

# Comparison effect of cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on loneliness in married women victims of domestic violence

Mozhgan Ghafari Shahir<sup>1</sup>, Esmail Asadpour<sup>2\*</sup> , Kianoush Zaharakar<sup>3</sup>

1. PhD Student of Family Counseling, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

## Abstract

Received: 19 Dec. 2020 Revised: 8 Jan. 2021 Accepted: 12 Jan. 2020

**Introduction:** Domestic violence is a particular type of violence that is perpetrated at the family level and leads to physical, psychological, and sexual harm or suffering. Considering violence against women is more and more observed in our country due to social and economic issues. Due to the vulnerability of this group of women whose psychological injuries do not end in the individual and may become social injuries, it is necessary to use interventions to improve the mental health of these women, so this issue is felt more than ever. The present study aimed to compare the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Emotion Focused Therapy (EFT) on loneliness in married women victims of domestic violence.

**Methods:** The experimental research method with the pretest-posttest design was follow-up with the control group. The study's statistical population included all women victims of domestic violence who were referred to counseling centers in Tehran in 2019. For sampling among the counseling centers of Tehran, two centers were randomly selected, and among their clients were selected by purposive sampling. Inclusion criteria included a score higher than the average in the questionnaires of domestic violence against women and feelings of loneliness, being married, having at least three years of cohabitation, age range 25-40 years, commitment to participate in all treatment sessions, and not receiving individual counseling and psychological services during participation in treatment sessions and also not having a specific physical or mental illness. Exclusion criteria included remarriage, absence from treatment sessions, and unwillingness to continue participating in the study. After selecting the eligible samples and selecting them randomly in the experimental and control groups (20 people in each group), the first experimental group underwent cognitive-behavioral therapy (CBT), the second experimental group under (EFT), and the control group on the waiting list were treated. Haj Yahya Domestic Violence and Loneliness Questionnaires Ditommaso, Brannen & Best were used to collect data. The experimental groups underwent cognitive-behavioral therapy (CBT) (8 sessions of 90 minutes) and emotion therapy (EFT) (8 sessions of 90 minutes); the control group was placed on a waiting list for treatment. Data were analyzed using analysis of covariance.


**Results:** The results revealed that both cognitive-behavioral (CBT) and emotion-oriented (EFT) therapies were effective in reducing feelings of loneliness in married women victims of domestic violence. This effect persisted over time ( $P < 0.01$ ) between the effectiveness and persistence of therapeutic effects. There was no significant difference between cognitive-behavioral (CBT) and emotion-oriented (EFT) in reducing loneliness in married women victims of domestic violence ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Therefore, using these treatment methods can improve the mental health of married women victims of domestic violence and the use of these methods by counselors and psychologists in the judiciary, prison administration, Imam Khomeini Relief Committee, and the Association of Parents and Educators in education and Breeding is recommended. It is suggested that similar studies can be conducted with different groups of women in domestic violence (especially men affected by domestic violence) in other cities and with different cultures to remove the limitations of the generalizability of the results. Performing follow-up in future research will determine the continued effectiveness of the treatments used.

**Keywords:** Cognitive behavioral therapy, Domestic violence, Emotion-based therapy, Loneliness, Women

\*Corresponding author: Esmail Asadpour, Assistant Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

Email: Dr.Iasadpour@yahoo.com

 doi.org/10.30514/icss.23.1.95



## مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی

مزگان غفاری شهیر<sup>۱</sup>، اسماعیل اسدپور<sup>۲\*</sup> ID، کیانوش زهراکار<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری مشاوره خانواده، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
 ۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران  
 ۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

## چکیده

**مقدمه:** خشونت خانگی نوع خاصی از خشونت است که در سطح خانواده اعمال و منجر به آسیب یا رنج جسمی، روانی و جنسی می‌شود. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی بود.

**روش کار:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. جهت نمونه‌گیری از بین مراکز مشاوره شهر تهران دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و از بین مراجعین آنها ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند؛ گروه کنترل در لیست انتظار درمان قرار گرفت. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های خشونت خانگی و احساس تنهایی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغییری با نرم‌افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، هر دو درمان شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی اثربخش بودند و این اثر در طول زمان تداوم داشت ( $P < 0/001$ ). بین اثربخشی و تداوم اثر درمان‌های شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه نشان داد با استفاده از این روش‌های درمانی می‌توان سلامت روانی زنان متأهل قربانی خشونت خانگی را بهبود بخشید، بنابراین به کارگیری این روش‌ها توسط مشاوران و روان‌شناسان در دادگستری‌ها، اداره زندان‌ها، کمیته امداد و انجمن اولیا و مربیان در آموزش و پرورش توصیه می‌شود.

دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۲۹

اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹

پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۳

## واژه‌های کلیدی

احساس تنهایی

خشونت خانگی

درمان شناختی-رفتاری

درمان هیجان‌مدار

زنان

## نویسنده مسئول

اسماعیل اسدپور، استادیار گروه مشاوره،  
 دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

ایمیل: Dr.iasadpour@yahoo.com



doi.org/10.30514/ics.23.1.95

**Citation:** Ghafari Shahir M, Asadpour E, Zahrakar K. Comparison effect of cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on loneliness in married women victims of domestic violence. *Advances in Cognitive Sciences*. 2021;23(1):95-105.

