رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱۹، اردیبهشت ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(2), 2026

اثربخشی درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و خود شفقت‌ورزی زنان با تجربه ترومای جنسی

The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy for Trauma on Quality of Life and Self-Compassion in Women with Sexual Trauma Experience

معصومه شیرین‌کام
گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
مریم رستم‌نژاد (نویسنده مسئول)
گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Masoumeh Shirinkam
Department of Clinical and Health Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
Maryam Rostamnezhad *
Department of Clinical and Health Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. m.rostamnezhad@iau.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و خود شفقت‌ورزی زنان دارای تجربه ترومای جنسی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌آماری شامل زنان دارای تجربه ترومای جنسی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اندیشه نیک شهر رشت در فاصله زمانی بهمن ۱۴۰۳ تا اردیبهشت ۱۴۰۴ بود. ۲۶ نفر از این زنان به روش هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۳ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF، ۱۹۹۶) و مقیاس خود شفقت‌ورزی نف (SCS، ۲۰۰۳) بود. اعضاء گروه آزمایش به صورت فردی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله هیجان‌مدار متمرکز بر تروما را بر اساس مدل پایویو و پاسکال‌لئونه دریافت کردند. داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون کیفیت زندگی و خودشفقت‌ورزی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. بنابراین، درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و خود شفقت‌ورزی زنان دارای تجربه ترومای جنسی اثربخش بوده است.

واژه‌های کلیدی: *درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما، کیفیت زندگی، خود شفقت‌ورزی، ترومای جنسی.*

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of emotion-focused therapy for trauma on the quality of life and self-compassion of women who had experienced sexual trauma. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included women who had experienced sexual trauma who referred to the Andisheh Nik Counseling Center in Rasht between February and May 2025. 26 of these women were purposively selected as the sample and then randomly assigned to two experimental and control groups (13 people in each group). The research tools included the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF, 1996) and Neff Self-Compassion Scale (SCS, 2003). The experimental group members individually received 8 sessions (60 minutes) of emotion-focused therapy for trauma based on the Paivio and Pascual-Leone model. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that after controlling for the pretest effect, there was a significant difference at the 0.05 level between the mean posttest quality of life and self-compassion in the experimental and control groups. Therefore, emotion-focused therapy for trauma was effective on the quality of life and self-compassion of women who had experienced sexual trauma.

Keywords: *Emotion-Focused Therapy for Trauma, Quality of Life, Self-Compassion, Sexual Trauma.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت: دی ۱۴۰۴** **پذیرش: بهمن ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۵**

مقدمه

تجربه ترومای جنسی[1] به‌عنوان یکی از مخرب‌ترین تجربیات روانی، ممکن است در طول زندگی زنان رخ دهد (ویلسون[2]، ۲۰۲۶). ترومای جنسی به طور معمول به صورت تجاوز جنسی، سوءاستفاده یا آزار جنسی تعریف می‌شود و یک نگرانی مهم در حوزه سلامت جسمی و روانی است که ۲۵ تا ۵۸ درصد از افراد با هویت‌های جنسیتی مختلف در ایالات متحده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لیک[3] و همکاران، ۲۰۲۵). این تجربه می‌تواند در دوران کودکی، نوجوانی یا بزرگسالی رخ دهد و اغلب با مشکلات شناختی، احساس شرم، اضطراب، افسردگی، و خشم فروخورده همراه است (ویلسون، ۲۰۲۶؛ والکر[4] و همکاران، ۲۰۲۱). پیامدهای ترومای جنسی به طور معمول فراتر از یک بحران زودگذر تجربه می‌شوند و عمدتاً به شکل الگوهای پایداری از پریشانی روانی در زندگی فرد استمرار می‌یابند (اندرسون[5] و همکاران، ۲۰۲۲؛ دورکین[6]، ۲۰۲۰). براساس ادبیات پژوهشی تجربه ترومای جنسی با شرایط منفی سلامت روان (لیزاران[7] و همکاران، ۲۰۲۶؛ دورکین، ۲۰۲۰) از جمله اختلال استرس پس از سانحه (والکر و همکاران، ۲۰۲۱)، اختلالات اضطرابی، افسردگی (دهقانپور و همکاران، ۱۴۰۳؛ لی[8] و همکاران، ۲۰۲۳)، مشکلات بین فردی و رفتار جنسی (لیک و همکاران، ۲۰۲۵) مرتبط است.

در حالی که اکثر مطالعات در مورد تأثیرات تروما بر علائم بالینی مرتبط با آن و اختلالات روانی متمرکز شده‌اند، قرار گرفتن در معرض تروما می‌تواند پیامدهای مهم دیگری از جمله تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی[9] داشته باشد (داونینگ[10] و همکاران، ۲۰۲۱). کیفیت زندگی به عنوان معیاری برای ارزیابی وضعیت عمومی بهزیستی فرد، شامل ابعاد مختلف روانی، اجتماعی، جسمی و اقتصادی است (سالاری‌راد و همکاران، ۱۴۰۴؛ رجاس[11]، ۲۰۲۴)، و هم عوامل عینی و هم عوامل ذهنی را در برمی‌گیرد (رزاقی و همکاران، ۱۴۰۲). افراد با تجربه ترومای جنسی به دلیل افزایش رنج‌های عاطفی، و مشکلات روان‌شناختی ممکن است کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه کنند (داونینگ، ۲۰۲۱). در پژوهشی هاریسون[12] و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند افراد با سابقه ترومای جنسی، کیفیت زندگی کلی ضعیف‌تری را تجربه می‌کنند و همچنین رضایت کمتری از سلامت خود گزارش کردند. در مطالعه‌ای دیگر داونینگ و همکاران (۲۰۲۱) پس از بررسی ۱۰۶۲۴ فرد گزارش کردند افرادی که در دوران کودکی دچار تجربه ترومای جنسی شده‌اند از نظر جسمانی و روانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، عملکرد نامطلوب‌تری داشتند.

