



The Effectiveness of Emotion-focused Group Therapy (EFT) on Death Anxiety and Health Concerns in People with Complex Post-traumatic Stress Disorder

Fazeleh Karimi¹, Sayed Hamid Atashpour^{2*}

1- Department of Clinical Psychology, Nae.C, Islamic Azad University, Naein, Iran.

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Sayed Hamid Atashpour, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: hamidatashpour@gmail.com

Received: 2024/05/18

Accepted: 2025/11/5

Abstract

Introduction: People suffering from psychologically complex post-traumatic stress disorder have problems, especially in the field of death anxiety and health concerns, and one of the effective methods for improving the psychological characteristics of these people is emotion-focused therapy (EFT). The present study aimed to determine the effectiveness of emotion-focused group therapy on death anxiety and health concerns of people suffering from complex post-traumatic stress disorder.

Methods: The method of the current research was semi-experimental, which was implemented with a pre-test and post-test design with a control group. The research population included people suffering from complex post-traumatic stress disorder who were referred to psychological and counseling centers in Isfahan city in 1402-1401 and 40 people were selected from among the volunteers by random sampling. The experiment (20 people) and control group (20 people) were replaced. Both groups completed two death anxiety questionnaires (Templer, 1970) and anxious thoughts (Wells, 1994) before and after the intervention. Members of the experimental group participated in emotion-focused group therapy for 8 2-hour sessions, but the control group did not receive any intervention. The collected data were analyzed using repeated measures variance analysis and using SPSS-25 software.

Results: The results showed that in death anxiety ($F = 32.019$, $df = 1.322$ and $p < 0.01$) and health concern ($F = 81.998$, $df = 2$ and $p < 0.01$) people with disorders Complex post-traumatic stress after the intervention showed a significant difference between the control and experimental groups ($p < 0.01$).

Conclusion: The results of the research showed that group therapy focused on emotion-focused therapy is effective on death anxiety and health concerns of people with complex post-traumatic stress disorder; Therefore, it is recommended that therapists and clinical psychologists use emotion-focused therapy in addition to other methods to reduce death anxiety and health concerns in people suffering from complex post-traumatic stress.

Keywords: Emotion-Focused Group Therapy, Death Anxiety, Health Worry, Individuals with Complex PTSD (CPTSD).

How to cite this article: Fazeleh Karimi, Sayed Hamid Atashpour, The Effectiveness of Emotion-focused Group Therapy (EFT) on Death Anxiety and Health Concerns in People with Complex Post-traumatic Stress Disorder, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR).2026. P:1-11 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





تعیین اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان (EFT) بر اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی پیچیده

فاضله کریمی^۱، سیدحمید آتش پور^{۲*}

۱- گروه روانشناسی بالینی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
۲- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: سیدحمید آتش پور، گروه روانشناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: hamidatashpour@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۲۹

چکیده

مقدمه: افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پیچیده از لحاظ روانشناختی به خصوص در زمینه ی اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی دچار مشکلاتی می شوند و یکی از روش های موثر در بهبود ویژگی های روانشناختی این افراد درمان متمرکز بر هیجان (EFT) است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی پیچیده بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی بود که با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی پیچیده بودند که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به مراکز روانشناسی و مشاوره ی شهر اصفهان مراجعه کرده و به صورت نمونه گیری در دسترس ۴۰ نفر از بین داوطلبین انتخاب شدند و به شیوه ی تصادفی در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله دو پرسشنامه اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰) و افکار اضطرابی (ولز، ۱۹۹۴) را تکمیل نمودند. اعضای گروه آزمایش در گروه درمانی متمرکز بر هیجان به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته شرکت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. داده های جمع آوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس اندازه های تکرار شده و با استفاده از نرم افزار SPSS-25 مورد بررسی قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج نشان داد که در اضطراب مرگ ($F=33/019$ ، $df=1/322$ ، $p<0/01$) و نگرانی سلامتی ($F=81/998$ ، $df=2$ و $p<0/01$) افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی پیچیده بعد از مداخله بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری بدست آمد ($p<0/01$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر درمان متمرکز بر هیجان بر اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی پیچیده موثر است؛ بنابراین، توصیه می گردد که درمانگران و روانشناسان بالینی برای کاهش اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی در افراد مبتلا به استرس پس از سانحه پیچیده در کنار سایر روش ها از درمان متمرکز بر هیجان نیز استفاده کنند.

کلیدواژه ها: گروه درمانی متمرکز بر هیجان، اضطراب مرگ، نگرانی سلامتی، اختلال استرس پس از سانحه ی پیچیده.

تجارب آسیب‌زا (تروما)، تجارب هیجانی شدیدی هستند که ممکن است اثرات نامطلوب روانشناختی، فیزیکی و اجتماعی گسترده‌ای را به دنبال داشته باشند و پیامدهای آن‌ها از حد معمول فراتر رود و نیازمند مداخلات مؤثر باشد. در نتیجه افرادی که سطوح بالایی از تروما را تجربه می‌کنند در معرض بیماری‌های مختلفی در بزرگسالی هستند (۱). ترومای پیچیده به عنوان یکی از انواع تروما، اغلب به روابط دلبستگی آزاددهنده در اوایل زندگی اشاره دارد و شامل مواجهه مکرر با خشونت، عهدشکنی و بی‌اعتمادی در رابطه با مظاهر دلبستگی است که منجر به آشفتگی‌های طولانی‌مدت می‌شود (۲). یکی از حوزه‌هایی که در زمینه آسیب‌های دوران کودکی و سبب شناسی علائم جسمانی به تازگی مورد توجه قرار گرفته است، اختلال استرس پس از سانحه پیچیده است که در یازدهمین نسخه تجدید نظر شده طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها مطرح شده است (۳). میزان شیوع اختلال اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در جمعیت عمومی به ترتیب ۹٪ و ۶/۲٪ و در جمعیت‌های بالینی ۳۷٪ و ۵۳/۶٪ گزارش شده است (۱).

