

Article Type:
Research Article

Article History:

Received: 2024/11/22
Revised: 2025/3/14
Accepted: 2025/4/1
Published: 2025/4/5

How to Cite:

Bahraminia M, Khaleghipour Sh, Soltani F. The effectiveness of emotion-focused therapy on distress tolerance, fear of positive experience, and psychosomatic symptoms in individuals experiencing grief due to COVID-19. *EBNESINA* 2025;27(1):23-35. DOI: 10.22034/27.1.23



Aja University of Medical Sciences

EBNESINA

journal homepage: <https://ebnesina.ajams.ac.ir>

ISSN: 1735-9503
eISSN: 4653-2645



The effectiveness of emotion-focused therapy on distress tolerance, fear of positive experience, and psychosomatic symptoms in individuals experiencing grief due to COVID-19

Maryam Bahraminia¹, Shahnaz Khaleghipour^{1✉}, Fatemeh Soltani¹

Abstract

Background and aims: Deaths caused by the coronavirus have complicated the grieving process, often leading to unexpressed or complicated grief with severe and long-lasting consequences. This study aimed to investigate the effectiveness of emotion-focused therapy on distress tolerance, fear of positive experience, and psychosomatic symptoms in individuals suffering bereavement related to COVID-19.

Methods: This semi-experimental study employed a pre-test/post-test design with control group. The sample consisted of 20 individuals experiencing grief due to COVID-19, selected through convenience sampling. Participants were randomly assigned to either the emotion-focused therapy group (n = 10) or the control group (n = 10). Measures included Simmons and Gaher's Distress Tolerance Questionnaire, a researcher-designed Fear of Positive Experience Questionnaire, and Lacourt's Psychosomatic Symptoms Questionnaire. Following the pre-test, the experimental group underwent 10 sessions of emotion-focused therapy.

Results: Findings indicated that emotion-focused therapy had a significant positive effect on distress tolerance, fear of positive experience, and psychosomatic symptoms ($p < 0.05$).

Conclusion: The results suggest that emotion-focused therapy can effectively enhance psychological well-being in individuals grieving losses caused by COVID-19. Such interventions may be beneficial in addressing the emotional and psychosomatic challenges associated with bereavement.

Keywords: cognitive therapy, emotion regulation, psychosomatic disorders, grief, COVID-19

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 27, No. 1, Serial 90)

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

✉ Corresponding Author:

Shahnaz Khaleghipour
Address: Department of Clinical Psychology, Nae. C., Islamic Azad University, Naein, Iran
Tel: +98 (31) 46267099
E-mail: sh.khaleghipour@iau.ac.ir



Copyright© 2025. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajams.ac.ir>

Introduction

The COVID-19 pandemic has ushered in an unprecedented global health crisis, profoundly impacting not only physical health but also the mental and emotional well-being of people around the world [1]. Among the various psychological consequences that have arisen, grief and sorrow following the loss of loved ones have been especially pervasive. For many individuals, the experience of grief during this period has been extraordinarily challenging and complicated, often diverging significantly from the typical bereavement process [2]. This complexity stems from a combination of unique pandemic-related factors such as enforced quarantine, social distancing mandates, the disruption of traditional mourning rituals, limited access to social support networks, and the inability to say final goodbyes to hospitalized relatives [4].

These extraordinary circumstances have contributed to the increased prevalence of complicated grief, or prolonged grief disorder—a condition characterized by intense yearning for the deceased, emotional numbness, persistent preoccupation with the loss, and a marked difficulty in resuming normal daily activities. Unlike standard grief, which tends to diminish over time, complicated grief results in enduring psychological distress that significantly impairs an individual's functioning [3].

Complicated grief often coexists with a range of other psychological difficulties, including depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD). It is also frequently associated with psychosomatic symptoms such as chronic fatigue, headaches, gastrointestinal problems, and other physical complaints, underscoring the deep mind-body connection in emotional trauma responses [1]. In light of the multifaceted impact of grief aggravated by the pandemic's social and environmental conditions, there is a growing imperative to design, test, and implement effective, evidence-based psychological interventions. These interventions aim specifically to support individuals grieving the loss of close

family members during these extraordinary and distressing times [4].

Emotion-Focused Therapy (EFT) is one such therapeutic approach that holds particular promise. Developed by Leslie Greenberg, EFT is a humanistic and experiential form of therapy centered on the pivotal role of emotions in psychological change [6]. It helps clients identify, access, and regulate difficult emotional experiences through targeted techniques such as empty-chair work, focusing, and emotion coaching. EFT is especially well suited to grief work because it facilitates the processing of unresolved emotional pain, promotes the construction of meaning around loss, and supports emotional reintegration. While EFT has demonstrated robust effectiveness in treating depression and trauma, its application specifically for grief-related distress and psychosomatic symptoms stemming from pandemic-related loss has been insufficiently explored. Thus, This study aimed to investigate the effectiveness of EFT on distress tolerance, fear of positive experience, and psychosomatic symptoms in individuals suffering bereavement related to COVID-19.

Methods

This study utilized a semi-experimental design with a pre-test/post-test control group to evaluate the impact of EFT on psychological outcomes in adults bereaved by COVID-19. The target population consisted of adults aged 25 to 55 years, residing in Tehran, who had lost a first-degree relative due to COVID-19 within the past year. After a rigorous eligibility screening to confirm clinical criteria for complicated grief, 20 participants (all female) were recruited via convenience sampling. These participants were then randomly assigned to either an experimental group receiving EFT or a control group on a waitlist, with 10 people in each group.

Inclusion criteria were: 1) participants had to meet clinical diagnostic criteria for complicated grief as determined by structured clinical

interviews, 2) not be currently taking psychiatric medication or engaged in psychotherapy, and 3) provide informed consent to attend all treatment sessions. Those in the experimental group participated in ten weekly EFT sessions, each approximately 90 minutes long, carried out by a certified psychotherapist specialized in EFT. The intervention followed Greenberg's EFT framework, incorporating essential components such as increasing emotional awareness, identifying and differentiating primary emotional experiences, resolving unfinished emotional conflicts through dialogue-based techniques like empty-chair work, and building emotional resilience [7].

