Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 12 / No .6 /2026
DOI: 10.22034/12.6.85
Page: 85-98

Comparing the effectiveness of cognitive-analytic therapy and cognitive-behavioral therapy on the psychological well-being of women victims of spousal abuse

Vahid Moradi[1], Kourosh Amraei[2*]

1. PHD student, Department of Psychology, Bo.c, Islamic Azad University, Borujerd, Iran
2.* Corresponding Author, Associate Professor, Department of Psychology, University ofLorestan, Khoramabad, Iran. ORCID:0000-0003-1403-1935 Email: amraei.k@lu.ac.ir

Received: 21/05/2025 **Accepted:** 29/07/2025

Abstract

Introduction: Spousal abuse disrupts family functioning and leads to serious, often irreversible consequences for the family unit.
Aim: This study aimed to compare the effectiveness of Cognitive-Analytic Therapy (CAT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in enhancing the psychological well-being of women who have experienced spousal abuse.
Method: A quasi-experimental design with pretest-posttest and a control group was employed. The statistical population included all women victims of spousal abuse who referred to counseling centers in Hamedan in 2024. Using purposive sampling, 45 participants were selected and randomly assigned to three groups: CAT, CBT, and control (15 in each group). The Ryff Psychological Well-being Scale (2002) was used for data collection. Both interventions were delivered in 16 sessions of 90 minutes each. Data were analyzed using SPSS version 25, ANCOVA, and Bonferroni post hoc tests.
Results: The findings showed that both CAT ($F=30.227$, $p<0.05$) and CBT ($F=8.002$, $p<0.05$) significantly improved psychological well-being. Bonferroni analysis revealed that CAT was more effective than CBT ($M=-11.888$, $p<0.05$).
Conclusion: Both Cognitive-Analytic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy contribute to enhancing the psychological well-being of women victims of spousal abuse. However, CAT demonstrated superior effectiveness and is therefore recommended for this population.

Keywords: Cognitive-Analytic Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Mental Health, Spouse Abuse.

Moradi V, Amraei K. Comparing the effectiveness of cognitive-analytic therapy and cognitive-behavioral therapy on the psychological well-being of women victims of spousal abuse. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2026; 12 (6):85-98. DOI: 10.22034/12.6.85
Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره : ۶ ، ۱۴۰۴
DOI: 10.22034/12.6.85
صفحات: ۹۸-۸۵

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی - روان‌شناختی زنان قربانی همسرآزاری

وحید مرادی [۱]، کورش امرائی [۲]

۱. دانشجوی دکترای، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. ایمیل: v.moradi3822@iau.ir, ارکید:۰۰۰۹-۵۴۵۵-۷۴۴۹.

۲. . دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (مولف مسئول). ایمیل: amraei.k@lu.ac.ir, ارکید:۰۰۰۰-۰۰۰۳-۱۴۰۳-۱۹۳۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۳۱ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۴/۰۵/۰۷

چکیده

مقدمه: همسرآزاری موجب مختل‌شدن عملکرد خانواده می‌شود که این موضوع پیامدهای جبران‌ناپذیری برای خانواده ایجاد می‌کند.

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی زنان قربانی همسرآزاری انجام‌شد.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با گروه کنترل است. جامعه آماری تمامی زنان قربانی همسرآزاری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر همدان در سال ۱۴۰۳ بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند،۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۰۰۲) بود. درمان شناختی - تحلیلی در ۱۶ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و درمان شناختی - رفتاری نیز در ۱۶ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) اجرا شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵، تحلیل کوواریانس و آزمون بنفرونی استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد، هر دو روش درمان شناختی - تحلیلی (F=۳۰/۲۲۷ و P <۰/۰۵) و شناختی – رفتاری (F=۸/۰۰۲ و P <۰/۰۵) باعث بهبود معنی‌دار بهزیستی روان‌شناختی شدند. نتایج آزمون بنفرونی نشان داد که درمان شناختی - تحلیلی نسبت به درمان شناختی - رفتاری تأثیر بیشتری داشت (M = -۱۱/۸۸۸، 05/0> P).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد، درمان شناختی - تحلیلی و درمان شناختی - رفتاری هر دو به بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان قربانی همسرآزاری کمک می‌کنند، اما درمان شناختی - تحلیلی اثربخش‌تر است و برای این گروه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، درمان شناختی - تحلیلی، درمان شناختی - رفتاری، همسرآزاری

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

سلامت روان افراد، به‌ویژه در خانواده، نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد. ازجمله گروه‌هایی که توجه به‌سلامت روانی آن‌ها اهمیت دارد، زنان هستند؛ چراکه شادابی و سرزندگی آنان می‌تواند نقش مهمی در تربیت نسل‌های بعد داشته باشد (ملوکی، سلامی، زراریرا، ساکر، بلکهادا و همکاران[۱]، ۲۰۲۳). در این میان، یکی از عوامل تهدیدکننده سلامت روان، همسرآزاری است؛ مسئله‌ای که می‌تواند هر یک از زوجین را تحت تأثیر قرار دهد، هرچند در بسیاری از پژوهش‌ها، زنان قربانیان اصلی این نوع خشونت گزارش‌شده‌اند. مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت[۲]، همسرآزاری به هرگونه رفتاری در روابط صمیمی اطلاق می‌شود که منجر به آسیب فیزیکی، روانی یا جنسی به یکی از طرفین گردد. بر اساس جدیدترین برآوردهای آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۱، تقریباً ۳۰٪ از زنان در جهان (در بازه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال و در طول زندگی‌شان) تجربه حداقل یک مورد خشونت فیزیکی یا جنسی را از سوی شریک زندگی‌شان داشته‌اند. قربانیان خشونت در معرض خطرات بالایی از مشکلات جسمی، روان‌شناختی ازجمله افسردگی، اضطراب، رفتار خود آسیب‌رسان و اختلال کارکرد جنسی هستند (گارسیا مورنو، زیمرمان، موریس، هیس، امین و همکاران[۳]، ۲۰۱۵).

