

Research Paper



Combined effectiveness of emotion regulation therapy and compassion therapy on experiential avoidance of women with domestic violence experience



safura keyvanlo¹, Niloofar Mikaeili^{2*}

1- Ph.D Student in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.54802.5351

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.71.20.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.54802.5351)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16946.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
emotion regulation therapy, compassion therapy, experiential avoidance, domestic violence.

Received: 2023/01/04
Accepted: 2023/03/04
Available: 2023/12/21

This study was conducted with the aim of investigating the combined effectiveness of emotion regulation therapy and compassion therapy on the experiential avoidance of women who have experienced domestic violence. The current research was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The target population of the current study was all women aged 20 to 40 affected by domestic violence who referred to psychological and counseling clinics and legal medical centers in Mashhad. 20 people were selected by voluntary sampling and randomly assigned to two experimental groups. and control were divided. For data collection, the multidimensional experimental avoidance questionnaire of Gamez et al. (2011) was used. The intervention experimental group received emotion-oriented integrated therapy based on compassion in 10 sessions of 60 minutes. Finally, the research data were analyzed by multivariate covariance analysis. The findings of the research showed that the combination of emotion regulation therapy and compassion therapy has reduced experiential avoidance in women who have experienced domestic violence. Based on the findings of the research, taking into account the important role of women in society and family and the need to pay attention to their mental health, it is necessary to hold training workshops in the field of compassion therapy and emotion regulation therapy in counseling and rehabilitation centers.



* Corresponding Author: Niloofar Mikaeili

E-mail: nmikaeili@yahoo.com



پروپوزیشن گاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقاله پژوهشی



اثربخشی تلفیقی درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای زنان دارای تجربه خشونت خانگی



صفورا کیوانلو^۱، نیلوفر میکائیلی^{۲*}

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- استاد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.



DOI: 10.22034/JMP.R.2023.54802.5351

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.71.20.7](https://doi.org/10.22034/JMP.R.2023.54802.5351)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16946.html



چکیده

مشخصات مقاله

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی تلفیقی درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای زنان دارای تجربه خشونت خانگی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی هدف مطالعه‌ی حاضر تمامی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال آسیب دیده از خشونت خانگی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره و مراکز پزشکی قانونی در شهر مشهد بودند. ۲۰ نفر به شیوه‌ی نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی گامز و همکاران (۲۰۱۱) استفاده شد. گروه آزمایش مداخله درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. سرانجام داده‌های پژوهش با تحلیل کواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان دادند تلفیق درمان تنظیم هیجان و شفقت درمانی باعث کاهش اجتناب تجربی در زنان دارای تجربه خشونت خانگی شده است. بر اساس یافته‌های پژوهش، با در نظر گرفتن نقش مهم زنان در جامعه و خانواده و لزوم توجه به سلامت روانی آن‌ها، لازم می‌باشد در مراکز مشاوره و بازتوانی، کارگاه‌های آموزشی درزمینه آموزش شفقت‌درمانی و درمان تنظیم هیجان برگزار گردد.

کلیدواژه‌ها:

درمان تنظیم هیجان، شفقت درمانی، اجتناب تجربه‌ای، خشونت خانگی.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۱۰/۱۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰

* نویسنده مسئول: نیلوفر میکائیلی

رایانامه: nmikaeili@yahoo.com

مقدمه

خشونت خانگی^۱ که به آن آزار خانگی یا خشونت شریک نیز گفته می‌شود، به‌عنوان هر حادثه یا الگوی رفتاری کنترل‌کننده، اجباری یا تهدیدآمیز، خشونت یا آزار بین افراد ۱۶ ساله یا بالاتر که شریک زندگی یا اعضای خانواده هستند یا بوده‌اند، بدون در نظر گرفتن جنسیت آن‌ها تعریف می‌شود. همچنین، به‌عنوان یک مشکل اجتماعی و بهداشتی دارای اشکال مختلفی از سواستفاده و کنترل فیزیکی، جنسی، مالی و عاطفی است که این عوامل می‌تواند در همه نوع خانواده و روابط نزدیک رخ دهد (فاگرلوند، هاتسون، نوکتو و هوسو، ۲۰۲۰). نرخ شیوع خشونت خانگی در دختران و زنان از ۱۵ درصد در ژاپن تا ۷۱ درصد در اتیوپی مختلف است و شیوع خشونت جسمی در سال پیش از آن بین ۴ تا ۵۴ درصد بود (پیتری و بونت، ۲۰۱۷). در ایران بیشترین نوع خشونت تجربه‌شده زنان خشونت روانی و کلامی با ۴۲/۶ درصد است (قاضی‌زاده، زهراکار، کیامنش و محسن، ۱۳۹۶). مسائل روانشناختی ناشی از خشونت خانگی می‌تواند بر روابط اجتماعی زنان اثر گذاشته و موجب گردد که زنان قربانی خشونت خانگی از ارتباط با دوستان و خانواده خود اجتناب کنند. ایجاد اجتناب و اثرات آن در طول زمان موجب می‌شود تا شخص تلاش کند با ایجاد هر نوع مشکلی بیرونی و درونی از آن اجتناب کند (ویلیام، هاردت، هنشل و ادینگر، ۲۰۱۹). اجتناب تجربه‌ای^۵ به‌عنوان بی‌میلی به تجربه احساسات، افکار، خاطرات و احساسات منفی بوده و واکنش‌هایی برای کاهش تأثیر این تجارب تعریف می‌شود (هیز، ویلسون، گیفورد، فالت و استروسال، ۱۹۹۶). همچنین، اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان نگرشی است که شخص در مواجهه با منفی‌گرایی به روشی سخت‌گیرانه، ثابت و مستمر انتخاب می‌کند و با مشکلات روانی مختلفی همراه است. راهبردهای اجتنابی تجربه‌ای همچون حواس‌پرتی، بازداری، انکار یا سرکوب که برای کنترل یا حذف تجربیات منفی استفاده می‌شود، موجب تداوم تجاربی می‌شود که شخص در درازمدت از آن اجتناب نموده و مشکلات مربوط به آن‌ها را افزایش می‌دهد (سیکر و اولاس، ۲۰۲۱). تلاش برای اجتناب از این تجارب به جای از بین بردن یا کاهش آن، رنج و درد هیجانی را افزایش می‌دهد (روش، براون، میچ و کوکروویز، ۲۰۱۹).