During therapy, participants were encouraged to engage deeply with complex feelings including guilt, anger, sadness, and fear, while also reconnecting with positive memories and emotions associated with the deceased.

To evaluate the intervention's effectiveness, data were collected using three validated instruments:

The Distress Tolerance Scale (DTS), measuring participants' capacity to endure and regulate emotional discomfort [11];

A researcher-developed Fear of Positive Experience Questionnaire, assessing avoidance or anxiety related to experiencing positive emotions such as joy and satisfaction;

Lacourt's Psychosomatic Symptoms Questionnaire, evaluating the frequency and severity of physical symptoms linked to unresolved emotional distress [29].

Data analysis was performed using SPSS software. Descriptive statistics summarized demographic characteristics, and paired-sample t-tests compared pre-test and post-test scores within and between groups to assess the impact of EFT treatment on the psychological and somatic variables.

Results

The statistical analysis demonstrated notable improvements across all measured variables in the

experimental group compared to the control group. Specifically, distress tolerance increased significantly. The experimental group's DTS scores rose from a pre-test mean of 53.95 (SD = 4.28) to a post-test mean of 65.85 (SD = 3.90).

Concomitantly, scores on the fear of positive experiences questionnaire dropped substantially from 25.40 (SD = 3.12) before treatment to 17.35 (SD = 2.87) after.

In addition, the psychosomatic symptom scores decreased significantly, from a pre-test average of 69.85 (SD = 5.41) to a post-test mean of 58.35 (SD = 4.76).

Between-group comparisons confirmed the statistical significance of all these findings, with p-values less than 0.001 for distress tolerance, fear of positive emotions, and psychosomatic symptoms at post-test assessments.

Discussion and Conclusion

The results of this study support the hypothesis that EFT can substantially alleviate the psychological burden of grief and enhance both emotional and physical well-being among bereaved individuals. The improvement in distress tolerance suggests that participants developed a stronger capacity to endure painful emotions and regulate their intensity without resorting to maladaptive strategies such as emotional avoidance or suppression. This enhancement in emotional resilience is essential for adaptive coping and gradual recovery following the death of a loved one.

Moreover, the reduction in fear of positive emotions reveals EFT's powerful role in helping individuals reintegrate positive affectivity into their emotional lives. This reintegration is crucial for recovery from bereavement, enabling individuals to experience joy, love, and satisfaction without accompanying guilt or anxiety. This finding aligns closely with existing grief literature that emphasizes emotional processing and the reinstitution of positive emotional experiences as vital components of adaptive mourning [18, 31-36].

The observed decline in psychosomatic

symptoms further underscores the importance of addressing grief's somatic dimension. Emotional pain that remains unprocessed frequently manifests as physical complaints, creating a vicious cycle of distress that can exacerbate suffering. By focusing on core emotional wounds, EFT effectively alleviated both psychological and somatic symptoms, illustrating the intimate connection between mind and body in grief recovery [37].

These findings bear significant implications for clinical practice, especially in the context of large-scale traumatic events like the COVID-19 pandemic, which disrupt traditional mourning rituals and amplify isolation. EFT provides a structured yet flexible experiential framework that can be effectively applied to facilitate emotional healing in bereaved individuals. Such interventions are crucial for mitigating the prolonged suffering often seen in complicated grief and for fostering a pathway toward psychological and physical restoration.

Ethical Considerations

This research adhered strictly to ethical standards governing psychological research. Participants were informed thoroughly about their

rights and the nature of the study and provided written informed consent before participation. Confidentiality and anonymity of personal information were rigorously maintained throughout the study. Approval for the research protocol was granted by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, under the ethical code IR.IAU.KHUISF.REC.1402.022.

Funding

There is no funding support.

Authors' Contribution

Authors contributed equally to the conceptualization and writing of the article. All of the authors approved the content of the manuscript and agreed on all aspects of the work.

Conflict of Interest

Authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We would like to express our sincere appreciation to all participants in the study and the research team for their collaboration and support throughout the project.

اثربخشی درمان هیجان‌محور بر تحمل‌پریشانی، ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی در افراد مبتلا به سوگ ناشی از کووید ۱۹

مریم بهرامی‌نیا^۱، شهناز خالقی‌پور^۱✉، فاطمه سلطانی^۱

چکیده

زمینه و اهداف: مرگ ناشی از ویروس کرونا، حل‌فرایند سوگ را دشوار کرده است و زمینه برای سوگ ابراز نشده یا پیچیده را تقویت می‌کند که اثرات مخرب و طولانی‌مدتی بر جای می‌گذارد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌محور بر تحمل‌پریشانی، ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی در افراد مبتلا به سوگ ناشی از کووید ۱۹ انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در انتظار درمان بود. جامعه آماری تحقیق افراد مبتلا به سوگ ناشی از کووید ۱۹ بود که به صورت در دسترس ۲۰ نفر انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی ۱۰ نفر در گروه درمان هیجان‌محور و ۱۰ نفر در گروه کنترل در انتظار درمان قرار گرفتند. ابزار سنجش پرسشنامه‌های تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر، پرسشنامه محقق ساخت ترس از تجربه مثبت و پرسشنامه علائم روان‌تنی لاکورت بود. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه درمان هیجان‌محور را دریافت کردند.

یافته‌ها: نتایج یافته‌ها نشان داد که تأثیر درمان هیجان‌محور بر مؤلفه‌های تحمل‌پریشانی، ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی معنادار بود ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده، به منظور افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی، افراد مبتلا به سوگ، می‌توانند از مداخلات روان‌شناختی درمان هیجان‌محور بهره‌مند شوند.

