Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 22, Issue 1

The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Attachment Styles, Meta-Emotion and Terrifying Dreams among People with Suffering from Complex Trauma

Fateme Al-Sadat Khormian Isfahani[1], **Sima Andalib**[2]

1. Master's student in clinical psychology, Department of Psychology , Isfahan(Khorasgan Branch,Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. (Corresponding author)* Visiting Professor, Department of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan)Branch , Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: The experience of childhood trauma is all the unpleasant and unpleasant experiences that a person has experienced during childhood either directly in relation to his caregivers and attachment figures, or as a result of the neglect and negligence of his attachment figures in relation to a stranger, he has experienced misbehavior. The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of emotion-oriented intervention on attachment styles, hyperexcitability and fearful dreams in people with complex trauma symptoms.

Methods and Materials: This semi-experimental research, including pre-test-post-test, control group, was conducted on all adults with symptoms of complex trauma referring to psychological clinics in Isfahan province in spring 2002. The sampling method in the first stage was based on the available sampling method and they were randomly divided into two experimental groups (15 people) and control (15 people) and using the questionnaire of consequences of childhood traumas in adulthood by Bernstein et al, Collins and Reed attachment style questionnaire, Mitmansgruber hyperexcitability questionnaire, Mitmansgruber et al. The data were analyzed using Levine's test, Shapiro-Wilko test, analysis of covariance test.

Findings: The findings indicate that for secure attachment (F=44. 628 and df=1), avoidant attachment (F=28. 168 and df=1), anxious attachment (F=42. 228 and df=1), For the variable of negative over-excitement (F=74. 508 and df=1) and positive over-excitement (F=27. 197 and df=1) as well as for the variable of scary dreams (F=46. 446 and df=1), then From the pre-test control, in the post-test phase, the effect of the group is significant (P<0. 01).

Conclusions: The results of the research showed that emotion-oriented intervention has an effect on attachment styles, hyperexcitability and scary dreams in people with complex trauma symptoms.

Keywords: Thrill-oriented, attachment styles, hyper-excitement and scary dreams.

Citation: Khormian Isfahani F, Andalib S. **The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Attachment Styles, Meta-Emotion and Terrifying Dreams among People with Suffering from Complex Trauma**. Res Behav Sci 2024; 22(1): 159-171.

* **Sima Andalib,**
Email: andalibsima@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

اثربخشی مداخله هیجان‌مدار بر سبک‌های دلبستگی، فراهیجان و رؤیاهای ترسناک در افراد دارای علائم ترومای پیچیده

فاطمه السادات خرمیان اصفهانی[1]، سیما عندلیب[2]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد مدعو گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تجربه ترومای کودکی کلیه تجارب نامطبوع و ناخوشایندی است که یک فرد در دوره کودکی یا به‌طور مستقیم در رابطه با مراقبین و چهره‌های دلبستگی خود تجربه کرده است و یا درنتیجه غفلت و اهمال‌کاری چهره‌های دلبستگی خود در رابطه با فردی غریبه تجربه سوء رفتار داشته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله هیجان‌مدار بر سبک‌های دلبستگی، فراهیجان و رؤیاهای ترسناک در افراد دارای علائم ترومای پیچیده انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی شامل پیش‌آزمون- پس‌آزمون، گروه کنترل، بر روی کلیه بزرگسالان دارای علائم ترومای پیچیده مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی در استان اصفهان در بهار ۱۴۰۲ انجام شد. شیوه نمونه‌گیری در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف بود و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر)قرار گرفتند و با استفاده از پرسشنامه پیامدهای تروماهای دوران کودکی در بزرگسالی برنستین و همکاران، پرسشنامه‌ی سبک‌های دلبستگی کولینز و رید، پرسشنامه‌ی فراهیجان میتمانسگروبر و همکارانش و پرسشنامه رؤیاهای ترسناک یوسفی ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون لوین، آزمون شاپیرو- ویلکز آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن است که برای دلبستگی ایمن (F=۴۴/۶۲۸ و df=۱)، دلبستگی اجتنابی (F=۲۸/۱۶۸ و df=۱)، دلبستگی اضطرابی (F=۴۲/۲۲۸ و df=۱)، برای متغیر فراهیجان منفی (F=۷۴/۵۰۸ و df=۱) و فراهیجان مثبت (F=۲۷/۱۹۷ و df=۱) و همچنین برای متغیر رؤیاهای ترسناک (F=۴۶/۴۴۶ و df=۱)، پس از کنترل پیش‌آزمون، در مرحله پس‌آزمون، اثر گروه معنادار است (P<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که مداخله هیجان‌مدار بر سبک‌های دلبستگی، فراهیجان و رؤیاهای ترسناک در افراد دارای علائم ترومای پیچیده تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: هیجان‌مدار، سبک‌های دلبستگی، فراهیجان و رؤیاهای ترسناک.

ارجاع: خرمیان اصفهانی فاطمه السادات، عندلیب سیما. **اثربخشی مداخله هیجان‌مدار بر سبک‌های دلبستگی، فراهیجان و رؤیاهای ترسناک در افراد دارای علائم ترومای پیچیده**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۱): ۱۵۹-۱۷۱.

*- **سیما عندلیب،**

رایانامه: andalibsima@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

مقدمه

اختلال طیف اتیسم یکی از اختلالات رشدی – عصبی است که در دوران رشد و قبل از سه‌سالگی شروع می‌شود. انجمن روان پزشکی آمریکا دو ملاک تشخیصی اصلی این اختلال را نقص در ارتباطات و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوهای تکراری و محدود رفتار، علایق یا فعالیت مطرح کرده است (۱). بر اساس برآورد مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها میزان شیوع اختلال اوتیسم با ۱۰ درصد افزایش، از هر ۵۴ کودک ۱ کودک در ایالات‌متحده به آن مبتلا می‌شود (۲).

ترومای پیچیده به‌قرار گرفتن در معرض انواع مختلف تروما به‌طور مکرر اشاره دارد که اغلب در کودکی یا نوجوانی رخ می دهد و مرتکب آن مراقبینی هستند که انتظار می‌رود محافظت کننده و قابل‌اعتماد باشند (۱). ترومای پیچیده شامل حداقل یک ترومای بین فردی مثل سوءاستفاده جنسی است که از روی عمد توسط فردی دیگر انجام می‌شود(۲). همه افراد در طول زندگی خود با رویدادهای دردناک اجتناب‌ناپذیری مواجه می‌شوند که می‌توانند ساختار شخصیت آن‌ها را تهدید کرده و به آن آسیب جدی وارد کند. این رویدادهای دردناک می‌توانند تجارب نامطلوب دوران کودکی مانند سوءاستفاده دوران کودکی یا غفلت یا رشد کودک در محیط آشفته و بی‌ثبات خانواده باشند، که پیامدهای زیانباری در مراحل بعدی زندگی به دنبال دارند (۳). تجارب تروماتیک دوران کودکی می‌توانند آثار طولانی‌مدتی از نشانه‌ها مانند اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه را به دنبال داشته باشند علاوه بر آن در ظرفیت هیجانی (آگاهی و تنظیم) نقص‌هایی ایجاد کنند و اعتمادبه‌نفس و عزت نفس پایین، هویت فردی مبهم، بی‌اعتمادی بین فردی، مشکل در صمیمی شدن، سوگ حل‌نشده در فقدان‌ها، نیازهای رفع نشده دلبستگی و مشکلات حل‌نشده با مسببین تروما و مظاهر دلبستگی را به همراه داشته باشند (۴). دلبستگی یک رابطه عاطفی خاص است که شامل تبادل راحتی، مراقبت و لذت است جان بالبی دلبستگی را به‌عنوان "ارتباط روانی پایدار بین انسان ها" توصیف کرده است. بالبی بیان کرد که تجربیات اولیه در دوران کودکی برای تأثیرگذاری بر رشد و رفتار بعدی در زندگی مهم است(۵).

