مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۴، آذر ۱۴۰۴، ۸۰۶-۷۸۹

تدوین و اعتباریابی بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری در زنان قربانی خشونت مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه پیچیده: یک مطالعه توصیفی

مریم مبلی[۱]، احمد برجعلی[۲]، فرامرز سهرابی[۳]، ابوالقاسم عیسی مراد[۴]، جلیل یونسی[۵]

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۱۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۴/۰۷/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: شیوع پیامدهای چندبعدی خشونت خانگی در زنان، علائم مزمن اختلال استرس پس از ضربه پیچیده و نیز کفایت محدود پروتکل‌های موجود برای این اختلال، ضرورت تدوین مداخلات متناسب و بومی را تقویت می‌کند. هدف پژوهش حاضر، تدوین و اعتباریابی یک بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری برای زنان قربانی خشونت مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پیچیده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت توصیفی است. به کمک بررسی کتب و مقالات معتبر در دو رویکرد شناختی رفتاری و هیجان مدار، به همراه استفاده از روش تحلیل مضمون، محتوای بسته درمانی در ۱۶ جلسه توسط استادان ناظر اصلاح و نهایی شد. سپس به ۱۰ عضو هیأت علمی رشته روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی ارائه گردید تا با استفاده از نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوا، روایی محتوایی این بسته ارزیابی شود.

یافته‌ها: نتایج بررسی روایی محتوایی نشان داد که تمامی جلسات به جزء جلسه ارزیابی افکار میانجی از مقادیر مطلوب برای نسبت روایی محتوا بالاتر از ۰/۶۲ و شاخص روایی محتوا بالاتر از ۰/۷۹ برخوردار بودند و مورد تأیید متخصصان قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: تحلیل بازخورد متخصصان نشان داد که طراحی مرحله‌ای جلسات، پوشش هم‌زمان ابعاد هیجانی و شناختی، تمرکز بر تنظیم هیجانی، بازسازی شناختی و پردازش هیجانات دردناک از نقاط قوت بسته محسوب می‌شوند. با توجه به نتایج این مطالعه، بسته درمانی مذکور دارای کفایت محتوایی مناسبی برای مداخله در زنان قربانی خشونت مبتلا به این اختلال بوده و می‌تواند در پژوهش‌های مداخله‌ای آینده مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی رفتاری، زنان قربانی خشونت، اختلال استرس پس از ضربه پیچیده

ارجاع: مبلی م، برجعلی ا، سهرابی ف، عیسی مراد ا، یونسی ج. تدوین و اعتباریابی بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری در زنان قربانی خشونت مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه پیچیده: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۴، دوره ۲۴، شماره ۹، صفحات: ۸۰۶-۷۸۹.

۱- (نویسنده مسئول) دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
تلفن: ۰۲۱-۴۸۳۹۳۲۴۰، پست الکترونیکی: maryam_mobli@atu.ac.ir
۲- استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳- استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۴- دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۵- استاد گروه روانسنجی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

در نسخه تجدیدنظر یازدهمین راهنمای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (International Classification of Diseases 11 th Revision; ICD-11) که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸ منتشر شد، مفهومی اصلاح شده از آسیب‌های مربوط به تروما و اختلال جدیدی به نام اختلال استرس پس از ضربه پیچیده (Complex Posttraumatic Stress Disorder; CPTSD) معرفی شده است (۱).

افراد مبتلا به CPTSD ۳ گروه از علامت‌های PTSD و سه گروه از علائم منعکس کننده اختلال در سازماندهی خود (بدتنظیمی هیجانی، خودپنداره منفی، اختلال در روابط) را تجربه می کنند. برای تشخیص این اختلال، قرار گرفتن در معرض آسیب بین فردی مزمن و تکرارشونده، طوری که فرار از آن دشوار یا غیر ممکن باشد، ضروری است (۴-۲).

یکی از گروه‌های مستعد ابتلاء به CPTSD، قربانیان و بازماندگان خشونت بین فردی مداوم است (۶، ۵). داده‌های پیمایش ملی خانواده در موضوع خشونت خانگی در سال ۹۷، نشان می‌دهد که ۸۱/۱ درصد از زوجین در جامعه ایرانی، حداقل یکی از انواع خشونت (اقتصادی، فیزیکی، کلامی، روانی و جنسی) را تجربه کرده‌اند (۷). هم‌چنین، در تحقیق دیگری در جامعه ایرانی مشخص شد که بیش از نیمی از زنان مورد مطالعه، انواع خشونت را تجربه کرده‌اند (۸). فرار از خشونت در روابط صمیمانه به دلیل پیوند خاص آن بین قربانی و متجاوز، دشوار است (۹). مطابق با ICD-11 زنانی که مورد خشونت قرار گرفته‌اند بیشتر از مردان، دچار CPTSD همراه با اختلال شدید در عملکرد می‌شوند (۱۰). به دلیل باورهای مردسالاری و دید ناموسی به خشونت در جامعه و فرهنگ ایران، زنان به خشونت تن می‌دهند (۱۱).

تحقیقات نشان دادند CPTSD در جمعیت عمومی جهان نادر نیست (۱۳، ۱۲)، یک اختلال مزمن، در طی زمان مقاوم و پایدار است (۱۵، ۱۴) و افراد مبتلا دچار اختلال شدید در عملکرد می‌شوند (۱۶)، در نتیجه ضروری است این اختلال توجه و تمرکز بیشتری برای درمان دریافت کند تا درمان متناسب با آن تدوین شود (۱۸، ۱۷).

در اختلالات وابسته به تروما بدتنظیمی هیجانی و نقایص شناختی از جمله مشکلاتی است که در نتیجه اختلال در پیش پیشانی و سیستم لمبیک ایجاد می‌شود (۲۰، ۱۹). مطالعات نشان دادند با این‌که درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) شناخته شده‌ترین و یکی از اثربخش‌ترین درمان موجود برای PTSD است، اما برای درمان CPTSD، کافی نیست (۲۱). در یک مطالعه سیستماتیک مشخص شد که درمان CBT و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (Eye movement desensitization and reprocessing; EMDR) روی خودپنداره منفی در افراد مبتلا به CPTSD موفق عمل کرده ولی بر روی بدتنظیمی هیجانی موفقیت چندانی ندارد (۲). تئوری‌های موجود در زمینه CPTSD نشان می‌دهد، بد تنظیمی هیجانی، موجب تداوم علائم اختلال در سازمان‌دهی خود و درنهایت CPTSD می‌گردد (۲۳، ۲۲). هم‌چنین، توجه صرف به نقش شناخت برای مراجعانی که مشکلات عمیق در تنظیم هیجانی، خودپنداره را دارند، کافی نیست و حتی می‌تواند احساس نادیده گرفته شدن تجربیاتشان را ایجاد کند (۲۴). بنابراین، با توجه به مطالعات اخیر و مشخص شدن نقش کلیدی تنظیم هیجان در

