Military Caring Sciences
Volume 6, Issue 3, Autumn 2019 (Serial Number: 21)

Original Article

Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans

Atadokht. A[1]
*Gharib Bolouk. M[2]
Mikaeli. N[3]
Samadifard. HR[4]

1- Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Faculty of Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Iran.
*2- (*Corresponding Author) Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Iran. Email: masoumeh_gharibbolouk@uma.ac.ir*
3- Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Iran.
4- Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Iran.

Abstract

Introduction: Lack of social adjustment and experiential avoidance is attributed to many disorders and behavioral problems. The current study aimed at determining the effect of emotion-focused cognitive behavioral therapy (ECBT) on social adjustment and experiential avoidance in Iranian disabled veterans.

Materials and Methods: The current semi-experimental study with the case and control groups and pretest and posttest design was conducted on 40 Iranian disabled veterans covered by Bonyad Shahid of Gilan-e-gharb City in 2018. The subjects were selected by convenience sampling method. The demographic information, the Paykel social adjustment, and the Bond acceptance and action questionnaires were employed for data collection. Data were analyzed using MNCOVA.

Results: The obtained results showed a significant decrease in the mean score of experiential avoidance in the training group after receiving ECBT compared with the control group ($P<0.05$). Also, the mean score of social adjustment was significantly lower in the intervention group after receiving the treatment compared with that of the control group ($P<0.05$).

Discussion and Conclusion: ECBT was effective with the emphasis on correcting distorted cognition and teaching new behaviors, understanding excitement, understanding emotion, and adjusting excitement to increase social adjustment and reduce experiential avoidance in disabled veterans.

Keywords: Behavioral Therapy, Social Adjustment, Veteran.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

Akbar Atadokht, Masoumeh Gharib Bolouk, Niloufar Mikaeli, Hamid Reza Samadifard. Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans. Military Caring Sciences. 2019; 6 (3). 176-186.
Submission: 25/5/2019 Accepted: 31/7/2019 Published: 21/12/2019

اثربخشی درمان شناختی–رفتاری هیجان مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو

اکبر عطادخت[1]، *معصومه قریب بلوک[2]، نیلوفر میکاییلی[3]، حمیدرضا صمدی‌فرد[4]

چکیده

مقدمه: ناسازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی با بسیاری از اختلالات و مشکلات رفتاری مرتبط است. با توجه به اهمیت این امر پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمون و گروه کنترل انجام گرفت. نمونهٔ مورد مطالعه شامل تعداد ۴۰ نفر جانباز دارای نقص عضو که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ تحت حمایت بنیاد شهید شهرستان گیلان غرب بودند و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در گروه‌های آزمون و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند.. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، سازگاری اجتماعی پیکل و پرسشنامه پذیرش و عمل باند استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون، میزان میانگین نمرات اجتناب تجربی در گروه درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل است ($P<۰/۰۵$). همچنین در گروه درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار میزان میانگین نمرات سازگاری اجتماعی به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل است ($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری: درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار با تأکید بر اصلاح شناخت‌های تحریف شده و آموزش رفتارهای جدید، درک آگاهی هیجان، فهم هیجان و تنظیم هیجان بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو مؤثر است.

کلمات کلیدی: درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار، سازگاری اجتماعی، اجتناب تجربی، نقص عضو.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال ششم ■ شماره ۳ ■ پاییز ۱۳۹۸ ■ شماره مسلسل ۲۱ ■ صفحات ۱۷۶-۱۸۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۵
تاریخ انتشار: ۹۸/۹/۳۰

مقدمه

یکی از عواملی که برای اعضای خانواده و در کل به ساختار خانواده آسیب می‌رساند، معلولیت یکی از اعضای آن خانواده است که می‌تواند ناشی از حوادثی همچون جنگ باشد (۱) و این خود باعث پیامدهای متعددی همچون اجتناب، اضطراب اجتماعی، نارضایتی زناشویی و خانوادگی، مشکلات شغلی، انواع اختلالات اضطرابی، افسردگی و مشکلات اجتماعی برای خود شخص و خانواده به همراه دارد (۲). اختلالات روانشناختی در این افراد اغلب با مشکلات زیستی، اجتماعی، فیزیکی یا شیمیایی همراه هستند. جنگ اثرات عمیق، مداوم و پیچیده‌ای دارد که علاوه بر مبتلا کردن افراد بازمانده

۱ـ دکترای روانشناسی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۲ـ دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (* نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیکی: masoumeh_gharibbolouk@uma.ac.ir
۳ـ دکترای روانشناسی، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۴ـ دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

به اختلال استرس پس از سانحه خانواده و مراقبت کنندگان آن‌ها که قربانیان ثانویه نام دارند را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). در کل مشکلات و عوارض جسمانی ناشی از جنگ باعث کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی جانبازان و همچنین افزایش استرس اجتماعی آنان می‌شود (۴). مطالعات انجام شده مؤید این نکته بوده است که اکثر جانبازان وضعیت سازگاری مناسبی در بعد عاطفی، اجتماعی و سلامتی ندارند (۵). سازگاری اجتماعی (Social Adjustment)، هماهنگ ساختن رفتار به منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌ها قلمداد می‌شود (۶). از طرفی یکی از عوامل خطرآفرین بعد از مواجه شدن با آسیب، اجتناب تجربی (Avoidance Experiential) است که پیش‌بینی کننده علائم و نشانه‌های آسیب شناسی روانی می‌باشد (۷). اجتناب تجربی سازه‌ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و دوم تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (۸).

