

## اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پریشانی روانشناختی و افسردگی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۵

### خلاصه

#### مقدمه

خشونت خانگی می‌تواند باعث پریشانی روانشناختی و افسردگی در زنان شود. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پریشانی روانشناختی و افسردگی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی انجام شد.

#### روش کار

از روش تحقیق شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. از جامعه آماری زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ شهر تهران، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (درمان هیجان‌مدار و کنترل) جایگزین شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت نسبت به زنان (حاج یحیی، ۲۰۰۱)، پریشانی روانشناختی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲) و افسردگی (بک، ۱۹۹۶) استفاده شد. گروه آزمایشی، تحت درمان هیجان‌مدار قرار گرفت؛ داده‌ها با استفاده از آزمون کواریانس تحلیل شدند.

#### نتایج

نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر کاهش پریشانی و افسردگی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی تاثیر معنی‌داری دارد ( $p > 0.01$ ).

#### نتیجه‌گیری

بنابراین به منظور بهبود وضعیت روانشناختی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی پیشنهاد می‌شود از رویکرد درمانی هیجان‌مدار استفاده شود.

#### کلمات کلیدی

درمان هیجان‌مدار، پریشانی روانشناختی، افسردگی، خشونت خانگی  
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

رکسانه گل محمد<sup>۱</sup>

مهسا قاسمی فیروزآبادی<sup>۲</sup>

زهره عبدلی<sup>۳</sup>

هنگامه ساقیها<sup>۴\*</sup>

<sup>۱</sup>گروه مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

<sup>۲</sup>گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

<sup>۳</sup>گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

<sup>۴</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

\*گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Email: saghihahengameh@yahoo.com

## مقدمه

خشونت علیه زنان پدیده گسترده‌ای است که در موقعیت‌ها، اشکال و مظاهر مختلف ظاهر می‌شود. رایج‌ترین شکل خشونت علیه زنان، خشونت خانگی یا خشونت شریک صمیمی است که شیوع متفاوتی در سراسر جهان دارد (۱). در طول بیش از سه دهه گذشته، نگرانی عمومی به دلیل افزایش بروز خشونت خانگی در حال افزایش است. بر اساس داده‌های سازمان بهداشت جهانی حدود یک سوم (۳۰٪) از همه زنانی که در یک رابطه بوده‌اند، خشونت فیزیکی و یا جنسی توسط شریک صمیمی خود را تجربه کرده‌اند و در برخی مناطق، ۳۸ درصد از زنان مورد آزار قرار گرفته‌اند (۲). به دست آوردن آمار واقعی در مورد شیوع خشونت خانگی علیه زنان در داخل کشور امری دشوار است. به این علت که فرهنگ ایرانی همواره خشونت را موضوعی خصوصی در نظر گرفته و زنان قربانی این مساله را به سکوت و مطرح نکردن آن در عرصه عمومی جامعه ترغیب کرده است. همچنین منابع رسمی جامعه نیز تمایلی به جمع‌آوری آمار رسمی در این زمینه و اعلام آن ندارند. با این حال پژوهش پیمایشی در ایران نشان داد، شصت و شش درصد از زنان ایرانی حداقل یک‌بار، خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند (۳).

گارسیا مورنو و استوکل خاطر نشان کردند که خشونت خانگی با پیامدهای مرگبار سلامتی و طیف وسیعی از اثرات نامطلوب سلامتی مرتبط است. بین سوءاستفاده و سلامت جسمی زنان رابطه‌ای مشخص شده است و همچنین زنانی که تجربه خشونت را دارند به طور معنی‌داری بیشتر از خدمات روانشناختی استفاده می‌کنند (۴). تجربه خشونت خانگی به عنوان عامل خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی و مشکلات روانی در زنان شناسایی شده است (۵-۶). پیامدهای عاطفی و رفتاری خشونت خانگی ممکن است شامل چندین واکنش کلی به تروما باشد؛ مانند نادیده گرفتن

