants experienced improvements in anxiety (26.55%), depression (30.38%), and emotional dysregulation (28.36%) after the treatment. This finding remained clinically significant after two months of follow-up, with a stability index above the z-score of 1.96. This study showed that emotionally focused individual therapy is useful for improving anxiety, depression, and emotional dysregulation in individuals experiencing complex trauma by creating a safe and facilitating environment.

*Corresponding author
Email: kh.aslani@scu.ac.ir

How to Cite:
Dehghanpour, S., Aslani, KH., Amanelahi, A., Abbaspour Z . (2024). The Effectiveness of Emotionally Focused Individual Therapy in Improving Anxiety, Depression, and Emotional Dysregulation Associated with Complex Trauma. *Iranian Journal of Family Psychology. 11*(2), 35-51.

ISSN: 2717-3216 https://www.ijfpjournal.ir/

روانشناسی خانواده
دوره یازدهم، شماره ۲پاییز و زمستان ۱۴۰۳



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی بر بهبود اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی مرتبط با ترومای پیچیده

ثنا دهقانپور [۱] خالد اصلانی [۲*] عباس امان‌الهی [۳] ذبیح‌اله عباس‌پور [۴]

۱. دانشجوی دکترا، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
٤. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۳

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۰۹

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۲

کلیدواژه‌ها:

درمان هیجان‌مدار فردی، ترومای پیچیده، اضطراب، افسردگی، بدتنظیمی هیجانی

چکیده

ترومای تأثیری ویرانگر بر رشد شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی افراد دارد. آسیب‌های دوران کودکی، بزرگسالانی را به بار می‌آورد که از نشانه‌های اختلالات هیجان رنج می‌برند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی بر بهبود اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی مرتبط با ترومای پیچیده بود. این پژوهش تک‌موردی و از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان بود. جامعه پژوهش شامل افراد بالای ۱۸ سال دارای دست کم یک نوع تجربه ترومای پیچیده دوران کودکی بود که در سال ۱۴۰۲ به مراکز روانشناختی شهر کرج مراجعه کردند. از این بین به روش هدفمند سه نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. پژوهش در سه مرحله خط پایه، ۱۵ جلسه هفتگی درمان هیجان‌مدار فردی (هر جلسه یک ساعت) و پیگیری دو ماهه اجرا شد. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) ، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجانی (DERS)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-S) بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص تغییر پایا، فرمول درصد بهبودی و روش-های تحلیل دیداری (نمودار) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد درمان هیجان مدار فردی می‌تواند در بهبود اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی افراد دارای تجربه ترومای پیچیده مؤثر باشد(به ترتیب با ۲۶/۵۵، ۳۰/۳۸ و ۲۸/۳۶ درصد بهبودی). این نتیجه در کنار شاخص پایای بالاتر از اندازه Z=۱/۹۶ همچنان بعد از دو ماه پیگیری، از نظر بالینی معنادار بود. این پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار فردی با ایجاد فضایی امن و تسهیلگر بر بهبود اضطراب و افسردگی و بدتنظیمی هیجانی افراد تجربه کننده‌ی ترومای پیچیده مفید است.

***نویسنده مسئول:**

پست الکترونیکی: kh.aslani@scu.ac.ir

استناد به این مقاله:

دهقانپور، ثنا، اصلانی، خالد، امان الهی، عباس، عباس پور، ذبیح اله (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی بر بهبود اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی مرتبط با ترومای پیچیده. *روانشناسی خانواده، ۱۱*(۲)، ۳۵-۵۱.

مقدمه

در سطح جهانی، تجربه آسیب‌های دوران کودکی (به عنوان مثال، سوءاستفاده جنسی ، سوءاستفاده عاطفی، غفلت) بسیار شایع است، به طوری که ۱۰ تا ۳۰٪ از کودکان و نوجوانان در سراسر جهان حداقل یک شکل از آن را تجربه می کنند (Stoltenborgh et al., 2015). به طور کلی قرار گرفتن در معرض تروما یعنی رویدادی که خطر مرگ، آسیب جدی یا تجاوز جنسی را در پی دارد، یک عامل خطر مهم برای ابتلا به بیماری روانی است. با این حال، مشاهدات بالینی نشان داده‌اند که انواع «پیچیده‌تر» تروما، یعنی تجربه‌ای آسیب‌زا شامل تهدیدات بین فردی مکرر در دوران کودکی یا نوجوانی (مثلاً کودک آزاری مکرر) ممکن است منجر به پیامدهای شدیدتری نسبت به انواع دیگر تروما شود (Lewis et al., 2021). اگر چه ترومای پیچیده[1] می‌تواند در هر سنی به اشکال مختلف (مانند خشونت مکرر شریک عاطفی، محیط‌های سیاسی، تروریستی، وضعیت پناهندگی و جنگ) بروز کند، با این حال اثرگذارترین شکل آن مربوط به حوادث دوران کودکی است. این حوادث اغلب در یک محیط دائماً آشفته و پر استرس رخ می‌دهد. اختلال در رابطه مراقب و کودک بر دلبستگی ایمن و احساس یکپارچه و پایدار از خود تأثیر منفی می گذارد و در نهایت منجر به بی‌اعتمادی کلی نسبت به خود و دیگران می‌شود. (Lawson et al., 2013). ترومای پیچیده به عنوان قرار گرفتن کودک در معرض چندین رویداد فراگیر، شدید، تهاجمی، آسیب‌زا و بین‌فردی و اثرات قرار گرفتن طولانی مدت در معرض این رویدادها، توصیف می‌شود (Hughes et al., 2017). به گفته Bouvette-Turcot et al., 2017 ، ترکیب جدایی از مراقبان با سوءاستفاده و غفلت فراگیر باعث ایجاد شرایطی می‌شود که در نهایت منجر به ترومای پیچیده می گردد. پژوهش‌ها اختلالات بسیاری را با علائم ترومای پیچیده همراه دانسته‌اند؛ از جمله علائم شبه‌روان‌پریشی، اختلالات مصرف مواد مخدر و الکل، افسردگی، اضطراب و گاهاً اختلالات تجزیه‌ای (Vonderlin et al., 2018). تأثیر نامطلوب ترومای پیچیده در دوران نوجوانی، بر شکل گیری هویت اجتماعی فرد و کسب اخلاق و ارزش‌ها و در اوایل بزرگسالی بر انجام مسئولیت‌ها و وظایف نیز خود را نشان می‌دهد؛ که تماماً با تنظیم هیجانات و توسعه مهارت‌های ارتباطی همراه‌اند (Villalta et al., 2020). اگرچه تحقیقات تجربی با استفاده از مدل‌های حیوانی نشان داده است که استرس در اوایل زندگی می تواند اثرات علی بر رفتارهای بعدی داشته باشد، اکثر تحقیقات انسانی که برای بررسی اعتبار این یافته‌ها در جامعه‌ی بشری انجام شده است مقطعی بوده‌اند و به طور جدی پیگیری نشده‌اند؛ و حتی با ترکیب علائم آن‌ها با تروماهای غیرپیچیده (که در اثر حادثه‌ای واحد چون بلایای طبیعی یا از دست دادن فردی مهم رخ می‌دهند)، تا حد زیادی اهمیت واقعی آن‌ها نادیده گرفته شده است (Danese., 2020). این در حالی است که بدرفتاری مکرر در دوران کودکی می‌تواند منجر به قرار گرفتن در معرض ترومای بعدی شود (Cook et al., 2005). همچنین تجربه ترومای پیچیده اغلب منجر به مجموعه‌ای از اختلالات روانی ، به ویژه اختلال در فرآیندهای عاطفی و هیجانی می‌شود (Brown et al., 2021). فرضیه غالب این است که ترومای پیچیده به دلیل فعال شدن مکرر پاسخ استرس در طول دوره‌های حساس رشد و وجود زمینه آسیب‌پذیری، به نسبت ترومای غیر پیچیده اثرات مخرب‌تری بر مغز وارد می کند، که منجر به آسیب‌شناسی روانی شدیدتر و نقایص شناختی می‌شود (Danese, 2020). همچنین مشخص شده است که بدکاری خانواده و آسیب‌های دوران کودکی زمینه‌ساز قوی مشکلات عمیقی چون تمایل به خودکشی و افسردگی هستند و افرادی که در دوران کودکی تجربه نوعی از سوءاستفاده مداوم را داشته‌اند نسبت به خودجرحی، اقدام به خودکشی، افسردگی و گوشه‌گیری مستعدترند (Sedlacek et al., 2015).