CCBY-NC.4.0 DEED

درمان CPTSD، به نظر می‌رسد تمرکز روی مداخلاتی که نقش هیجان را در نظر می‌گیرند مانند درمان هیجان مدار (Emotional Focused Therapy; EFT) ضروری است (۲۵). درنتیجه به کمک مطالعات ذکر شده و با توجه به نقص هر یک از مدل‌های موجود برای درمان CPTSD، به نظر می‌رسد ترکیب این مدل‌ها برای رفع نقص‌های موجود، می‌تواند درمان اثربخش‌تری را به عمل آورد. به بیان دیگر، هدف این پژوهش تدوین و اعتبار محتوایی یک بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری برای بهبود علائم زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از حیث ماهیت داده‌ها کیفی است و از نظر روش شناسی از روش روایی محتوایی استفاده شد. این پژوهش حاصل بخشی از رساله با کد اخلاق IR/ethics.2024.82633.1196 اخذ شده از کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی در شهر تهران است. این پژوهش در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول که در زمستان ۱۴۰۳ انجام شد، جامعه پژوهش، اسناد و مدارک مکتوب و معتبر تحت عنوان کتاب و مقاله است که در طول سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۲۵ میلادی و ۱۳۹۰-۱۴۰۳ شمسی در زمینه درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار چاپ شده‌اند و در پایگاه اطلاعاتی انگلیسی زبان شامل Science Direct، PubMed، Scopus و Elsevier و در پایگاه فارسی زبان مانند سیویلیکا، مگ ایران، مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و نور مگز یافت شده‌اند. در مجموع ۳۰ کتاب منبع و مقاله جدید در حوزه درمان هیجان‌مدار و شناختی‌رفتاری بررسی شد. در مرحله دوم که در بهار ۱۴۰۴ در شهر تهران انجام شد، از ۱۰ نفر از خبرگان استفاده شد. جامعه آماری خبرگان پژوهش، تمام اعضای هیأت علمی روان‌شناسی و مشاوره کشور در سال ۱۴۰۴ بود که در حال حاضر مشغول روان درمانی بوده و از رویکرد شناختی‌رفتاری و هیجان‌مدار استفاده می‌کردند. گروه نمونه ۱۰ نفر از اعضاء هیأت علمی رشته روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی تهران بودند که حداقل ۱۰ سال تجربه روان درمانی داشتند که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیار خروج در این پژوهش در مورد متخصصانی بود که کمتر از ۱۰ سال تجربه بالینی داشتند و از رویکردهای دیگری به غیر از هیجان‌مدار و شناختی‌رفتاری استفاده می‌کردند. ویژگی‌های جمعیت شناختی خبرگان در جدول ۳ گزارش شده است. بسته درمانی حاضر برای زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD تدوین شده است.

در مرحله اول، با توجه به تحقیقات پیشین در این پژوهش، تلفیق دو رویکرد شناختی رفتاری و هیجان مدار از نوع تلفیق نظری است. در این نوع تلفیق، دو یا چند نظام روان درمانی با هم ترکیب می‌شوند به امید آن که نتیجه آن بهتر از یک درمان تک وجهی باشد. در این مرحله ۵ کتاب منبع معتبر و ۱۰ مقاله جدید مرتبط با درمان‌های شناختی رفتاری و ۵ کتاب منبع معتبر و ۱۰ مقاله جدید در حوزه درمان هیجان‌مدار چندین بار خوانده شده تا پژوهشگر با محتوای آن‌ها آشنا شود. سپس به کمک روش تحلیل مضمون بخش‌های مرتبط به صورت جمله به جمله کدگذاری شدند. کدهای اولیه استخراج‌شده به صورت مفهومی در دسته‌هایی قرار گرفتند و با توجه به شباهت‌های معنایی و تکرار کدها، مضامین پایه شکل گرفتند. در مرحله بعد، مضامین بازبینی شدند و مضامین سازمان دهنده تعیین گردید. نمونه مضامین استخراج شده در جدول ۱ آورده شده است.

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۱- نمونه مضامین استخراج شده از متون

ردیف	نمونه متون استخراج شده	مضامین پایه		مضامین سازمان دهنده
۱	هماهنگی همدلانه از دیدگاه درمانگر، هماهنگی همدلانه از حاضر بودن درمانگر و کنجکاوی پایه‌ای در مورد تجربه مراجع نشات می‌گیرد در نتیجه درمانگر تلاش می‌کند که درکی از این تجربیات به دست آورد. ۳ عنصر رابطه درمانی (همدلی، ارزش بخشی و حضور): ۱) درک و همدلی (ابراز آن به شیوه پاسخ انعکاسی و کاوشی، خودافشایی، لحن مناسب صدا و حالت چهره) ۲) پذیرش (علاقمندی پایدار، خالصانه و غیر انتقادی و تحمل تمام جنبه‌های مراجع) و ارزش‌بخشی (حس فعال و بلافاصله مراقبت به منظور تأیید و قدردانی از مراجع به عنوان یک انسان برابر و ۳) حضور و هدایت (برقراری تماس هیجانی با مراجع و تلاش می‌شود که رابطه خالصانه به گونه مناسب شفاف و باز باشد) تیم بودن مسیر درمان: درمانگر به عنوان یک همکار فعالیت می‌کند نه به عنوان یک متخصص. کنار گذاشتن فرض‌ها درمانگر ورود به تجربه مراجع و هم صدایی با مراجع. ایجاد و ابراز مراقبت از طریق پذیرش (تحمل، بی قید و شرط بودن) ارزش گذاشتن (مراقبت فعالانه) و اعتماد به مراجع.	شیوه همدلانه پاسخگویی درمانگر		
	رابطه خالصانه ارزش‌بخش بر پایه حضور همه جانبه درمانگر، رفتار محترمانه، حساسیت و پاسخگویی درمانگر نسبت به تجربه مراجع بنا شده است. رابطه آنقدر ایمن و متمرکز است که مراجع را تشویق می‌کند مشکلات شخصی کلیدی و درد هیجانی خود را کاوش کند. درمانگر مسیر تجربه درونی را که در هر لحظه دگرگون می‌شود را دنبال می‌کند در واقع به تلاش درمانگر برای حفظ پیوند همدلانه با تجربه درونی مراجع و بررسی درک وی از این تجربه اشاره دارد.	رابطه درمانی به عنوان فضایی ایمن		رابطه ایمن
	رابطه بستر مراجع را آزاد می‌کند تا فعالانه به کار با تجربیات متضاد خود بپردازد تا در نهایت بتواند تجربیات تازه‌تر و پذیرش بیشتری را از خود کسب کند. رابطه درمانی مبتنی بر همدلی افراد به سمت التیام سوق می‌دهد. رابطه همدلانه درمانگر، مراجع را به سمت کاهش اضطراب و افزایش کاوش تجربه‌های درونی سوق می‌دهد.	رابطه درمانی به عنوان تجربه اصلاحی		
۲	الگوی شناختی پیشنهاد می‌کند که افکار ناکارآمد در همه اختلال‌های روانشناختی رایج است. وقتی افراد یاد می‌گیرند که افکارشان را به شیوه واقع‌گرایانه و سازگارانه‌تر ارزشیابی کنند بهبودی را در حالت هیجانی و رفتاری تجربه می‌کنند. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر فرمول‌بندی پویای از مشکلات بیماران و مفهوم سازی منحصر به فرد برای هر بیمار براساس مبانی شناختی است. چگونگی احساس و رفتار افراد به نحوه تفسیر و تفکر آن‌ها از موقعیت مربوط می‌شود. موقعیت به تنهایی نمی‌تواند مستقیما تعیین کند که افراد چه احساسی دارند یا چه کاری انجام خواهند داد. واکنش هیجانی افراد به واسطه درک آن‌ها از موقعیت به وجود می‌آید. به ویژه درمانگران شناختی رفتاری به سطحی از تفکر علاقه‌مندند که می‌تواند همزمان با سطح واضح و ظاهری‌تر تفکر عمل کنند.	بررسی الگوی شناختی		بازسازی شناختی
	افکار خودآیند، تعمدی و ناشی از استدلال نیستند، بلکه به نظر می‌رسد به صورت خودآیند ظاهر می‌شوند و معمولا سریع و کوتاه هستند. ممکن است به ندرت از این افکار آگاه بود، بیشتر امکان دارد از هیجان یا رفتاری که به دنبال آن می‌آید، آگاهی وجود داشته باشد و معمولاً آن بدون هیچ انتقادی پذیرفته می‌شود. زمانی که افکار خودآیند بیماران به طور نقادانه بررسی شوند و خطاهایی فکر طی آن‌ها تصحیح گردد، فرد احساس بهتری پیدا می‌کند.	شناسایی و ارزیابی افکار خودآیند	کار بر روی شناخت تحریف شده	