با توجه به اهمیت سلامت روانی و جسمانی زنان و اهمیت آن‌ها در خانواده، یکی از روش‌هایی که می‌تواند در کاهش اثرات زیان‌بار خشونت خانگی مؤثر باشد، شفقت‌درمانی^۹ است که توانایی پذیرش جنبه‌های منفی زندگی را فراهم می‌نماید (بشریور و احمدی، ۲۰۲۰). شفقت‌درمانی یک رویکرد زیستی روانی آگاهانه متمرکز بر مشکلات سلامت روان است. هدف این روش درمانی برانگیختن یک سیستم انگیزشی غیررقابتی با مشخصات فیزیولوژیکی بسیار متفاوت است، زیرا رویکرد دلسوزانه به زندگی نه تنها

ارزش‌های اساسی ما را تغییر می‌دهد، بلکه نحوه عملکرد مغز و ذهن ما را نیز تغییر خواهد داد (گیلبرت^{۱۰}، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها حاکی از آن است که شفقت‌درمانی موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش معنای زندگی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه قربانی خشونت همسر (دانشور، شفیع و بشریور، ۲۰۲۲) و کاهش اجتناب تجربه‌ای، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و بهزیستی (یلا، کرگو، بوز، سانچز-زابالوس و گومز-مارتینز^{۱۱}، ۲۰۲۲) می‌شود.

شخص در رویارویی با رخداد های استرس‌زا، از شیوه‌های تنظیم هیجان مختلفی برای تعدیل و اصلاح تجارب هیجانی خود بهره می‌جوید. از سویی، زنان قربانی خشونت خانگی نسبت به زنان بدون خشونت هیجان‌های منفی بیشتری همچون تنهایی، احساس غمگینی، بی‌ارزشی و عصبانیت دارند که این هیجان‌های منفی می‌تواند مولفه خطرناکی در ایجاد حس انتقام و اختلال‌های روانی در زنان قربانی خشونت خانگی باشد (اودیگوییک، برکیک و سینانویک^{۱۲}، ۲۰۱۷). باتوجه به نقش هیجان‌ها و روابط هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی زوجین، درمان تنظیم هیجان^{۱۳} مطرح شد که هدفش شناخت احساسات و تبدیل آن‌ها به پیام‌های قابل فهم و رفتارهای سازنده است (دانهام^{۱۴}، ۲۰۰۸؛ به نقل از عباسی، دوکانه‌ای فرد و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۷). درمان تنظیم هیجان با هدف قوی نمودن خویش، تنظیم هیجان و ایجاد معنی جدید در مراجع استفاده می‌شود که براساس یک ارتباط ایمن درمانی، با افزایش آگاهی و پردازش مجدد هیجان‌ها به توانمندسازی شخص و رشد فردی کمک می‌کند (الیوت و مک‌دونالد^{۱۵}، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها حاکی از آن است که مداخله هیجان‌مدار موجب بهبود اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود (شکراللهی، هاشمی، مهربانی‌زاده، زرگر و نعمی، ۱۴۰۰). یافته دریادل، میکائیلی و مولوی (۱۴۰۰) حاکی از آن بود که درمان تلفیقی فراهیجانی، از طریق تنظیم هیجان و کاهش هیجانات منفی، رویکرد درمانی اثربخشی در کاهش حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان است.

خشونت خانگی در خانواده، مسائل و مشکلات فراوانی را در سطوح فردی و اجتماعی ایجاد می‌کند. شناخت عوامل موثر در خشونت خانگی زنان و یافتن رویکردهای درمانی موثر به‌منظور زندگی آرام و مطمئن برای آن‌ها، دارای اهمیت فراوانی است. پژوهشگر در مطالعه حاضر قصد دارد رویکردی را عملیاتی نماید که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، حیطه نوینی را در برداشته باشد. وجود ترکیب درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی می‌تواند به شناخت یک مداخله کارآمد در بهبود شرایط روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی کمک نماید. لذا، باتوجه به مبانی نظری و پیشینه‌های مطرح شده، پژوهش

9. compassion focused therapy
10. Gilbert
11. Yela, Crego, Buz, Sánchez Zatllos & Gómez Martínez
12. Avdibegovic, Brkic & Sinanovic
13. emotion regulation therapy
14. Dunham
15. Elliott & Macdonald

