



Effect of Emotion Focused Therapy on Flexibility and Emotional Distress of Girls with Emotional Breakdown

Mozhde Momayez¹ , Maryam Fatehizade²

1. Master of Family Counseling, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: mozhde.myz@gmail.com

2. Professor, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received: 26 November 2024

Received in revised form: 06 June 2025

Accepted: 04 August 2025

Published Online: 23 September 2025

Keywords:

Emotion-Focused Therapy,
Emotional Flexibility,
Emotional Distress,
Emotional Breakdown

ABSTRACT

Background: Emotional breakdown has wide-ranging consequences for individuals, highlighting the necessity for therapeutic interventions. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of Emotion-Focused Therapy on emotional flexibility and emotional distress in girls experiencing emotional breakdown.

Method: This research used a single-case design. The population consisted of all girls with emotional breakdown in Isfahan. Through purposive sampling, three volunteer girls meeting the inclusion criteria were selected and received nine sessions of Emotion-Focused Therapy. Data were collected using the Love Trauma Inventory, the Depression, Anxiety, and Stress Scale, and the Emotional Flexibility Scale. Participants completed the questionnaires at three stages: before the intervention, during the intervention, and after the intervention. Data were analyzed using SPSS software, the Reliable Change Index, and percentage of recovery.

Results: Results showed that the Reliable Change Index for all three participants on emotional flexibility and emotional distress variables was significant at $p < 0.05$ in the post-treatment and follow-up phases.

Conclusion: The findings suggest that Emotion-Focused Therapy is effective in increasing emotional flexibility and reducing emotional distress in girls experiencing emotional breakdown.

Citation: Momayez, M., & Fatehizade, M. (2025). Effect of Emotion Focused Therapy on Flexibility and Emotional Distress of Girls with Emotional Breakdown. *Journal of Clinical Psychology*, 17(3), 19-32.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36052.3057>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

Extended Abstract

Introduction

Romantic breakups, as distressing experiences during youth, often lead to various psychological consequences. A wide range of negative emotions commonly follow such breakups, some of which are classified as emotional distress. This type of distress includes symptoms of depression, anxiety, and stress. Emotional flexibility—defined as the ability to effectively regulate emotions in different contexts—plays a significant role in reducing emotional distress. Emotion-focused therapy (EFT), which emphasizes emotional processing and regulation, can potentially reduce post-breakup distress by enhancing emotional flexibility. While previous studies have demonstrated the effectiveness of EFT in alleviating depression and anxiety in adults, few have directly examined its impact on emotional distress and flexibility in young women who have experienced romantic breakups. This study aimed to address this gap.

Method

This applied study employed a single-case design to assess the effectiveness of EFT in greater detail. The statistical population included all young women in Isfahan who had experienced romantic breakups. Three participants were purposefully selected based on inclusion criteria (aged 18–30, scoring above 20 on the Love Trauma Inventory, having had a relationship of at least 6 months that had completely ended, and not currently involved in another romantic relationship, nor receiving psychiatric medication or psychotherapy). Exclusion criteria included withdrawal or missing more than two sessions. Data were collected using the Love Trauma Inventory (Ross, 1999), the Depression, Anxiety, and Stress Scale (Lovibond, 1995), and the Emotional Flexibility Scale (Rashid & Bayat, 2019), all of which have demonstrated reliability and validity in

Iranian populations. The process began with a public call, followed by interviews, and pretests administered three times prior to intervention. EFT was conducted in 9 one-hour sessions based on Greenberg's (2010) protocol and implemented according to Salarirad et al. (2022). Assessments were conducted after sessions 3, 6, and 9, as well as at three follow-up intervals. Data were analyzed using SPSS, individual graphing, visual analysis, and reliable change index (RCI).

Results

All assumptions for statistical analysis were met. The RCI indicated a significant increase in emotional flexibility for all three participants post-treatment and at follow-up, with acceptable effect sizes and overall improvement rates. Graphical data confirmed a consistent upward trend, and both intra- and inter-phase analyses indicated a shift from stable or declining scores to increasing patterns. PND and POD indices confirmed minimal overlap between baseline and post-intervention scores, supporting treatment stability. Regarding emotional distress, the RCI also indicated significant improvement post-treatment and at follow-up for all participants. Although initial improvement during treatment was moderate, it significantly increased by the follow-up stage. Effect sizes were within the acceptable range. Graphs showed a downward trend in distress scores, and analyses confirmed a consistent and meaningful reduction during intervention. The PND and POD measures further supported these findings, showing no overlap between baseline and treatment phases, with effects sustained or even improved at follow-up.

Conclusion

EFT significantly enhanced emotional flexibility by emphasizing five core components, particularly emotional awareness, which enables individuals to better identify, regulate, and manage

emotions. Empathic engagement—a central element of EFT—helped participants understand and express their own and others' feelings in healthier, more adaptive ways, ultimately improving interpersonal relationships.

The reduction in emotional distress was achieved through processing primary emotions such as sadness, shame, and fear, which helped rebuild self-perception and reduce depression. Techniques such as two-chair dialogues, empty-chair work, and clearing a space contributed to internal integration and relational healing, leading to decreased anxiety and stress.

These findings highlight EFT as an effective intervention for improving emotional regulation in young women following romantic breakups, and underscore the importance of emotion-focused approaches in promoting mental health.

Ethical Considerations

Ethics Code: IR.UI.REC.1402.162.

Financial support: No financial support was received.

Authors' Contributions: M.M.: Conceptualization, methodology, data collection, data management, statistical analysis, manuscript writing, editing, visual presentation, project administration; M.F.: Project administration, supervision.

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments: The authors express their gratitude to all participants and contributors involved in this study.



تأثیر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری و پریشانی هیجانی دختران دارای شکست عاطفی

مژده ممیز^۱، مریم فاتحی‌زاده^۲۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: mozhdem.myz@gmail.com۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۰۶

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۱۶

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۳

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان هیجان‌مدار،

انعطاف‌پذیری هیجانی،

پریشانی هیجانی،

شکست عاطفی

زمینه: شکست عاطفی پیامدهای گسترده‌ای برای فرد به دنبال دارد و ضرورت اقدامات درمانی در این زمینه احساس می‌شود. از همین رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری و پریشانی هیجانی دختران دارای شکست عاطفی بود.