از سوی دیگر، مفهوم خود شفت‌ورزی[13] به عنوان یکی از عوامل مؤثر در بهبود وضعیت روانی افراد در شرایط دشوار و رنج‌آور مطرح شده است (هالامووا[14] و همکاران، ۲۰۲۱؛ صادق‌زاده یزدی و قطب، ۱۴۰۴). خود شفقت‌ورزی به معنای حمایت از خود در هنگام تجربه رنج یا درد ناشی از چالش‌های بیرونی زندگی، اشتباهات و نقایص شخصی است (نف[15]، ۲۰۲۳). این مفهوم شامل سه مؤلفه اصلی مهربانی با خود، اشتراکات انسانی، و ذهن‌آگاهی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خود شفقت‌ورزی می‌تواند به کاهش احساس گناه و شرم و افزایش توانمندی فرد برای مقابله با بحران‌ها و تنش‌ها منجر شود (بارانکووا و وادوروا[16]، ۲۰۲۲؛ بلنکنشیپ و هاگ[17]، ۲۰۲۵). در افراد با تجربه ترومای جنسی، این ویژگی می‌تواند موجب کاهش علائم استرس پس از سانحه و پریشانی روانی شود و در نهایت به بهبود سلامت روان و بهزیستی در جنبه‌های مختلف کمک کند (بوپتانی و مسمن[18]، ۲۰۲۲؛ بلنکنشیپ و هاگ، ۲۰۲۵).

در مطالعه‌ای بوبتانی و مسمن (۲۰۲۲) نشان دادند که شفقت به خود با کاهش شرم مرتبط با تجاوز جنسی ارتباط منفی دارد و این مسئله به نوبه خود با کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی رابطه دارد. در مجموع نتایج مطالعه آنها نشان داد که شفقت

1. Sexual Trauma Experience
2. Wilson
3. Lake
4. Walker
5. Andersson
6. Dworkin
7. Lizarán
8. Li
9. Quality of Life
10. Downing
11. Rojas
12. Harrison
13. Self-Compassion
14. Halamová
15. Neff
16. Baránková & Vad'urová
17. Blankenship & Hogge
18. Bhuptani & Messman

به خود می‌تواند به عنوان یک هدف مهم برای کاهش پریشانی روانی در افراد با تجربه ترومای جنسی مورد توجه قرار گیرد. در مطالعه‌ای دیگر بلنکنشیپ و هاگ (۲۰۲۵) نشان دادند شفقت به خود رابطه‌ای مثبت و معنادار با بهزیستی روانشناختی در افراد با تجربه ترومای جنسی دارد.

در این راستا، به منظور بهبود علائم و شرایط روانی افراد دارای تجربه تروما، می‌توان به درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما به عنوان یکی از مداخلات مؤثر در این زمینه اشاره کرد (پایویو و نیووِن‌هویس[1]، ۲۰۰۱؛ خیاط-ابوعیطه[2] و همکاران، ۲۰۱۹؛ واستل[3]، ۲۰۲۰). با این حال بررسی‌های پژوهشی نشان می‌دهد در زمینه مداخلات مرتبط با ترومای جنسی مطالعات محدودتر است و نیاز به بررسی بیشتر در این زمینه وجود دارد. درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر اساس چارچوب نظری درمان‌هیجان‌مدار توسط پایویو و پاسکال لئونه[4] (۲۰۱۰) مطرح شد. این شیوه مداخله یک روش درمانی فردی مؤثر است که به مشکلات پیچیده ناشی از تروماها می‌پردازد و به‌ویژه بر حل مسائل مربوط به خاطرات آسیب‌های عاطفی از سوی افراد مهم زندگی، مانند ناقضان و آزاردهندگان گذشته، تمرکز دارد (قادری و همکاران، ۱۴۰۳؛ پایویو و پاسکال لئونه، ۲۰۲۳). این درمان نه تنها به کاهش علائم پریشانی و بهبود عملکرد کلی میان‌فردی کمک می‌کند، بلکه با ایجاد رابطه درمانی قوی و پرداختن به آسیب‌های عاطفی حل‌نشده، موجب افزایش عزت نفس و کاهش رنج روانی می‌شود (پایویو و پاسکال لئونه، ۲۰۱۰؛ ملوتک[5] و پایویو، ۲۰۱۷). به طور کلی درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما به فرد کمک می‌کند تا عواطف ناخوشایند و پیچیده خود را شناسایی، پردازش و به شیوه‌ای سالم ابراز و بازسازی نماید (گارتشور[6]، ۲۰۲۴). مطابق با ادبیات پژوهشی درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما می‌تواند در کاهش پریشانی‌های روانی در افراد آسیب‌دیده از تروما موثر باشد (کادیروغلو[7] و همکاران، ۲۰۲۵). با وجود این که مطالعاتی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما برای افراد با تجربه تروما انجام شده است، در زمینه استفاده از درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما در زنان دارای تجربه ترومای جنسی پژوهش‌های اندکی وجود دارد و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود.