یافته‌ها حاکی از آن است که سبک‌های دلبستگی بر اساس تجربیات دوران کودکی شکل می‌گیرند(۶-۹). ایلماز و همکاران طی پژوهشی نشان دادند که تجارب آسیب‌زا تأثیر مثبت و معناداری بر دلبستگی ناایمن و تأثیر منفی معنی‌داری بر دلبستگی ایمن دارد (۱۰).

دلبستگی ایمن نتیجه احساس امنیت با مراقبان خود از دوران کودکی و توانایی درخواست اطمینان یا تائید بدون تنبیه است. درنهایت، در اولین تعاملات خود احساس امنیت، درک، آرامش و ارزش می‌کردید. مراقبان شما احتمالاً ازنظر عاطفی در دسترس بودند و از احساسات و رفتارهای خودآگاه بودند. مردم می‌افزاید: «ازاین‌رو، کودکان دلبستگی ایمن را الگوبرداری می کنند (تقلید می‌کنند) و همچنین آن را از مراقبان خود دریافت می‌کنند. نشانه‌های سبک دلبستگی ایمن عبارت‌اند از: توانایی تنظیم احساسات، به‌راحتی به دیگران اعتماد می‌کنند، مهارت های برقراری ارتباط مؤثر، توانایی جستجوی حمایت عاطفی، راحت تنها بودن، در روابط نزدیک راحت است، توانایی خود انعکاس در مشارکت، ارتباط آسان، توانایی مدیریت خوب تعارض، به نظر می‌رسد عوامل گفته‌شده منجر به مسائلی درزمینه‌ی هیجانات و فراهیجان افراد می‌شود (۱۱).

فراهیجان به واکنش‌های هیجانی شخص نسبت به هیجان های خودش گفته می‌شود. فراهیجان می‌تواند به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از هیجان‌های ثانویه درک یک هیجان ثانویه مثل اضطرابی که به دنبال شود؛ یک هیجان اولیه مانند خشم می‌آید (۱۲). فراهیجان مثبت به عملکرد شناختی مطلوب و فراهیجان منفی نیز با عملکرد شناختی پایین همراه است (۱۳). مهارت فراهیجان مثبت سبب می‌شود فرد تمایل کمتری به تصمیم‌گیری غیرمنطقی و تکانشی داشته باشد، همچنین افراد بامهارت فراهیجان مثبت، سرکوبی افکار و خود سرزنشی کمتری را تجربه می‌کنند(۱۴).

فراهیجان وجه ذاتی گرایش پاسخ‌های هیجان است. درمجموع فراهیجان ما را قادر می‌سازد که با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی پاسخ‌دهیم. تجربه‌ی زندگی همراه با آشفتگی‌های هیجانی متنوعی است. اینکه هر فرد چگونه به این آشفتگی‌ها پاسخ و واکنش نشان بدهد نشان‌دهنده‌ی میزان توانایی فرد در پذیرش هیجان‌های مثبت و منفی زندگی است (۱۵). مجموعه عوامل گفته‌شده در افراد دارای چنین علائمی احتمال ایجاد مشکلات خواب را افزایش می‌دهد. خواب نوعی فرایند پیچیده فیزیولوژیک و رفتاری است که در آن فرد به‌طور برگشت‌پذیری وارد حالت ناآگاهی نسبت به محیط و عدم پاسخ دهی نسبی می‌شود. رؤیاهای ترسناک فراوان‌ترین نوع اختلال های شبانه خواب را تشکیل می‌دهند و اغلب بین ۳ تا ۶ سالگی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

آغاز می‌شوند. فراوانی اختلال کابوس که در کودکان ۳ تا ۶ ساله در حدود ۲۰ درصد تخمین زده‌شده است که با افزایش سن کاهش می‌یابد؛ اما در تعدادی از افراد (در حدود ۵ تا ۱۰ درصد)، وقوع کابوس‌ها تا سن بزرگ‌سالی ادامه پیدا می‌کند. هرگاه کابوس‌ها به‌اندازه‌ای شدید باشند که زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهند و در زمان بیداری نیز اشتغال ذهنی برای فرد ایجاد کنند، قطعاً به توجه بالینی نیاز خواهند داشت. رؤیاهای ترسناک ظهور تکراری رؤیاهای گسترده و ملال‌آور هستند که معمولاً تلاش برای اجتناب از تهدیدها، ایمنی، سلامت جسمانی را دربر دارند و به همراه ترس یا هراس هستند و درنهایت آن‌ها موجب می‌شوند شخص از خواب بیدار شود و در حالت هشیاری قرار گیرد (۱۶).

رؤیاهای ترسناک ازجمله خواب پریشی‌های رایجی هستند که ۲ تا ۶ درصد از افراد در زمینه‌یابی‌های حداقل دوره‌های هفتگی آن را نشان داده‌اند. البته رؤیاهای ترسناک شبانه در کودکان، زنان و بیماران روان‌پزشکی نسبت به سایر افراد شایع‌تر و در افراد مسن کمتر شایع است. رؤیاهای ترسناک مکرر با آسیب‌شناسی روانی در ارتباط هستند. اگرچه رؤیاهای ترسناک، درد و رنج ذهنی ایجاد می‌کنند اما شاخص حساسی در این حوزه به‌حساب نمی‌آیند. در علت‌شناسی برخی رؤیاهای ترسناک به صورت ایدئوپاتیک مطرح هستند، یعنی بیماری‌ای که علت آن ناشناخته است. ازجمله این موارد، احساسات شدیدی از وحشت یا ترس است که شخص را از خواب بیدار می‌کند و در اختلالات خواب پریشی رایج است. مطالعه رؤیاها یک موضوع پیچیده است و هنوز چیزهای زیادی وجود دارد که محققین درک نمی کنند (۱۷).