کلمات کلیدی: شناخت درمانی، تنظیم هیجان، اختلالات روان‌تنی، سوگ، کووید ۱۹

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

✉ نویسنده مسئول: شهناز خالقی‌پور
آدرس: گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران
تلفن: ۴۶۲۶۷۰۹۹ (۳۱) ۰۹۸
ایمیل: sh.khaleghipour@iau.ac.ir

مقدمه

پاندمی کرونا، فشار روانی غیر قابل‌تحملی را برای جوامع درگیر مانند استرس، اضطراب، افسردگی، اختلال پس از سانحه (PTSD)^۱، و سوگ حل‌نشده^۲ به بار آورده است [۱]. در ویراست پنجم طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)^۳، برای تشخیص سوگ نابهنجار^۴ تأکید شده است که سوگ باعث اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و سایر عملکردهای مهم در زندگی فرد می‌شود. مرگ ناشی از ویروس کرونا، حل‌فرایند سوگ را دشوار کرده، زمینه برای سوگ ابراز نشده یا پیچیده را تقویت می‌کند که اثرات مخرب و طولانی‌مدتی بر جای می‌گذارد. از پیامدهای سوگ می‌توان به این مطلب اشاره کرد که افرادی که به اندازه کافی برای عزیزانشان سوگواری نمی‌کنند، احتمالاً با اختلال سوگ پیچیده دست و پنجه نرم خواهند کرد. بیشتر افرادی که داغیدگی طبیعی را تجربه می‌کنند، دوره‌ای از غم و اندوه کرختی و حتی احساس گناه و عصبانیت دارند. به تدریج این احساسات فروکش می‌کند و فقدان را می‌پذیرند. ولی در سوگ پیچیده احساس فقدان، ناتوان‌کننده است و حتی بعد از گذر زمان بهبود نمی‌یابد و احساسات دردناک به قدری طولانی مدت و شدید است که از سرگیری زندگی طبیعی دشوار می‌شود. کسانی که عزیزانشان به مدت چند هفته تحت حمایت دستگاه تنفس مصنوعی بودند، خستگی جسمی و روانی را پس از رسیدن به نتیجه نهایی تجربه کردند. این عوارض تا حد زیادی نادیده گرفته شده‌اند و جای خود را به نگرانی‌های فوری دادند؛ اما قطعاً طی سال‌ها و ماه‌های آینده آشکار خواهند شد [۲]. براساس DSM-5 در صورتی که سوگ عوارضی مانند افسردگی شدید، بی‌خوابی، کاهش وزن، بی‌اشتهایی و نظایر آن ایجاد کند و این عوارض دست‌کم دو ماه دوام یابد، از آن به عنوان اختلال روانی یاد می‌شود. ویروس کرونا در کووید ۱۹، یکی از موارد جدید کرونا

ویروس است که شباهت زیادی با کرونا ویروس سارس^۵ و کرونا ویروس خاورمیانه (مرس)^۶ دارد [۳]. این بیماری یک نوع جدید از بیماری مسری است که به دلیل سندروم حاد تنفسی و ویروس کرونا ایجاد می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که روش قرنطینه‌سازی، با توجه به شرایط محیط و همچنین نوع بیماری عفونی منتشر شده ممکن است به کاهش سلامت روان و بروز برخی اختلالات روانشناختی در افراد منجر شود [۴].

درمان هیجان‌محور را می‌توان نوعی کار درمانی تعریف کرد که به درک نقش هیجان در تغییر روانی - درمانی آگاهی دارد. درمان هیجان‌محور بر پایه تحلیل دقیق و ریزبینانه معنا و سهم هیجان در تجربه انسانی و تغییر در روان درمانی شکل گرفته است. به این رویکرد، مکمل گفته می‌شود از این جهت که بر ترکیب و تلفیق عناصری از رویکردهای درمانی مختلف تأکید دارد، از جمله رویکرد فرد محور^۷ [۵] و نظریه‌های متفاوتی همچون نظریه‌های هیجانی، شناختی، دلبستگی، بین‌فردی^۸، روان‌پویایی^۹ و روایت مدرن^{۱۰} و همه این رویکردها و نظریه‌ها را در قالب یک فرآیند ساخت‌گرایی دیالکتیک^{۱۱} تأکید می‌کند [۶]. درمان هیجان‌محور یک رویکرد ساختاری تجربی است و مسئله اصلی در این نوع درمان این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازماندهی وی است. اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان، یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آگاهی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان‌شناختی می‌شود [۷]. تحمل پریشانی^{۱۲} به عنوان ساختاری مهم در رشد و بینش جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و نیز پیشگیری و درمان مشاهده شده است [۸]. تحمل پریشانی نقش مهمی در ارتقای سلامت دارد. این سازه شامل

5. Sars Coronavirus

6. Mers Coronavirus

7. Person-centered

8. Interpersonal

9. Psychodynamic

10. Modern narrative

11. Dialectical constructivism

12. Tolerance Distress

1. Post-traumatic Stress Disorder

2. Unresolved Grief

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

4. Abnormal Grief

توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان و مقدار جذب توجه به وسیله هیجانات منفی است [۹]. افراد با تحمل پریشانی پایین هنگام قرار گرفتن در معرض استرس و تنش، در تنظیم و کنترل هیجان‌های خود دچار مشکل می‌شود و به راهبردهای ناکارآمد همچون رفتارهای پر خطر مانند پرخاشگری، سرقت، سوء مصرف مواد، الکل و سایر رفتارهای پر خطر و بزهکاری می‌پردازند [۱۰]. تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده خود گزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی تعریف می‌شود [۱۱]. با توجه به شرایط پاندمی، عدم اطمینان از وضعیت آتی، باعث ناهماهنگی شناختی و ناامنی می‌شود و مردم زمانی که احساس خطر بیماری می‌کنند، به شیوه‌های محافظه کارانه و محتاطانه رفتار می‌کنند [۱۲]. در نتیجه میزان انجام فعالیت‌های مثبت کاهش می‌یابد؛ این در حالی است که پژوهش‌های پیشین [۱۳] به این نتیجه رسیده است که تجارب مثبتی که به آثار مثبت منجر می‌شوند، می‌توانند تأثیری بنیادین بر رفتار اجتماعی و روند اندیشه و تفکر فرد بر جای بگذارند. تجربه مثبت مؤلفه‌ای است که می‌توان از نظر هر فرد معنای منحصر به فردی داشته باشد اما به طور کلی تجربه مثبت یا تجربه خوشایند فعالیت است که برای فرد، با معنا و مهم و ارزشمند باشد. ترس از تجارب مثبت^۱، اغلب با ترس‌هایی از قبیل ترس از موفق نبودن (در نقش والد، همسر، دانش‌آموز، کارمند یا حتی بیمار)، ناتوانی در حفظ و فواید درمان، ناامید کردن دیگران و عدم شایستگی برای تجربه مثبت مرتبط است [۱۴].