از موضوعات مهمی که می‌تواند برای افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پیچیده به وجود آید، اضطراب مرگ است (۵). اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرآیند مرگ در مورد افراد مهم زندگی است. این اختلال به سادگی قابل توضیح نبوده و مفهومی پیچیده شامل ترس از مرگ خود و دیگران است (۶). این اضطراب می‌تواند سلامت وجودی و کارکرد سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این اضطراب با نگرانی، ناراحتی، احساس عدم امنیت و تنش همراه است. مرگ هراسی با پیامدهای جسمانی متعددی از جمله فشارخون و ضربان قلب بالا، مشکلات گوارشی، حساسیت بالا به دمای محیط و سرگیجه و سردرد همراه است که به نوبه خود، قدرت ایجاد حملات پانیک را دارند (۷). اضطراب مرگ به عنوان یکی از علائم اختلال استرس پس از سانحه در صورت مزمن شدن موجب بروز واکنش‌ها و هیجانات منفی می‌گردد (۸). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که یکی از متغیرهایی که با اضطراب مرگ مرتبط است، نگرانی سلامتی است (۹، ۱۰). نگرانی سلامتی نوعی نگرانی و دل‌مشغولی دارای جنبه‌های فیزیکی، جسمی، روانی و اجتماعی است که افراد درباره موضوع‌های

مرتبط با سلامتی خود و یا حتی دیگران دارند (۱۱). نگرانی سلامتی باعث بررسی افراطی شاخص‌های سلامتی و افزایش استفاده از خدمات روانشناختی، بهداشتی و درمانی می‌شود (۱۲). نگرانی سلامتی نشان‌دهنده مسائل مرتبط با سلامت می‌باشد که تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، درون فردی و بین فردی قرار دارد (۱۳).

تاکنون از روش‌های گوناگونی برای بهبود سازه‌های روانشناختی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پیچیده استفاده شده است. یکی از روش‌های نو درمان متمرکز بر هیجان است. درمان متمرکز بر هیجان یکی از درمان‌های پرکاربرد است که با هدف قوی کردن خود، تنظیم هیجان و ایجاد معنی جدید در مراجع بکار گرفته می‌شود (۱۴). درمان متمرکز بر هیجان، درمانی نو، انسان‌گرا و تجربی است و به نقش مهم هیجانات و ارتباط هیجانی در سازماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (۱۵). استراتژی‌های درمان متمرکز بر هیجان بر دو مفهوم خودسازی و رشد شخصیت تکیه دارند. کلید این نوع درمان، خودتنظیمی است (۱۶). فرضیه اصلی این درمان این است که احساسات ذاتاً سازگار هستند و حاوی اطلاعات مهمی هستند (۱۷). در این درمان و بر پایه یک رابطه ایمن درمانی، با افزایش آگاهی و پردازش مجدد هیجان‌ها به رشد فردی و توانمندسازی فرد کمک می‌شود (۱۸). در این درمان با تأکید بر مهارت شناسایی و تشخیص هیجانات خود و دیگران، نحوه صحیح ابراز هیجان با توجه به موقعیت اجتماعی، کاهش شدت هیجانات منفی پیش از بروز پاسخ، در کنار فن‌های شناختی و رفتاری به تأثیرگذاری بر اضطراب و سایر هیجانات منفی می‌پردازد (۱۹). اخیراً درمان متمرکز بر هیجان به عنوان یک مداخله گروهی (EFGT) برای جمعیت‌های مختلف تکامل یافته است. مشخص شده است که EFGT در کاهش مشکلات تنظیم هیجان در بزرگسالان مبتلا به افسردگی و اضطراب مؤثر است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان متمرکز بر هیجان برای اختلال استرس پس از سانحه و عملکردهای انطباقی مؤثر است. همچنین در پژوهش‌های اورنگ و همکاران (۱۴۰۲) (۲۰)، عابدی نقدر و همکاران (۱۴۰۱) (۲۱)، سالاری راد و همکاران (۱۴۰۱) (۱۶) و ساقی‌ها و همکاران (۱۳۹۹) (۲۲) اثربخشی این درمان بر اضطراب و اضطراب مرگ بررسی و به تأیید رسیده است؛ اما روی نگرانی سلامتی، بررسی انجام نشده است.