یا سوءاستفاده، اجتناب عاطفی، تکانشگری، پرخاشگری، درماندگی، عصبانیت و اضطراب، مشکلات خواب و مشکلات خوردن، استفاده از الکل یا سایر مواد روانگردان و رفتار متمایل به خودکشی (۷). قربانیان از برخی از این پیامدها به عنوان مکانیسم‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند که مانعی در پذیرش کمک و ترک رابطه خشونت‌آمیز است. علاوه بر این، در چندین مطالعه و مدل‌های نظری که پویایی روابط در روابط خشونت‌آمیز را تبیین می‌کنند، ویژگی‌های شخصیتی شرکا به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های احتمالی خشونت خانگی ذکر شده‌اند (۸). اگرچه زنان قربانی خشونت خانگی شریک خشونت‌آمیز دارند، برخی از آنها همچنان در رابطه خشونت‌آمیز هستند. دلایل متعددی وجود دارد که چرا آنها در رابطه خشونت‌آمیز باقی می‌مانند. چندین نویسنده، علاوه بر عوامل بیرونی مانند عوامل اقتصادی و اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، ویژگی‌های شخصیتی و عوامل عاطفی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های احتمالی برای زنانی که در رابطه خشونت‌آمیز باقی می‌مانند، نقل کردند (۹-۱۰).

مرور مطالعات نشان می‌دهند که تجربه خشونت خانگی با پریشانی روانشناسی ارتباط دارد (۱۱). پریشانی‌های روانشناختی دربرگیرنده حالات ذهنی ناخوشایند شامل افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه علائمی از شرایط هیجانی و فیزیولوژیکی را دربرمی‌گیرد (۱۲). همسو با پژوهش‌های اخیر، افراد با پریشانی روانی بالا بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری‌های جسمی، پیش‌بینی‌کننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی در آنها می‌باشد (۱۳) در واقع پریشانی روانشناختی یکی از مهمترین عوامل خطر برای انواع بیماری‌های روانی و جسمانی است (۱۴).

متنوع، راهبردهایی مانند شناخت، تمرکز بر احساسات، تاکید بر هیجان‌ات مثبت، بازسازی عاطفی، یافتن راه حل را در بر می‌گیرد (۲۴).

درمانگران هیجان‌مدار به طور مستقیم و از ابتدای کار خود با مراجعان با کمک به آن‌ها در فرآیند دسترسی، نمادسازی، افزایش، پردازش و ادغام تجربیات هیجانی خود در روابط خود با دیگران و در گفتگوهای درونی خود که به طور مستمر تعریف می‌کنند، دلبستگی، خود، احساس ارزشمندی و شایستگی آن‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهند (۲۵). هیجان‌ات، ساختار تجربه درونی و ارتباط با دیگران را سازماندهی می‌کند. آن‌ها همچنین ابزارهای کلیدی تغییر هستند. تجربه و بیان هیجان‌ات مرتبط با آسیب‌پذیری بین فردی (مانند غم و اندوه و ترس)، همراه با پاسخ‌های آرامش‌بخش از سوی افراد مهم و درمانگر، منجر به تغییرات کلیدی در کار درمانی مانند «نرم‌سازی تعقیب‌کننده» در فرد می‌شود (۲۶).

درمان هیجان‌مدار بر دلبستگی استوار است (۲۷). بسیاری از یافته‌های تجربی نشان داده است که بین رضایت زناشویی با روابط دلبستگی پیوند نزدیکی وجود دارد (۲۸-۲۹). همچنین مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رویکرد هیجان‌مدار بر تعادل عاطفه و سلامت روان (۲۵)، کاهش اضطراب و افسردگی (۳۰)، باورهای غیرمنطقی و طلاق عاطفی (۳۱) و رضایت زناشویی (۳۲) تاثیر دارد.

نتایج مطالعات، موفقیت‌آمیز بودن درمان هیجان‌مدار را نشان داده است. اما پژوهشی که به مطالعه درمان هیجان‌مدار بر پریشانی روانشناختی و افسردگی زنان متأهل قربانی خشونت خانگی پرداخته باشد، یافت نشد. با توجه به این شکاف پژوهشی موجود و همچنین، لزوم پرداختن به بعد روانشناختی آسیب‌های زناشویی

