**Journal of Clinical Psychology & Personality**(Not edited)

**Research Article**

# Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Metacognitive Therapy on the psychology well-being of Women with Childhood Trauma

**Authors**

Mahsa Dehghani[1], Farhad Kahrazei[2]*, Bahman Kord Tamini[3] and Mahmoud Shirazi[4]

1- Ph.D Student Psychology, Department of Psychology , Faculty of Educational and Psychology , University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (mahsa.dehghani@pgs.usb.ac.ir)

2- ***Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir )

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational and Psychology University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (bahmanpsy@gmail.com)

4- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (mshirazi@edpsy.usb.ac.ir)

زودآنلاین ویراستاری نشده

**Abstract**

**Receive Date:**
00/00/0000

**Accept Date:**
00/00/0000

**Introduction:** Childhood trauma is recognized as a critical factor in the development of psychological vulnerabilities in adulthood, which can persistently impact mental health and social functioning by inducing complex disorders. The present study aimed to compare the efficacy of Emotiona-Focused Therapy (EFT) and Metacognitive Therapy (MCT) on the psychological well-being of women with a history of childhood trauma.

**Method:** A quasi-experimental pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up period was employed. The statistical population comprised female students (aged 18–40) with childhood trauma experiences at Shahid Bahonar University of Kerman during the 2024-2025 academic year. Forty-five women, diagnosed by a clinical psychologist as having trauma experiences, were randomly assigned to three groups: an EFT group (n=15), an MCT group (n=15), and a control group (n=15). The first experimental group received eight 60-minute sessions of EFT (Greenberg et al., 2008), while the second group received eight 60-minute sessions of MCT (Wells, 2000). The control group received no intervention and remained on a waiting list. Data were collected using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003) and the Psychological Well-being Scale (PWB; Ryff et al., 1989). Data analysis was performed using

[1]. 0000-0003-3424-0240
[2]. 0000-0002-5619-3679
[3]. 0000-0001-7336-5754
[4]. 0000-0002-9139-6607

MANCOVA and Bonferroni post-hoc tests via SPSS version 23.

**Results:** The findings indicated that both interventions had a significant effect on improving the participants' psychological well-being at both posttest and follow-up stages ($p<0.05$). Furthermore, post-hoc testing revealed that Metacognitive Therapy exhibited significantly greater efficacy in enhancing psychological well-being compared to Emotionally Focused Therapy ($p<0.05$).

**Discussion and conclusion:** The findings suggest that both EFT and MCT are effective therapeutic approaches for enhancing the psychological well-being of women affected by childhood trauma. However, given the statistical superiority of Metacognitive Therapy, it should be prioritized in the design of therapeutic protocols within counseling centers and psychological services to improve well-being indices in this population

**Keywords**

Psychological well-being, Childhood trauma, Metacognitive Therapy, Emotionally Focused Therapy.

**Corresponding Author's E-mail**

farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir

**آدرس پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

زودآیند ویرایش شده

## Extended Abstract

## چکیده مبسوط مقاله

### Introduction(بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ واژه)

Childhood trauma remains a pervasive and profound phenomenon with far-reaching implications for long-term psychological development. Extensive empirical evidence suggests that exposure to adverse childhood experiences acts as a primary determinant in predisposing individuals to a spectrum of complex psychological vulnerabilities in adulthood, including anxiety, depression, and post-traumatic stress disorders. These vulnerabilities often manifest as persistent impairments in mental health stability and socio-functional capacities, significantly diminishing an individual's overall quality of life.

From a theoretical perspective, the impact of early-life trauma extends beyond immediate symptomology to the core structures of psychological well-being. While much research has focused on clinical symptom reduction, there is a growing necessity to explore interventions that foster resilience and enhance psychological well-being—a multidimensional construct encompassing personal growth, autonomy, and purpose in life.

In recent years, two distinct therapeutic paradigms have gained prominence in treating trauma-related issues: Emotion-Focused Therapy, which emphasizes the processing of core emotional experiences to facilitate healing, and Metacognitive Therapy, which targets the cognitive processes and metacognitive beliefs that sustain psychological distress. However, despite their individual clinical utility, there is a notable paucity of comparative research investigating their differential efficacy specifically regarding the enhancement of psychological well-being among women—a demographic disproportionately affected by childhood trauma.