ترومای پیچیده شامل ابعاد عاطفی، هویت، نشانه‌های ارتباطی و آسیب-هایی چون خودپنداره منفی، اختلالات بین‌فردی و بدتنظیمی هیجانی می‌شود؛ از این میان بی‌نظمی هیجانی از علائم بارز و شایع تشخیص ترومای پیچیده است (Hyland et al., 2020). اختلالات هیجانی، یکی از اثرات جانبی ترومای پیچیده بر رشد مغزی کودک است (Ghorbaninejad & Ershadi

1 complex trauma

Manesh., 2023) که حتی می‌تواند احتمال آسیب شخصیتی در اثر ترومای پیچیده را قوت بخشد (Shirazi et al., 2024). تنظیم هیجان، به مدیریت آگاهانه هیجانات مخرب و تجربه هیجانات سازنده، اشاره دارد (Razaghi et al., 2023). میزان مشکلات تنظیم هیجان در کودکان و بزرگسالانی با تجربه‌ی ترومای پیچیده به طور کلی بالاست (Elliott et al., 2021). اثرات ترومای پیچیده به شکل اختلالات مزمن و فراگیر در تنظیم هیجان، خودپنداره‌ی منفی و ارتباطات بین‌فردی بروز می‌یابند (Maercker et al., 2022). پژوهش ها نشان داده‌اند که ترومای پیچیده روابط متقابل عمیقی با مشکلات تنظیم هیجان و سلامت روان دارد (Haselgruber et al., 2021). میزان همبودی ترومای پیچیده با بدتنظیمی هیجان و افسردگی بسیار بالاست (Tian et al., 2020).

ترومای پیچیده با مشکلات سلامت روان مانند افسردگی، اضطراب مصرف مواد و خودکشی مرتبط است. یک فراتحلیل نشان داد که تقریباً نیمی از بیماران افسرده سابقه ترومای پیچیده را گزارش کردند (Nelson et al., 2017). مشخص شده است که ترومای دوران کودکی با افزایش خطر ابتلا به افسردگی در ادامه‌ی زندگی مرتبط است؛ برخی یافته‌ها نشان می‌دهد که شدت افسردگی نیز بستگی به نوع ترومای گزارش‌شده (جسمی، عاطفی، جنسی) دارد (Humphreys et al., 2020). مشخص شده است که افرادی که به دنبال درمان افسردگی هستند اغلب نوعی از ترومای پیچیده دوران کودکی را تجربه کرده‌اند. مکانسیم‌های دفاعی اغلب در این افراد، انکار، اجتناب و بی‌تفاوتی است (Billings et al., 2021)

Curran et al. (2021) در پژوهشی بر روی ۷۴۳۲ فرد با تشخیص افسردگی، دریافتند که دو سوم این جمعیت ترومای پیچیده‌ی دوران کودکی را تجربه کرده‌اند. مکرراً گزارش می‌شود که ترومای پیچیده‌ی دوران کودکی با افزایش خطر ابتلا به افسردگی در ادامه‌ی زندگی مرتبط است. با تکیه بر داده‌های پژوهشی می‌توان گفت که ترومای پیچیده یکی از قوی‌ترین و مهم‌ترین عوامل خطر برای اختلالات افسردگی و اضطراب است (Kuzminskaite et al., 2021). قرار گرفتن در معرض ترومای پیچیده‌ی کودکی، سه تا چهار برابر خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهد (Hughes et al., 2017) و در ادامه، قدرت تخریبی ترومای پیچیده و اضطراب، افسردگی و دلبستگی ناایمنی که به دنبال دارد، به حدی است که حتی می‌تواند به سلامت جسمی و نیز کیفیت عملکرد فرد در زندگی آسیب وارد کند (Kale, 2021).

دو فراتحلیل اثربخشی درمان‌های مختلف را بر بهبود علائم بالینی تروما بررسی کرده‌اند؛ مطالعه‌ی اول گزارش داد که درمان‌های متمرکز بر تروما، به نسبت درمان‌های دیگر، در بهبود علائم تروما (به طور کلی و نه اختصاصاً ترومای پیچیده) موفقیت درمانی بیشتری دارند (Karatzias et al., 2019). مطالعه‌ی دوم، انواع مختلف درمان را برای نمونه‌های مختلف از جمعیت‌هایی که نماینده افرادی هستند که احتمالاً تشخیص ترومای پیچیده را دریافت می‌کنند، ارزیابی کرد. نتایج مطالعه شواهدی را مبنی بر اینکه مداخلات متمرکز بر تحمل پریشانی و راهبردهای خودتنظیمی هیجانی همراه با راهبردهای متمرکز بر تروما، بیشترین موفقیت را در بهبود علائم ترومای پیچیده (از جمله بدتنظیمی هیجانی و مشکلات ارتباطی) داشته‌اند، ارائه داد (Coventry et al., 2020). درمان هیجان‌مدار با ارائه‌ی رویکردی یکپارچه و با توجه به نیازهای فردی درمانجو، بر وجوه مشترک انواع مختلف ترومای پیچیده، آزار و غفلت، متمرکز می‌شود. این درمان، نقاط قوت سایر رویکردها را نیز در زمینه‌ی انطباق فرهنگی ، مدیریت هیجان و مشکلات رفتاری به کار می‌گیرد (Paivio et al., 2023). از آنجا که تروما نوعی تجربه‌ی هیجانی دردناک محسوب می‌شود، دور از تصور نیست که درمانی با تمرکز هیجانی، در بهبود علائم آن مفید عمل نماید. درمان هیجان‌مدار فردی یک مداخله انسانی جدید و تجربی برای علائم افسردگی، اضطراب و ترومای پیچیده است (Johnson et al., 2021). به طور کلی درمانگران فردی هیجان‌مدار بر این باورند که دسترسی محدود افراد به تجربیات هیجانی و نیز عدم آگاهی آنها از این تجارب، هسته‌ی اصلی مشکلات روانشناختی رایجی چون اضطراب، افسردگی و واکنش‌های مربوط به استرس پس از سانحه را تشکیل می‌دهد (Greenman et al., 2024). شواهد تجربی پیرامون اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی نشان داده‌اند که تجربه هیجانی عمیق در اتاق درمان، اثربخشی درمان را