افسردگی از شایع‌ترین اختلال‌های زنان با تجربه خشونت خانگی است (۱۵). تجربه خشونت یک رویداد آسیب‌زا است که باعث می‌شود افراد دچار افسردگی شوند (۱۶). علاوه بر این، مطالعات چندین مشکل روانی را به دلیل خشونت شریک زندگی از جمله اختلال استرس پس از سانحه، سوءمصرف مواد، اضطراب و افسردگی گزارش می‌کنند (۱۷). واکنش‌ها، تجارب و روش‌های مقابله‌ای پس از رویدادهای آسیب‌زا ممکن است به دلیل عواملی از جمله تفاوت‌های فردی، محیط اجتماعی، نوع خانواده، فرهنگ و تجارب زندگی در افراد متفاوت باشد (۱۵) اما اغلب با افسردگی و اختلالات اضطرابی همراه است (۱۸). زنانی که در معرض خشونت خانگی قرار می‌گیرند، نگرانی از وضعیت موجود خود را تجربه می‌کنند و وقتی این وضعیت تغییر نمی‌کند، این نگرانی‌ها به مرور زمان به ناامیدی، استیصال و فرسودگی تبدیل می‌شوند. ناامیدی به عنوان انتظارات منفی و بدبینی نسبت به آینده تعریف می‌شود (۱۹). ناامیدی به عنوان پیوندی بین خودکشی و افسردگی و همچنین یکی از ویژگی‌های اصلی افسردگی است (۲۰).

افزایش اختلافات زناشویی و به دنبال آن بروز خشونت علیه زنان و طلاق و اثر منفی آن بر سلامت روانی زوجین، فرزندان و جامعه، پژوهشگران را بر آن داشته که به دنبال راهکارهایی باشند تا موجب تحکیم روابط زناشویی و نهاد خانواده شوند (۲۱). یکی از روش‌های درمانی مفید برای خانواده و ارتباط زناشویی، درمان هیجان‌مدار است (۲۲). این درمان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روانشناختی در افراد دارد و یک درمان کوتاه مدت، مبتنی بر شواهد، نوسانگرا و تجربی است که از سنت روان درمانی انسان‌گرا برخاسته است (۲۳). در واقع رویکرد هیجان‌مدار ترکیبی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده و

جهت بررسی خشونت علیه زنان از پرسشنامه سنجش خشونت نسبت به زنان حاج یحیی (۲۰۰۱) استفاده شد، این پرسشنامه شامل ۳۲ سوال و چهار خرده مقیاس (خشونت روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی) می‌باشد. پرسشنامه خشونت علیه زنان در ایران توسط خاقانی‌فر در دانشگاه الزهرا ترجمه شده است و اعتبار آن توسط چند تن از اساتید متخصص مورد تایید قرار گرفته و ضریب همسانی درونی با آلفای کرونباخ آن نیز با استفاده از نمونه شصت نفری ۰/۹۷ به دست آمده است (۳۳). در این پژوهش نیز پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد.

**پرسشنامه پریشانی روانشناختی:** پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر که وضعیت روانی فرد را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر و همکاران (۳۴) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شده است. نمره گذاری سوالات به صورت لیکرت پنج درجه است. مطالعات حکایت از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربالگری و شناسایی اختلال‌های روانی نیز دارد (۳۵). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط واسیلیادیس و همکاران (۳۶) مورد تایید قرار گرفته است. در ایران نیز یعقوبی پایایی ابزار را ۰/۸۳ گزارش کرده است (۳۷). در این پژوهش نیز پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ بدست آمد.

**پرسشنامه افسردگی:** این پرسشنامه توسط بک در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است. به عنوان یک آزمون غربالگری افسردگی اعتباریابی شده است (۳۸). این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال خود-گزارشی است که شدت علائم افسردگی را در دو هفته قبل ارزیابی می‌کند. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد به اثبات رسیده و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ است (۳۹). در این پژوهش نیز پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ بدست آمد.

و خانواده، این پژوهش به دنبال یافتن پاسخ علمی به این سوال اساسی است که درمان هیجان‌مدار بر پریشانی روانشناختی و افسردگی زنان متأهل قربانی خشونت خانگی چه تاثیری دارد؟ **روش کار** این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی منطقه دو شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که از این جامعه ۳۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه و با روش در دسترس، انتخاب و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از متأهل بودن رسمی، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه خشونت علیه زنان، ازدواج اول هر دو طرف، داشتن سواد حداقلی (خواندن و نوشتن)، داشتن حس همکاری و رضایت به شرکت کردن در دوره. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز، ازدواج دوباره، نداشتن مسئولیت برای ادامه دادن جلسات مداخله و مراجعه به کلینیک‌های روانشناختی دیگر جهت درمان بود. بعد از هماهنگی‌های لازم، اجرای پژوهش شروع شد بدین ترتیب که ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون پرسشنامه پریشانی روانشناختی و افسردگی اجرا شد، سپس جلسات درمان هیجان‌مدار برای گروه آزمایشی در طی ۱۲ جلسه یک‌ساعته اجرا شد (شرح جلسات در جدول ۱ آورده شده است). اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد و بلافاصله بعد از اتمام مداخله، آزمایشی برای گروه‌های پژوهش پس‌آزمون اجرا شد و داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد؛ در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS به دلیل وجود پیش‌آزمون، از تحلیل کواریانس استفاده شد. شایان ذکر است قبل از تحلیل اصلی کواریانس، مفروضه‌های آن با استفاده از آزمون‌های لون و کولموگروف-اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت. **ابزار پرسشنامه خشونت علیه زنان:**