1. domestic violence
2. Fagerlund, Houtsonen, Notko & Husso
3. Pietri & Bonnet
4. Williams, Hardt, Henschel & Eddinger
5. experimental avoidance
6. Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl
7. Seçer & Ulaş
8. Roush, Brown, Mitchell & Cukrowicz

تلفیق درمان تنظیم هیجان و شفقت درمانی: در پژوهش حاضر از پکیج درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت (بهوندی و همکاران، ۱۴۰۰) ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای استفاده شد که در ادامه خلاصه جلسات درمان ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت

| هدف جلسات | محتوای جلسات |
|---|--|
| مواجهه و درمان تجارب هیجانی منفی در حوزه سر درد اولیه | جلسه اول: آشنایی با قوانین در طول درمان، معرفی مفروضه های بنیادی هیجان مدار مبتنی بر شفقت، ارزیابی چرخه تعاملی احساسات و هیجانات شناسایی نشده (ترس ها و خواسته های دلبستگی) زبربنای سردرد و نام گذاری آن ها، آموزش تأثیر شفقت سیستم تنظیم هیجان مغز و ارائه تکالیف خانگی است |
| درمان مهارت ابراز هیجان ضعیف ناشی از سردرد اولیه | جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تحلیل و درک هیجانات بیمارمان سردرد اولیه برای غلبه بر موانع ابراز هیجان سالم (شیوه های مقابله با خشم و تخلیه هیجانی و تأکید بر بیان هیجانات)، آموزش تکنیک نقش بازی کردن به منظور ابراز هیجانات، آموزش راهبردهای امنیتی خوددلسوزی و امنیت درونی (تکنیک کاوش همدلانه) و ارائه تکلیف خانگی است. |
| درمان تجربه ذهنی آسیب زا در متن سر درد اولیه | جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر درک و چارچوب بندی مجدد افکار آسیب پذیری، معرفی سبک های تفکر توأم با خطا، آموزش ویژگی های افراد مشفق (آگاه بودن از افکار اکنون و قضاوت نکردن خود و دیگران، کنترل انتقادگر درون، ارائه تکلیف خانگی است. |
| درمان حساسیت و درک بیش از مشکلات معطوف به سردرد اولیه | جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، بیان و درک تأثیر تفکر غیر منطقی بر آشفتگی از طریق آگاهی درباره شناخت های داغ، تکنیک بارش فکری جهت بررسی نقاط قوت و ضعف خود، تصویرسازی مهرورزانه جهت مقابله با افکار منفی و ارائه تکلیف خانگی است. |
| درمان کاهش فعالیت رفتاری و سبک رفتار منفعلا نه در سردرد اولیه | جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، آموزش بررسی و درک عمیق آسیب های رفتاری حاصله از طریق ارائه تکنیک یادداشت برداری، طرح انگیزشی رفتاری در پاسخ به رفتار منفعلا نه، آموزش تقویت رفتارهای شفقت آمیز و ارائه تکلیف خانگی است |
| ادامه درمان مشکلات رفتاری و درمان مشکلات بدنی و اعصاب هنگام تجارب معطوف سردرد اولیه | جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی موانع رویارویی و اصلاح مشکلات رفتاری، تکنیک مشاهده آگاهانه (تکنیک موج)، پذیرش ایجاد پاسخ های رفتاری اکنون برای بهبود مشکلات رفتاری، اجرای تکنیک بررسی بدن برای مشکلات جسمانی و ارائه تکلیف خانگی است |
| ادامه درمان مواجهه و کنترل مشکلات بدنی و اعصاب هنگام تجارب معطوف سردرد اولیه | جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی تأثیر هیجان و احساسات منفی و مثبت بر بدن، راهبردهای مثبت هیجانی برای کاهش علائم سردرد اولیه، تکنیک تنفس ۳ دقیقه‌ای مشفقانه و ارائه تکلیف خانگی است |
| درمان نگرش منفی نسبت به خود و دیگران معطوف به سر درد اولیه | جلسه هشتم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر خاطرات گذشته، افکار و احساسات ناامیدی با تکنیک خودگویی مثبت، نگرش جدید از طریق پذیرش بدون قید و شرط خود و دیگران، ایجاد احساس خودارزشمندی، کنترل خود در برابر کنترل تجربه لحظه به لحظه شرایط و ارائه تکلیف خانگی است. |