مشکلاتی در سبک دلبستگی فراهیجان و رؤیاهای ترسناک مشکلاتی هستند که بی‌توجهی به آن‌ها می‌تواند زندگی فردی و حتی روابط بین فردی و اجتماعی افراد را به آشفتگی بکشاند؛ بنابراین لازم است که افراد برای بهبود این نشانگان اقدام کنند. تاکنون روش‌های زیادی برای درمان ترومای پیچیده طراحی شده است. یکی از روش‌های مؤثر درمان هیجان‌مدار است. تاکنون روش‌های زیادی برای درمان ترومای پیچیده طراحی شده است.

در درمان هیجان‌مدار درمانگر نه‌تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمان‌جو مورد انکار یا تحریف قرارگرفته است، بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمان‌جو را نیز در نظر دارد(۱۸). درمان هیجان‌محور رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی است. با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل اساسی تغییر در نظر می‌گیرد و هدفش شناخت احساسات و تبدیل آن‌ها به پیام‌های قابل‌فهم و رفتارهای سازنده است (۱۹). مکانیسم عمل درمان هیجان‌مدار به این صورت است که درمانگر طی رابطه‌ای همدلانه به هیجانات ناسازگار فرد دسترسی می‌یابد و با همراهی مراجع، آن‌ها را توسط هیجاناتی مانند، بخشش، شفقت، همدلی و خشم محافظت‌کننده جایگزین می‌کند(۲۰). در این درمان به مراجعه‌کنندگان کمک می‌شود تا هیجانات خود را شناسایی تجربه و تنظیم کرده و درنهایت آن‌ها را پذیرفته و معنای جدید برای آن ایجاد کنند. درنتیجه افراد در مواجهه با هیجاناتی که قبلاً از آن‌ها اجتناب می‌کردند توانا می‌شوند (۲۱).

با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش بر آن است تا به بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سبک‌های دلبستگی، فراهیجان و رؤیاهای ترسناک در افراد دارای علائم ترومای پیچیده بپردازد و به این سؤال پاسخ دهد که آیا درمان هیجان مدار برسبک‌های دلبستگی، فراهیجان و رؤیاهای ترسناک در افراد دارای علائم ترومای پیچیده اثر معنادار دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش به‌صورت شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد و جامعه آماری شامل کلیه بزرگسالان دارای علائم ترومای پیچیده مراجعه‌کننده به کلینیک های روان‌شناسی در استان اصفهان در بهار ۱۴۰۲ بود. روش نمونه‌گیری در مرحله اول بر اساس نمونه‌گیری هدفمند بود و با توجه به طرح پژوهش که به‌صورت شبه‌آزمایشی بوده و پژوهش های پیشین تعداد ۳۰ نفر دارای شرایط ورود به پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به طرح شامل داشتن تشخیص علائم تروما پیچیده و تمایل فردبه‌شرکت در جلسات درمانی بود و در صورت عدم تمایل فرد یا خانواده فرد به شرکت در جلسات درمانی از پژوهش خارج شدند. به‌منظور اجرای پژوهش پس از انتخاب نمونه و جایگزینی آن‌ها در گروه‌ها، گروه آزمایش تحت ۸ جلسه برنامه آموزش هیجان‌مدار (۲۲–۲۴) قرار گرفتند و با استفاده از پرسشنامه پیامدهای تروماهای دوران کودکی در بزرگسالی برنستین و همکاران، پرسشنامه‌ی سبک‌های دلبستگی کولینز و رید (RAAS)، پرسشنامه‌ی فراهیجان میتمانسگروبر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

و همکارانش و پرسشنامه رؤیاهای ترسناک یوسفی ارزیابی شدند.

پرسشنامه‌ی سبک‌های دلبستگی کولینز و رید (RAAS): مقیاس دلبستگی بزرگسالان توسط کولینز رید(۲۵) ساخته شد و شامل خودارزیابی‌هایی از مهارت‌های ایجاد روابط و خود توصیفی شیوه‌ی شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره های دلبستگی نزدیک است. این مقیاس مشتمل بر ۱۸ ماده است. سبک دلبستگی فرد از طریق علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت ۱ به‌هیچ‌وجه با خصوصیات من تطابق ندارد و ۵ کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد سنجیده می‌شود. در پژوهش حاضر نمرات به دو دسته‌ی دلبستگی ایمن شامل ۱، ۶، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۷ و دلبستگی ناایمن، آیتم‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸ تقسیم می‌شوند. کولینز و رید پایایی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و تنصیف اسپیرمن براون ۰/۸۲ به دست آورده است. همچنین پاکدامن(۲۶) با روش باز آزمایی پایایی این پرسشنامه را در سطح ۰/۰۵، ۰/۷۹به دست آورد. پاکدامن اعتبار این مقیاس را با همبسته کردن یک سؤال به پرسش‌نامه، ۰/۳۳ به دست آورد. نتایج حاصل از دو بار اجرای این پرسش‌نامه با فاصله‌ی زمانی یک ماه از یکدیگر نشان داد این آزمون در سطح ۹۵ درصد قابل اعتماد است. علاوه بر این اعتبار پرسش‌نامه از روش باز آزمایی در یک گروه پایلوت ۲۰ نفری با فاصله‌ی ۱۰ روز ارزیابی شد. ضریب همبستگی در این روش ۰/۷۶ بود که بیانگر اعتبار مطلوب پرسشنامه است. در پژوهش پالیزیان و همکاران (۲۷) پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و با روش اسپیرمن براون۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی فراهیجان میتمانسگروبر: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط میتمانسگروبر و همکارانش ساخته‌شده است؛ و به بررسی و شناخت عاطفه‌های منفی و مثبت در افراد می پردازد. این مقیاس خودگزارش دهی که فراهیجان‌های منفی و مثبت را می‌سنجد، دارای ۲۸ مادّه است و آزمودنی در یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای (۱= اصلاً صدق نمی‌کند، ۶= کاملاً صدق می‌کند) به آن پاسخ می‌دهد. سازندگان ابزار، این مقیاس را شامل شش مؤلفه خشم، حقارت/شرم، مهار شدید و فرونشانی (فراهیجان‌های منفی) و شفقت و علاقه (فراهیجان‌های مثبت) با ضرایب آلفای به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش کردند(۲۸). رضایی و همکاران(۲۸) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را در ایران ۰/۷۸ گزارش کردند. نتایج تحلیل عاملی این پژوهش، دو بعد اصلی فراهیجان‌های مثبت و فراهیجان‌های منفی را تائید کرد. همچنین روایی همگرای فراهیجان‌های مثبت در این ابزار با مؤلفه‌های هوش هیجانی پرسشنامه رگه هوش هیجانی ۰/۵۱ گزارش شد. در پژوهش پورفرج و همکاران(۲۹) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۱ و برای کل مقیاس ۰/۶۸ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی پیامدهای تروماهای دوران کودکی در بزرگسالی: پرسشنامه تروماهای دوران کودکی یک ابزار خود گزارش دهی گذشته‌نگر از تعیین سطوح تروماهای دوران کودکی است و اولین بار توسط برنستین و همکاران(۳۰) در نسخه‌ی ۷۰ سؤالی تدوین شد. نسخه کوتاه پرسشنامه تروماهای دوران کودکی (CTQ-SF) با ۲۸ سؤال، از پنج خرده مقیاس سوء رفتار جنسی عبارت‌های ۲۰ ۲۱ ۲۳ ۲۴ ۲۷ سوء رفتار جسمی (عبارت‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوء رفتار هیجانی عبارت‌های، ۱، ۸، ۱۸، ۲۵ غفلت جسمانی (عبارت‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) و غفلت هیجانی (عبارت‌های، ۵ ۷ ۱۳ (۱۹ (۲۸) تشکیل شده است. علاوه بر این، سه عبارت ۱۰، ۱۶ و ۲۲، گرایش به کوچک نمایی یا انکار سوءاستفاده را اندازه‌گیری می‌کنند. عبارت ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره دهی می‌شوند. نمره عبارت‌های، ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ به طور معکوس محاسبه می‌شود. پایایی درونی برای خرده مقیاس سوء رفتار هیجانی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۹ گزارش‌شده است؛ برای خرده مقیاس سوء رفتار فیزیکی از ۰/۸۱ تا ۰/۸۶؛ برای خرده مقیاس سوء رفتار جنسی از ۰/۹۲ تا ۰/۹۵؛ برای خرده مقیاس غفلت هیجانی از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس غفلت فیزیکی از ۰/۶۱ تا ۰/۷۸ گزارش شد. تحلیل عاملی تأییدی برای نسخه کوتاه پرسشنامه تروماهای دوران کودکی بر پایه مدل پنج عاملی، شاخص‌های مناسب قابل قبولی را گزارش داده است(۳۱). به‌منظور تعیین سابقه‌ی تروماهای دوران کودکی نسخه کوتاه پرسشنامه تروماهای کودکی که اعتبار و روایی آن در جمعیت ایرانی توسط گروسی و نخعی(۳۲) انجام شده مورداستفاده قرار گرفت. در نمونه ایرانی، میانگین ضریب آلفای کرونباخ برای کل خرده مقیاس‌ها، ۰/۷۹ و همبستگی عبارات مقیاس در همه خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۴ بود. علاوه بر این ضریب پایایی آزمون باز آزمون نیز ۰/۹۰ بود. برای بررسی روایی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