همسرآزاری، بهزیستی روان‌شناختی[۴] زنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (اسمیت، ژانگ، بایل، مریک، وانگ و همکاران[۵]، ۲۰۲۲). به‌ویژه در بعد آزار روان‌شناختی، می‌توان به اضطراب، افسردگی و اختلالات خواب اشاره کرد (نیومن[۶]، ۲۰۱۹). بهزیستی روان‌شناختی یکی از مفاهیم کلیدی در روان‌شناسی است که شامل مؤلفه‌هایی مانند هدفمندی در زندگی، انعطاف‌پذیری و تجربه هیجانات و عواطف مثبت است (ریف و سینگر[۷]، ۲۰۲۱). بهزیستی روان‌شناختی به نحوه ارزیابی‌های شناختی افراد از زندگی خودشان نیز اشاره دارد و علاوه بر آن ، به‌عنوان یکی از ابعاد مهم ثبات عاطفی و هیجانی زوجین تلقی می‌گردد (مادوا، سادلنوا، هارندی، لانگلی، آمونو و همکاران[۸]، ۲۰۲۳).

یکی از مداخلاتی که به نظر می‌رسد، در زنان قربانی همسرآزاری استفاده شود درمان شناختی - تحلیلی[۹] است. پژوهش‌های بسیاری، اثربخشی این درمان را در طیف وسیعی از اختلالات از قبیل اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلالات روان‌تنی و مشکلات بین فردی نشان داده است (همیلتون، ساکسون، بست، گلور، والترز و همکاران[۱۰]، ۲۰۲۱). درمان شناختی –تحلیلی، الگویی منسجم از روان‌درمانی است که توسط آنتونی رایل[۱۱] شکل گرفت. این روش درمانی، مدلی یکپارچه از درمان است که بخش‌هایی از نظریه‌های روان‌شناسی شناختی و روانکاوی را شامل شده است (رایل و کر[۱۲]، ۲۰۲۰). قسمت اصلی درمان شناختی - تحلیلی تأکید ویژه‌ای بر اهمیت تجربه‌های اولیه زندگی و شکل‌گیری نقش‌ها خط و مشی‌ها در مواجهه با این تجربه‌ها است (یانگ، السکو و ویشر[۱۳]، ۲۰۲۳). هادی‌زاده، نوابی نژاد، نوریان پور و فرزاد،۱۳۹۷ در پژوهشی دریافتند که درمان شناختی -

[1] Mellouki, Sellami, Zerairia, Saker, Belkhadja & et al
[2] The World Health Organization
[3] Garcia-Moreno, Zimmerman, Morris-Gehrin, Heis, Amin & et al
[4] psychological well-being
[5] Smith, Zhang, Basile, Merrick, Wang& et al
[6] Newman
[7] Ryff & Singer
[8] Madva, Sadlonova, Harnedy, Longley, Amonoo & et al
[9] cognitive-analytic therapy
[10] Hamilton, Saxon, Best, Glover, Walters & et al
[11] Antony Ryle
[12] Ryle & Kerr
[13] Young, Klosko& Weishaar

تحلیلی به‌طور معناداری در کاهش مشکلات بین‌فردی زنان مؤثر بوده است. همچنین درمان شناختی - تحلیلی در تنظیم‌شناختی هیجان و افکار منفی تکرارشونده در افراد وسواسی (بوربور،۱۴۰۱) و کاهش علائم اضطرابی زنان دارای تجربه خشونت خانگی (حمد، دهرتی، گیلچریست، تیرادو مونز، تافت و همکاران[1] ،۲۰۲۰) تأثیر دارد.

به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی تأثیر معناداری بر کاهش مشکلات هیجانی، بهبود رفتارهای سبک زندگی و پیشرفت در مهارت‌های اجتماعی داشته است (سام مهر، فرشباف مانی صفت و خادمی،۱۴۰۱). ازاین‌رو یکی از پرکاربردترین درمان‌هایی که برای طیف وسیعی از اختلالات به کار می‌رود، درمان شناختی - رفتاری[2] است که می‌تواند به‌عنوان یک مداخله در زنان قربانی مورداستفاده قرار بگیرد. درمان شناختی - رفتاری، با شناسایی و تغییر الگوهای فکری منفی خودکار، به بهبود رفتار و احساسات کمک می‌کند (بک[3]، ۲۰۲۱). این درمان ترکیبی از فنون شناختی و رفتاری است که الگوهای فکری مزاحم را که تأثیر منفی بر رفتار و احساسات دارند، شناسایی و تغییر می‌دهد (میهمی، مرادی، دادگر و عزت پور،۱۳۹۸). درمان شناختی - رفتاری مهارت کنترل افکار ناکارآمد و بهبود روابط را در زنان قربانی افزایش می‌دهد (کاریوتاکی، ریپر، تویسک، هوگندرن، کلیبر و همکاران[4] ، ۲۰۱۷). حسینی، صفاری‌نیا و صادقی ۱۴۰۳ در پژوهشی دریافتند که درمان شناختی - رفتاری موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان قربانی خشونت خانگی می‌شود. علاوه بر این، درمان شناختی - رفتاری در افزایش کیفیت زندگی و کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان قربانی خشونت خانگی (کاظمی خوبان، پورشریفی، کاکاوند وگیان باقری،۱۴۰۱)، کاهش خشونت خانگی زنان با طلاق عاطفی (کیایی راد، پاشا، عسگری ومکوندی،۱۳۹۹)، کاهش احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت (غفاری شهیر، اسدپور و زهرا کار،۱۳۹۹) و کاهش تعارضات زناشویی افراد متأهل (اگبد، نوانکو و نیکو[5] ،۲۰۲۲) تأثیر دارند.