CCBY-NC.4.0 DEED

	افکار خودآیند به صورت خودکار فعال می‌شوند. معمولا مختصر و کوتاه هستند و بیمار از هیجان ناشی از این افکار بیشتر از خود افکار آگاه است. این به شکل کلام یا تصویر ذهنی ظاهر می‌شود. معمولا شناسایی، ارزیابی و پاسخ به افکار خودآیند به بهبود حالت عاطفی بیمار منجر می‌شود.			
	باورهای بنیادین در ایجاد باورهای سطح میانی نقش دارند که شامل نگرش‌ها، قواعد و مفروضه‌ها هستند. فنون اصلاح باور: ۱) پرسشگری سقراطی ۲) تجربه رفتاری (آزمایش رفتاری به منظور آزمودن باورها) ۳) پیوستار شناختی (باورهای منعکس کننده تفکر دو قطبی) ۴) ایفای نقش منطقی هیجانی ۵) استفاده از افراد دیگر به عنوان نقطه ارجاع ۶) استفاده از فن انگار که ۷) خودافشایی از همان آغاز کودکی هر فرد نظر خاصی در مورد خودش، دنیایش و سایر افراد ایجاد می‌کند.	شناسایی و ارزیابی باور میانجی		
	محوری‌ترین باور افراد یا همان باورهای بنیادین برداشت‌های بسیار اساسی و عمیق هستند که افراد حتی در تنهایی خود نیز به آن‌ها نمی‌پردازند. افراد این باورها را به عنوان حقیقت محض در نظر می‌گیرند تمام رویدادها باور مطلق آن‌ها می‌باشند. باورهای بنیادین مرکزی ترین ایده‌های فرد در مورد خودش است. باورهای بنیادین اساس در سه گروه گسترده قرار می‌گیرد: ۱) گروه اول مواردی که با درماندگی مرتبط است. ۲) مواردی که با دوست داشتنی بودن در ارتباط است. ۳) مواردی با بی ارزش بودن در ارتباط است.	شناسایی باور بنیادین ارزیابی باور بنیادین		
	تنظیم هیجانی به معنای توانایی فرد برای تحمل، آگاهی، به زبان آوردن و استفاده سازگار از هیجانات به منظور تنظیم آشفتگی و پیشبرد نیازها و اهدافش است. به مراجعین در این درمان کمک می‌شود که هیجانات خود را بپذیرند، بشناسند و تجربه کنند. همچنین به آن‌ها یاد داده می‌شود که به صورت منعطف هیجاناتشان را مدیریت کنند. یکی از جنبه‌های مهم تنظیم هیجانی شامل تسکین اضطراب خود و سازگار کردن سطح عمومی برانگیختگی هیجانی با کارکرد سازگار است.	تنظیم هیجان		
۳	هیجانات سازگار اولیه: کارکرد بهنجار هیجان اطلاعات موقعیتی پیچیده را به سرعت پردازش می‌کند تا فرد را برای انجام اعمال موثر آماده کند. اصلاح هیجانات ناسازگار از طریق هیجانات سازگارتر امکان پذیر است. هیجانات ناسازگار اولیه: واکنش‌های مستقیمی هستند که شامل پاسخ‌های بیش آموخته‌ای بر پایه تجربیات پیشین و معمولا آسیب زا هستند. این پاسخ‌های هیجانی دیگر به فرد کمک نمی‌کند به طور سازنده با موقعیت‌هایی که آن‌ها را استخراج می‌کنند کنار آیند. پرداختن به هیجانات اولیه ناسازگار راه را برای تجربه هیجانات سازگار جدید باز می‌کند. هیجانات ناسازگار ثانویه: از هیجانات سازگار اولیه نشات گرفته است. در این نوع از هیجانات فرد علیه واکنش ناسازگار اولیه خودش عکس‌العمل نشان می‌دهد و آن را با هیجان ثانویه جایگزین می‌کند.	پردازش هیجانی		
	اگر هیجان نوظهور باشد و به نظر برسد به کاوش، روشن سازی و پاسخ سازنده بیشتری می‌انجامد، سازگار است. اگر تکرار احساسی باشد که به دام افتاده، به هیچ کجا نمی‌رسد، یک هیجان سازگار اولیه نیست. بهترین روش برای برخورد با هیجانات ناسازگار کمک به مراجع برای دستیابی، کاوش و ابراز یک هیجان سازگار متفاوت است. هیجانات واکنشی ثانویه باید همدلانه کاوش شود تا هیجانات اولیه زیرینی که که از آن‌ها نشأت گرفته اند کشف می‌شود. برانگیختگی بیش از حد معمولا به مشکلی متضاد منجر می‌شود: تلاش‌های ناسازگار برای بازداری هیجان. تلاش برای سرکوبی یا اجتناب از هیجانات به طور کلی یا کاهش برانگیختگی هیجانی به سطحی بسیار پایین می‌تواند به بدتنظیمی هیجانی به شکل اثرات بازگشت هیجانی منجر شود. از جمله اشباع هیجانی. علاوه بر این، کنترل افراطی هیجان ممکن است باعث رفتار تکانشی در افراد شود. علاوه بر این کنترل افراطی هیجان ممکن است باعث رفتار تکانشی در افراد شود، در هم	شناسایی هیجان اولیه و ثانویه ، سازگار و ناسازگار	اصول تغییر هیجان	