ظاهری از ۲۰ نفر که بر اساس مصاحبه با متخصص، سابقه تروماهای دوران کودکی را داشتند استفاده شده بود و یافته‌ها با پرسشنامه تروماهای دوران کودکی تطابق داشت.

پرسشنامه‌رؤیاهای ترسناک یوسفی (۱۳۹۴): مقیاس رؤیاهای ترسناک، یک مقیاس ۲۴ ماده‌ای است که توسط یوسفی ساخته‌شده است. سؤال‌های این پرسشنامه روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» نمره گذاری می‌شوند. پنج متخصص روایی صوری آن را تائید کرده‌اند و همسانی درونی آن از طریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ، (α=۰/۷۹۳) به‌دست‌آمده است. این پرسشنامه دارای نمره کل به صورت مجموع نمرات تمام سؤال‌هاست و نمره معکوس نیز ندارد(۱۷). در پژوهش دهقانپور و همکاران، مجدداً همسانی درونی از طریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ(α=۰/۹۲) ارزیابی شد(۱۶). در پژوهش سلیمی و یوسفی نیز برای تعیین پایایی این مقیاس، با انجام مطالعه مقدماتی روی ۲۰ نفر، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد (۱۷).

پرسشنامه	آلفا
دلبستگی ایمن	۰/۹۵۲
اجتنابی	۰/۳۳۷
اضطرابی	۹۲۸
فراهیجان مثبت	۰/۸۵۸
فراهیجان منفی	۰/۷۰۵
رؤیاهای ترسناک	۰/۸۹۴
تروما	۰/۹۴۰

جدول (۱) آلفای پرسشنامه‌های به‌کاررفته

داده‌ها با استفاده از آزمون لوین، آزمون شاپیرو- ویلک و آزمون تحلیل کوواریانس‌ها تحلیل شد. شایان ذکر است کلیه مراحل و عملیات تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS-25 صورت گرفت.

یافته‌ها

در جدول (۲)، فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی گروه نمونه‌ی پژوهش ارائه‌شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه نمونه پژوهش

متغیر و سطوح آن		گروه آزمایش			گروه کنترل			خی دو (معناداری)
		فراوانی	درصدفراوانی	درصد ف. تجمعی	فراوانی	درصدفراوانی	درصد ف. تجمعی	
سن	۲۰-۲۹	۹	۶۰/۰	۶۰/۰	۹	۶۰/۰	۶۰/۰	۱/۲۴۳ (۰/۷۴۳)
	۳۰-۳۹	۱	۶/۷	۶۷/۷	۰	۰	۶۰/۰	
	۴۰-۴۹	۰	۰	۶۷/۷	۳	۲۰/۰	۸۰/۰	
	۵۰-۵۹	۳	۲۰/۰	۸۷/۷	۳	۲۰/۰	۱۰۰/۰	
	گم شده	۲	۱۳/۳	۱۰۰	۰	۰	۰	
جنس	زن	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۲	۸۰/۰	۸۰/۰	۳/۳۳ (۰/۰۶۸)
	مرد	۰	۰	۰	۳	۲۰/۰	۱۰۰	
تأهل	مجرد	۸	۵۳/۳	۵۳/۳	۹	۶۰/۰	۶۰/۰	۰/۰۲۴ (۰/۸۷۶)
	متاهل	۶	۴۰/۰	۹۳/۳	۶	۴۰/۰	۱۰۰	
	گم شده	۱	۶/۷	۱۰۰	۰	۰		
تحصیلات	دیپلم	۱	۶/۷	۶/۷	۰		۰	۳/۴۲۹ (۰/۱۸۰)
	فوق دیپلم	۲	۱۳/۳	۲۰/۰	۶	۴۰/۰	۴۰/۰	
	لیسانس	۰	۰	۲۰/۰	۰		۴۰/۰	
	فوق لیسانس	۱۲	۸۰/۰	۱۰۰	۹	۶۰/۰	۱۰۰	
	کل							

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از کل اعضای در گروه آزمایش، ۲ نفر سن خود را گزارش نکردند. بیشترین تعداد افراد شامل ۹ نفر (معادل ۶۰ درصد) در محدوده سنی ۲۰-۲۹ سال بودند؛ و در گروه کنترل نیز افراد در این رده سنی برابر با گروه آزمایش بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

در جدول ۲ نتایج آزمون شاپیرو- ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، نتایج آزمون لوین (برابری واریانس گروه‌ها)، برای رؤیاهای ترسناک ارائه‌شده‌است.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و لوین در متغیر سبک‌های دلبستگی، فراهیجان و رؤیاهای ترسناک