حاضر با هدف تعیین اثربخشی تلفیقی درمان تنظیم هیجان و شفقت درمانی بر اجتناب تجربه‌ای زنان دارای تجربه خشونت خانگی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی هدف مطالعه‌ی حاضر تمامی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال آسیب دیده از خشونت خانگی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره و مراکز پزشکی قانونی در شهر مشهد بودند. ۲۰ نفر به شیوه‌ی نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاکهای ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از: سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، متاهل بودن، سابقه‌ی آسیب از طریق خشونت از طرف همسر، حداقل تحصیلات سیکل، شرکت نکردن در جلسات فردی و گروهی درمان‌های روانشناختی به صورت همزمان، سکونت در شهر مشهد، داشتن علاقه و توانایی برای شرکت در برنامه‌ی آموزشی، رضایت داشتن برای شرکت در گروه. همچنین ملاک خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات گروه، مصرف مواد مخدر یا داروهای روانپزشکی و ابتلاء به بیماری های مزمن جسمانی دیگر یا اختلالات روانشناختی مزمن دیگر بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط گامز، مایلسکی، کوتو، راجرو و واتسون (۲۰۱۱) به منظور سنجش اجتناب تجربی طراحی شده است. که دارای ۶۲ سؤال و ۶ مؤلفه شامل اجتناب رفتاری (سؤالات ۱، ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۹، ۴۵، ۵۱، ۵۵، ۵۹)، انزجار از آشفتگی (۲، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۳۱، ۳۴، ۳۸، ۴۴، ۵۰، ۵۴، ۵۸، ۶۱)، تعلل (۵، ۱۱، ۱۷، ۳۰ (معکوس)، ۳۶، ۴۲، ۴۷)، حواس پرتی/توقف (۳، ۹، ۱۵، ۲۲، ۲۷، ۳۳ و ۴۰)، سرکوبی/انکار (۴، ۱۰، ۱۶، ۲۱، ۲۳ (معکوس)، ۲۸، ۳۵، ۴۱، ۴۶، ۴۹، ۵۲، ۵۶، ۶۰) و تحمل آشفتگی (۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۲۹، ۳۷، ۴۳، ۴۸، ۵۳، ۵۷ و ۶۲) است. سؤالات بر روی طیف لیکرت از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۶ نمره گذاری می-شود. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس اجتناب تجربی در دامنه‌ای از ۶۲ تا ۳۷۲ است. نمرات بالاتر نشان دهنده اجتناب تجربی بیشتر است. نمره کل آزمودنی از جمع نمرات اجتناب رفتاری، انزجار از آشفتگی، تعلل، حواس پرتی/توقف، انکار/سرکوبی و تحمل آشفتگی به دست می‌آید. گومز و همکاران (۲۰۱۱) ضریب همسانی درونی را برای خرده مقیاس اجتناب رفتاری، ۰/۸۵، انزجار از آشفتگی ۰/۸۴، تعلل ۰/۸۹، حواس پرتی/توقف ۰/۸۹، انکار/سرکوبی ۰/۸۶ و تحمل آشفتگی ۰/۸۷ و برای کل آزمون ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در ایران این پرسشنامه توسط مرادی و همکاران (۱۳۹۶) روایی سازه شده و مقادیر شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) در حد قابل قبولی قرار داشتند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴۲، اجتناب رفتاری ۰/۸۹۱، انزجار از آشفتگی ۰/۸۲۸، تعلل ۰/۷۹۴، حواس پرتی/توقف ۰/۶۸۱، انکار/سرکوبی ۰/۸۲۲ و تحمل آشفتگی ۰/۸۱۸ بدست آمد. در پژوهش حاضر پایای کل مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد.

| | |
|--|--|
| درمان شکل‌گیری و تداوم روابط آسیب‌زای حوزه سردرد | جلسه نهم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تشخیص ارتباط خوب و بد، تکنیک بازسازی و ارتقای تعاملات مؤثر، توجه به توانایی‌ها و عدم توانایی‌های خود و دیگران، تکنیک‌های افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه تکلیف خانگی است. |
| اولیه آموزش مواجهه و کنترل مشکلات درماندگی و حل مسئله معطوف به سردرد اولیه | جلسه دهم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر درماندگی و ناکارآمدی در حل مشکلات با فراهم کردن حمایت، پذیرش محدودیت‌ها و ضعف‌ها، تکنیک رنگ، صدا و تصویر مشفقانه و تمرکز بر نقاط مثبت برای دستیابی به اهداف خویش و اجرای پس‌آزمون است. |

روند اجرای پژوهش

در این تحقیق، پس از انتخاب نمونه به صورت داوطلبانه و پر کردن پرسشنامه مذکور و گمارش آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش با تعداد اعضای ۱۰ نفر توسط درمانگر، جهت اجرای درمان تلفیقی تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی، آغاز به کار کرد، پس از اتمام ۱۰ جلسه‌ی درمان، آزمون‌های مذکور از هر دو گروه مجدد گرفته شد و در نهایت به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد تا مشخص شود متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته تأثیرگذار بوده است. سرانجام داده‌های پژوهش با تحلیل کواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

۲۰ نفر از زنان دارای تجربه خشونت خانگی با بازه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال در این پژوهش شرکت کردند. از میان زنان شرکت‌کننده در گروه کنترل، ۱۰ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۴۰ درصد تحصیلات فوق دیپلم، ۲۰ درصد تحصیلات لیسانس و ۱۰ درصد فوق لیسانس و بالاتر، ۴۰ درصد دارای زندگی مشترک کمتر از ۵ سال، ۳۰ درصد زندگی مشترک ۵ تا ۱۰ سال و ۳۰ درصد زندگی مشترک ۱۰ تا ۱۵ سال و در گروه آزمایش ۱۰ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۰ درصد تحصیلات فوق دیپلم، ۳۰ درصد تحصیلات لیسانس، ۳۰ درصد دارای زندگی مشترک کمتر از ۵ سال، ۵۰ درصد زندگی مشترک ۵ تا ۱۰ سال، ۱۰ درصد زندگی مشترک ۱۰ تا ۱۵ سال و ۱۰ درصد زندگی مشترک ۱۵ سال و بالاتر بودند. همچنین در این پژوهش گروه آزمایش و کنترل از نظر جنسیت هم‌تا سازی شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای بهزیستی ذهنی و اجتناب تجربه‌ای به تفکیک گروه‌ها