ارتقا می‌بخشد؛ مواجهه با افراد مهم (چه حضوری چه تخیلی) علائم افسردگی را کاهش می‌دهد و دلبستگی امن و حمایت دریافت-شده در فرآیند درمان، کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه را به دنبال دارد (Greenman et al., 2024). پژوهش‌های انجام‌شده، اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر بهبود نشانه‌های هیجانی تروما تأیید کرده‌اند؛ برای مثال Kale (2021) در پژوهشی نشان داد که افزایش آگاهی درونی مراجع از وضعیت جسمی خود طی روند درمان هیجان‌مدار، منجر به کاهش علائم اختلالات هیجانی فرد خواهد شد. Pascual-Leone et al. (2019) ، با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی در رشد انعطاف‌پذیری هیجانی افراد دارای تجربه ترومای پیچیده، از طرح‌های طولی جداگانه‌ای استفاده کردند. این افراد در نتیجه درمان هیجان‌مدار می‌توانستند پس از فعال‌سازی عاطفی به سرعت به تعادل هیجانی بازگردند. Khayyat-Abuaita (2016) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر تغییر هیجانات غیرمولد (ترس از طرد، خشم، پریشانی کلی) به هیجانات مولد (اندوه، خودشفقت‌ورزی، پذیرش)، بر روی ۴۶ نفر با تجربه نوعی از تروما، دریافت که این افراد پس از دریافت درمان هیجان‌مدار نسبت به پیش از دریافت درمان، به میزان بیشتری از هیجانات مولد در روایت‌های خود از تروما، استفاده می‌کنند. مطالعه Nussbaum (2014) بر روی افرادی که به نوعی در کودکی مورد آزار قرار گرفته بودند، تغییرات پردازش عاطفی و روایت‌های افراد از رویدادهای آسیب‌زا را در طی یک دوره درمان هیجان‌مدار، هدف پژوهش قرار داد. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که افراد در جریان فرآیند درمان هیجان‌مدار، هم‌زمان با تغییر در روایت‌ها و هیجاناتی چون ترس و شرم و جایگزینی آن‌ها با هیجاناتی چون خشم قاطعانه و اندوه، در سطوح افسردگی نیز کاهش قابل توجهی نشان می‌دهند. درمان ترومای پیچیده در مراحل ابتدایی پیش از هرگونه پرداختن به ترومای تجربه شده، باید شامل تثبیت احساس امنیت، مراقبت و تقویت ظرفیت فرد در حفظ و کاوش هیجانات، باشد (Kumar et al., 2019). درمان هیجان‌مدار، افسردگی را نتیجه دلبستگی‌های ناامن اولیه فرد می‌داند که در وی احساس عمیق ضعف، بد بودن، ناتوانی و بی‌ارزشی را ایجاد کرده است. همچنین این درمان، اضطراب را نتیجه رشد کردن در محیطی مملو از ترس، عدم اطمینان و ارزیابی منفی مداوم از سوی منبع دلبستگی ناایمن می‌داند (Paivio et al., 2023). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دچار آسیب‌های هیجانی، می‌توانند از طریق شناخت و درک نشانه‌های درونی هیجانات، با سیستم عصبی خود دوستی و ارتباط برقرار کنند و سیستم هیجانی خود را که در اثر دلبستگی‌های ناایمن آسیب دیده است، ترمیم نمایند. از سویی وجود یک رابطه ایمن، فرد را قادر می‌سازد تا احساسات خود را با سهولت بیشتری کنترل و تنظیم کند و افرادی که به روابط ایمن متصل هستند- حتی زمانی که تنها باشند- تنظیم هیجانی فردی بیشتری را در موقعیت‌های استرس‌زا نشان می‌دهند (Kale, 2021). با این حال گرایش عمده پژوهش‌های حوزه آسیب‌های هیجانی ناشی از تروما، بر اثربخشی درمان‌های متمرکز بر شناخت است (Hultmann et al., 2023) و تحقیقات بسیار اندکی به اثربخشی درمان‌های متمرکز بر هیجان در این حوزه پرداخته‌اند (Khayyat-Abuaita, 2016). از سویی تأثیرات روان‌شناختی گسترده برآمده از تجربه تروما و نیز مشکلات عمده در زمینه ایجاد و حفظ روابط رضایت‌بخش عاطفی در دوران بزرگسالی، ضرورت رسیدگی به رنج هیجانی جاری در افراد تجربه‌کننده تروما را ناگریز می‌سازد.

با نگاهی به نتایج پژوهش‌ها و فراوانی مشکلات ارتباطی، افسردگی، اضطراب و دیگر اختلالات هیجانی، در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌درمانی که مصاحبه‌های تشخیصی با ایشان نشان داده است که تجربه دست کم یک نوع از سوءاستفاده‌های دوران کودکی را داشته‌اند، لزوم تمرکز درمانی و پژوهشی بر علائم هیجانی که ریشه‌های عمیقی در تجربیات و خاطرات دور این افراد دارد، بیش از پیش نمایان می‌شود. متوسط کیفیت زندگی ساکنین شهر کرد که آمیخته با مشکلات معیشتی، کمبود شبکه‌های حمایتی، ساعات و حجم کار زیاد و فشارهایی از این دست است، با چاشنی تجارب دردناک دوران کودکی، احتمال دشواری تنظیم هیجان ایشان را تقویت کرده و ابتلا به اختلالات هیجانی چون اضطراب و افسردگی را تسهیل می‌نماید.

لذا با توجه به اهمیت سلامت روان در کیفیت زندگی فردی و اجتماعی افراد جامعه و نیز پیشینه‌ی محدود درمان هیجان‌مدار فردی برای ترومای پیچیده، پژوهش حاضر برآن شد تا اثربخشی این درمان را بر بهبود علائم هیجانی افرادی با تجربه ترومای پیچیده دوران کودکی بررسی نماید.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر تک آزمودنی و از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهم‌زمان برای بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌شناختی شهر کرج بود که در دوران کودکی ترومای پیچیده را تجربه کرده‌اند. نمونه متشکل از سه فرد با تجربه دست کم یک نوع سوءاستفاده متوالی در دوران کودکی بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه و با رعایت ملاک ورود (حداقل ۱۸ سال سن و وجود دست کم یک تجربه متوالی سوءاستفاده در کودکی اعم از سوءاستفاده جسمی، عاطفی، غفلت و جنسی) و خروج (عدم ابتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی و دوقطبی، عدم وجود اعتیاد و عدم شرکت در درمان همزمان به منظور جلوگیری از تداخلات درمانی) انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان از طریق فراخوان‌ها و تراکت چاپی، از بین افرادی که به دنبال درمان نشانگان اضطراب و افسردگی به مراکز درمان روان‌شناختی شهر کرج مراجعه کرده بودند، دعوت شدند. از داوطلبان شرکت در پژوهش دعوت شد تا به منظور کسب اطلاعات و هماهنگی بیشتر با اجراکننده‌ی پژوهش تماس بگیرند. داوطلبانی که تماس گرفتند طی یک فرآیند غربالگری تلفنی از نظر ملاک‌های ورود و خروج، ارزیابی شدند. هر داوطلبی که در پژوهش پذیرفته می‌شد بایستی با توجه به نقاط برش انواع ترومای پیچیده (برای سوءرفتار جسمی نمره ۱۰ و بیشتر، سوءرفتار هیجانی نمره ۱۳ و بیشتر، سوءرفتار جنسی نمره ۸ و بیشتر، غفلت فیزیکی نمره ۱۰ و بیشتر و غفلت هیجانی نمره ۱۵ و بیشتر)، دست کم در یکی از انواع آن نمره‌ی حدنساب و بالاتر را کسب می‌کرد. از میان داوطلبان غربالگری شده، بعد از یک ارزیابی مجدد حضوری توسط درمانگر پژوهش که تحت نظر استاد راهنما، آموزش کامل درمان هیجان‌مدار فردی را دریافت کرده بود، نمونه نهایی جهت اجرای پژوهش انتخاب و با توجه به طرح پژوهش، فرآیند درمان آغاز شد. در این پژوهش، بعد از اینکه داده‌های خط پایه برای شرکت‌کننده‌ها به ثبات رسید، مداخله برای شرکت‌کننده‌ی شماره ۱ اجرا شد در حالی که شرکت‌کننده‌ی شماره ۲ و ۳ همچنان در موقعیت خط پایه بودند. پس از آنکه مشارکت‌کننده‌ی شماره ۱ تغییر فوری در سطح ملاک از پیش تعیین‌شده نشان داد، مداخله برای مشارکت‌کننده‌ی شماره ۲ آغاز شد؛ به همین ترتیب، بعد از مشاهده‌ی اولین تغییر فوری در سطح ملاک پیش‌بینی‌شده برای شرکت‌کننده‌ی شماره ۲، مداخله برای مشارکت‌کننده شماره ۳ آغاز گردید. در مجموع برای هر شرکت‌کننده ۱۵ جلسه یک ساعته درمان هیجان‌مدار فردی انجام شد. پیشرفت درمانی شرکت‌کنندگان در جلسات ۵، ۱۰ و ۱۵ از طریق ابزارهای پژوهش ثبت شد. یک ماه پس از اینکه درمان مشارکت‌کننده شماره ۳ به پایان رسید، ارزیابی به عنوان پیگیری برای هر سه مشارکت‌کننده اجرا و ماه بعد از آن نیز این ارزیابی دومرتبه انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)[1]: این پرسشنامه توسط Bernstein et al. (2003) به منظور سنجش آسیب‌های دوران کودکی طراحی شد. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای تشخیص افراد دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی است. این پرسشنامه که هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل استفاده است، پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی شامل سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، و غفلت عاطفی و جسمی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه ۲۸ گویه دارد که ۲۵ گویه از آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه و ۳ گویه از آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند به کار می‌رود. نقطه برش متوسط تا شدید برای تعیین سابقه‌ی هر نوع ترومای دوران کودکی، در هر یک از ۵ خرده