روش: در این پژوهش از روش مورد منفرد استفاده شد. جامعه‌ی پژوهش تمامی دختران دارای شکست عاطفی شهر اصفهان بود. از طریق نمونه‌گیری هدفمند سه نفر از دختران داوطلب که ملاک‌های ورود را دارا بودند، انتخاب شدند و ۹ جلسه درمان هیجان‌مدار دریافت کردند. داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه ضربه‌ی عشق، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و مقیاس انعطاف‌پذیری هیجانی جمع‌آوری شد. شرکت‌کنندگان در سه مرحله (قبل از شروع مداخله، در فرآیند مداخله و بعد از پایان مداخله) پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS، شاخص ضریب پایا و درصد بهبودی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مقدار شاخص تغییر پایا برای هر سه دختر، در متغیرهای انعطاف‌پذیری و پریشانی هیجانی، در مرحله بعد از درمان و پیگیری در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار شده است.

نتیجه‌گیری: بر طبق یافته‌ها، درمان هیجان‌مدار در افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی و کاهش پریشانی هیجانی دختران دارای شکست عاطفی اثربخش بوده است.

استناد: ممیز، مژده؛ و فاتحی‌زاده، مریم (۱۴۰۴). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری و پریشانی هیجانی دختران دارای شکست عاطفی. مجله روانشناسی

بالینی، ۱۷(۳)، ۱۹-۳۲.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36052.3057>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

مقدمه

نیاز به ارتباط در سراسر زندگی انسان وجود دارد. این نیاز خصوصاً در دوران جوانی به شکل نیاز به رابطه عاطفی برجسته می‌شود. به همین علت ایجاد رابطه‌ی عاشقانه در دوران جوانی یک امر رایج است اما این روابط عاشقانه ممکن است به دلایل مختلف به ازدواج ختم نشده و شکست عاطفی^۱ به دنبال داشته باشد. شکست عاطفی یکی از تجربه‌های آسیب‌زای زندگی است و معمولاً با طوفان هیجانی شدیدی همچون افسردگی، اضطراب و نارضایتی عمیق از خود، همراه است. راس در سال ۱۹۹۹، مجموعه نشانگان شدیدی که بعد از اتمام یک رابطه عاطفی رخ می‌دهد را تحت عنوان نشانگان ضربه‌ی عشق^۲ معرفی کرد که شامل چهار ویژگی اصلی است: برانگیختگی هیجانی، اجتناب، یادآوری خودکار و کرختی هیجانی^(۱). این نشانه‌ها به صورت افکار مزاحم، اجتناب از محرک‌های مرتبط با رابطه و ناتوانی در تجربه مجدد عشق ظاهر می‌شوند^(۲). از دست دادن فرد یا رابطه‌ای که به عنوان «عشق» در نظر گرفته می‌شده، در دوران جوانی می‌تواند تبعات روانشناختی عمیقی داشته باشد. این شکست‌ها معمولاً با احساس ناامیدی و از دست دادن هویت همراهند و فرد احساس می‌کند که رویاها و آرزوهایش نابود شده‌اند^(۳). این وضعیت می‌تواند منجر به بحران هویتی شود، به‌ویژه هنگامی که فرد در تلاش است تا به هویت خود و جایگاه جدید در دنیای پس از شکست عاطفی برسد^(۴).

مرور پیشینه‌های پژوهش نشان می‌دهد بعد از شکست عاطفی دامنه‌ای از تجارب و هیجانات منفی در افراد وجود دارد. بخشی از این تجارب، تحت عنوان پریشانی هیجانی^۳ شناخته می‌شود. پریشانی حالتی است که با ناتوانی در تجربه و مدیریت هیجانات منفی مانند افسردگی، اضطراب و استرس همراه است^(۵). انحلال یک رابطه‌ی عاطفی می‌تواند افسردگی به دنبال داشته باشد. افسردگی وجود غم، پوچی یا تحریک‌پذیری خلق، همراه با تغییرات شناختی و جسمانی است که توانایی و عملکرد فرد را به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر قرار می‌دهد^(۶). همچنین مشکلات حل نشده و احساسات منفی نسبت به دیگران از جمله عوامل ایجاد اضطراب و درماندگی در افراد است^(۷). طبق نظر هدلاند (۱۹۷۹) اضطراب عبارت است از

حالت عاطفی ناخوشایند و مبهم همراه با ترس و فشار و ناراحتی که با یک یا چند احساس جسمی و یا حالت عاطفی، رفتاری، ذهنی، روانی و یا درونی بروز پیدا می‌کند^(۸). از طرف دیگر ضربه عشق و نشانگان آن، استرس شدیدی به شمار می‌رود که ممکن است آسیب‌های جدی ایجاد کند. استرس مجموعه واکنش‌های روانی، ذهنی، جسمانی و رفتاری است که ارگانیسم در برابر محرک‌های درونی یا بیرونی که ثبات و تعادل بدن را بهم زده است، نشان می‌دهد تا تعادل از دست رفته را بدست آورده و فرد را با محیط سازگار نماید^(۹).

یکی از مؤلفه‌هایی که به افراد کمک می‌کند بعد از یک اتفاق ناگوار، افسردگی و ناراحتی کمتری تجربه کنند، انعطاف‌پذیری هیجانی^۴ است^(۱۰). انعطاف‌پذیری هیجانی عبارت است از توانایی تنظیم هیجانات به شیوه‌ای مناسب با زمینه و بازبایی پاسخ هیجانی اولیه زمانی که زمینه تغییر می‌کند^(۱۱) و از پنج عنصر اصلی تشکیل شده است: خودآگاهی هیجانی، توانایی مدیریت هیجانات، توانایی کنترل موثر هیجانات، همدلی، ایجاد و حفظ ارتباطات^(۱۲). افراد دارای انعطاف‌پذیری هیجانی بعد از رویدادهای ناراحت‌کننده، ناراحتی و نشانه‌های افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند^(۱۰).

با توجه به گستردگی پیامدهای شکست عاطفی، ضرورت اقدامات درمانی احساس می‌شود. از جمله درمان‌های مؤثر بر افسردگی و مسائل حل نشده‌ی رابطه بین‌فردی، درمان تجربه‌گرا^۵ می‌باشد^(۱۳)،^(۱۴) و^(۱۵). درمان هیجان‌مدار^۶ نیز یک درمان تجربه‌گرا است که اولین بار توسط جانسون و گرینبرگ تدوین شد^(۱۶). این درمان از طریق پردازش تجربیات عاطفی، به پاسخ‌های هیجانی اولیه و تطبیقی با محیط دست می‌یابد؛ بنابراین می‌تواند از طریق پردازش غم و اندوه بین‌فردی در هنگام از دست دادن یک رابطه، فرد را به سمت هیجانات تطبیقی سازگارانه هدایت کند^(۱۷).