با توجه به شیوع ترومای جنسی در زنان و پیامدهای پایدار آن بر جنبه‌های مختلف زندگی، ضرورت بهره‌گیری از مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود. ترومای جنسی نه‌تنها با اختلالات روان‌شناختی متعددی همراه است، بلکه می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی و خودشفقت‌ورزی و تداوم الگوهای خودسرزنشی و شرم شود که فرآیند بهبودی را با چالش مواجه می‌سازد. اگرچه درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما به‌عنوان رویکردی مؤثر در کار با هیجان‌های پردازش‌نشده مرتبط با تروما شناخته شده است، اما پژوهش‌های محدودی به بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر مؤلفه‌های مثبت سلامت روان، به‌ویژه کیفیت زندگی و خودشفقت‌ورزی در زنان با تجربه ترومای جنسی پرداخته‌اند. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این خلأ پژوهشی، می‌تواند از یک‌سو به غنی‌سازی ادبیات نظری موجود کمک کند و از سوی دیگر شواهدی تجربی در اختیار درمانگران و متخصصان سلامت روان قرار دهد تا در اجرای مداخلات درمانی مؤثرتر و متناسب با نیازهای این گروه آسیب‌پذیر مورد استفاده قرار گیرد. از این جهت هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و خود شفقت‌ورزی زنان دارای تجربه ترومای جنسی بود.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌آماری شامل زنان دارای تجربه ترومای جنسی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اندیشه نیک شهر رشت در فاصله زمانی بهمن ۱۴۰۳ تا اردیبهشت ۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۲۶ نفر از مراجعان زن دارای تجربه ترومای جنسی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و کنترل (۱۳ نفر) به طور تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت خانم، تجربه ترومای جنسی از کودکی تاکنون (بر اساس علت مراجعه و پرونده مراجعین در مرکز)، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید و سوء مصرف مواد

1. Paivio & Nieuwenhuis
2. Khayyat-Abuaita
3. Wastell
4. Paivio & Pascual-Leone
5. Mlotek
6. Gartshore
7. Kadiroğlu

مخدر (بر اساس خوداظهاری)، عدم وجود بیماری‌های پزشکی صعب‌العلاج (بر اساس خوداظهاری)، و تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها به دلیل بروز مقاومت یا ناراحتی ناشی از بازگشت خاطرات تروماتیک، غیبت بیشتر از ۲ جلسه متوالی، دریافت همزمان مداخلات روان‌درمانی و بروز علائم حاد روان‌پزشکی که بر اساس تشخیص درمانگر نیازمند مداخله فوری دارویی یا ارجاع تخصصی خارج از چارچوب پژوهش بود. برای هر مراجع ابتدا مرحله پیش‌آزمون برای جمع‌آوری داده‌های اولیه اجرا شد. سپس، در مرحله مداخله، جلسات درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی اجرا شد، در حالی که اعضاء گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. تمامی مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاقی و حفظ کرامت و حریم خصوصی شرکت‌کنندگان انجام شد. قبل از آغاز جمع‌آوری داده‌ها، رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد و برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد تا ضمن اطلاع کامل از هدف، روند پژوهش و استفاده از داده‌ها، رضایت داوطلبانه خود را اعلام نمایند. تضمین شد که اطلاعات شخصی و پاسخ‌ها کاملاً محرمانه باقی بماند و صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده شود. به‌علاوه، امکان انصراف در هر مرحله از پژوهش وجود داشت. همچنین پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1404.041 به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن رسیده است. در پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون برای ارزیابی نتایج به‌عمل آمد و جهت تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)[1]: این پرسشنامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ در ۲۶ گویه و چهار حوزه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و بهداشت محیطی تدوین شده است. شیوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (بسیار بد=۱ الی بسیار خوب=۵) است. حداقل نمره ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. در پژوهش سوائرز[2] و همکاران (۲۰۱۸) روایی همگرا با پرسشنامه کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی بین ۰/۱۹ الی ۰/۵۹ گزارش شده و پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۸۱، و ۰/۸۳ گزارش شده است. در نمونه ایرانی رضاقلیان و همکاران (۱۴۰۳) نیز در مطالعه خود، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۱ بدست آوردند، همچنین روایی همگرا با شفقت به خود را برابر با ۰/۴۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

مقیاس خودشفقت ورزی (SCS)[3]: این مقیاس توسط نف (۲۰۰۳) تدوین شده و دارای ۲۶ گویه و ۶ مؤلفه مهربانی با خود[4]، قضاوت خود[5]، اشراکات انسانی[6]، انزوا[7]، ذهن‌آگاهی[8] و همانندسازی افراطی[9] است. شیوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱=تقریبا هرگز تا ۵= تقریباً همیشه) است. حداقل نمره ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده خود شفقت‌ورزی بیشتر است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ بدست آمد، همچنین روایی واگرا با افسردگی ۰/۵۵- بدست آمده است (نف، ۲۰۰۳). در نمونه ایرانی رضاقلیان و همکاران (۱۴۰۳) ضریب آلفا کرونباخ را ۰/۷۶ و روایی همگرا با تنظیم هیجان ارزیابی مجدد را ۰/۲۴ بدست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمد.

برنامه مداخله‌ای درمان هیجان مدار: برنامه مداخله‌ای درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر اساس مدل پایویو و پاسکال لئونه (۲۰۱۰) در ۴ مرحله و در طی ۸ جلسه (۶۰ دقیقه و یک بار در هفته) به صورت فردی به‌کار گرفته شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از شرح جلسات ارائه شده است.