1 Childhood Trauma Questionnaire

مقیاس این پرسشنامه به شرح زیر در نظر گرفته می‌شود: برای سوءرفتار جسمی نمره ۱۰ و بیشتر، سوءرفتار هیجانی نمره ۱۳ و بیشتر، سوءرفتار جنسی نمره ۸ و بیشتر، غفلت فیزیکی نمره ۱۰ و بیشتر و غفلت هیجانی نمره ۱۵ و بیشتر (Bagherinezhad et al., 2020). در پژوهش Bernstein et al. (2003) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت فیزیکی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ به دست آمد. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد. در ایران نیز Ebrahimi et al. (2014) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (DERS)[1]: این مقیاس توسط Gratz et al. (2004) ساخته شده است. این مقیاس یک پرسشنامه ۳۶ آیتمی چند بعدی خودگزارشی است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباًهمیشه) در شش زمینه عدم پذیرش هیجانهای منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی، و فقدان شفافیت هیجانی می‌سنجد. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشکلات در تنظیم هیجان و نمرات کمتر نشان‌دهنده توانمندی فرد در تنظیم هیجان می‌باشد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش شده است (Gratz et al., 2004). در ایران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط Besharat (2018)، بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد که این ضریب، تأییدکننده همسانی درونی نسخه فارسی این مقیاس است.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)[2]: این پرسشنامه، یک ابزار خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است (Beck, 1988, as cited in Beck et al., 1988). پرسشنامه اضطراب بک یک مقیاس ۱۲ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده، یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده‌ی شدت اضطراب وی است، انتخاب می‌کند. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. همسانی درونی آن دارای ضریب آلفا ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا۰/۷۶ متغیر است (Beck, 1988, as cited in Beck et al., 1988). پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است. در مطالعه Kaviani et al., (2008)، روایی و پایایی این پرسشنامه روی جمعیت ۱۵۱۳ نفری زن و مرد در همه‌ی گروه‌های سنی در تهران، به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک (فرم کوتاه)[3]: پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه ۱۳ سوالی (as cited in Leahy, 1992)

برای تسهیل اجرای سریع در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۱۳ گزاره‌ی خودگزارش‌دهی است که نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کند (Rajabi., 2005). تدوین فرم کوتاه (۱۳ سوالی)، بر اساس مطالعه فرم اصلی ۲۱ سوالی بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ بود (Beck et al., 1961, as cited in Leahy, 1992). فرم اصلی پرسشنامه افسردگی بک (BDI) یک ابزار ۲۱ ماده‌ای برای ارزیابی کیفی شدت افسردگی است. فرم کوتاه ۱۳ سوالی پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13) در جامعه بزرگسالان معمولی ، در جامعه دانشگاهی و در گروه آزمودنی‌های نگهداری با متادون اعتباریابی شده است (Beck, 1967; Gould, 1982; Reynolds & Gould., 1981, as cited in Rajabi, 2005). Leahy (1992) ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه ۱۳ سوالی افسردگی بک را در مورد ۲۵۵ آزمودنی زن داغدیده ۰/۸۸ گزارش داد. در پژوهش Rajabi (2005) پایایی پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه ۱۳ سوالی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و به روش تنصیف ۰/۸۲ بدست آمد.

1 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
2 Beck Anxiety Inventory
3 Beck Depression short Inventory (BDI-S)

پروتکل درمان هیجان‌مدار فردی: پروتکل درمان، تابعی از مراحل و گام‌های درمان هیجان‌مدار فردی است (Johnson & Campbell., 2021) که در طرح درمان ۱۵ جلسه‌ای ترومای پیچیده، توسعه یافته و مورد استفاده قرار گرفت (جدول۱).

جدول ۱. پروتکل درمان هیجان‌مدار فردی برای تروما (Johnson & Campbell., 2021)

مراحل	قدم‌ها	اهداف و محتوا
مرحله اول:	قدم اول	اتحاد کاری و ارزیابی- تعیین اهداف درمان (کاهش اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی)
پایدارسازی	قدم دوم	شناسایی الگوهای منفی تنظیم هیجان: الگوهای تعامل با دیگران و خود که سرآغاز پریشانی هیجانی، افسردگی و اضطراب است: کار کردن با مدل خود و دیگری
	قدم سوم	دسترسی به هیجان غیر قابل پذیرش، بیگانه و ترسناک. هم‌گذاری کردن و تعمیق
	قدم	چارچوب‌دهی مجدد مشکل براساس داستان‌های منفی با افراد مهم، آسیب‌پذیری‌های فراخوانی‌شده و نیازهای برآورده نشده.
	چهارم	راه‌های محدود برای نشان دادن این نیازها به نوبه خود باعث فراخوانی و تایید داستان‌های منفی می‌گردد
مرحله دوم:	قدم پنجم	عمیق و خالص‌سازی ترس‌های بنیادی، آسیب‌پذیری‌ها/ ناامنی‌ها و دوراهی‌های وجود
ساختاردهی مجدد	قدم ششم	افزایش پذیرش به وسیله خود و افراد مهم – واقعی یا تخیلی
	قدم هفتم	سازمان‌دهی تجربیات هیجانی اصلاحی- پذیرش نیازها- مدل‌های ایمن و منسجم از خود و دیگری
مرحله سوم:	قدم هشتم	جستجوی راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی
تثبیت	قدم نهم	تثبیت این رشد جدید و چرخه‌های تشکیل‌شده و مشارکت در زندگی

یافته‌ها

سه نفر داوطلب در پژوهش حاضر شرکت کردند. آزمودنی اول زن، دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد، ۲۸ ساله، فاقد شغل و مجرد، آزمودنی دوم مرد، دارای تحصیلات دکترا، ۳۹ ساله، شاغل، متأهل و دارای یک فرزند و آزمودنی سوم زن و دارای تحصیلات کارشناسی، ۴۲ ساله، فاقد شغل، متأهل و دارای دو فرزند بودند. جدول ۲ نمره‌های اضطراب افراد دارای تجربه ترومای پیچیده را که داوطلب شرکت در درمان هیجان‌مدار فردی بودند، در سه مرحله‌ی خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

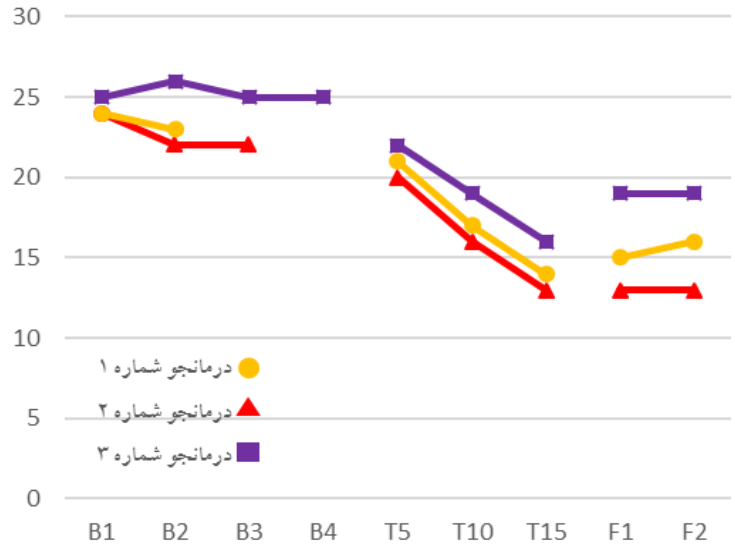
جدول ۲: تغییر نمرات اضطراب سه شرکت‌کننده

مرحله درمان	نفر اول	نفر دوم	نفر سوم
خط پایه اول	۲۲	۲۴	۲۵
خط پایه دوم	۲۴	۲۲	۲۶
خط پایه سوم	-	۲۲	۲۵
خط پایه چهارم	-	-	۲۵
میانگین مراحل خط پایه	۲۳	۲۲/۶۷	۲۵/۲۵
جلسه پنجم	۲۱	۲۰	۲۲
جلسه دهم	۱۷	۱۶	۱۹
جلسه پانزدهم	۱۴	۱۳	۱۶
میانگین مراحل درمان	۱۷/۳۲	۱۶/۶۷	۱۹
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۲۵	۲/۷۹	۳/۷۲
درصد بهبودی پس از درمان	۳۳/۳۲	۳۰	۳۴/۷۸
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۳۲/۷	
پیگیری نوبت اول	۱۵	۱۳	۱۹
پیگیری نوبت دوم	۱۶	۱۳	۱۹
میانگین مراحل پیگیری	۱۵/۵	۱۳	۱۹
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۲/۸۲	۲/۴۱	۳/۲۲
درصد بهبودی پس از پیگیری	۲۸/۵۷	۲۵	۲۶/۰۸
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری		۲۶/۵۵	