| متغیر | وضعیت | گروه | \bar{X} | SD | آماره شاپیرو-ویلک | سطح معناداری |
|------------------|-----------|--------|-----------|-------|-------------------|--------------|
| اجتناب رفتاری | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۴/۶۰ | ۹/۱۸ | ۰/۹۶۰ | ۰/۷۹۰ |
| | کنترل | کنترل | ۴۵/۵۰ | ۵/۹۷ | ۰/۸۸۴ | ۰/۱۴۵ |
| انزجار از آشفتگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۳۹/۳۰ | ۱۰/۷۸ | ۰/۹۲۱ | ۰/۳۶۸ |
| | کنترل | کنترل | ۴۴/۷۰ | ۵/۸۳ | ۰/۸۸۸ | ۰/۱۶۲ |
| اجتناب رفتاری | پیش‌آزمون | آزمایش | ۵۵/۲۰ | ۷/۹۹ | ۰/۹۶۴ | ۰/۸۲۸ |
| | کنترل | کنترل | ۵۳/۵۰ | ۵/۶۶ | ۰/۹۳۴ | ۰/۴۹۲ |
| انزجار از آشفتگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۵۱/۵۰ | ۷/۳۱ | ۰/۹۷۳ | ۰/۹۲۰ |
| | کنترل | کنترل | ۵۲/۸۰ | ۵/۷۱ | ۰/۹۳۶ | ۰/۵۰۴ |

| متغیر | وضعیت | گروه | \bar{X} | SD | آماره شاپیرو-ویلک | سطح معناداری |
|------------------|-----------|--------|-----------|-------|-------------------|--------------|
| اجتناب رفتاری | پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۸/۹۰ | ۴/۹۳ | ۰/۹۸۱ | ۰/۹۷۱ |
| | کنترل | کنترل | ۳۰/۳۰ | ۵/۰۳ | ۰/۹۶۱ | ۰/۷۹۹ |
| انزجار از آشفتگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۵/۴۰ | ۴/۹۵ | ۰/۹۵۴ | ۰/۷۱۷ |
| | کنترل | کنترل | ۲۹/۴۰ | ۴/۹۵ | ۰/۹۴۶ | ۰/۶۳۱ |
| اجتناب رفتاری | پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۹/۳۰ | ۴/۴۰ | ۰/۹۱۳ | ۰/۲۹۹ |
| | کنترل | کنترل | ۳۰/۶۰ | ۳/۹۲ | ۰/۹۴۸ | ۰/۶۴۹ |
| انزجار از آشفتگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۶/۵۰ | ۲/۹۵ | ۰/۸۹۹ | ۰/۲۱۵ |
| | کنترل | کنترل | ۲۹/۹۰ | ۳/۵۷ | ۰/۹۵۳ | ۰/۷۰۱ |
| اجتناب رفتاری | پیش‌آزمون | آزمایش | ۵۴/۳۰ | ۷/۶۹ | ۰/۹۷۴ | ۰/۹۲۴ |
| | کنترل | کنترل | ۵۲/۲۰ | ۴/۴۲ | ۰/۸۹۱ | ۰/۱۷۶ |
| انزجار از آشفتگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۹/۶۰ | ۸/۳۸ | ۰/۸۹۹ | ۰/۲۱۲ |
| | کنترل | کنترل | ۵۱/۱۰ | ۴/۳۱ | ۰/۹۱۷ | ۰/۳۲۵ |
| اجتناب رفتاری | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۵/۲۰ | ۸/۷۸ | ۰/۹۷۵ | ۰/۹۳۶ |
| | کنترل | کنترل | ۴۳/۹۰ | ۵/۳۰ | ۰/۹۲۶ | ۰/۴۱۰ |
| انزجار از آشفتگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۰/۱۰ | ۱۰/۰۴ | ۰/۹۸۱ | ۰/۹۷۲ |
| | کنترل | کنترل | ۴۳/۳۰ | ۵/۸۱ | ۰/۹۶۲ | ۰/۸۱۴ |
| اجتناب رفتاری | پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۵/۷۵۰ | ۴۱/۲۱ | ۰/۹۶۷ | ۰/۸۵۸ |
| | کنترل | کنترل | ۲۵۶/۰۱ | ۲۷/۳۳ | ۰/۹۰۶ | ۰/۲۵۲ |
| انزجار از آشفتگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۳۲/۴۰ | ۴۱/۷۶ | ۰/۹۶۶ | ۰/۸۴۹ |
| | کنترل | کنترل | ۲۵۱/۲۰ | ۲۵/۴۱ | ۰/۹۱۵ | ۰/۱۳۹ |

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار، متغیر اجتناب تجربی و زیر مقیاس‌های آن‌ها به تفکیک گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ارائه شده است. همچنین آماره شاپیرو-ویلک گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر اجتناب تجربی و زیر مقیاس‌های آن‌ها معنادار نیست. بنابراین توزیع متغیر و اجتناب تجربی و زیر مقیاس‌های آن‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است ($P > 0.05$).