1. World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF)
2. Suárez
3. Self-Compassion Scale (SCS)
4. Self-Kindness
5. Self-Judgment
6. Common Humanity
7. Isolation
8. Mindfulness
9. Over-Identification

جدول ۱: خلاصه‌ای از شرح جلسات درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما

جلسه	مراحل	هدف جلسه	محتوای جلسه
۱	مرحله اول: ایجاد اتحاد درمانی	ایجاد امنیت و اعتماد بین درمانگر و مراجع	ایجاد رابطه و آشنایی اولیه، تأیید تردیدهای مراجع درباره درمان، طرح مشکل توسط مراجع، بررسی نشانه‌های پریشانی و سطح عملکرد مراجع، آموزش تجربی و بیان منطق درمان
۲		تقویت اتحاد درمانی و پاسخدهی همدلانه به هیجانات	پاسخدهی همدلانه به احساسات دردناک مراجع، استفاده از تصدیق همدلانه در مواجهه با آسیب‌پذیری، مطرح کردن مشکل حاضر و کاوش همدلانه، تکنیک بازگویی آسیب و کاهش انزوا
۳	مرحله دوم: کاهش ترس و شرم	تقویت احساس مثبت نسبت به خود و کاهش ترس و شرم	کاهش پردازش‌های منفی مرتبط با خود (خودانتقادی، خودسرزنشگری)، افزایش آگاهی از تجربه درونی، استفاده از تکنیک دو صندلی و تمرکز تجربی، کاوش همدلانه
۴		تثبیت منابع سالم جایگزین و تغییر رفتار اجتنابی	آموزش خودمراقبتی و خودتسکینی، تغییر رفتارهای اجتنابی ناسازگار، تمرین‌های تجربی و بازخورد، حمایت از تغییرات رفتاری مثبت
۵	مرحله سوم: حل تروما و آسیب‌های دلبستگی	دستیابی به دید متفاوت نسبت به شخص آزارگر و پردازش هیجانات	بیان و اعتباربخشی به خشم ناسازگار، فراهم کردن فرصت برای تجربه و بیان خشم، اعتباربخشی و تجربه غم مراجع، کاوش و پاسخدهی همدلانه به احساسات دردناک، مواجهه تجسمی
۶		تداوم پردازش هیجانات و افزایش درک معناهای مرتبط	ادامه مواجهه تجسمی، تصدیق همدلانه و انعکاس احساسات، کاهش انزوا و تقویت همدلی درمانگر، کاوش معنایی مرتبط با تروما و آسیب‌دلبستگی
۷	مرحله چهارم: یکپارچه‌سازی تجارب درمانی	تحکیم تغییرات و پردازش تجربه درمانی	مواجهه تجسمی برای دسترسی به تغییرات، مقایسه تجربیات فعلی و اولیه مراجع از افراد آسیب‌رسان، پردازش مشکلات، موفقیت‌ها و جنبه‌های مفید درمان، بازخورد دوطرفه درمانگر و مراجع
۸		حمایت از اهداف آینده و تثبیت پیشرفت‌ها	تثبیت اهداف آینده مراجع، حمایت و برنامه‌ریزی برای ادامه مسیر، مرور نهایی تجارب درمانی و دستاوردها، تأکید بر استمرار خودمراقبتی و تغییرات مثبت

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش ۳۱/۲۳ ± ۵/۱۶۶ و گروه کنترل ۳۴/۵۴ ± ۶/۹۳۶ بود. در گروه آزمایش ۸ نفر (۶۱/۵ درصد) دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در کودکی و ۵ نفر (۳۸/۵ درصد) دارای تجربه آزار جنسی در بزرگسالی بودند. در گروه گواه ۹ نفر (۶۹/۲ درصد) دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در کودکی و ۴ نفر (۳۰/۸ درصد) دارای تجربه آزار جنسی در بزرگسالی بودند. در گروه آزمایش ۱ نفر (۷/۷ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۲۳/۱ درصد) فوق دیپلم، ۶ نفر (۴۶/۲ درصد) کارشناسی، ۲ نفر (۱۵/۴ درصد) کارشناسی ارشد، و ۱ نفر (۷/۷ درصد) دکتری بود، همچنین در گروه گواه ۳ نفر (۲۳/۱ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۴۱/۵ درصد) فوق دیپلم، ۵ نفر (۳۸/۵ درصد) کارشناسی، ۲ نفر (۱۵/۴ درصد) کارشناسی ارشد، و ۱ نفر (۷/۷ درصد) دکتری بود. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

	آزمایش				گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر/مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	۱۲/۶۲	۲/۱۸۱	۱۶/۵۴	۱/۳۳۰	۱۳/۴۶	۲/۰۶۶	۱۲/۸۵	۱/۳۴۵
سلامت روانی	۱۳/۶۹	۱/۱۰۹	۱۷/۹۲	۲/۲۱۶	۱۳/۰۰	۱/۴۱۴	۱۲/۸۵	۱/۷۷۲
روابط اجتماعی	۸/۶۹	۲/۶۸۹	۱۱/۷۷	۲/۰۰۶	۸/۴۶	۳/۱۷۸	۸/۷۷	۲/۷۱۳

بهداشت محیطی	۱۸/۱۵	۵/۷۱۳	۲۳/۳۱	۴/۵۹۰	۱۷/۷۷	۵/۶۸۸	۱۷/۱۵	۵/۰۶۴
مهربانی با خود	۸/۵۴	۲/۳۳۲	۱۳/۲۳	۱/۴۸۱	۸/۷۷	۲/۹۴۸	۷/۹۲	۱/۷۵۴
قضاوت خود	۶/۶۲	۱/۳۸۷	۱۴/۶۹	۲/۰۹۷	۸/۱۵	۱/۰۶۸	۷/۶۹	۱/۸۴۳
اشتراکات انسانی	۱۳/۲۳	۱/۸۷۸	۱۷/۱۵	۲/۱۱۵	۱۲/۵۴	۲/۶۶۵	۱۲/۹۲	۲/۲۹۰
ذهن‌آگاهی	۶/۲۳	۱/۰۹۲	۱۲/۰۸	۱/۱۱۵	۶/۸۵	۱/۲۸۱	۶/۶۹	۱/۱۰۹
انزوا	۹/۲۳	۲/۶۸۲	۱۵/۱۵	۲/۴۷۸	۸/۶۲	۲/۶۹۴	۸/۸۵	۲/۳۴۰
همانندسازی افراطی	۹/۸۵	۳/۲۳۶	۱۴/۰۸	۲/۶۹۱	۹/۴۶	۲/۶۹۶	۹/۹۲	۱/۸۹۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تغییر یافته است. به منظور اثربخشی درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و خود شفقت‌ورزی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد، داده‌های پژوهش دارای توزیع بهنجار هستند (P>۰/۰۵). جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد، مقادیر به دست آمده از این آزمون برای کیفیت زندگی و خود شفقت‌ورزی معنادار نبود (P >۰/۰۵). نتایج مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار نبود (P >۰/۰۵). بنابراین داده‌ها از مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون حمایت می‌کنند. نتایج آزمون ام باکس، همگن بودن ماتریس کوواریانس (Box's M=۹۳/۸۶۱، P=۰/۶۵۰) را در تمامی سطوح متغیر مستقل مورد تأیید قرار داد. در جدول ۳ نتایج شاخص‌های چند متغیری گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج شاخص‌های چند متغیری