## مقدمه

خانواده اساسی‌ترین نهادی است که به اعضای خود احساس امنیت و آرامش می‌دهد، اما وجود تعارضات در خانواده، اضطراب و ناامنی را گسترش می‌دهد که پیامد آن گسترش بیماری‌های روانی، قتل‌های خانوادگی، کودک‌آزاری و خشونت علیه زنان است (۱). هرگونه رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب جسمی، جنسی، روانی و

رنج زنان شود را خشونت علیه زن می‌گویند (۲). خشونت خانگی نوع خاصی از خشونت است که در سطح خانواده اعمال و منجر به آسیب یا رنج جسمی، روانی و جنسی می‌شود (۳). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت شیوع خشونت خانگی در چندین کشور از ۱۳ تا ۱۷ درصد متغیر بوده است و مطالعات مبتنی بر جوامع در دسترس، بیان‌گر آن

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 (۱۵). با توجه به این که بسیاری از خشونت‌های خانگی گزارش شده از نوع خشونت عاطفی و کلامی می‌باشند و با در نظر گرفتن این نکته که در فرهنگ کشور ما طلاق با پیامدهای منفی بسیاری به ویژه برای زنان همراه است. لذا احساس تنهایی در زنان می‌تواند به این قشر از زنان کمک کند تا در مواجهه با انواع خشونت قدرت تحمل شرایط را داشته باشند و در جهت اصلاح امور و حفظ رابطه در عوض طلاق و جدایی، تلاش کنند.

مطابق با پیشینه پژوهش، از میان مداخلات نوین روان‌شناختی (۱۶)، تاکنون مداخلات و درمان‌های مختلفی جهت کمک به زنان قربانی خشونت خانگی انجام شده است، که یکی از آنها مداخلات شناختی-رفتاری ((Cognitive Behavioral Therapy (CBT)) می‌باشد (۱۷). هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (۱۷). رویکرد شناختی، فرایند شناختی را در ایجاد احساس تنهایی مؤثر می‌داند. احساس تنهایی زمانی به وجود می‌آید که بین انواع روابط بین‌فردی که شخص انتظار دارد و روابط بین‌فردی شخص در حال حاضر، تفاوت وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، احساس تنهایی مستلزم ادراک یا ارزیابی فرد از روابط اجتماعی خویشتن و مقایسه وضعیت کنونی با وضعیت مطلوب و آرمانی است (۱۸). وقتی زنان در فضای گروه و تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری قرار بگیرند، احساس می‌کنند که به شبکه مناسبی از تعاملات اجتماعی دسترسی پیدا کرده‌اند؛ بنابراین نشانه‌های احساس تنهایی عموماً از بین می‌رود. همچنین، درمان شناختی-رفتاری، مهارت زنان قربانی خشونت را در کنترل افکار ناکارآمد و برقراری ارتباط صمیمی و مثبت افزایش داده و از طریق تغییر عقیده و فکر و رفتار اشتباه فرد، روابط آنها را بهبود می‌بخشد (۱۹). در همین راستا، Newman در پژوهشی نشان داد گروه درمانی به شیوه شناختی-رفتاری، در سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی اثر بخش بوده است (۷). سعیدی و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش احساس تنهایی زنان در شرف طلاق مؤثر است (۹). قاسم‌زاده و جانی نیز در پژوهشی نشان دادند که گروه درمانی شناختی-رفتاری همراه با آموزش مهارت حل مساله بر خود‌نظم‌دهی خشم و احساس تنهایی دانشجویان اثربخش است (۲۰). در پژوهش‌های دیگری به اثربخشی

است که میزان خشونت خانگی بین ۲۳ تا ۲۷ درصد می‌باشد (۴). با توجه به تحلیل ملی بر روی خشونت خانگی که در سال ۱۳۸۰ در ۲۸ استان کشور انجام شده است ۶۶ درصد از خانواده‌های ایرانی حداقل یک بار تجربه خشونت خانگی را داشته‌اند (۵). عوامل مختلفی نظیر فقر، اعتیاد، اختلالات روان‌پزشکی، جنسیت زن و اعتیاد به الکل و مواد مخدر در بروز خشونت خانگی مؤثر دانسته شده است. تمامی خشونت‌های کلامی، فیزیکی و مالی با وضعیت اقتصادی در ارتباط است و در طبقه کارگر و با وضعیت اقتصادی پایین‌تر شایع‌تر است. از عوامل مؤثر دیگر در بروز خشونت خانگی می‌توان به تحصیلات پایین، منزل اجاره‌ای و زندگی با همسر بیکار و معتاد به الکل اشاره کرد. زنان در زندگی خود چهار شکل خشونت شامل فیزیکی، روانی، اقتصادی و جنسی را تجربه می‌کنند. اگر چه عبارت زندگی بدون خشونت در اعلامیه جهانی حقوق بشر به چشم می‌خورد، بسیاری از مردم به ویژه جمعیت آسیب‌پذیر مانند زنان همچنان در شرایط خشونت‌آمیز زندگی می‌کنند (۶). اگر چه خشونت‌های خانگی معمولاً در حریم خانواده رخ می‌دهد، اما زندگی زنان را در همه عرصه‌ها متأثر می‌سازد. خشونت علیه زنان کیفیت زندگی زنان و فرزندان‌شان، توانایی، استقلال و مولد بودن زندگی عادی آنها را به شدت تهدید می‌کند و به اختلال می‌کشاند (۷).