CCBY-NC.4.0 DEED

			شکستن خود کنترلی بسیار سختگیرانه و خوردن، نوشیدن یا برقراری رابطه جنسی به میزان بیش از آنچه عموماً می‌خواهند.
		تغییر هیجانی با کمک تکالیف درون جلسه‌ای	بازگویی تجربیات آسیب زا یا دشوار: مراجع به تجربه آسیب زایی اشاره می‌کند. در نتیجه مراجع روایت جزئی و عینی از آسیب را آغاز می‌کند و از دیدی بیرونی یا حقیقت نگر اتفاقی را شرح می‌دهد. مراجع در حالی که حسی از ایمنی را حفظ کرده است، لحظات یا تجربیات آسیب را از نو تجربه می‌کند. گفتگوی دو صندلی برای تعارضات دوپاره خودارزیاب: مراجع یک دوپارگی ار توصیف می‌کند که طی آن یک جنبه از خود نسبت به جنبه دیگر منتقد بوده یا رفتار قهری دارد. مراجع به طور کلی دو جنبه را توصیف می‌کند و به روشنی انتقادات، انتظارات یا بایدها را به شیوه‌ای عینی و مشخص برای خود ابراز می‌کند. احساسات و نیازهای زیربنایی اولیه در پاسخ به انتقادها شروع به نشان دادن خود می‌کنند و ارزش‌ها و استانداردها را از هم مجزا می‌کند. فن صندلی خالی برای کار ناتمام: مراجع یک چهره مهم زندگی را سرزنش و از او شکایت می‌کند و آسیب و نیازهایش را درباره او مطرح می‌کند. مراجع احساسات حل نشده را به زبان می‌آورد مراجع احساسات زیربنایی ان را تجربه می‌کند و هیجانات مرتبط را با سطح بالایی از برانگیختگی هیجانی تجربه و ابراز می‌کند.
۴	اصلاح شناختی	اصلاح باور بنیادین	ارزیابی و تعدیل باور بنیادین منفی به همراه مراجع: بررسی ریشه کودکی باور بنیادین، تداوم آن در طی سال‌ها و نقش آن در مشکلات کنونی. ادامه دادن پایش فعال سازی باور بنیادین. استغاده ار روش‌های عقلانی و هیجانی یا تجربی برای کاهش قدرت باور بنیادین قدیمی و افزایش قدرت باور بنیادین جدید. در اختیار گذاشتن مفروضه خود با مراجعین و تأیید یا رد شدن از سمت آن‌ها. در صورت وجود داده‌های بیشتر در مورد موقعیت کنونی و کودکی مراجع مفروضه‌ها اصلاح شود.
		دسترسی و باسازی معنای هیجانی	درمانگر از نیروی بالقوه و انگیزه مراجع برای خودمختاری، به هم بستگی بالغانه با دیگران، سلطه و پیشرفت خود از جمله پیشرفت شخصی حمایت می‌کند. هیجانات اطلاعاتی در مورد اینکه چه چیزی برای خوب یا بد است فراهم می‌کند و ما را به سمت عمل راهنمایی می‌کند. هیجانات به سازماندهی خود و معنادار کردن روابط کمک می‌کند. افراد به صورت یک سیستم خود سازماندهی انسانی عمل می‌کنند.
۵	ایجاد معنای کارآمد (تبدیل هیجانی)	معناسازی در تکالیف	افراد از طریق پردازش و بیان هیجانات، روایت‌های جدید درباره خود و زندگی شان ایجاد می‌کنند. فن صندلی خالی برای کار ناتمام: مراجع نیازهای برآورده نشده خود را معتبر دانسته و جراتمندانه آن را ابراز می‌کند و دیگری را به شیوه‌ای جدیدی درک می‌کند و می‌بیند به صورت مثبت تر و یا به صورت کمتر قدرتمند که مشکلات خود را داشته می‌بیند. مراجع خود را تصدیق می‌کند و با درک، بخشش و مسئول دانستن دیگری احساس حل نشده را رها می‌کند. دو صندلی برای دوپارگی خود ارزیاب: مراجع خالصانه نیازها و هیجانات خود را ابراز می‌کند و نسبت به خود شفقت، نگرانی و احترام نشان می‌دهد و به این درک می‌رشد که چگونه بخش‌هایی که پیشتر در تعارض بودند با یک‌دیگر در صلح قرار می‌گیرند.
۶	پیشگری از عود	تثبیت تغییرات	از جلسه اول آماده کردن مراجع برای پایان درمان و و جلوگیری از عود. فعالیت حین درمان در راستای اتمام درمان و پیشگیری از عود: ۱) اسناد پیشرفت به بیمار (زمانی که خلق مراجع تغییر می‌کند، این ایده که تغییر خلق باعث تغییراتی در تفکر و رفتار مراجع شده ۲) آموزش استفاده از ابرازها/ فنون فراگرفته شده در درمان ۳) آماده کردن بیمار برای پسرفت در درمان. فعالیت‌های نزدیک به پایان درمان برای پیشگیری از عود: ۱) استفاده از کاهش تدریجی جلسات ۲) پاسخ به نگرانی‌ها در مورد پایان درمان (بررسی مزایا و معایب پایان درمان) ۳) مرور آنچه در درمان آموخته شده ۴) وجود جلسات تقویتی.

CCBY-NC.4.0 DEED

تحلیل مضمون انجام شده منجر به استخراج مضامین کلیدی مداخله‌ای از منابع معتبر و تلفیق آن‌ها در بسته درمانی گردید. بعد از تدوین مضامین اصلی، تکنیک‌های مرتبط با درمان یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری و تکالیف مرتبط با آن بر اساس مضامین سازمان دهنده گردآوری شد. پیش نویس اولیه ساختار جلسات، تکنیک‌ها و تکالیف چندین بار توسط استادان ناظر مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس منابع معتبر و نظر اساتید ناظر، جلسات در سه فاز تدوین شد. ابتدا جلسات ۱ تا ۴ به ایجاد رابطه درمانی، فراهم کردن فضای امن، آشنایی با شناخت و آموزش تنظیم هیجانی اختصاص یافت تا مراجع برای جلسات ۵ تا ۱۲ که مختص به پردازش عمیق هیجانی، اصلاح شناختی (پردازش هیجانی و بازسازی شناختی) است، آماده گردد. در جلسات ۱۳ تا ۱۶ روی اصلاح شناختی و تبدیل هیجانی، اصلاح معنا و تثبیت تغییرات تمرکز می‌شود. همان‌طور که در جدول ۲ مشخص شده بر اساس نتایج تلفیق، نسخه اول بسته درمانی که شامل تعداد جلسات، اهداف جلسات، تکنیک‌های درمانی و تکالیف خانگی است، تدوین شد.

جدول ۲- برنامه جلسات درمان یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری

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

CCBY-NC.4.0 DEED

نهم	پردازش هیجان‌های دشوار مثل خشم، شرم و غم و تبدیل این هیجانات	درک و تنظیم هیجانات خشم، گناه و شرم، ابراز روش‌های سالم ابراز هیجانات بدون سرکوب یا انفجار هیجان، تغییر هیجانی به هیجانات سالم تر و سازگارتر، بررسی مدیریت خشم	کاربرگ مربوط به شناسایی و تغییر هیجانات دشوار ثبت تجربه تغییر هیجان در دفتر
دهم	شناسایی و پردازش باورهای بنیادین منفی	شناسایی باورهای بنیادین خود، بررسی ریشه‌های باورهای بنیادین، بررسی تأثیر باور بنیادین بر هیجانات ناسازگار	کاربرگ شناسایی باور بنیادین
یازدهم	ارزیابی باورهای بنیادین	ارزیابی باورهای بنیادین به کمک پرسش‌های سقراطی، بررسی مزایا و معایب این باور	کاربرگ ارزیابی باور بنیادین
دوازدهم	تغییر باور بنیادین با استفاده از تکنیک و صندلی	به چالش کشیدن باور بنیادین با کمک گفت و گوی دوصندلی، پردازش هیجانی باور بنیادین	کاربرگ ارزیابی باوربنیادین
سیزدهم	بازسازی باور بنیادین سالم‌تر	ساخت باور بنیادین واقع بینانه و کار آمد، تمرین نوشتاری برای تثبیت باور جدید	کاربرگ ارزیابی باور بنیادین
چهاردهم	پردازش روایت تروما و تغییر روایت گذشته	ایجاد یک روایت جدید از تجربه خشونت خانگی، کمک به شرکت کنندگان برای تبدیل خود از یک خود قربانی به یک خود رشد یافته، بررسی هیجاناتی که هنوز پردازش نشدند	کاربرگ مربوط به خواندن روایت جدید ارزیابی هیجان و افکار در هفته
پانزدهم	تثبیت هویت جدید و معناهای جدید	تثبیت هویت جدید و مستقل از گذشته تروما، مشخص کردن معناها و ارزش‌های زندگی در موقعیت‌های گذشته	کاربرگ مربوط به شناسایی هیجانات و افکار در هفته
شانزدهم	خاتمه درمان و ارزیابی	مرور پیشرفت درمانی، آماده‌سازی مراجع برای پایان درمان، انجام پس آزمون	