مبانی نظری درمان هیجان‌مدار بر پایه نظریه‌های پردازش هیجانی و تنظیم هیجان استوار است. این درمان بر شناسایی، پردازش و تنظیم هیجانات تأکید دارد و هدف آن تقویت توانایی فرد در پاسخ‌دهی سازگارانه به هیجانات است؛ به‌ویژه در موقعیت‌های بحرانی مانند شکست‌های عاطفی^(۱۸). در این درمان هیجانات به عنوان اطلاعات مهمی برای تنظیم رفتار و

4. Emotional flexibility
5. Experiential Therapy
6. Emotion Focused therapy

1. Emotional breakdown
2. love Trauma Syndromes
3. Emotional distress

حیاتی دارد و در این نوع درمان، تکالیف درمانی بر اساس نشانگرهای هیجانی خاص هر فرد تنظیم می‌شود، به نظر می‌رسد استفاده از طرح مورد منفرد می‌تواند نتایج معتبرتری در مورد اثربخشی واقعی درمان ارائه کند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران شهر اصفهان با تجربه شکست عاطفی بود. از میان داوطلبان، سه نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. این معیارها که در یک جلسه مصاحبه ارزیابی شدند، عبارت بودند از: (۱) دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال؛ (۲) نمره بالای ۲۰ در پرسشنامه ضربه عشق راس (۱۹۹۹)؛ (۳) تداوم رابطه بیش از ۶ ماه؛ (۴) قطع کامل ارتباط با شریک عاطفی؛ (۵) گذشت کمتر از یک سال از شکست؛ (۶) نبود رابطه عاطفی فعال فعلی؛ (۷) عدم مصرف داروی روان‌پزشکی؛ (۸) عدم دریافت روان‌درمانی دیگر. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: (۱) انصراف یا عدم همکاری شرکت‌کننده؛ (۲) غیبت در بیش از دو جلسه مداخله بودند.

ابزار

۱. پرسشنامه ضربه عشق: توسط راس (۱۹۹۹) برای سنجش شدت شکست عاطفی طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ ماده با چهار گزینه‌ی لیکرتی (نمره‌گذاری ۰ تا ۳) است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۰ می‌باشد. نمره ۲۰ تا ۳۰ نشانگر ضربه عشقی شدید، ۱۰ تا ۱۹ متوسط، و زیر ۱۰ ضربه عشق قابل کنترل است (۱). در یک نمونه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی در فاصله یک هفته، ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۶).

۲. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: این ابزار توسط لوی‌باند و لوی‌باند (۱۹۹۵) طراحی شده و شامل ۲۱ عبارت با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است. هر یک از سه سازه با ۷ عبارت سنجیده می‌شود و نمره‌ی کلی، میزان پریشانی هیجانی را نشان می‌دهد. ضرایب آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ گزارش شده‌اند (۲۷).

۳. مقیاس انعطاف‌پذیری هیجانی: توسط رشید و بیات (۱۳۹۸) طراحی شده و شامل ۲۴ گویه با نمره‌گذاری در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای است. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری بیشتر هستند. این پرسشنامه سه زیرمقیاس تنظیم هیجان مثبت، تنظیم هیجانی منفی و ارتباط هیجانی را می‌سنجد.

سازگاری با چالش‌ها عمل می‌کنند و پردازش مؤثر این هیجانات می‌تواند به کاهش پریشانی هیجانی مانند افسردگی و اضطراب کمک کند (۱۹). همچنین، این درمان به‌ویژه با تقویت انعطاف‌پذیری هیجانی، فرد را قادر می‌سازد تا هیجانات خود را با شرایط در حال تغییر تنظیم کرده و از بحران‌های عاطفی به‌طور مؤثر عبور کند (۲۰).

پژوهش‌های انجام شده نیز همسو با این مسئله است. مطالعه‌ای که در سوئیس و آلمان با تمرکز بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار در بزرگسالان انجام شد، کاهش معناداری در علائم افسردگی و اضطراب را گزارش کرد (۲۱). همچنین نتایج مطالعه‌ای که بر روی ۱۲ زوج ناباور ایرانی انجام شد، نشان داد که این درمان می‌تواند به‌عنوان یک روش مؤثر برای بهبود وضعیت هیجانی افراد در شرایط دشوار و پر استرس به کار رود (۲۲). بر اساس پژوهش انجام شده، فرآیندهای تنظیم هیجان که در درمان هیجان‌مدار مورد توجه قرار می‌گیرند، با کمک به افراد در شناسایی، تجربه و مدیریت مؤثر هیجانات خود، می‌توانند به طور مؤثری انعطاف‌پذیری هیجانی را تقویت نموده و مشکلات روانشناختی را کاهش دهد (۱۷).

پژوهش‌های دیگری نیز در رابطه با اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پیامدهای شکست عاطفی مثل نشانگان بالینی (۲۳)؛ تنظیم هیجان، افسردگی و بازداری اجتماعی (۲۴)؛ درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش (۲۵) انجام شده است. با این وجود پژوهشی که تأثیر درمان هیجان‌مدار بر پریشانی و انعطاف‌پذیری هیجانی را در این جامعه بررسی کند، یافت نشد. این پژوهش به دنبال آن است که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پریشانی و انعطاف‌پذیری هیجانی در افراد با تجربه شکست عاطفی را بررسی کرده و به غنای منابع علمی موجود در این زمینه کمک کند.

بطور کلی با در نظر گرفتن گزاره‌های مطرح شده در مورد پیامدهای گسترده‌ی شکست عاطفی و اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر متغیرهای هیجانی، مسئله‌ی پژوهشگر این است که آیا درمان هیجان‌مدار بر پریشانی و انعطاف‌پذیری هیجانی دختران شکست خورده عاطفی اثربخش است؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع کاربردی بوده و در آن از طرح پژوهشی مورد منفرد استفاده شده است. از آنجا که برقراری ارتباط و اتحاد درمانی در درمان هیجان‌مدار نقش

ضریب پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و روایی محتوایی ۰/۰۹۱ گزارش شده است (۲۸).

