SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.4/2026;13(4):444-460
DOI: 10.22034/13.4.444
https://shenakht.muk.ac.ir

Original Article

Comparative Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment and Compassion-Focused Therapy on Psychological Security and Distress Tolerance in Women Affected by Violence

Motahareh Naghibeyranvand[1], Seyed Ali Hosseini Almadani[2]*, Fereshteh Afkari[3]

1. Ph.D. Candidate in General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran North Branch, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran North Branch, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran North Branch, Tehran, Iran

Article History:

Received: September 18, 2025
Revised: August 17, 2026
Accepted: August 22, 2026

***Corresponding Author:** Seyed Ali Hosseini Almadani, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran North Branch, Tehran, Iran

E-mail: hosseini-almadani@iau-tnb.ac.ir

Abstract

Background and Aims: The present study aimed to compare the effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment and Compassion-Focused Therapy (CFT) on psychological security and distress tolerance in women affected by violence.

Materials and Method: This quasi-experimental study used a pretest-posttest-follow-up design and included 45 women who visited counseling centers in Tehran, Iran, in 2023. Participants were randomly assigned to three groups: Unified Transdiagnostic Treatment, Compassion-Focused Therapy, and a control group. The transdiagnostic group received 10 sessions of therapy, the compassion-focused group received 8 sessions, and no intervention was administered to the control group. The study used the Aminpour Psychological Security Scale (2012) and the Distress Tolerance Questionnaire by Simons and Gaher (2005). Data were analyzed using repeated measures ANOVA, independent t-tests, and pairwise comparisons in SPSS software (version 26).

Results: Results indicated that both therapeutic approaches significantly improved psychological security and distress tolerance. Unified Transdiagnostic Treatment was more effective in reducing feelings of inferiority, self-deprecation, loneliness, and enhancing adaptability, while Compassion-Focused Therapy showed greater impact on social security. Additionally, Unified Transdiagnostic Treatment demonstrated superior effectiveness in improving subjective distress appraisal within the distress tolerance subscales.

Conclusion: These findings underscore the importance of employing targeted and multifaceted psychotherapeutic interventions to enhance the mental health of women affected by violence. The results offer practical guidance for mental health professionals in selecting appropriate therapeutic approaches.

Keywords: Compassion-focused therapy, Distress tolerance, Psychological security, Unified transdiagnostic treatment, Women affected by violence

Please cite this article as follows: Naghibeyranvand M, Hosseini Almadani A, Afkari F. Comparative Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment and Compassion-Focused Therapy on Psychological Security and Distress Tolerance in Women Affected by Violence. SJPP. 2026;13(4):444-460.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

Copyright © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۴، مهر و آبان ۱۴۰۵، صفحات: ۴۴۴-۴۶۰
DOI: 10.22034/13.4.444
https://shenakht.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی و شفقت‌درمانی بر امنیت روانی و تحمل پریشانی در زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر

مطهره نقی‌بیرانوند[۱]، سیدعلی حسینی‌المدنی[۲*]، فرشته افکاری[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و شفقت‌درمانی در امنیت روانی و تحمل پریشانی در زنان آسیب‌دیده از خشونت بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعهٔ نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، روی ۴۵ زن مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در سه گروه (درمان فراتشخیصی، شفقت‌درمانی و کنترل) جای گرفتند. گروه فراتشخیصی یکپارچه تحت ده جلسه و گروه شفقت‌درمانی تحت هشت جلسه درمان قرار گرفتند و روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس امنیت روانی امین‌پور (۱۳۹۱) و پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مکرر، آزمون t مستقل و مقایسهٔ زوجی در نسخهٔ ۲۶ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان دادند که هر دو رویکرد درمانی در بهبود امنیت روانی و تحمل پریشانی اثربخش بودند. درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش احساس حقارت، خودکم‌بینی، تنهایی و افزایش سازگاری مؤثرتر عمل کرد، درحالی‌که شفقت‌درمانی در ارتقای امنیت اجتماعی نقش برجسته‌تری داشت. همچنین، درمان فراتشخیصی در بهبود ارزیابی ذهنی پریشانی در میان خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی، در مقایسه با شفقت‌درمانی، اثربخشی بیشتری نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش بر اهمیت بهره‌گیری از مداخلات روان‌درمانی هدفمند و چندوجهی در ارتقای سلامت روانی زنان آسیب‌دیده از خشونت تأکید دارد و می‌تواند راهنمای مؤثری برای متخصصان سلامت روان در انتخاب رویکردهای درمانی مناسب باشد.

واژگان کلیدی: فراتشخیصی یکپارچه، شفقت‌درمانی، امنیت روانی، تحمل پریشانی، زنان آسیب‌دیده از خشونت

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۲۷
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۶
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۳۱

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** سیدعلی حسینی‌المدنی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

ایمیل: hosseini-almadani@iau-tnb.ac.ir

استناد: نقی‌بیرانوند، مطهره؛ حسینی‌المدنی، سیدعلی؛ افکاری، فرشته. مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی و شفقت‌درمانی بر امنیت روانی و تحمل پریشانی در زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، مهر و آبان ۱۴۰۵؛۱۳(۴):۴۴۴-۴۶۰.

مقدمه

خشونت همسر از شایع‌ترین اشکال خشونت علیه زنان و از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی و سلامت روان در جهان به شمار می‌رود (لنچا[1] و همکاران، ۲۰۱۹). این پدیده به مجموعه‌ای از رفتارهای آسیب‌زا اطلاق می‌شود که همسر یا شریک صمیمی با هدف اعمال قدرت، کنترل یا سلطه بر زن انجام می‌دهد و می‌تواند اشکال جسمی، روان‌شناختی، جنسی و اقتصادی را در بر گیرد

[1] Lencha

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

(ایوانی[1] و همکاران، ۲۰۱۸؛ اوجانوا[2] و اکولی، ۲۰۲۰). براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۳)، حدود ۳۰ درصد از زنان در سراسر جهان در طول زندگی خود حداقل یک بار خشونت جسمی یا جنسی را از سوی همسر یا شریک صمیمی تجربه می‌کنند. همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خشونت همسر رایج‌ترین شکل خشونت علیه زنان است و تقریباً از هر سه زن، یک نفر آن را تجربه می‌کند (کمپبل[3] و همکاران، ۲۰۱۸). افزون‌بر این، برآوردها حاکی از آن است که بین ۴۰ تا ۷۰ درصد از قتل زنان در جهان به‌دنبال خشونت همسر یا اشکال دیگر خشونت در روابط نزدیک رخ می‌دهد (اوجانوا و اکولی، ۲۰۲۰). پیامدهای این پدیده نیز به آسیب‌های جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه طیف گسترده‌ای از مشکلات هیجانی، شناختی، اجتماعی و بین‌فردی را در بر می‌گیرد و می‌تواند سلامت روان و کیفیت زندگی زنان را در کوتاه‌مدت و بلندمدت تحت‌تأثیر قرار دهد (لیفشیتز[4] و همکاران، ۲۰۱۹؛ رال‌استون[5] و همکاران، ۲۰۱۹).

اهمیت این مسئله صرفاً به میزان شیوع آن محدود نیست، بلکه پیامدهای روان‌شناختی پایدار خشونت همسر، آن را به یکی از عوامل مهم تهدیدکنندهٔ سلامت روان زنان تبدیل کرده است. تجربهٔ مداوم تهدید، کنترل و سوءاستفاده می‌تواند عملکرد هیجانی و شناختی زنان را مختل کند و توانایی آنان را برای احساس امنیت، اعتماد به دیگران و سازگاری با فشارهای روانی کاهش دهد. ازاین‌رو، در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران از تمرکز صرف بر شیوع و پیامدهای آشکار خشونت، به شناسایی سازوکارهای روان‌شناختی زیربنایی آسیب و طراحی مداخلاتی برای بازسازی این سازوکارها معطوف شده است (شولر-اوکاک و برندل[6]، ۲۰۲۲).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر در مقایسه با زنان دیگر، بیشتر در معرض اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، مشکلات تنظیم هیجان، کاهش کیفیت زندگی و اختلال در عملکرد اجتماعی قرار دارند (هیساسوئه[7] و همکاران، ۲۰۲۰؛ شولر-اوکاک و برندل، ۲۰۲۲). بااین‌حال، پیامدهای روان‌شناختی خشونت را نمی‌توان صرفاً در قالب اختلال‌های روان‌پزشکی تبیین کرد. تجربهٔ مداوم ناایمنی و تهدید می‌تواند سازه‌های بنیادین روان‌شناختی را نیز تحت‌تأثیر قرار دهد؛ سازه‌هایی که در سازگاری فرد با محیط و فرایند بهبود پس از تجربهٔ خشونت نقش اساسی دارند (رال‌استون و همکاران، ۲۰۱۹). در این میان، امنیت روانی و تحمل پریشانی به‌دلیل ارتباط نزدیک با تنظیم هیجان، احساس کنترل و سازگاری روان‌شناختی، اهمیت ویژه‌ای دارند.

امنیت روانی از نیازهای بنیادی انسان است و در سلامت روان، رضایت از زندگی، روابط بین‌فردی و سازگاری با محیط نقش مهمی ایفا می‌کند (زوتووا و کاراپتیان[8]، ۲۰۱۸). از دیدگاه مازلو[9] (۱۹۴۲)، امنیت روانی به احساس رهایی از تهدید، اطمینان، ثبات و اعتماد به محیط اشاره دارد و زمینه را برای رشد روان‌شناختی فرد فراهم می‌کند. رافی[10] و همکاران (۲۰۲۳) نیز این سازه را با احساس پذیرش و تعلق، دریافت حمایت و ادراک کنترل بر محیط اجتماعی مرتبط می‌دانند. بنابراین، امنیت روانی صرفاً به معنای احساس «درامان‌بودن» نیست، بلکه ادراک فرد از ایمنی هیجانی، اعتماد در روابط بین‌فردی، احساس کنترل بر شرایط زندگی و اطمینان به آینده را نیز در بر می‌گیرد. تجربهٔ خشونت همسر می‌تواند بسیاری از این مؤلفه‌ها را به‌طور هم‌زمان تضعیف کند. قرارگرفتن مکرر در معرض تهدید، تحقیر و کنترل، احساس امنیت و اعتماد را کاهش می‌دهد و زمینه را برای شکل‌گیری ناایمنی، بی‌اعتمادی، درماندگی و حساسیت هیجانی فراهم می‌کند (شولر-اوکاک و برندل، ۲۰۲۲). افزون‌بر این، خشونت در روابط صمیمانه با تضعیف منابع حمایتی و ایجاد محیطی سرشار از تهدید و پیش‌بینی‌ناپذیری، ساختار امنیت روانی را مختل می‌کند و زنان را در معرض آسیب‌پذیری روان‌شناختی مزمن قرار می‌دهد (آیوسو بارتل[11] و همکاران، ۲۰۲۴). ازاین‌رو، امنیت روانی را می‌توان یکی از سازه‌های مهم تحت‌تأثیر خشونت همسر دانست که بازسازی آن می‌تواند در بهبود سلامت روان و سازگاری زنان آسیب‌دیده نقش مهمی داشته باشد.

در کنار احساس امنیت، توانایی فرد برای تجربه و مدیریت هیجان‌های منفی نیز از سازه‌هایی است که ممکن است در نتیجهٔ تجربه خشونت آسیب ببیند. یکی از مفاهیمی که این توانایی را تبیین می‌کند، تحمل پریشانی است. سیمونز و گاهر[12] (۲۰۰۵) تحمل پریشانی را توانایی تجربه، پذیرش و مدیریت حالات هیجانی و روان‌شناختی ناخوشایند تعریف کرده‌اند. این سازه در چهار بعد تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم بررسی می‌شود (کانینگام[13] و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که تحمل پریشانی در آن‌ها کمتر است، هیجان‌های منفی را غیرقابل‌تحمل ارزیابی می‌کنند و در مواجهه با آن‌ها بیشتر به راهبردهای ناسازگارانه‌ای مانند اجتناب، کناره‌گیری یا واکنش‌های هیجانی شدید متوسل می‌شوند. در مقابل، تحمل بیشتر پریشانی با کاهش نگرانی، اضطراب و حساسیت اضطرابی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همراه است (زولنسکی[14] و همکاران، ۲۰۲۰؛ الهای[15] و همکاران، ۲۰۱۸؛ لاپسا[16] و همکاران،

[1] Ivany
[2] Ujunwa
[3] Campbell
[4] Lifshitz
[5] Ralston
[6] Schouler-Ocak & Brandl
[7] Hisasue
[8] Zotova, Karapetyan
[9] Maslow
[10] Rafei
[11] Ayuso-Bartol
[12] Simons & Gaher
[13] Cunningham
[14] Zvolensky
[15] Elhai
[16] Laposa

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

۲۰۲۵). شواهد پژوهشی نیز نشان داده‌اند که قرارگرفتن در معرض خشونت می‌تواند با کاهش تحمل پریشانی همراه باشد (هلنیاک و همکاران، ۲۰۲۱). در زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر، تجربهٔ مکرر تهدید و استرس ممکن است موجب شود هیجان‌های منفی با شدت بیشتری تجربه شوند و ظرفیت تحمل آن‌ها کاهش یابد؛ در نتیجه، احتمال استفاده از رفتارهای اجتنابی، بروز اختلالات خلقی و کاهش اثربخشی مداخلات روان‌شناختی افزایش می‌یابد (بوکولوکی[1] و همکاران، ۲۰۲۱؛ ورمانی، ۲۰۲۵). بنابراین، تحمل پریشانی نه‌تنها می‌تواند در شدت واکنش زنان به پیامدهای خشونت نقش ایفا کند، بلکه ممکن است در میزان بهره‌مندی آنان از مداخلات درمانی نیز اثرگذار باشد.