باتوجه‌به اینکه مطالعات پیشین یا تنها یکی از این رویکردها را بررسی کرده‌اند یا صرفاً بر نشانه‌های منفی مانند اضطراب یا افسردگی تمرکز داشته‌اند، پژوهشی که به‌صورت مستقیم اثربخشی این دو رویکرد را بر بهزیستی روان‌شناختی، آن‌هم در جمعیتی آسیب‌پذیر چون زنان قربانی همسرآزاری بررسی کند، انجام‌نشده است. این در حالی است که مقایسه این دو رویکرد، یعنی درمان شناختی – رفتاری، به‌عنوان رویکردی ساختاریافته و آموزش‌محور یا درمان شناختی – تحلیلی، به‌عنوان رویکردی تحلیلی، رابطه‌محور و بینش مدار، می‌تواند چشم‌انداز ارزشمندی برای انتخاب مداخلات درمانی مؤثر، فراهم کند (لیمن[6]، ۲۰۱۹).

بنابراین، پژوهش حاضر درصدد، پر کردن این خلأ پژوهشی، به مقایسه اثربخشی دو رویکرد شناختی - رفتاری و شناختی - تحلیلی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان قربانی همسرآزاری می‌پردازد و به این پرسش پاسخ می‌دهد که کدام‌یک از این دو رویکرد در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی این زنان اثربخش‌تر است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دو گروه

[1] Hameed, O'Doherty, Gilchrist, Tirado-Muñoz, Taft& et al
[2] Cognitive Behavior Therapy (CBT)
[3] Beck
[4] Karyotaki, Riper, Twisk, Hoogendoorn, Kleiboer& et al
[5] Ogbode, Nwankwo & Njoku
[6] Leiman

آزمایش بود. جامعه آماری تمامی زنان قربانی همسرآزاری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی واقع در شهر همدان در سال ۱۴۰۳ بودند. در این پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود افراد به مطالعه که شامل، زنان قربانی همسرآزاری، مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره همدان بودند و بر اساس خودگزارشی و ارزیابی و مصاحبه بالینی اولیه روان‌شناس، حداقل دو نوع از اشکال همسرآزاری (جسمی، روانی و جنسی) را در شش ماه گذشته، تجربه و تأثیر منفی آن بر سلامت روان توسط خود فرد و درمانگر گزارش شده باشد و هم‌چنین، قرار گرفتن در محدوده سن ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل دیپلم، داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک، تمایل به همکاری برای دریافت مداخلات درمانی، عدم دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در شش ماه گذشته، عدم سوءمصرف مواد یا الکل و ملاک‌های خروج نیز سه جلسه غیبت، عدم پاسخگویی کامل به سؤالات پرسش‌نامه و مصرف هم‌زمان داروهای روان‌پزشکی در حین پژوهش بود. برای انجام پژوهش، پژوهشگر (که خود یکی از مدیران و مشاوران مرکز مشاوره خانواده است) به ده مرکز مشاوره شهر همدان مراجعه و ضمن هماهنگی با مدیران مراکز و توجیه آنان، خواسته شد که زنان قربانی همسرآزاری را به پژوهشگر در بنیاد صیانت و تحکیم خانواده همدان ارجاع دهند.

در این پژوهش، برای دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، به‌طور اولیه هرکدام،۱۸ نفر زن قربانی همسرآزاری، درمجموع ۵۴ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند تا با درنظرگرفتن احتمال ریزش ۱۵٪، حداقل ۱۵ نفر در هر گروه در ادامه کار، حضورداشته باشند. از طریق پیگیری‌های منظم (تماس تلفنی، پیامک یادآوری و فراهم آوردن حمایت‌های روانی و اجرایی) توانستیم ریزش را به حداقل برسانیم. درنهایت، ۴۵ نفر در گروه‌های آزمایش اول (درمان شناختی - تحلیلی)، آزمایش دوم (درمان شناختی - رفتاری) و گروه کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) تا انتها حضور داشتند. مطالعه به تعداد ۴۵ نفر از زنان قربانی همسرآزاری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی بود و گروه‌های آزمایش به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی - تحلیلی و شناختی - رفتاری دریافت کردند و مداخلات توسط پژوهشگر که دارای پروانه از نظام روانشناسی و مرکز مشاوران قوه قضاییه بوده و دوره‌های لازم را در این خصوص گذرانده بود، در محل بنیاد صیانت برگزار شد، اما گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکردند. در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش از تمام شرکت‌کنندگان و نیز به جهت رعایت عدالت ، مداخله آموزشی و مشاوره‌ای پس از انجام تحقیق ، برای گروه کنترل انجام گرفت. برای درنظرگرفتن این ملاحظات، اطمینان خاطر به شرکت‌کننده‌ها داده شد که اطلاعات آن‌ها ضمن رعایت اصل رازداری، محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین عنوان گردید که هر زمان که مایل به خروج از مطالعه بودند، می‌توانند از پژوهش خارج شوند.