شاخص‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه‌آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا	توان‌آزمون
اثر پیلایی	۰/۹۸۷	۳۸/۰۱۴	۱۰	۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
لامبدا ویلکز	۰/۰۱۳	۳۸/۰۱۴	۱۰	۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
اثر هتلینگ	۷۶/۰۲۷	۳۸/۰۱۴	۱۰	۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۷۶/۰۲۷	۳۸/۰۱۴	۱۰	۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد اثر کلی گروه معنادار است و حداقل در یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی و خودشفقت‌ورزی تفاوت معناداری در دو گروه وجود دارد (P<۰/۰۵). برای تعیین اینکه در کدام یک از مؤلفه‌ها تفاوت وجود دارد از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد و نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری بر کیفیت زندگی و خودشفقت‌ورزی

متغیر	مؤلفه‌ها	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	پیش آزمون	۰/۳۹۹	۱	۰/۳۹۹	۰/۵۶۳	۰/۴۶۵	۰/۰۳۹	۰/۱۰۸
		گروه	۳۶/۰۲۴	۱	۳۶/۰۲۴	۵۰/۹۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴	۱/۰۰۰
		خطا	۹/۹۰۲	۱۴	۰/۷۰۷				
	سلامت روانی	پیش آزمون	۱۲/۷۶۶	۱	۱۲/۷۶۶	۴/۹۰۷	۰/۰۴۴	۰/۲۶۰	۰/۵۴۱
		گروه	۴۰/۳۲۴	۱	۴۰/۳۲۴	۱۵/۵۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	۰/۹۵۵
		خطا	۳۶/۴۲۱	۱۴	۲/۶۰۱				
	روابط اجتماعی	پیش آزمون	۳۸/۰۵۹	۱	۳۸/۰۵۹	۳۹/۶۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹	۱/۰۰۰
		گروه	۱۹/۵۲۷	۱	۱۹/۵۲۷	۲۰/۳۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳	۰/۹۸۷
		خطا	۱۳/۴۲۹	۱۴	۰/۹۵۹				
	بهداشت محیطی	پیش آزمون	۳۳۹/۴۷۶	۱	۳۳۹/۴۷۶	۲۱۴/۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰

			گروه	۱۲۰/۹۰۷	۱	۱۲۰/۹۰۷	۷۶/۲۷۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴۵	۱/۰۰۰
			خطا	۲۲/۱۹۳	۱۴	۱/۵۸۵				
خودشفقت‌ورزی	مهربانی با خود	پیش آزمون		۰/۸۱۱	۱	۰/۸۱۱	۰/۲۰۹	۰/۶۵۴	۰/۰۱۵	۰/۰۷۱
		گروه		۷۳/۱۸۷	۱	۷۳/۱۸۷	۱۸/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴	۰/۹۸۱
		خطا		۵۴/۲۵۹	۱۴	۳/۸۷۶				
	قضاوت خود	پیش آزمون		۱/۰۱۵	۱	۱/۰۱۵	۰/۲۴۹	۰/۶۲۶	۰/۰۱۷	۰/۰۷۵
		گروه		۱۱۵/۱۵۷	۱	۱۱۵/۱۵۷	۲۸/۲۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۹۸
		خطا		۵۷/۰۸۶	۱۴	۴/۰۷۸				
	اشتراکات انسانی	پیش آزمون		۱/۴۴۱	۱	۱/۴۴۱	۰/۲۴۹	۰/۶۲۵	۰/۰۱۷	۰/۰۷۵
		گروه		۳۳/۱۰۹	۱	۳۳/۱۰۹	۵/۷۲۶	۰/۰۳۱	۰/۲۹۰	۰/۶۰۵
		خطا		۸۰/۹۵۲	۱۴	۵/۷۸۲				
	انزوا	پیش آزمون		۰/۵۵۰	۱	۰/۵۵۰	۰/۳۹۸	۰/۵۳۸	۰/۰۲۸	۰/۰۹۱
		گروه		۷۵/۱۱۶	۱	۷۵/۱۱۶	۵۴/۲۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵	۱/۰۰۰
		خطا		۱۹/۳۶۷	۱۴	۱/۳۸۳				
	ذهن‌آگاهی	پیش آزمون		۴۰/۵۸۹	۱	۴۰/۵۸۹	۱۲/۳۳۸	۰/۰۰۳	۰/۴۶۸	۰/۹۰۴
		گروه		۸۹/۱۴۷	۱	۸۹/۱۴۷	۲۷/۰۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹	۰/۹۹۸
		خطا		۴۶/۰۵۸	۱۴	۳/۲۹۰				
	همانندسازی افراطی	پیش آزمون		۲۹/۶۹۹	۱	۲۹/۶۹۹	۱۳/۰۵۵	۰/۰۰۳	۰/۴۸۳	۰/۹۱۹
		گروه		۳۷/۶۳۸	۱	۳۷/۶۳۸	۱۶/۵۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۲	۰/۹۶۵
		خطا		۳۱/۸۴۹	۱۴	۲/۲۷۵				