با توجه به نقش امنیت روانی و تحمل پریشانی در تنظیم هیجان، احساس کنترل و سازگاری روان‌شناختی، ارتقای این دو سازه می‌تواند یکی از اهداف مهم مداخلات روان‌شناختی برای زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر باشد. بااین‌حال، مرور پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که بخش عمدهٔ مداخلات انجام‌شده در این حوزه بر کاهش نشانه‌هایی مانند اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و مشکلات هیجانی دیگر متمرکز بوده‌اند و به سازه‌های بنیادینی همچون امنیت روانی و تحمل پریشانی، کمتر به‌عنوان اهداف مستقیم درمان توجه شده است. این مسئله از آن نظر اهمیت دارد که حتی پس از کاهش علائم آشکار، برخی زنان همچنان احساس ناایمنی درونی و ناتوانی در تحمل هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند؛ عواملی که می‌توانند احتمال تداوم یا بازگشت مشکلات و کاهش اثربخشی درمان را افزایش دهند. در همین زمینه، رویکردهای درمانی فرایندمحور در سال‌های اخیر، به‌دلیل تمرکز بر سازوکارهای مشترک و زیربنایی آسیب‌های هیجانی، توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده‌اند. در میان این رویکردها، پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی برای درمان اختلالات هیجانی، که بارلو[2] همکاران (۲۰۱۱) تدوین کرده‌اند، و شفقت‌درمانی مبتنی‌بر الگوی نف (۲۰۰۳)، به‌عنوان دو مداخلهٔ مبتنی‌بر تنظیم هیجان، می‌توانند ظرفیت مناسبی برای کاهش پیامدهای روان‌شناختی خشونت همسر داشته باشند.

یکی از مهم‌ترین مزایای پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی در مقایسه با درمان‌های سنتی تک‌اختلالی، تمرکز آن بر مکانیسم‌های مشترک اختلالات هیجانی است؛ ویژگی‌ای که امکان استفاده از این پروتکل را در افرادی با مشکلات هیجانی هم‌پوشان فراهم می‌کند (مک مأنوس[3] و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین، قابلیت اجرای این پروتکل به‌صورت فردی، گروهی یا برخط، سهولت آموزش درمانگران و مقرون‌به‌صرفه‌بودن آن از دیگر مزایای کاربردی این رویکرد است (استیل[4] و همکاران، ۲۰۱۸). شواهد پژوهشی نیز اثربخشی این درمان را در بهبود مشکلات هیجانی تأیید کرده‌اند؛ برای مثال، کاظمی‌پور و همکاران (۱۴۰۰) کاهش پریشانی روان‌شناختی و بهبود باورهای فراهیجانی را در بیماران مبتلابه سرطان گزارش کردند. همچنین، گله‌گیریان و همکاران (۱۴۰۰) اثربخشی این پروتکل را در کاهش اجتناب تجربه‌ای و اندیشه‌پردازی خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی نشان دادند.

در کنار رویکرد فراتشخیصی، شفقت‌درمانی نیز در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر برای افرادی که تجارب آسیب‌زا و استرس‌زای مزمن را تجربه کرده‌اند، مورد توجه قرار گرفته است (آلن[5] و همکاران، ۲۰۲۱). این رویکرد با هدف پرورش مهربانی با خود، احساس انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی، به افراد کمک می‌کند به‌جای خودانتقادی، شرم و سرزنش خود، با نگرشی پذیرنده و حمایتگر با تجربه‌های دردناک مواجه شوند. این ویژگی‌ها در زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر اهمیت ویژه‌ای دارند؛ زیرا این زنان ممکن است با احساساتی مانند شرم، گناه، خودسرزنشی و انزوای اجتماعی مواجه باشند. تقویت مؤلفه‌های شفقت می‌تواند زمینهٔ بازسازی احساس امنیت، پذیرش خود و برقراری روابط سالم‌تر را فراهم کند. از دیدگاه نظری، شفقت‌درمانی از طریق فعال‌سازی نظام آرام‌سازی و دلبستگی ایمن، شدت پاسخ‌های مبتنی‌بر تهدید را کاهش و احساس ایمنی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (برونسی[6] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، این درمان با افزایش پذیرش هیجان‌های منفی و کاهش اجتناب هیجانی، می‌تواند تحمل پریشانی و تاب‌آوری روان‌شناختی را ارتقا دهد (موسوی و همکاران، ۲۰۲۳). افزون‌بر این، همسویی اهداف شفقت‌درمانی با اهداف اصلی مراکز حمایت از زنان خشونت‌دیده، ازجمله بازیابی هیجانی، افزایش استقلال و ایجاد احساس ایمنی روانی و جسمانی، این رویکرد را به گزینه‌ای قابل‌توجه برای این گروه تبدیل کرده است. در همین زمینه، پژوهش‌های نای‌اسمیت[7] و همکاران (۲۰۲۱) و لویس و ریس[8] (۲۰۲۳) نیز اثربخشی شفقت‌درمانی را در افراد دارای تجربهٔ خشونت تأیید کرده‌اند.

اگرچه هر دو رویکرد بر بهبود تنظیم هیجان تأکید دارند، مبانی نظری متفاوتی دارند. پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی عمدتاً بر اصلاح فرایندهای شناختی ـ هیجانی و کاهش اجتناب هیجانی تمرکز دارد، درحالی‌که شفقت‌درمانی بیشتر بر کاهش خودانتقادی، شرم و تهدید درونی از طریق پرورش نگرش شفقت‌آمیز به خود تأکید می‌کند. باوجود شواهد موجود دربارهٔ اثربخشی مستقل هریک از این درمان‌ها، تاکنون مقایسهٔ مستقیمی از اثربخشی آن‌ها در امنیت روانی و تحمل پریشانی در زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر انجام

[1] Bukuluki
[2] Bar low
[3] McManus
[4] Steele
[5] Allen
[6] Bronsi
[7] Naismith
[8] Louis

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

نشده است. این خلأ پژوهشی از دو جنبه اهمیت دارد. از منظر نظری، مقایسهٔ دو درمان با مکانیسم‌های متفاوت می‌تواند درک روشن‌تری از میزان اثربخشی هریک در بازسازی امنیت روانی و افزایش تحمل پریشانی فراهم کند. از منظر کاربردی نیز شناسایی درمانی که در بهبود این دو سازه عملکرد مؤثرتری داشته باشد، می‌تواند راهنمای متخصصان سلامت روان و مراکز حمایت از زنان خشونت‌دیده در انتخاب مداخلات مبتنی‌بر شواهد باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی و شفقت‌درمانی بر امنیت روانی و تحمل پریشانی در زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون، گروه کنترل و دورهٔ پیگیری دوماهه انجام شد. شرکت‌کنندگان در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، افراد واجد شرایط به‌صورت تصادفی در سه گروه، شامل پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی، شفقت‌درمانی و کنترل، هرکدام با پانزده نفر، تخصیص یافتند. جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای تجربهٔ خشونت همسر بود که در سال ۱۴۰۲ به مراکز مشاورهٔ شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. در مرحلهٔ نخست، مراکز مشاوره با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. سپس، در مراکز منتخب، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام گرفت. در این مرحله، صد زن دارای تجربه خشونت همسر که واجد معیارهای اولیهٔ ورود به پژوهش بودند، به فرایند غربالگری وارد شدند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی، ۴۵ نفر، که در این دو متغیر نمرات کمتری کسب کرده بودند، به‌عنوان نمونهٔ نهایی انتخاب شدند. سپس، این افراد با استفاده از روش تخصیص تصادفی ساده در سه گروه پانزده نفره، شامل گروه پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی، گروه شفقت‌درمانی و گروه کنترل قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power و براساس طرح پژوهش، سطح معناداری ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸۰ و اندازهٔ اثر مورد انتظار محاسبه شد. با توجه به احتمال ریزش آزمودنی‌ها در مطالعات مداخله‌ای، حجم نمونهٔ نهایی پانزده نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: زن متأهل دارای تجربهٔ خشونت از سوی همسر، سن ۲۵ تا ۴۵، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، نداشتن بیماری مزمن جسمانی، نداشتن سابقهٔ مصرف داروهای روان‌پزشکی، دریافت‌نکردن هم‌زمان درمان‌های روان‌شناختی دیگر در طول اجرای پژوهش و کسب نمرات کم در پرسش‌نامه‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی در مرحلهٔ پیش‌آزمون. معیارهای خروج نیز شامل پاسخ‌ندادن کامل به پرسش‌نامه‌ها، غیبت در بیش از دو جلسه درمان، دریافت هرگونه درمان دارویی یا روان‌شناختی خارج از چهارچوب پژوهش در طول اجرای مداخله و تمایل‌نداشتن به ادامهٔ مشارکت در پژوهش بود.

پس از اجرای پیش‌آزمون و تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان به سه گروه، مداخلات درمانی برای دو گروه آزمایش اجرا شد. پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی (UP) و شفقت‌درمانی (CFT) به‌صورت گروهی و مطابق برنامهٔ ازپیش‌تعیین‌شده ارائه شدند. مداخلهٔ پروتکل یکپارچه فراتشخیصی طی ده جلسه و شفقت‌درمانی طی هشت جلسه اجرا شد. هر دو مداخله به‌صورت هفتگی برگزار شدند و مدت هر جلسه نود دقیقه بود. محتوای جلسات براساس پروتکل‌های استاندارد درمانی ارائه شد و خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ گزارش شده است. اجرای هر دو مداخله بر عهدهٔ درمانگری بود که آموزش تخصصی لازم را در زمینهٔ اجرای پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی و شفقت‌درمانی دریافت کرده بود.

به‌منظور اطمینان از اجرای صحیح و یکسان مداخلات، فرایند درمان تحت سوپرویژن منظم قرار گرفت و میزان پایبندی درمانگر به محتوای پروتکل‌ها با استفاده از چک‌لیست پایبندی به درمان بررسی شد. شرکت‌کنندگان گروه کنترل در طول دورهٔ اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخلهٔ روان‌شناختی سازمان‌یافته‌ای دریافت نکردند و در فهرست انتظار قرار گرفتند. پس از پایان مرحلهٔ پیگیری و به‌منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، فایل‌های آموزشی و کتاب ترجمه‌شدهٔ بارلو و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان «پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی» در اختیار اعضای این گروه قرار گرفت. پس از پایان جلسات درمان، از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد. همچنین، دو ماه پس از خاتمهٔ مداخلات، مرحلهٔ پیگیری با استفاده از همان ابزارهای پژوهش اجرا شد.