محدوده سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (درمان شناختی - تحلیلی) به شرح زیر است:۳ نفر در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۶ نفر در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۶ نفر در محدوده سنی ۴۱ تا ۵۰ سال قرار داشتند. در گروه آزمایش (درمان شناختی - رفتاری)، ۴ نفر در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۷ نفر در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۴ نفر در محدوده سنی ۴۱ تا ۵۰ سال قرار داشتند. در گروه کنترل، ۵ نفر در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۵

نفر در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۵ نفر در محدوده سنی ۴۱ تا ۵۰ سال قرار داشتند. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (درمان شناختی - تحلیلی) به شرح زیر است: ۵ نفر دارای تحصیلات سیکل، ۶ نفر دارای تحصیلات سیکل، ۶ نفر دارای تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم، ۲ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۱ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان گروه کنترل به شرح زیر است: ۵ نفر دارای تحصیلات سیکل، ۶ نفر دارای تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم، ۳ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۱ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و با روش تحلیل کوواریانس با سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان شناختی - تحلیلی در ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی - تحلیلی (رایل و کر،۲۰۲۰)

شماره جلسه	محتوا
جلسه اول و دوم	ارتباط و تفاهم درمانی، اخذ شرح‌حال و سوابق مراجعان، به دست آوردن فهرستی از مشکلات عمده، شرحی از درمان شناختی - تحلیلی و چگونگی عملکرد آن به مراجع
جلسه سوم و چهارم	بررسی واکنش مراجع به طرح فرمول‌بندی مشکل و تعدیل آن، تعیین و تبیین اهداف درمانی، تدوین فرمول‌بندی نهایی بر طبق نشانه‌های بالینی
جلسه پنجم و ششم	بازشناسی رویداد آشکارساز افکار و رفتار ناکارآمد و کشف تله‌ها، پی‌بردن به نقاط قوت و ضعف مراجع، بررسی و کار بر روی الگوهای رفتاری و فکری ناسازگار با کمک درمانگر
جلسه هفتم و هشتم	تدوین فهرستی از روندهای ناسازگار متوالی با همکاری درمانگر، شناسایی الگوها و رفتارهای مشکل‌آفرین در طول جلسات و آگاهی مراجع از آن‌ها، کشف موانع موجود برای تغییر شیوه زندگی بر اساس تجربیات قبلی و آگاه شدن به فرایند انتقال و انتقال متقابل
جلسه نهم و دهم	بررسی الگوهای ناسازگار اکتسابی قدیمی توسط مراجع، آموزش فنون بازبینی الگوهای ناکارآمد خلق‌وخو و اصلاح آن‌ها، افزایش توانایی مراجع در شناسایی الگوهای ناسازگار و کمک به مراجع در جهت فهم و آگاهی از سیکل معیوب رویداد
جلسه یازدهم و دوازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناخت تأثیر هیجانات و رفتارهای مراجع بر علائم و رفتارهای مرتبط با خشونت، آگاهی از نحوه استمرار طرح‌واره‌های قدیمی مرتبط با رفتارهای خشونت‌آمیز، تحلیل روندهای ناسازگار و مشخص‌کردن جایگاه این روندها در دیاگرام
جلسه سیزدهم و چهاردهم	کمک به مراجع برای رفتار کردن به سبک جدید و اصلاح ارزشیابی موقعیت فعلی مراجع، به‌کارگیری فنون تقویتی مختلف در جهت تغییر و بهبودی (ارائه تقویت و ایفای نقش و آموزش حل مسئله بین‌فردی و تفکر در خصوص ایده‌های جدید)، کمک به مراجع در جهت کسب بینش نسبت به تأیید و تثبیت هیجان و اصلاح نقش‌های بین‌فردی
جلسه پانزدهم و شانزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر طبق افزایش بینش و فهم و آگاهی مراجع از مسیر تحولی در جهت کاهش علائم و رفتارهای خشونت‌آمیز، افزایش مهارت‌های سازگاری هیجانی و رفتاری و مدیریت رفتارهای خود در محیط واقعی زندگی و خارج از درمان، خلاصه‌سازی درمان

در رویکرد و هدف‌گذاری ، درمان شناختی – تحلیلی، با نگاهی تحلیلی، تجربه‌های اولیه زندگی و روابط گذشته را در شکل‌گیری الگوهای ناسازگار فعلی بررسی می‌کند. این درمان با بهره‌گیری از فرمول‌بندی مشارکتی، به اصلاح

نقش‌ها و الگوهای تکرارشونده بین‌فردی می‌پردازد و معمولاً ازنظر محتوایی ، دارای تعداد جلسات طولانی‌تر، انعطاف‌پذیرتر و عمیق‌تر، نسبت به درمان شناختی –رفتاری است (کالورت، کلت و بنت[1] ،۲۰۲۳).در جدول ۲ ، خلاصه جلسات درمان شناختی – رفتاری در ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آورده شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری (داتیلیو[2]،۲۰۰۹)