جدول ۲ نمره‌های اضطراب افراد دارای تجربه ترومای پیچیده را که داوطلب شرکت در درمان هیجان‌مدار فردی بودند، در سه مرحله‌ی خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین اضطراب در مراحل خط پایه برای شرکت‌کننده‌ی اول ۲۳، نفر دوم ۲۲/۶۷ و نفر سوم ۲۵/۲۵ می‌باشد؛ همچنین میانگین نمرات اضطراب بعد از درمان برای شرکت‌کننده‌ی اول ۱۷/۳۲ ، دوم ۱۶/۶۷ و سوم ۱۹ است که نسبت به دوره‌ی خط پایه کاهش داشته است. این میانگین بعد از دو دوره پیگیری برای شرکت‌کننده‌ی اول به ۱۵/۵ ، دوم ۱۳ و سوم ۱۹ رسیده است. درصد بهبودی پس از درمان برای شرکت کنندگان اول و دوم و سوم به ترتیب، ۳۳/۳۲، ۳۰ و ۳۴/۷۸ محاسبه شد. همچنین میزان شاخص پایا برای شرکت‌کننده‌ی اول ۳/۲۵ ، شرکت‌کننده‌ی دوم ۲/۷۹ و شرکت‌کننده‌ی سوم ۳/۷۲ به دست آمد. از آنجا که میزان شاخص تغییر پایا بعد از درمان برای هر سه آزمودنی بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابر این می توان با اطمینان ۹۵ درصد گفت که بهبود حاصله ناشی از مداخله‌ی درمانی بوده است. گرچه درصد بهبودی پس از پیگیری دوم به نسبت دوره درمان کمی کاهش داشت و برای سه شرکت‌کننده به ترتیب به رقم ۲۸/۵۷، ۲۵ و ۲۶/۰۸ رسید اما نمرات حتی در دوره پیگیری نسبت به دوره خط پایه کاهشی بوده است. میزان شاخص پایا (با مقادیر ۲/۸۲، ۲/۴۱ و ۳/۲۲) بعد از پیگیری دوم همچنان برای هر سه شرکت‌کننده بالاتر از ۱/۹۶ بوده است که از نظر بالینی معنادار و نشانگر ثبات تغییرات تجربه‌ی اضطراب در شرکت‌کنندگان در درمان هیجان‌مدار فردی بوده است.

نمودار ۱ به صورت دیداری روند تغییرات اضطراب شرکت‌کنندگان را در سه مرحله خطوط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

نمودار ۱: نمرات اضطراب سه شرکت‌کننده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



نمودار ۱ شیب نزولی نمرات اضطراب درمانجویان را در سه نقطه از مرحله مداخله، اثربخشی مداخلات درمانی، به وضوح به تصویر می‌کشد. نمرات اضطراب پس از پیگیری‌های دوماهه مجدداً اندکی رشد کرده‌اند اما همچنان به طور معناداری کمتر از نمرات مرحله خطوط پایه هستند. از درصدهای بهبودی، شاخص‌های تغییر پایا و تحلیل نمودار این‌گونه برمی‌آید که این تغییرات، نظام‌دار و حاصل مداخلات هیجان‌مدار بوده است.

جدول ۳ نمرات سه شرکت‌کننده را در پرسشنامه‌ی افسردگی، در سه مرحله درمان نشان می‌دهد.

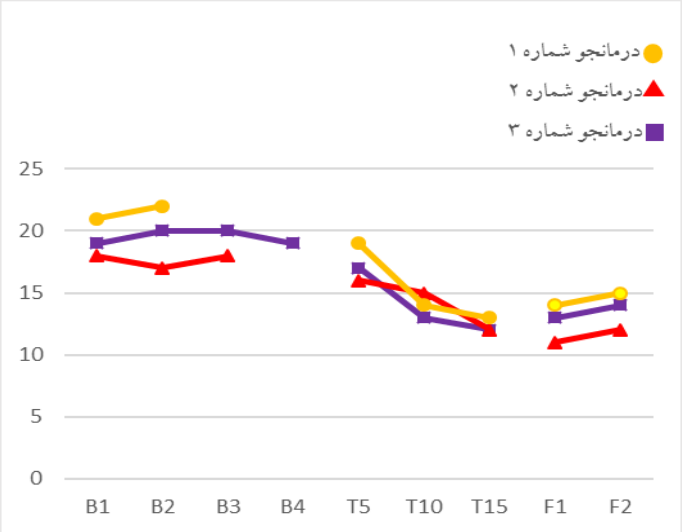
جدول ۳: تغییر نمرات افسردگی سه شرکت‌کننده

مرحله درمان	نفر اول	نفر دوم	نفر سوم
خط پایه اول	۲۱	۱۸	۱۹
خط پایه دوم	۲۲	۱۷	۲۰
خط پایه سوم	-	۱۸	۲۰
خط پایه چهارم	-	-	۱۹
میانگین مراحل خط پایه	۲۱/۵	۱۷/۶۶	۱۹/۵
جلسه پنجم	۱۹	۱۶	۱۷
جلسه دهم	۱۴	۱۵	۱۳
جلسه پانزدهم	۱۳	۱۲	۱۲
میانگین مراحل درمان	۱۵/۳۳	۱۴/۳۲	۱۴
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۹	۲/۴۹	۳/۳۱
درصد بهبودی پس از درمان	۴۰/۹	۳۳/۳۲	۳۶/۸۴
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۳۳/۰۲	
پیگیری نوبت اول	۱۴	۱۲	۱۳
پیگیری نوبت دوم	۱۵	۱۳	۱۳
میانگین مراحل پیگیری	۱۴/۵	۱۲/۵	۱۳
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۲/۵۱	۲/۴۶	۲/۷
درصد بهبودی پس از پیگیری	۳۱/۸۱	۲۷/۷۷	۳۱/۵۷
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری		۳۰/۳۸	

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افسردگی در مراحل خط پایه برای نفر اول ۲۱/۵، نفر دوم ۱۷/۶۶ و نفر سوم ۱۹/۵ است؛ همچنین میانگین نمرات افسردگی بعد از درمان برای نفر اول ۱۵/۳۳ ، نفر دوم ۱۴/۳۲ و نفر سوم ۱۴ محاسبه شد که نسبت به دوره خط پایه کاهش داشته است. این میانگین بعد از دو دوره پیگیری برای شرکت‌کننده‌ی اول به ۱۴/۵ ، شرکت-کننده‌ی دوم ۱۲/۵ و شرکت‌کننده‌ی سوم ۱۳ رسیده است. درصد بهبودی محاسبه‌شده پس از مرحله مداخله برای شرکت‌کننده‌ی اول ۴۰/۹ ، شرکت‌کننده‌ی دوم ۳۳/۳۲ و شرکت‌کننده‌ی سوم ۳۶/۸۴ به دست آمد. همچنین میزان شاخص پایا پس از مرحله مداخله برای شرکت‌کننده‌ی اول ۲/۹ ، شرکت‌کننده‌ی دوم ۲/۴۹ و شرکت‌کننده‌ی سوم ۳/۳۱ به دست آمد. از آنجا که میزان شاخص تغییر پایا بعد از درمان برای هر سه آزمودنی بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابر این می‌توان با اطمینان ۹۵ درصد گفت که بهبود حاصله ناشی از مداخله‌ی درمانی بوده است. درصد بهبودی پس از پیگیری دوم به نسبت دوره درمان کمی کاهش داشت و برای سه شرکت‌کننده به ترتیب به رقم ۳۱/۸۱، ۲۷/۷۷ و ۳۱/۵۷ رسید؛ با این حال نمرات حتی در دوره پیگیری نسبت به دوره خط پایه سیر کاهشی داشته است. همچنین میزان شاخص پایا (با مقادیر ۲/۵۱، ۲/۴۶ و ۲/۷) بعد از پیگیری دوم همچنان برای هر سه شرکت-کننده بالاتر از ۱/۹۶ بوده است که نشانگر معناداری بالینی تغییرات کاهشی نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان در درمان هیجان‌مدار فردی بوده است.

نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ی افسردگی در سه مرحله‌ی خط پایه، مداخله و پیگیری برای سه شرکت‌کننده در درمان هیجان‌مدار فردی را نمایش می‌دهد.