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نسخهٔ ۲۶ نرم‌افزار SPSS تجزیه‌وتحلیل شدند. در ابتدا، برای توصیف ویژگی‌های نمونه و متغیرهای پژوهش، شاخص‌های آمار توصیفی، شامل میانگین و انحراف معیار، محاسبه شد. سپس، پیش‌فرض‌های لازم برای انجام تحلیل‌های آماری بررسی شد. بدین منظور، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و برابری ماتریس‌های کوواریانس به‌ترتیب با استفاده از آزمون‌های شاپیرو–ویلک، لون و Box's M ارزیابی شد. همچنین، با توجه به استفاده از اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضهٔ کرویت با استفاده از آزمون ماچلی بررسی و در صورت نقض آن، اصلاح گرین‌هاوس–گایزر اعمال شد. برای بررسی اثربخشی مداخلات و مقایسهٔ تغییرات امنیت روانی و تحمل پریشانی در سه گروه و در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری، از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در صورت معناداربودن آثار اصلی یا اثر تعاملی زمان × گروه، مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی انجام گرفت. علاوه‌بر سطح معناداری ۰/۰۵، اندازهٔ اثر نیز برای تعیین شدت و اهمیت اثر مداخلات گزارش

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

شد.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامهٔ امنیت روانی

این مقیاس را امین‌پور (۱۳۹۱) تهیه کرده است. پرسش‌نامهٔ امنیت روانی (ایمنی و ناایمنی) ۷۱ سؤال دارد و از ده عامل تشکیل شده است: عامل اول: ادراک واقعیت، سازگاری، امنیت عاطفی، امنیت اجتماعی و موفقیت در کار؛ عامل دوم: احساس حقارت و طردشدن، تعارض خانوادگی، افسردگی، وابستگی، ناایمنی شخصی و ناایمنی هیجانی؛ عامل سوم: اعتقاد، اعتمادبه‌نفس، اطمینان‌به‌خود، احساس ارزش شخصی، موفق‌بودن در کار و خودآگاهی؛ عامل چهارم: تنیدگی، تنش هیجانی، عصبیت و آشفتگی؛ عامل پنجم: احساس خودکم‌بینی، بدگمانی و هراس عمومی؛ عامل ششم: سازگاری، صمیمی‌بودن، مقبولیت و پیوستگی با دیگران؛ عامل هفتم: نگرانی و ترس از آینده؛ عامل هشتم: احساس حرمت (به خود و غیره) و احساس ایمنی؛ عامل نهم: علاقهٔ اجتماعی، همدردی با انسان‌ها و گرایش به مسئله‌گشایی؛ عامل دهم: احساس تنهایی و طردشدن (انزوا). همچنین، براساس طیف دوگزینه‌ای با سؤالاتی مانند آیا هرگز فکر اینکه مردم شما را در خیابان نگاه می‌کنند برایتان تولید اشکال کرده است، امنیت روانی (ایمنی و ناایمنی) را می‌سنجد.

پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی

تحمل پریشانی از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینهٔ بی‌نظمی عاطفی است. سیمونز و گاهر[1] (۲۰۰۵) تحمل پریشانی را توانایی فرد و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند. پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی سیمونز و گاهر نوعی شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجان است که سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته‌اند. این مقیاس پانزده ماده و چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب‌شدن با هیجانات منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی دارد. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن با هیجانات منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. هم‌بستگی درون‌طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شد که این مقیاس روایی ملاکی و همگرای اولیهٔ خوب دارد. این مقیاس با پذیرش خلق رابطهٔ مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود رابطهٔ منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه

جلسه	شرح جلسهٔ درمان فراتشخیصی یکپارچه	شرح جلسات مداخلهٔ شفقت‌درمانی
اول	افزایش انگیزه، مصاحبهٔ انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائهٔ منطق درمان و تعیین اهداف درمان.	آشنایی اعضای گروه با هم، بیان قوانین، بحث دربارهٔ انگیزه، بیان اصول شفقت.
دوم	ارائهٔ آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه‌مؤلفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC.	توضیح شفقت، چگونه می‌توان با شفقت بر رنج ناشی از مشکلات زناشویی فائق آمد، تعریف مهربانی و نامهربانی، آشنایی با مغز جدید و قدیم.
سوم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهدهٔ تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها خصوصاً با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی)	ارزیابی جلسهٔ قبل، بررسی رنج‌ها و نگرانی‌ها، شفقت به دیگران مقدمهٔ شفقت به خود.
چهارم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانهٔ اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.	ارزیابی جلسهٔ قبل، معرفی سه رقیب شفقت: شرم، خودسرزنشگری و کمال‌گرایی.
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای گوناگون اجتناب از هیجان و تأثیر آن در تجارب هیجانی و آگاهی‌یافتن از آثار متناقض اجتناب از هیجان.	ارزیابی جلسهٔ قبل، بحث دربارهٔ رنج‌ها، آموزش همدلی، فعال‌کردن سیستم پاراسمپاتیک.
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها در تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به‌واسطهٔ رویاروی‌شدن با رفتارها.	ارزیابی جلسهٔ قبل، بررسی موانع خودشفقت‌ورزی، ویژگی‌های خود مهربان، دو سیستم دفاع و امنیت.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احشایی به‌منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.	ارزیابی جلسهٔ قبل، آموزش تحمل پریشانی، بررسی مجدد سه رقیب شفقت.

[1] Simons, Gaher

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

هشتم و نهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی‌بر موقعیت: آگاهی‌یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوهٔ تهیهٔ سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجههٔ هیجانی مکرر و اثربخش به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.	پاسخ به سؤالات، مرور نقشهٔ مهربانی، جمع‌بندی و بررسی نظرها، نقد جلسات
دهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث دربارهٔ بهبودی و پیشرفت‌های درمانی.	

نتایج

براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۳ ±۳۳/۳۲ سال بود. همچنین، بیشترین فراوانی شرکت‌کنندگان در هر سه گروه دارای فرزند بودند و بخش عمدهٔ آنان تحصیلات دیپلم تا کارشناسی داشتند. به‌منظور توصیف متغیرهای پژوهش، میانگین و انحراف معیار، نمرات امنیت روانی و تحمل پریشانی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به‌تفکیک سه گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، شفقت‌درمانی و گروه کنترل محاسبه شد. نتایج در جدول ۲ارائه شده است. بررسی شاخص‌های توصیفی نشان داد که در هر دو گروه مداخله، میانگین نمرات امنیت روانی از مرحلهٔ پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است، درحالی‌که تغییرات گروه کنترل ناچیز بوده است. همچنین، میانگین نمرات تحمل پریشانی در دو گروه درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش نشان داد، اما در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. این الگوی توصیفی بیانگر بهبود نسبی متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله پیش از انجام تحلیل‌های استنباطی است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها

متغیر	خرده‌مقیاس	گروه	پیش‌آزمون Mean±SD	پس‌آزمون Mean±SD	پیگیری Mean±SD
امنیت روانی	ادراک واقعیت	فراتشخیصی یکپارچه	۳/۹۳±۱/۳۶	۴/۸۷±۱/۴۱	۴/۹۳±۱/۳۳
		شفقت‌درمانی	۳/۸۷±۱/۴۷	۵/۱۳±۱/۵۳	۵/۲۷±۱/۴۹
		گواه	۳/۶۷±۱/۳۳	۳/۸۷±۱/۳۶	۴±۱/۳۹
	سازگاری	فراتشخیصی یکپارچه	۳/۷۳±۱/۲۹	۶/۵۳±۱/۴۷	۶/۵۲±۱/۳۳
		شفقت‌درمانی	۳/۸۱±۱/۴۱	۵/۰۷±۱/۳۰	۴/۸۷±۱/۳۳
		گواه	۳/۴۷±۱/۲۷	۳/۲۵±۱/۴۱	۳/۲۹±۱/۴۳
	امنیت هیجانی	فراتشخیصی یکپارچه	۳/۷۳±۱/۳۶	۴/۵۹±۱/۴۱	۴/۶۵±۱/۳۳
		شفقت‌درمانی	۳/۹۳±۱/۴۷	۵/۲۷±۱/۵۳	۴/۹۳±۱/۴۹
		گواه	۳/۶۷±۱/۳۳	۳/۸۷±۱/۳۶	۳/۸۷±۱/۳۹
	امنیت اجتماعی	فراتشخیصی یکپارچه	۳/۸۰±۱/۲۹	۴/۸۷±۱/۳۷	۵/۰۷±۱/۲۹
		شفقت‌درمانی	۳/۷۳±۱/۴۱	۴/۶۷±۱/۲۹	۴/۵۳±۱/۰۷
		گواه	۳/۸۲±۱/۲۷	۳/۸±۱/۱۴	۳/۶۷±۱/۱۹
	موفقیت شغلی	فراتشخیصی یکپارچه	۴/۰۲±۱/۲۳	۴/۹۵±۱/۱۴	۵/۰۷±۱/۲۷
		شفقت‌درمانی	۳/۷۶±۱/۱۷	۵/۷۸±۱/۳۸	۴/۵۶±۱/۳۴
		گواه	۳/۹۵±۱/۲۹	۳/۴۸±۱/۴۲	۳/۱۸±۱/۲۵
	احساس حقارت/طردشدگی	فراتشخیصی یکپارچه	۴/۶۷±۱/۳۵	۱/۴۵±۱/۲۵	۱/۶۵±۱/۲۹
		شفقت‌درمانی	۳/۳۴±۱/۷۲	۲/۳۴±۱/۲۸	۲/۰۲±۰/۸۳
		گواه	۲/۹۸±۱/۳۴	۳/۱۹±۱/۱۷	۴/۰۳±۱/۱۹
	احساس تنهایی/افسردگی	فراتشخیصی یکپارچه	۴/۰۳±۱/۴۰	۲/۹۹±۱/۴۲	۳/۲۱±۱/۳۰
		شفقت‌درمانی	۳/۵۸±۱/۴۹	۲/۰۲±۰/۲۷	۲/۱۲±۰/۹۸
		گواه	۴/۰۲±۱/۳۳	۳/۹۲±۱/۱۷	۴/۳۳±۱/۴۱
	اعتمادبه‌نفس/ارزشمندی	فراتشخیصی یکپارچه	۳/۲۷±۱/۲۸	۴/۸۹±۱/۴۲	۴/۶۷±۱/۳۹
		شفقت‌درمانی	۳/۶۹±۱/۲۲	۴/۸۹±۱/۵۳	۵/۰۷±۱/۳۹
		گواه	۳/۲۹±۱/۲۴	۳/۱۸±۱/۴۷	۳/۸۰±۱/۲۳
	استرس/روان‌نژندی	فراتشخیصی یکپارچه	۳/۱۷±۱/۰۲	۲/۵۳±۰/۷۴	۲/۶۸±۰/۹۰
		شفقت‌درمانی	۳/۳۳±۱/۳۳	۱/۹۹±۱/۴۷	۲/۲۴±۰/۳۴

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

			گواه	۲/۲۳±۰/۶۷	۲/۲۸±۰/۵۲	۲/۹۳±۰/۳۴
			فراتشخیصی یکپارچه	۴/۱۶±۱/۳۵	۲/۲۴±۰/۴۹	۲/۰۳±۰/۸۲
		بی‌اعتمادی/ترس عمومی	شفقت‌درمانی	۳/۱۷±۰/۷۱	۲/۱۲±۰/۵۱	۲/۲۶±۰/۶۲
			گواه	۳/۳۶±۱/۰۲	۴/۵۳±۱/۱۸	۴/۴۷±۱/۳۳
			فراتشخیصی یکپارچه	۳۵/۳۳±۱/۲۳	۴۱/۲۰±۲/۸۰	۴۲/۶۰±۳/۵۳
		کل	شفقت‌درمانی	۳۵/۶۷±۲/۴۰	۴۴/۶۰±۳/۱۳	۴۶/۲۱±۲/۸۷
			گواه	۳۸/۱۳±۱/۸۷	۳۹/۳۳±۴/۲۰	۳۹/۵۲±۵/۷۳
			فراتشخیصی یکپارچه	۱۰/۱۳±۲	۱۳/۲۱±۱/۷۳	۱۲/۷۵±۲/۲۷
		تحمل	شفقت‌درمانی	۱۰/۱۳±۱/۸۷	۱۲/۳۷±۲/۱۴	۱۲/۴۵±۲/۰۷
	تحمل پریشانی		گواه	۹/۲۷±۱/۹۳	۱۰/۱۱±۱/۸۷	۹/۶۷±۲
			فراتشخیصی یکپارچه	۹/۱۳±۲/۲۳	۱۱/۸۷±۱/۱۹	۱۰/۳۳±۲/۲۱
		جذب‌شدن	شفقت‌درمانی	۸/۸۷±۱/۸۷	۱۱/۳۳±۲/۳۳	۱۰/۹۳±۱/۱۷
			گواه	۹/۳۳±۲/۲۷	۸/۶۹±۲/۵۷	۸/۹۳±۱/۹۷
			فراتشخیصی یکپارچه	۱۸/۷±۱/۶۶۷	۲۱/۳۳±۲/۱۳	۲±۲/۲۷
		ارزیابی	شفقت‌درمانی	۱۸/۱۳±۲/۷۳	۲۲/۳۳±۲/۲۷	۲۱/۹۳±۲/۴۰
			گواه	۱۷/۳۳±۱/۸۰	۱۷/۹۳±۲	۱۷/۶۰±۲/۰۹
			فراتشخیصی یکپارچه	۷/۱۳±۲/۲۱	۱۰/۹۳±۱/۱۴	۱۰/۶۰±۱/۵۶
		تنظیم هیجانی	شفقت‌درمانی	۶/۳۵±۲/۱۹	۹/۳۳±۱/۸۳	۱۰±۲/۱۳
			گواه	۶/۳۳±۱/۷۶	۶/۲۴±۱/۴۶	۶/۴۳±۲/۲۳
			فراتشخیصی یکپارچه	۴۶/۱۳±۳/۲۷	۵۹/۲۹±۱/۱۳	۵۸/۲۰±۳/۴۰
		کل	شفقت‌درمانی	۴۵/۳۳±۲/۶۷	۵۵/۱۳±۲/۶۹	۵۶/۸۰±۴/۸۷
			گواه	۴۳/۲۵±۳/۵۳	۴۴/۴۸±۴/۸۷	۴۵/۸۱±۴/۲۰