Given the critical need for evidence-based protocols in clinical settings, addressing this research gap is essential. Therefore, the present study was designed to investigate and compare the efficacy of Emotion-Focused Therapy and Metacognitive Therapy on the psychological well-being of women with a history of childhood trauma.

### Method(بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ واژه)

This applied, quantitative study employed a quasi-experimental design involving pretest, posttest, and a 2-month follow-up with two experimental groups and one control group. The statistical population comprised female students (aged 18–40) at Shahid Bahonar University of Kerman during the 2024–2025 academic year with a history of childhood trauma. A sample of 45 participants was selected via non-random purposeful sampling, with 15 participants allocated to each of the Emotion-Focused Therapy (EFT), Metacognitive Therapy (MCT), and control groups.

Inclusion criteria were confirmed childhood trauma (via Bernstein questionnaire and clinical interviews), female gender, and no psychiatric medication use during the intervention. Exclusion criteria included a history of EFT or MCT-like therapies within the past year, missing more than two sessions, or withdrawal from the study. Ethical considerations, including written informed consent, confidentiality, and non-maleficence, were strictly maintained. The control group received intensive therapy following the follow-up stage. The Specialized Research Council of the University of Sistan and Baluchestan approved this study .To analyze the data according to the study design, Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and Bonferroni post hoc tests were utilized to compare interventions and assessment stages. All statistical procedures were performed using SPSS version 23.

## Results(بین ۳۰۰ تا ۳۵۰ واژه)

The study comprised 45 female participants with a history of childhood trauma, who were systematically allocated into three distinct groups: Emotion-Focused Therapy (EFT), Metacognitive Therapy (MCT), and a control group. Rigorous demographic analysis confirmed that the groups were well-matched on key variables such as age (Experimental group mean: 27.10 years; Control group mean: 26.60 years; $p > .05$) and educational attainment (distributions across diploma, associate/bachelor's, and master's levels were balanced, $p > .05$). Before to the main analyses, essential assumptions for multivariate statistical procedures, including normality of distributions, homogeneity of variances, and homogeneity of the regression slopes, were thoroughly examined and met. The MANCOVA, controlling for pre-test scores, yielded a significant overall effect for the group factor on the set of dependent variables (Wilks' Lambda = .752, $p = .024$), indicating that the interventions had a discernible impact.

Subsequent univariate ANCOVA analyses revealed significant effects of the interventions on several components of psychological well-being. Specifically, statistically significant differences emerged for Autonomy ($F(2,36)=7.89$, $p=.001$, $\eta^2=.305$), Environmental Mastery ($F(2,36)=4.12$, $p=.025$, $\eta^2=.186$), Purpose in Life ($F(2,36)=8.90$, $p=.001$, $\eta^2=.331$), and Personal Growth ($F(2,36)=16.96$, $p=.000$, $\eta^2=.485$). These effect sizes suggest that the interventions explained a substantial proportion of the variance in these specific well-being constructs, ranging from 18.6% to 48.5%.

Focusing on the primary outcome variable, overall psychological well-being, the ANCOVA demonstrated a significant main effect for the intervention groups ($F=9.055$, $p=.012$, $\eta^2=.306$). This finding indicates that approximately 30.6% of the variance in post-intervention psychological well-being scores could be attributed to group membership. To precisely delineate the nature of these group differences and to assess the stability of treatment effects over time, Bonferroni-corrected post-hoc pairwise comparisons were conducted across the pre-test, post-test, and two-month follow-up assessments.

The results from the Bonferroni test indicated that both the EFT and MCT interventions led to significant improvements in psychological well-being compared to the control group (EFT vs. Control: $p=.002$; MCT vs. Control: $p=.002$). Importantly, while numerical differences favored MCT slightly, the direct comparison between the EFT and MCT groups did not reveal a statistically significant difference ($p=.999$). This suggests that both therapeutic approaches demonstrated comparable efficacy. Furthermore, the sustained positive effects observed at the two-month follow-up underscore the lasting impact and durability of both EFT and MCT in enhancing psychological well-being for this population.