روند اجرای پژوهش: پژوهش با انتشار فراخوان عمومی برای جذب دختران دارای تجربه شکست عاطفی آغاز شد. پس از انجام مصاحبه و بررسی ملاک‌های ورود، سه نفر واجد شرایط با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. در مرحله پیش‌آزمون (موقعیت A)، هر آزمودنی در سه نوبت به فاصله چهار روز، به پرسشنامه‌ها پاسخ داد. مداخله درمانی بر اساس پروتکل گرینبرگ (۲۰۱۰) و با الگوگیری از اجرای آن توسط

سالاری‌راد و همکاران (۱۴۰۱) صورت گرفت (۲۹). با حفظ ساختار اصلی و نظر متخصصان، تعداد جلسات از ۱۲ به ۹ جلسه‌ی یک ساعته کاهش یافت. جزئیات جلسات در جدول ۱ آمده است. در طول درمان، پس از جلسات سوم، ششم و نهم، ارزیابی‌هایی انجام شد (موقعیت B). همچنین سه ارزیابی دیگر پس از پایان مداخلات تکرار شد (موقعیت A). در مجموع، هر آزمودنی ۹ مرتبه مورد سنجش قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با ترسیم نمودارهای انفرادی، بررسی دیداری و شاخص تغییر پایا انجام شد.

جدول ۱) پروتکل درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ)

جلسه	اهداف و تکالیف درمانی جلسه
اول	آشنایی کلی با مراجع، معرفی درمانگر و اجرای پیش‌آزمون، بررسی اولیه مشکلات، نگرانی‌ها و انتظارات مراجع، ارزیابی هیجان (کیفیت صدا، برانگیختگی بدن، تجربه)، تشکیل اتحاد درمانی، بررسی اهداف درمان و چگونگی دستیابی به آن‌ها.
دوم	شناسایی، تجربه و درک هیجانات مراجع، هدایت مراجع برای شناسایی هیجانات اساسی مانند غم، خشم، شرم و ترس، کاوش و بیان نیازهای برآورده نشده، شناسایی طرح‌های هیجانی.
سوم	شناسایی مسائل مربوط به خود، پرداختن به نقش کلامی‌سازی در هیجانات، تسهیل بیان هیجانات در قالب کلمات و بیان نیازهای برآورده نشده، کاوش همدلانه، اجرای تکنیک دوسندلی برای دویاره‌ها.
چهارم	ادامه‌ی کار با مسائل مربوط به خود، تنظیم هیجانات، تصدیق همدلانه نیازهای برآورده نشده، تکنیک آشکارسازی فراخواننده برای واکنش‌های مشکل آفرین.
پنجم	بررسی مسائل مربوط به دیگران و افراد مهم و تأثیرگذار در زندگی، اجرای تکنیک سندلی خالی.
ششم	ادامه‌ی بررسی مسائل مربوط به دیگران، هدایت مراجع به سمت بخشش یا رها کردن، تصدیق و بازتاب همدلانه برای نشانگر آسیب‌پذیری، خودتسکین‌دهی مشفقانه.
هفتم	بررسی هیجانات ناسازگار دردناک، درک معنای هیجانات درونی مراجع، رسیدن به تجربه غم و اندوه سازگار، تأیید خود و نیازها، ایجاد نگاهی جدید به رنج‌های خود و پذیرش آسیب‌پذیری، تجربه‌ی رهایی و رشد با آن، اعتباربخشی پاسخ‌های هیجانی جدید.
هشتم	خلق معنا برای نشانگر اعتراض معنا، توصیف و تبیین باورهای ارزنده با استفاده از کاوش همدلانه، برانگیختن همدلی، گمان و درک همدلانه، شکل‌گیری باورهای ارزنده‌ی جدید.
نهم	به یادآوردن و مرور مسیر طی شده، جمع‌بندی تجربیات جلسات گذشته، معنای جدید ساخته شده از هیجان و تثبیت درمان، افزایش آگاهی و عاملیت مراجع با پتانسیل درونی هیجانات.

بود. شاخص تغییر پایا بزرگ‌تر از ۱/۹۶ نشان‌دهنده‌ی تغییر واقعی و پایدار است.

پژوهش حاضر با کد اخلاق به شماره IR.UI.REC.1402.162 در دانشگاه اصفهان به ثبت رسیده است.

یافته‌ها

در جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

طبق جدول ۳، نتایج شاخص تغییر پایا برای متغیر انعطاف‌پذیری هیجانی در هر سه آزمودنی، در هر دو مرحله‌ی پس از درمان و پیگیری، با سطح معناداری $p < 0/05$ معنادار

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها	سن	مدت ارتباط عاطفی	مدت زمان گذشته از جدایی
آزمودنی اول	۲۲	۱۳ ماه	۱۲ ماه
آزمودنی دوم	۲۰	۱۰ ماه	۵ ماه
آزمودنی سوم	۲۴	۱۱ ماه	۴ ماه

جدول ۳) روند تغییر مراحل درمان هیجان‌مدار سه دختر شرکت‌کننده در انعطاف‌پذیری هیجانی

مراحل درمان		دختر اول	دختر دوم	دختر سوم
خط پایه				
خط پایه اول	۷۹	۷۷	۱۰۶	
خط پایه دوم	۷۸	۷۷	۱۰۵	
خط پایه سوم	۷۶	۷۷	۱۰۶	
میانگین مرحله خط پایه	۷۷/۶۶	۷۷	۱۰۵/۶۶	
درمان				
جلسه سوم	۸۸	۹۰	۱۱۶	
جلسه ششم	۹۸	۱۰۳	۱۳۴	
جلسه نهم	۱۲۷	۱۱۴	۱۴۹	
میانگین مرحله درمان	۱۰۴/۳۳	۱۰۲/۳۳	۱۳۳	
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۱۵	۳/۰۰۱	۳/۲۳	
درصد بهبودی پس از درمان	۳۴/۳۴	۳۲/۸۹	۲۵/۸۷	
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۳۱/۰۳			
پیگیری				
پیگیری نوبت اول	۱۲۷	۱۱۴	۱۴۹	
پیگیری نوبت دوم	۱۲۸	۱۱۴	۱۵۰	
پیگیری نوبت سوم	۱۲۷	۱۱۴	۱۵۰	
میانگین مرحله پیگیری	۱۲۷/۳۳	۱۱۴	۱۴۹/۶۶	
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۵/۸۸	۴/۳۸	۵/۲۱	
اندازه اثر	۰/۷۸	۰/۶۳	۰/۵۹	
درصد بهبودی پس از پیگیری	۶۳/۹۵	۴۸/۰۵	۴۱/۶۴	
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۵۱/۲۱			
اندازه اثر کل	۰/۶۶			