بسته درمانی هیجان‌مدار: رویکرد هیجان‌مدار، رویکردی امیدبخش و یکپارچه‌نگر و برگرفته و تلفیقی از نظریه دلبستگی، ساختاری و سیستمی در درمان در طی سه مرحله و نه گام درمانی بوده و نیز آمیزه‌ای از رویکردهای تجربه‌گرا و گشتالت، در درمان فردی است. رویکرد هیجان‌مدار به شرح جدول ۱ که بر اساس مدل گرینبرگ و جانسون (۲۴) طراحی شده است، اعمال شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات بر اساس درمان هیجان‌مدار (۴۰)

شماره جلسات	شرح کلی مداخله
اول/عمومی	برقراری رابطه حسنه از طریق همدلی و فنون حضور خود بودن، پل پرش، درک، اکتشاف، ردگیری، اعتباربخشی و همدلی آینده‌وار
دوم	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده پردازش هیجانی او از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع
سوم	همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش و تحمل و تنظیم هیجان
چهارم	تاگشایی هیجان اصلی مراجع از طریق بازنمایی تجربه‌های تروماهای مراجع مرتبط با دلبستگی یا هویت
پنجم	کشف و شناسایی هیجان‌ات اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی مارکرهای خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی خالی
ششم	ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ات اصلی زیربنایی، سازگار/ناسازگار و یا سالم/ناسالم
هفتم	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌ات اولیه و ثانویه و تجربه
هشتم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ها از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی
نهم	ادامه شناسایی و کار بر روی نشانگرهای نمودار شده و کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، کار با تریان، موسیقی، حرکت و ...
دهم	کوچینگ مراجع در حین بازنمایی ابژه‌ها و رسیدن به بینش تجربه‌ای
یازدهم	ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود
دوازدهم	تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده

## نتایج

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر حضور داشتند که میانگین سن گروه کنترل ۳۷/۳۲ سال (با انحراف معیار ۴/۸۹) و میانگین سن گروه هیجان‌مدار برابر با ۳۸/۶۵ سال (با انحراف معیار ۵/۶۷) بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون - پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار
پریشانی روانشناختی	کنترل	پیش‌آزمون	۷۶/۱۷	۵۶/۲
		پس‌آزمون	۶۹/۱۷	۱۲/۳

۱۳/۳	۳۳/۱۸	پیش آزمون	درمان	
۹۸/۲	۰۶/۱۳	پس آزمون	هیجان مدار	
۴۳/۷	۳۰/۴۲	پیش آزمون	کنترل	افسردگی
۷۶/۶	۶۱/۴۲	پس آزمون		
۴۴/۵	۲۶/۴۴	پیش آزمون	درمان	
۱۸/۵	۸۰/۳۵	پس آزمون	هیجان مدار	

آزمون کواریانس پرداخته می‌شود، گفتنی است قبل از تحلیل، مفروضه‌های این آزمون با استفاده از آزمون لوین و کولموگروف اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان از بلا مانع بودن استفاده از تحلیل کواریانس داشت.

همانطور که در جدول ۲ مشخص است میانگین پریشانی روانشناختی و افسردگی در گروه درمان هیجان مدار درمان در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش محسوسی یافته است اما در نمرات سه نوبت آزمون گروه کنترل تفاوت خیلی جزئی بود. در ادامه به منظور تحلیل استنباطی یافته‌ها، به نتایج

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس به منظور سنجش اثربخشی درمان هیجان مدار بر پریشانی روانشناختی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۳۸۹/۷۴	۱	۳۸۹/۷۴	۰۱۵/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۳
گروه (متغیر مستقل)	۸۳۰/۱۷۹	۱	۸۳۰/۱۷۹	۸۲۰/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
خطا	۳۱۴/۴۱	۲۵				

درمان هیجان مدار) در میزان پریشانی روانشناختی بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار می‌باشد. در نهایت به این نتیجه می‌توان رسید که درمان هیجان مدار بر کاهش پریشانی روانشناختی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی اثربخش است.