اصطلاح اختلالات روان‌تنی اشاره به حالات جسمانی دارد که در آنها حوادث پر معنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند. این اختلالات شامل اختلالات قلبی - عروقی، تنفسی، معده - روده‌ای، استخوانی - عضلانی، دستگاه‌های تناسلی - ادراری و پوست هستند [۱۵]. استرس‌ها

و ضربه‌های روانی به طور تدریجی روی فرد تأثیر می‌گذارند و اثر تجمعی آنها سبب بروز بیماری‌های روان‌تنی می‌شود [۱۶]. در درمان مبتنی بر هیجان، توجه ویژه‌ای به ایجاد هماهنگی همدلانه، ایمنی و همکاری رابطه‌ای می‌شود و بر پایه همین رابطه شکل گرفته مراجع بر دنیای درونی به‌ویژه هیجان‌ها متمرکز می‌شود و با افزایش آگاهی و پردازش مجدد هیجان‌ها به رشد فردی و توانمندسازی خود می‌رسد [۱۷]. پژوهش‌های انجام شده نشان دادند [۱۸، ۱۹] که درمان هیجان‌محور باعث کاهش علائم روان‌شناختی آسیب‌زا مانند اضطراب، افسردگی، استرس، آشفتگی‌های هیجانی و بهبود سلامت روان در افراد می‌شود. آگاهی از هیجانات اولیه و زیربنایی نقش در کاهش پریشانی روان‌شناختی افسردگی دارد [۲۰]؛ چرا که در بسیاری از موارد علت پریشانی روان‌شناختی و افسردگی، هیجانات زیربنایی ناشناخته نظیر درماندگی^۲ است [۲۱]. مداخلات هیجان‌محور در ایجاد خودگویی‌های مثبت^۳ و تجارب تازه برای بیماران افسرده، تسهیل بخشش و کاهش مشکلات هیجانی مؤثر بوده است [۷، ۲۲، ۲۳]. نظم‌بخشی هیجانی باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می‌شود [۲۴]. از هیجان‌ها می‌توان برای هدایت و تحریک فرد به سمت فعالیت‌ها و پاسخ‌های جدید استفاده کرد. در این روش با انعکاس و شدت هیجان، فرد از تأثیر هیجان‌های ثانویه مانند تحریک/عصبانیت به سمت احساسات عمیق بنیادی و هیجان‌های اولیه مانند ترس و ناراحتی حرکت می‌کند [۲۵]. در درمان هیجان‌مدار افراد از وجود هیجان‌های منفی خود آگاه می‌شوند همچنین می‌توانند هیجان‌های خود را در موقعیت‌های مختلف زندگی باز ارزیابی کنند و مشکلات جسمانی و روانی خود را کاهش دهند [۲۶].

با توجه به آنچه گفته شد و نظر به اینکه عدم وجود تحمل پریشانی در افراد مبتلا به سوگ، ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی در این افراد می‌تواند سطح بهزیستی و فعالیت مثبت

2. Helplessness
3. Positive Self-talk

1. Fear of Positive experiences

درمانی، با انتخاب مشارکت‌کنندگان و قرار دادن آنها در دو گروه، یک جلسه توجیهی برای شرکت‌کنندگان در مورد اهداف پژوهش، تعداد جلسات و مدت زمان هر جلسه و همچنین نکاتی درباره رعایت اصول اخلاقی نظیر محرمانه بودن اطلاعات و رازداری و قرار دادن نتایج پژوهش در صورت تمایل به افراد شرکت‌کننده ارائه شد. از هر دو گروه پیش‌آزمون بر اساس پرسشنامه تحمل‌پیشانی، ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی گرفته شد. گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه و یک کلاس در هر هفته) درمان هیجان‌محور را به صورت گروهی طبق برنامه گرینبرگ [۷] دریافت کردند (جدول ۱). همچنین گروه کنترل در انتظار درمان در این مدت هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه آزمایش و کنترل آزمون گرفته شد. جلسات درمانی با مشارکت افراد مبتلا به سوگ طولانی مدت، در یکی از مراکز مشاوره شهر خرم‌آباد، در پاییز ۱۴۰۱ انجام شد.

پرسشنامه سوگ (GEQ-34) توسط بارت و اسکات در سال ۱۹۹۸ به منظور سنجش واکنش‌های سوگ، طراحی شده است. این پرسشنامه ۳۴ سؤال دارد و طیف نمره‌گذاری آن بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای و از گزینه‌های هرگز تا همیشه است. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل (۱) احساس گناه، (۲) تلاش برای توجیه و کنار آمدن، (۳) واکنش‌های بدنی، (۴) احساس ترک شدن، (۵) قضاوت شخص یا دیگران در مورد دلیل فوت، (۶) خجالت و شرمندگی و (۷) بدنامی است. در مطالعه بارت و اسکات، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ، برابر ۰/۹۷ بود. مهدی‌پور و همکاران روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران بررسی نمودند. این پرسشنامه روی ۳۴۸ نفر دانشجوی مورد مطالعه قرار گرفت [۲۷]. نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان‌دهنده هفت عامل و ۳۴ سؤال بود. این عوامل از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار بودند (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶ و ۰/۴۰ متغیر است).