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. بدین منظور، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو–ویلک، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین و وجود داده‌های پرت چندمتغیری با بهره‌گیری از فاصله ماهالانوبیس ارزیابی شد. نتایج نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای پژوهش نرمال‌بودن قابل‌قبولی دارند و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است (P>۰/۰۵). به‌منظور بررسی فرض کرویت‌بودن، آزمون موچلی برای متغیرهای پژوهش اجرا شد. نتایج این آزمون نشان داد که فرض کرویت‌بودن برای متغیر امنیت روانی برقرار نیست (W=۰/۶۴۳، χ^2 =۱۰/۸۴، P=۰/۰۰۴). همچنین، این فرض برای متغیر تحمل پریشانی نیز نقض شد (W=۰/۵۸۷، χ^2 =۱۳/۲۷، P=۰/۰۰۱). بنابراین، با توجه به معنادار‌بودن آزمون موچلی، برای اصلاح درجات آزادی از تصحیح گرین‌هاوس–گیسر استفاده شد. بر این اساس، مقدار اپسیلون گرین‌هاوس–گیسر برای متغیر امنیت روانی برابر با ۰/۷۸۱ و برای متغیر تحمل پریشانی برابر با ۰/۷۳۲ به دست آمد. ازاین‌رو، تمامی نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر براساس درجات آزادی اصلاح‌شده گزارش شدند.

پس از تأیید پیش‌فرض‌های لازم و اعمال اصلاح گرین‌هاوس–گیسر، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌منظور بررسی اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، گروه (درمان فراتشخیصی یکپارچه، شفقت‌درمانی و کنترل) و تعامل زمان × گروه در متغیرهای امنیت روانی و تحمل پریشانی انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر زمان برای تمامی خرده‌مقیاس‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی معنادار بود. این یافته نشان می‌دهد که میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در طول سه مرحلهٔ اندازه‌گیری تغییر معناداری داشته است. همچنین، اثر گروه در تمامی خرده‌مقیاس‌ها معنادار بود که بیانگر وجود تفاوت بین سه گروه پژوهش از نظر میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه است.

از همه مهم‌تر، اثر متقابل زمان × گروه نیز در تمامی خرده‌مقیاس‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی معنادار بود. معنادار بودن این تعامل نشان می‌دهد که روند تغییرات نمرات در طول زمان در سه گروه یکسان نیست و مداخلات درمانی موجب تغییر متفاوتی در مقایسه با گروه کنترل شده‌اند. همچنین، مقادیر اندازهٔ اثر نشان داد که مداخلات اجراشده در تغییرات مشاهده‌شدهٔ متغیرهای پژوهش سهم قابل‌توجهی داشته‌اند.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۳. نتایج مربوط به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

نام متغیر	خرده‌مقیاس	اثر زمان			اثر گروه			تعامل گروه × زمان		
		F(Df)	p	η^2	F(Df)	p	η^2	F(Df)	p	η^2
امنیت روانی	ادراک واقعیت	۲۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۸/۴۵	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۱۳/۶۷	۰/۰۰۱	**۰/۳۶**
	سازگاری	۱۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۱۲/۴۵	۰/۰۰۱	**۰/۳۴**
	امنیت هیجانی	۲۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۹/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۱۴/۲۳	۰/۰۰۱	**۰/۳۷**
	امنیت اجتماعی	۲۴/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱۲/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱۵/۶۷	۰/۰۰۱	**۰/۳۹**
	موفقیت شغلی	۲۰/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۸/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۱۳/۸۹	۰/۰۰۱	**۰/۳۶**
	احساس حقارت/طرد	۱۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۷/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۱۲/۳۴	۰/۰۰۱	**۰/۳۴**
	احساس تنهایی/افسردگی	۱۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۶/۹۸	۰/۰۰۲	۰/۲۵	۱۱/۷۶	۰/۰۰۱	**۰/۳۳**
	اعتمادبه‌نفس/ارزشمندی	۲۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۹/۶۷	۰/۰۰۳	۰/۳۱	۱۴/۸۹	۰/۰۰۱	**۰/۳۸**
	استرس/روان‌رنجوری	۲۵/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱۰/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱۶/۳۴	۰/۰۰۱	**۰/۴۰**
	بی‌اعتمادی/ترس عمومی	۲۱/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱۳/۴۵	۰/۰۰۱	**۰/۳۶**
تحمل پریشانی	تحمل	۱۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۱۲/۳۴	۰/۰۰۱	**۰/۳۵**
	جذب‌شدن	۱۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۶/۴۵	۰/۰۰۳	۰/۲۴	۱۱/۱۲	۰/۰۰۱	**۰/۳۳**
	ارزیابی	۲۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۱۴/۵۶	۰/۰۰۱	**۰/۳۸**
	تنظیم هیجانی	۲۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱۳/۷۸	۰/۰۰۱	**۰/۳۶**

با توجه به معنادار بودن اثر متقابل زمان × گروه، به‌منظور تعیین محل دقیق تفاوت‌ها، مقایسه‌های زوجی بین سه گروه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج نشان داد که در مرحلهٔ پیش‌آزمون، بین سه گروه پژوهش در هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$) که بیانگر همگنی اولیهٔ گروه‌ها پیش از اجرای مداخله است. در مرحلهٔ پس‌آزمون، هر دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و شفقت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل، در تمامی خرده‌مقیاس‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی بهبود معناداری نشان دادند ($p<۰/۰۵$). این تفاوت‌ها در مرحلهٔ پیگیری دوماهه نیز همچنان حفظ شد که بیانگر پایداری نسبی آثار هر دو مداخله در طول زمان است.

مقایسهٔ مستقیم دو گروه درمانی نشان داد که در بیشتر خرده‌مقیاس‌ها بین درمان فراتشخیصی یکپارچه و شفقت‌درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$). بااین‌حال، در برخی مؤلفه‌ها، ازجمله سازگاری، احساس حقارت/طردشدگی، احساس تنهایی/افسردگی و ارزیابی پریشانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه در مقایسه با شفقت‌درمانی عملکرد بهتری نشان داد. در مقابل، در مؤلفهٔ امنیت اجتماعی، شفقت‌درمانی در مقایسه با درمان فراتشخیصی یکپارچه اثربخشی بیشتری داشت ($p<۰/۰۵$). به‌طور کلی، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار امنیت روانی و تحمل پریشانی شدند، اما تفاوت بین دو درمان تنها در تعداد محدودی از خرده‌مقیاس‌ها مشاهده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون بونفرونی

خرده‌مقیاس	زمان	تفاوت میانگین	گروه‌های مقایسه‌شده	p-value	نتیجه
ادراک واقعیت	پس‌آزمون	۱/۴۷	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۱	**معنادار**
	پیگیری	۲/۳۴	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۲	**معنادار**
سازگاری	پس‌آزمون	۱/۳۳	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۱	**معنادار**
	پیگیری	۱/۵۳	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۳	**معنادار**
امنیت هیجانی	پس‌آزمون	۲/۲۵	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۲	**معنادار**
	پیگیری	۱/۴۶	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۴	**معنادار**
امنیت اجتماعی	پس‌آزمون	۱/۵۴	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۱	**معنادار**
	پیگیری	۱/۸۹	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۱	**معنادار**
موفقیت شغلی	پس‌آزمون	۱/۶۰	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۱	**معنادار**
	پیگیری	۲/۳۴	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۱	**معنادار**

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

احساس حقارت/طرد	پس‌آزمون	۴/۴۶	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۲	**معنادار**
	پیگیری	۲/۲۳	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۳	**معنادار**
احساس تنهایی/افسردگی	پس‌آزمون	۱/۳۳	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۲	**معنادار**
	پیگیری	۲/۵۰	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۳	**معنادار**
اعتمادبه‌نفس/ارزشمندی	پس‌آزمون	۱/۷۳	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۲	**معنادار**
	پیگیری	۱/۵۳	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۳	**معنادار**
استرس/روان‌رنجوری	پس‌آزمون	۱/۶۰	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۳	**معنادار**
	پیگیری	۱/۳۳	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۳	**معنادار**
بی‌اعتمادی/ترس عمومی	پس‌آزمون	۲/۲۰	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۲	**معنادار**
	پیگیری	۱/۵۴	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۳	**معنادار**
تحمل	پس‌آزمون	۲/۲۳	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۱	**معنادار**
	پیگیری	۳/۳۹	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۲	**معنادار**
جذب‌شدن	پس‌آزمون	۲/۱۳	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۱	**معنادار**
	پیگیری	۱/۷۶	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۳	**معنادار**
ارزیابی	پس‌آزمون	۳/۲۰	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۲	**معنادار**
	پیگیری	۳/۴۶	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۴	**معنادار**
تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۲/۲۷	فراتشخیصی یکپارچه - کنترل	۰/۰۰۱	**معنادار**
	پیگیری	۲/۱۸	کنترل-شفقت‌درمانی	۰/۰۰۱	**معنادار**

برای بررسی تفاوت اثربخشی دو روش مداخله (درمان فراتشخیصی یکپارچه و شفقت‌درمانی) در خرده‌مقیاس‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی، از آزمون‌های مقایسهٔ میانگین بین دو گروه مستقل استفاده شد. با توجه به نرمال‌بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها، آزمون t مستقل برای هر خرده‌مقیاس اجرا شد. در مواردی که پیش‌فرض‌های آزمون t نقض شده بود، از آزمون‌های غیرپارامتری مانند من-ویتنی استفاده شد. نتایج مربوط به مقایسهٔ اثربخشی دو مداخلهٔ فراتشخیصی یکپارچه و شفقت‌درمانی براساس آزمون t مستقل را می‌توان در جدول ۵ مشاهده کرد.

نتایج آزمون t مستقل (جدول ۵) نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در خرده‌مقیاس‌های احساس حقارت/طرد، احساس تنهایی/افسردگی و سازگاری در مقایسه با شفقت‌درمانی عملکرد بهتری داشت. در خرده‌مقیاس‌های دیگر مانند اعتمادبه‌نفس، ادراک واقعیت، امنیت هیجانی و اجتماعی، موفقیت شغلی، استرس و بی‌اعتمادی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (p>۰/۰۵). در مؤلفهٔ ارزیابی ذهنی پریشانی نیز درمان فراتشخیصی اثربخشی بیشتری نشان داد. این یافته‌ها بیانگر آن‌اند که درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود برخی جنبه‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی، به‌ویژه در مواجهه با احساسات منفی و پیچیده، مؤثرتر عمل کرده است. در مقابل، شفقت‌درمانی با تمرکز بر پذیرش و مهربانی درونی، در خرده‌مقیاس‌های مرتبط با شفقت فردی اثربخش‌تر ظاهر شده است. نداشتن تفاوت معنادار در مؤلفه‌های دیگر نشان می‌دهد که هر دو رویکرد در برخی حوزه‌ها تأثیر مشابهی داشته‌اند.