در پژوهش حاضر جهت بررسی تأثیر تلفیقی درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر نمره کل اجتناب تجربه‌ای از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس پیش‌فرض‌های آن بررسی شدند. عدم معنی‌داری آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش بود ($P > 0.05$). نتایج آزمون لوین نشان دادند که واریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون در اجتناب تجربه‌ای ($F = 3.63$ و $P = 0.073$)، در سطح جامعه با هم برابر هستند. در ارتباط با پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره زیر مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای نتایج آزمون ام‌باکس زیر مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای نشان داد که مفروضه همگنی کواریانس رعایت شده است ($MBOX = 37.75$ ، $P = 0.308$). همچنین با توجه به برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون ($P > 0.05$) از تحلیل کواریانس چند متغیره به‌منظور حذف اثر پیش‌آزمون استفاده شد. نتایج آزمون لوین نشان دادند که واریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون در اجتناب رفتاری ($F = 2.14$ و $P = 0.161$)، انزجار آشفتگی ($F = 1.63$ و $P = 0.218$)، تعلل ($F = 0.77$ و $P = 0.392$)، حواس‌پرتی/توقف ($F = 3.15$ و $P = 0.093$)، انکار/سرکوبی ($F = 0.05$ و $P = 0.812$) و تحمل آشفتگی ($F = 0.49$ و $P = 0.491$)، در سطح جامعه با هم برابر هستند.

جدول ۳: نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری زیر

| منابع | ارزش | F | مقیاس‌های متغیر اجتناب تجربه‌ای | |
|-------------------|-------|-------|---------------------------------|--------|
| | | | DF فرضیه | DF خطا |
| اثر پیلایی | ۰/۸۰۳ | ۴/۷۴۱ | ۶ | ۷ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۱۹۷ | ۴/۷۴۱ | ۶ | ۷ |
| اثر هوتلینگ | ۴/۰۶۴ | ۴/۷۴۱ | ۶ | ۷ |
| بزرگترین ریشه روی | ۴/۰۶۴ | ۴/۷۴۱ | ۶ | ۷ |

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.01$ ، $F = 4.741$ ، $\eta^2 = 0.803$ اثر پیلایی). بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته، در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت، برای زیر مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای ۰/۸۰۳ است. یعنی ۸۰/۳ درصد از واریانس زیر مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای، ناشی از اثر آزمایشی است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری اجتناب شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

| منبع | SS | DF | MS | F | P | Eta |
|-----------------|---------|----|---------|-------|-------|-------|
| اجتناب تجربه‌ای | ۲۰۵۱/۸۹ | ۱ | ۲۰۵۱/۸۹ | ۶۰/۴۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۸۰ |
| خطا | ۵۷۷۱/۰۸ | ۱۷ | ۳۳۷/۹۵ | | | |

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آموزش و کنترل در متغیر اجتناب تجربه‌ای تفاوت وجود دارد ($P < 0.01$). مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیر پس‌آزمون، با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون، در مجموع معنادار است. مقادیر اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه در متغیر پس‌آزمون، با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون برابر ۰/۷۸۰ است؛ یعنی ۷۸ درصد از واریانس اجتناب تجربه‌ای، ناشی از اثر آزمایشی است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی تاثیر تلفیق درمان تنظیم هیجان و شفقت درمانی بر زیرمقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای

| متغیر | SS | Df | MS | F | P | Eta |
|------------------|-------|----|-------|-------|-------|-------|
| اجتناب رفتاری | ۵۷/۶۵ | ۱ | ۵۷/۶۵ | ۸/۰۲ | ۰/۰۱۵ | ۰/۴۰۱ |
| انزجار از آشفتگی | ۲۵/۶۱ | ۱ | ۲۵/۶۱ | ۵/۳۰ | ۰/۰۴۰ | ۰/۳۰۶ |
| تعطل | ۲۶/۸۱ | ۱ | ۲۶/۸۱ | ۱۱/۵۰ | ۰/۰۰۵ | ۰/۴۸۹ |
| حواس پرتی/توقف | ۱۹/۹۲ | ۱ | ۱۹/۹۲ | ۹/۲۴ | ۰/۰۱۰ | ۰/۴۳۵ |
| انکار/سرکوبی | ۵۳/۲۰ | ۱ | ۵۳/۲۰ | ۱۶/۲۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۷۶ |
| تحمل آشفتگی | ۴۹/۹۴ | ۱ | ۴۹/۹۴ | ۵/۶۵ | ۰/۰۳۵ | ۰/۳۲۰ |