با توجه به این که خشونت در خانواده در محیط بسته باقی مانده و به بیرون درز پیدا نمی‌کند، چه بسا مشکلاتی مانند تنهایی، افسردگی و استرس از نسلی به نسل دیگر انتقال پیدا می‌کند. از جمله این مشکلات که کمتر به آن پرداخته شده احساس تنهایی است (۸). انزوای اجتماعی زنان، معاشرت محدود با همسایه‌ها یا دوستان و آشنایان، عدم دسترسی به سیستم‌های حمایتی و وجود فشارهای روانی تحمیل شده، رضایت پایین از زندگی زناشویی آنها را در معرض فشار مضاعف قرار می‌دهد و احتمال قربانی خشونت شدن این قشر آسیب‌پذیر را افزایش می‌دهد. در واقع احساس تنهایی مخصوصاً اگر با تجربیات سوءاستفاده دوران کودکی همراه باشد، منجر به با کاهش میزان حمایت عاطفی و اجتماعی درک شده در زنان شده و بدین ترتیب احتمال خشونت خانگی آنها را افزایش می‌دهد (۹). پژوهش‌های بسیاری از رابطه بین قربانی بودن در خشونت و احساس تنهایی حمایت می‌کند (۱۰). احساس تنهایی یک سازه روان‌شناختی مستقل از دیگر مشکلات در نظر گرفته می‌شود که خطرات منحصر به فرد خود را دارد (۱۱). احساس تنهایی محرومیت عینی از رفاقت بیرونی نیست، بلکه منظور احساس تنهایی درونی است (۱۳). Panda در پژوهشی این گونه استدلال کرد که احساس‌های تداعی شده با احساس تنهایی، عدم وجود روابط اجتماعی مناسب را به فرد گوشزد می‌سازند (۱۴).

با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری، با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر تهران در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۱۲۷ زن بودند. جهت نمونه‌گیری از بین مراکز مشاوره شهر تهران دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند و از بین مراجعین آنها ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل، نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه‌های خشونت خانگی علیه زنان و احساس تنهایی، متاهل بودن، داشتن حداقل ۳ سال سابقه زندگی مشترک، دامنه سنی ۴۰-۲۵ سال، تعهد به جهت شرکت در تمام جلسات درمان و عدم دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی فردی در طول شرکت در جلسات درمانی و نیز نداشتن بیماری جسمی یا روانی خاص بود. ملاک‌های خروج نیز شامل ازدواج مجدد، غیبت در جلسات درمانی و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. گروه آزمایشی اول تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری، گروه آزمایشی دوم تحت درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند. گروه کنترل نیز در لیست انتظار درمان قرار گرفت. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایشی و کنترل در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد و دو ماه بعد آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در نرم‌افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

**پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت نسبت به زنان:** این پرسشنامه توسط حاج یحیی در سال ۱۹۹۹ طراحی شد (۳۱). این پرسشنامه شامل ۳۲ سوال و چهار خرده‌مقیاس می‌باشد عامل اول که شامل ماده‌های ۱ تا ۱۶ می‌باشد خشونت روانی را می‌سنجد، عامل دوم که شامل ماده‌های ۱۷ تا ۲۷ می‌باشد خشونت فیزیکی را می‌سنجد، عامل سوم که شامل ماده‌های ۲۸ تا ۳۰ می‌باشد خشونت جنسی و عامل چهارم که شامل ماده‌های ۳۱ و ۳۲ می‌باشد خشونت اقتصادی را می‌سنجد (۳۱). در پژوهش حاضر از نمره کل آزمون استفاده شده است. در پژوهش امیری شمیلی، برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برابر با ۰/۸۶ به دست آمده است (۳۲). در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است.

**پرسشنامه احساس تنهایی:** فرم کوتاه شده پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان به وسیله DiTommaso و

درمان شناختی-رفتاری بر کاهش احساس تنهایی در دختران نوجوان فراری (۲۱)، کاهش خشونت خانگی زنان (۲۲) و کاهش احساس تنهایی در زنان مطلقه (۲۳) اشاره داشته‌اند.

از دیگر مداخلاتی که می‌تواند برای کمک به زنان قربانی خشونت خانگی موثر باشد، روش درمانی هیجان‌مدار ((Therapy (EFT Emotion Focused) می‌باشد. درمان هیجان‌مدار درمانی نوسان‌گرا و تجربی است. در درمان هیجان محور تمرکز درمان‌گر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمان‌جو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمان‌جو را نیز در نظر دارد (۲۴). این رویکرد توسط پیشگامان عصر حاضر در حوزه زوج‌درمانی با نام Johnson و Greenman معرفی شده است (۲۵). این درمان شامل چند مفهوم اصلی شامل همدلی، هیجانات و صدمات مربوط به دلبستگی، حفظ و بازسازی روابط عاشقانه است (۲۵). این درمان منجر به تسهیل ابراز و بیان نیازهای دلبستگی ابراز نشده، پذیرش نیازهای دلبستگی همسر و پردازش مجدد احساسات به منظور التیام جراحات دلبستگی می‌گردد. ابراز هیجانات سبب افزایش احساس رضایت، صمیمیت، گرمی بین فردی در بین اعضای خانواده شده و آسیب‌پذیری زنان در برابر عواطف منفی را کاهش می‌دهد و به نوعی منجر به کاهش احساس تنهایی در آنان می‌شود (۲۶). پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این درمان بر کاهش احساس تنهایی زنان آسیب دیده از روابط فرازنشویی (۲۷)؛ بهبود رضایت زناشویی و کاهش گرایش به روابط فرازنشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی (۲۸) و کاهش خشونت جنسی (۲۹) می‌باشند.