## Conclusion(بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ واژه)

Therapeutic changes can manifest in two different directions (streams of change): change at the emotional process level and change at the metacognitive regulation level. The primary goal of change-based therapies is to cultivate adaptive capacities, allowing distress to be regulated through our psychological and cognitive infrastructures. It can be said that Metacognitive Therapy (MCT) eliminates maladaptive patterns, such as rumination, by targeting higher-level regulation and activating our cognitive control systems; a process related to a sense of mastery and psychological safety. The goal of many MCT exercises is to connect with the cognitive regulation system by creating a metacognitive mind, thus creating a sense of control and peace, which in turn can mitigate the devastating effects of trauma. Therefore, when women with a history of childhood trauma participate in MCT sessions, they develop a metacognitive mind and experience less rumination, which is effective in improving their psychological well-being. Consequently, it is reasonable to say that MCT is more effective than Emotionally Focused Therapy (EFT) in improving the well-being of women with childhood trauma.

Regarding theoretical and practical applications, these findings emphasize the importance of targeting metacognitive processes in trauma treatment. However, the present study is limited by its small sample size and the lack of complete control over confounding variables. Therefore, it is suggested that future research should investigate the long-term stability of MCT effects on reducing trauma symptoms using larger sample sizes and longitudinal experimental designs.

## Ethical Considerations

## ملاحظات اخلاقی مقاله

**Compliance with ethical guidelines:** Compliance with Ethical Guidelines**:** The present study was conducted in strict adherence to established ethical guidelines for psychological research. Before participation, all participants were provided with a comprehensive explanation of the study's objectives, the nature of the interventions, and the scientific rationale underlying the procedures. Informed consent was obtained from all participants, who were explicitly notified of their right to withdraw from the study at any stage without prejudice.

To ensure participant autonomy and privacy, strict confidentiality protocols were implemented; all data were analyzed in aggregate form to prevent individual identification, and no information was disclosed to third parties. The participants were assured of the voluntary nature of the study and were informed that the interventions were non-invasive and professionally administered by qualified practitioners. Furthermore, it was clarified that the research process would be overseen by a competent institutional authority. Upon request, participants were offered access to the study's findings. To uphold the principle of beneficence, members of the control group were offered access to the therapeutic interventions following the completion of the follow-up phase. This study received formal ethical approval from the Research Ethics Committee of the University of Sisan and Baluchestan under the approval code: [**IR.USB.REC.1404.047**].

**Funding:** The authors declare that this research was conducted without any external funding or financial assistance from any institution or organization.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest regarding the publication of this article.

**Authors' contribution:** The first author was the primary researcher responsible for the study's execution and writing. The second author acted as the supervisor, and the third author served as an advisor. This study is extracted from the first author's doctoral thesis.

زودایند ویرایش نشده

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت» (زودآیند ویرایش نشده)

مقاله پژوهشی

# مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان فراشناخت بر بهزیستی روانشناختی زنان دارای ترومای دوران کودکی

نویسندگان

مهسا دهقانی[۵] [۱]، فرهاد کهرازئی[۶] [۲*]، بهمن کرد تمینی[۷] [۳] و محمود شیرازی[۸] [۴]

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (mahsa.dehghanipgs.usb.ac.ir)

۲-*نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (farhad-kahraz@ped.usb.ac.ir)

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (bahmanpsy@gmail.com)

٤- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (mshirazi@edpsy.usb.ac.ir)

زودآیند ویرایش نشده

چکیده

**مقدمه:** ترومای دوران کودکی، عاملی تعیین‌کننده در آسیب‌پذیری‌های روانی بزرگسالی است که می‌تواند سلامت روان و عملکرد اجتماعی فرد را به‌طور پایدار تحت تأثیر قرار دهد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان فراشناخت را بر بهزیستی روانشناختی زنان دارای ترومای دوران کودکی بود.