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی شامل، سلامت جسمی (F=۵۰/۹۳۱ ، P=۰/۰۰۱) ، سلامت روانی (F=۱۵/۵۰۰ ، P=۰/۰۰۱)، روابط اجتماعی (F=۲۰/۳۵۶ ، P=۰/۰۰۱) و بهداشت محیطی (F= ۷۶/۲۷۱ ، P=۰/۰۰۱) بدست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین آماره F برای مؤلفه‌های خود شفقت‌ورزی شامل مهربانی با خود (F=۱۸/۸۸۴ ، P=۰/۰۰۱) ، قضاوت خود (F= ۲۸/۲۴۱ ، P=۰/۰۰۱)، اشتراکات انسانی (F=۵/۷۲۶ ، P=۰/۰۳۱)، انزوا (F=۵۴/۲۹۹ ، P=۰/۰۰۱)، ذهن‌آگاهی (F=۲۷/۰۹۸ ، P=۰/۰۰۱) و همانندسازی افراطی (F=۱۶/۵۴۵ ، P=۰/۰۰۱) بدست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این نتایج نشان از معنادار بودن تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در کیفیت زندگی و خودشفقت‌ورزی بوده است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما منجر به افزایش نمرات کیفیت زندگی و خود شفقت‌ورزی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و خود شفقت‌ورزی افراد با تجربه ترومای جنسی بود. اولین یافته پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، و بهداشت محیطی افراد با تجربه ترومای جنسی اثربخش بوده است. این یافته با نتایج کادیروغلو و همکاران (۲۰۲۵)، سالاری‌راد و همکاران (۱۴۰۴)، و رزاقی و همکاران (۱۴۰۲) به طور ضمنی و غیرمستقیم از نظر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما با ایجاد یک رابطه درمانی ایمن، همدلانه و غیرقضاوتی، بستر لازم برای بازشناسی و تجربه مجدد هیجانات دردناک مرتبط با تروما را فراهم می‌کند (خیاط-ابوعیطه و همکاران، ۲۰۱۹). آموزش آگاهی هیجانی و تسهیل بیان هیجانات، به مراجعان کمک می‌کند تا هیجاناتی نظیر ترس، شرم، گناه و خشم را که غالباً پس از تجربه آزار جنسی به‌صورت سرکوب‌شده یا آشفته باقی می‌مانند، شناسایی و به شیوه‌ای سازگارانه تنظیم کنند. این فرایند به‌طور مستقیم به کاهش علائم روان‌شناختی و ارتقای سلامت روانی منجر می‌شود (قادری و همکاران، ۱۴۰۳). علاوه بر این، استفاده از تکنیک‌های تجربی در این رویکرد موجب کاهش الگوهای خودسرزنشگری و اجتناب هیجانی می‌شود. کاهش

اجتناب و مواجهه تدریجی و ایمن با هیجانات مرتبط با تروما، سطح برانگیختگی فیزیولوژیک و تنش‌های جسمانی ناشی از استرس را کاهش داده و در نتیجه، به بهبود سلامت جسمانی افراد کمک می‌کند (پایویو و پاسکال لئونه، ۲۰۲۳). درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما همچنین با تمرکز بر پردازش آسیب‌های دلبستگی و معانی هیجانی تجربه آزار، به تغییر دیدگاه فرد نسبت به خود و تجارب آسیب‌زا منجر می‌شود. ارتقای شفقت به خود که یکی از پیامدهای کلیدی این درمان است، به مراجعان کمک می‌کند تا به‌جای نگاه انتقادی و سرزنش‌گرانه به خود، با نگرشی حمایتگرانه‌تر به تجربه‌هایشان بنگرند (گارتشور، ۲۰۲۴؛ ملوتک و پایویو، ۲۰۱۷). این تغییر نگرش، الگوهای ارتباطی فرد را بازسازی کرده، ترس از صمیمیت و طردشدگی را کاهش داده و زمینه‌ساز بهبود روابط اجتماعی می‌شود. در نهایت، با تثبیت دستاوردهای درمانی و ادغام تجارب هیجانی اصلاح‌شده، احساس عاملیت، کنترل و تسلط بر زندگی در فرد افزایش می‌یابد. این احساس توانمندی درونی، نقش مهمی در بهبود ادراک فرد از امنیت، پیش‌بینی‌پذیری و کنترل محیط اطراف ایفا می‌کند و به ارتقای بهداشت محیطی ادراک‌شده می‌انجامد (پایویو و پاسکال لئونه، ۲۰۱۰؛ کادیروغلو و همکاران، ۲۰۲۵). از آنجا که بسیاری از مشکلات در ابعاد مختلف کیفیت زندگی پس از تروما ریشه در ناتوانی در تنظیم هیجانات و تداوم رفتارهای اجتنابی دارند (اندرسون و همکاران، ۲۰۲۲؛ لیزاران و همکاران، ۲۰۲۶)، این رویکرد درمانی به فرد اجازه می‌دهد به‌جای سرکوب هیجانات، بر بهبود تعاملات بین‌فردی، مراقبت از خود و مواجهه سازگارانه با چالش‌ها تمرکز کند. چنین مواجهه فعالی نه‌تنها به کاهش پریشانی روانی می‌انجامد، بلکه با افزایش تاب‌آوری، فرد را قادر می‌سازد با درخواست‌ها و فشارهای محیطی به‌طور مؤثرتری روبه‌رو شود (گارتشور، ۲۰۲۴؛ پایویو و پاسکال لئونه، ۲۰۲۳) که مجموعه این تغییرات در نهایت به ارتقای کلی کیفیت زندگی افراد دارای تجربه ترومای جنسی منجر می‌شود.