در افراد جامعه را کاهش دهد می‌توان گفت استفاده از درمان هیجان‌محور بر افزایش سطح تحمل‌پیشانی و بهبود ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی ضروری به نظر می‌رسد. لذا هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی درمان هیجان‌محور بر تحمل‌پیشانی، ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی در افراد مبتلا به سوگ ناشی از کووید ۱۹ بود.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل (در انتظار درمان) بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد بزرگسال سنین ۱۸ تا ۴۵ سال بودند که فردی عزیز را در اثر بیماری کرونا از دست داده بودند. همه شرکت‌کنندگان خانم بودند و ۱۰ نفر تحصیلات زیر دیپلم، ۷ نفر مدرک دیپلم و ۳ نفر مدرک کارشناسی داشتند؛ ۶ نفر شاغل و ۱۴ نفر خانه‌دار بودند. بعد از انتخاب نمونه به روش در دسترس با مصاحبه بالینی و شناسایی افرادی که در سه ماهه آخر سال ۱۴۰۰ تجربه سوگ را داشتند، ۲۰ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایش (درمان هیجان‌محور) ۱۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تجربه سوگ بیش از شش ماه، کسب نمره بالاتر از ۶۸ در پرسشنامه سوگ (GEQ-34)^۱ بارت و اسکات (۱۹۹۸) که به منظور سنجش واکنش‌های سوگ، طراحی و ساخته شده است، تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و عدم شرکت در برنامه مداخله‌ای همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. در این پژوهش همه اصول اخلاقی پژوهش مورد توجه قرار گرفت و شرکت‌کنندگان اجازه داشتند که هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تهیه بسته‌های

1. The Grief Experience Questionnaire

جدول ۱- محتوای جلسات بر اساس پروتکل درمانی هیجان محور گریبک [۷]

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تشریح قوانین گروه، معرفی مختصر درمان هیجان مدار و روند کار، ارائه آموزش مختصر در مورد هیجان، تشکیل اتحاد درمانی تکنیکها: انعکاس محتوا و احساسات، درک همدلانه، پذیرش بدون قید و شرط
جلسه دوم و سوم	اجرای فاز اول (پیوند و آگاهی): (الف) بازسازی روایت و حضور، همدلی و ارزشگذاری هیجانات و حس کنونی خود مراجع؛ (ب) ارائه منطقی برای کار با هیجانات؛ (ج) ارتقای آگاهی از تجربه درونی؛ و (د) ایجاد تمرکز مشترک
جلسه چهارم و پنجم	تکنیکها: درک همدلانه، کاوش همدلانه، هدایت فرایند، انعکاس احساسات و محتوا، اعتباربخشی
جلسه ششم و هفتم	اجرای فاز دوم (فراخوانی و کاوش): (الف) ایجاد حمایت از تجربههای عاطفی؛ (ب) فراخوانی و برانگیختن هیجانات مشکلزا؛ (ج) خنثی کردن توقف کنندههای هیجانی؛ و (د) کمک به مراجع برای دستیابی به هیجانات اولیه و یا طرحهای ناسازگار اصلی
جلسه هشتم و نهم	تکنیکها: تصدیق همدلانه، کاوش همدلانه، گمانه زنی همدلانه، پاسخهای فراخواننده، پاکسازی فضا، تکنیک صندلی خالی (در فاز دوم به منظور دستیابی به هیجانات اولیه)
جلسه دهم	اجرای فاز سوم (ایجاد هیجانات جدید و ایجاد معنای جدید روایت): (الف) تولید پاسخهای هیجانی جدید برای تبدیل طرحهای ناسازگار اصلی؛ (ب) بالا بردن ظرفیت تأملی برای حس کردن تجربه؛ (ج) اعتبار بخشیدن به هیجانات جدید و حمایت از حس ظهور کرده خود
	تکنیکها: تصدیق همدلانه، اعتبار بخشی، تکنیک صندلی خالی (در فاز سوم به منظور تولید و تبدیل هیجانی جدید، گمانه زنی/ مناسازی همدلانه)
	تحریم بخشی درمان با انعکاس احساسات و تصدیق تجربه کسب شده جدید در فرایند درمان با تمرکز بر تغییرات مثبت از زمان شروع غم و افسردگی و اضطراب، به مراجعان در یادآوری دورههای اضطراب و افسردگی کمک گردید تا تجربیات غم و احساس گناه، خودانتقادی و نشخوار فکری و سرکوبها زنده شوند، همچنین به آنها آموزش داده خواهد شد تا احساسات منفی باقیمانده را با احساسات بخشش خود جایگزین کنند.
	تکنیکها: گمانه زنی/ مناسازی همدلانه، اعتباربخشی تجربه جدید کسب شده، انعکاس احساسات تصدیق همدلانه
	کمک به مراجعان به منظور شناسایی موارد پیشرفت و نحوه حفظ این عایدات، ارائه کلیاتی از فرایند بخشش و تصدیق خود برای سایر اعمال تکانه‌ای، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون
	تکنیکها: اعتبار بخشی، تصدیق همدلانه

پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS)^۱ یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است شامل: (۱) تحمل (تحمل پریشانی)، (۲) جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، (۳) ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی)، (۴) تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی). این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است. عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست. برای به دست آوردن و تحمل پریشانی کلی نمره تمام سؤالات با هم جمع می‌شوند و برای به دست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمرات مربوط به همین بعد مطابق با آنچه که ذکر شد با هم جمع می‌شوند. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است. سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آنها همچنین گزارش کردند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است [۱۱]. علوی در پایان‌نامه‌اش این ابزار را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کرده است و گزارش کرده که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا ۰/۷۱ =

α و خرده مقیاس‌ها دارای پایه متوسطی برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶، تنظیم ۰/۵۸ هستند [۲۸]. پرسشنامه ترس از تجربه مثبت^۲ یک ابزار محقق ساخته است که با ۱۰ سؤال بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵) به سنجش ترس از تجربه مثبت می‌پردازد. برای محاسبه نمره مقیاس، امتیاز کل گویه‌ها با هم جمع می‌شوند (دامنه نمره بین ۱۰ تا ۵۰). هرچه میزان امتیاز حاصل شده بالاتر باشد نشان‌دهنده میزان بیشتر ترس از تجربه مثبت خواهد بود. این پرسشنامه توسط ۱۲ نفر از متخصصین و اساتید روان‌شناسی مورد سنجش قرار گرفت، روایی محتوایی و صوری این پرسشنامه مناسب ارزیابی شد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۷۹ برآورد شد.