جدول ۵: نتایج مربوط به آزمون ***t*** مستقل به‌منظور ارزیابی تفاوت اثربخشی دو روش مداخله (درمان فراتشخیصی یکپارچه و شفقت‌درمانی)

خرده‌مقیاس	آماره t	سطح معناداری	آمارهٔ U	سطح معناداری	تفسیر
ادراک واقعیت	۰/۱۸	۰/۸۵۷	۴۵۵	۰/۹۰۲	**تفاوت معنادار نیست**
سازگاری	۱/۸۷	۰/۰۰۶	۳۱۰	۰/۰۰۷	**فراتشخیصی یکپارچه مؤثرتر**
امنیت هیجانی	۰/۲۲	۰/۸۲۵	۴۵۰	۰/۸۸۹	**تفاوت معنادار نیست**
امنیت اجتماعی	-۱/۳۱	۰/۰۰۶	۲۶۲	۰/۰۰۳	**شفقت‌درمانی مؤثرتر**
موفقیت شغلی	۰/۲۷	۰/۷۸۷	۴۴۹	۰/۸۸۵	**تفاوت معنادار نیست**
احساس حقارت/طرد	۲/۱۲	۰/۰۰۳	۲۹۵	۰/۰۰۴	**فراتشخیصی یکپارچه مؤثرتر**
احساس تنهایی/افسردگی	۲/۰۵	۰/۰۰۳	۲۹۸	۰/۰۰۵	**فراتشخیصی یکپارچه مؤثرتر**

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

اعتمادبه‌نفس/ارزشمندی	۰/۲۹	۰/۷۷۱	۴۴۸	۰/۸۸۱	**تفاوت معنادار نیست**
استرس/روان‌رنجوری	۰/۳۹	۰/۶۹۸	۴۴۰	۰/۸۴۸	**تفاوت معنادار نیست**
بی‌اعتمادی/ترس عمومی	۰/۴۳	۰/۴۵۸	۴۶۹	۰/۸۲۳	**تفاوت معنادار نیست**
تحمل	۰/۵۶	۰/۳۵۶	۳۵۰	۰/۵۸۳	**تفاوت معنادار نیست**
ارزیابی	۱/۸۹	۰/۰۰۵	۳۱۲	۰/۰۰۷	**فراتشخیصی یکپارچه مؤثرتر**
جذب‌شدن	۰/۳۵	۰/۱۴۸	۲۸۴	۰/۷۳۴	**تفاوت معنادار نیست**
تنظیم هیجانی	۰/۴۳	۰/۴۵۸	۴۶۹	۰/۸۲۳	**تفاوت معنادار نیست**

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی و شفقت‌درمانی در امنیت روانی و تحمل پریشانی زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر زمان، گروه و تعامل زمان × گروه در تمامی مؤلفه‌های امنیت روانی معنادار است؛ به‌گونه‌ای که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار امنیت روانی شدند و این تغییرات در مرحلهٔ پیگیری نیز تا حد زیادی پایدار باقی ماند. این یافته بیانگر آن است که هر دو رویکرد توانسته‌اند بخشی از پیامدهای روان‌شناختی ناشی از تجربه خشونت را کاهش دهند.

یافته‌های مربوط به پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی با نتایج پژوهش اوسما[1] و همکاران (۲۰۲۳) همسو است که نشان دادند این پروتکل در زنان بازمانده از خشونت، تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد، نمرات اضطراب، افسردگی، عاطفهٔ منفی و طرد هیجانی را کاهش و کیفیت زندگی، ازجمله روابط خانوادگی، و عزت‌نفس را افزایش می‌دهد. همچنین با مطالعات ایرانی علوی و همکاران (۱۴۰۱)، علوی و زندکریمی (۱۴۰۱) و صاحب‌زمانی و همکاران (۱۴۰۲) و پژوهش‌های اخیر سانچز-فرر[2] و همکاران (۲۰۲۵) و لائو[3] و همکاران (۲۰۲۳) هم‌خوانی دارد. در پژوهش حاضر، این درمان موجب افزایش ادراک واقعیت، سازگاری، اعتمادبه‌نفس، احساس حرمت و علاقهٔ اجتماعی و کاهش احساس حقارت، تنیدگی، خودکم‌بینی، نگرانی و احساس تنهایی شد. این آثار را می‌توان براساس مدل نظری پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) و یافته‌های تجربی مرتبط تبیین کرد. این رویکرد بر این فرض استوار است که اختلال‌های هیجانی از مجموعه‌ای از فرایندهای مشترک زیربنایی ناشی می‌شوند که شامل اجتناب هیجانی، تحمل‌نکردن هیجان‌های شدید، الگوهای شناختی ناسازگار (مانند فاجعه‌سازی و هم‌جوشی شناختی) و رفتارهای هیجان‌محور است. زنان آسیب‌دیده از خشونت به‌دلیل تجربهٔ مکرر تهدید، کنترل و تحقیر، هیجان‌های منفی را به‌عنوان نشانه‌ای از خطر فوری تلقی می‌کنند و برای کاهش ناراحتی، از راهبردهای اجتنابی (سرکوب، کناره‌گیری یا اجتناب از موقعیت‌های هیجانی) استفاده می‌کنند. این اجتناب در بلندمدت احساس ناتوانی، ناایمنی و حقارت را تقویت می‌کند. پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی با آموزش آگاهی هیجانی، بازنگری شناختی، شناسایی و مقابله با رفتارهای هیجان‌محور و مواجههٔ تدریجی با حس‌های بدنی و موقعیت‌های هیجانی، به افراد کمک می‌کند هیجان‌های شدید را بدون اجتناب تجربه کنند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که افزایش بازنگری شناختی از مکانیسم‌های کلیدی این پروتکل است و بهبود در این مهارت، کاهش بعدی اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (کاشیهارا[4] و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه‌بر این، کاهش معنادار «طرد هیجانی» و «نبود کنترل هیجانی»، که در مطالعهٔ اوسما و همکاران (۲۰۲۳) گزارش شده است، با افزایش احساس کنترل درونی و کاهش احساس حقارت و خودکم‌بینی در پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. این تغییر ادراک از خود به‌عنوان فردی ناتوان به فردی توانمند در مدیریت هیجان‌ها، زمینه‌ساز بهبود سازگاری، اعتمادبه‌نفس و علاقهٔ اجتماعی می‌شود.

به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌هایی مانند آگاهی هیجانی، بازنگری شناختی، تحمل هیجان‌های ناخوشایند و مواجههٔ تدریجی با تجربه‌های هیجانی، به کاهش احساس ناتوانی و افزایش احساس کنترل بر شرایط زندگی کمک کرده باشد. چنین تغییری احتمالاً موجب بهبود ادراک فرد از خود و محیط، افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش احساس حقارت و ناایمنی شده است. از سوی دیگر، بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند واکنش‌های تکانشی و اجتنابی را کاهش و سازگاری روان‌شناختی زنان را در مواجهه با پیامدهای خشونت افزایش دهد. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که ارتقای امنیت روانی مشاهده‌شده در این پژوهش، حاصل تأثیر هم‌زمان این فرایندهای شناختی و هیجانی باشد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که شفقت‌درمانی نیز به‌طور معناداری موجب بهبود امنیت روانی زنان آسیب‌دیده از خشونت شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پورسهرابی و همکاران (۱۴۰۰) و هوشمند و ترخان (۱۴۰۱) همسو است.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که شفقت‌درمانی نیز به‌طور معناداری موجب بهبود امنیت روانی زنان آسیب‌دیده از خشونت

[1] Osma
[2] Sánchez-Ferrer
[3] Lau
[4] Kashihara

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

شد. این یافته با نتایج پژوهش پایلوت نایسمیت[1] و همکاران (۲۰۲۰) همسو است که نشان دادند درمان مبتنی‌بر شفقت در زنان بازمانده از خشونت همسر و خشونت مبتنی‌بر جنسیت، علائم هیجانی را کاهش می‌دهد و احساس شرم و خودانتقادی را تعدیل می‌کند. همچنین، با مطالعات پورسهرابی و همکاران (۱۴۰۰)، هوشمند و ترخان (۱۴۰۱)، بررسی‌های نظام‌مند برووون و آشکروفت[2] (۲۰۲۵) و موریس[3] و همکاران (۲۰۲۶) و مطالعات اخیر دیویدسون[4] و همکاران (۲۰۲۵) و امیرزا[5] و همکاران (۲۰۲۴)، که افزایش خودشفقتی و تاب‌آوری را در زنان خشونت‌دیده گزارش کرده‌اند، هم‌خوانی دارد. در پژوهش حاضر، شفقت‌درمانی موجب افزایش ادراک واقعیت، اعتمادبه‌نفس، سازگاری، احساس حرمت و علاقهٔ اجتماعی و کاهش احساس حقارت، تنیدگی، خودکم‌بینی، نگرانی و احساس تنهایی شد. این اثر را می‌توان براساس مدل سه‌نظامی تنظیم هیجان گیلبرت (۲۰۱۴؛ گیلبرت و سیمون، ۲۰۲۲) و مدل خودشفقتی نف (۲۰۰۳) تبیین کرد. براساس مدل گیلبرت، تجربهٔ خشونت مکرر نظام تهدید را بیش‌فعال و نظام آرام‌سازی را تضعیف می‌کند. در نتیجه، فرد به‌جای احساس ایمنی درونی، دائماً در حالت هوشیاری به خطر باقی می‌ماند و خودانتقادی و شرم به‌عنوان راهبردهای دفاعی درونی‌شده ظاهر می‌شوند. شفقت‌درمانی با پرورش «ذهن شفقت‌ورز» و تمرین‌های تصویرسازی، تنفس آرام‌بخش و پاسخ‌دهی مهربانانه به خود، نظام آرام‌سازی و دلبستگی ایمن را فعال می‌کند. این فعال‌سازی سبب کاهش شدت پاسخ‌های تهدیدمحور می‌شود و احساس ایمنی روان‌شناختی را بازمی‌گرداند. از دیدگاه نظری، تجربهٔ خشونت مکرر از سوی همسر، نظام تهدید را بیش‌فعال و نظام آرام‌سازی را تضعیف می‌کند. در این شرایط، شرم و خودانتقادی به‌عنوان راهبردهای دفاعی درونی‌شده عمل می‌کنند و احساس ایمنی روان‌شناختی را تخریب می‌کنند. شفقت‌درمانی به‌جای حملهٔ مستقیم به این شناخت‌های منفی (آن‌گونه که در رویکردهای صرفاً شناختی انجام می‌شود)، از مسیر فعال‌سازی عاطفهٔ مثبت وابستگی‌محور عمل می‌کند. تمرین‌های فیزیولوژیکی، مانند تنفس آرام‌بخش، نظام پاراسمپاتیک را تحریک می‌کنند و تمرین‌های تصویرسازی و پرورش ذهن شفقت‌ورز، ظرفیت خودآرام‌سازی را بازمی‌گردانند. در نتیجه، فرد به‌تدریج تجربه می‌کند که می‌تواند در برابر رنج خود، به‌جای حمله یا اجتناب، با نگرشی حمایتگر پاسخ دهد. این تغییر در رابطه با رنج، احساس ناایمنی درونی را کاهش می‌دهد و ادراک فرد از خود را از «فردی آسیب‌پذیر و بی‌ارزش» به «فردی که می‌تواند از خود مراقبت کند» تغییر می‌دهد.

علاوه‌بر این، مؤلفهٔ انسانیت مشترک در شفقت‌درمانی، تجربهٔ خشونت را از چهارچوب شخصی و شرم‌آور خارج می‌کند و آن را در بافت تجربهٔ انسانی قرار می‌دهد. این بازتعریف، احساس انزوا و طردشدگی را کاهش می‌دهد و زمینهٔ افزایش علاقهٔ اجتماعی و سازگاری را فراهم می‌کند. یافته‌های نایسمیت و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد که کاهش احساس بی‌کفایتی، شناخت‌های گناه و اجتناب تجربه‌ای می‌تواند از مسیرهای میانجی مهم در بهبود علائم باشد؛ موضوعی که با کاهش احساس حقارت، خودکم‌بینی و احساس تنهایی در پژوهش حاضر همسو است. بنابراین، بهبود مشاهده‌شده در امنیت روانی در پژوهش حاضر را می‌توان نتیجهٔ هم‌زمان کاهش شرم و خودانتقادی، فعال‌سازی نظام آرام‌سازی و بازتعریف تجربهٔ رنج در چهارچوب انسانیت مشترک دانست؛ مسیرهایی که در ادبیات موجود به‌عنوان مکانیسم‌های اصلی اثربخشی مداخلات مبتنی‌بر شفقت در بازماندگان خشونت شناسایی شده‌اند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو مداخلهٔ درمان فراتشخیصی یکپارچه و شفقت‌درمانی در افزایش تحمل پریشانی زنان آسیب‌دیده از خشونت اثربخش بودند و اثر زمان، گروه و تعامل زمان × گروه در مؤلفه‌های تحمل پریشانی معنادار بود. همچنین، پایداری این تغییرات در مرحلهٔ پیگیری نشان داد که آثار درمانی تنها به پایان جلسات محدود نبود و تا دو ماه پس از مداخله نیز حفظ شده است. این یافته بیانگر آن است که هر دو رویکرد می‌توانند ظرفیت زنان آسیب‌دیده از خشونت را برای تحمل و مدیریت هیجان‌های ناخوشایند افزایش دهند.