از جمله آموزش‌های درمانی که می‌تواند بر سلامت روان جانبازان تأثیر داشته باشد و تاکنون کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار (Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy-ECBT) است که با تأکید بر مهارت در شناسایی و تشخیص هیجانات خود و دیگران (آگاهی هیجانی) به تأثیرگذاری بر اضطراب و نیز سایر هیجانات شدید منفی می‌پردازد (۹). مداخله متمرکز بر هیجانات باید از تکنیک‌های افزایش تجارب هیجانی بر اساس راهبردهای اجتنابی باشد (۱۰). مطالعه‌ای نشان داد، افرادی که سطوح بالای بدتنظیمی هیجان را دارند، سطح بالاتری از بهبود را در درمان ECBT گزارش دادند (۱۱). به طور خلاصه، شواهد تجربی نشان می‌دهد که برنامه‌های CBT (Cognitive Behavioral Therapy) متمرکز بر هیجانات که به طور خاص هدف آن تنظیم هیجانات فراتر از تجربه اضطراب می‌باشند، ممکن است برای افراد سودمند باشد (۱۲).

افراد مواجهه شده با رویدادهای آسیب‌زا ممکن است سعی کنند تا از رویدادهایی که یادآور لحظات ناراحت کننده هستند اجتناب کند، چرا که این‌ها باعث مشکلات روانی و یادآور درد و رنج می‌شوند، در نتیجه در صورت نبود حمایت اجتماعی کافی، سازگاری فرد با محیط مختل می‌شود (۱۳). نتایج پژوهش سیپل (Sippel) حاکی از آن است که تعداد زیادی از جانبازان در ارتباط برقرار کردن با دیگران دچار ناراحتی می‌شوند و همچنین نشانه‌های بی‌حسی عاطفی به طور مستقل با پریشانی عاطفی بیشتر و تماس اجتماعی کمتر مرتبط است (۱۴). یافته‌های مطالعه هسیا (Hassija) نشان داد که رویدادهای آسیب‌زای زندگی ارتباط قوی و منحصر به فردی با سازگاری اجتماعی و عملکرد اجتماعی بخصوص، فعالیت‌های اجتماعی دارد (۱۵). پژوهشگران دیگر نیز نشان دادند که رویداد آسیب‌زا بر سازگاری روانی و اجتماعی تأثیر منفی دارد، آن‌ها همچنین بیان کردند که برخی جانبازان از انزوای اجتماعی رنج می‌برند (۱۶). اجتناب تجربی در ایجاد و تداوم اختلالات روانی به دنبال تجربه رویدادهای آسیب‌زا نقش مهمی دارد، حتی زمانی که افسردگی و سطح پیچیده علائم غم و اندوه کنترل می‌شود، حساسیت اضطرابی و علائم PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) و اضطراب، تنها در میان افرادی که اجتناب‌تجربی بالایی دارند، وجود دارد (۱۷). نتایج مطالعه‌ای حاکی از آن است که ترکیب شناختی و اجتناب تجربی که دو فرایند مرتبط و اصلی نسبت به عدم انعطاف‌پذیری روانی است به طور معنی‌داری با چهار شاخص پریشانی روانی (اضطراب، افسردگی، استرس و اختلال استرس پس از سانحه) مرتبط است (۱۸). در یک مطالعه نشان داده شد که ابعاد سیستم فعال سازی رفتاری، به ویژه در افرادی که اجتناب تجربی بالایی دارند به طور منحصر به فردی با علائم طولانی مدت غم و اندوه مرتبط است (۱۹). یافته‌های یک مطالعه دیگر نشان داد که اجتناب تجربی به عنوان میانجی بین نشانه‌های PTSD در طول زندگی و حمایت اجتماعی عمل می‌کند و ممکن است یک هدف مهم برای بهبود و درمان علائم PTSD باشد (۲۰).

رویدادهای آسیب‌زای زندگی عامل مهمی برای بروز اختلالات روانی در بین جانبازان است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که جانبازان دارای مشکلاتی مانند ضعف عملکرد شغلی و جسمی (۲۱)، افسردگی (۲۲)، ضعف عملکرد اجتماعی (۲۳)، مصرف الکل (۲۴) اختلالات مصرف مواد (۲۵)، مشکلات رفتاری و بازداری رفتار (۲۶)، کاهش کیفیت خواب (۲۷) و افکار خودکشی (۲۸) می‌باشند.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