پرسشنامه علائم روان‌تنی^۳ توسط لاکورت و همکاران در سال ۲۰۱۳ به منظور سنجش علائم روان‌تنی توسعه یافته است. این پرسشنامه دارای ۳۹ سؤال است و بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای با سؤالاتی مانند (گیجی و منگی و داشتن احساسات غیر واقعی) به سنجش علائم روان‌تنی می‌پردازد. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه علائم روان‌تنی از خیلی کم ۱ تا خیلی زیاد ۵ براساس طیف لیکرت است. برای محاسبه امتیاز

2. Fear of Positive Experience Questionnaire
3. Psychosomatic symptoms Questionnaire

1. Distress Tolerance Scale

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۱۸ تا ۴۵ سال بود. متوسط سن شرکت‌کنندگان تقریباً یکسان بود و از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند. **جدول ۲**، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تحمل پریشانی، ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی را به تفکیک نشان می‌دهد. در این پژوهش جهت بررسی نرمال بودن توزیع‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شده است. نتایج این آزمون نشان داد که متغیرها دارای پراکندگی نرمال هستند. نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه پیش‌آزمون گروه‌ها نشان داد که در متغیرها بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود نداشت و هر دو گروه در این متغیرها همگن بودند.

آزمون تی تأثیر درمان هیجان محور بر متغیرهای وابسته پژوهش را نشان می‌دهد ($p < 0.05$) که مطابق نتایج، اختلاف معناداری بین میانگین گروه مداخله و گروه کنترل وجود دارد (**جدول ۳**). براساس نتایج آزمون تی همبسته مقدار پس‌آزمون‌ها در مقایسه با پیش‌آزمون در تمام متغیرهای پژوهش (تحمل پریشانی، علائم روان‌تنی و ترس از تجربه مثبت) در گروه درمان هیجان محور بهبودی معنی‌داری مشاهده می‌شود ولی این بهبودی در گروه کنترل معنی‌دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان هیجان محور بر تحمل پریشانی، ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی در افراد مبتلا به سوگ ناشی از کووید ۱۹ بود. درمان هیجان محور، انگیزش اصلی را هیجان می‌داند و به همین جهت جلسه‌های مداخله تلاش دارد تا دسترسی به هیجان‌ها و

هر زیر مقیاس، نمره تک‌تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس با هم جمع می‌شود. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۳۹ تا ۱۹۵ است. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد نشان دهنده میزان بیشتر سنجش علائم روان‌تنی خواهد بود [۲۹]. در پژوهش حیدری و همکاران محتوایی و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است [۳۰]. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای این پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با احترام به کرامت انسانی با رویکرد فرهنگی و اخلاقی انجام شده است. اخذ رضایت آگاهانه، توجه به چالش‌های هیجانی ناشی از مداخله و ارائه اطلاعات کامل درباره اهداف درمان و فرایند جلسات، اطمینان از عدم اجبار در مشارکت، حفظ اسرار شرکت‌کنندگان، پایش مستمر پس از درمان و دادن حمایت‌های مورد نیاز، احترام به تفاوت‌های فرهنگی در بیان سوگ، تطبیق مداخلات با ارزش‌های شرکت‌کنندگان و برگزاری چهار جلسه فشرده برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش، در این مطالعه انجام شد.

تجزیه و تحلیل آماری

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده در جهت اثربخشی درمان هیجان محور بر تحمل پریشانی، ترس از تجربه مثبت و علائم روان‌تنی در افراد بزرگسال مبتلا به سوگ ناشی از کووید-۱۹ از آزمون تی مستقل و همبسته با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و با سطح خطای ۰/۰۵ استفاده گردید.

جدول ۲- میانگین (± انحراف معیار) متغیرهای مطالعه در دو گروه و دو مرحله

مقیاس	مراحل	گروه هیجان محور	گروه کنترل
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۵۳/۹۵ ± ۶/۹۰	۵۶/۲۵ ± ۹/۲۶
	پس‌آزمون	۶۵/۸۵ ± ۶/۲۱	۵۵/۲۴ ± ۹/۷۲
علائم روان‌تنی	پیش‌آزمون	۶۹/۸۵ ± ۳/۷۱	۶۷/۰۱ ± ۴/۰۹
	پس‌آزمون	۵۸/۸۵ ± ۳/۵۵	۶۷/۸۰ ± ۳/۹۴
ترس از تجربه مثبت	پیش‌آزمون	۲۵/۴۰ ± ۱/۹۹	۲۴/۵۵ ± ۱/۹۵
	پس‌آزمون	۱۷/۳۵ ± ۲/۱۳	۲۴/۸۰ ± ۱/۷۹

جدول ۳- مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های پژوهش

مقدار p	تی (همبسته)	تغییرات (میانگین ± انحراف معیار)	گروه
۰/۰۰۱	۶/۸۳	-۱۱/۹۷ ± ۲/۸۳	هیجان محور
۰/۲۶۵	۰/۴۷	۱/۰۱ ± ۴/۹۱	کنترل
۰/۰۰۱	۵/۷۹	۱۰/۹۸ ± ۳/۲۱	هیجان محور
۰/۲۵۳	۰/۲۱	-۰/۷۹ ± ۳/۷۱	کنترل
۰/۰۰۱	۶/۹۳	۸/۰۵ ± ۱/۷۶	هیجان محور
۰/۱۸۳	۰/۴۳	-۰/۲۶ ± ۱/۲۵	کنترل

پردازش آنها را تسهیل نماید. بر همین اساس در مداخله ارائه شده در این مطالعه تلاش شد تا با استفاده از همدلی و اعتباربخشی، دسترسی به هیجان‌های فرد تسهیل شود و با تکنیک‌های نظیر پاکسازی فضا و متمرکز شدن بر هیجان، پردازش هیجانی صورت بگیرد.