متغیر	مؤلفه	آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
			آماره	معناداری	آماره	معناداری
سبک دلبستگی	دلبستگی ایمن	پیش‌آزمون	۰/۹۰۷	۰/۰۱۲	۳/۱۱۰	۰/۰۸۹
		پس‌آزمون	۰/۹۲۶	۰/۰۳۸	۱۱/۷۴۱	۰/۰۰۲
	دلبستگی اجتنابی	پیش‌آزمون	۰/۹۰۶	۰/۰۱۲	۴/۳۵۷	۰/۰۴۶
		پس‌آزمون	۰/۹۴۵	۰/۱۲۲	۰/۲۴۲	۰/۶۲۷
	دلبستگی اضطرابی	پیش‌آزمون	۰/۹۴۲	۰/۱۰۳	۰/۱۵۵	۰/۶۹۷
		پس‌آزمون	۰/۹۶۵	۰/۴۱۱	۰/۳۵۵	۰/۵۵۶
فراهیجان	فراهیجان منفی	پیش‌آزمون	۰/۷۹۲	۰/۰۰۰	۳/۲۷۹	۰/۰۸۱
		پس‌آزمون	۰/۸۹۵	۰/۰۰۶	۲/۱۱۶	۰/۰۵۴
	فراهیجان مثبت	پیش‌آزمون	۰/۹۳۵	۰/۰۶۵	۱۳/۸۶۵	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	۰/۹۴۰	۰/۰۹۱	۱۶/۵۸۱	۰/۰۰۰
رؤیاهای ترسناک		پیش‌آزمون	۰/۹۴۶	۰/۱۲۹	۱/۹۷۱	۰/۱۷۱
		پس‌آزمون	۰/۹۵۲	۰/۱۸۹	۴/۸۸۲	۰/۰۳۵

چنانکه در جدول ۳ نشان داده شده، در مرحله پس‌آزمون نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که برای دلبستگی ایمن (F=۴۴/۶۲۸ و df=۱)، دلبستگی اجتنابی (F=۲۸/۱۶۸ و df=۱)، دلبستگی اضطرابی (F=۴۲/۲۲۸ و df=۱)، پس از کنترل پیش‌آزمون، در مرحله پس‌آزمون، اثر گروه معنادار است (P<۰/۰۰۱)، به این معنی که بین گروه آزمایش و گروه کنترل در این مؤلفه‌ها در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر سبک‌های دلبستگی در پس‌آزمون

متغیر و منبع اثر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
ایمن (پس آزمون)	اثر پیش‌آزمون	۸۲/۴۱۰	۱	۸۲/۴۱۰	۳۲/۲۸۳	۰/۰۰۰	۰/۵۴۵	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۱۱۳/۹۲۳	۱	۱۱۳/۹۲۳	۴۴/۶۲۸	۰/۰۰۰	۰/۶۲۳	۱/۰۰۰
	خطا	۶۸/۹۲۳	۲۷	۲/۵۵۳	–	–	–	–
	کل	۱۳۴۳۳/۰۰۰	۳۰	–	–	–	–	–
اجتنابی (پس آزمون)	اثر پیش‌آزمون	۳۲/۶۲۲	۱	۳۲/۶۲۲	۳/۲۱۶	۰/۰۸۴	۰/۱۰۶	۰/۴۰۹
	اثر گروه	۲۸۵/۷۵۸	۱	۲۸۵/۷۵۸	۲۸/۱۶۸	۰/۰۰۰	۰/۵۱۱	۰/۹۹۹
	خطا	۲۷۳/۹۱۱	۲۷	۱۰/۱۴۵	–	–	–	–
	کل	۵۱۲۸/۰۰۰	۳۰	–	–	–	–	–
اضطرابی (پس آزمون)	اثر پیش‌آزمون	۲۳۰/۰۹۲	۱	۲۳۰/۰۹۲	۹/۸۶۵	۰/۰۰۴	۰/۲۶۸	۰/۸۵۷
	اثر گروه	۹۸۴/۹۶۷	۱	۹۸۴/۹۶۷	۴۲/۲۲۸	۰/۰۰۰	۰/۶۱۰	۱/۰۰۰
	خطا	۶۲۹/۷۷۴	۲۷	۲۳/۳۲۵	–	–	–	–
	کل	۶۳۶۴/۰۰۰	۳۰	–	–	–	–	–

چنانکه در جدول (۵) نشان داده شده، در مرحله پس‌آزمون نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که برای متغیر فراهیجان منفی (F=۷۴/۵۰۸ و df=۱) و فراهیجان مثبت (F=۲۷/۱۹۷ و df=۱)، پس از کنترل پیش‌آزمون، در مرحله پس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

آزمون، اثر گروه معنادار است (P<۰/۰۱)، به این معنی که بین گروه آزمایش و گروه کنترل در این مؤلفه‌ها، در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر فراهیجان در پس‌آزمون

متغیر و منبع اثر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
منفی (پس آزمون)	اثر پیش‌آزمون	۱۷۰۱/۴۳۹	۱	۱۷۰۱/۴۳۹	۷۴/۵۰۸	۰/۰۰۰	۰/۷۳۴	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۷۳۸/۶۲۰	۱	۷۳۸/۶۲۰	۳۲/۳۴۵	۰/۰۰۰	۰/۵۴۵	۱/۰۰۰
	خطا	۶۱۶/۵۶۱	۲۷	۲۲/۸۳۶	–	–	–	–
	کل	۹۵۱۷۷/۰۰۰	۳۰	–	–	–	–	–
مثبت (پس آزمون)	اثر پیش‌آزمون	۲۶۴۹/۷۸۳	۱	۲۶۴۹/۷۸۳	۱۳۱/۳۰۲	۰/۰۰۰	۰/۸۲۹	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۵۴۸/۸۶۹	۱	۵۴۸/۸۶۹	۲۷/۱۹۷	۰/۰۰۰	۰/۵۰۲	۰/۹۹۹
	خطا	۵۴۴/۸۸۴	۲۷	۲۰/۱۸۱	–	–	–	–
	کل	۴۸۶۹۱/۰۰۰	۳۰	–	–	–	–	–

چنانکه در جدول ۵ نشان داده شده، در مرحله پس‌آزمون نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که برای متغیر رؤیاهای ترسناک (F=۴۶/۴۴۶ و df=۱)، پس از کنترل پیش آزمون، در مرحله پس‌آزمون، اثر گروه معنادار است (P<۰/۰۱)، به این معنی که بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر رؤیاهای ترسناک در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر رؤیاهای ترسناک در پس‌آزمون

متغیر و منبع اثر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
رویا (پس آزمون)	اثر پیش‌آزمون	۲۶۶ .۲۳۳	۱	۲۳۳/۲۶۶۲	۴۴۱/۴۳۳	۰/۰۰۰	۰/۹۴۲	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۲۸۰/۱۱۲	۱	۲۸۰/۱۱۲	۴۶/۴۴۶	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲	۱/۰۰۰
	خطا	۱۶۲/۸۳۴	۲۷	۶/۰۳۱	–	–	–	–
	کل	۴۷۶۴۳/۰۰۰	۳۰	–	–	–	–	–

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سبک‌های دلبستگی، فراهیجان و رؤیاهای ترسناک در افراد دارای علائم ترومای پیچیده است؛ لذا به کارگیری درمان مناسب برای کاهش این مشکلات ضرورت دارد.