1. Neff, Kirkpatrick & Rude

با توجه به نتایج جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری از نظر میزان زیرمقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد. به عبارت دیگر، تلفیق درمان تنظیم هیجان و شفقت درمانی باعث کاهش زیرمقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای در زنان دارای تجربه خشونت خانگی شده است. در واقع تلفیق درمان تنظیم هیجان و شفقت درمانی میزان زیر مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای در افراد مورد مطالعه در گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل بهبود داده است. میزان تاثیر این مداخله درمانی برای متغیر اجتناب رفتاری برابر با ۰/۴۰۱، برای انزجار از آشفتگی برابر با ۰/۳۰۶، برای تعطل برابر با ۰/۴۸۹، برای حواس پرتی/توقف برابر با ۰/۴۳۵، برای انکار/سرکوبی برابر با ۰/۵۷۶ و برای تحمل آشفتگی برابر ۰/۳۲۰ است، یعنی ۴۰/۱ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون اجتناب رفتاری، ۳۰/۶ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون انزجار از آشفتگی، ۴۸/۹ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون تعطل، ۴۳/۵ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون حواس پرتی/توقف، ۵۷/۶ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون انکار/سرکوبی و ۳۲ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون تحمل آشفتگی مربوط به تأثیر تلفیق درمان تنظیم هیجان و شفقت درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تلفیقی درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای زنان دارای تجربه خشونت خانگی بود. نتایج پژوهش نشان داد که تلفیق درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای زنان دارای تجربه خشونت خانگی اثر معناداری دارد و موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای شد. یافته حاضر با نتایج پژوهش شکراللهی و همکاران (۱۴۰۰)، دریادل و همکاران (۱۴۰۰)، دانشور و همکاران (۲۰۲۲)، یلا و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که اثربخشی تلفیقی درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای می‌تواند به دلیل استفاده از تکنیک‌هایی باشد که به آزمودنی کمک می‌کند تا پذیرش خود را نسبت به رویدادهای آسیب‌زا تقویت کند و تلاش برای کنترل، سرکوب یا مهار خاطرات آسیب‌زا را متوقف نماید. لذا، شخص می‌تواند مسیر ارزشمند خود را انتخاب نموده و برطبق این نگرش اقدام کند (دانشور و بشرپور، ۲۰۲۰). اجتناب تجربه‌ای شامل رفتارهای مقابله‌ای است که درگیری با افکار، عواطف و احساسات ناراحت‌کننده را کاهش می‌دهد. در مقابل، شفقت به خود ارتباط مثبتی با تمایل به درگیر شدن در افکار و احساسات ناراحت‌کننده دارد و به طور منفی با نیاز به اجتناب از تجربه‌های غم‌انگیز مرتبط است (نف، کرکپاتریک و رود، ۲۰۰۷؛ بویکین، هیمریچ، پینکیوتی، میلر، میرون^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). علائم مربوط به خشونت خانگی ممکن است باعث ترس در افراد آسیب دیده شود و می‌تواند منجر به برانگیختن واکنش قضاوتی و

2. Boykin, Himmerich, Pinciotti, Miller, Miron

منابع

- بهوندی، خیاطان، فلور، گل پرور. (۲۰۲۱). مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی و عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه. *فصلنامه علمی-پژوهشی روشها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۳(۴۳)، ۱۱۴-۱۳۰.
- دریادل، سیدجواد؛ میکائیلی، نیلوفر؛ و مولوی، پرویز. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان تلفیقی فراهیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۸(۳): ۱۲۷-۱۱۶.
- شکراللهی، مزگان؛ هاشمی، اسماعیل؛ مهرابی‌زاده، مهناز؛ ززرگر، یدالله؛ و نعمی، عبدالزهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۴)، ۷۵۲-۷۳۹.
- عباسی، سمیه؛ دوکانه ای فرد، فریده؛ و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان شناختی-رفتاری بر انسجام خانوادگی و رضایت زناشویی همسران جانباز شهرستان خرم آباد. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۱)، ۸۲۹-۸۲۳.
- فولادچنگ، محبوبه؛ و حسن‌نیا، سمیه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر شادکامی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه*، ۴(۵)، ۱۰۶-۸۹.
- قاضی‌زاده، هادی؛ زهراکار، کیانوش؛ کیامنش، علیرضا؛ و محسن‌زاده، فرشاد. (۱۳۹۶). مدل مفهومی عوامل زمینه‌ساز خشونت زناشویی مردان علیه زنان از دیدگاه مردان. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*، ۸(۳)، ۱۶۱-۱۳۵.
- مرادی، آسیه؛ برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ کریمی نژاد، کلثوم؛ و ضابط، مریم. (۱۳۹۶). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی (MEAQ). *شناخت اجتماعی*، ۲۶(۲)، ۸۶-۵۷.

رفتارهای اجتنابی شود (کانها، گالهاردو و پینتو-گویا، ۲۰۱۶). افرادی که شفقت بیشتری نسبت به خود دارند، با احتمال کمتری دچار خطر می‌شوند و از افکار، خاطرات و احساسات دردناک اجتناب نمی‌کنند. ازسویی، درمان تنظیم هیجان بر فعال‌سازی و سازماندهی مجدد طرح‌های هیجانی متمرکز است. به کمک آگاهی هیجانی شخص می‌آموزد که به جای مغلوب ساختن یا سرکوب نمودن هیجان‌ات خود بر وجود هیجان‌ات خودآگاه گردد و تلاش نماید تا تجربیات خود را عمیق‌تر دریافت کند. درمان تنظیم هیجان این توانایی را به فرد می‌دهد تا به کمک آگاهی هیجانی بتواند هیجان‌ات منفی همچون اضطراب را بپذیرد، با آن روبرو شده و آن را کنترل نماید تا سازگاری را افزایش دهد که در نهایت موجب کاهش اجتناب تجربی می‌شود (تیمالاک، کثوف، مکولونی، اشمیت، حسین‌آو همکاران، ۲۰۲۰). درواقع، درمان تنظیم هیجان موجب افزایش احساس کنترل شخص بر امور شده و باور شخص به اثرگذاری در شرایط را تقویت نموده و احساس کارآمدی او را تقویت می‌نماید (فولادچنگ و حسن‌نیا، ۱۳۹۳). در طی درمان تنظیم هیجان شخص با تجربه‌های آسیب‌زای پیشین خود روبرو می‌گردد و با کمک درمانگر، مجدداً حیطه‌های دردآور تجربه خود را مرور می‌کند و پس از پردازش هیجانی، معنای جدیدی را ایجاد می‌کند و دیدگاه گسترده‌تری نسبت به خود و دیگران را فرامی‌گیرد (بحرینیان و ثناگوی محرر، ۲۰۲۰). لذا، مجموع این مهارت‌ها موجب کاهش اجتناب تجربی و افکار و باورهای غلط مانند فاجعه‌آمیز نمودن درد در شخص خواهد شد تا بتواند راهبردهای سازگارتری برای تنظیم هیجان خود به کارگیرد.