شماره جلسه	محتوا
جلسه اول و دوم	برقراری رابطه درمانی، توضیح درباره اهداف و موضوع پژوهش، روش کار و مشارکت در جلسات درمانی و اجرای پیش‌آزمون
جلسه سوم و چهارم	بررسی چالش‌ها و مشکلات موجود در روابط زوجین، شناسایی عوامل مهم در سبک زندگی سالم (زیستی، روانی و اجتماعی)، عزت‌نفس و احترام به خود (درک، آگاهی نسبت به ارزش‌ها و اهداف و خواسته‌ها و نیازهای خویش)
جلسه پنجم و ششم	بحث‌وبررسی در خصوص مشکلات بین‌فردی در رابطه با همسر و درون‌فردی مراجعین، آشنایی و آموزش روش A-B-C (فکر، احساس و عمل)، آشنایی با افکار خود آیند، تحریف‌های شناختی و اثر آن‌ها در افکار، احساس و رفتار و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی
جلسه هفتم و هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آشنایی با مفهوم انتساب و بررسی علت‌های سوءبرداشت در روابط زوجی، آموزش شیوه تغییر انتساب، شناخت فعالیت‌های خوشایند و لذت‌بخش در روابط زوجی
جلسه نهم و دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش ارتباط سالم و جرات مندی در روابط زوجی و انجام تمرینات رفتاری شناختی، جرات مندی از طریق بازی نقش در موقعیت‌های مختلف زندگی زناشویی و بین‌فردی
جلسه یازدهم و دوازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌مدار و بهره‌گیری از راهبرد حل مسئله در موقعیت‌های تنش‌زا زندگی زناشویی، در مواجهه با خشونت و همسر آزاری و چالش‌های آن
جلسه سیزدهم و چهاردهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های خودکنترلی و خودآگاهی در موقعیت‌های تنش‌زا روابط زوجی و آموزش مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی سالم برای بهبود روابط عاطفی
جلسه پانزدهم و شانزدهم	ارائه خلاصه‌ای از درمان، یادآوری و مرور مهارت‌های گفته‌شده در طول جلسات درمانی، بررسی و جمع‌بندی جلسات و بحث در مورد نکات مثبت و ضعف درمانگر و شیوه درمان، اجرای پس‌آزمون و به پایان رسانیدن جلسات درمانی

در مقایسه با درمان شناختی – تحلیلی ، در رویکرد و هدف‌گذاری ، درمان شناختی - رفتاری بر زمان حال تمرکز دارد و با شناسایی افکار منفی خودکار و رفتارهای ناسازگار، به دنبال کاهش سریع نشانه‌های روان‌شناختی است. این رویکرد ساختاریافته، جلسات کوتاه‌مدت‌تر (بین ۸ تا ۲۰ جلسه) و مبتنی بر آموزش مهارت‌ها و تکالیف بین جلسات است (بک،۲۰۲۱).

ابزار

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی[3]: این مقیاس توسط ریف[4] در سال ۲۰۰۲ طراحی گردید و دارای فرم‌های مختلفی است. فرم اصلی ۱۲۰ سؤال داشت و در بررسی‌های بعدی ، فرم‌های ۸۴،۵۴ و ۱۸ سؤالی آن نیز ارائه شد. در پژوهش حاضر از فرم ۵۴ سؤالی استفاده شد که شامل شش زیرمقیاس است که هر زیرمقیاس شامل ۹ سؤال است.

[1] Calvert, Kellett& Bennett
[2] Dattilio
[3] Psychological Well-being Scale
[4] Ryff

پذیرش خود[1]، روابط مثبت با دیگران[2]، خودمختاری[3]، تسلط بر محیط[4]، زندگی هدفمند[5] و رشد شخصی[6] زیرمقیاس‌های این پرسشنامه است. آزمودنی به هر ماده در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد؛ و برخی از سؤالات به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نسخه اصلی (ریف و کیز[7]،۱۹۹۵) گزارش دادندکه مقیاس از روایی سازه مطلوبی برخوردار است. در بررسی مجدد (کلارک و همکاران[8]،۲۰۲۳) ساختار شش‌عاملی تأیید شد و پایایی زیرمقیاس‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی قابل‌قبول تا مطلوب مقیاس در نسخه اصلی و نسخه‌های ترجمه‌شده است. در پژوهش اخباراتی و بشردوست (۱۳۹۵) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مناسب ارزیابی‌شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در پژوهش اخباراتی و بشردوست (۱۳۹۵) برای این پرسش‌نامه بالای ۰/۷ تخمین زده شد. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ، ۰/۸۹ به‌دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ شرکت‌کننده در سه گروه درمان شناختی – تحلیلی، درمان شناختی – رفتاری و گروه کنترل قرار گرفتند.

در جدول ۳ مقادیر میانگین و انحراف استاندارد متغیر بهزیستی روان‌شناختی، به تفکیک گروه‌های آزمایشی و کنترل آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های موردمطالعه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	شناختی – تحلیلی	۱۳۶/۶۰	۱۰/۶۲
		شناختی – رفتاری	۱۳۴/۶۶	۸/۷۷
		کنترل	۱۳۹/۸۰	۷/۷۷
	پس‌آزمون	شناختی – تحلیلی	۱۶۱/۵۳	۱۱/۶۹
		شناختی – رفتاری	۱۴۹/۳۳	۹/۵۸
		کنترل	۱۳۹/۴۰	۸/۷۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه‌های آزمایشی (درمان شناختی – تحلیلی و درمان شناختی – رفتاری) در بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون دچار افزایش شده است. میانگین نمرات گروه کنترل در هر مرحله به‌طور تقریبی در یک اندازه قرار دارد.جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو – ویلک[9] استفاده گردید که نتایج نشان داد پیش فرض نرمال بودن داده‌ها برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی در هر سه گروه رعایت شده است (p>۰/۰۵). برای بررسی همگنی واریانس متغیر بهزیستی

[1] Self –acceptance
[2] Positive relations with others
[3] Autonomy
[4] Environmental Mastery
[5] Purpose in life
[6] Personal growth
[7] Ryff & Keyes
[8] Clark& et al
[9] Shapiro-Wilk Test

روان‌شناختی در گروه‌های پژوهش از آزمون لوین[1] استفاده گردید که نتایج بیانگر رعایت‌شدن این پیش‌فرض بود (p >۰/۰۵). در تحلیل داده‌های اثرات درمان شناختی –تحلیلی بر بهزیستی روان‌شناختی از روش آزمون تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد.