یافته‌های مربوط به پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی با نتایج پژوهش‌های قزلسفلو و همکاران (۱۴۰۱)، گودرزی و همکاران (۱۴۰۰) و مطالعات اخیر دربارهٔ کاهش هم‌جوشی شناختی و پریشانی روان‌شناختی در زنان قربانی خشونت خانگی همسو است. در پژوهش حاضر، این درمان موجب بهبود مؤلفه‌های تحمل پریشانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، جذب‌شدن با هیجان‌های منفی و تنظیم هیجانی شد. یافتهٔ مربوط به اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر افزایش تحمل پریشانی زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر را می‌توان براساس ماهیت فراتشخیصی و هیجان‌محور این پروتکل تبیین کرد. پروتکل یکپارچه، برخلاف رویکردهای متمرکز بر یک اختلال خاص، فرایندهای هیجانی مشترکی را هدف قرار می‌دهد که در طیف گسترده‌ای از مشکلات هیجانی نقش دارند؛ ازجمله واکنش‌پذیری هیجانی، اجتناب تجربه‌ای، ارزیابی منفی هیجان، انعطاف‌ناپذیری شناختی و مشکلات تنظیم هیجان. از این منظر، تحمل پریشانی از فرایندهای مهم و مشترک در آسیب‌شناسی هیجانی است و افزایش آن می‌تواند یکی از پیامدهای منطقی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در

[1] Naismith
[2] Brown, N., & Ashcroft
[3] Morris
[4] Davidson
[5] Emirza

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

پروتکل یکپارچه باشد. یافته‌های پژوهشی اخیر نیز این دیدگاه را تأیید کرده‌اند؛ به‌گونه‌ای که در زنان مبتلابه اضطراب اجتماعی، اجرای پروتکل یکپارچه موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی در ابعاد مختلف آن شده و این اثر در پیگیری سه‌ماهه نیز حفظ شده است (امیری و همکاران، ۲۰۲۶). همچنین پژوهش‌های فرایندی نشان داده‌اند که در طول اجرای پروتکل یکپارچه، تغییر در تحمل پریشانی و کاهش اجتناب تجربه‌ای هم‌زمان با کاهش علائم اضطراب و افسردگی رخ می‌دهد (هود[1] و همکاران، ۲۰۲۱). در زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر، اهمیت این سازوکار می‌تواند بیشتر باشد؛ زیرا تجربهٔ مکرر خشونت می‌تواند فرد را در معرض هیجان‌های شدید و مستمر، مانند ترس، خشم، شرم، غم، درماندگی و ناامنی، قرار دهد. در چنین شرایطی، مشکل فرد صرفاً شدت زیاد هیجان‌های منفی نیست، بلکه ممکن است به‌تدریج رابطه‌ای ناسازگارانه با این هیجان‌ها شکل بگیرد؛ به این معنا که فرد هیجان‌های ناخوشایند خود را تهدیدکننده، غیرقابل‌تحمل یا خارج از کنترل ادراک کند و برای کاهش سریع آن‌ها به اجتناب، سرکوب، حواس‌پرتی یا رفتارهای هیجان‌محور دیگر متوسل شود. اگرچه ممکن است این چرخه در کوتاه‌مدت موجب کاهش موقت ناراحتی شود، در بلندمدت باعث تداوم حساسیت هیجانی و کاهش فرصت فرد برای یادگیری خواهد شد. بنابراین، یکی از مسیرهای مهم افزایش تحمل پریشانی در این پژوهش می‌تواند شکستن چرخهٔ «پریشانی ـ اجتناب ـ تسکین کوتاه‌مدت ـ تداوم آسیب‌پذیری» باشد. پروتکل یکپارچه با آموزش آگاهی هیجانی و ذهن‌آگاهی، به زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر کمک می‌کند تجربه‌های هیجانی خود را با توجه بیشتر و قضاوت کمتر مشاهده کنند. در نتیجه، فرد به‌جای آنکه بلافاصله برای حذف هیجان اقدام کند، می‌آموزد که هیجان را شناسایی، نام‌گذاری و مشاهده کند و میان تجربهٔ هیجانی و واکنش رفتاری خود فاصله ایجاد کند. این فرایند برای زنان آسیب‌دیده از خشونت اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا ممکن است آنان به‌دلیل تجربه‌های مکرر تهدید و ناایمنی، در برابر نشانه‌های هیجانی و بدنی حساس شده باشند. مطالعهٔ انجام‌شده بر زنان بازمانده از خشونت نیز نشان داده است که اجرای پروتکل یکپارچه با بهبود تنظیم هیجان و کاهش مشکلاتی همچون عدم کنترل هیجانی، طرد هیجان و عاطفهٔ منفی همراه بوده است و تغییرات در پیگیری‌های طولانی‌مدت نیز تا حد زیادی حفظ شده‌اند (اوسما و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، آموزش انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند یکی دیگر از سازوکارهای مهم اثرگذاری پروتکل بر تحمل پریشانی باشد. در شرایط خشونت، ممکن است فرد به‌دلیل تجربه‌های مکرر تهدید، هیجان‌های خود را به‌صورت فاجعه‌آمیز ارزیابی کند؛ برای مثال، اضطراب را نشانهٔ ناتوانی، خشم را نشانهٔ خطر یا احساس درماندگی را نشانهٔ نداشتن توانایی مقابله تلقی کند. انعطاف‌پذیری شناختی به فرد امکان می‌دهد میان «تجربهٔ یک هیجان شدید» و «غیرقابل‌تحمل یا خطرناک‌بودن آن هیجان» تمایز قائل شود. بنابراین، شدت هیجان لزوماً به معنای ضرورت اجتناب از آن نیست. چنین تغییری در ارزیابی شناختی می‌تواند ظرفیت فرد برای ماندن در موقعیت هیجانی و تحمل آن را افزایش دهد. همچنین، بخش مقابله با رفتارهای هیجان‌محور و مواجههٔ هیجانی در پروتکل یکپارچه، به فرد فرصت می‌دهد تا به‌صورت تدریجی تجربه کند که می‌توان هیجان ناخوشایند را بدون استفادهٔ فوری از راهبردهای اجتنابی تحمل کرد. در این فرایند، فرد از طریق تجربه‌های مکرر می‌آموزد که هیجان‌ها ماهیتی گذرا دارند، الزاماً به پیامدهای فاجعه‌آمیز منجر نمی‌شوند و فرد توانایی مدیریت آن‌ها را دارد. به عبارت دیگر، مواجههٔ هیجانی می‌تواند از طریق افزایش تجربهٔ تسلط و خودکارآمدی، انتظار «من نمی‌توانم این احساس را تحمل کنم» را به انتظار «من می‌توانم این احساس را تجربه کنم و همچنان رفتار مؤثر خود را ادامه دهم» تبدیل کند. از این منظر، افزایش تحمل پریشانی در پژوهش حاضر را می‌توان نه‌صرفاً ناشی از کاهش شدت هیجان‌های منفی، بلکه ناشی از تغییر رابطه فرد با هیجان دانست. این تبیین با ماهیت فراتشخیصی پروتکل یکپارچه نیز هماهنگ است. در واقع، هدف اصلی پروتکل یکپارچه حذف کامل هیجان‌های ناخوشایند نیست، بلکه آموزش پاسخ‌های سازگارانه‌تر به آن‌هاست؛ یعنی فرد می‌آموزد هیجان‌های شدید را بپذیرد، تحمل کند و بدون کنارگذاشتن اهداف خود به آن‌ها پاسخ دهد. ازهمین‌رو، می‌توان انتظار داشت که اثر درمان در متغیری مانند تحمل پریشانی، که مستقیماً به توانایی فرد برای باقی‌ماندن در تماس با تجربه‌های هیجانی ناخوشایند مربوط است، آشکار شود.

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که شفقت‌درمانی موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی شد؛ یافته‌ای که با نتایج مطالعات امیدیان و همکاران (۱۴۰۱)، مؤید (۱۴۰۱)، باباخانی (۱۴۰۱)، حسینی‌مهر و همکاران (۱۴۰۰) و افرا (۱۳۹۹) همسو است. برای تبیین این یافته، می‌توان به ماهیت خاص تجربهٔ خشونت همسر و پیامدهای هیجانی آن توجه کرد. زنان مواجه‌شده با خشونت همسر ممکن است علاوه‌بر ترس، خشم، غم و اضطراب، هیجان‌های ثانویه‌ای مانند شرم، احساس گناه، احساس بی‌ارزشی و خودسرزنشی را نیز تجربه کنند. تداوم این هیجان‌ها، به‌ویژه زمانی که فرد آن‌ها را ناشی از نقص یا ناتوانی شخصی خود بداند، می‌تواند چرخه‌ای از «پریشانی ـ خودانتقادی ـ افزایش تهدید هیجانی ـ اجتناب» ایجاد کند. در این چرخه، فرد نه‌تنها از موقعیت یا هیجان ناخوشایند رنج می‌برد، بلکه به‌دلیل قضاوت و سرزنش خود، تجربهٔ هیجانی را تهدیدکننده‌تر و تحمل‌ناپذیرتر ارزیابی می‌کند. از دیدگاه شفقت‌درمانی، خودانتقادی و شرم مزمن می‌توانند با فعال‌نگه‌داشتن سیستم تهدید، دسترسی فرد به احساس ایمنی، آرامش و

[1] Hood

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

خودتسکین‌دهی را محدود کنند. در مقابل، شفقت‌درمانی با هدف قراردادن شرم و خودانتقادی و تقویت رابطه‌ای مهربانانه‌تر با خود، می‌تواند تعادل بیشتری میان سیستم تهدید و سیستم آرام‌سازی ایجاد کند. از این منظر، یکی از مهم‌ترین مسیرهای اثرگذاری شفقت‌درمانی در تحمل پریشانی، تغییر در «نحوهٔ مواجههٔ فرد با رنج» است. در این رویکرد، هدف صرفاً حذف یا کاهش هیجان‌های منفی نیست، بلکه فرد می‌آموزد در مواجهه با رنج، به‌جای فعال‌کردن الگوی خودسرزنشگرانه، با خود رویکردی حمایتگر، غیرقضاوتی و مهربانانه داشته باشد. بنابراین، زمانی که زن آسیب‌دیده با خاطرات خشونت، احساس ترس، خشم، شرم یا درماندگی مواجه می‌شود، به‌جای آنکه تجربهٔ هیجانی خود را نشانهٔ ضعف یا ناتوانی تلقی کند، می‌تواند آن را واکنشی قابل‌فهم به نوعی تجربهٔ دشوار انسانی در نظر بگیرد. این تغییر در معنایابی تجربهٔ هیجانی اهمیت زیادی دارد؛ زیرا تحمل پریشانی صرفاً به میزان شدت هیجان وابسته نیست، بلکه به ارزیابی فرد از توانایی خود برای مواجهه با آن هیجان نیز بستگی دارد. در این زمینه، کاهش خودانتقادی می‌تواند یکی از سازوکارهای اساسی افزایش تحمل پریشانی باشد. فردی که در مواجهه با هیجانی ناخوشایند، بلافاصله خود را سرزنش می‌کند، در واقع منبع ثانویه‌ای از پریشانی را به هیجان اولیه اضافه می‌کند؛ برای مثال، ترس می‌تواند با این فکر همراه شود که «من آدم ضعیفی هستم»، یا احساس درماندگی با این باور همراه شود که «من نتوانسته‌ام از خودم محافظت کنم»؛ در نتیجه، تجربهٔ اولیه با لایهٔ ثانویه‌ای از شرم و خودانتقادی تشدید می‌شود. شفقت‌درمانی با جایگزین‌کردن خودانتقادی افراطی با خودشفقتی، می‌تواند این لایهٔ ثانویه را کاهش دهد. فراتحلیل پژوهش‌های شفقت‌درمانی نیز نشان داده است که CFT در کاهش خودانتقادی و افزایش خودآرام‌سازی مؤثر است. بنابراین، افزایش تحمل پریشانی در پژوهش حاضر می‌تواند تا حدی ناشی از این باشد که شرکت‌کنندگان به‌تدریج آموخته‌اند در هنگام تجربهٔ هیجان‌های دشوار، به‌جای تشدید رنج از طریق سرزنش خود، از پاسخ‌های آرام‌کننده و حمایتگرانه استفاده کنند. مکانیسم مهم دیگر، کاهش اجتناب تجربه‌ای است. فردی که هیجان‌های دردناک خود را غیرقابل‌تحمل ارزیابی می‌کند، معمولاً برای کاهش سریع آن‌ها به اجتناب، سرکوب، بی‌حس‌سازی هیجانی یا راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانهٔ دیگر متوسل می‌شود. اگرچه این راهبردها ممکن است در کوتاه‌مدت شدت ناراحتی را کاهش دهند، در بلندمدت به فرد فرصت نمی‌دهند تجربه کند که می‌تواند در حضور یک هیجان ناخوشایند باقی بماند و بدون فرار از آن، آن را مدیریت کند. ازاین‌رو، کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌تواند به‌تدریج ظرفیت تحمل پریشانی را افزایش دهد.