در مرحله دوم بسته درمانی تدوین شده برای بررسی روایی محتوایی به ۱۰ نفر از خبرگان داده شد. برای بررسی روایی محتوایی از دو ضریب نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio; CVR) و شاخص روایی محتوا (Content validity index; CVI) استفاده شد. برای بررسی ضریب نسبت محتوا و شاخص روایی محتوا برای ارزیابی روایی محتوایی بسته درمانی بر اساس تعداد خبرگان به ترتیب از مدل Lawshe و Bausel و Waltz استفاده شد (۲۶). برای تعیین ضریب نسبت محتوا بر اساس روش Lawshe خبرگان هر جلسه را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است اما ضرورتی ندارد، ضروری نیست) نمره‌گذاری کردند (۲۷). برای بررسی شاخص روایی محتوا بر اساس روش Bausel و Waltz خبرگان هر جلسه را با توجه به موضوع، هدف و تکالیف بر اساس مرتبط بودن، واضح بودن و ساده بودن در یک طیف لیکرت (۱: مربوط نیست، ۲: نسبتاً مربوط است، ۳: مربوط است، ۴: کاملاً مربوط است) مشخص کردند (۲۸). جهت بررسی نسبت روایی محتوایی از فرمول زیر استفاده شد که n_e تعداد خبرگانی است که به گزینه ضروری است پاسخ دادند و N تعداد کل خبرگان است. طبق روش Lawshe برای تعداد ۱۰ نفر از خبرگان، ضریب نسبت روایی قابل قبول ۰/۶۲ است (۲۷).

$$CVR = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

برای شاخص روایی محتوا از فرمول تعداد خبرگان که سؤال را «مرتبط» یا «کاملاً مرتبط» ارزیابی کرده‌اند، تقسیم بر کل تعداد خبرگان، استفاده شد. مقدار قابل قبول برای شاخص روایی محتوا برابر با ۰/۷۹ است. این مقدار به این معنا است که اگر شاخص روایی محتوایی ماده‌ای کمتر از ۰/۷۹ باشد، باید از بسته درمانی حذف گردد (۲۸).

نتایج

ویژگی جمعیت شناختی مربوط به خبرگانی که به عنوان نمونه در پژوهش شرکت داشتند در جدول ۳ نشان داده شده است.

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۳- توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی خبرگان شرکت کننده در پژوهش در سال ۱۴۰۴ (n=۱۰)

		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۸	۸۰
	زن	۲	۲۰
رشته تحصیلی	روان‌شناسی	۹	۹۰
	مشاوره	۱	۱۰
مرتبه علمی	استاد تمام	۴	۴۰
	دانشیار	۶	۶۰
سابقه درمانگری	۱۰ تا ۲۰ سال	۴	۴۰
	۲۰ سال به بالا	۶	۶۰

جهت بررسی روایی محتوایی بسته درمانی، در مرحله اول ابتدا نسبت روایی محتوا (CVR) با استفاده از فرمول Lawshe و سپس در مرحله دوم شاخص روایی محتوا (CVI) با استفاده از روش Waltz و Bausel محاسبه گردید. خبرگان (۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی رشته روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی تهران) به هر یک از جلسات بسته درمانی از نظر ضرورت، وضوح، سادگی و مرتبط بودن نمره دادند و بر اساس جدول Lawshe آیتم‌هایی که CVR کمتر از ۰/۶۲ و CVI کمتر از ۰/۷۹ داشتند از بسته حذف شدند (۲۶).

برای بررسی نسبت روایی محتوا (CVR) بر اساس مدل Lawshe (۲۷)، خبرگان هدف و عنوان هر کدام از ۱۶ جلسه درمان هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری از نظر ضروری بودن یا نبودن بررسی کردند و به هر کدام به طور جداگانه پاسخ دادند. نتایج بررسی نسبت روایی محتوا (CVR) بر اساس نظر خبرگان در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴- نسبت روایی محتوا به دست آمده از پرسش‌نامه ارزیابی جلسات درمانی توسط خبرگان

جلسه	شرح جلسه	تعداد خبرگان	CVR
اول	ایجاد رابطه و اتحاد درمانی و معرفی مدل	۱۰	۱
دوم	معرفی الگوی شناختی، شناسایی افکار خودآیند و بررسی نشخوارفکری	۱۰	۰/۸
سوم	چالش با افکار خودآیند و تمرکز هیجانی	۱۰	۱
چهارم	شناسایی موقعیت‌های استرس‌زا و تمرکز روی تکنیک‌های تنظیم هیجان	۱۰	۰/۸
پنجم	شناسایی هیجان‌های اولیه و ثانویه	۱۰	۱
ششم	شناسایی باور میانجی	۱۰	۰/۸
هفتم	ارزیابی باور میانجی	۱۰	۰/۴
هشتم	پردازش هیجانی مربوط به تروما و تبدیل هیجانی	۱۰	۱
نهم	پردازش هیجان‌های دشوار مثل خشم، شرم و غم و تبدیل این هیجانات	۱۰	۱
دهم	شناسایی و پردازش باورهای بنیادین منفی	۱۰	۰/۸
یازدهم	ارزیابی باورهای بنیادین	۱۰	۰/۸
دوازدهم	تغییر باور بنیادین با استفاده از تکنیک و صندلی	۱۰	۰/۸
سیزدهم	بازسازی باور بنیادین سالم‌تر	۱۰	۰/۸
چهاردهم	پردازش روایت تروما و تغییر روایت گذشته	۱۰	۱
پانزدهم	تثبیت هویت جدید و معناهای جدید	۱۰	۰/۸
شانزدهم	خاتمه درمان و ارزیابی	۱۰	۱

CCBY-NC.4.0 DEED

با توجه به جدول ۴ و با استفاده از فرمول Lawshe مشخص شد که نسبت روایی محتوایی تمام جلسات به جزء جلسه مربوط به ارزیابی افکار میانجی بالاتر از ۰/۶۲ قرار گرفت و در نتیجه همه جلسات به جز جلسه هفتم (ارزیابی افکار میانجی) از نظر خبرگان ضروری است. از نظر ۴ نفر از خبرگان، هدف و عنوان این جلسه در بسته درمانی ضروری است ولی از نظر باقی خبرگان وجود این جلسه ضروری نیست، در نتیجه با توجه به فرمول Lawshe این جلسه از محتوای جلسات این بسته درمانی حذف گردید.