این درمان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روانشناختی در افراد دارد. فرایند درمان هیجان‌محور که به روش فردی اجرا می‌شود با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌شود. این سه مرحله باهم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به‌عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به‌عنوان راهنما و تسهیل‌گر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود (۳۳). در درمان هیجان‌محور نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازماندهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به درماندگی آن‌ها شده است (۳۴). درمان هیجان‌محور با ایجاد تعاملات سازنده بین بیماران و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش تحریف های شناختی در آنان می‌شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دلبستگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند (۳۵).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر سبک‌های دلبستگی افراد دارای ترومای پیچیده اثربخش است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

نتایج این پژوهش با یافته‌های پیشین ازجمله، کیان و همکارن (۳۶)، غفاری و همکاران (۳۷)، افسر و همکاران (۳۸) و امیری و همکاران (۳۹) همسو است.

در تبیین نتیجه بدست آمده از پژوهش باید گفت که فرآیند تغییر در رویکرد هیجان‌مدار نشان می‌دهد که این درمان کمک می‌کند تا افراد به هیجانات زیربنایی و آسیب دیده اولیه دسترسی پیدا کنند و بتوانند آن را ابراز کنند. آشکارسازی هیجانات آسیب‌پذیر زیربنایی در شکستن چرخه معیوب تعاملات تأثیر دارد و باعث عمیق شدن صمیمیت و پیوند دلبستگی ایمن می‌شود. وظیفه درمانگر این است که احساسات و نیازهای گذشته انکار شده را به سطح بیاورد. به عبارتی دیگر اجازه صحبت و اظهار نظر در درمان هیجان‌مدار به مراجع کمک می کند تا گذشته خود را که منجر به شکل‌گیری دلبستگی ناایمن دوسوگرا و اجتنابی شده است را کنار نهاده و با تمرکز بر زمان حال، دلبستگی‌های آشفته را رها و به جای آن دلبستگی ایمن را تقویت کنند(۳۷). یکی از پیش‌فرض‌های رویکرد هیجان‌مدار آن است که جلوگیری از ابراز هیجان‌های اولیه موجب آسیب زدن به مرزگذاری سالم، خشم ناشی از احترام قائل شدن به خود و سوگواری در مواقع لازم می‌شود؛ همچنین پردازش کافی و مناسب هیجان‌های حل نشده، تبدیل و استحاله آن را در پی دارد. گرینبرگ پیشنهاد کرد که در خلال درمان گاهی لازم است مراجعان به صحبت کردن درباره خیال پردازی‌هایشان درباره انتقام‌گیری ترغیب شوند (۴۰)، بنابراین اجرای صندلی خالی و گفت وگو با فرد آسیب‌رسان و انتقام خیالی از فرد آسیب‌رسان موجب رهاشدگی از احساس‌های درخودفرورفتگی شد. از طرف دیگر سازوکار اصلی تغییر در روان‌درمانی هیجان‌مدار عبارت است از پردازش هیجانی و فرایندهای مبرم معناسازی. از دیدگاه هیجان‌مدار تغییر هنگامی روی می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و دگرگونی هیجان معنا می‌یابد (۴۱). همه این عوامل در بستر رابطه‌ای همراه با همدلی، اتحاددرمانی و اعتباربخشی به تجربه توانستند کمک شایانی به بهبود سبک‌های دلبستگی شرکت‌کنندگان حاضر در این پژوهش کرد. مطابق با این رویکرد، اگر افراد قادر نباشند، نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضایتمندی و امنیت با یکدیگر در میان بگذارند، تعارضات ارتباطی شروع شده و شدت می‌گیرد(۴۲). تأکید این رویکرد بر روش ارتباط سازگارانه، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و طرف مقابل است. این رویکرد با استفاده از تکنیک‌هایی مثل بررسی روابط بین فردی، تمرکز بر هیجانات، تکنیک صندلی خالی و همچنین ردگیری هیجانات شناخته شده می‌تواند بر مشکلات ارتباطی تأثیر مثبت گذاشته و درنتیجه مشکلات سبک های دلبستگی را در افراد دارای علائم تروما کاهش دهد.

از دیگر نتایج پژوهش بیانگر اثربخش بودن درمان هیجان مدار بر فراهیجان افراد دارای علایم ترومای پیچیده بود. نتایج این پژوهش با یافته‌های پیشین ازجمله خجسته مهر و همکاران (۴۳) و واژاپیلی و ریس (۴۴) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رویکرد هیجان‌محور، اشتیاق، تعهد و نگاه به روابط عاشقانه که به بهترین نحو در نظریه دلبستگی بیان شده است، با هم ترکیب می‌شوند. با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در سازماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد(۴۵, ۴۶). آشکارسازی هیجانات و نیازهای دلبستگی، برای ایجاد پیوند هیجانی ضرورت دارد و اساس فرایند تغییر در رویکر هیجان‌مدار می‌باشد و باعث بهبود فراهیجان مثبت افراد دارای علائم تروما می‌باشد (۴۶). این مسئله به‌عنوان یک اصل در روانشناسی پذیرفته شده است که هر چه نمود هیجانات در رفتار بیشتر باشد، قدرت تصمیم‌گیری درست فرد را مختل می‌کند. این امر به دو طریق اتفاق می‌افتد، نخست اینکه رفتار و واکنش هیجانی باعث می‌شود فرد کمتر از منطق و شناخت استفاده کند، دوم اینکه، هیجانات شناخت را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، به این معنی که باعث می‌شود فرد عمل اشتباه خود را با منطق و افکار تحت تأثیر قرار گرفته فراهیجانات (به ویژه فراهیجانات منفی از قبیل خشم، اضطراب و عدم پذیرش) توجیه کند (۴۷). افراد دارای علائم تروما که به دلیل تروما دچار استرس می‌شوند و فراهیجان مثبت آن‌ها دچار آسیب می‌شود و دچار فراهیجانی منفی می‌شوند از طریق این درمان یاد می‌گیرند تا پریشانی ناشی از تجارب منفی تروما را که سبب تهدید احساسات خود می‌شوند، تعدیل نمایند. از سوی دیگر این مسئله سبب می‌شود که این افراد ماهیت ناراحتی خود را بیشتر بشناسند و همچنین پاسخ دادن مثبت، لبخند زدن، همدلی و صمیمیت را در ارتباط با دیگران افزایش دهند. این افراد می توانند از این طریق باعث بهبود فراهیجان منفی خود شوند؛ بنابراین منطقی است گفته شود که رویکرد درمان هیجان‌مدار بر فراهیجان منفی این افراد موثر است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