همچنین، شفقت‌درمانی با تقویت «خودآرام‌سازی» می‌تواند ظرفیت فرد را برای تحمل برانگیختگی هیجانی افزایش دهد. در مدل شفقت‌درمانی، افراد دارای شرم و خودانتقادی زیاد ممکن است بیشتر تحت سلطهٔ سیستم تهدید قرار بگیرند و به تجربه‌های آرامش، امنیت و اطمینان دسترسی کمتری داشته باشند. تمرین‌های شفقت‌محور، ازجمله پرورش ذهن مشفق، تصویرسازی مشفقانه و ایجاد گفت‌وگوی درونی حمایتگر، می‌توانند به فعال‌شدن ظرفیت‌های آرام‌سازی و احساس ایمنی کمک کنند. در نتیجه، فرد در مواجهه با یک موقعیت یا هیجان تنش‌زا، تنها یک پاسخ «مبارزه یا گریز» در اختیار ندارد، بلکه می‌تواند از پاسخ آرام‌کننده و تنظیم‌کننده نیز استفاده کند. نظریهٔ شفقت‌درمانی این فرایند را در قالب تعامل میان سیستم تهدید، سیستم انگیزشی و سیستم آرام‌سازی توضیح می‌دهد. این فرایند برای زنان آسیب‌دیده از خشونت همسر اهمیت مضاعفی دارد؛ زیرا تجربهٔ مکرر خشونت می‌تواند احساس ناایمنی و آمادگی برای تهدید را تقویت کند. در چنین شرایطی، حتی پس از پایان موقعیت خشونت‌آمیز، نشانه‌های هیجانی و بدنی مانند اضطراب، ترس، خشم یا احساس درماندگی ممکن است به‌عنوان نشانه‌هایی تهدیدکننده تجربه شوند.

شفقت‌درمانی با ایجاد تجربه‌های مکرر از خودآرام‌سازی، پذیرش و حمایت درونی، می‌تواند به فرد کمک کند میان «تجربهٔ هیجان شدید» و «وجود خطر واقعی» تمایز قائل شود. به این ترتیب، فرد به‌تدریج یاد می‌گیرد که حضور هیجان شدید لزوماً به معنای ناتوانی یا ضرورت فرار از آن نیست و می‌توان با وجود تجربهٔ پریشانی، آن را تحمل و تنظیم کرد. از سوی دیگر، خودشفقتی می‌تواند از طریق تغییر نحوهٔ ارزیابی شکست‌ها و تجربه‌های ناخوشایند نیز به افزایش تحمل پریشانی کمک کند. یکی از مؤلفه‌های اصلی خودشفقتی، درک این موضوع است که رنج، شکست و تجربه‌های دشوار بخشی از تجربهٔ انسانی هستند. چنین نگرشی درخصوص زنان آسیب‌دیده از خشونت، اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا ممکن است فرد مسئولیت خشونت همسر را به‌اشتباه متوجه خود کند و تجربهٔ خشونت را نشانهٔ ضعف، ناتوانی یا بی‌ارزشی خود بداند. شفقت‌درمانی با اصلاح این رابطهٔ درونی و کاهش قضاوت منفی دربارهٔ خود، می‌تواند احساس شرم و گناه نابجا را کاهش دهد و برای مواجههٔ سازگارانه با هیجان‌های دردناک، فضای روانی بیشتری فراهم کند.

نتایج مقایسهٔ مستقیم دو مداخله نشان داد که اگرچه هر دو درمان در بهبود امنیت روانی و افزایش تحمل پریشانی مؤثر بودند، در برخی مؤلفه‌ها تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده شد. براساس نتایج آزمون‌های مقایسه‌ای، درمان فراتشخیصی یکپارچه در مؤلفه‌های سازگاری، احساس حقارت، احساس تنهایی/افسردگی و ارزیابی ذهنی پریشانی در مقایسه با شفقت‌درمانی اثربخشی بیشتری داشت، درحالی‌که شفقت‌درمانی در مؤلفهٔ امنیت اجتماعی عملکرد مطلوب‌تری نشان داد. در دیگر مؤلفه‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی، تفاوت معناداری بین دو رویکرد مشاهده نشد. این

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

یافته نشان می‌دهد که اگرچه هر دو درمان بر فرایندهای هیجانی مشترک اثرگذارند، احتمالاً مسیرهای متفاوتی را برای دستیابی به این پیامدها دنبال می‌کنند. برتری درمان فراتشخیصی در برخی مؤلفه‌های امنیت روانی را می‌توان با ماهیت این رویکرد تبیین کرد. درمان فراتشخیصی با تمرکز بر فرایندهای مشترک اختلال‌های هیجانی، به‌ویژه تنظیم هیجان، بازسازی شناختی، کاهش اجتناب هیجانی و مواجهه با تجربه‌های هیجانی، تلاش می‌کند عوامل زیربنایی ایجادکنندهٔ آشفتگی روان‌شناختی را هدف قرار دهد. احتمالاً همین ویژگی موجب شده است زنان آسیب‌دیده از خشونت بتوانند احساس حقارت، تنهایی و ناسازگاری خود را مؤثرتر مدیریت کنند. ازآنجاکه این افراد معمولاً با هیجان‌های منفی مزمن، احساس درماندگی و الگوهای شناختی ناکارآمد مواجه هستند، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و اصلاح این الگوها می‌تواند در بهبود سازگاری و کاهش پریشانی آنان نقش مهمی ایفا کند.

از سوی دیگر، اثربخشی بیشتر شفقت‌درمانی در امنیت اجتماعی احتمالاً به تأکید این رویکرد بر خودشفقتی، همدلی و احساس انسانیت مشترک مربوط است. براساس مدل گیلبرت (۲۰۰۹) و نف (۲۰۰۳)، خودشفقتی علاوه‌بر کاهش خودانتقادی، می‌تواند احساس تعلق، پذیرش اجتماعی و کیفیت روابط بین‌فردی را نیز افزایش دهد. در زنان آسیب‌دیده از خشونت، که معمولاً تجربهٔ طرد، شرم و انزوای اجتماعی را گزارش می‌کنند، تقویت نگرش مهربانانه به خود و دیگران ممکن است زمینهٔ برقراری روابط بین‌فردی ایمن‌تر و احساس امنیت اجتماعی بیشتر را فراهم کرده باشد. بنابراین، برتری شفقت‌درمانی در این مؤلفه با مبانی نظری این رویکرد هم‌خوانی دارد. بااین‌حال، در اغلب مؤلفه‌های امنیت روانی و تحمل پریشانی بین دو درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته نشان می‌دهد که هر دو رویکرد، باوجود تفاوت در مبانی نظری و فنون درمانی، احتمالاً از طریق بهبود تنظیم هیجان، کاهش هیجان‌های منفی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به پیامدهای مشابهی منجر می‌شوند. ازاین‌رو، انتخاب هریک از این دو مداخله در عمل بالینی می‌تواند با توجه به نیازهای فرد، اهداف درمان، ویژگی‌های مراجع و امکانات درمانگر انجام شود. در افرادی که مشکلات اصلی آنان بیشتر به دشواری در تنظیم هیجان و اجتناب هیجانی مربوط است، درمان فراتشخیصی ممکن است انتخاب مناسب‌تری باشد، درحالی‌که برای افرادی که خودانتقادی، شرم و مشکلات بین‌فردی نقش پررنگ‌تری در مشکلات آنان دارد، شفقت‌درمانی می‌تواند مزایای بیشتری به‌همراه داشته باشد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمان فراتشخیصی یکپارچه و شفقت‌درمانی در بهبود امنیت روانی و افزایش تحمل پریشانی زنان آسیب‌دیده از خشونت مؤثرند و بخش قابل‌توجهی از این آثار تا مرحلهٔ پیگیری دوماهه نیز حفظ شد. بااین‌حال، درمان فراتشخیصی یکپارچه در برخی مؤلفه‌ها، ازجمله سازگاری، احساس حقارت، احساس تنهایی/افسردگی و ارزیابی ذهنی پریشانی، اثربخشی بیشتری نشان داد. در مقابل، شفقت‌درمانی در بهبود امنیت اجتماعی عملکرد مطلوب‌تری داشت. این یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو مداخله می‌توانند به‌عنوان رویکردهای مبتنی‌بر شواهد برای کاهش پیامدهای روان‌شناختی خشونت علیه زنان استفاده شوند، اما انتخاب هریک از آن‌ها باید متناسب با نیازهای بالینی و ویژگی‌های روان‌شناختی مراجعان صورت گیرد. از نظر کاربردی، به‌کارگیری این دو رویکرد در مراکز مشاوره، مراکز حمایت از زنان آسیب‌دیده از خشونت و دیگر خدمات سلامت روان می‌تواند در ارتقای امنیت روانی، افزایش تحمل پریشانی و بهبود سازگاری روان‌شناختی این گروه نقش مؤثری ایفا کند. همچنین، یافته‌های این پژوهش می‌تواند زمینه را برای انجام مطالعات مقایسه‌ای بیشتر دربارهٔ اثربخشی درمان‌های موج سوم و رویکردهای فراتشخیصی در جمعیت زنان آسیب‌دیده از خشونت فراهم کند. پژوهش حاضر نیز همانند مطالعات دیگر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج به آن‌ها توجه شود. نخست، حجم نمونه نسبتاً محدود بود و شرکت‌کنندگان تنها از مراکز مشاورهٔ شهر تهران انتخاب شدند. بنابراین، تعمیم نتایج به مناطق جغرافیایی و گروه‌های جمعیتی دیگر باید بااحتیاط انجام شود. دوم، داده‌ها براساس ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شدند که احتمال سوگیری ناشی از تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی یا خطاهای گزارش فردی را افزایش می‌دهد. سوم، اگرچه از شرکت‌کنندگان خواسته شد در طول اجرای پژوهش از دریافت مداخلات روان‌شناختی یا درمان‌های دارویی دیگر خودداری کنند، کنترل کامل این متغیرها امکان‌پذیر نبود. همچنین، اگرچه دورهٔ پیگیری دوماهه اطلاعاتی دربارهٔ پایداری نسبی آثار درمان ارائه کرد، برای ارزیابی پیامدهای بلندمدت کافی نیست. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونهٔ بزرگ‌تر و در شهرها و فرهنگ‌های مختلف انجام شوند تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، استفادهٔ هم‌زمان از روش‌های ارزیابی چندگانه، ازجمله مصاحبه‌های بالینی، گزارش درمانگر و شاخص‌های مشاهده‌ای، می‌تواند اعتبار یافته‌ها را تقویت کند. انجام مطالعات با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر نیز برای بررسی پایداری آثار درمان ضروری به نظر می‌رسد. از منظر کاربردی، با توجه به اثربخشی هر دو مداخله، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناختی و مراکز حمایت از زنان آسیب‌دیده از خشونت از درمان فراتشخیصی یکپارچه و شفقت‌درمانی به‌عنوان مداخلات مبتنی‌بر شواهد بهره گیرند و انتخاب هر رویکرد را براساس نیازهای روان‌شناختی و اهداف درمانی مراجعان انجام دهند.

تشکر و قدردانی

از تمام کسانی که در انجام پژوهش کمک کرده‌اند، اما نویسندهٔ اصلی نیستند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

تضاد منافع

میان نویسندگان تحقیق هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

به‌منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، پیش از ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه، اهداف و فرایند اجرای پژوهش برای ایشان توضیح داده و رضایت‌نامهٔ آگاهانه کتبی از آنان دریافت شد. همچنین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند و در هر مرحله از پژوهش می‌توانند بدون هیچ‌گونه پیامدی از ادامهٔ همکاری انصراف دهند. همچنین، به شرکت‌کنندگان درخصوص موازین اخلاقی اطمینان کامل داده شد. این تحقیق برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است و کد اخلاق به شمارهٔ IR.IAU.TNB.REC.1403.378 دارد.