بر اساس گزارش بانک جهانی، خشونت خانگی بیش از بیماری‌هایی نظیر سرطان سینه و رحم و تصادف سبب از بین رفتن سلامتی زنان ۴۴-۱۵ ساله می‌شود و در ایران نیز خشونت علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی است (۳۰). همچنین، علی‌رغم اهمیت نقش زن در خانواده و سلامت روانی و جسمی، تحقیقات معدودی در زمینه خشونت خانگی علیه زنان انجام گرفته است، از طرف دیگر با توجه به سودمندی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار در کاهش احساس تنهایی در نمونه‌های مختلف، لزوم به کارگیری مداخلاتی جهت کمک به ارتقا بهداشت روان این زنان بیش از پیش احساس می‌شود، لذا پژوهش حاضر در پی بررسی مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر احساس تنهایی در زنان متاهل قربانی خشونت خانگی است.

## روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی

۰/۹۰ بدست آمد (۳۳). در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است.

**مداخله:** محتوای جلسات مبتنی بر روش درمان شناختی-رفتاری (CBT) طبق پروتکل تهیه شده توسط Kendall (۳۴) در قالب یک برنامه گروهی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به طور هفتگی به شرح زیر اجرا شد.

همکاران در سال ۲۰۰۴ طراحی و تهیه گردید (۳۳). این پرسشنامه ابزاری چند بعدی است که احساس تنهایی را در سه بعد: رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی ارزیابی می‌کند و دارای ۱۵ سؤال و ۳ خرده مقیاس است. هر سؤال در یک طیف لیکرتی از ۱ تا ۵ (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. تمامی عبارات‌ها به جز ۱۴ و ۱۶ به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و کسب نمره بیشتر در هر یک از ابعاد این مقیاس، نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر در آن بعد است (۳۳). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در نسخه اصلی بین ۰/۸۷ تا

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسات	شرح مختصری از جلسات
اول	آشنایی و معرفی شرکت‌کنندگان، ارائه اطلاعات درباره درمان شناختی-رفتاری، بیان و شرح اصول رازداری
دوم	آشنایی با مفاهیم افکار، احساسات، رفتار و تفاوت بین آنها، توضیح سبک‌های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول
سوم	بازسازی افکار
چهارم	نشانه‌ها و زنجیره‌ها، بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، توضیح درباره چگونگی قرارگیری پیامدها در زنجیره رفتاری بزرگ‌تر
پنجم	جرات‌ورزی، تعریف رفتار جرات‌مندانه، تصور موقعیتی مشکل جهت داشتن رفتار جرات‌مندانه
ششم	تکانش‌گری، خودکنترلی و افزایش خلق، تعریف تکانه و بحث در زمینه مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر
هفتم	مدیریت استرس و حل مسئله، توضیح درباره استرس، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی
هشتم	حساس شدن به نشانه‌های عزت نفس، بیان چگونگی نداشتن عزت نفس به دلیل خود ارزیابی‌های منفی

محتوای جلسات مبتنی بر روش درمان هیجان‌مدار (EFT) توسط Johnson و Greenman (۲۶) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی به شرح زیر ارائه شد.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسات	شرح مختصری از جلسات
اول	ایجاد ارتباط اولیه (معرفی اعضاء به یکدیگر، تعریف مشکل از دیدگاه مراجعان و بررسی وضعیت ارتباط زناشویی و رضایت جنسی)
دوم	آشنایی با بعد شخصیتی در نظریه هیجان‌مدار و ارزیابی میزان تعارض و خشونت در روابط زناشویی (کشف حوادث برجسته، ارزیابی میزان تعهد نسبت به ازدواج، روابط فرازناشویی)
سوم	مشخص کردن الگوهای تعامل خودافشایی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی (پذیرش احساس تصدیق شده، کشف نایمندی دلبستگی و خودافشایی زنان قربانی خشونت)
چهارم	پاسخ‌های هیجانی (بازسازی پیوند اولیه زنان قربانی)
پنجم	آشنایی با درگیری عاطفی زنان قربانی خشونت خانگی (عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زنان قربانی خشونت بر مبنای دلبستگی)
ششم	راه‌حل‌های جدید برای مشکلات خشونت خانگی (آموزش یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی)
هفتم	استفاده از دستاوردهای درمانی (استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه)
هشتم	حفظ درگیری هیجانی (حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه تقویت دلبستگی)

## یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه درمان شناختی-رفتاری؛ درمان هیجان‌مدار و گروه کنترل به ترتیب  $34/52 \pm 5/53$ ؛  $33/74 \pm 6/41$  و  $31/11 \pm 6/75$  بود. در گروه درمان شناختی-رفتاری؛ (۲۵ درصد) ۱-۵ سال؛ (۵۵ درصد) ۶-۱۰ سال و (۲۰ درصد) ۱۱-۱۵ سال از زمان ازدواجشان می‌گذشت. در گروه درمان هیجان‌مدار؛ (۴۰ درصد) ۱-۵