با توجه به آنچه گفته شد یکی از گروه‌های مهم و حساس

جامعه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی پیچیده هستند که لازم بود اضطراب مرگ، نگرانی سلامتی و سوگیری شخصی، گرایش به خود شکوفایی در این افراد بررسی و بهبود یابد. از این رو این پژوهش بر آن بود تا به کمک گروه درمانی متمرکز بر هیجان به بهبود این افراد کمک نماید و با هدف پاسخگویی به این سؤال انجام شد که: آیا گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی پیچیده می‌تواند اثربخش باشد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی که با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی پیچیده بودند که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به مراکز روانشناسی و مشاوره‌ی شهر اصفهان مراجعه کرده بود که از این جامعه ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس به غربالگری افراد پرداخته شد و از آنجا که در روش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (۲۳) بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص اختلال PTSD پیچیده (CPTSD) توسط متخصص روانشناسی، داشتن حداقل ۱۸ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و تمایل به همکاری، عدم اعتیاد به مواد مخدر و الکل با توجه به اظهار شرکت کنندگان، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی مزمن شامل اختلال‌های شخصیت، اختلالات رشدی، اختلالات تجزیه ای و طیف اسکیزوفرنی (با توجه به اظهار شرکت کنندگان و مراکز مشاوره) و معیارهای خروج از مطالعه شامل جوابگویی ناقص به پرسشنامه‌ها (حداقل ۵ درصد گویه‌های پرسشنامه)، درخواست انصراف از شرکت از پژوهش در حین جوابگویی به پرسشنامه‌ها، شرکت هم زمان در دوره‌های آموزشی یا روان شناختی، غیبت بیش از دو جلسه در دوره درمان.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰)

پرسشنامه اضطراب مرگ توسط تمپلر سال (۱۹۷۰) طراحی شده است و متشکل از پانزده سوال بلی - خیر است. این پرسشنامه توسط رجیبی و بحرانی (۱۳۸۰) به فارسی برگردانده شده است. دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر

تا پانزده است و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط « نمره ۸ ») معرف درجه ی بالایی از اضطراب مرگ است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا معرف اضطراب بالاتر افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ، نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند است. ساینو و کلایین (۱۹۹۶ م)، ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به دست آمده‌اند، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. همچنین پایایی پرسشنامه در پژوهش قاسم پور و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۶۵ به دست آمد. در پژوهش رجیبی و بحرانی (۱۳۸۰) برای بررسی روایی، از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد که نتیجه ۰/۳۴ همبستگی را نشان داد (۲۴). در این پژوهش پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه افکار اضطرابی ولز (۱۹۹۴)

این پرسشنامه توسط ولز در سال (۱۹۹۴) برای سنجش ابعاد مختلف نگرانی ساخته شده و دارای ۲۱ گویه و سه زیر مقیاس شامل نگرانی اجتماعی (۸ گویه)، نگرانی نسبت به سلامتی (۶ گویه) و فرانگرانی (۷ گویه) است. این پرسشنامه براساس لیکرت چهار درجه‌ای تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳) و تقریباً همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. نمرات بالاتر نشان دهنده اضطراب فکری بالاتر خواهد بود و برعکس. در ایران فتی و همکاران این پرسش نامه را در یک نمونه ۷۰۳ نفری از دانشجویان بررسی کردند (۲۵). تحلیل عاملی این ابزار نشان دهنده سه عامل معنی دار و پایا بوده است. پایایی درونی مقیاس‌های آن به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۵ است و پایایی بازآزمایی برابر ۰/۷۶، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ است (۲۶). پایایی آزمون توسط فتی و همکاران (۲۵) با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس فرانگرانی ۰/۸۱، برای نگرانی سلامتی ۰/۶۹ و برای نگرانی اجتماعی ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی به فاصله ۱۵ روز برای کل آزمون ۰/۹۲، برای نگرانی اجتماعی ۰/۸۲، برای نگرانی سلامتی ۰/۷۵ و برای فرانگرانی ۰/۷۸ گزارش شد. همچنین برای بررسی روایی آزمون از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد که سه عامل با عنوان نگرانی اجتماعی نگرانی سلامتی

فاضله کریمی و سیدحمید آتش پور

پژوهشگر و تحت نظارت یک متخصص روانشناسی به صورت گروهی در یکی از کلینیک های خدمات روانشناختی شهر اصفهان تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در این زمان درمانی را دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آزمون مجدداً انجام شد هر دو گروه پرسشنامه را تکمیل کردند. محتوای جلسات به شرح زیر بوده است:

و فرآنگرانی ظاهر ساخت. همچنین ضریب همبستگی این پرسش نامه با نمره پرسش نامه اضطراب بک ۰/۶۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای نگرانی اجتماعی ۰/۸۵، برای نگرانی سلامتی ۰/۸۰ و برای فرآنگرانی ۰/۸۷ به دست آمد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای توسط

جدول ۱: پروتکل درمان متمرکز بر هیجان (۲۷)