REFERENCE

1. Alavi Z, Ghasemzadeh S, Arjmandnia AA, Lavasani MG, Vakili S. The effectiveness of the unified transdiagnostic treatment protocol on the social skills of students with anxiety disorders and the self-efficacy of their mothers. Journal of Applied Psychological Research. 2022;13(3):225-241. DOI: 10.22059/japr.2022.330196.643986
2. Allen AB, Robertson E, Patin GA. Improving emotional and cognitive outcomes for domestic violence survivors: the impact of shelter stay and self-compassion support groups. J Interpers Violence. 2021;36(1-2):NP598-NP624. DOI: 10.1177/0886260517723145
3. Omidian S, Kazemian Moghadam K, Haroon Rshidi H. The effectiveness of compassion-based therapy on distress tolerance and relationship beliefs of women with substance-dependent spouses. Research on Addiction. 2022;16(64):309-327. DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309
4. Amiri N, Hafezi F, Sharifi Fard A, Asgari P. The comparison of acceptance and commitment therapy and the Unified Protocol in improving distress tolerance in women with social anxiety. Women's Health Bulletin. 2026;13(2):92-101. DOI: 10.30476/whb.2026.108634.1375
5. Ayuso-Bartol A, Cano-Vindel A, González-Blanch C. Effectiveness of the Unified Protocol for emotional disorders: a randomized controlled trial in primary care. Int J Ment Health Addict. 2024. Link
6. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: client workbook. New York: Oxford University Press; 2011. DOI: 10.1093/med:psych/9780199772674.001.0001
7. Bentley KH, Boettcher H, Bullis JR, Carl JR, Conklin LR, Sauer-Zavala S, et al. Development of a single-session, transdiagnostic preventive intervention for young adults at risk for emotional disorders. Behav Modif. 2018;42(5):781-805. DOI: 10.1177/0145445517734354
8. Brown N, Ashcroft K. The effectiveness of compassion focused therapy for the three flows of compassion, self-criticism, and shame in clinical populations: a systematic review. Behav Sci (Basel). 2025;15(8):1031. DOI: 10.3390/bs15081031
9. Brown J, Clark D, Pooley AE. Exploring the use of neurofeedback therapy in mitigating symptoms of traumatic brain injury in survivors of intimate partner violence. J Aggress Maltreat Trauma. 2019;28(6):764-783. DOI: 10.1080/10926771.2019.1606034
10. Brown TA, Di Nardo PA, Lehman CL, Campbell LA. Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. J Abnorm Psychol. 2001;110(1):49-58. DOI: 10.1037/0021-843X.110.1.49
11. Bukuluki P, Kisaakye P, Mugisha J. Psychological consequences of intimate partner violence among women in Uganda. 2021. Link
12. Craske MG, Farchione TJ, Allen LB, Barrios V, Stoyanova M, Rose R. Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: more of the same or less of more? Behav Res Ther. 2007;45(6):1095-1109. DOI: 10.1016/j.brat.2006.09.006
13. Campbell JC, Anderson JC, McFadgion A, Gill J, Zink E, Patch M, et al. The effects of intimate partner violence and probable traumatic brain injury on central nervous system symptoms. J Womens Health (Larchmt). 2018;27(6):761-767. DOI: 10.1089/jwh.2016.6311
14. Cunningham ML, Szabo M, Rodgers RF, Franko DL, Eddy KT, Thomas JJ, et al. An investigation of distress tolerance and difficulties in emotion regulation in the drive for muscularity among women. Body Image. 2020;33:207-213. DOI: 10.1016/j.bodyim.2020.03.004
15. Davidson CA, Shillington KJ, Irwin JD, Mantler T. Exploring the impact of a no-cost, self-directed self-compassion intervention in promoting mental health, resilience and self-compassion among women in violent and non-violent relationships. J Community Appl Soc Psychol. 2025;35(1):e70030. DOI: 10.1002/casp.70030
16. Elhai JD, Levine JC, O'Brien KD, Armour C. Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. Comput Human Behav. 2018;84:477-484. DOI: 10.1016/j.chb.2018.03.026
17. Emirza EG, Bilgili N. The effect of mindfulness-based empowerment program on self-compassion, self-esteem and ways of coping with stress of women experienced violence: a randomised controlled study. Int J Ment Health Nurs. 2024;33(6):2314-2325. DOI: 10.1111/inm.13401
18. Gallegirian S, Deireh E, Ghamarani A, Poladi Reishahri A. The effect of unified trans-diagnostic treatment on the experiential avoidance and suicidal ideation in the girls victim of domestic violence. Psychological Methods and Models. 2022;12(46):69-84. Link
19. Gibbons CJ, DeRubeis RJ. Anxiety symptom focus in sessions of cognitive therapy for depression. Behav Ther. 2008;39(2):117-125. DOI: 10.1016/j.beth.2007.05.006
20. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):6-41. DOI: 10.1111/bjc.12043
21. Goudarzi M, Gholamrezaei S, Amraei K. The effectiveness of online unified transdiagnostic treatment on psychological distress, mindfulness, meta-emotion and psychological empowerment of pregnant women. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2021;8(1):88-105. DOI: 10.32598/shenakht.8.1.88
22. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. Cogn Behav Pract. 2020;27(2):184-201. DOI: 10.1016/j.cbpra.2019.05.004
23. Heleniak C, Bolden CR, McCabe CJ, Lambert HK, Rosen ML, King KM, et al. Distress tolerance as a mechanism linking violence exposure to problematic alcohol use in adolescence. Res Child Adolesc Psychopathol. 2021;49(9):1211-1225. DOI: 10.1007/s10802-021-00805-0
24. Hisasue T, Kuroda N, Yamamoto T. Mental health outcomes of women exposed to domestic violence in Japan: a cross-sectional study. 2020. Link
25. Hood CO, Southward MW, Bugher C, Sauer-Zavala S. A preliminary evaluation of the Unified Protocol among trauma-exposed adults with and without PTSD. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(21):11729. DOI: 10.3390/ijerph182111729
26. Hoshmand Farzaneh S, Tarkhan M. The effectiveness of compassion focused therapy on anxiety and perceived stress in patients with coronavirus disease. Psychological Studies. 2022;18(3):93-104. DOI: 10.22051/PSY.2022.40300.2617
27. Ivany AS, Bullock L, Schminkey D, Wells K, Sharps P, Kools S. Living in fear and prioritizing safety: exploring women's lives after traumatic brain injury from intimate partner violence. Qual Health Res. 2018;28(10):1708-1718. DOI: 10.1177/1049732318786702
28. Kashihara J, Kunisato Y, Sugawara D, Ito M. Network analysis

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

on the efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic cognitive behavioral therapy of emotional disorders [Preprint]. PsyArXiv; 2025. DOI: 10.31234/osf.io/s45dt_v1
29. Kirby JN, Gilbert P. The emergence of the compassion focused therapies. In: Gilbert P, editor. Compassion: concepts, research and applications. Abingdon: Routledge; 2017. p. 258-285. DOI: 10.4324/9781315564296-15
30. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. J Pers Soc Psychol. 2007;92(5):887-904. DOI: 10.1037/0022-3514.92.5.887
31. Laposa JM, Collimore KC, Hawley LL, Rector NA. Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. J Anxiety Disord. 2015;33:8-14. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.04.003
32. Lau W, Chisholm K, Gallagher MW, Felmingham K, Murray K, Pearce A, et al. Comparing the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders to prolonged exposure for the treatment of PTSD: design of a non-inferiority randomized controlled trial. Contemp Clin Trials Commun. 2023;33:101134. DOI: 10.1016/j.conctc.2023.101134
33. Lencha B, Ameya G, Baresa G, Minda Z, Ganfure G. Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. PLoS One. 2019;14(5):e0214962. DOI: 10.1371/journal.pone.0214962
34. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. Psychol Med. 2015;45(5):927-945. DOI: 10.1017/S0033291714002141
35. Lifshitz J, Crabtree-Nelson S, Kozlowski DA. Traumatic brain injury in victims of domestic violence. J Aggress Maltreat Trauma. 2019;28(6):655-659. DOI: 10.1080/10926771.2019.1606032
36. Longley SL, Gleiser TS. Efficacy of the Unified Protocol: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Sci Pract. 2023;30(2):208-221. DOI: 10.1037/cps0000141
37. Louis JM, Reyes MES. Cognitive self-compassion (CSC) online intervention to enhance self-esteem of adolescents exposed to parental intimate partner violence in India. J Fam Trauma Child Custody Child Dev. 2023;20(4):470-487. DOI: 10.1080/26904586.2023.2179563
38. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clin Psychol Rev. 2012;32(6):545-552. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.06.003
39. Maslow AH. The dynamics of psychological security-insecurity. J Pers. 1942;10(4):331-344. [DOI: 10.1111/j.1467-6494.1942.tb01911.x
40. McManus F, Shafran R, Cooper Z. What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? Br J Clin Psychol. 2010;49(4):491-505. DOI: 10.1348/014466509X476567
41. Morris KL, Marroquin CG, Flynn E, Lavender A. Healing through self after harm by others: the associations between self-compassion, trauma-related shame, and physical health. J Interpers Violence. 2026;41(11-12):2923-2937. DOI: 10.1177/08862605251336335
42. Mousavi S, Ghasemi M, Rahimi R. The effect of compassion-focused therapy on distress tolerance and emotional regulation in women with trauma history. Women's Health Bulletin. 2023;10(1):45-52. Link
43. Movaid P. Effectiveness of compassion-focused training on psychological well-being and distress tolerance in women experiencing marital conflict. Modern Psychological Research. 2022;17(67):259-268. Link
44. Naismith I, Ripoll K, Pardo VM. Group compassion-based therapy for female survivors of intimate-partner violence and gender-based violence: a pilot study. J Fam Violence. 2021;36:175-182. DOI: 10.1007/s10896-020-00156-3
45. Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self Identity. 2003;2(2):85-101. DOI: 10.1080/15298860309032
46. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self Identity. 2003;2(3):223-250. DOI: 10.1080/15298860309027
47. Osma J, Quilez-Orden AB, Ferreres-Galán V, Meseguer MC, Ariza S. Feasibility and clinical usefulness of the Unified Protocol in women survivors of violence. J Child Fam Stud. 2023;32(9):2598-2613. DOI: 10.1007/s10826-022-02226-z
48. Poursehrabi L, Moradi Abbasabadi F, Moradi M. The effectiveness of parental compassion-focused therapy on empathy and self-confidence in adolescents in Tehran [unpublished manuscript]. 2021. Link
49. Ghezelseflo M, Nejatifar S, Aghaziarati A. The efficacy of unified transdiagnostic treatment on distress tolerance and emotion regulation of students with internalized behavioral problems. Journal of Psychological Science. 2022;21(111):525-541. DOI: 10.52547/JPS.21.111.525
50. Rafieian M. The relationship between a sense of psychological security in the classroom and student participation. In: Proceedings of the First International Conference of Pioneers in Education; 2024; Khorramabad, Iran. (In Persian). Link
51. Ralston B, Rable J, Larson T, Handmaker H, Lifshitz J. Forensic nursing examination to screen for traumatic brain injury following intimate partner violence. J Aggress Maltreat Trauma. 2019;28(6):732-743. DOI: 10.1080/10926771.2019.1606033
52. Saheb Zamani P, Kazem Zadeh Mamghani M, Lotfi P, Safari Dizaj S, Izadi Mazidi M. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on depression, anxiety, and stress in female adolescents. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2024;10(2):77-88. Link
53. Sánchez-Ferrer S, Antón AA, Miguel-Alvaro A, Crespo M. Lessons to learn from pilot studies in clinical trials: the example of a trauma-focused treatment for female survivors of intimate partner violence. Couns Psychother Res. 2025;25(2):e12843. DOI: 10.1002/capr.12843
54. Sauer-Zavala S, Bentley KH, Steele SJ, Tirpak JW, Ametaj AA, Nauphal M, et al. Treating depressive disorders with the Unified Protocol: a preliminary randomized evaluation. J Affect Disord. 2020;264:438-445. DOI: 10.1016/j.jad.2019.11.072
55. Schouler-Ocak M, Brandl EJ. The impact of violence and abuse on mental health of women-current data. Eur Psychiatry. 2022;65(Suppl 1):S37. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.130
56. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. Motiv Emot. 2005;29(2):83-102. DOI: 10.1007/s11031-005-7955-3
57. Steele SJ, Farchione TJ, Cassiello-Robbins C, Ametaj A, Sbi S, Sauer-Zavala S, et al. Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. J Psychiatr Res. 2018;104:211-216. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.005
58. Sullivan CM. Evaluating domestic violence support service programs: waste of time, necessary evil, or opportunity for growth? Aggress Violent Behav. 2011;16(4):354-360. DOI: 10.1016/j.avb.2011.04.008
59. Ujunwa C, Okoli EA. A study of self-regulation, domestic violence and gender as correlates of the tendency to commit crime among adolescents. Int J Soc Sci Humanit Res. 2020;8(2):121–9. Link
60. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010. Link
61. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013. Link
62. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. Link
63. Zotova OY, Karapetyan LV. Psychological security as the foundation of personal psychological wellbeing: analytical review. Psychol Russ State Art. 2018;11(2):100-113. DOI: 10.11621/pir.2018.0208
64. Zvolensky MJ, Kauffman BY, Garey L. Tolerance. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. Encyclopedia of personality and individual differences. Cham: Springer; 2020. p. 5524-5527. Link

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]