نمودار ۲: نمرات افسردگی سه شرکت‌کننده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



در نمودار ۲ ملاحظه می‌شود که نمرات افسردگی در هر سه درمانجو به نسبت مرحله خط پایه، روند نزولی داشته است. گرچه پس از دو مرحله پیگیری، نمرات افسردگی به نسبت دوره مداخله کمی رشد داشته‌اند اما محاسبه درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا، نشان می‌دهد که تغییرات حاصل از درمان پس از دو ماه به شکل معناداری پایدار مانده است؛ یعنی افسردگی هر سه درمانجو تحت تأثیر درمان هیجان‌مدار فردی، کاهش یافته است.

جدول ۴ نمرات سه شرکت‌کننده را در پرسشنامه بدتنظیمی هیجانی، در سه مرحله درمان نشان می‌دهد.

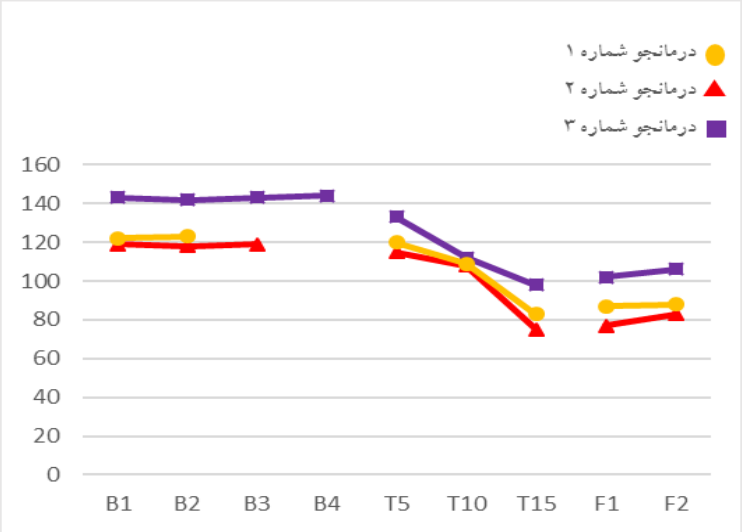
جدول ۴: تغییر نمرات بدتنظیمی هیجانی سه شرکت‌کننده

مرحله درمان	نفر اول	نفر دوم	نفر سوم
خط پایه اول	۱۲۲	۱۱۹	۱۴۳
خط پایه دوم	۱۲۳	۱۱۸	۱۴۲
خط پایه سوم	–	۱۱۹	۱۴۳
خط پایه چهارم	–	–	۱۴۴
میانگین مراحل خط پایه	۱۲۲/۵	۱۱۸/۳۳	۱۴۳
جلسه پنجم	۱۲۰	۱۱۵	۱۳۳
جلسه دهم	۱۰۹	۱۰۸	۱۱۲
جلسه پانزدهم	۸۳	۷۵	۹۸
میانگین مراحل درمان	۱۰۴	۹۹/۳۳	۱۱۴/۳۲
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۲۸	۲/۵۱	۲/۶۸
درصد بهبودی پس از درمان	۳۲/۵۲	۳۶/۹۷	۳۱/۹۴
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۳۳/۸۱	
پیگیری نوبت اول	۸۷	۷۷	۱۰۲
پیگیری نوبت دوم	۸۸	۸۳	۱۰۶
میانگین مراحل پیگیری	۸۷/۵	۸۰	۱۰۴
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۱/۹۸	۲/۰۳	۲/۱۴
درصد بهبودی پس از پیگیری	۲۸/۴۵	۳۰/۲۵	۲۶/۳۸
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری		۲۸/۳۶	

داده‌های جدول ۴ نشان‌دهنده کاهش نمرات بدتنظیمی هیجانی شرکت‌کنندگان در مراحل مداخله و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه است. میانگین نمرات بدتنظیمی هیجانی برای سه شرکت‌کننده در مراحل خط پایه به ترتیب ۱۲۲/۵، ۱۱۸/۳۳ و ۱۴۳ می‌باشد که بعد از پایان مداخلات به ترتیب تا ارقام ۱۰۴، ۹۹/۳۳ و ۱۱۴/۳۲ کاهش داشته‌اند. و در نهایت پس از دومین پیگیری درمانی، میانگین نمرات سه شرکت‌کننده برای متغیر بدتنظیمی هیجانی به ترتیب ۸۷/۵، ۸۰ و ۱۰۴ ثبت شده است که با وجود اندکی افزایش به نسبت مرحله مداخله، همچنان نسبت به مرحله خط پایه کاهش چشمگیری را نشان می‌دهد. همچنین درصد بهبودی بدتنظیمی هیجانی برای نفر اول ۳۲/۵۲، برای نفر دوم ۳۶/۹۷ و برای نفر سوم ۳۱/۹۴ محاسبه شد. میزان شاخص پایا نیز در انتهای مرحله مداخله در سه شرکت‌کننده به ترتیب ۲/۲۸، ۲/۵۱ و ۲/۶۸ می‌باشد. درصد بهبودی پس از دومین پیگیری درمانی برای سه شرکت‌کننده به ترتیب مقادیر ۲۸/۴۵، ۳۰/۲۵ و ۲۶/۳۸ را نشان می‌دهد. شاخص تغییر پایا محاسبه شده در پایان دو مرحله پیگیری برای نفر اول ۱/۹۸، نفر دوم ۲/۰۳ و نفر سوم ۲/۱۴ است که با وجود اندکی کاهش نسبت به مرحله مداخله، همچنان بالاتر از ارزش z یعنی ۱/۹۶ و شایسته توجه است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار فردی مؤثر بوده و ثبات تغییرات نمرات اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی در هر سه شرکت‌کننده از نظر بالینی معنادار است.

نمودار ۳ تغییرات نمرات بدتنظیمی هیجانی شرکت‌کنندگان را در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری، به شکل دیداری گزارش می‌دهد.

نمودار ۲: نمرات بدتنظیمی هیجانی سه شرکت‌کننده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



همانطور که در نمودار ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و سطح نمرات بدتنظیمی هیجانی آزمودنی‌ها در مراحل مداخله و پیگیری به نسبت مرحله خطوط پایه افت پایدار داشته است. این تحلیل دیداری در کنار معناداری درصدهای بهبودی و شاخص‌های تغییر پایا، نشان می‌دهد که مداخلات هیجان‌مدار فردی در بهبود بدتنظیمی هیجانی مراجعان دارای سابقه ترومای پیچیده، به طور معناداری مؤثر است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی بر بهبود اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی مرتبط با ترومای پیچیده انجام شد.

نتایج حاصل بیانگر اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی در بهبود اضطراب و افسردگی درمانجویان شرکت‌کننده بوده است؛ به این معنا که نمرات اضطراب و افسردگی در پایان مداخلات هیجان‌مدار به طور معناداری کاهش یافت و درصد بهبودی هر سه شرکت‌کننده نسبت به مرحله خطوط پایه افزایش پایدار داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های Billings (2021)، Wittenborn (2019)، Weissman et al. (2018) و Nussbaum (2014) همسو بود. درمانگر هیجان‌مدار با علم به اینکه تجربه هیجانی و بدنی، آگاهی، شناخت و حتی توانایی بیان و توضیح هیجانات را در مراجع تقویت می‌کند، اقدام به عمق‌بخشی به تجارب مراجع می‌نماید و در این مسیر بر حالات هیجانی و نمود جسمانی آنها تمرکز می‌کند. درمانجویی که هنگام مراجعه فقط می‌داند که مضطرب است، یا زندگی دیگر آنقدرها هم برایش لذت‌بخش نیست و یا تنها می‌داند که حس خوبی ندارد، دل درد دارد و فکش قفل می‌شود، در طول درمان به عمق هر یک از این شکایات نفوذ می‌کند، اضطراب و افسردگی را می‌شکافد و ترس و تنهایی نهفته در آن‌ها را اینبار در محیط امن درمان و در حضور درمانگری معتمد تجربه می‌کند؛ کودک ترسیده در آن تنهایی را باز می‌یابد؛ از سرزنش خود به پذیرش و حمایت می‌رسد؛ برای بیان هیجاناتش تصویر می‌سازد و حالات جسمانی و احساسات و معانی ظریف آن‌ها را این‌بار در بزرگسالی تجربه و بازسازی می‌کند؛ منبع آسیب خود را تصور می‌کند و با او وارد گفتگو می‌شود تا آنجا که رفته رفته از شدت برانگیختگی کاسته می‌شود. کاوش و بازسازی معنا اتفاق می‌افتد، هیجانات سازگار جایگزین می‌شوند و فرد ادراکات خود را نسبت به خود، دیگران و رویداد آسیب‌زا تغییر می‌دهد و این تغییرات پس از درمان نیز ادامه می‌یابند. بنابراین اگر نشانه‌های هیجانی ناشی از شرایط ترومای پیچیده از طریق مداخلات درمانی مؤثر تعدیل شوند، می‌توان افسردگی، اضطراب، کناره‌گیری اجتماعی و حتی شکایات جسمی را بهبود داد (Bouvette-Turcot et al., 2017).