جدول ٤. تحلیل کوواریانس اثرات درمان شناختی - تحلیلی بر بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب اتا
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۳۹/۵۳۸	۱	۳۹/۵۳۸	۰/۳۲۴	۰/۵۷۴	۰/۰۱۲
	گروه	۳۶۸۹/۶۸۹	۱	۳۶۸۹/۶۸۹	۳۰/۲۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸
	خطا	۳۲۹۵/۷۹۶	۲۷	۱۲۲/۰۶۷			
	کل	۶۸۶۲۱۶/۰۰۰	۳۰				

همان‌طور در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، نسبت F برای بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون (F=۳۰/۲۲۷ و P <۰/۰۵) به دست آمد که نشان‌دهندۀ این است که درمان شناختی - تحلیلی تأثیر معناداری برافزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان قربانی همسرآزاری دارد.

در تحلیل داده‌های اثرات درمان شناختی –رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی از روش آزمون تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد.

جدول ٥. تحلیل کوواریانس اثرات درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

	منبع	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب اتا
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۲۰/۹۵۳	۱	۱۲۰/۹۵۳	۱/۵۶۵	۰/۲۲۲	۰/۰۵۵
	گروه	۶۱۸/۲۶۸	۱	۶۱۸/۲۶۸	۸/۰۰۲	۰/۰۰۹	۰/۲۲۹
	خطا	۲۰۸۶/۲۴۷	۲۷	۷۷/۲۶۸			
	کل	۶۲۰۴۷۹/۰۰۰	۳۰				

همان‌طور در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، نسبت F برای بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون (F=۸/۰۰۲ و P <۰/۰۵) به دست آمد که نشان‌دهندۀ این است که درمان شناختی - رفتاری تأثیر معناداری برافزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان قربانی همسرآزاری دارد.

در ادامه تحلیل‌ها، نتایج مقایسه زوجی جهت بررسی تفاوت بین گروه‌ها در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در جدول ۶ ارائه‌شده است.

جدول٦. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی اثر درمان شناختی - تحلیلی و درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی

	درمان شناختی - تحلیلی		کنترل	
	تفاوت میانگین	معنی‌داری	تفاوت میانگین	معنی‌داری

[2] Levene Test

			بهزیستی روان‌شناختی	
درمان شناختی - تحلیلی			۲۲/۶۵۰	۰/۰۰۱
درمان شناختی - رفتاری	-۱۱/۸۸۸	۰/۰۱۱	۱۰/۷۶۲	۰/۰۲۹

یافته‌های حاصل از آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که در مقایسه با گروه کنترل، درمان شناختی تحلیلی (M=۲۲/۶۵۰ ،P <۰/۰۵) و درمان شناختی - رفتاری (M=۱۰/۷۶۲، P <۰/۰۵) تأثیر معنی‌داری بر بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون دارند. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که بین اثر دو متغیر مستقل، درمان شناختی - تحلیلی و درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی (M=-۱۱/۸۸۸ ،P <۰/۰۵) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌طوری‌که تأثیر درمان شناختی - تحلیلی بر بهزیستی روان‌شناختی بیشتر از درمان شناختی - رفتاری است.

بحث

مطالعه حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی با درمان شناختی - رفتاری در زنان انجام گرفت. یکی از نتایج این پژوهش تأیید اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بود. این یافته با نتایج مطالعه بوربور (۱۴۰۱)، هادی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) و حمد و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. برای تبیین این یافته باید به منشأ تکاملی مشکلات حاضر و کسب بینش درباره چگونگی طرح‌واره‌های مرتبط با رفتارهای خشونت‌آمیز و تداوم آن در طول زمان که علت تغییر و بهبودی روان‌شناختی است، توجه کرد. درمان شناختی–تحلیلی با ترکیب عناصر درمانی شناختی، روان پویشی، بستر مناسبی را برای بازسازی تجربه روان‌شناختی فراهم می‌آورد (رایل و کر،۲۰۲۰). محتوای جلسات این درمان با ایجاد اتحاد درمانی قوی، شناسایی الگوهای ناکارآمد فکری–هیجانی–رفتاری، تفسیر تجارب اولیه و کمک به بازسازی نقش‌های بین‌فردی، زمینه‌ساز بهزیستی عمیق می‌شود (کر و تیلسون[1] ،۲۰۲۱). در این درمان، مراجع ضمن درک پیوند بین تجربیات گذشته و رفتارهای کنونی، به چرخه‌های معیوب هیجانی و شناختی خودآگاه می‌شود و با بهره‌گیری از فنونی همچون فرمول‌بندی مشترک، آموزش حل مسئله، اصلاح طرح‌واره‌ها و ایفای نقش، به تغییر نگرش نسبت به خود، روابط و دنیای پیرامون دست می‌یابد (رایل و کر،۲۰۲۰). درنتیجه، مؤلفه‌هایی نظیر رشد شخصی، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی که شاخص‌های اصلی بهزیستی روان‌شناختی هستند، تقویت می‌گردند. افزون بر آن، تأکید بر بینش و انتقال در جلسات، موجب تثبیت تغییرات درمانی و ارتقا حس کارآمدی روان‌شناختی در مراجع می‌شود. به‌این‌ترتیب، یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی–تحلیلی بر بهزیستی روان‌شناختی، هم‌راستا با منطق نظری و عملی ساختار این درمان است.