درمان هیجان‌محور با توجه به اینکه از ماهیت انسان‌گرایانه^۱ برخوردار است تا حدودی برای درمان نشانه‌های اختلال سوگ مناسب دانسته شده است [۳۲]. نتایج به دست آمده از پژوهش‌های طاهری و همکاران [۳۲]؛ دیویس^۲ و همکاران [۳۱] و کوکو - کیوهان^۳ [۱۸]، حاکی از این است که درمان هیجان‌مدار بر بهبود علائم روان‌شناختی افراد داغ‌دیده اثر بخشی معناداری دارد. اثربخشی روش تنظیم هیجان بر دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان همسو با نتیجه حاصل از پژوهش برکینگ^۴ و همکاران است و در تبیین آن می‌توان گفت که بخشی از مداخله تنظیم هیجان به آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌هایی می‌پردازد که یک فرد به هنگام آشفتگی می‌تواند انجام دهد [۳۳]. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های علوی و همکاران [۳۴] که از مهارت تنظیم هیجان به منظور افزایش تحمل پریشانی استفاده کردند، مطابقت دارد. همچنین نتایج درمان هیجان‌مدار به صورت گروهی بر روی زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی^۵، بیانگر کاهش در نشانه‌های اختلال خوردن، افسردگی و پریشانی عمومی شده بود و خودکارآمدی و تنظیم هیجانات آنان را بهبود بخشیده بود [۳۵]. در تبیین این همسویی می‌توان گفت در طی جلسات درمانی مداخلات هیجان‌محور، افراد مبتلا به سوگ، اگرچه نمی‌توانند شرایط دشوار را تغییر دهند اما می‌آموزند، پذیرش هیجانات و تحمل خود در مقابله با پریشانی‌ها و موقعیت‌های تنش‌زا را افزایش دهند. هم راستا با نتایج مطالعه نولن هوکسما^۶

و همکاران [۳۶]، در تبیین اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر دشواری‌های انجام رفتار هدفمند می‌توان مطرح ساخت که در فرآیند مداخله، مواجهه با هیجان‌های منفی و عدم اجتناب از آنها منجر به ادامه یک رفتار حین تجربه هیجان منفی می‌شود. همچنین افراد در طی درمان هیجان‌محور یاد می‌گیرند که به جای اجتناب کردن از احساسات خود، آن را بروز دهند و به تجربه آن بپردازند. بنابراین، احتمال پذیرش فرد نسبت به هیجان‌هایش بیشتر می‌گردد و احتمال بروز علائم روان‌تنی نیز کاهش می‌یابد. تفکیک و یکپارچه‌سازی حالات هیجانی یکی از مهمترین مؤلفه‌های بهبود اختلالات روان‌تنی است [۳۷]. تبیین این یافته را می‌توان بر اساس نظریه فروید^۷ بیان کرد، در تاریخ روان‌کاوی^۸ کلاسیک، یکی از روش‌های درمانی، برون‌ریزی هیجانی و بیان هیجانی واقعه و توضیح و توصیف کلامی آن بود. وقتی افراد درباره تجربه‌های هیجانی خود می‌نویسند به دنبال آن به طور قابل توجهی سلامت روانی و جسمی آنها بهبود می‌یابد [۳۸]. بر اساس یافته‌های این پژوهش، درمان هیجان‌محور به طور معناداری باعث بهبود در تحمل پریشانی، ترس از تجربه مثبت و کاهش علائم روان‌تنی در افراد مبتلا به سوگ ناشی از کووید ۱۹ شده است.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، نداشتن مرحله پیگیری بود که به دلیل دسترسی نداشتن به تعدادی از شرکت‌کنندگان میسر نشد. همچنین این پژوهش روی زنان انجام شد در نتیجه تعمیم نتایج آن به جامعه مردان امکان پذیر نیست. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده، در این راستا پژوهشی در نمونه‌های بزرگتر و بر روی جامعه مردان اجرا کنند تا امکان تعمیم نتایج به گروه‌ها و جوامع مختلف وجود داشته باشد. نتایج به دست آمده از این تحقیق می‌تواند برای درمانگران و متخصصان سلامت روان که با افراد مبتلا به سوگ در ارتباط هستند مفید و مؤثر واقع شود.

1. Humanistic
2. Davis
3. Cucu-Ciuhan
4. Berking
5. Nervous Bulimia
6. Nolen-Hoeksema

7. Freud
8. psychoanalysis

تشکر و قدردانی

این مقاله پژوهشی مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با راهنمایی نویسنده دوم، با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.022 مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) است. از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که با مساعدت در شرکت در جلسات درمانی، پژوهشگران را یاری نمودند، کمال تشکر و سپاس به عمل می‌آید.

سهم نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است و نویسنده دوم به عنوان استاد راهنمای پایان‌نامه است. همه نویسندگان در ایده‌پردازی و انجام طرح، همچنین نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بوده‌اند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع مالی