همچنین نبود سازگاری اجتماعی باعث اختلال در عملکرد شناختی افراد (۲۹) و ضعف مهارت‌های اجتماعی و اجتناب تجربی باعث ایجاد و تداوم اختلالات روانی می‌شود (۳۰)؛ بنابراین با توجه به اهمیت این امر، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع طرح‌های پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل تمام مردانی بود که به دلیل حوادث دوران جنگ و مواجهه شدن با انفجار مین منجر به نقص عضو، در بعد از دوران جنگ در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۷ تحت حمایت بنیاد شهید شهرستان گیلان‌غرب بودند. با توجه به ادبیات پژوهش برای بررسی‌های مداخله‌ای که حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر است (۳۱). لذا، به جهت اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و نتایج پژوهش در جهت تعمیم‌دهی تا حدی قابل قبول باشد، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۲۰ نفری (گروه درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان و گروه کنترل) به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. برای گروه اول، درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه (جدول ۱)، به مدت دو

جدول ۱- ساختار جلسات درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار

جلسه اول: برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت آسیب و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی.
جلسه دوم: شناسایی هیجان‌های اساسی، ارائه آموزش هیجانی (شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده؛ از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها)، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان‌ها. منطق و دلیل تنفس عمیق، روش‌های تنفس عمیق.
جلسه سوم: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی (عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها و مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی آن‌ها)، منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، اجرای آرمیدگی پیش‌رونده، تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند، ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی (ایفای نقش هیجانی) دریافت رویدادهای روزمره و به چالش کشیدن آن‌ها.
جلسه چهارم: شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آن‌ها مشکل دارند، مواجهه با هیجانات مرتبط با اضطراب، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان‌ها، استفاده از تکنیک آرام سازی، مواجهه سازی به صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان‌هایی که در تنظیم آن مشکل دارند، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان.
جلسه پنجم: شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آن‌ها مشکل دارند، آموزش آرامیدگی ذهنی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها تا آزمودنی‌ها احساس ناقص بودن و ناکافی بودن را در خود بشکنند و به کاوش درباره دو جنبه متفاوت تجربه خود بپردازند.
جلسه ششم: شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان، شناسایی هیجان‌های خاص مرتبط با اضطراب، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای در برابر هیجان‌های ناسازگار، ایجاد دیدگاه‌های جدید.
جلسه هفتم: تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها از طریق توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها. تغییر ارزیابی‌های شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد بازارزیابی.
جلسه هشتم: ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای. آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات در جنبه‌های مهم زندگی.
جلسه نهم: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
جلسه دهم: آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، مواجه ذهنی، شکل‌گیری چرخه جدیدی از رفتار، ارائه نمونه‌هایی از ابراز هیجان در زندگی افراد، که در پیش روی آن‌ها است، در جهت تحکیم یادگیری مهارت‌های جدیدی که آموخته شده است، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربردی، مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

ماه و برای گروه دوم که به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد، هیچ‌گونه آموزشی ارائه نگردید. برای هر دو گروه قبل از اعمال مداخله پیش آزمون و بعد از اعمال مداخله یعنی پایان جلسه دهم پس آزمون اجرا شد. اجرای این پژوهش به این صورت بود که بعد از هماهنگی‌های لازم اداری و مراجعه به مرکز بنیاد شهید شهرستان گیلان‌غرب لیست تمامی افرادی که به علت حوادث جنگ و انفجار مین منجر به نقص عضو، در بعد از دوران جنگ (در این پژوهش نقص عضو پا، دست، مچ پا و...) در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۷ تحت حمایت بنیاد شهید قرار گرفته بودند در اختیار قرار گرفت. سپس ۴۰ نفر از میان آن‌ها که ملاک‌های ورود و خروج را داشتند و به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. مسئول این آموزش یک دانشجوی دکترای روانشناسی با نظارت یک نفر دکترای روانشناسی بود. محل آموزش نیز در بنیاد شهید گیلان‌غرب بود. در مرحله اول پرسشنامه‌های سازگاری اجتماعی و پذیرش و عمل به عنوان پیش آزمون اجرا شد و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان برای گروه آزمون، به صورت مشارکتی در ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و در پایان هر جلسه تکالیف خانگی تعیین می‌شد و برای گروه دوم (کنترل) هیچ‌گونه آموزشی اعمال نشد. در مرحله پایانی نیز همه آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی به عنوان پس آزمون پاسخ دادند. در ضمن برای کنترل اثر حضور در جلسات درمانی، گروه کنترل نیز در جلساتی که محتوای درمانی نداشت و صرفاً در مورد مسائل کلی صحبت می‌شد حضور یافت. برای تعدیل اثرات پیش‌آزمون داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری در نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است برای رعایت شرایط همگنی گروه‌ها، ملاک‌های ورود و خروج به شرح زیر رعایت شد: نقص عضو به علت مواجهه با رویداد آسیب‌زای جنگ یا انفجار مین، نداشتن بیماری روان‌پزشکی یا پزشکی، عدم مصرف داروهای روان‌شناختی، سواد خواندن و نوشتن جهت پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها. همچنین غیبت بیش از یک سوم جلسات درمان، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف خانگی معیارهای خروج آزمودنی‌ها بودند. در این پژوهش هیچ کدام از آزمودنی‌ها از پژوهش حذف نشدند و ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها به طور ثابت در تمام جلسات شرکت کردند و ۸ نفر دیگر غیبت کمتر از یک سوم جلسات را داشتند به همین دلیل از پژوهش خارج نشدند. تمام آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش آزادی کامل داشته و سعی شد جلسات درمانی در وقت آزاد آزمودنی‌ها برگزار شود و وقت جلسه بعدی با هماهنگی خود آن‌ها تعیین می‌گردید. اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها کاملاً محفوظ نگاه داشته شد و بعد از اتمام تحقیق برای کمک به گروه کنترل و افرادی که پاسخ‌دهی ضعیفی به درمان گروهی داشتند، آدرس مرکز مشاوره خصوصی پژوهشگران در اختیار همه آن‌ها قرار داده شد تا در صورت تمایل از امکانات رایگان مرکز استفاده کنند. اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. محتوای مداخله به شرح زیر بود:

فرآیند درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار: درمان ECBT (Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy) در ۱۰ جلسه و هفته‌ای یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد (۱۱). پژوهشگران این درمان را بر اساس دستورالعمل درمان سوگ (Suveg) طراحی و تهیه کرده‌اند (۳۲). درمان ECBT شامل اجزای اصلی CBT (Cognitive Behavioral Therapy) است، ولی محتوای آن به طور خاصی برای حل مشکلات مختلف تنظیم هیجانات است.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه سازگاری اجتماعی: در این پژوهش از پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی (Social Adjustment Questionnaire) که توسط پیکل و وایسمن (Paykel, Weissman) طراحی شده است، استفاده شد (۳۳). این مقیاس شامل وظایف روزمره، فعالیت‌های اجتماعی، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی و وضعیت اقتصادی است. این پرسشنامه ۵۴ سؤال دارد که پاسخ‌دهندگان بنا بر شرایط خود، حداکثر به ۴۲ سؤال آن پاسخ می‌دهند. حداقل امتیاز در این آزمون ۴۲ و حداکثر امتیاز ۲۱۰ است. بالا بودن نمره کلی حاکی از آن است که آزمودنی از سازگاری اجتماعی نامطلوبی برخوردار است. همبستگی بین نمره کلی با زیرمقیاس‌های آزمون بین ۰/۹۱ تا ۰/۸۳ بود.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۴۷ و متوسط پایایی بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش شد. از طرفی پرسشنامه دارای روایی محتوایی و همزمان ۰/۸۷ است (۳۳). در این پژوهش ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل: پرسشنامه پذیرش و عمل (Acceptance and Action Questionnaire) در بطن درمان پذیرش و تعهد (۳۴) به عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری اجتناب‌تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی توسط باند (Bond) و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است. این ابزار دارای ۱۰ سؤال بوده و ابزار مفیدی برای ارزیابی اجتناب‌تجربی و پیامدهای درمان پذیرش و تعهد به حساب می‌آید (۳۵). پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) اندازه‌گیری می‌شود. باند (Bond) و همکاران دریافتند که این پرسشنامه پایایی ثبات درونی (۰/۸۴) و بازآزمایی (r=۰/۸۱ در سه ماه و r=۰/۷۹ در ۱۲ ماه) و اعتبار سازه بالایی دارد. این پژوهشگران گزارش کردند که نمرات بالاتر در این پرسشنامه با علائم افسردگی، اضطراب و استرس، سرکوب افکار و آشفتگی روان‌شناختی همبسته می‌باشد (۳۵). پایایی این آزمون بر روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر نیز ۰/۷۶ به دست آمد.

یافته‌ها

تعداد ۲۰ نفر جانباز دارای نقص عضو، به عنوان گروه آزمون با میانگین سنی ۵۵/۸ و انحراف معیار ۷/۹۴ و تعداد ۲۰ نفر جانباز دارای نقص عضو، به عنوان گروه کنترل با میانگین سنی ۵۷/۴۳ و انحراف معیار ۸/۵۳ در این پژوهش شرکت داشتند. از این تعداد در گروه آزمون ۷ نفر دارای تحصیلات ابتدایی، ۹ نفر کارشناسی و ۴ نفر دارای کارشناسی ارشد بودند و در گروه کنترل ۶ نفر دارای تحصیلات راهنمایی و ۸ نفر دبیرستان، ۶ نفر کارشناسی بودند که در این پژوهش شرکت کردند.