درصد بهبودی کلی در این متغیر، در مرحله درمان ۳۱/۰۳ و در مرحله پیگیری ۵۱/۲۱ بود که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان هیجان‌مدار است. اندازه اثر کلی برای این متغیر، ۰/۶۶ محاسبه شد که با توجه به معیار مطلوب بالاتر از ۰/۳، نشان‌دهنده‌ی اثربخشی معنادار درمان است. نمودارها نیز روند صعودی نمرات انعطاف‌پذیری هیجانی را در طول مراحل مختلف پژوهش نشان دادند (شکل ۱). تحلیل داده‌های درون‌موقعیتی نشان‌دهنده‌ی روندی معنادار در بهبود انعطاف‌پذیری هیجانی در پاسخ به مداخله‌ی درمانی است. در فاز پایه، شرکت‌کنندگان نمراتی نسبتاً ثابت یا با روند نزولی جزئی داشتند که حاکی از ثبات یا تداوم کاهش در انعطاف‌پذیری پیش از شروع درمان بود. با ورود به فاز مداخله، در هر سه شرکت‌کننده افزایش چشمگیر در نمرات مشاهده شد که هم از نظر تغییرات مطلق و نسبی و هم جهت روند تأیید شد. افزون بر این، در هر سه فاز، دامنه تغییرات درون نوار ثبات قرار داشت یا به حدنصاب لازم نزدیک بود، که نشان

دهنده‌ی انسجام در پاسخ‌دهی به مداخله است (جدول ۴). در تحلیل بین‌موقعیتی، تغییر جهت روند از پایدار یا کاهشی به افزایشی در تمامی شرکت‌کنندگان تأییدکننده‌ی اثر وابسته به هدف مداخله است. شاخص‌های تغییر سطح (میان، میانگین، تغییر نسبی و مطلق) همگی افزایش معناداری را بین فاز پایه و مداخله نشان دادند. به‌ویژه، $PND = 100$ برای هر سه آزمودنی به‌وضوح بیانگر آن است که تمامی داده‌های فاز مداخله خارج از دامنه فاز پایه قرار گرفتند. همچنین $POD = 0$ مؤید آن است که هیچ‌گونه همپوشانی بین نمرات قبل و بعد از مداخله وجود ندارد. این الگو با حفظ یا افزایش نسبی نمرات در فاز پیگیری، تقویت شده که نشان‌دهنده‌ی پایداری و دوام اثر درمانی است (جدول ۴).

در مورد متغیر دوم، یعنی پریشانی هیجانی نیز شاخص تغییر پایا برای هر سه آزمودنی در هر دو مرحله‌ی پس از درمان و پیگیری معنادار بود ($p < 0/05$). درصد بهبودی در مرحله‌ی درمان اندک، ولی در مرحله پیگیری موفقیت‌آمیز ارزیابی شد.

اندازه اثر کل برای این متغیر ۰/۶۳ بود که در دامنه قابل قبول قرار دارد (جدول ۵). نمودارها (شکل ۲) روند نزولی واضحی را در میزان پریشانی هیجانی هر سه آزمودنی در طول درمان نشان می‌دهند.

تحلیل درون موقعیتی پریشانی هیجانی حاکی از ثبات کامل یا نسبی در فاز پایه و تغییر معنادار و منسجم در جهت کاهش در فاز مداخله بود. در هر سه شرکت کننده، روند فاز مداخله نزولی بود و میزان تغییر نسبی و مطلق در سطح نیز مثبت ارزیابی شد (یعنی کاهش پریشانی). نمرات در فاز پیگیری نیز این روند را حفظ کردند یا حتی با کاهش بیشتر ادامه یافتند که حاکی از تداوم اثر درمان پس از پایان جلسات است. در برخی موارد، نوار ثبات در فاز درمان کاملاً حفظ نشد اما جهت

کلی تغییر همچنان سازگار با هدف مداخله باقی ماند. در تحلیل بین موقعیتی، مؤلفه‌های کلیدی اثرگذاری درمان به روشنی دیده می‌شوند. تغییر ثبات از سطح ثابت در فاز پایه به روند کاهشی در فاز درمان، همراه با کاهش معنادار در میانه و میانگین نمرات، گویای شروع فرآیند درمانی مؤثر است. شاخص PND در تمامی موارد برابر با ۱۰۰ درصد است، به این معنا که تمام داده‌های فاز مداخله پایین‌تر از پایین‌ترین نمره فاز پایه بودند. همچنین $POD = 0$ بیانگر عدم وجود هم‌پوشی بین داده‌های پیش و پس از مداخله است. این الگو نیز در فاز پیگیری پایدار باقی ماند و تأثیر مثبت درمان در کاهش پریشانی هیجانی را تثبیت کرد (جدول ۶).

جدول ۴) متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای انعطاف پذیری هیجانی

درون موقعیتی				بین موقعیتی			
شرکت‌کننده	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	سوم
توالی موقعیت‌ها	A	B		شرکت‌کننده		دوم	
طول موقعیت‌ها	۳	۳		۱- مقایسه موقعیت		اول	
۳- سطح				۲- تغییرات روند			
۱-۳- میانه	۷۸	۷۷	۱۰۵/۵	۹۸	۱۰۳	۱۳۴	صعودی به نزولی
۲-۳- میانگین	۷۷/۶۷	۷۷	۱۰۵/۵	۱۰۴/۳۳	۱۰۲/۳۳	۱۳۴	صعودی به ثابت
۳-۳- دامنه تغییرات	۳	۰	۱	۳۹	۲۴	۳۳	صعودی به صعودی
۴-۳- محفظه ثبات	بائین	بائین	بائین	بائین	بائین	بائین	مثبت
۴- تغییر سطح				۳- تغییر در سطح			
۱-۴- تغییر نسبی	-۱/۵	۰	۰	۱۶/۵	۱۲	۱۷/۵	مثبت
۲-۴- تغییر مطلق	۳	۰	۰	۳۹	۲۴	۳۳	مثبت
۵- روند				۴- همپوشی داده‌ها			
۱-۵- جهت	نزولی	ثابت	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	۱۰۰
۲-۵- ثبات	بائین	بائین	بی‌ثبات	بائین	بائین	بائین	۱۰۰
							۰