سال؛ (۵۰ درصد) ۶-۱۰ سال و (۱۰ درصد) ۱۱-۱۵ سال از زمان ازدواجشان می‌گذشت. در گروه کنترل؛ (۳۰ درصد) ۱-۵ سال؛ (۴۵ درصد) ۶-۱۰ سال و (۲۵ درصد) ۱۱-۱۵ سال از زمان ازدواجشان می‌گذشت. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون

متغیر وابسته	سنجش	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
احساس تنهایی	درمان شناختی-رفتاری	۷۴/۲۰	۴/۴۴	۴۹/۹۳	۳/۲۱	۲/۶۸
	درمان هیجان‌مدار	۷۵/۴۶	۴/۴۷	۴۹/۲۶	۵/۲۸	۳/۱۱
	گروه کنترل	۷۶/۱۳	۳/۵۲	۷۴/۲۰	۳/۱۶	۳/۷۹

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه‌های آن پرداخته شد. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها، به واسطه عدم معنادار بودن  $Z$  کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که متغیر احساس تنهایی از توزیع بهنجار بودن تبعیت می‌کند ( $P=0/421$ ،  $Z=1/325$ ). همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که ( $F=0/007$  و  $P=0/993$ ) به دست آمد. نتایج نشان داد مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز است. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که ( $F=2/036$  و  $P=0/324$ ) به دست آمد. معنادار نبودن این تعامل، نشان‌دهنده رعایت مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون است. بنابراین

فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و می‌توان از آزمون تحلیل واریانس استفاده کرد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، نسبت  $F$  تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر وابسته در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که در متغیر احساس تنهایی بین گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، درمان هیجان‌مدار و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین حداقل یکی از درمان‌ها بر متغیر وابسته تأثیر معناداری دارد و این تأثیر در طول زمان تداوم دارد. جهت پی بردن به این که کدام درمان مؤثر بوده و آیا بین تأثیر و تداوم اثر درمان‌های مختلف تفاوت معنادار وجود داشته است یا خیر، از نتایج آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ و ۶ مشاهده می‌کنید.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون احساس تنهایی

مرحله	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتا	اندازه اثر
پس‌آزمون	۵۵۹۱/۰۴	۲	۲۷۹۵/۵۲	۲۴۲/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۸	۱
پیگیری	۴۲۶۹/۵۳	۲	۲۱۳۴/۷۶	۳۰۳/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹

مطابق جدول ۵ تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه مداخله درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار در متغیر احساس



تنهایی معنادار است ( $P < 0.01$ )؛ به این معنا که هر یک از دو مداخله به کار رفته بر احساس تنهایی اثرگذار بوده‌اند. اما تفاوت بین دو گروه مداخله درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار معنادار نبود

( $P > 0.05$ ). این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۵. نتایج آزمون LSD در مرحله پس‌آزمون

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P	حد پایین	حد بالا
CBT و کنترل	۲۳/۲۹	۱/۲۷	۰/۰۰۰۱	۲۰/۷۲	۲۵/۸۶
EFT و کنترل	۲۴/۶۲	۱/۲۴	۰/۰۰۰۱	۲۲/۱۰	۲۷/۱۴
EFT و CBT	۱/۳۳	۱/۲۵	۰/۲۹	-۱/۲۰	۳/۸۶

مطابق جدول ۶ تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه مداخله درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار در متغیر احساس تنهایی معنادار شد ( $P < 0.01$ )؛ به این معنا که هر یک از دو مداخله به کار رفته بر احساس تنهایی اثر ماندگار داشته است. اما تفاوت

بین دو گروه مداخله درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار معنادار نیست ( $P > 0.05$ )؛ بنابراین از لحاظ تداوم اثر بین این دو مداخله بر احساس تنهایی آزمودنی‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۶. نتایج آزمون LSD در مرحله پیگیری

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P	حد پایین	حد بالا
CBT و کنترل	۲۰/۸۱	۰/۹۹	۰/۰۰۰۱	۱۸/۸۰	۲۲/۸۱
EFT و کنترل	۲۱/۱۳	۰/۹۷	۰/۰۰۰۱	۱۹/۱۶	۲۳/۱۰
EFT و CBT	۰/۳۲	۰/۹۷	۰/۷۴	-۱/۶۵	۲/۳۰

## بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی بود. یافته‌ها نشان داد که هر دو بر کاهش احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی اثربخش هستند و تداوم اثر دارند. همچنین، نتایج حاکی از این بود که بین درمان‌های مذکور بر احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشت. اولین یافته نشان داد، درمان شناختی-رفتاری بر کاهش احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های سعیدی و همکاران (۹)، قاسم‌زاده و جانی (۲۰)، Newman (۷)، مهدوی و همکاران (۲۱) و علی‌مرادی و همکاران (۲۳) هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری، مهارت زنان قربانی خشونت خانگی را در کنترل افکار ناکارآمد و برقراری ارتباط

صمیمی و مثبت افزایش داده و از طریق تغییر عقیده و فکر و رفتار اشتباه فرد، روابط وی را بهبود بخشیده است (۹). عزت نفس یکی از عوامل تعیین‌کننده رفتار انسان در محیط اجتماعی محسوب می‌شود و به عنوان سپر و محافظی در مقابل ناسازگاری روان‌شناختی عمل می‌کند و باعث ارزیابی مثبت فرد از زندگی می‌گردد. از آنجا که خودارزیابی‌های منفی موجب نبود عزت نفس می‌شود و افراد تنها اغلب در مهارت‌های اجتماعی نقص دارند، درمان شناختی-رفتاری از طریق آموزش خودگویی مثبت و افزایش عزت نفس و رفتار جرات‌مندانه به آنان کمک می‌کند تا احساس تنهایی آنها به طور چشمگیری کاهش یابد (۹).