برای بررسی شاخص روایی محتوایی (CVI) بر اساس روش Waltz و Bausel (۲۸)، خبرگان هدف و عنوان هر کدام از ۱۶ جلسه درمان هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری از نظر مربوط بودن، سادگی و وضوح جلسه بررسی کردند و به هر کدام به طور جداگانه پاسخ دادند. نتایج بررسی شاخص روایی محتوا (CVI) بر اساس نظر خبرگان در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵- شاخص روایی محتوایی به دست آمده از پرسش‌نامه ارزیابی جلسات درمانی توسط خبرگان

جلسه	شرح جلسه	تعداد متخصصان	CVI			
			مرتبط بودن	سادگی	وضوح	میانگین CVI
اول	ایجاد رابطه و اتحاد درمانی و معرفی مدل	۱۰	۱	۱	۱	۱
دوم	معرفی الگوی شناختی، شناسایی افکار خودآیند و بررسی نشخوارفکری	۱۰	۱	۱	۱	۱
سوم	چالش با افکار خودآیند و تمرکز هیجانی	۱۰	۱	۱	۱	۱
چهارم	شناسایی موقعیت‌های استرس زا و تمرکز روی تکنیک‌های تنظیم هیجان	۱۰	۱	۱	۱	۱
پنجم	شناسایی هیجان‌های اولیه و ثانویه	۱۰	۱	۱	۱	۱
ششم	شناسایی باور میانجی	۱۰	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹
هفتم	ارزیابی باور میانجی	۱۰	۰/۸	۰/۹	۰/۸	۰/۸۳
هشتم	پردازش هیجانی مربوط به تروما و تبدیل هیجانی	۱۰	۱	۰/۹	۰/۹	۰/۹۳
نهم	پردازش هیجان‌های دشوار مثل خشم، شرم و غم و تبدیل این هیجانات	۱۰	۱	۱	۱	۱
دهم	شناسایی و پردازش باورهای بنیادین منفی	۱۰	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹
یازدهم	ارزیابی باورهای بنیادین	۱۰	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹
دوازدهم	تغییر باور بنیادین با استفاده از تکنیک و صندلی	۱۰	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹
سیزدهم	بازسازی باور بنیادین سالم‌تر	۱۰	۰/۸	۰/۸	۰/۸	۰/۸
چهاردهم	پردازش روایت تروما و تغییر روایت گذشته	۱۰	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹
پانزدهم	تثبیت هویت جدید و معناهای جدید	۱۰	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹
شانزدهم	خاتمه درمان و ارزیابی	۱۰	۱	۱	۰/۹	۰/۹۶

CCBY-NC.4.0 DEED

با توجه به جدول ۵، شاخص روایی محتوا (CVI) در سه حوزه وضوح، سادگی و مرتبط بودن و بر اساس معیار Waltz و Bausel تمامی مؤلفه‌ها بالاتر از ۰/۷۹ و در حد قابل قبول قرار گرفت. علی رغم اینکه جلسه ارزیابی باور میانجی از نظر سادگی، واضح بودن و مرتبط بودن (شاخص CVI) در محدوده مناسب قرار داشت، با توجه به نظر اکثریت خبرگان در مورد ادغام جلسه شناسایی باورمیانجی و جلسه ارزیابی باور میانجی، جلسه ارزیابی باور میانجی حذف گردید. بنابراین به جزء جلسه ارزیابی باور میانجی باقی بسته درمانی بعد از اصلاح نهایی، در بسته باقی ماند. به این ترتیب می‌توان گفت که بسته درمانی حاضر بعد از حذف جلسه ارزیابی باور میانجی از روایی محتوایی مناسب براساس نظر خبرگان برخوردار است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تدوین و روایی محتوایی بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری برای زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD بود. در مرحله اول به کمک ۳۰ منبع و مقاله معتبر در زمینه درمان شناختی‌رفتاری و رویکرد هیجان‌مدار و نظر اساتید ناظر، مضامین سازمان دهنده و با در نظر گرفتن مضامین پایه، بسته درمانی یک‌پارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری در ۱۶ جلسه تدوین شد. در مرحله دوم بسته درمانی تدوین شده به ۱۰ نفر از خبرگان برای بررسی روایی محتوایی داده شد. همان‌طور که نتایج نشان داد براساس نظر خبرگان و با بررسی شاخص روایی محتوایی (CVI) و ضریب نسبت روایی محتوایی (CVR) تمام جلسات بسته درمانی به جزء جلسه ارزیابی باور میانجی مورد تأیید خبرگان قرار گرفتند و جلسه ارزیابی باور میانجی با صلاحدید خبرگان حذف گردید. حذف جلسه مربوط به ارزیابی باور میانجی بر اساس هم‌پوشانی آن با جلسات مربوط به بازسازی شناختی (ارزیابی افکار خودآیند منفی و ارزیابی باورهای بنیادین) و با استفاده از فرمول نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) صورت گرفت. بنابراین، طبق نظر خبرگان ضرورتی برای اختصاص جلسه‌ای مجزا برای آن وجود نداشت. به نظر می‌رسد بسته درمانی به طور کلی از نظر خبرگان کفایت لازم برای کاهش علائم اختلال CPTSD را دارد.

همان‌طور که پیشتر در جدول ۴ و جدول ۵ قابل مشاهده است، وجود مؤلفه‌هایی مربوط به رابطه ایمن، بازسازی شناختی، آموزش تنظیم هیجانی، پردازش هیجانات دردناک (مانند خشم و شرم) بیشترین میزان توافق متخصصین را کسب کردند. به بیان دیگر از نظر خبرگان درمان یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری را برای درمان CPTSD مرتبط و ضروری است. در واقع همان‌طور که گفته شد این بسته درمانی علائم اصلی اختلال در سازماندهی خود (مشکل در خودپنداره، بدتنظیمی هیجانی، مشکل در روابط اجتماعی) که علامت اصلی CPTSD است، مورد هدف قرار می‌دهد.

بر طبق تغییراتی که CBT ایجاد می‌کند مانند بازسازی شناختی و توسعه مهارت‌های مقابله‌ای (۲۹)، این رویکرد می‌تواند روی علامت خودپنداره منفی در CPTSD، اثربخشی بالاتری نسبت به سایر رویکردها داشته باشد. در مقابل، EFT با افزایش تنظیم و آگاهی هیجانی از طریق دسترسی، ابراز و پردازش هیجانات اساسی و ایجاد معنای جدید از طریق تجربیات هیجانی (۳۰) می‌تواند علامت بدتنظیمی هیجانی و یکی از نقص‌های CBT (عدم توجه به تغییر معنای زندگی در بسیاری از مبتلایان به CPTSD) که پژوهشگران به آن اشاره می‌کنند (۳۱) را رفع کند.

CCBY-NC.4.0 DEED

این مسئله نشان می‌دهد که ترکیب این دو رویکرد در CPTSD می‌تواند در کاهش علائم این اختلال کارآیی بیشتری داشته باشد. محققین نشان دادند که EFT با ایجاد دسترسی عمیق‌تر به تجربیات هیجانی زیربنایی، می‌تواند اثربخشی CBT را افزایش دهد. برطبق این پژوهش تلفیق تغییرات شناختی در کنار پردازش و تغییر هیجانات مرتبط، تغییرات پایدارتری را ایجاد می‌کند (۳۲).

مراجعین مبتلا به CPTSD که به دلیل مشکلات عمیق در تنظیم هیجان و خودپنداره نیازمند ساختار و راهنمایی بیشتر هستند (۳۴)، تکنیک‌های هدفمند CBT می‌تواند برای فرآیند پردازش هیجانی EFT، ساختاری متناسب ایجاد کند. هم‌چنین EFT برای تروما، به عنوان درمانی طولانی مدت شناخته می‌شود (۳۳) و درمان‌های طولانی مدت عزت نفس و انگیزه برای ادامه درمان را کاهش می‌دهد (۳۴) بنابراین، قرار گرفتن در کنار این رویکرد در کنار رویکرد معتبر دیگری مانند CBT می‌تواند به پروسه این درمان سرعت ببخشد. این مسئله با پیشنهاد پژوهشگران مبنی بر توصیه یک مداخله چندگانه منعطف برای درمان این اختلال (۳۵) همسو است.