جلسه	محتوا	تکالیف
جلسه اول	۱- برقراری رابطه درمانی با مراجعان (رابطه مبتنی بر همدلی و بازخورد احساسات) ۲ ارزیابی انتظارات و نگرانی های مراجعان ۳ آموزش مراجعان درباره درمان	توزیع بروشورهایی در باره هیجان، آموزش هیجانی، ارایه برگه ثبت هیجانی (در تمامی جلسات این برگه ها همراه مراجعان آورده می شود و در هر جلسه بازخورد می گیرند).
جلسه دوم	۱- بحث راجع به حمله، خشم و قلدری، افسردگی، مهارت های هیجانی و مهارت های حل مسئله ۲- بحث مقدماتی راجع به اهانت و حمله ۳- به مراجعان اجازه دهید به اشتباهات خود اقرار کنند و منابع اینکه مانع این پذیرش است شناسایی کنید- مسئولیت را بپذیرید. ۴- شروع آگاهی هیجانی و توزیع برگه های ثبت هیجانی، شناسایی افکار هوشمند به لحاظ هیجانی.	آموزش به مراجعان در باره هر یک از متغیرها و تهیه کردن بروشورهایی که درباره هر کدام توضیحاتی ارائه دهد.
جلسه سوم	۱- به مراجعان فرصت دهید که پیامدهای عمل خشونت آمیز و قلدری را بیان کنند- هم برای شخص دیگر هم برای خود ۲- موانع و محدودیت های پشیمانی و بخشش خود را شناسایی کنی- ۳- مراجعان را برای تمرین دو صندلی آماده کنید. ۴- مرور برگه ها و توضیحاتی که درباره ۵- اجرای یک تکنیک مبتنی بر ذهن آگاهی مواد مورد نیاز جلسه	* فرم شناسایی و نام گذاری طرف های مخالف را با خودتان بیاورید.
جلسه چهارم	۱- بیان و آشکار کردن جنبه های متضاد شناسایی شده در تکالیف خانگی ۲-افزایش هشیاری مراجعان نسبت به پیامدهای به تأخیر انداختن فرایند بخشش خود ۳- شروع آشتی دادن صداها (درونی) متضاد مراجعان	* مواد مورد نیاز: نسبت به وجود صندلی سوم در اتاق برای انجام تمرین دو صندلی اطمینان حاصل کنید.
جلسه پنجم: اتصال مجدد ارزش ها	۱- ادامه تکنیک مبتنی بر ذهن آگاهی و هوشیاری ۲- ادامه هماهنگ کردن صداها (طرف های) متضاد مراجع ۳- به مراجع اجازه دهید که ارزش های خود را بیان کند و مشخص کنید که مراجع چگونه می خواهد با آن ارزش ها زندگی کند. ۴- به نیازها و انگیزه های متصل به اعمال قلدری و پرخاشگری برگردید و روش های برآورده شدن آن نیازها در آینده در راستای ارزش های مراجع را شناسایی کنید.	مواد مورد نیاز/ تنظیم کردن * نسبت به وجود صندلی سوم در اتاق برای انجام تمرین دوصندلی، اطمینان حاصل کنید.
جلسه ششم: جبران آسیب	۱- به مراجع اجازه دهید ندامت و پشیمانی خود را از عمل قلدری ابراز کند ۲- رفتارهای جبرانی مراجع را تعیین کنید. ۳- به مراجع اجازه دهید که روش های سالم تر برآورده کردن نیازها در آینده را به کار بندد.	* مواد مورد نیاز/تنظیم کردن از وجود صندلی سوم در اتاق برای استفاده در تمرین صندلی خالی اطمینان حاصل کنید.
جلسه هفتم: یادآوری و حرکت رو به جلو	۱- با تمرکز بر روی تغییرات مثبت از زمان انجام عمل اهانت آمیز، به مراجعان در یادآوری عمل اهانت کمک کنید. ۲- احساسات منفی باقی مانده را با احساسات بخشش خود جایگزین کنید.	* مواد مورد نیاز/تنظیم کردن. فرم نامه بخشش خود را با خود به جلسه بیاورید.
جلسه هشتم: پایان مداخله	۱- به مراجعان کمک کنید که موارد پیشرفت و نحوه حفظ این عایدات را شناسایی کنند. ۲- کلیاتی از کاربرد فرایند بخشش خود برای سایر رفتارهای پرخاشگرانه ارائه دهید.	۳- مراسم خداحافظی

آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده و با استفاده از نرم افزار SPSS- 25 مورد بررسی قرار گرفت.

این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1402.272 رسید. داده های جمع

یافته ها

جدول (۲) مولفه های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی را

جدول ۲: فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی گروه های پژوهش

متغیر و سطوح آن	درمان فراوانی (%)	کنترل فراوانی (%)	مقدار خیدو (معناداری)
کل	۲۱ (۱۰۰)	۲۰ (۱۰۰)	
سن			
۳۰-۲۱	۱۱ (۵۲/۴)	۸ (۴۰)	۶/۵۵۳ (۰/۰۸۸)
۴۰-۳۱	۷ (۳۳/۳)	۳ (۱۵)	
۵۰-۴۱	۳ (۱۳/۳)	۵ (۲۵)	
۶۰-۵۱	۰	۴ (۲۰)	
جنس			
خانم	۲۰ (۹۵/۲)	۱۵ (۷۵)	۳/۳۵۹ (۰/۰۶۷)
آقا	۱ (۴/۸)	۵ (۲۵)	
تحصیلات			
دیپلم	۰	۴ (۲۰)	
کارشناسی	۹ (۴۲/۹)	۷ (۳۵)	۴/۷۵۸ (۰/۱۹۰)
ارشد	۱۰ (۴۷/۶)	۷ (۳۵)	
دکتری	۲ (۹/۵)	۲ (۱۰)	
مجرد	۱۲ (۵۷/۱)	۸ (۴۰)	۱/۲۵۰ (۰/۵۳۵)
متاهل	۸ (۳۸/۱)	۱۱ (۵۵)	
طلاق گرفته	۱ (۴/۸)	۱ (۵)	