یافته دیگر نشان داد، درمان هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش فاطمی‌اصل و همکاران همسو است (۳۵). همچنین، در

قربانی خشونت خانگی را با رویدادهای ناخوشایند افزایش می‌دهد. همچنین درمان هیجان‌مدار بر بهبود رضایت زناشویی و کاهش گرایش به روابط فرازناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی اثربخش است (۳۶). Gunst و همکاران نیز نشان دادند که درمان هیجان‌مدار بر کاهش خشونت جنسی زوجین مؤثر است (۳۷). در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان نمود که، با توجه به این که درمان هیجان‌مدار یک درمان تلفیقی متشکل از رویکردهای سیستمی، دلبستگی‌مدار و تجربی نگر است، به جای تمرکز بر موضوعها و عوامل برون فردی بروز تعارض، بیشتر بر عوامل درون فردی و فرایندهای بروز تعارض متمرکز است. همچنین، درمان هیجان‌مدار یک مدل مداخله در عمق است و بر زیرساخت‌های درون روانی (هیجان‌ات عمیق با خاستگاه امنیت‌جویانه) در روابط بین فردی زوجین تمرکز دارد (۳۷). از نظر درمان‌گران هیجان‌مدار، زنان دارای سابقه خشونت خانگی، به دلیل احساس ناامنی ناشی از تزلزل پیکره دلبستگی معمولاً بر سر هر چیزی با همسران خود تعارض دارند. به این ترتیب، آن چه این تعارض را شعله‌ور می‌سازد، احساس ناامنی و نیاز به امنیت است. به عبارت دیگر، اگر فردی معتقد باشد که رابطه فعلی او در گسترش قابلیت‌ها و توانایی‌هایش از قابلیت اندکی برخوردار است، احتمالاً به منظور جبران این امر، روابط جدیدی برقرار خواهد کرد (۳۶). اعتقاد نظریه دلبستگی که اساس درمان هیجان‌مدار محسوب می‌گردد، زمانی که فرد با پیکره دلبستگی دچار تعارض می‌شود، به دو طریق واکنش نشان می‌دهد، یا فزون‌کنشی یا اجتناب و کم‌کنشی. لذا با ایجاد همبستگی، دلبستگی مجدد شکل می‌گیرد و روابط می‌تواند به مرحله قبل از روابط همراه با خشونت خانگی یعنی عدم احساس تنهایی برگردد (۳۷).

پژوهش‌های نزدیک، پورمحمد قوچانی و همکاران به این یافته رسیدند که درمان هیجان‌مدار بر بهبود رضایت زناشویی و کاهش گرایش به روابط فرازناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی اثربخش است (۳۶). Gunst و همکاران نیز نشان دادند که درمان هیجان‌مدار بر کاهش خشونت جنسی زوجین مؤثر است (۳۷). در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان نمود که، با توجه به این که درمان هیجان‌مدار یک درمان تلفیقی متشکل از رویکردهای سیستمی، دلبستگی‌مدار و تجربی نگر است، به جای تمرکز بر موضوعها و عوامل برون فردی بروز تعارض، بیشتر بر عوامل درون فردی و فرایندهای بروز تعارض متمرکز است. همچنین، درمان هیجان‌مدار یک مدل مداخله در عمق است و بر زیرساخت‌های درون روانی (هیجان‌ات عمیق با خاستگاه امنیت‌جویانه) در روابط بین فردی زوجین تمرکز دارد (۳۷). از نظر درمان‌گران هیجان‌مدار، زنان دارای سابقه خشونت خانگی، به دلیل احساس ناامنی ناشی از تزلزل پیکره دلبستگی معمولاً بر سر هر چیزی با همسران خود تعارض دارند. به این ترتیب، آن چه این تعارض را شعله‌ور می‌سازد، احساس ناامنی و نیاز به امنیت است. به عبارت دیگر، اگر فردی معتقد باشد که رابطه فعلی او در گسترش قابلیت‌ها و توانایی‌هایش از قابلیت اندکی برخوردار است، احتمالاً به منظور جبران این امر، روابط جدیدی برقرار خواهد کرد (۳۶). اعتقاد نظریه دلبستگی که اساس درمان هیجان‌مدار محسوب می‌گردد، زمانی که فرد با پیکره دلبستگی دچار تعارض می‌شود، به دو طریق واکنش نشان می‌دهد، یا فزون‌کنشی یا اجتناب و کم‌کنشی. لذا با ایجاد همبستگی، دلبستگی مجدد شکل می‌گیرد و روابط می‌تواند به مرحله قبل از روابط همراه با خشونت خانگی یعنی عدم احساس تنهایی برگردد (۳۷).