جدول ۵) روند تغییر مراحل درمان هیجان مدار سه دختر شرکت کننده در پریشانی هیجانی

مراحل درمان	دختر اول	دختر دوم	دختر سوم
خط پایه			
خط پایه اول	۶۹	۵۷	۵۴
خط پایه دوم	۶۹	۵۶	۵۵
خط پایه سوم	۶۹	۵۷	۵۵
میانگین مرحله خط پایه	۶۹	۵۶/۶۶	۵۴/۶۶
درمان			
جلسه سوم	۵۸	۴۹	۴۸
جلسه ششم	۴۶	۴۱	۳۹
جلسه نهم	۳۲	۳۸	۳۰
میانگین مرحله درمان	۴۵/۳۳	۴۲/۶۶	۳۹
شاخص تغییر پایا (درمان)	۶/۲۴	۳/۶۹	۴/۱۳
درصد بهبودی پس از درمان	۳۴/۳	۲۴/۷	۲۸/۶۴
درصد بهبودی کلی پس از درمان			
پیگیری			

مراحل درمان	دختر اول	دختر دوم	دختر سوم
پیگیری نوبت اول	۲۹	۳۱	۲۱
پیگیری نوبت دوم	۲۸	۲۸	۲۱
پیگیری نوبت سوم	۲۷	۲۸	۱۹
میانگین مرحله پیگیری	۲۸	۲۹	۲۰/۳۳
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۱۰/۸۱	۷/۲۹	۹/۰۵
اندازه اثر	۰/۶۴	۰/۵۱	۰/۷۶
درصد بهبودی پس از پیگیری	۵۹/۴۲	۴۸/۸۱	۶۲/۸
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۵۷/۰۱		
اندازه اثر کل	۰/۶۳		

شکل ۲) نمودار روند تغییر نمره-های پریشانی هیجانی در
مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

شکل ۱) نمودار روند تغییر نمره‌های انعطاف‌پذیری هیجانی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در مان هیجان‌مدار

جدول ۶) متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای پریشانی هیجانی

پیشین مانند کنبولات و آلا داق (۳۰)، باتاگلینی و همکاران (۳۱) و جعفری سروجانی (۳۲) همسو می‌باشد. درمان هیجان مدار با اثرگذاری بر مؤلفه‌های پنجگانه، منجر به افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی می‌شود. مبانی نظری و پژوهشی بیانگر آن است که این درمان تأثیرات مثبتی بر خودآگاهی و تنظیم هیجانات دارد (۱۷) و (۱۴). یکی از مراحل اصلی درمان هیجان

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری و پرباشانی هیجانی دختران دارای شکست عاطفی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار بر افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی دختران دارای شکست عاطفی تأثیر مثبت دارد که با نتایج پژوهش‌های

درمان هیجان‌مدار بر امید به زندگی و خودکارآمدی زنان افسرده پرداخت، بیانگر آن است که از این روش درمانی می‌توان در درمان نشانگان افسردگی و تأثیرات ناشی از آن استفاده کرد (۳۹).

از منظر درمان هیجان‌مدار، اضطراب به واسطه‌ی تنش و تضاد بین بخش‌هایی از شخصیت که هیجانات دردناک را تجربه یا سرکوب می‌کنند و بخش‌هایی که خواهان کنترل یا اجتناب از آن هیجانات هستند، شکل می‌گیرد (۴۰). درمانگر هیجان‌مدار با تکیه بر ایجاد رابطه‌ای همدلانه و امن، از تکنیک‌هایی مانند گفتگوی دوسندلی استفاده می‌کند تا مراجع بتواند گفتگویی بین بخش‌های متعارض درونی خود برقرار کرده و به درک و یکپارچگی برسد (۴۱). این کار به کاهش اضطراب درونی و افزایش سازگاری هیجانی منجر می‌شود. همچنین، اگر ریشه اضطراب در تجارب منفی بین‌فردی یا آسیب‌های دلبستگی باشد، درمانگر با استفاده از تکنیک سندلی خالی و بازسازی تجارب هیجانی درمان‌نشده، به مراجع در ترمیم زخم‌های عاطفی و کاهش اضطراب کمک می‌کند. مطالعات گرینبرگ بر اثربخشی این درمان بر نشانگان مختلف از جمله نشانگان اضطراب از طریق پردازش هیجانات اولیه و بهبود رابطه با «خود» تأکید دارد (۴۲).

دخترانی که دچار شکست عاطفی می‌شوند، به دلیل بهم ریختن تعادل درونی و ناتوانی در مدیریت هیجانات، ممکن است دچار علائم استرس شدید و آشفتگی عمومی شوند. در این شرایط، درمان هیجان‌مدار به‌ویژه با استفاده از تکنیک‌هایی مانند «پاکسازی فضا» می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش استرس و بهبود وضعیت هیجانی مراجعان داشته باشد. در این فرآیند، درمانگر با ایجاد فضای امن و همدلانه، به مراجع کمک می‌کند تا با یک فاصله کاری به مسائل اصلی خود نگاه واضح‌تری داشته و هیجانات خود را سازماندهی کرده و در نهایت بر هیجان اصلی تمرکز کند (۳۳). این درمان با کاهش آشفتگی‌های هیجانی و اضطراب‌های ناخودآگاه، به فرد این امکان را می‌دهد که تعادل روانی خود را بازسازی کند و هیجانات ناخوشایند را به هیجانات سازگارتر تبدیل نماید. بنابراین درمان هیجان‌مدار با کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس، کاهش پریشانی هیجانی را بدنبال دارد. محدودیت‌های این پژوهش شامل چندین جنبه مهم است. اولاً استفاده از طرح تک‌موردی علی‌رغم مزایای بالینی، از نظر

مدار، آگاهی هیجانی است که در آن مراجع یاد می‌گیرد به جای سرکوب یا تلاش برای مطلوب ساختن هیجانات، از وجود آن‌ها (چه مثبت و چه منفی) آگاه شده و آن‌ها را تجربه کند (۳۳) که این امر موجب افزایش توانایی او در شناسایی و تنظیم هیجانات می‌شود. این رویکرد به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات خود را بیان کرده و آن‌ها را به شیوه‌ای مؤثر تنظیم کنند. در این فرآیند، مراجع قادر می‌شود به کنترل و مدیریت هیجانات خود بپردازد.