دومین یافته پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما بر مؤلفه‌های خود شفقت‌ورزی شامل مهربانی با خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی، و همانندسازی افراطی افراد با تجربه ترومای جنسی اثربخش بوده است. این یافته با نتایج هالامووا و همکاران (۲۰۲۱)، بارانکووا و وادوروا (۲۰۲۲)، و صادق‌زاده یزدی و قطب (۱۴۰۴) به طور ضمنی و غیرمستقیم از نظر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر خود شفقت‌ورزی همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت این درمان از طریق تکنیک‌های تمرکز تجربی و آگاهی هیجانی، به مراجع کمک می‌کند تا به جای همانندسازی افراطی و درگیری بیش‌از حد با هیجانات منفی، موضعی مشاهده‌گر و پذیرنده نسبت به تجارب خود اتخاذ کند که این امر زیربنای تقویت ذهن‌آگاهی است. در مراحل بعد، به‌ویژه با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر دوصندلی برای مواجهه با منتقد درونی، مراجع یاد می‌گیرد که الگوهای سرزنشگرانه را به چالش کشیده و قضاوت خود را به مهربانی با خود و خودتسکینی تبدیل کند (هالامووا و همکاران، ۲۰۲۱؛ پایویو و پاسکال لئونه، ۲۰۱۰). همچنین، پردازش هیجانات ثانویه‌ای نظیر شرم و گناه که به طور معمول مراجع را به سوی گوشه‌گیری و اجتناب سوق می‌دهند، باعث کاهش حس انزوا شده و با بازسازی معنای تروما، فرد به این درک می‌رسد که رنج او بخشی از تجربه زیسته بشری است، امری که منجر به ارتقای حس اشتراکات انسانی می‌گردد (بلنکنشیپ و هاگ، ۲۰۲۵؛ پایویو و پاسکال لئونه، ۲۰۲۳). به عبارت دیگر، درمان هیجان‌مدار با جایگزینی منابع سلامت نظیر خودشفقتی به جای راهبردهای اجتنابی ناسازگار، منجر به تقویت احساس ارزشمندی و کارآمدی هیجانی می‌شود (دهقانپور و همکاران، ۱۴۰۳). این فرآیند با کاهش بار هیجانی منفی مرتبط با ترومای جنسی، به مراجع این امکان را می‌دهد تا در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا، پاسخ‌های سازگارانه‌تری را جایگزین خودانتقادی کرده و در نهایت با رسیدن به یک انسجام درونی و خودپنداره مثبت، بهزیستی و سلامت روان خود را ارتقا بخشد (کادیروغلو و همکاران، ۲۰۲۵؛ پایویو و نیوون‌هویس، ۲۰۰۱).

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان هیجان‌مدار متمرکز بر تروما به طور مؤثری کیفیت زندگی و خودشفقت‌ورزی زنان با تجربه ترومای جنسی را بهبود می‌بخشد. یافته‌های بدست آمده همسو با مطالعات پیشین، بیانگر نقش کلیدی این درمان در شناسایی، درک و تنظیم هیجانات منفی مرتبط با تروما بود که از طریق چهار مرحله ساختاریافته، از جمله ایجاد امنیت و اعتماد بین درمانگر و مراجع، تقویت احساس مراجع نسبت به خود، دستیابی به دید متفاوت‌تر نسبت به شخص آزارگر، و یکپارچه‌سازی تجارب درمانی صورت می‌گیرد. این مداخله با بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان، مراجعان را قادر می‌سازد تا عواطف خود را بهتر پردازش کرده و رفتارهای اجتنابی ناسازگار را کاهش دهند که این امر به کاهش نشانه‌های روان‌شناختی و بهبود سازگاری هیجانی منجر می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نمونه اندک، نمونه‌گیری از مراجعان یک مرکز مشاوره، و عدم نمونه‌گیری تصادفی اشاره کرد. همچنین اتکا به گزارش خوداظهاری مشارکت‌کنندگان برای بررسی برخی از ملاک‌های ورود، از جمله عدم سابقه ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی و عدم ارزیابی پایداری درمان در مرحله پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. بنابراین، برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود حجم نمونه گسترده‌تر، نمونه‌گیری از جامعه‌ای وسیع‌تر و با روش‌های تصادفی انجام شود. همچنین

برای افزایش دقت در تعیین ملاک‌های ورود، ارزیابی‌های بالینی مستقل و سوابق پزشکی تکمیل گردد و علاوه بر این پیگیری بلندمدت برای سنجش پایداری اثرات درمان لحاظ شود.

منابع

دهقانپور، ث.، اصلانی، خ.، امان الهی، ع.، و عباسپور، ذ. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی بر بهبود اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی مرتبط با ترومای پیچیده. *روانشناسی خانواده*، ۱۱(۲)، ۳۵-۵۱.https://doi.org/10.22034/ijfp.2025.2047331.1374

رزاقی، ش.، منصوبی فر، م.، هواسی سومار، ن.، و طهمورسی، ن. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نظم‌جویی هیجانی و کیفیت زندگی دانشجویان موسیقی دارای رگه‌های اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۷)، ۱۳۵۲-۱۳۳۵.https://psychologicalscience.ir/article-1-1994-fa.html

رضاقلیان، م.، نعمتی، ف، و هاشمی، ت. (۱۴۰۳). روابط ساختاری سبک تنظیم هیجان و شفقت به خود با بهزیستی ذهنی دانشجویان: نقش میانجی کیفیت زندگی. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۱۰)، ۱۱-۲۰. http://frooyesh.ir/article-1-5536-fa.html