چنانکه در جدول (۲) مشاهده می شود، در هر دو گروه آزمایش و کنترل، بیشترین تعداد افراد در گروه سنی ۲۱-۳۰ قرار داشتند بیشتر افراد در هر دو گروه در سن ۲۱-۳۰ قرار داشتند. بیشتر افراد در گروه آزمایش و کنترل خانم (به ترتیب ۲۰ و ۱۵ نفر معادل با ۹۵/۲ و ۷۵ درصد)، بودند. در گروه آزمایش بیشتر افراد در گروه آزمایش تحصیلاتی در سطح کارشناسی ارشد و شامل ۱۰ نفر (برابر با ۴۷/۶ درصد) و در گروه کنترل به صورت برابر در دو سطح کارشناسی و ارشد و شامل ۷ نفر (برابر ۳۵ درصد) بودند. در گروه آزمایش

بیشتر افراد شامل ۱۱ نفر (برابر ۵۷/۱ درصد) مجرد و در گروه کنترل ۱۱ نفر (برابر ۵۵ درصد) متاهل بودند. لازم به ذکر است در اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی، تنها در مرحله پیش آزمون، توزیع نرمال ($p > ۰/۰۵$) بود. برابری واریانس خطا برای مرحله پیش آزمون برقرار بود ($p > ۰/۰۵$) و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) برقرار نبود ($p < ۰/۰۵$). همچنین آزمون ماکلی معنادار بود ($p < ۰/۰۵$). به این معنی که پیش فرض کروییت برای این مؤلفه ها رعایت نشده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب مرگ در گروه های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	درمان میانگین	کنترل میانگین	انحراف معیار
اضطراب مرگ	پیش آزمون	۷/۶۷	۳/۴۱۱	۳/۵۴۵
	پس آزمون	۴/۲۳۸	۱/۴۸۰	۳/۲۶۲
	پیگیری	۴/۶۶۷	۱/۷۷۰	۳/۴۸۵
نگرانی سلامتی	پیش آزمون	۱۸/۰۰۰	۲/۶۸۳	۲/۵۰۲
	پس آزمون	۱۴/۶۱۹	۱/۹۳۶	۲/۳۶۲
	پیگیری	۱۴/۶۱۹	۱/۸۸۴	۲/۶۴۱

کنترل، تغییراتی در مرحله پس آزمون و پیگیری وجود داشت.

چنان که در جدول (۳) دیده می شود، در متغیر اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی، در گروه درمانی نسبت به گروه

جدول ۴: داده های تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معناداری	مجزور اتا	توان آزمون
توان آزمون	زمان	۷۴/۲۰۱	۱/۳۲۲	۵۶/۱۱۴	۳۴/۴۶۶	۰/۰۰۰	۰/۴۶۹	۱/۰۰۰
	تعامل زمان×گروه	۶۸/۹۳۲	۱/۳۲۲	۵۲/۱۳۰	۳۲/۰۱۹	۰/۰۰۰	۰/۴۵۱	۱/۰۰۰
	خطا (زمان)	۸۳/۹۶۲	۵۱/۵۷۰	۱/۶۲۸	-	-	-	-
	گروه	۱۰۴/۳۶۹	۱	۱۰۴/۳۶۹	۴/۳۹۱	۰/۰۴۳	۰/۱۰۱	۰/۵۳۳
	خطا	۹۲۶/۹۸۱	۳۹	۲۳/۷۶۹	-	-	-	-
	بین گروهی	۷۷/۰۲۹	۲	۳۸/۵۱۵	۷۹/۶۱۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷۱	۱/۰۰۰
درمان	تعامل زمان×گروه	۷۹/۳۳۸	۲	۳۹/۶۶۹	۸۱/۹۹۸	۰/۰۰۰	۰/۶۷۸	۱/۰۰۰
	خطا (زمان)	۳۷/۷۳۵	۷۱/۶۸۰	۰/۵۲۶	-	-	-	-
	گروه	۱۶۵/۵۰۱	۱	۱۶۵/۵۰۱	۱۰/۵۸۷	۰/۰۰۲	۰/۲۱۴	۰/۸۸۷
	خطا	۶۰۹/۶۷۰	۳۹	۱۵/۶۳۳	-	-	-	-
	بین گروهی	-	-	-	-	-	-	-
	توان آزمون	-	-	-	-	-	-	-

نتایج پژوهش نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش اضطراب مرگ در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی پیچیده تأثیر مثبت داشته است. از پژوهش های همسو با این پژوهش می توان به پژوهش اورنگ و همکاران (۲۰)، پیلیا و همکاران (۲۸)، عابدی نقندر و همکاران (۲۹)، و زمانی و ذوالفقاری (۱۴۰۱) (۳۰) اشاره کرد.

در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت که درمان متمرکز بر هیجان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روانشناختی در افراد دارد. فرایند درمان هیجان محور با سه مرحله پیوستگی، آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می شود. این سه مرحله باهم همپوشی دارند و در سرتا سر درمان به مراجع به عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیل گر برای اهداف مراجع نگریسته می شود. در درمان هیجان محور نظر بر این است که شیوه ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان دهی و پردازش می کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می کنند منجر به کاهش اضطراب مرگ شده است. در واقع بررسی هیجان و عواطف در عرصه روان شناسی امروز جایگاه وسیعی را به خود اختصاص داده است ارتباط هیجان با ویژگی های شخصیتی، اختلال ها، نظام پردازش اطلاعات شناختی و ارتباط های بین فردی یافته های بی بدیلی را فرا روی بشر قرار داده است چگونگی تغییر احساس افراد در خلال زمان را می توان به منزله مسیرهایی در فضای هسته عاطفی

با توجه به رعایت شدن یا نشدن پیش فرض کرویت، چنان که در جدول (۳) دیده می شود، در اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=34/466$, $df=1/322$ و $p<0/01$) و تعامل زمان و گروه ($F=32/019$, $df=1/322$ و $p<0/01$) نشان می دهد که در اضطراب مرگ از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. در بخش اثر بین گروهی مشاهده می شود در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده تفاوت معناداری را بین گروه آزمایش و گروه کنترل، نشان داده است.