دیگر نتایج این پژوهش مطابق پژوهش سیستماتیک Karatzias و همکاران است که مشخص شد که CBT در اکثر مطالعات تأثیر بالایی روی خودپنداره منفی و تأثیر کمتری روی بدتنظیمی هیجانی می‌گذارد (۲). به علاوه، Thoma استدلال می‌کنند که گنجاندن تکنیک‌های EFT درCBT می‌تواند دسترسی به تجربیات هیجانی اساسی تسهیل کند و به مراجعان کمک کند تا نه تنها باورهای منفی را از نظر شناختی بازسازی کنند، بلکه تعارضات هیجانی زیربنایی را نیز حل و فصل کنند (۳۶).

نکته قابل تأمل دیگر در یافته‌های این پژوهش که همگام با یافته‌های Ogden است، توافق متخصصان بر ضرورت طراحی مرحله‌ای جلسات است (۳۷). بازخوردها نشان داد که ترتیب قرارگیری مداخلات از تثبیت و آموزش تنظیم هیجان در جلسات ابتدایی تا پردازش عمیق‌تر هیجانات و باورها در جلسات میانی و پایانی، منطقی و همسو با اصول درمان‌های تروما-محور تلقی شده است. هم‌چنین، برخی متخصصان اشاره داشتند که اجرای تکنیک‌های هیجانی عمیق باید پس از ایجاد رابطه درمانی امن صورت گیرد، که این نکته در طراحی جلسات رعایت شده است. از دیدگاه متخصصین این بسته درمانی علائم CPTSD را به طور جامع پوشش می‌دهد و از این جهت توانسته است از نظر ضرورت، سادگی، وضوح و مرتبط بودن مورد پذیرش قرار بگیرد.

با وجود تأیید علمی این بسته درمانی توسط متخصصان، باید به محدودیت‌های این پژوهش اشاره کرد. اعتبارسنجی انجام شده در این پژوهش، فقط در سطح محتوایی و بر اساس نظر خبرگان بوده است. به بیانی دیگر برای تأیید اثربخشی آن نیاز است که تحقیقات آزمایشی صورت بگیرد. به علاوه، برای تدوین از نظرات اعضای هیات علمی یک دانشگاه استفاده شد که ممکن باعث کاهش تنوع دیدگاه‌ها در بررسی این بسته درمانی گردد. هم‌چنین، در تدوین این بسته فقط از مقالات و کتب معتبر استفاده شد. هر چند این روش معتبر است، اما برای بررسی بیشتر نیازهای خاص این مراجعین، تمرکز روی نظرات آنان نیز توصیه می‌گردد. با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق، برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود این بسته درمانی در نمونه‌های بالینی اجرا و تأثیر آن بر شاخص‌هایی مانند نشخوار فکری، تنظیم هیجان، خودپنداره منفی و روابط اجتماعی سنجیده شود. با نظر گرفتن این مسئله که این

CCBY-NC.4.0 DEED

بسته برای زنان مبتلا به CPTSD تدوین شده است، برای افزایش قابلیت تعمیم دهی، پیشنهاد می‌شود در گروه‌های مختلف جمعیتی (مانند نوجوانان، مردان) و دیگر اختلالات روان‌شناختی نیز مورد بررسی قرار گیرد. هم‌چنین، بررسی تجربه زیسته درمانگران و مراجعان در اجرای عملی این بسته می‌تواند به غنی‌تر شدن آن در ویرایش‌های بعدی کمک کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به‌دست آمده، بسته درمانی یکپارچه هیجان‌مدار-شناختی‌رفتاری با هدف کاهش علائم و ارتقاء بهزیستی زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD به کمک راهنمایی اساتید ناظر، با نظر خبرگان و با استفاده از دو شاخص روایی محتوایی (CVI) و ضریب نسبت روایی محتوایی (CVR)، قابلیت پاسخگویی به نیازهای روان‌شناختی زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD را دارد. به بیان دیگر تأیید روایی محتوایی این بسته درمانی نشان داد که این بسته می‌تواند در کارآزمایی بالینی کنترل شده به منظور تعیین اثربخشی در مورد زنان قربانی خشونت مبتلا به CPTSD مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از استادان محترمی که در ارزیابی بسته درمانی شرکت کردند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌گردد.

تعارض منافع: نویسندگان مقاله اعلام می‌کنند که در خصوص این مقاله، تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی: حمایت مالی برای انجام این پژوهش دریافت نشده است.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این مقاله حاصل بخشی از رساله با عنوان تدوین و اعتباریابی بسته درمانی یکپارچه هیجان مدار-شناختی رفتاری و اثربخشی آن بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در زنان قربانی خشونت مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه پیچیده، در مقطع دکتری، مصوب دانشگاه علامه طباطبائی با کد اخلاق به شماره IR/ethics.2024.82633.1196 اخذ شده از کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی است.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** مریم مبلی
- **روش کار:** مریم مبلی، احمد برجعلی، جلیل یونسی
- **جمع‌آوری داده‌ها:** مریم مبلی، احمد برجعلی، فرامرز سهرابی
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** مریم مبلی
- **نظارت:** احمد برجعلی، فرامرز سهرابی
- **مدیریت پروژه:** احمد برجعلی
- **نگارش – پیش‌نویس اصلی:** مریم مبلی، احمد برجعلی
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** مریم مبلی، احمد برجعلی، فرامرز سهرابی، ابوالقاسم عیسی مراد، جلیل یونسی

CCBY-NC.4.0 DEED

References

1. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harv Rev Psychiatry* 2014; 22(3): 149-61.
2. Karatzias T, Brewin CR, Maercker A, Kazlauskas E, Mollica RF, MacMillan HL, et al. Complex trauma and the characteristics of emotion dysregulation: A systematic review and meta-analysis. *J Trauma Stress* 2017; 30(4): 355-68.
3. Knefel M, Lueger-Schuster B, Karatzias T, Shevlin M, Hyland P. From child maltreatment to ICD-11 complex post-traumatic stress symptoms: The role of emotion regulation and re-victimisation. *J Clin Psychol* 2018; 74(11): 1901-16.
4. Hyland P, Murphy J, Shevlin M, Vallières F, McElroy E, Elkli A, et al. Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52(6): 727-36.
5. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8(5): 1353383.
6. Dokkedahl S, Kristensen T, Murphy S, Elklit A. The complex trauma of psychological violence: cross-sectional findings from a cohort of four Danish Women's Shelters. *Eur J Psychotraumatol* 2021; 12(1): 1863805.
7. Soohanian Haghighi M, Feizi A. Analysis of the status of domestic violence in Iranian families. *Sci Q Iran Soc Issues Res* 2022; 2(4): 1-31. [Farsi]
8. Torkashwand F, Rezaeean M, Sheikhfathollahi M, Mehrabian M, Bidaki R, Garousi B, et al. The prevalence of the types of domestic violence on women referred to the healthcare centers in rafsanjan in 2012. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2013; 12(9): 695-708. [Farsi]
9. St. Vil NM, Carter T, Johnson S. Betrayal trauma and barriers to forming new intimate relationships among survivors of intimate partner violence. *J*

CCBY-NC.4.0 DEED

Interpers Violence 2018; 36(7-8): NP3509-NP3509.