همدلی نیز یکی از ارکان اساسی درمان هیجان‌مدار است. درمانگر با ایجاد ارتباط همدلانه به مراجع کمک می‌کند تا نسبت به هیجانات خود همدلی بیشتری نشان دهد (۳۳). این فرآیند در درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر بازتاب‌های عاطفی و بدن‌گرا، به مراجع این امکان را می‌دهد که احساسات خود و دیگران را به شکلی سالم شناسایی و درک کند. تقویت تجربه‌ی همدلی در مراجع کیفیت روابط بین‌فردی او را نیز بهبود می‌بخشد. تحقیقات نشان می‌دهند که افزایش همدلی در مراجعان درمان هیجان‌مدار به آن‌ها کمک می‌کند تا روابط خود را بهبود بخشیده و درک بهتری از هیجانات دیگران پیدا کنند (۳۴). به طور کلی درمان هیجان‌مدار با تقویت مهارت‌های مرتبط با تجربه‌ی هیجانات، انعطاف‌پذیری هیجانی افراد را به‌ویژه در مواجهه با فشارهای عاطفی، بهبود می‌بخشد.

یافته‌ی دیگر این پژوهش به اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پریشانی هیجانی دختران دارای شکست عاطفی اشاره دارد که با پژوهش‌های تامپسون و گرز (۳۵)، رابینسون و همکاران (۳۶) و اسلامی (۲۳) همسو است. در رویکرد هیجان‌مدار، افسردگی اغلب به‌عنوان پیامد قطع ارتباط فرد با هیجانات و نیازهای هیجانی اصلی خود در نظر گرفته می‌شود. فرد افسرده معمولاً هیجانات ثانویه‌ای مانند ناامیدی، درماندگی یا بی‌ارزشی را تجربه می‌کند در حالی که هیجانات اصلی‌تری مانند غم، ترس یا شرم، سرکوب شده‌اند یا به‌طور ناکارآمدی ابراز می‌شوند (۳۷). در این درمان، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا از هیجانات ناسازگار عبور کرده و به تجربه‌ی هیجانات سازگار و بنیادی‌تر برسد (۳۸). هدف از این فرآیند، بازسازی خود ادراک‌شده‌ی فرد افسرده است. شواهد تجربی حاکی از آن است که این فرآیند در کاهش نشانه‌های افسردگی بسیار مؤثر است. نتایج پژوهشی که به اثربخشی

به ارتقاء کیفیت مداخلات، به‌ویژه در مواجهه با بحران‌های عاطفی، کمک شایانی نماید.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش و سایر افرادی که نویسندگان را در اجرای پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Rosse R. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart. Cambridge: Perseus Publishing; 1999.
2. Rajabi S, Joukar M, Alimoradi K. The effectiveness of trauma-specific cognitive-behavioral therapy on reducing love-focused syndromes in college students. *Biannual J Appl Couns* 2018;8(1):79-96. doi:10.22055/jac.2018.27127.1623
3. Parkes CM. Love and loss: the roots of grief and its complications. London: Routledge; 2013.
4. Schultz DP, Schultz SE. Theories of personality. Belmont: Thomson; 2005.
5. Akhlaghifard M, Meraji N. Predicting corona anxiety based on emotional distress (depression, anxiety, and stress) and spiritual health in nursesnetics and aides. *Rooyesh-e-Ravanshenasi* 2021;10(6):161-70. doi:20.1001.1.2383353.1400.10.6.19.9 [Persian].
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Murakami M, Matsuno T, Koike K, Ebana S, Hanaoka K, Katsura T, editors. Transactional analysis and health promotion. International Congress Series. Amsterdam: Elsevier; 2006:164-7. doi:10.1016/j.ics.2005.12.055
8. Hedlund JL. The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *J Oper Psychiatr* 1979;10:149.
9. Ross RR, Altmaier EM. Intervention in occupational stress: a handbook of counselling for stress at work. London: Sage; 1994.
10. Fu F, Chow A, Li J, Cong Z. Emotional flexibility: development and application of a scale in adolescent earthquake survivors. *Psychol Trauma* 2018;10(2):246-54. doi:10.1037/tra0000278
11. Beshai S, Prentice JL, Huang V. Building blocks of emotional flexibility: trait mindfulness and self-compassion are associated with positive and negative mood shifts. *Mindfulness* 2018;9:939-48. doi:10.1007/s12671-017-0833-8
12. Smutchak Z, Yankovska L, Sopilnyk L, Skupeiko V, Horbonos F. The role of leaders' emotional flexibility in banks management. *Financ Credit Act Probl Theory Pract* 2021;6(41):66-77. doi:10.18371/fcaptp.v6i41.251399
13. Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P. Comparing the effectiveness of

تعمیم‌پذیری با محدودیت همراه است. این نوع طراحی عمدتاً بر تغییرات فردی تمرکز دارد و تکرارپذیری نتایج را در نمونه‌های بزرگ‌تر تضمین نمی‌کند. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، با خطر سوگیری پاسخ‌دهی (مانند تمایل به پاسخ‌های اجتماعی‌پسند یا خستگی شناختی در پرسشنامه‌های تکراری) همراه است. این موضوع ممکن است بر دقت اندازه‌گیری متغیرها تأثیرگذار باشد. سوم اینکه انعطاف‌پذیری هیجانی و پاسخ به مداخله می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌هایی مانند سبک دلبستگی، تنظیم هیجانی پایه یا حتی تیپ شخصیتی باشد که در این پژوهش کنترل و اندازه‌گیری نشد. همچنین در این پژوهش، سنجش میزان پایبندی به اصول درمان هیجان‌مدار صورت نگرفت. با اینکه تمامی جلسات توسط پژوهشگر آموزش‌دیده‌ی رویکرد هیجان‌مدار اجرا شد، فقدان ابزار یا ناظر بیرونی برای بررسی کیفیت اجرای تکنیک‌ها می‌تواند دقت تفسیر درباره‌ی منبع دقیق اثربخشی را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با استفاده از چک‌لیست‌های اعتبار محتوایی و مشاهده‌ی جلسات، این موضوع بررسی گردد تا سهم دقیق مداخله از سایر عوامل تفکیک‌پذیر شود.