دیگر یافته پژوهش، اثربخش بودن درمان هیجان‌مدار فردی بر بهبود بدتنظیمی هیجانی شرکت‌کنندگان در درمان بود. به این معنا که درصد بهبودی بدتنظیمی هیجانی بعد از مداخله و حتی با اندک کاهشی بعد از دو ماه پیگیری، هنوز نسبت به مرحله خط پایه معنادار است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های Kale (2021)، Pascual-Leone et al., (2019) و Khayyat-Abuaita (2016) که در مطالعات خود دریافتند درمان هیجان‌مدار در رشد انعطاف‌پذیری هیجانی و کاهش اختلالات هیجانی مؤثر است، همخوان بود. در تبیین این نتیجه می‌توان به دیدگاه رویکرد هیجان‌مدار نسبت به ترومای پیچیده نگاهی انداخت. رویکرد هیجان‌مدار بر این باور است که افراد در آسیب‌پذیرترین رده سنی، معمولاً از منابع امنیت و اعتماد خود ضربه خورده‌اند و تا بزرگسالی دچار پیامدهای دلبستگی ناایمن هستند (Sedlacek et al., 2015). آن‌ها که سالیان دراز، مورد آزار و تحقیر قرار گرفته‌اند عموماً باور خود را به ارزشمند بودنشان از دست می‌دهند و از آنجا که رشد عاطفی و شناختی سالمی را تجربه نکرده‌اند در ابراز هیجانات عمیق غم و ناامیدی، به ویژه به منبع ایجادکننده‌ی آسیب، با دشواری مواجه‌اند. وقتی فرد به عقب نگاه می‌کنند کسی را نمیابد که برای التیام دردش آنجا باشد، احساساتش را ارزشمند بداند و از او مراقبت کند؛ حتی اگر منبع امنی بیابد، اعتماد کافی برای درخواست کمک ندارد (Sedlacek et al., 2015). عدم حمایت از کودک در مقابل مشکلات هیجانی ناشی از ترومای پیچیده، به مرور رشد هیجانی فرد را از مسیر سالم، خارج می‌کند. از این رو، اهمیت حمایت در درمان هیجان‌مدار به قدری است که وظیفه اصلی درمانگر به ویژه در جلسات نخست درمان، برقراری رابطه درمانی امن و مشارکتی است (Paivio et al., 2023). افرادی که تروما را تجربه

کرده‌اند ممکن است علائم افسردگی، ناامیدی، دلبستگی‌های ناایمن و احساس بی‌ارزشی را نشان دهند (Johnson, 2005; Ventimiglia, 2020). علائم افسردگی مورد نظر در این مطالعه، شامل نشانه‌های طولانی مدت ناامیدی، غم عمیق، احساس بی-ارزشی، بی‌علاقگی نسبت به دیگران و علاقیات سابق خود، افکار خودکشی و مرگ، می‌شد که به صورت خودگزارشی از شرکت-کنندگان در پژوهش دریافت گردید. درمانگر هیجان‌مدار با علم به این مستندات و با استفاده از رابطه ایمن شکل گرفته بین خود و درمانجو، به آرامی و تدریجاً به سمت برجسته‌سازی نقاط قوت و منابع درونی و بیرونی توانمندی و حمایت درمانجو، حرکت می‌کرد. مهم است که درمانجو برای تجربه دوباره‌ی دردناک‌ترین و پنهان‌ترین خاطرات و هیجانات خود، محیطی امن داشته باشد. درمانگر هیجان‌مدار، رابطه‌ی درمانی را فرصتی می‌داند که از طریق آن تجربه بین‌فردی تازه‌ای شکل می‌گیرد. درمانجو در فرآیند درمان، به هیجانات نخستین خود پیرامون تجربه تروما، دسترسی پیدا می‌کند و آن‌ها را بدون شرم و احساس گناه در محیطی امن و در حضور درمانگری همدل، تجربه کرده، می‌پذیرد و پذیرفته می‌شود. در نتیجه، مسائل گذشته و حال را به طور متفاوتی تجربه و قدرت معنایابی و بهبود بی‌نظمی در هیجانات را کسب می‌کند. نکته مهم یافته‌های این پژوهش این است که چگونه درمانجو متأثر از مداخلات و مهارت‌های درمانگر، بر ترس خود از یادآوری و رویارویی با رنج‌های کودکی غلبه می‌کند؛ نشانه‌های کنونی اضطراب، افسردگی و مشکلات تنظیم هیجان خود را در روابط دلبستگی بازمی‌یابد، از سد مکانیسم‌های دفاعی عبور می‌کند، ترس، شرم و خشم خود را تجربه می‌کند، با کمک بدن از هیجانات آگاه می‌شود و به حدی از خودشفقتی می‌رسد که بهبود اختلالات هیجانی را به دنبال دارد (Rollet, 2023).

در توضیح محدودیت‌های پژوهش‌های تک آزمودنی می‌توان به تعداد کم نمونه اشاره کرد که تعمیم یافته‌ها را محدود می‌سازد. پژوهشگران علاقمند می‌توانند نمونه‌های تکمیلی را در قالب طرح‌های آزمایشی در فرآیند کار خود قرار دهند و روایی این رویکرد درمانی را دقیق‌تر ارزیابی نمایند. محدودیت دیگر، به جامعه هدف این مطالعه اشاره دارد که صرفاً مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر کرج را که برای دریافت درمان مراجعه کرده بودند، هدف قرار داد. ممکن است این گروه خاص ویژگی‌های مشترکی داشته باشند که بر نتیجه درمان مؤثر باشد. پژوهشگران دیگر می‌توانند از طریق فراخوان‌های عمومی، جامعه هدف خود را گسترش دهند. همچنین پژوهشگران علاقمند می‌توانند به منظور مقایسه میزان اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی برای مردان و زنان، متغیر جنسیت را کنترل نمایند. در نهایت نظر به اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی بر بهبود وضعیت هیجانی افراد دارای تجربه تروما، به درمانگران علاقمند پیشنهاد می‌شود که این درمان را به عنوان گزینه‌ای سودمند در درمان مراجعه‌کنندگان با سابقه تروماي پیچیده، در نظر بگیرند.

تشکر و سپاسگزاری

بدین وسیله از مشارکت‌کنندگان در پژوهش، که یاریگر ارتقا دانش بودند، تشکر می‌گردد.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز با کد اخلاق IR.SCU.REC.۱۴۰۳.۰۰۵ می‌باشد و هیچ نوع تعارض منافعی ندارد.