در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمون و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون برای متغیر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی ارائه شده است. مقایسه میانگین‌ها در دو گروه آزمون و کنترل نشان داد که میانگین پس آزمون گروه آزمون نسبت به گروه کنترل در سازگاری اجتماعی پایین‌تر است (با

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی

مرحله آزمون		گروه آزمون	گروه کنترل
		M±SD	M±SD
پیش‌آزمون	سازگاری اجتماعی	۷۸/۲۲±۹۲/۱۷	۷۹/۲۲±۸۸/۸۲
	اجتناب تجربی	۳۵/۵±۲۱/۹۴	۳۴/۵±۲۳/۴۳
پس‌آزمون	سازگاری اجتماعی	۴۸/۱۵±۷۷/۵۲	۷۷/۲۱±۱۲/۸۳
	اجتناب تجربی	۲۹/۴±۱۱/۲۲	۳۳/۵±۴۴/۱۰

توجه به نمره‌گذاری مقیاس که نمره پایین به معنای سازگاری اجتماعی بالاست) در حالی که در گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود. همچنین میانگین پس آزمون گروه آزمون نسبت به گروه کنترل در اجتناب تجربی پایین‌تر است.

با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره، تفاوت بین دو گروه آزمون و کنترل از لحاظ تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون-پس آزمون در متغیرهای وابسته (سازگاری اجتماعی، اجتناب تجربی) مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا جهت بررسی همسانی واریانس‌ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لوین (Levene) استفاده شد و نتایج نشان داد که سطح آماره (f) برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نیست (P<۰/۰۵) و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها (گروه آزمون و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها باهم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس‌ها از آزمون باکس (Box) استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست (Box =۶/۷۷۷، f=۰/۷۵؛ P=۰/۵۲) در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را دارا می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد این دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد (F=۷۶/۰۵؛ ۰/۰۰۱).

همان طوری که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین افراد دارای نقص عضو گروه آزمون و کنترل از نظر عامل اجتناب تجربی و سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

جدول ۳- نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون معناداری تحلیل کواریانس چند متغیری بر متغیر وابسته

منبع	نام آزمون	سطح آماره	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثرپیلایی	۷۶/۰۵	۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	لامبدا ویلکز	۷۶/۰۵	۵	۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	اثر هتلینگ	۷۶/۰۵	۵	۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۷۶/۰۵	۵	۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر روش درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	درجه آزادی	سطح آماره	معناداری	میزان تأثیر
پیش آزمون	اجتناب تجربی	۱	۳/۱۵	۰/۰۵۸	۰/۲۱
	سازگاری اجتماعی	۱	۰/۳۶۵	۰/۵۴	۰/۰۸
پس آزمون	اجتناب تجربی	۲	۲۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	سازگاری اجتماعی	۱	۹/۱۷۵	۰/۰۱۷	۰/۵۱

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر اثر بخشی روش درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی در افراد دارای نقص عضو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون، میزان میانگین نمرات سازگاری اجتماعی در گروه درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل است به این معنی که این شیوه درمان در کاهش ناسازگاری اجتماعی در افراد دارای نقص عضو اثربخش است. این نتایج همسو با نتایج مطالعات دیگر (۱۳، ۱۶) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این درمان ممکن است با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش‌های فرد را دارد، همچنین ممکن است با افزایش فعالیت‌های لذت بخش و تأثیر بر گستره و کیفیت روابط و از آن طریق تأثیر بر حمایت اجتماعی می‌تواند موجب افزایش سازگاری آنان با مشکلاتشان شود. همچنین ممکن است که افراد با استفاده درست از هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ها به ویژه هیجان‌های مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان سازگاری آن‌ها در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی بهبود پیدا خواهد کرد (۱۳). از طرفی ممکن است که مشکلات جسمانی و روانی آن‌ها باعث شود که در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند که آثار منفی آن می‌تواند به صورت مشکلاتی در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی ظاهر شود؛ اما این درمان باعث می‌شود که از وجود هیجان‌های منفی و تأثیر منفی آن‌ها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با باز ارزیابی هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خویش تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات جسمانی، روانی و به طور خاص ناسازگاری خویش را کاهش دهند (۱۶).

در راهبردهای شناختی- رفتاری در درجه اول بر فرایندهای فکری مرتبط با رفتار که با مشکلات هیجانی و رفتاری ارتباط دارند، تأکید می‌شود و با کمک به فرد برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر در رفتار خویش تشویق می‌شود به طوری که این امر منجر به تغییر در احساسی که فرد نسبت به خود دارد می‌گردد. علاوه بر این تأثیر جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با عوامل استرس‌زا را برای فرد امکان‌پذیر می‌سازد (۱۰، ۱۱). یافته‌های پژوهش نشان داد که با توجه به مهارت‌های آموزش داده شده، افراد مورد بررسی تا حدودی توانستند با تعمق و تأمل در ویژگی‌های خود به نقاط ضعف خود پی برده و درصدد اصلاح آن برآیند و با تکیه بر نقاط مثبت و جایگزینی درست افکار منطقی به جای تحریفات شناختی نامطلوب؛ سعی در بهبودی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