در مجموع، نتایج پژوهش نشان داد که هریک از درمان‌های تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای زنان دارای تجربه خشونت خانگی موثر است و تلفیق دو درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌شود. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بود، این پژوهش صرفاً بروی زنان دارای تجربه خشونت خانگی انجام شده و تنها از ابزار خودسنجی استفاده شد که در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. همچنین، برای بررسی تأثیرات بلندمدت نتایج پژوهش حاضر، تحقیقات طولی با دوره‌های پیگیری انجام شود. علاوه بر این، مقایسه اثربخشی این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی روانشناختی برای زنان دارای خشونت خانگی می‌تواند اثربخشی این رویکرد را به بهترین نحو تعیین کند. با توجه به نقش مهم زنان در جامعه و خانواده و لزوم توجه به سلامت روانی آن‌ها، توصیه می‌شود در مراکز مشاوره و بازتوانی، کارگاه‌های آموزشی در زمینه آموزش شفقت‌درمانی و درمان تنظیم هیجان برگزار گردد. همچنین، به تمام متخصصان شامل پزشکان و روانشناسان پیشنهاد می‌گردد که در کنار استفاده از درمان‌های دارویی و پزشکی خود از درمان‌های روانشناسی همچون تلفیق شفقت‌درمانی و درمان تنظیم هیجان نیز بهره‌جویند.

- Avdibegovic, E., Brkic, M., & Sinanovic, O. (2017). Emotional profile of women victims of domestic violence. *Mater Sociomed*, 29(2), 109-113.
- Bahreini, Z., & Sanagoye Moharer, G. (2020). Effectiveness of emotion – focused therapy on pain acceptance and mental health dimension among patients with urticarial. *Commonity Health*, 7(2): 201 – 210.
- Basharpoor, S., & Ahmadi, S. (2020). Modelling structural relations of craving based on sensitivity to reinforcement, distress tolerance and self-Compassion with the mediating role of self-efficacy for quitting. *Research on Addiction*, 13(54), 245-264.
- Boykin, D. M., Himmerich, S. J., Pinciotti, C. M., Miller, L. M., Miron, L. R., & Orcutt, H. K. (2018). Barriers to self-compassion for female survivors of childhood maltreatment: The roles of fear of self-compassion and psychological inflexibility. *Child Abuse & Neglect*, 76, 216–224. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.003>
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.04.001>
- Daneshvar, S., Shafiei, M., & Basharpoor, S. (2022). Group-based compassion-focused therapy on experiential avoidance, meaning-in-life, and sense of coherence in female survivors of intimate partner violence with PTSD: a randomized controlled trial. *Journal of interpersonal violence*, 37(7-8), NP4187-NP4211.
- Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-28.
- Fagerlund, M., Houtsonen, J., Notko, M., & Husso, M. (2020). Conceptualising violence in close relationships: Discrepancies between police conceptions and the letter of the law in Finland. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 6(June). <https://doi.org/10.1007/s10610-020-09448-1>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*, 23(3), 692.
- Gilbert, P. (2020). Compassion: from its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 11, 586161. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- Hayes, S.C., Wilson, K.W., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.00>
- Pietri, M., & Bonnet, A. (2017). Analysis of early representations and personality among victims of domestic. *European Review of Applied Psychology*, 67(4), 199-206.
- Roush, J. F., Brown, S. L., Mitchell, S. M., & Cukrowicz, K. C. (2019). Experiential Avoidance, Cognitive Fusion, and Suicide Ideation among Psychiatric Inpatients: The Role of Thwarted Interpersonal Needs. *Psychotherapy Research*, 29(4), 514-523.
- Seçer, İ., & Ulaş, S. (2021). An Investigation of the Effect of COVID-19 on OCD in Youth in the Context of Emotional Reactivity, Experiential Avoidance, Depression and Anxiety. *Int J Ment Health Addiction* 19, 2306–2319 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00322-z>
- Timalak L, Keogh D, Mcelvaney J, Schmitt S, Hession N, Timalak K. et al. (2020). Emotion focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB Open Research*, 13: 30 – 70.
- Williams, J.L., Hardt, M.M., Henschel, A.V., & Eddinger, J.R. (2019). Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 273, 336-342.
- Yela, J. R., Crego, A., Buz, J., Sánchez-Zaballos, E., & Gómez-Martínez, M. Á. (2022). Reductions in experiential avoidance explain changes in anxiety, depression and well-being after a mindfulness and self-compassion (MSC) training. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(2), 402-422.