یافته دیگر تحقیق نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی تأثیر مثبت داشته است. این یافته با نتایج تحقیق حسینی و همکاران (۱۴۰۳)، کاظمی خوبان و همکاران (۱۴۰۱)، کیایی راد و همکاران (۱۳۹۹)، غفاری شهیر و همکاران (۱۳۹۹)، اگبد و همکاران (۲۰۲۲

[1] Kerr & Tilsen

) همسو است. در تبیین این یافته باید به اصول نظری درمان شناختی - رفتاری توجه کرد که بر اساس تغییرات فکر، رفتار و احساس بناشده است که می‌گوید رفتار، افکار و احساسات ما نتیجه باورهای ما از خود، دیگران و دنیا است هر چه باورهای ما سخت‌گیرانه‌تر باشد روشی که ما برای حل مشکل در نظر می‌گیریم، سخت‌تر خواهد بود و درنهایت گذشت ما از خطاهای دیگران مثل خشونت و هم‌چنین خطاها و اشتباهات خودمان کمتر خواهد شد. به‌عبارت‌دیگر این نوع مداخله، جهت شناخت آگاهانه و منطقی نسبت به موقعیت‌های بیرونی و هم‌چنین نسبت به توانایی‌ها و قابلیت‌های هیجانات خود، می‌تواند مدیریت بهتری بر رفتارها، احساس و فکر خود داشته باشد.

یکی دیگر از یافته‌های تحقیق حاضر این بود که درمان شناختی - تحلیلی نسبت به درمان شناختی - رفتاری در بهزیستی روان‌شناختی تأثیر بیشتر و معنی‌دار دارد. پژوهشگر به پژوهشی که به‌طور مستقیم به مقایسه اثربخشی این درمان‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی پرداخته باشد، دست نیافت. این تفاوت را می‌توان با درنظرگرفتن مبانی نظری و عمق مداخلات این دو رویکرد توضیح داد. درمان شناختی–رفتاری با تمرکز بر افکار ناکارآمد و اصلاح رفتارهای ناسازگار، بیشتر بر مدیریت علائم و تغییرات سطحی‌تر شناختی و رفتاری متمرکز است (بک،۲۰۲۱). درحالی‌که درمان شناختی–تحلیلی با ترکیب مؤلفه‌های روان پویشی، شناختی و بین‌فردی، به الگوهای ناهشیار شکل‌گرفته در روابط اولیه و نقش آن‌ها در تکرار چرخه‌های هیجانی و رفتاری فعلی پرداخته و با کمک فرمول‌بندی مشترک، تمرکز بر انتقال و تحلیل روابط، مراجع را در فرایندی تعاملی به شناخت عمیق‌تر از خود، کسب بینش نسبت به نقش‌ها و نیازهای نادیده گرفته‌شده و اصلاح روابط معیوب سوق می‌دهد (یانگ و همکاران،۲۰۲۱). درنتیجه، مؤلفه‌های کلیدی بهزیستی روان‌شناختی نظیر پذیرش خود، رشد شخصی، هدفمندی، استقلال و کیفیت روابط بین‌فردی در این رویکرد به‌صورت بنیادین‌تر تقویت می‌شوند. از این منظر، اثربخشی بیشتر درمان شناختی– تحلیلی بر بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند قابل‌انتظار باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی–تحلیلی و شناختی–رفتاری به بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان قربانی همسرآزاری کمک می‌کنند؛ بنابراین به نظر می‌رسد که درمان شناختی– تحلیلی به دلیل عمق مداخلات و توجه هم‌زمان به گذشته، روابط بین‌فردی و بازسازی شناختی هیجانی، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی–رفتاری در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی داشته باشد. باتوجه‌به محدودیت‌هایی مانند نمونه‌گیری غیرتصادفی، حجم نمونه محدود، نداشتن پیگیری به دلیل محدودیت زمانی انجام تحقیق و عوامل کنترل‌نشده فرهنگی و اقتصادی، باید در تعمیم نتایج احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به بررسی این درمان‌ها بر سایر متغیرهای زناشویی، تحلیل خرده مقیاس‌ها و اجرای آن‌ها در گروه‌ها و مناطق فرهنگی متفاوت بپردازند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از نتایج رساله دکتری روان‌شناسی، در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد و بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان یا موسسه‌ای انجام‌شده است. همچنین پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره

IR.IAU.B.REC.1403.130 است. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه و یا دستگاه‌ها، تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند. بدین‌وسیله از همه شرکت‌کنندگانی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

Akhbarati, F., & Bashardost, S. (2016). Predicting psychological well-being based on family functioning and basic psychological needs of students. *Journal of Principles of Mental Health, 18*, 374-379. (In Persian)

Beck, J. S. (2021). Cognitive therapy. In *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (pp. 1-3). Wiley.