**روش:** این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری دو ماهه و گروه کنترل، بر روی ۴۵ دانشجوی زن ۱۸ تا ۴۰ سال دانشگاه شهید باهنر کرمان (دارای تجربه ترومای دوران کودکی) در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ اجرا شد. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به سه گروه تقسیم شدند: درمان هیجان‌مدار (۱۵ نفر)، درمان فراشناخت (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر). گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان هیجان‌مدار برگرفته از (گرینبرگ، ۲۰۰۸) یا درمان فراشناخت (ولز، ۲۰۰۰) قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی(CTQ) ، برنشتاین و همکاران، (۲۰۰۳م) و

تاریخ دریافت:
۰۰۰۰/۰۰/۰۰

تاریخ پذیرش:
۰۰۰۰/۰۰/۰۰

[۵] 0000-0003-3424-0240 .
[۶] 0000-0002-5619-3679 .
[۷] 0000-0001-7336-5754 .
[۸] 0000-0002-9139-6607 .

بهزیستی روانشناختی (PWB) ، ریف و همکاران ( ۱۹۸۹م) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون تعقیبی بن‌فرونی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله، تأثیر معناداری بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری داشتند ($p < 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی حاکی از اثربخشی بیشتر درمان فراشناخت نسبت به درمان هیجان‌مدار بر شاخص بهزیستی روان‌شناختی بود ($p < 0.05$).

**بحث و نتیجه‌گیری:** بنابر نتایج پژوهش حاضر، هر دو رویکرد درمان هیجان‌مدار و فراشناخت، راهکارهای درمانی کارآمدی جهت ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنانِ متاثر از ترومای دوران کودکی محسوب می‌شوند. با توجه به برتری آماری درمان فراشناخت، اولویت با به‌کارگیری این رویکرد جهت طراحی پروتکل‌های درمانی در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و بهبود شاخص‌های بهزیستی در این گروه از مراجعان می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها**

**کلید واژه‌ها:** بهزیستی روانشناختی، ترومای دوران کودکی، درمان فراشناخت، درمان هیجان‌مدار

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

(farhad-kahraz@ped.usb.ac.ir)

مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

زودآیند ویرایش نشده

## مقدمه

دوران رشد اولیه نقش تعیین‌کننده‌ای در ساختار شخصیت و سلامت روانی-اجتماعی در بزرگسالی ایفا می‌کند؛ در این میان، تجربه تروما به عنوان یک عامل تهدیدکننده، ظرفیت‌های انطباقی فرد را به‌شدت تضعیف می‌کند [۱]. این تجارب آسیب‌زا که غالبا در فضای تعاملی والد-کودک شکل می‌گیرند، دربرگیرنده طیفی از پریشانی‌های مزمن، غفلت و بدرفتاری‌های مراقبان هستند [۲]. خشونت‌های دوران کودکی را می‌توان در قالب‌های چندگانه نظیر سوءرفتارهای فیزیکی یا جنسی، خشونت‌های خانوادگی و انواع غفلت‌های عاطفی و جسمانی طبقه‌بندی کرد [۳]؛ به گونه‌ای که غفلت جسمی به معنای ناکارآمدی در تأمین ملزومات بقا (مانند تغذیه و امنیت محیطی) و غفلت عاطفی بیانگر فقدان حمایت‌های روانی لازم برای کودک است، در حالی که آزار فیزیکی و جنسی به طور مستقیم بر آسیب‌های بدنی و تعرض به حریم شخصی کودک دلالت دارد. تجارب آسیب‌زای دوران کودکی پیامدهای ناگوار پایدار و بلندمدتی را به همراه دارند که یکی از بارزترین آن‌ها، نقص در مهارت‌های بین‌فردی و دشواری در ایجاد پیوندهای سالم در بزرگسالی است [۴]. زنانی که سابقه مواجهه با سوءرفتار (جسمی، جنسی یا روانی) دارند، غالبا با نشانه‌های اضطرابی فراگیر دست‌به‌گریبان‌اند که در مواجهه با محرک‌های تداعی‌کننده، خاطرات آسیب را بازسازی می‌کنند. شواهد علمی گویای آن است که تروما طیف گسترده‌ای از عملکردها از جمله رشد شناختی، رفتاری و وضعیت سلامت جسمی و روانی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد [۵]. افزون بر این، زنانی که دارای سابقه تروما هستند، در دوره پس از زایمان