همچنین با توجه به رعایت نشدن پیش فرض کرویت، چنان که در جدول فوق دیده می شود، در اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=79/612$, $df=2$ و $p<0/01$) و تعامل زمان و گروه ($F=81/998$, $df=2$ و $p<0/01$) نشان می دهد که نگرانی سلامتی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. در بخش اثر بین گروهی مشاهده می شود در عامل گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/01$). به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده تفاوت معناداری را بین گروه آزمایش و گروه کنترل، نشان داده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی پیچیده انجام گرفت.

غیر مستقیم همسو با این پژوهش بودند می توان به پژوهش رینگ و همکاران (۲۰۲۰) (۹)، مظهری و همکاران (۱۴۰۰) (۳۳)، اسماعیلی شاد و همکاران (۱۳۹۹) (۳۴)، امیر فخرایی و همکاران (۱۳۹۹) (۱۰) و برات پور و دشت بزرگی (۱۳۹۹) (۳۵) اشاره کرد.

در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت که درمان متمرکز بر هیجان، به عنوان رویکردی جدید در درمان اختلالات بالینی، تغییر در هیجان را منشأ و درمان مشکلات روانشناختی در نظر می گیرد، اما به این نکته نیز اشاره می شود که توجه به هیجان، اولین راه رسیدن به تغییر است و اکثر مشکلات منشأ انگیزشی، هیجانی، رفتاری، فیزیولوژیکی، شناختی، فرهنگی و اجتماعی دارند که بسیاری از آنها بایستی مورد توجه قرار گیرند (۳۶). این درمان، ریشه اختلالات را عدم انطباق تجربه هیجانی و همچنین تجارب غفلت، طرد و آسیب از سوی دیگران می داند و مطرح می کند که هنگامی محافظت، پرورش، تسکین خاطر و حمایت مراقبین ناکافی باشد، خاطرات طرح های هیجانی مربوط به تجربیات دردناک، در خارج از آگاهی شکل گرفته و فرد با بی حسی هیجانی، رد کردن و یا نادیده گرفتن تجربه دردناک، با آن مقابله می کند. طرح های هیجانی، نماینده موقعیت های فراخوانده خاص و تمایل های مرتبط با عمل بوده و غالباً غیر کلامی است، با این حال می توان آن را به درون آگاهی فرد آورد و در قالب زبان، نمادسازی و بازنمایی کرد (۳۷). آغاز درمان، تمرکز بر تعمیق تجربه و ورود به لایه های آگاهی هیجانی است و این نکته تأکید می شود که تکنیک های کلامی و منطقی که بازسازی شناختی را در سطح مفهومی مدنظر قرار می دهد، اهمیت اندکی دارند (۳۸). بنابراین، با توجه به مفهوم خودمحافظتی نگرانی، اقدام مؤثر درمانی، هدف قرار دادن فرآیند به جای محتوا است. در این فرآیند، نگرانی از طریق مشارکت تجربی در گفتگوهای دوصندلی بیان می شود و امکان تسهیل احساسات سازگار و انعطاف پذیری نسبت به روند آسیب شناختی فراهم می شود. به عبارت دیگر، مراجع با نشستن در صندلی نگرانی، از عملکرد آن آگاه شده و با جابه جایی به صندلی تجربه کننده، ضمن دستیابی به یک حس تجربی، قادر به مقابله با نگرانی می شود (۳۶، ۳۹). برای بیشتر افراد نگران، افکار نگران کننده ناشی از باورهایی هستند - اعم از منفی و مثبت - که در مورد نگرانی دارند. یکی از نگرانی های اساسی ای که افراد مبتلا به اختلال استرس پس

ترسیم کرد. سرکوب کردن انواع عواطف خطرناک است و پس از مدتی به شکل انفجاری و غیر قابل کنترل تخلیه خواهند شد. ابراز عواطف به شکل صحیح میتواند مانع بسیاری از بیماری ها و مشکلات گردد (۳۱). مدیریت هیجان ها فرد را قادر می سازد تا برای مواجهه شدن با هیجان های منفی از یک الگوی وفق دهنده که کمتر باعث بروز مشکلات سلامت روان می شود استفاده کنند، که این امر موجب کاهش سطح اضطراب می گردد. در روش درمانی متمرکز بر هیجان، افراد با روش های شناختی از هیجان های مثبت و منفی شان آشنا شده و آگاهی هیجانی خود را افزایش می دهند. در این روش افراد با توجه به هیجان های مثبت و تفکر در مورد آن ها، بازبینی و کنترل خلق مثبت و ارزیابی مجدد هیجان های مثبت و منفی به کاهش خلق منفی و احساس اضطراب کمک می کنند. پذیرش حالت های هیجانی به جای پرهیز و بازداری هیجان ها و تعدیل حالت های هیجانی به مدیریت هرچه بیشتر خلق کمک می کند. فرض اساسی EFT این است که هیجانات به طور ذاتی باعث انطباق و سازگاری می شوند و اطلاعات مهمی را فراهم می کنند. همچنین از طریق یادگیری آن ها در داخل طرحواره های هیجانی، شبکه های شناختی، احساسات بدنی و اعمالی که به وسیله سائق های درونی و بیرونی برانگیخته می شوند، سازماندهی می گردند. هدف اصلی EFT، افزایش آگاهی از هیجان ها و تجربه واقعی آن ها است تا بدین شکل طرح واره های هیجانی ناسازگار تغییر کنند و با تنظیم هیجانات، فرد به صورت سازگارانه آن ها را تجربه کند (۳۲). در میان انواع خاصی از اضطراب که براساس منشأ آن شناخته و نامگذاری شده اند اضطراب مرگ یکی از مهم ترین آنهاست. هر اضطرابی با علایم مشخصی (مخصوصاً علائم بدنی) خود را بروز می دهد ولی معمولاً ریشه واقعی آن پنهان است. درمان متمرکز بر هیجان، از علایم ظاهری فراتر می رود و هیجان های اصیل تر پنهان را نمایان می کند و آن ها را تنظیم می کند. از سویی درمان متمرکز بر هیجان، فرد را از هیجان آگاه کرده و با تجربه کردن هیجان و پردازش مجدد هیجان به آگاهی، پذیرش و معنا سازی جدید کمک می کند و در نتیجه ی آن میزان اضطراب مرگ کاهش پیدا می کند.