افکار، احساسات و عواطف خود با دیگران داشته باشند (۳۲). افرادی که در این پژوهش شرکت کردند و درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار را دریافت کردند، ممکن است یاد گرفته باشند که چگونه حس اطمینان را جایگزین احساس تردید کنند و در یک بازسازی مجدد افکار منفی، تحریفات شناختی خود را شناسایی و آن‌ها را با افکار منطقی به‌طور مناسب‌تری جایگزین و سازماندهی کنند (۱۲). با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت که این نتیجه در راستای آن جنبه از یافته‌هایی قرار دارد که نشان دادند بازداری هیجانی به عنوان راهبردی منفی در تنظیم هیجان منجر به مشکلاتی در ابعاد سازگاری می‌شود و باز ارزیابی شناختی هیجان‌ها به عنوان راهبرد مثبت تنظیم هیجان، بهبود سازگاری را به دنبال دارد (۱۰). آموزش نظم بخشی هیجانی شامل کاهش و مهار هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها است. باید اذعان داشت که بخشی از راهبردهای نظم بخشی شناختی هیجان به آموزش مهارت‌های حل مسئله، مهارت مهار خشم، شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های آسیب‌زای شناختی و آموزش راهبردهای ارزیابی دوباره اختصاص دارد. از این‌رو می‌توان گفت که بهره‌گیری از راهبردهای نظم بخشی هیجان از طریق فنون یادشده باعث می‌شود که این افراد بتوانند در شرایط پرفشار و پرتنش حاصله از مشکلات جسمانی و روانی عملکردی سازگارانه و انعطاف‌پذیرتری داشته باشند. بعضی از پژوهشگران معتقدند که هیجان‌های مثبت، منابع روانشناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می‌کند؛ در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثری استفاده کند (۱۱).

همچنین نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون، میزان میانگین نمرات اجتناب تجربی در گروه درمان شناختی-رفتاری متمرکز پرهیجان به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل است. به این معنی که این شیوه درمان در کاهش اجتناب تجربی در افراد دارای نقص عضوی اثر بخش است. این نتایج همسو با نتایج تحقیقات دیگر (۱۷، ۲۰) همسو بود. در توجیه این یافته می‌توان گفت که این درمان می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها ممکن است نقش مهمی در کاهش اجتناب تجربی مرتبط با رویداد آسیب‌زای زندگی آن‌ها داشته باشد، زیرا مطالعات قبلی نشان داده است که سطوح بالای هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی نقش مهمی در قضاوت و ادراک مثبت از خویش دارد (۱۷). به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از روش‌های درمانی است که به این افراد کمک می‌کند تا رویداد آسیب‌زای گذشته را بیشتر پذیرفته و به دلیل اجتناب از تفکرات و نشانه‌های که یادآور رویداد آسیب‌زایی که منجر به نقص عضو شده، پرهیز نموده و به جای اجتناب کردن از این نشانه‌ها، بر یادگیری‌های جدید که منجر به تغییر رویه زندگی کردن می‌شود تأکید نموده و اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر یادگیری‌های جدید سازمان‌دهی نمایند (۱۸). لذا، پس از طی نمودن این فرآیند، فرد به وسیله پذیرش تفکرات مثبت و مواجهه شدن با صحنه‌ها و مکان‌های که از آن‌ها اجتناب می‌کرد و نیز، جدا نمودن اعمال از تفکر؛ از بند تفکرات نشخوار کننده و ناکارآمد و هیجانی رهایی یافته و به مسیر ارزشمند زندگی خود بر می‌گردد. این تکنیک‌ها همان مکانیزم‌هایی هستند که در تعریف و ضابطه مندی کاربرد ECBT، در درمان اختلالات متعدد به آن‌ها اشاره شده است (۱۹). از امتیازات بارز این درمان آن است که به فرد نوعی فرصت یادگیری و مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی، افزایش تنظیم هیجان را می‌دهد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد بلکه به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجهه گردد. مهمترین مشکل این افراد زندگی در گذشته و سبک مقابله هیجانی، منفی و ناکارآمد است به طوری که آن‌ها مکرراً خاطرات آسیب‌زای گذشته را در ذهن نشخوار می‌کنند؛ بنابراین درمان ECBT، به این افراد کمک کرده تا بتوانند بیشتر با تجارب هیجانی خود در تماس باشند (۲۰).

با بررسی نقش اجتناب در همبودی اختلالات روانی، می‌توان به اهمیت بالینی آن در روان درمانی پی برد، زیرا برخی مدل‌های درمانی شناختی-رفتاری بر اهمیت اجتناب تأکید دارند (۱۸، ۱۹). همچنین، درمان شناختی-رفتاری به بازسازی شناختی، یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش بیش برآوردسازی خطر و بیش مهم‌پنداری افکار می‌شود. طی درمان به افراد آموزش داده می‌شود که در صورت هجوم افکار مزاحم، با به کارگیری روش‌های درمانی مناسب با آن‌ها مقابله کنند (۲۰). در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