درنهایت نتایج پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر رؤیاهای ترسناک افراد دارای علائم ترومای پیچیده اثربخش است. طی جستجوهای صورت گرفته توسط پژوهشگر مطالعه‌ای که این موضوع را بررسی کرده باشند صورت نگرفته است، به عبارتی دیگر در تائید همسویی و ناهمسویی نتایج به دست آمده، پژوهشی مشاهده نشد. لذا، در تحلیل این یافته از دیگر مطالعات نزدیک به موضوع بهره گرفته شد. بعنوان مثال یافته به‌دست آمده به‌طور غیرمستقیم با نتایج کاترینا و همکاران(۴۸)، سیمور و همکاران(۴۹) و پاول(۵۰) همسو بود. رؤیاهای ترسناک ظهور تکراری رؤیاهای گسترده و ملال‌آور هستند که معمولاً تلاش برای اجتناب از تهدیدها، ایمنی، سلامت جسمانی را در بردارند که معمولاً به همراه ترس یا هراس هستند و درنهایت آن‌ها موجب می‌شوند شخص از خواب بیدار شود و در حالت هوشیاری قرار گیرد(۵۱). افراد معمولاً رؤیاها را در مرحله خواب با حرکات سریع چشم می‌بینند و به سرعت جهت‌گیری کرده و از رؤیا بیدار می‌شوند. بااین‌حال روش‌ها ممکن است، هیجان‌های منفی شخص را باقی گذارند و برای شخص پریشانی جدی، برهم خوردن هیجانی، یا نقص در عملکرد اجتماعی، حرفه‌ای یا سایر زمینه‌های عملکردها را ایجاد نمایند. تجربه‌ی رؤیاهای ترسناک در طی زندگی رخ می‌دهد و تجربه طولانی‌مدت آن در هر انسان سالمی ممکن است رخ دهد. مخصوصاً این تجربه در نوجوانان و جوانان یا زنان به وقوع می‌پیوندد. رؤیاها به‌عنوان فعالیت ذهنی در طی خواب تعریف می‌شوند؛ درحالی‌که گزارش رؤیاها به‌عنوان حافظه‌ای از فعالیت ذهنی در طی خواب تعریف می‌گردد (۵۰). پژوهش گرینبرگ (۵۲) نشان می‌دهد، اصول درمان هیجان‌مدار شامل ارزیابی احساسی است که به شکل همه جانبه به یک اتحاد درمانی قوی به‌عنوان زمینه لازم برای درمان تأکید دارد. رابطه درمانی راهی است که هیجان را از طریق همدلی و اعتباردهی به آن تنظیم می‌کند و با تنظیم کردن هیجانات و عمق‌بخشی به آن‌ها و بازسازی خاطرات دوران کودکی می‌تواند موجب کاهش کابوس این افراد گردد.

تعارض منافع

بین نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

حمایت مالی

این مطالعه با هزینه شخصی پژوهشگران انجام گرفته و در هیچ‌یک از مراحل انجام این پژوهش هیچ‌گونه منابع مالی دریافت نشده است.

سهم نویسندگان

سهم نویسندگان در این پژوهش به صورت مساوی است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد و زیر نظر کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی – واحد اصفهان (خوراسگان) و با کد اخلاق به شناسه IR. IAU. KHUISF. REC. 1402. 133 انجام‌گرفته است. تمام نکات اخلاقی شامل رازداری، در اولویت بودن سلامت روانشناختی شرکت‌کنندگان، امانت‌داری، دقت در استناددهی، قدردانی از دیگران، رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها، رعایت حریم خصوصی شرکت‌کنندگان توسط پژوهشگران مدنظر قرارگرفته شد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول است. نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و کارکنان محترم کلینیک روانشناسی و مشاوره که زمینه انجام پژوهش را فراهم ساختند، صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

References

1. Lawson DM, Quinn J. Complex trauma in children and adolescents: evidence-based practice in clinical settings. J Clin Psychol. 2013;69(5): 497-509.
2. Wamser-Nanney R, Vandenberg BR. Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. Journal of traumatic stress. 2013;26(6): 671-8.
3. Dugal C, Bigras N, Godbout N, Bélanger C. Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: An analysis of psychological and interpersonal sequelae: IntechOpen London, UK: ; 2016.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

4. Balali Dehkordi N, Fatehizade M, Bahrami F. Construction and Validation of Complex Childhood trauma-related Personality Pathology Scale (Married Form). Quarterly of Applide Psychology. 2023;17(1): 59-37.
5. Theisen JC, Fraley RC, Hankin BL, Young JF, Chopik WJ. How do attachment styles change from childhood through adolescence? Findings from an accelerated longitudinal Cohort study. Journal of Research in Personality. 2018;74: 141-6.
6. Bozdemir F, Gündüz B. The relationships of attachment styles, parental attidues and traumatic childhood experiences with emotional intelligence Bağlanma stilleri, anne baba tutumları ve çocukluk çağı örselenme yaşantılarının duygusal zekâ ile ilişkileri. Journal of Human Sciences. 2016;13(1): 1797-814.
7. Erozkan A. The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. Universal journal of educational research. 2016;4(5): 1071-9.
8. Raby KL, Labella MH, Martin J, Carlson EA, Roisman GI. Childhood abuse and neglect and insecure attachment states of mind in adulthood: Prospective, longitudinal evidence from a high-risk sample. Development and psychopathology. 2017;29(2): 347-63.
9. Yoder JR, Grady M, Dillard R. Maternal caregiving practices and child abuse experiences as developmental antecedents to insecure attachments: Differential pathways between adolescents who commit sexual and non-sexual crimes. Sexual Abuse. 2019;31(7): 837-61.
10. Yilmaz H, Arslan C, Arslan E. The effect of traumatic experiences on attachment styles. Anales de Psicología/Annals of Psychology. 2022;38(3): 489-98.
11. Simpson JA, Rholes WS, Eller J, Paetzold R. Major principles of attachment theory. Social psychology: Handbook of basic principles. 2020: 222-39.
12. Nejatifar S, Abedi A, Ghamarani A. Effectiveness of Parent-centered Intervention Based on Gottman's Meta- Emotional Philosophy on Cognitive Emotion Regulation in Children with Externalizing Behavioral Problems. Research-Institute-for-Education. 2021;20(4): 36-25.
13. He X, Yuan X, Hu M, Zhou L. The association between parental meta-emotion philosophy and adolescent's behavior problem: The moderating role of vagus. Acta Psychologica Sinica. 2020;52(8): 971.
14. Miceli M, Castelfranchi C. Meta-emotions and the complexity of human emotional experience. New Ideas in Psychology. 2019;55: 42-9.
15. Gottman JM, Katz LF, Hooven C. Meta-emotion: How families communicate emotionally: Routledge; 2013.
16. Farahmand Dehghanpoor Varnamkhasti F, Yousefi Z. Which variable has more power to predict terrifying dreams? Rumination, temperament, attachment styles, or family relations? Journal of Fundamentals of Mental Health. 2021;23(3): 211-8.
17. Salimi N, Yousefi Z. Multiple relationships between thought control strategies and symptoms of personality disorders with symptoms of nightmares. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2018;16(94): 309-298.
18. Lou NK, Aghdam GF, Babakhani V, Alijani F. Comparison of the Effectiveness of "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Oriented Therapy" on Academic Procrastination and Frustration disComfort of Male High School Students.
19. Azandariani M, Khoynejad G, Akbari Amarghan H. Comparison of the Effectiveness of Emotion-based Therapy and Therapy Based on Acceptance and Commitment on Emotional Self-Regulation, Psychological Well-Being and Couple Tolerance. islife. 2022;6(2): 153-60.
20. Greenberg L. Emotion-focused therapy of depression. Person-Centered&Experiential Psychotherapies. 2017; 16 (2): 106-17.
21. Greenberg LS, Goldman RN. Clinical handbook of emotion-focused therapy: American Psychological Association; 2019.
22. Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS. Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change: American Psychological Association; 2012.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]