سالاری راد، ز.، لیل آبادی، ل.، نفیسی، ن.، و کراسکیان موجمباری، آ. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله روانشناسی سلامت ایران، ۵ (۳)، ۳۵-۴۶.https://ijohp.journals.pnu.ac.ir/article_9101.html

صادق زاده یزدی، ن.، و قطب، ا. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش درمان هیجان‌مدار بر شفقت به خود در دانش‌آموختگان روان‌شناسی. *نوآوری های اخیر در روان‌شناسی*، ۲ (۳)، ۱۴-۲۶.https://www.recentpsy.com/article_210813.html

قادری، ه.، ارجمندنیا، ع.، دهستانی، م.، و افروز، غ. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان تروما بر کارکرد اجرایی در افرادی با آسیب جنسی (گزارش موردی). *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۵(۲)، ۲۳۵-۲۵۱.https://doi.org/10.22059/japr.2024.358945.644624

Andersson, H., Aspeqvist, E., Dahlström, Ö., Svedin, C. G., Jonsson, L. S., Landberg, Å., & Zetterqvist, M. (2022). Emotional dysregulation and trauma symptoms mediate the relationship between childhood abuse and nonsuicidal self-injury in adolescents. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 897081.https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.897081

Baránková, M., & Vad'urová, K. (2022). Effectiveness of emotion focused training for self-compassion and self-protection in individuals with increased narcissism. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, *22*(1), 169-182.https://doi.org/10.24193/jebp.2022.1.9

Bhuptani, P. H., & Messman, T. L. (2022). Self-compassion and shame among rape survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(17-18), NP16575-NP16595.https://doi.org/10.1177/08862605211021994

Blankenship, P., & Hogge, I. (2025). Self-Compassion and Psychological Well-Being of Childhood Sexual Abuse Survivors: Emotional Dysregulation and Trauma-Related Shame as Mediators. *Journal of interpersonal violence*, *40*(15-16), 3431-3451.https://doi.org/10.1177/08862605241268781

Downing, N. R., Akinlotan, M., & Thornhill, C. W. (2021). The impact of childhood sexual abuse and adverse childhood experiences on adult health related quality of life. *Child Abuse & Neglect*, *120*, 105181.https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105181

Dworkin, E. R. (2020). Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *21*(5), 1011-1028.https://doi.org/10.1177/1524838018813198

Gartshore, A. (2024). Emotion Focused Therapy for Complex Trauma. *Experiential Therapies for Treating Trauma*.https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003455851-9/emotion-focused-therapy-complex-trauma-anna-gartshore

Halamová, J., Kanovský, M., Varšová, K., & Kupeli, N. (2021). Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Current psychology*, *40*(1), 333-343.https://doi.org/10.1007/s12144-018-9933-4

Harrison, S. E., Brown, M., & Cho, H. (2020). Links between sexual trauma exposure and Quality of Life (QoL) domains among people living with HIV in the Southern United States. *AIDS care*, *32*(2), 91-98.https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1739215

Kadiroğlu, İ., Çoban, S., & Şenkal Ertürk, İ. (2025). Emotion-focused therapy and trauma: an integrative review. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1-17.https://doi.org/10.1080/14779757.2025.2541414

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

Lake, A. M., Zhou, Y., Wang, B., Actkins, K. E. V., Zhang, Y., Shelley, J. P., ... & Davis, L. K. (2025). Sexual trauma, polygenic scores, and mental health diagnoses and outcomes. *JAMA psychiatry*, *82*(1), 75-84.https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.3426

Li, J., Jin, Y., Xu, S., Luo, X., Wilson, A., Li, H., ... & Wang, Y. (2023). Anxiety and depression symptoms among youth survivors of childhood sexual abuse: a network analysis. *BMC psychology*, *11*(1), 278.https://doi.org/10.1186/s40359-023-01275-3

Lizarán, M., Almansa, B., Gómez-Merino, N., Zapata-de Miguel, C., Sánchez-Ruiz, J., Torres-Villasante, A., ... & García-Blanco, A. (2026). Emotional Dysregulation and Psychological Sequelae in Drug-Facilitated Sexual Assault Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 08862605251398447.https://doi.org/10.1177/08862605251398447

Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *16*(3), 198-214.https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330704

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, *2*(3), 223-250.https://doi.org/10.1080/15298860309027

Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, *74*, 193–218. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047

Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, *14*(1), 115-133. https://doi.org/10.1023/A:1007891716593

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

Paivio, S., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. American Psychological Association .https://doi.org/10.1037/12077-000

Rojas, M. (2024). Quality of life, conceptualization. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 5747-5751). Cham: Springer International Publishing.https://doi.org/10.1007/978-3-031-17299-1_3456

Suárez, L., Tay, B., & Abdullah, F. (2018). Psychometric properties of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment in Singapore. *Quality of Life Research*, *27*(11), 2945-2952.https://doi.org/10.1007/s11136-018-1947-8

Walker, H. E., Wamser-Nanney, R., & Howell, K. H. (2021). Child sexual abuse and adult sexual assault among emerging adults: Exploring the roles of posttraumatic stress symptoms, emotion regulation, and anger. *Journal of child sexual abuse*, *30*(4), 407-426.https://doi.org/10.1080/10538712.2021.1890295

Wastell, C. (2020). *Understanding trauma and emotion: Dealing with trauma using an emotion-focused approach*. Routledge.https://doi.org/10.4324/9781003118374

Wilson, H. W. (2026). Addressing Sexual Trauma in Girls Across Systems of Care. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *35*(1), 165-174.https://doi.org/10.1016/j.chc.2025.04.009