با توجه به فردمحور بودن درمان هیجان‌مدار و نیاز به بررسی عمیق فرآیندهای هیجانی، در این پژوهش از طرح مورد منفرد استفاده شد. با این حال، برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از طرح‌های آزمایشی با گروه کنترل و تصادفی‌سازی بهره گرفته شود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر تنها بر دختران شهر اصفهان متمرکز بود، پیشنهاد می‌گردد اثربخشی این درمان در میان پسران، سایر رده‌های سنی، یا در سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگی بررسی شود تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. پژوهش‌های آینده می‌تواند بررسی کند که کدام ویژگی‌های فردی مانند سبک دلبستگی، سطح آگاهی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی، پاسخ‌دهی بهتر به درمان را پیش‌بینی می‌کند. همچنین با توجه به اثربخشی درمان هیجان‌مدار در کاهش پریشانی و افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی، پیشنهاد می‌شود این رویکرد در قالب برنامه‌های مداخله‌ای فردی و گروهی در مراکز مشاوره دانشگاهی، مدارس و کلینیک‌های روانشناختی به کار گرفته شود. همچنین، آموزش اصول درمان هیجان‌مدار به مشاوران و درمانگران از طریق کارگاه‌های تخصصی می‌تواند

27. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995;33(3):335-43. doi:[10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
28. Rashid K, Bayat A. Constructing, validating, and identifying factor structure of emotional flexibility scale in a sample of Hamedan health-care centers clients. *RJMS* 2019;26(6):13-24 [Persian].
29. Salarad Z, Leilabadi L, Nafissi N, Kraskian Mujembari A. Effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety and quality of life in women with breast cancer. *Iran J Health Psychol* 2022;5(3):35-46. doi:[10.30473/ijohp.2022.60436.1205](https://doi.org/10.30473/ijohp.2022.60436.1205)
30. Canbulat N, Aladağ M. Emotion-focused group counseling with Turkish divorced women: a mixed design study. *Curr Psychol* 2024;43(5):4622-37. doi: [10.1007/s12144-023-04651-9](https://doi.org/10.1007/s12144-023-04651-9)
31. Battaglini AM, Rnic K, Jameson T, Jopling E, Albert AY, LeMoult J. The association of emotion regulation flexibility and negative and positive affect in daily life. *Affect Sci* 2022;3(3):673-85. doi:[10.1007/s42761-022-00132-7](https://doi.org/10.1007/s42761-022-00132-7)
32. Jafari SarvJahani Y. The effectiveness of emotionally focused therapy on emotional flexibility and marital conflicts on the verge of divorce. Tehran: Payam Noor University of Alborz; 2022 [Persian].
33. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2017.
34. Mlotek AE, Paivio SC. Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Cent Exper Psychother* 2017;16(3):198-214. doi:[10.1080/14779757.2017.1330704](https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330704)
35. Thompson S, Girz L. Overcoming shame and aloneness: emotion-focused group therapy for self-criticism. *Person-Cent Exper Psychother* 2020;19(1):1-11. doi:[10.1080/14779757.2019.1618370](https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1618370)
36. Robinson L, McCague B, Whissell C. Single-case investigation of an emotion-focused therapy group for anxiety and depression. *Int J Integr Psychother* 2012;3(1):59-81.
37. Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
38. Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS. Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
39. Agharebparast Z, Nematy K, Shahin Nejad M. The effectiveness of emotional therapy on life expectancy and self-efficacy in depressed women with suicidal thoughts. *Clin Psychol Archiv* 2023;8(4):206-18. doi:[10.22055/jacp.2024.45393.1333](https://doi.org/10.22055/jacp.2024.45393.1333) [Persian].
40. Timulak L, McElvaney J, Keogh D, Martin E, Clare P, Chepukova E, et al. Emotion-focused therapy process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(4):773-81. doi:[10.1037/0022-006X.71.4.773](https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.773)
14. Paivio SC, Greenberg LS. Resolving "unfinished business": efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(3):419-25. doi:[10.1037/0022-006X.63.3.419](https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.419)
15. Soulière M. The differential effects of the empty chair dialogue and cognitive restructuring on the resolution of lingering angry feelings. Ottawa: University of Ottawa; 1994. doi:[10.20381/ruor-16661](https://doi.org/10.20381/ruor-16661)
16. Greenberg LS, Goldman RN. Emotion-focused couples therapy: the dynamics of emotion, love, and power. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.
17. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Focus* 2010;8(1):32-42. doi:[10.1176/foc.8.1.foc32](https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32)
18. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clin Psychol Psychother* 2004;11(1):3-16. doi:[10.1002/cpp.388](https://doi.org/10.1002/cpp.388)
19. Greenberg LS, Johnson SM. Emotionally focused therapy for couples. New York: Guilford Press; 1988.
20. Coifman KG. From negative to positive: do flexible emotion responses predict the course of adjustment during bereavement? New York: Columbia University; 2008.
21. Kramer U, Sutter M, Rubel J, Machinea JB, Woldarsky C, Auszra L, et al. Effectiveness of emotion-focused therapy: main results of a practice-research network study. *Psychother Res* 2025;1-9. doi:[10.1080/10503307.2025.2454455](https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2454455)
22. Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi CR. The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *Int J Fertil Steril* 2013;7(4):337-44.
23. Eslami M. The effectiveness of emotion-focused group therapy on clinical symptoms of girls with emotional breakdown. Tehran: Alzahra University; 2021 [Persian].
24. Shojaei Z. The effectiveness of emotional orientation therapy on emotion regulation, depression, and social isolation of girls with emotional breakdown in Ahvaz high school. Lorestan: Lorestan University; 2021 [Persian].
25. Ertezaee B, Neissi A, Hamid N, Davoudi I. The effectiveness of emotion-focused therapy on mental pain, experiential avoidance, and forgiveness in women with depression, who experienced a romantic relationship breakup. *Shenakht J Psychol Psychiatry* 2023;9(6):64-77. doi:[10.32598/shenakht.9.6.64](https://doi.org/10.32598/shenakht.9.6.64) [Persian].
26. Dehghani M, Atef-Vahid MK, Gharaee B. Efficacy of short-term anxiety-regulating psychotherapy on love trauma syndrome. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2011;5(2):18-25.

- for generalized anxiety disorder: an exploratory study. *Psychotherapy* 2017;54(4):361-71. doi:[10.1037/pst0000128](https://doi.org/10.1037/pst0000128)
41. Timulak L, Keogh D. Emotion-focused therapy: a transdiagnostic formulation. *J Contemp Psychother* 2020;50(1):1-13. doi: 10.1007/s10879-019-09426-7
42. Greenberg LS, Malcolm W. Resolving unfinished business: relating process to outcome. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(2):406-16. doi:[10.1037/0022-006X.70.2.406](https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.406)