Bor, N. (2022). The effectiveness of cognitive analytic therapy on cognitive regulation of emotions and repetitive negative thoughts in patients with obsessive-compulsive disorder. In *The Eighth Scientific Research Conference on the Development and Promotion of Educational Sciences and Psychology*. (In Persian)

Bone, J. K., Bu, F., Fluharty, M. E., Paul, E., Sonke, J. K., & Fancourt, D. (2022). Engagement in leisure activities and depression in older adults in the United States: Longitudinal evidence from the Health and Retirement Study. *Social Science & Medicine, 294*, 114703. Doi: 10.1016/j.socscimed.2022.114703

Calvert, R., Kellett, S., & Bennett, D. (2023). Cognitive analytic therapy: A review of current evidence and future research directions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 96*(1), 1-20. Doi: 10.1111/papt.12364

Clark, L. A., Boccaccini, M. T., & Simonsen, C. (2023). Reevaluating the structure and measurement of psychological well-being: A confirmatory factor analysis approach. *Journal of Mental Health Measurement, 12*(1), 15-32.

Dattilio, F. M., & Birashk, B. (2009). Cognitive behavioral therapy with couples – first part: A review. *Advances in Cognitive Science, 8*(2), 72-81. (In Persian)

Garcia-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., et al. (2015). Addressing violence against women: A call to action. *Lancet, 38*(5), 1685-1695.

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

Hadizadeh, M. H., Navabinezhad, S., Nooranipour, R., & Farzad, V. (2019). The effectiveness of cognitive analytic therapy on the self-efficacy and interpersonal problems of women with dependent personality disorder. *QJCR, 18*(69), 208-229. (In Persian)

Hamilton, J., Saxon, D., Best, E., Glover, V., Walters, S. J., & Kerr, I. B. (2021). A randomized, controlled pilot study of cognitive analytic therapy for stressed pregnant women with underlying anxiety and depression in a routine health service setting. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*(2), 394-408.

Hameed, M., O'Doherty, L., Gilchrist, G., Tirado-Muñoz, J., Taft, A., Chondros, P., & Hegarty, K. (2020). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database of*

Systematic Reviews, (7). Doi: 10.1002/14651858.CD013017.pub2

Hosseini, S. R., Safarinia, M., & Sadeghi, E. (2024). The comparison of effectiveness of cognitive-behavioral therapy with cognitive-behavioral coaching on psychological well-being of women victims of domestic violence. *IJPN, 12*(4), 103-114. (In Persian)

Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., & Andersson, G. (2017). Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: A meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry, 74*(4), 351-359. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0044

Kazemi Khooban, S. Z., Poursharifi, H., Kakavand, A. R., & Geyanbagheri, M. (2022). The effectiveness of the revised protocol of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) on the quality of life and psychological distress in female victims of domestic violence. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9*(2), 62-75. Doi: 10.32598/shenakht.9.2.62 (In Persian)

Kerr, I. B., & Tilsen, J. (2021). *Cognitive analytic therapy: Advancing the practice of relational integrative psychotherapy*. Routledge.

Kiaee Rad, H., Pasha, R., Asgari, P., & Makvandi, B. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on extramarital relationships and domestic violence in women with emotional divorce. *Journal of Psychological Science, 19*(96), 1667-1682. (In Persian)

Leiman, M. (2019). Cognitive analytic therapy: Developments in theory and practice. *British Journal of Psychotherapy, 35*(2), 215-230.

Madva, E. N., Sadlonova, M., Harnedy, L. E., Longley, R. M., Amonoo, H. L., Feig, E. H., et al. (2023). Positive psychological wellbeing and clinical characteristics in IBS: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 1*(1), 1-10. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2023.01.004

Mayhami, K., Moradi, O., Dadgar, M., & Ezatpour, E. E. (2019). Investigation of the educational effectiveness of cognitive-behavioral approach (CBT) coupled with relaxation on migraine pain. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 6*(2), 27-37. Doi: 10.29252/shenakht.6.2.27 (In Persian)

Mellouki, Y., Sellami, L., Zerairia, Y., Saker, L., Belkhadja, N., Zetili, H., et al. (2023). The impact of domestic violence: A prospective forensic study in the northeastern region of Algeria (Annaba). *Egyptian Journal of Forensic Sciences, 13*(1), 1.

Newman, M. (2019). *Violence against women: Group treatment mental health strategies in the integral women's centers in the autonomous city of Buenos Aires* [Doctoral dissertation, University of Tennessee]. Knoxville, Tennessee.

Ogbode, O. E., Nwankwo, O. C., & Njoku, J. U. (2022). Effects of cognitive behavioural therapy on marital conflict among married persons in Bonny Island, Rivers State Nigeria. [Unpublished manuscript].

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727. Doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2021). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological

well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*, 13-39.

Ryle, A., & Kerr, I. (2020). *Introducing cognitive analytic therapy*. John Wiley & Sons Ltd.

Sammehr, V., Farshbaf Manisefat, F., & Khademi, A. (2024). A comparative analysis of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy on improving emotional regulation and communication skills of adolescents with oppositional defiant disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9*(1), 57-72. Doi: 10.32598/shenakht.9.1.57 (In Persian)

Smith, S. G., Zhang, X., Basile, K. C., Merrick, M. T., Wang, J., Kresnow, M., & Chen, J. (2022). The impact of intimate partner violence on women's psychological well-being: A national study. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(3-4), NP2345-NP2367. Doi:10.1177/0886260520915785

World Health Organization. (2021). https://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/06-036673/en/

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2021). *Schema therapy: A practitioner's guide* (2nd ed.). Guilford Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2023). *Schema therapy: A practitioner's guide* (3rd ed.). Guilford Press.