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد، با استفاده از این روش‌های درمانی می‌توان سلامت روانی زنان متأهل قربانی خشونت خانگی را بهبود بخشید، بنابراین به کارگیری این روش‌ها توسط مشاوران و روان‌شناسان در دادگستری‌ها، اداره زندان‌ها، کمیته امداد امام خمینی و انجمن اولیا و مربیان در آموزش و پرورش توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

از تمامی مشاوران و روان‌شناسان مراکز مشاوره شهر تهران که در انجام این پژوهش با همکاری نموده‌اند کمال تشکر را داریم.

### ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، کلیه شرکت‌کنندگان اطلاعاتی در مورد اهداف پژوهش دریافت کردند، در هر مقطع زمانی، می‌توانستند مطالعه را ترک کنند. این اطمینان به آنان داده شد که تمام اطلاعات

پژوهش‌های نزدیک، پورمحمد قوچانی و همکاران به این یافته رسیدند که درمان هیجان‌مدار بر بهبود رضایت زناشویی و کاهش گرایش به روابط فرازناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی اثربخش است (۳۶). Gunst و همکاران نیز نشان دادند که درمان هیجان‌مدار بر کاهش خشونت جنسی زوجین مؤثر است (۳۷). در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان نمود که، با توجه به این که درمان هیجان‌مدار یک درمان تلفیقی متشکل از رویکردهای سیستمی، دلبستگی‌مدار و تجربی نگر است، به جای تمرکز بر موضوعها و عوامل برون فردی بروز تعارض، بیشتر بر عوامل درون فردی و فرایندهای بروز تعارض متمرکز است. همچنین، درمان هیجان‌مدار یک مدل مداخله در عمق است و بر زیرساخت‌های درون روانی (هیجان‌ات عمیق با خاستگاه امنیت‌جویانه) در روابط بین فردی زوجین تمرکز دارد (۳۷). از نظر درمان‌گران هیجان‌مدار، زنان دارای سابقه خشونت خانگی، به دلیل احساس ناامنی ناشی از تزلزل پیکره دلبستگی معمولاً بر سر هر چیزی با همسران خود تعارض دارند. به این ترتیب، آن چه این تعارض را شعله‌ور می‌سازد، احساس ناامنی و نیاز به امنیت است. به عبارت دیگر، اگر فردی معتقد باشد که رابطه فعلی او در گسترش قابلیت‌ها و توانایی‌هایش از قابلیت اندکی برخوردار است، احتمالاً به منظور جبران این امر، روابط جدیدی برقرار خواهد کرد (۳۶). اعتقاد نظریه دلبستگی که اساس درمان هیجان‌مدار محسوب می‌گردد، زمانی که فرد با پیکره دلبستگی دچار تعارض می‌شود، به دو طریق واکنش نشان می‌دهد، یا فزون‌کنشی یا اجتناب و کم‌کنشی. لذا با ایجاد همبستگی، دلبستگی مجدد شکل می‌گیرد و روابط می‌تواند به مرحله قبل از روابط همراه با خشونت خانگی یعنی عدم احساس تنهایی برگردد (۳۷).

دیگر یافته پژوهش نشان داد، بین گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشت. به طور کلی، آموزش مهارت حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی، شناسایی افکار منفی، اصلاح ارزیابی شناختی و جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی، جایگزینی رفتارهای سالم با رفتارهای ناسالم، روش‌های رفتاری و آرام‌سازی و تمرین‌های ارائه شده برای تلفیق شیوه‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی باعث کاهش احساسات منفی شده و موجب مقابله سازگارانه و کاهش احساس تنهایی گردیده است (۳۷). با توجه به این که تبیین و توجیه اکثر افراد از احساس تنهایی بیشتر ذهنی است، درمان شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار با شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی و تغییر این باورها و طرحواره‌های ناسازگار که موجب سوگیری در تفسیر نتایج می‌شوند و با استفاده از روش‌های رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی، توان مقابله زنان متأهل



بر روی گروه کنترل نیز اجرا گردید.

### تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارضی نداشته‌اند.

آنان محرمانه خواهد ماند و فقط برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات آنان ثبت نشد. در پایان از همه آنان رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد. همچنین بعد از اتمام پژوهش جلسات درمانی به طور فشرده در جهت رعایت اصول اخلاقی