23. Ivanova I, Watson J. Emotion-focused therapy for eating disorders: Enhancing emotional processing. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2014;13(4): 278-93.
24. Cornish MA. Examination of an emotion-focused therapy intervention to promote self-forgiveness for interpersonal offenses: Iowa State University; 2014.
25. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. Journal of personality and social psychology. 1990;58(4): 644.
26. Shahyad S, Pakdaman S, Tavakoly M, Asadi M, Siavoshi H, Miri M, Alipour A. The Relationship between attachment style and motive, content and number of using S. M. S. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2011;15: 887-90.
27. Palizban A, Mehrabizadeh Honarmand M, Arshadi N. Predicting Aggression Based on Callous-Unemotional Traits, Early Traumatic Life Events and Attachment Styles in High School Male Students. Social Psychology Research. 2015;5(19).
28. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. Personality and individual differences. 2009;46(4): 448-53.
29. Pourfaraj M, Mahmoudian T. The Relationship between Metacognition and Meta-emotion with Distress Tolerance: The Mediating Role of Psychological Flexibility. 2020.
30. Bernstein, D. P. , & Fink, L. Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1998.
31. Ansari kolachahi F, Sadeghi A, Qorbanpoor Lafmejani A. Investigating the structural relationship between attachment styles and childhood trauma with a tendency to extramarital relationships: The mediating role of emotional schemas. frooyesh. 2022;11(10): 37-48.
32. Garrusi B, Nakhaee N. Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. Psychological reports. 2009;104(2): 509-16.
33. Zwack J, Greenberg L. Where are the emotions? How emotion-focused therapy could inspire systemic practice. Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling. 2020: 249-64.
34. Greenman PS, Johnson SM. Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. Family Process. 2013;52(1): 46-61.
35. Ghaznavi khazarabadi F, Niknam M. The Effectiveness of emotionally-focused couple therapy on the style of attachment and sexual satisfaction of couples. Yektaweb. 2019;26(3): 213-25.
36. Kian F, etemadi o, Bahrami F. The Impact of Emotionally Focused Group Couple Therapy on the Couple Attachment and Marital Happiness. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2020;21(1): 72-83.
37. Ghaffari H, Mikaeli Manee F, Masoudi S. The effectiveness of emotion-oriented therapy on feelings of inferiority, sensation-seeking and attachment styles of married women with experience of extramarital relationships. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2022;9(2): 62-76.
38. Afsar M, Hasani F, Farzad v. The effectiveness of emotion therapy on emotion regulation and attachment styles in women with borderline personality disorder. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2022;65(2): 654-66.
39. Ekhtiyari Amiri R. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) in Improving Attachment Styles and Marital Satisfaction of Married Women. Journal of Applied Family Therapy. 2021;2(2): 404-20.
40. Greenman PS, Johnson SM, Wiebe S. Emotionally focused therapy for couples: At the heart of science and practice. 2019.
41. Foroughe M, Stillar A, Goldstein L, Dolhanty J, Goodcase ET, Lafrance A. Brief emotion focused family therapy: An intervention for parents of children and adolescents with mental health issues. Journal of Marital and Family Therapy. 2019;45(3): 410-30.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.48305/22.1.159]

42. Wiebe SA, Elliott C, Johnson SM, Burgess Moser M, Dalgleish TL, Lafontaine M-F, Tasca GA. Attachment change in emotionally focused couple therapy and sexual satisfaction outcomes in a two-year follow-up study. Journal of Couple & Relationship Therapy. 2019;18(1): 1-21.
43. Khojasteh Mehr R, Shiralinia K, Rajabi GR, Bashlide Q. Effectivness of Cognitive–Behavioral Couple Therapy on Depression Reduction and Enhancing Emotional Regulation in Distressed Couples. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2014;13(2): 202-12.
44. Vazhappilly JJ, Reyes MES. Efficacy of emotion-focused couples communication program for enhancing couples' communication and marital satisfaction among distressed partners. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2018;48: 79-88.
45. Johnson, S. M. Creating connection: The practice of emotionally focused couple therapy. New York: Brunner-Routledge, 2004.
46. Moradi A, Tabrizi M, Karami A, Balanchi NA. The Effectiveness of Emotion-based Education on Emotional Divorce and Cold-Tempered Women in Isfahan with an Islamic Approach. 2020.
47. Ashena M, Besharat MA, Malihialzuckerini S, Rafezi Z. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on positive metacognitions and meta-emotions in mothers of children with cancer. Journal-of-Psychological-Science. 2021;20(97): 13-22.
48. Rufino KA, Ward-Ciesielski EF, Webb CA, Nadorff MR. Emotion regulation difficulties are associated with nightmares and suicide attempts in an adult psychiatric inpatient sample. Psychiatry research. 2020;293: 113437.
49. Simor P, Csóka S, Bódizs R. Nightmares and bad dreams in patients with borderline personality disorder: Fantasy as a coping skill? The European Journal of Psychiatry. 2010;24(1): 28-37.
50. Paul F, Schredl M, Alpers GW. Nightmares affect the experience of sleep quality but not sleep architecture: an ambulatory polysomnographic study. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. 2015;2: 1-9.
51. Salimi DN, Yousefi Z. Multiple relations among thought control strategies and symptoms of personality disorders with nightmare. 2018.
52. Greenberg, L. The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. Psychotherapy,2014;51(3), 350–357. https: //doi. org/10. 1037/a0037336

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http: //creativecommons. org/licenses/by/4. 0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.159]