در این پژوهش از هیچ ارگانی کمک مالی دریافت نگردید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Farnoosh G, Alishiri G, Hosseini Zijoud SR, Dorostkar R, Jalali Farahani A. Understanding the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease (COVID-19) based on available evidence - a narrative review. *Journal of Military Medicine*. 2022;22(1):1-11. [Persian] doi:10.30491/jmm.22.1.1
2. Soltani F, Khaleghipour S, Bahraminia M. Comparison of the effectiveness of life quality improvement treatment and emotion-focused therapy in the flexibility of action and vitality in individuals suffering from grief due to COVID-19. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2024;32(2):55-65.
3. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *Journal of the Chinese Medical Association : JCMA*. 2020;83(3):217-220. doi:10.1097/jcma.0000000000000270
4. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-229. doi:10.1016/s2215-0366(20)30046-8
5. Dolliver RH. Carl Rogers's personality theory and psychotherapy as a reflection of his life experience and personality. *Journal of Humanistic Psychology*. 1995;35(4):111-12. doi:10.1177/00221678950354006
6. Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. 2022;54(2):152-162. doi:10.1037/cbs0000317
7. Greenberg LJ, Warwar SH, Malcolm WM. Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*. 2008;55(2):185-196. doi:10.1037/0022-0167.55.2.185
8. Bemis H, Yarboi J, Gerhardt CA, Vannatta K, Desjardins L, Murphy LK, et al. Childhood cancer in context: Sociodemographic factors, stress, and psychological distress among mothers and children. *Journal of Pediatric Psychology*. 2015;40(8):733-743. doi:10.1093/jpepsy/jsv024
9. Bonfils KA, Minor KS, Leonhardt BL, Lysaker PH. Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2018;265:1-6. doi:10.1016/j.psychres.2018.04.042
10. Howell AN, Leyro TM, Hogan J, Buckner JD, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*. 2010;35(12):1144-1147. doi:10.1016/j.addbeh.2010.07.003
11. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83-102. doi:10.1007/s11031-005-7955-3
12. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(6). doi:10.3390/ijerph17062032
13. Schroevers MJ, Kraaij V, Garnefski N. Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psychooncology*. 2011;20(2):165-172. doi:10.1002/pon.1718
14. Hayes AM, Feldman GC, Beavers CG, Laurenceau JP, Cardaciotto L, Lewis-Smith J. Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007;75(3):409-421. doi:10.1037/0022-006x.75.3.409

15. Nisar H, Srivastava R. Fundamental concept of psychosomatic disorders: A review. *International Journal of Contemporary Medicine surgery and radiology*. 2018;3(1):12-18.
16. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA*. 2007;298(14):1685-1687. doi:10.1001/jama.298.14.1685
17. Elliott R, Macdonald J. Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;77(2):414-428. doi:10.1002/jclp.23069
18. Cucu-Ciuhan G. Emotion focused therapy in posttraumatic stress disorder: A clinical case. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015;205:13-17. doi:10.1016/j.sbspro.2015.09.005
19. Shahar B, Bar-Kalifa E, Alon E. Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017;85(3):238-249. doi:10.1037/ccp0000166
20. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, et al. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy* 2022;59(1):84-95. doi:10.1037/pst0000427
21. Noreen A, Iqbal N, Hassan B, Ali SA. Relationship between psychological distress, quality of life and resilience among medical and non-medical students. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2021;71(9):2181-2185. doi:10.47391/jpma.04-611
22. Angus LE, Kagan F. Assessing client self-narrative change in emotion-focused therapy of depression: An intensive single case analysis. *Psychotherapy*. 2013;50(4):525-534. doi:10.1037/a0033358
23. Cunha C, Gonçalves MM, Hill CE, Mendes I, Ribeiro AP, Sousa I, et al. Therapist interventions and client innovative moments in emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy* 2012; 49(4):536-548 doi:10.1037/a0028259
24. Atadokht A, Masoumeh GB, Mikaeli N, Samadifard HR. 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 [Persian] doi:10.29252/mcs.6.3.3
25. Asano K. Emotion processing and the role of compassion in psychotherapy from the perspective of multiple selves and the compassionate self. *Case Reports in Psychiatry*. 2019;2019:7214752. doi:10.1155/2019/7214752
26. Hori H, Kim Y. Inflammation and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019;73(4):143-153. doi:10.1111/pcn.12820
27. Mehdipour S, Shahidi S, Roshan R, Dehghani M. The Validity and Reliability of "Grief Experience Questionnaire" in an Iranian Sample. *Clinical Psychology and Personality*. 2009;7(2):35-48. [Persian]
28. Alavi M. Assessment of the reliability and validity of the Distress Tolerance Scale among students of Ferdowsi University and Mashhad University of Medical Sciences [Master's thesis]. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad; 2009. [Persian]
29. Lacourt T, Houtveen J, van Doornen L. "Functional somatic syndromes, one or many?" An answer by cluster analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;74(1):6-11 doi:10.1016/j.jpsychores.2012.09.013
30. Heidari Z, Feizi A, Rezaei S, Roohafza H, Adibi P. Psychosomatic symptoms questionnaire (PSQ-39): a psychometric study among general population of Iranian adults. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):269. doi:10.1186/s12888-021-03278-z
31. Davis PS, Edwards KJ, Watson TS. Using process-experiential/emotion-focused therapy techniques for identity integration and resolution of grief among third culture kids. *The Journal of Humanistic Counseling*. 2015;54(3):170-186. doi:10.1002/johc.12010
32. Taheri A, Manshaei GR, Abedi A. Comparison of the effectiveness of adolescent-centered mindfulness (MBCT) and emotionally focused therapy (EFT) on self-esteem and sleep disorder of bereaved adolescents. *Journal of Counseling Research*. 2020;19(75):34-64. [Persian] doi:10.29252/jcr.19.75.34
33. Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46(11):1230-1237. doi:10.1016/j.brat.2008.08.005
34. Alavi K, Gharavi MM, Amin-Yazdi SA, Fadardi JS. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011;13(2):124-135. [Persian]
35. Wnuk SM, Les G, and Dolhanty J. Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*. 2015;23(3):253-261. doi:10.1080/10640266.2014.964612
36. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 2008;3(5):400-424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
37. Van der Hart O, Rydberg JA. Vehement emotions and trauma-generated dissociation: A Janetian perspective on integrative failure. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2019;3(3):191-201. doi:10.1016/j.ejtd.2019.06.003
38. Plans D, Morelli D, Sütterlin S, Ollis L, Derbyshire G, Cropley M. Use of a biofeedback breathing app to augment poststress physiological recovery: Randomized pilot study. *JMIR Formative Research*. 2019;3(1):e12227. doi:10.2196/12227