در جدول ۳ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس به وضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۱۷۹/۸۳۰ است که منجر به اندازه آزمون F ۱۰۸/۸۲۰ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و آزمایش

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس به منظور سنجش اثربخشی درمان هیجان مدار بر افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
--------------	---------------	------------	----------------	---------	--------------	----------

پیش‌آزمون	۶۶/۱۰۳۶	۱	۶۶/۱۰۳۶	۲۹۲/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
گروه (متغیر مستقل)	۶۱۷/۷۸۹	۱	۶۱۷/۴۸۹	۵۹۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶
خطا	۸۱۰/۲۸۰	۲۵				

هدف درمان هیجان‌مدار در یک رابطه همدلانه و تبدیل خاطرات طرحواره‌ای هیجانی ناسازگار معمولی است که به عنوان منبع پریشانی روانشناختی و افسردگی دیده می‌شود (۳۱). این خاطرات اغلب شامل احساس شرم از بی‌ارزشی، ناامنی مضطرب و غم و اندوه رها شدن و قربانی شدن در برابر خشونت محیط است. از طریق فرآیند درمانی، احساسات سازگارانه برای تغییر احساسات ناسازگار و سازماندهی فرد برای پاسخ‌های انطباقی قابل دسترسی است. این فرآیند، تغییر هیجان با احساسات با استفاده از تکنیک‌های درمانی خاص مانند همدلی آینه‌وار، کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی و بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دلبستگی یا هویت که به تحریک احساسات و پردازش آن منجر می‌شود، کمک می‌کند (۲۵).

همچنین در تبیین نتیجه به دست آمده باید گفت تمرکز درمان هیجان‌مدار بر روی هیجان است. به گونه‌ای که از هیجان برای هدایت و تحریک فرد به سمت فعالیت‌ها و پاسخ‌های جدید استفاده می‌کند. در این روش با انعکاس و شدت هیجان، حرکت فرد از تأثیر هیجان‌های ثانویه از قبیل تحریک/عصبانیت به سمت احساسات عمیق بنیادی و هیجان‌های اولیه از قبیل ترس و ناراحتی را مدنظر قرار می‌دهد (۴۱). آگاهی از هیجان‌های اولیه و زیربنایی نقش مهمی در کاهش پریشانی روانشناختی افسردگی دارد (۲۲)؛ چراکه در بسیاری از موارد علت پریشانی روانشناختی و افسردگی، هیجان‌های زیربنایی ناشناخته نظیر درماندگی است (۲۳).

در جدول ۴ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس به وضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۴۸۹/۶۱۷ است که منجر به اندازه آزمون  $F(۴۳/۵۹۰)$  می‌شود که اندازه این آزمون  $F$  در سطح یک درصد معنی‌دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و آزمایش (درمان هیجان‌مدار) در میزان افسردگی بعد از تعدیل اثر پیش-آزمون تفاوت معنی‌دار می‌باشد. در نهایت به این نتیجه می‌توان رسید که درمان هیجان‌مدار بر کاهش افسردگی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی اثربخش است. **بحث و نتیجه‌گیری** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پریشانی روانشناختی و افسردگی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی انجام شد. نتیجه پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار به طور معنی‌داری پریشانی روانشناختی و افسردگی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی را کاهش داده است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قبلی (۲۵، ۳۰، ۳۱ و ۳۲) همسو بوده است. برخی مطالعات نشان دادند که درمان هیجان‌مدار با بهبود سبک دلبستگی می‌تواند بر وضعیت روانشناختی افراد موثر باشد (۲۸-۲۹).

در تبیین یافته‌های این پژوهش باید گفت پژوهش‌های زیادی ارتباط تعارضات زناشویی با پریشانی روانشناختی و افسردگی را تأیید می‌کنند (۱۷). غفلت از ارزش‌های اصلی روابط عاشقانه (ارتباط، مراقبت و همکاری) سبب کاهش صمیمیت و شکل-گیری افکار و احساسات خصمانه نسبت به یکدیگر می‌شود.

استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی، ابزار پرسشنامه به تنهایی و عدم استفاده از آزمون و پیگیری، از محدودیت‌های این پژوهش بودند. لذا تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش، مستلزم اجرای پژوهش‌هایی در جامعه و نمونه‌های مختلف و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خواهد بود؛ بر همین مبنا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های تصادفی استفاده، و در کنار پرسشنامه، از مصاحبه نیز جهت تعمیق نتایج استفاده شود.

هیجانان ثانویه، هیجانانی هستند که در واکنش به هیجانان اولیه به وجود می‌آیند و در بسیاری از مواد فرد نسبت به علت اصلی این هیجانان آگاهی ندارد. بر این اساس در درمان هیجان‌مدار پس از آن که فرد هیجانان خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کند، در نهایت کمتر از افکار تکراری همچون نشخوار فکری جهت اجتناب از آن‌ها استفاده می‌کند و در توالی این مسیر پریشانی روانشناختی و افسردگی کاهش پیدا می‌کند.

## References

1. Caridade SM, Saavedra R, Ribeiro R, Oliveira AC, Santos M, Almeida IS, Soeiro C. Remote support to victims of violence against women and domestic violence during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Adult Protection*. 2021 Aug 17.
2. Usta J, Murr H, El-Jarrah R. COVID-19 Lockdown and the increased violence against women: understanding domestic violence during a pandemic. *Violence and gender*. 2021 Sep 1;8(3):133-9.
3. Yekekar S, Aghabakhshi H, Hosseini Haji Bakande S A. Social Themes of Domestic Violence Against Women. *Socialworkmag*. 2019; 8 (3) :49-59
4. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *World Health Organization*; 2013.
5. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359:1331–1336.
6. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *Int J Family Med*. 2013; 2013:313909.
7. Malik M, Munir N, Ghani MU, Ahmad N. Domestic violence and its relationship with depression, anxiety and quality of life: A hidden dilemma of Pakistani women. *Pakistan journal of medical sciences*. 2021 Jan;37(1):191.
8. Mager KL, Bresin K, Verona E. Gender, psychopathy factors and intimate partner violence. *Personal Disord*. 2014; 3:25–267.
9. Kuijpers KF, van der Knaap LM, Winkel FW. Risk of revictimization of intimate partner violence: the role of attachment, anger and violent behaviour of the victim. *J Fam Violence*. 2012;27(1):33–44. doi:10.1007/s10896-011-9399-8.
10. Iverson KM, Litwack SD, Pineles SL, Suvak MK, Vaughn RA, Resick PA. Predictors of intimate partner violence revictimization: the relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation and coping strategies. *J Trauma Stress*. 2013;26(1):102–110.
11. Heron RL, Eisma M, Browne K. Why do female domestic violence victims remain in or leave abusive relationships? A qualitative study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2022 May 28;31(5):677-94.
12. Marchand A, Blanc ME. The Contribution of Work and Non- Work Factors to the Onset of Psychological Distress: An Eight- year Prospective Study of a Representative Sample of Employees in Canada. *Journal of occupational health*. 2010 May;52(3):176-85.
13. Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *Journal of the American College of Cardiology*. 2008 Dec 16;52(25):2156-62.
14. Kwan Z, Bong YB, Tan LL, Lim SX, Yong AS, Ch'ng CC, et al. Socioeconomic and sociocultural determinants of psychological distress and quality of life among patients with psoriasis in a selected multi-ethnic Malaysian population. *Psychology, health & medicine*. 2017;22(2):184-95.
15. Özkafacı AA, Eren N. Effect of art psychotherapy using marbling art on depression, anxiety, and hopelessness in female survivors of domestic violence with PTSD. *The Arts in Psychotherapy*. 2020 Nov 1; 71:101703.
16. Adamu AF, Adinew YM. Domestic violence as a risk factor for postpartum depression among Ethiopian women: facility based study. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 2018; 14:109.



17. Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DW. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1995 Apr;63(2):308.
18. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*. 2004 Aug 1;161(8):1390-6.
19. Mazza M, Marano G, Del Castillo AG, Chieffo D, Monti L, Janiri D, Moccia L, Sani G. Intimate partner violence: A loop of abuse, depression and victimization. *World journal of psychiatry*. 2021 Jun 6;11(6):215.
20. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*. 1985; 44:499-505.
21. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process- based care. *World psychiatry*. 2017 Oct;16(3):245.
22. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Irwin B. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2018 Dec;19(1):1-1.
23. Vrana G, Greenberg L. Overview of emotion-focused therapy. In *Emotion Focused Family Therapy with Children and Caregivers* 2018 Mar 15 (pp. 1-22). Routledge.
24. Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2022 Apr;54(2):152.
25. Greenman PS, Johnson SM. Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current Opinion in Psychology*. 2022 Feb 1; 43:146-50.
26. Beasley CC, Ager R. Emotionally focused couple's therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2019 Mar 4;16(2):144-59.
27. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. Guilford Publications; 2019.
28. Karreman A, Vingerhoets AJ. Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*. 2012 Nov 1;53(7):821-6.
29. Towler AJ, Stuhlmacher AF. Attachment styles, relationship satisfaction, and well-being in working women. *The Journal of social psychology*. 2013 May 1;153(3):279-98.
30. Ganz MB, Rasmussen HF, McDougall TV, Corner GW, Black TT, De Los Santos HF. Emotionally focused couple therapy within VA healthcare: Reductions in relationship distress, PTSD, and depressive symptoms as a function of attachment-based couple treatment. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2022 Mar;11(1):15.
31. Salehpour P, Ahghar Ghodsi, Navabinejad Sh. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on reducing irrational beliefs and emotional divorce of married women referring to counseling centers in Tehran. *Journal of the Faculty of Medicine of Mashhad University of Medical Sciences*, 2020, 62(4.1):169-178.
32. Akhavan Bi\bitsir Z, Sanaei zaker B, Navabinejad Sh, Farzad V. The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on marital satisfaction and compatibility of couples. *Behavioral Science Research*, 2017; 14(3): 324-330.
33. Jafarian, Fathi, Arshi. The Effect of Mens emotional intelligence on Violence against women among married couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015;16(4):76-83:
34. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*. 2002 Aug;32(6):959-76.
35. Green K, Karraki H. Life span developmental psychology: Prospective on stress and coping (pp. 151-174). Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates. 2010.
36. Vasiliadis HM, Chudzinski V, Gontijo-Guerra S, Préville M. Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry research*. 2015 Jul 30;228(1):89-94.
37. Yaghoubi H. Psychometric features of the 10-question version of Kessler's Psychological Distress Questionnaire (10K-). *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 2014; 6(4): 45-57
38. Moss KM, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Depressive and anxiety symptoms through late pregnancy and the first year post birth: an examination of prospective relationships. *Archives of Women's Mental Health*. 2009 Oct;12(5):345-9.
39. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*. 2017 Feb;46(2):261-76.
40. Saghaha H. The effectiveness of treatment based on emotion-focused approach on tolerance of ambiguity and death anxiety of breast cancer patients. Master's thesis in psychology, Allameh Tabatabai University. 2020.

41. Mónico E, Goldman RN, Montoya-Castilla I. "The scientific flourishing of Emotion-Focused Therapy": a bibliometric analysis of EFT articles in Web of Science databases. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2022 Jul 24:1-24.

## Original Article

### The effectiveness of emotion-focused therapy on psychological distress and depression of married women victims of domestic violence

Received: 20/05/2021 - Accepted: 16/11/2021

Roxaneh Golmohammad<sup>1</sup>  
Mahsa Ghasemi Firoozabadi<sup>2</sup>  
Zahra Abdoli<sup>3</sup>  
Hengameh Saghiha<sup>\*4</sup>

<sup>1</sup> Department of Family Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

<sup>3</sup> Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

<sup>4</sup> Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

\* Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

Email: saghihahengameh@yahoo.com

#### Abstract

**Introduction:** Being a victim of violence can cause psychological distress and depression in women. This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of emotion-focused therapy on psychological distress and depression of married women victims due to domestic violence.

**Method:** A quasi-experimental research method was used with a pre-test-post-test design with a control group. From the statistical population of women victims of domestic violence referring to the counseling centers of the 2nd district of Tehran, 30 people were selected by available sampling and randomly replaced in two groups of 15 people (emotional treatment and control). In order to collect information, the standard questionnaire for measuring violence against women (Haj-Yahia, 2001), psychological distress (Kessler et al., 2002), and depression (Beck, 1996) was used. The experimental group was subjected to emotion-focused therapy; The data were analyzed using covariance test.

**Results:** The results showed that emotion-oriented therapy has a significant effect on reducing distress and depression of married women who are victims of domestic violence ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** For improve of the psychological condition of married women who are victims of domestic violence, it is suggested to use an emotion-focused therapeutic approach.

**Keywords:** Emotion Focused Therapy, Psychological Distress, Depression, Domestic Violence.

**Conflict of interest:** There is no conflict of interest.