و روانشناسی انجام شده محدودیت‌هایی وجود دارد، از جمله اثر اجرای پیش‌آزمون بر نمرات پس آزمون و عدم اجرای پیگیری به منظور بررسی تداوم اثربخشی روش‌های مورد استفاده و انتخاب نمونه پژوهش به صورت در دسترس بود، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، کنترل نکردن متغیرهایی مانند نوع و مقدار نقص عضو یا درصد جانبازی و میزان حمایت اجتماعی دریافت شده است که می‌تواند بر نتایج تحقیق اثر بگذارد، بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با کنترل این متغیرها انجام گیرد. همچنین اثربخشی رویکرد مورد استفاده در پژوهش حاضر می‌تواند در نمونه‌های بالینی مبتلا به مشکلات روانشناختی مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار با تأکید بر اصلاح شناخت‌های تحریف شده و آموزش رفتارهای جدید، درک آگاهی هیجان، فهم هیجان و تنظیم هیجان بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش اجتناب تجربی مؤثر است. نظم بخشی هیجانی و به ویژه راهبرد مثبت بازارزیابی شناختی هیجان‌ها باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود. به منظور تعمیم بیشتر نتایج پیشنهاد می‌شود این پژوهش با تعداد نمونه بیشتر و در مناطق دیگر کشور نیز صورت گیرد و در مطالعات مشابه آتی، برای پیشگیری از سوگیری احتمالی در تشخیص و ارزیابی، از روش‌های دیگری مانند مصاحبه بالینی استفاده شود. همچنین اثربخشی رویکرد مورد استفاده در پژوهش حاضر می‌تواند در نمونه‌های بالینی مبتلا به مشکلات روانشناختی مختلف مورد بررسی قرار گیرد و نیز پیشنهاد می‌شود که این رویکرد درمانی با دیگر رویکردهای درمانی در جامعه ایرانی مورد مقایسه قرار گیرد تا میزان کارآمدی آن نسبت به سایر رویکردهای درمانی مشخص شود.

تشکر و قدردانی

از همکاری و همراهی صمیمانه کارکنان بنیاد شهید شهرستان گیلان غرب و جانبازان مشارکت کننده در این پژوهش صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1- Samadifard HR, Narimani M. Life Expectancy in the Spouses of Veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2018;10(3):151-6. http://dx.doi.org/10.29252/ijwph.10.3.151
2- Cushing RE, Braun KL. Mind-Body Therapy for Military Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. J Altern Complement Med. 2018;24(2):106-14. http://dx.doi.org/10.1089/acm.2017.0176 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28880607
3- Armenta RF, Rush T, LeardMann CA, Millegan J, Cooper A, Hoge CW, et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. BMC Psychiatry. 2018;18(1):48. http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1590-5 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29452590
4- Hasani Tabatabai L, Shaker Dioulagh A. Comparison of Stress and Social Support between Veterans and Non-Veterans; Case Study of Urmia City, Iran. Iranian J War & Public Health. 2017;9(3):141-6. http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.ijwph.9.3.141
5- Kopacz MS, Ames D, Koenig HG. Association Between Trust and Mental, Social, and Physical Health Outcomes in Veterans and Active Duty Service Members With Combat-Related PTSD Symptomatology. Front Psychiatry. 2018;9:408. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00408 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30233429
6- Waqas A, Raza N, Zahid T, Rehman A, Hamid T, Hanif A, et al. Predictors of post-traumatic stress disorder among burn patients in Pakistan: The role of reconstructive surgery in post-burn psychosocial adjustment. Burns. 2018;44(3):620-5. http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2017.09.012 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29287731
7- Kelly MM, DeBeer BB, Meyer EC, Kimbrel NA, Gulliver SB, Morissette SB. Experiential avoidance as a mediator of the association between posttraumatic stress disorder symptoms and social support: A longitudinal analysis. Psychol Trauma. 2019;11(3):353-9. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000375 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30525774
8- Serrano-Ibanez ER, Ramirez-Maestre C, Esteve R, Lopez-Martinez AE. The behavioural inhibition system, behavioural activation system and experiential avoidance as explanatory variables of comorbid chronic pain and posttraumatic stress symptoms. Eur J Psychotraumatol. 2019;10(1):1581013. http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2019.1581013 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30891160
9- Strombom Y, Karlsson J, Fredrikson M, Melin L, Magnusson P.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

Cognitive behavioral therapy for frequent attenders in primary care. Health Sci Rep. 2018;1(9):e80. http://dx.doi.org/10.1002/hsr2.80 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30623103

10- Sugiura Y, Sugiura T. Emotional intensity reduces later generalized anxiety disorder symptoms when fear of anxiety and negative problem-solving appraisal are low. Behav Res Ther. 2015;71:27-33. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.05.015 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26057437

11- Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, et al. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2018;19(1):506. http://dx.doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30231910

12- Nielsen SKK, Hageman I, Petersen A, Daniel SIF, Lau M, Winding C, et al. Do emotion regulation, attentional control, and attachment style predict response to cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? - an investigation in clinical settings. Psychother Res. 2019;29(8):999-1009. http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2018.1425933 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29357764

13- Omar M, Elfaydi F, Mikail L, Rashed K. Post-traumatic Stress Disorder and Psychological and Social Adjustment among Libyan Who Participated in 17th of February Revolution: A Structural Equation Modeling Analysis. International Journal of Social Science and Humanity. 2016;6(9):677-80. http://dx.doi.org/10.18178/ijssh.2016.6.9.731