نتایج نشان داد گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر نگرانی سلامتی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی پیچیده، اثر بخش است. از پژوهش هایی که به صورت

برای افراد مبتلا به PTSD پیچیده (CPTSD) به عنوان روش آموزشی آسان و در دسترس استفاده نمایند. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان گفت که محدود بودن انتخاب افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی پیچیده که تعمیم نتایج تحقیق را به سایر مراجعہ کنندگان را با محدودیت روبرو می کند. در این پژوهش، آموزش دهنده و پژوهشگر یک نفر بود که امکان سوگیری به روش آموزشی خاص وجود دارد که باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم به عمل آید. همچنین در این پژوهش جمع آوری داده ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ دهی محتمل است. پیشنهاد می شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

سیاسکزاری

بدین وسیله از کلیه ی مشارکت کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

از سانحه ی پیچیده را درگیر می سازد، نگرانی سلامتی است. نگرانی دائمی ممکن است برای افراد مضر باشد و بر سلامت جسمانی آن ها تأثیر می گذارد. درمان متمرکز بر هیجان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روانشناختی در افراد دارد. در سرتا سر درمان متمرکز بر هیجان به مراجع به عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیل گر نگرسته می شود. در درمان متمرکز بر هیجان افراد تجارب هیجانی دردناک خود از جمله باورها و افکار نگران کننده ی خود را مجدد سازمان دهی و پردازش می کنند و به معنایی جدید در مورد آن تجربه ی هیجانی می رسند و درمانگر این معنای جدید مراجع را اعتبار می دهد و تقویت می کند که منجر به کاهش نگرانی سلامتی می شود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش گروه درمانی متمرکز توانست بر هیجان (EFT) بر اضطراب مرگ و نگرانی سلامتی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی پیچیده موثر واقع شود. از این رو توصیه می شود لذا توصیه می شود در مراکز درمانی استفاده از این روش درمانی

References

1. Benrazi Ghabeshi M, Dehshiri GR, Farah Bijari A, Mehrinejad SA. Designing a Model of Relationship between Traumatic Experiences and PTSD and Complex PTSD in Traumatized Women and Girls by Mediating Role of Mentalization and Emotional Processing. *Social Cognition*. 2022;10(20):25–38.
2. Balali Dehkordi N, Fatehizade M. Comparison of the effectiveness of Emotion-focused Therapy and Intensive short-term dynamic psychotherapy on marital adjustment of married women with experience of complex childhood trauma. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2022;13(51):31–57.
3. Bachem R, Levin Y, Zerach G, Cloitre M, Solomon Z. The interpersonal implications of PTSD and complex PTSD: The role of disturbances in self-organization. *Journal of Affective Disorders*. 2021;290:149–56.
4. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013;12(3):198–206.
5. Zhang Q, Zheng R, Fu Y, Mu Q, Li J. Post traumatic stress disorder and death anxiety symptoms during the coronavirus epidemic in 2019: A cross-sectional study based on the affected population. 2020.
6. faghani tolon sa, goleštani pour m, sadati sz. Comparison of the effect of existential therapy and acceptance and commitment therapy on death anxiety, peak experiences and mental health of patients with charcot marie tooth. *Journal-of-Psychological-Science*. 2023;22(125):1001–16.
7. Salmani M, Zoghi L. The Relationship Between Loneliness, Spiritual Intelligence and General Health with Death Anxiety in the Elderly: The Mediating Role of Mindfulness. *Aging Psychology*. 2022;8(1):69–55.
8. Ranjbar N, Khedmatgozari A, Sadeghigolafshanl M, Farhadi S, Hojjati H. The Relationship between Fear of Sleep and Death Anxiety in