References

Bagherinezhad, M., Roshan-Chesli, R., Ramezani, M. A., Rasoulzadeh-Tabatabaei, K. (2020). Sense of self in Iranian clients with a history of complex trauma: A phenomenology study. *Quarterly of Clinical psychology studies*, 10(38), 1-30. https://doi.org/10.22054/jcps.2020.47171.2202. [In Persian]

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, *56*(6), 893. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *27*(2), 169-190. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0

Besharat, M. A. (2018). Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 12(47), 89-92. https://www.sid.ir/paper/515178/fa. [In Persian]

Billings, M. (2021). Emotionally-Focused Individual Therapy for the Treatment of Trauma-related Symptoms of the Self *(Doctoral dissertation, Université Saint-Paul/Saint Paul University*). http://dx.doi.org/10.20381/ruor-26367

Bouvette-Turcot, A.-A., Unternaehrer, E., Gaudreau, H., Lydon, J. E., Steiner, M., & Meaney, M. J. (2017). The joint contribution of maternal history of early adversity and adulthood depression to socioeconomic status and potential relevance for offspring development. *Journal of Affective Disorders*, *207*, 26–31. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.012

Brown, W. J., Hetzel-Riggin, M. D., Mitchell, M. A., & Bruce, S. E. (2021). Rumination mediates the relationship between negative affect and posttraumatic stress disorder symptoms in female interpersonal trauma survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051881843. https://doi.org/10.1177/08862605188184

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, *35*(5), 390–398. https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05

Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., ... & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(8), e1003262. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262

Curran, E., Perra, O., Rosato, M., Ferry, F., & Leavey, G. (2021). Complex childhood trauma, gender and depression: Patterns and correlates of help-seeking and maladaptive coping. *Journal of Affective Disorders*, *292*, 603-613. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.01

Danese, A. (2020). Annual Research Review: Rethinking childhood trauma-new research directions for measurement, study design and analytical strategies. Journal of child psychology and psychiatry, 61(3), 236-250. https://doi.org/10.1111/jcpp.13160

Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Seghatoleslam, T. (2014). Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4),275-282. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html. [In Persian]

Elliott, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Murphy, F., Dahm, T., ... & Hitchcock, C. (2021). Prevalence and predictive value of ICD-11 post-traumatic stress disorder and Complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(3), 270-276. https://doi.org/10.1111/jcpp.13240

Ghorbaninejad, F., & Ershadi Manesh, S. (2023). The structural model of childhood trauma with non-suicidal self-injury behavior in adolescents with borderline personality traits based on the mediating role of distress tolerance. *Journal of Psychological Science*, 22(130), https://DOI:10.52547/JPS.22.130.1949. [In Persian]

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26, 41-54. http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4

Greenman, P. S., Campbell, T. L., & Allan, R. (2024). Attachment, Emotion, and Change: Emotionally Focused Individual Therapy (EFIT) within a Process-based Therapy (PBT) Framework. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 100768. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100768

Haselgruber, A., Knefel, M., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2021). Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: the interplay of ICD-11 complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation. *Journal of affective disorders*, 282, 372-380. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.116

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta analysis. *The Lancet Public Health*, *2*(8), e356–e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Hultmann, O., Broberg, A. G., & Axberg, U. (2023). A randomized controlled study of trauma focused cognitive behavioural therapy compared to enhanced treatment as usual with patients in child mental health care traumatized from family violence. *Children and Youth Services Review*, *144*, 106716. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106716

Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 102, 104361. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361

Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2020). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD, and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, *21*(1), 62–72. https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675113

Johnson, S. M., & Campbell, T. L. (2021). A primer for emotionally focused individual therapy (EFIT): Cultivating fitness and growth in every client. *Routledge*. https://doi.org/10.4324/9781003090748

Kale, S. (2021). Interoceptive Awareness and Emotion Regulation Among Individuals with Depression and Anxiety in Emotionally-Focused Individual Therapy (Doctoral dissertation, Université Saint-Paul/Saint Paul University). http://dx.doi.org/10.20381/ruor-26310

Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., ... & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(11), 1761-1775 https://doi.org/10.1017/S0033291719000436

Kaviani. H., Mousavi. A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University of Medical Sciences Journal*, 66(2):136-140. http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html. [In Persian]

Khayyat-Abuaita, U. (2016). Changes in quality of emotional processing in trauma narratives as a predictor of outcome in emotion focused therapy for complex trauma. University of Windsor (Canada). https://www.proquest.com/openview/b3dba2e23c71bc330c2f4a3dc6ed88cd/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750

Kumar, S. A., Brand, B. L., & Courtois, C. A. (2019). The need for trauma training: Clinicians' reactions to training on complex trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. https://doi-org/10.1037/tra0000515

Kuzminskaite, E., Penninx, B. W., van Harmelen, A. L., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., & Vinkers, C. H. (2021). Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: an integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of affective disorders*, 283, 179 191. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.054

Lawson, D. M., Davis, D., & Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: Critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50(3), 331. https://doi.org/10.1037/a0032677

Lewis, S. J., Koenen, K. C., Ambler, A., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., ... & Danese, A. (2021). Unravelling the contribution of complex trauma to psychopathology and cognitive deficits: a cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, *219*(2), 448-455. https://doi.org/10.1192/bjp.2021.57

Leahy, J. M. (1992). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory-Short Form in a group of adult bereaved females. Journal of Clinical Psychology, 48(1), 64-68. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199201)48:1<64::AID-JCLP2270480109>3.0.CO;2-9

Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The lancet*, 400(10345), 60-72. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2

Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, *210*, 96–104.

Nussbaum, S. H. (2014). Emotional processing in self-narratives as a predictor of outcome in emotion focused therapy for child abuse trauma (EFTT). https://scholar.uwindsor.ca/etd/5183

Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2023). Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach (2nd ed.). *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/0000336-000

Pascual-Leone, A., Yeryomenko, N., Sawashima, T., & Warwar, S. (2019). Building emotional resilience over 14 sessions of emotion focused therapy: Micro-longitudinal analyses of productive emotional patterns. *Psychotherapy Research*, 29(2), 171-185. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1315779

Raby, K. L., Labella, M. H., Martin, J., Carlson, E. A., & Roisman, G. I. (2017). Childhood abuse and neglect and insecure attachment states of mind in adulthood: Prospective, longitudinal evidence from a high-risk sample. *Development and psychopathology*, 29(2), 347-363. https://doi.org/10.1017/S0954579417000037

Rajabi, G. R. (2005). Psychometric Properties of Beck Depression Inventory Short Form Items (BDI-13). *Journal of Iranian Psychologists*, 1(4), 28-35. https://sanad.iau.ir/journal/jip/Article/512442?jid=512442. [In Persian]

Razaghi, Sh., Havasi Soomar, N., Mansoobifar, M., & Tahmouresi, N. (2023). Comparison of the efficacy of cognitive-behavioral and emotion-focused therapies on social anxiety and emotional regulation of music students. *Journal of Psychological Science*, 22(130), 2005-2023. https://doi:10.52547/JPS.22.130.2005. [In Persian]

Rollet, D. M. (2023). *Toward a Deeper Understanding of Co-Constructed Metaphors When Treating Complex Trauma* (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).

Sedlacek, D., Stevenson, S., Kray, C., Henson, T., Burrows, C., & Rosenboom, M. N. (2015). The impact of a history of childhood abuse on life as a college student. *Journal of Research on Christian Education*, *24*(2), 169–184. ehh. https://doiorg.lopes.idm.oclc.org/10.1080/10656219.2015.1052601

Shirazi A, Manouchehri M, Salahian A, Nasrollahi B. (2024). Structural equation modeling of the relationship between childhood trauma and dark personality traits with the mediating role of self-regulation, mentalization and attachment styles. *Journal of Psychological Science*. *23*(136), 981-995. doi:10.52547/JPS.23.136.981 URL: http://psychologicalscience.ir/article-1-2194-. [In Persian]

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Alink, L.R.A., van Ijzendoorn, M.H., (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Rev*. 24, 37–50. https://doi.org/10.1002/car.2353

Tian, Y., Wu, X., Wang, W., Zhang, D., Yu, Q., & Zhao, X. (2020). Complex posttraumatic stress disorder in Chinese young adults using the International Trauma Questionnaire (ITQ): A latent profile analysis. *Journal of Affective Disorders*, 267, 137-143. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.017

Villalta, L., Khadr, S., Chua, K. C., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R. M., ... & Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents: the role of emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1710400 https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1710400

Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychological medicine*, 48(15), 2467-2476. https://doi.org/10.1017/S0033291718000740

Ventimiglia, I., Van der Watt, A. S. J., Kidd, M., & Seedat, S. (2020). Association between trauma exposure and mood trajectories in patients with mood disorders. Journal of Affective Disorders, 262, 237-246. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.057

Wittenborn, A. K., Liu, T., Ridenour, T. A., Lachmar, E. M., Mitchell, E. A., & Seedall, R. B. (2019). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. Journal of Marital and Family Therapy, 45(3), 395–409. https://doi.org/10.1111/jmft.12350

Weissman, N., Batten, S. V., Rheem, K. D., Wiebe, S. A., Pasillas, R. M., Potts, W., ... & Dixon, L. B. (2018). The effectiveness of emotionally focused couples therapy with veterans with PTSD: A pilot study. Journal of Couple & Relationship Therapy, 17(1), 25-41. https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1285261

©The Author(s). Published by Family Psychology Association of Iran
This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)