## References

- Ekstrom V. Negotiating and justifying social services' support for female victims of domestic violence. *Nordic Social Work Research*. 2017;7(1):18-29.
- Ekstrom V. Carriers of the troublesome violence—the social services' support for female victims of domestic violence. *European Journal of Social Work*. 2018;21(1):61-73.
- Helmersson S, Jonson H. The use of 'empowerment' among organizations supporting victims of domestic violence in Sweden. *European Journal of Social Work*. 2015;18(1):51-64.
- Correia I, Alvesa H, Morais R, Ramosa M. The legitimization of wife abuse among women: The impact of belief in a just world and gender identification. *Personality and Individual Differences*. 2015;76:7-12.
- Results of national study on domestic violence in 28 provinces. Retrieved from <http://www.isna.ir/news/8307-07024/>. Accessed on April 2017.
- Oyunbileg S, Sumberzul N, Udval N, Wang JD, Janes CR. Prevalence and risk factors of domestic violence among Mongolian women [MSc Thesis]. *Journal of Women's Health*. 2009;18(11):1873-1880.
- Newman M. Violence against women: Group treatment mental health strategies in the integral women's centers in the autonomous city of Buenos Aires. Knoxville, Tennessee: University of Tennessee;2019.
- Evans MA, Feder GS. Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: A qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Health Expectations*. 2016;19(1):62-73.
- Saeidi M, Khalatbari J, Ghorbanshiroudi S, Abolghasemi S. Cognitive behavioral therapy and compassion focused therapy on loneliness of women on the verge of divorce. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10:9. (Persian)
- Ghorbani Moghadam H, Alizade Mosavi E. The effectiveness of effective communication skills training on loneliness of women victims of domestic violence. 4th National Conference on Counseling and Mental Health; 2016 February 16-17; Quchan, Razavi Khorasan;2016. (Persian)
- Cava MJ, Buelga S, Tomás I. Peer victimization and dating violence victimization: The mediating role of loneliness, depressed mood, and life satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*. 2018;0886260518760013.
- Deckers A, Muris P, Roelofs J. Being on your own or feeling lonely? Loneliness and other social variables in youths with autism spectrum disorders. *Child Psychiatry & Human Development*. 2017;48(5):828-839.
- Neves BB, Sanders A, Kokanovic R. "It's the worst bloody feeling in the world": Experiences of loneliness and social isolation among older people living in care homes. *Journal of Aging Studies*. 2019;49:74-84.
- Panda S. Personality traits and the feeling of loneliness of post-graduate university students. *The International Journal of Indian Psychology*. 2016;3(3):27-37.
- Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*. 2017;16(3):245-246.
- Haj Sadeghi Z, Yazdi-Ravandi S, Pirnia B. Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: A randomized pilot trial. *International Journal of Cancer Management*. 2018;11(11):e67019.
- Ussher JM, Perz J. Evaluation of the relative efficacy of

- a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for premenstrual disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017;12(4):13-21.
18. Blattman C, Jamison JC, Sheridan M. Reducing crime and violence: Experimental evidence from cognitive behavioral therapy in Liberia. *American Economic Review*. 2017;107(4):1165-1206.
19. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, Hoogendoorn A, Kleiboer A, Mira A, Andersson G. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: A meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):351-359.
20. Ghasemzadeh A, Jani S. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy with problem solving training on anger self-regulation and feeling of loneliness. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2013;8(29):67-76. (Persian)
21. Mahdavi A, Yaghoobi A, Rashid K, Kordnoghahi R. Comparison of the effect of compassion-based techniques and cognitive behavioral schema therapy techniques in reducing loneliness and emotion regulation difficulties in runaway adolescent girls. *Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal*. 2020;2(1):33-45. (Persian)
22. Habigzang LF, Aimee Schneider J, Petrol Frizzo R, Pinto Pizarro De Freitas C. Evaluation of the impact of a cognitive-behavioral intervention for women in domestic violence situations in Brazil. *Universitas Psychologica*. 2018;17(3):52-62.
23. Alimoradi S, Rafienia P, Sabahi P. Effect of cognitive-behavioral group therapy on the hopeless and loneliness among divorced women. *Journal of Research and Health*. 2016;6(2):213-221.
24. Greenberg L. The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*. 2014;51(3):350-357.
25. Johnson SM, Greenman PS. The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2006;62(5):597-609.
26. Johnson SM. The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connections. 2nd ed. New York:Routledge;2004.
27. Beasley CC, Ager R. Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2019;16(2):144-159.
28. Vazhappilly JJ, Reyes ME. Efficacy of emotion-focused couples communication program for enhancing couples' communication and marital satisfaction among distressed partners. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2018;48(2):79-88.
29. Girard A, Woolley SR. Using emotionally focused therapy to treat sexual desire discrepancy in couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2017;43(8):720-735.
30. Shayan A, Masoumi SZ, Yazdi-Ravandi S, Zarenezhad M. Factors affecting spouse abuse in women referred to the Shiraz legal medicine center in 2013. *Pajouhan Scientific Journal*. 2015;14(1):39-48. (Persian)
31. Haj-Yahia MM. Wife abuse and its psychological consequences as revealed by the first Palestinian National Survey on Violence Against Women. *Journal of Family Psychology*. 1999;13(4):642-662.
32. Amiri Shamili M. Investigating the relationship between emotional intelligence of female teachers and violence against them in Bandar Abbas City [MSc Thesis]. Qeshm:Qeshm Branch, Islamic Azad University;2014.
33. Ditommaso E, Brannen C, Best LA. Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*. 2004;64(1):99-119.
34. Kendall PC. Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. 2nd ed. New York:Guilford;2000.
35. Fatemi Asl S, Goudarzi M, Karimi Sani P, Boostanipour A. The Effect of Emotionally-Focused Couple Therapy (EFCT) on loneliness of hurt women from infidelity in Salmas city. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019;20(2):48-57. (Persian)
36. PourMohamad Ghouchani K, Zare M R, Mandanizade Safi S. The effectiveness of emotionally focused couple therapy (eft)

on improving marital satisfaction and reduction tendency to extramarital relationships women affected by domestic violence. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2019;8(8):221-230. (Persian)

37. Gunst E, Watson J, Willemsen J, Desmet M, Loeys T, Van-

hooren S. A quest for self-soothing: A systematic case study into emotion-focused therapy with an emotionally avoidant client who committed sexual offenses. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;76(4):676-687.