14- Sippel LM, Watkins LE, Pietrzak RH, Hoff R, Harpaz-Rotem I. The Unique Roles of Emotional Numbing and Arousal Symptoms in Relation to Social Connectedness Among Military Veterans in Residential Treatment for PTSD. Psychiatry. 2018;81(3):271-82. http://dx.doi.org/10.1080/00332747.2017.1395313 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30015602

15- Hassija CM, Garvert DW, Cloitre M. Brief Report: Symptoms of PTSD, Coping Strategies, and Social Adjustment among Survivors of Early Life Interpersonal Trauma. J Aggression, Maltreatment & Trauma. 2015;24(5):520-31. http://dx.doi.org/10.1080/10926771.2015.1029178

16- Hori H, Kim Y. Inflammation and post-traumatic stress disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 2019;73(4):143-53. http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12820 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30653780

17- Bardeen JR. Short-term pain for long-term gain: the role of experiential avoidance in the relation between anxiety sensitivity and emotional distress. J Anxiety Disord. 2015;30:113-9. http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.013 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25723652

18- Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. J Contextual Behav Sci. 2016;5(1):1-6. http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002

19- Williams JL, Hardt MM, Henschel AV, Eddinger JR. Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. Psychiatry Res. 2019;273:336-42. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.020 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30682554

20- Goldstein B, Bradley B, Ressler KJ, Powers A. Associations Between Posttraumatic Stress Disorder, Emotion Dysregulation, and Alcohol Dependence Symptoms Among Inner City Females. J Clin Psychol. 2017;73(3):319-30. http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22332 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27467499

21- Oster C, Morello A, Venning A, Redpath P, Lawn S. The health and wellbeing needs of veterans: a rapid review. BMC Psychiatry. 2017;17(1):414. http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1547-0 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29284431

22- Horesh D, Lowe SR, Galea S, Aiello AE, Uddin M, Koenen KC. An in-depth look into PTSD-depression comorbidity: A longitudinal study of chronically-exposed Detroit residents. J Affect Disord. 2017;208:653-61. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.053 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27816322

23- Tay AK, Rees S, Chan J, Kareth M, Silove D. Examining the broader psychosocial effects of mass conflict on PTSD symptoms and functional impairment amongst West Papuan refugees resettled in Papua New Guinea (PNG). Soc Sci Med. 2015;132:70-8. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.020 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25795990

24- McDevitt-Murphy ME, Luciano MT, Tripp JC, Eddinger JE. Drinking motives and PTSD-related alcohol expectancies among combat veterans. Addict Behav. 2017;64:217-22. http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.029 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27664565

25- Bowen S, De Boer D, Bergman AL. The role of mindfulness as approach-based coping in the PTSD-substance abuse cycle. Addict Behav. 2017;64:212-6. http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.043 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27664564

26- Simons JS, Simons RM, O'Brien C, Stoltenberg SF, Keith JA, Hudson JA. PTSD, alcohol dependence, and conduct problems: Distinct pathways via lability and disinhibition. Addict Behav. 2017;64:185-93. http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.044 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27619010

27- Brown WJ, Wilkerson AK, Milanak ME, Tuerk PW, Uhde TW, Cortese BM, et al. An examination of sleep quality in veterans with a dual diagnosis of PTSD and severe mental illness. Psychiatry Res. 2017;247:15-20. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.062 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27863313

28- Mikaeili N, Molavi P, Einy S, Tagavy R. Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Emotional Dysregulation, Hopelessness and Suicidal Ideation in Post-Traumatic Stress Disorder Veterans. Iranian J War & Public Health. 2017;9(3):111-7. http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.ijwph.9.3.111

29- Teeters JB, Lancaster CL, Brown DG, Back SE. Substance use disorders in military veterans: prevalence and treatment challenges. Subst Abuse Rehabil. 2017;8:69-77. http://dx.doi.org/10.2147/SAR.S116720 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919834

30- Raskind MA, Peskind ER, Chow B, Harris C, Davis-Karim A,

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]

Holmes HA, et al. Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans. N Engl J Med. 2018;378(6):507-17. http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1507598 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29414272

31- Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. 6sd ed. Tehran: Viraesh Press; 1999.

32- Suveg C, Jones A, Davis M, Jacob ML, Morelen D, Thomassin K, et al. Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Anxiety Disorders: A Randomized Trial. J Abnorm Child Psychol. 2018;46(3):569-80. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-017-0319-0 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28580504

33- Paykel ES, Weissman M, Prusoff BA, Tonks CM. Dimensions of social adjustment in depressed women. J Nerv Ment Dis. 1971;152(3):158-72. http://dx.doi.org/10.1097/00005053-197103000-00002 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5547811

34- Fernandez-Rodriguez C, Paz-Caballero D, Gonzalez-Fernandez S, Perez-Alvarez M. Activation vs. Experiential Avoidance as a Transdiagnostic Condition of Emotional Distress: An Empirical Study. Front Psychol. 2018;9:1618. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30233461

35- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. 2011;42(4):676-88. http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035996

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.3.3]