- Veterans of Post-Traumatic Stress Disorder. *Military Caring Sciences*. 2021;8(2):101–8.
9. Ring L, Greenblatt-Kimron L, Palgi Y. The moderating role of subjective nearness-to-death in the association between health worries and death anxieties from COVID-19. *Death Studies*. 2022;46(7):1762–7.
10. Amirfakhraei A, Masoumifard M, Esmailishad B, DashtBozorgi Z, Darvish Baseri L. Prediction of Corona virus Anxiety based on Health Concern, Psychological Hardiness, and Positive Meta-emotion in Diabetic Patients. *zbmu-jdn*. 2020;8(2):1072–83.
11. Orson C. Reframing: How staff help youth overcome episodes of anxiety in youth programs: University of Illinois at Urbana-Champaign; 2018.
12. Newby JM, O'Moore K, Tang S, Christensen H, Faasse K. Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS One*. 2020;15(7):e0236562.
13. Reames TG, Bravo MA. People, place and pollution: Investigating relationships between air quality perceptions, health concerns, exposure, and individual-and area-level characteristics. *Environment international*. 2019;122:244–55.
14. Javidnia S, Mojtabaei M, Bashardost S. Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on grief syndrome in women with Covid-19 grief disorder. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2022;13(51):115–47.
15. Zadafshar B, Sharifi T, Ahmadi R, Chorami M. Comparison of the effectiveness of emotion-focused and existential group therapy on the dimension of adjustment of child sexual abuse victims in Isfahan. *EBNESINA*. 2022;24(3):44–55.
16. Salarrad z, leilabadi l, Nafissi n, Kraskian Mujembari a. Effectiveness of Emotion-focused therapy on Anxiety and Quality of Life in Women With breast cancer. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2022;5(3):35–46.
17. Yaghoubi R, Bayazi MH, Babaei M, Asadi J. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy Group on Difficulties in Emotion Regulation and Health Promoting Lifestyle in Obese Women. *International Journal of Health Studies*. 2020.
18. Elliott R, Macdonald J. Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;77(2):414–28.
19. Zadhasan Z. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on positive emotion, marital intimacy and personality abilities of elderly women. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2023;4(2):488–502.
20. Orang s, saberi h, taheri a. develop and evaluate the effectiveness of emotion-based therapy on cognitive emotion regulation and death anxiety in the elderly with cancer. *The Women and Families Cultural-Educational*. 2023;18(63):133–52.
21. Abedi Noghondar M, Marghzari M, Taleghani A. The Effect Of Emotion-Focused Therapy On Action Flexibility And Death Anxiety In Patients With Coronary Artery Disease. *jnip*. 2022;12(16):1–15.
22. Saghiha H, Sohrabi Asamrood F, Motamedi A. The effectiveness of Emotion-Focused therapy on tolerating the ambiguity and anxiety of death of breast cancer patients. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2021;63(6):3048–61.
23. Delavar A. Applied probability and statistics in psychology and educational sciences. Tehran: Roshd publication. 2020.
24. Ghasempour A, Sooreh J, Seid T. Predicting Death Anxiety On The Basis Of Emotion Cognitive Regulation Strategies. *Knowledge & Research In Applied Psychology*. 2012;13(2):65–72.
25. Fata L, Mootabi F, Moloudi R, Ziyaei K. Psychometric adequacy Persian version control thought and anxious thoughts in Iranian students. *J Psychol Models Methods*. 2010;1(1):81–104.
26. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 1995;23(3):301–20.
27. Khormian Isfahani FA-S, Andalib S. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Attachment Styles, Meta-Emotion and Terrifying Dreams among People with Suffering from Complex Trauma. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2024;22(1):159–71.
28. Pillai S, Connolly A, Hession N, Timulak L. 'Why Mutilate Me Before I Die': An Emotion-Focused Conceptualization of Breast Cancer Clients' Experiences of Anxiety and Depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2023;22(3):243–64.
29. Asadi L, Seyrafi M, Ahadi M. the effectiveness of

- existential therapy on health anxiety, loneliness and death anxiety in the elderly. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2023;66(1).
30. Zamani S, Zolfaghari M. The Relationship Between Mindfulness and Tolerance of Ambiguity with Death Anxiety and Improving Sleep Quality in the Elderly. *Aging Psychology*. 2022;8(3):299–310.
 31. Abedi Noghondar M, Marghzari M, Taleghani A. The Effect Of Emotion-Focused Therapy On Action Flexibility And Death Anxiety In Patients With Coronary Artery Disease. *journal of Psychology new Ideas*. 2022;12(16):1–15.
 32. Naserinia S, borjali m. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Obsessive Symptoms in Patients With Corona Disease. *Clinical Psychology Studies*. 2020;10(39):135–55.
 33. Mazhari K, Borjali A, Moatamedy A. The Relationship of Corona Anxiety and Health Concern with Quality of Life: Mediating Role of Resilience in Nurses. *Industrial and Organizational Psychology Studies*. 2021;8(2):295–316.
 34. EsmaciliShad B, HashemianNejad F, Ghazbanzadeh R, Hatamipour K. Investigate the Effect of Emotion Regulation Training on Spiritual Intelligence, Health Concern and Psychological Distress in Women with Depression. *IJNR*. 2020;15(2):84–95.
 35. Baratpour S, DashtBozorgi Z. The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation on Quality of Life, Psychological Flexibility and Health Worry in Patients with Panic Disorder. *ijrn*. 2021;7(2):10–9.
 36. Timulak L, McElvaney J, Keogh D, Martin E, Clare P, Chepukova E, et al. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*. 2017;54(4):361.
 37. Greenberg LS, Goldman RN. *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*: American Psychological Association; 2008.
 38. Watson, J. C., & Greenberg, L. S. *Emotionfocused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association. 2017.
 39. Murphy J, Rowell L, McQuaid A, Timulak L, O'Flynn R, McElvaney J. Developing a model of working with worry in emotion-focused therapy: A discovery-phase task analytic study. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2017;17(1):56–70.