10. World Health Organization. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2018.
11. Danesh P, Sharbatian MH, Tavvafi P. Sociological analysis of domestic violence against women and its relationship with the sense of safety at home (Case study: Women aged 18–54 in Miyaneh city). *Strateg Res Secur Soc Order* 2016; 5(1): 47-77. [Farsi]
12. Karatzias T, Hyland P, Bradley A, Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, et al. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population-based sample of adults in the United Kingdom. *Depression Anxiety* 2019; 36(9): 887-94.
13. Cloitre MG. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2013; 10(1): 1562840.
14. Po BS, Lam SK, Chen YJ, Chein WT, Wong EN, Wang EK, et al. Persistence and outcomes of ICD-11 complex PTSD in the community: A nine-month longitudinal investigation in Hong Kong. *Asian J Psychiatry* 2023; 83: 103506.
15. Kazlauskas E, Kairyte A, Zelviene P. Complex posttraumatic stress disorder in adolescence: A two-year follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2023; 28(1): 224-35.
16. Zerach G, Shevlin M, Cloitre M, Solomon Z. Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) following captivity: A 24-year longitudinal study. *Eur J Psychotraumatol* 2019; 10(1): 1616488.
17. Gilbar O, Hyland P, Cloitre M, Dekel R. ICD-11 complex PTSD among Israeli male perpetrators of intimate partner violence: Construct validity and risk factors. *J Anxiety Disord* 2018; 54: 49-56.
18. Cloitre M. The “one size fits all” approach to trauma treatment: Should we be satisfied? *Eur J Psychotraumatol* 2015; 10(1): 1562840.
19. Kaldewaij R, Koch S, Hashemi M, Zhang W, Klumpers F, Roelofs K. Anterior prefrontal brain activity during emotion. *Nat Hum Behav* 2021; 5: 1055-64.
20. Holmes SE, Scheinost D, DellaGioia N, Davis T, Matuskey D, Pietrzak R, et al. Cerebellar and prefrontal cortical alterations in PTSD: Structural and functional evidence. *Chronic Stress* 2018; 2: 1-11.
21. Coventry P, Meader N, Melton HA, Temple M, Dale H, Wright K, et al. Psychological and

CCBY-NC.4.0 DEED

26. Karami A. Familiarity with test making and psychological tests. 2nd ed. Tehran: Psychometric Publications; 2020. p. 339. [Farsi]
27. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol* 1975; 28(4): 563-75.
28. Waltz CF, Bausell RB. Nursing Research: Design, Statistics, and Computer Analysis. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1981. p. 362.
29. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012. p. 490.
30. Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2017. p. 224.
31. Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011. p. 391.
32. Elliott R, Greenberg LS, Lietaer G. Research on client-centered and experiential psychotherapies. In: Lambert MJ, editor. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th ed, New York: Wiley; 2004. p. 493-539.
33. Paivio SC, Pascual-Leone A. Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma: An Integrative pharmacological interventions for PTSD and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med* 2020; 17(9): e1003262.
22. Sippel L, Roy A, Southwick S, Fichtenholtz H. An examination of the specific associations between facets of difficulties in emotion regulation and posttraumatic stress symptom clusters. *Cogn Behav Ther* 2016; 45(5): 339-50.
23. Knefel M, Lueger-Schuster B, Karatzias T, Shevlin M, Hyland P. From child maltreatment to ICD-11 complex post-traumatic stress symptoms: The role of emotion regulation and re-victimisation. *J Clin Psychol* 2018; 74(11): 392-403.
24. Cloitre M, Courtois CA, Ford JD, Green BL, Middleton J, Petrakis IL, et al. Describing complex trauma: Proposed diagnostic criteria for a disorder of extreme stress (DESNOS). *J Trauma Stress* 2012; 25(3): 1-17.
25. Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings. Washington, DC: American Psychological Association; 2015. p. 411.

CCBY-NC.4.0 DEED

Approach. Washington, DC: American Psychological Association; 2010. p. 334.

34. Jongh AD, Resick PA, Zoellner LA, Minnen AV, Lee CW, Monson CM, et al. Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depress Anxiety* 2016; 33(5): 359-69.
35. Cloitre M. Complex PTSD: Assessment and treatment. *Eur J Psychotraumatol* 2021; 12(1): 1869369.
36. Thoma JA. Integrating emotion-focused therapy into cognitive-behavioral therapy. In: Thoma NC, McKay D, editors. Working with Emotion in Cognitive-Behavioral Therapy: Techniques for Clinical Practice. New York: Guilford Press; 2015. p. 239-62.
37. Ogden PM. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. New York: W.W. Norton & Company; 2006. p. 345.

CCBY-NC.4.0 DEED

Development and Validation of an Integrated Emotion-Focused and Cognitive-Behavioral Therapy Protocol for Women Survivors of Domestic Violence with Complex Post-Traumatic Stress Disorder: A Descriptive Study

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

Received: 09/08/25 Sent for Revision: 25/08/25 Received Revised Manuscript: 22/10/25 Accepted: 25/10/25

Background and Objectives: The prevalence and multidimensional consequences of domestic violence on women, the chronic symptoms of Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), and the limitations of current treatment protocols for this disorder all highlight the urgent need for culturally appropriate and specific interventions. This study aimed to develop and validate an integrated Emotion-Focused and Cognitive-Behavioral Therapy package for women who are victims of violence and suffer from CPTSD.

Materials and Methods: This study employed an applied, descriptive research design. The content of a 16-session therapy package was developed through a comprehensive literature review of Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused approaches, along with thematic analysis. The package was then refined by supervising professors and evaluated for content validity by 10 psychology and counseling faculty members at Allameh Tabataba'i University, using the Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI).

Results: The content validity assessment indicated that all sessions, with the exception of "Assessing Mediating Thoughts" session, achieved a CVR of over 0.62 and a CVI of over 0.79, and were therefore deemed valid by the expert panel.

Conclusion: Expert feedback confirmed that the package's key strengths lie in its structured, progressive design; its dual focus on emotional and cognitive dimensions; and its emphasis on emotional regulation, cognitive restructuring, and distressing emotions processing. The results suggest the therapy package possesses strong content validity for treating women with CPTSD resulting from domestic violence, making it a viable tool for future intervention research.

Keywords: Emotion-focused therapy, Cognitive-behavioral therapy, Domestic violence, Complex post-traumatic stress disorder

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Allameh Tabataba'i University approved the study (IR/ethics.2024.82633.1196).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Maryam Mobli
- **Methodology:** Maryam Mobli, Ahmad Borjali, Jalil Younesi
- **Data collection:** Maryam mobli, Ahmad Borjali, Faramarz Sohrabi
- **Formal analysis:** Maryam Mobli
- **Supervision:** Ahmad Borjali, Faramarz Sohrabi
- **Project administration:** Ahmad Borjali
- **Writing – original draft:** Maryam Mobli, Ahmad Borjali
- **Writing – review & editing:** Maryam Mobli, Ahmad Borjali, Faramarz Sohrabi, Abolghasem IsaMoradi, Jalil Younesi

Citation: Mobli M, Borjali A, Sohrabi F, Isamorad A, Younesi J. Development and Validation of an Integrated Emotion-Focused and Cognitive-Behavioral Therapy Protocol for Women Survivors of Domestic Violence with Complex Post-Traumatic Stress Disorder: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2025; 24 (9): 789-806. [Farsi]

1- PhD Candidate, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran, ORCID: 0000-0002-2692-4071

(Corresponding Author) Tel: (021) 48393240, E-mail: maryam_mobli@atu.ac.ir

2- Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

3- Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

4- Associate Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

5- Prof., Dept. of Psychometrics, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

CCBY-NC.4.0 DEED