آسیب‌پذیری بالاتری نسبت به افسردگی نشان می‌دهند که می‌تواند سلامت فرزند را نیز در معرض خطر قرار دهد [۶]. در نهایت، ترومای مادرانه از طریق شکل‌گیری الگوهای دلبستگی ناسازگار (مانند دلبستگی‌های اضطرابی یا اجتنابی)، می‌تواند چرخه‌ای از تعارضات عاطفی را برای نسل بعد ایجاد کند [۷]. ترومای کودکی[۹] می‌تواند اثرات مخربی بر رشد کودک، به ویژه بر عملکرد روان شناختی و روابط بین فردی داشته باشد. یکی از عوامل مهم در سازگاری افراد با تجارب دشوار بهزیستی روانشناختی[۱۰] است. بهزیستی روان‌شناختی فرآیندی چندبعدی است که فراتر از لذت‌گرایی، شامل شکوفایی پتانسیل‌های فردی، جستجوی کمال و ایجاد هماهنگی میان اهداف و پیامدهای عملکردی است [۸, ۹]. این سازه بر پایه شش مؤلفه کلیدی شامل پذیرش خود، روابط مثبت، استقلال، تسلط بر محیط، هدف‌مندی و رشد شخصی استوار است[۱۰,۱۱] . بهزیستی روان‌شناختی بازتاب‌دهنده کیفیت زندگی و درک فرد از تجارب زیسته، هیجانات و عملکردهای روانی اوست [۱۲]. با این حال، تجربیات تروماتیک دوران کودکی می‌تواند با ایجاد چالش در این ابعاد، به‌ویژه در زمینه‌ی خودکارآمدی و تنظیم روابط، سلامت روان را تحت‌الشعاع قرار دهد [۱۳]. از آنجا که فقدان این سازه تمام زوایای زندگی فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بهبود آن نقشی حیاتی در ارتقای تاب‌آوری و کیفیت کلی زندگی ایفا می‌کند [۱۴]. بنابراین، دستیابی به بهزیستی، پیش‌شرط عملکرد مطلوب فرد در جامعه و مواجهه سازگارانه با چالش‌های زندگی است [۱۵]. با توجه به پیامدهای مخرب تروماهای دوران کودکی بر ساختار روانی و الگوهای تعاملی افراد، درمان هیجان‌مدار[۱۱] به عنوان یک رویکرد نظام‌مند و کوتاه‌مدت برای بازسازی این آسیب‌ها مطرح شده است [۱۶]. این درمان که با تلفیقی از دیدگاه‌های سیستم‌های خانواده، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی شکل گرفته، هیجان را نه تنها منبع معنا و رشد، بلکه عامل اصلی تغییر در الگوهای ارتباطی می‌داند [۱۷, ۱۸]. درمان هیجان مدار با رویکردی فراتشخیصی، بر شناسایی، درک و تنظیم هیجانات تمرکز دارد تا از این طریق، پاسخ‌های شرطی و الگوهای تعاملی تکراری را با پیوندهای ایمن جایگزین کند [۱۹, ۲۰]. برخلاف رویکردهای مبتنی بر یادگیری مهارت، اصل محوری در این درمان، فعال‌سازی هیجانات انطباقی برای تغییر هیجانات ناسازگار است [۲۱]. در نهایت، هدف غایی این مداخله، توانمندسازی مراجع در مدیریت انعطاف‌پذیر هیجانات و تبدیل آن‌ها به منبعی برای دستیابی به نیازها، اهداف و شکوفایی فردی است [۲۲]. در کنار رویکردهای هیجان‌محور، درمان فراشناختی[۱۲] نیز به‌عنوان یکی از راهبردهای نوین شناختی برای رفع محدودیت‌های مدل‌های سنتی مطرح شده است [۲۳]. برخلاف رویکردهای کلاسیک که بر محتوای افکار تمرکز دارند، درمان فراشناخت بر فرآیندهای پردازشی و نحوه تعدیل افکار ناکارآمد تأکید می‌ورزد [۲۴]. این رویکرد بر اساس مدل «عملکرد اجرایی خودتنظیمی»، بر تغییر باورهای فراشناختی و کاهش «سندروم شناختی-توجهی»[۱۳](مانند اجتناب از افکار و توجه بیش از حد به تهدید) تمرکز دارد [۲۵, ۲۶]. با اصلاح این سبک‌های پردازشی و کاهش راهبردهای ناسازگار، درمان فراشناختی به ایجاد فرآیندهای هیجانی و شناختی سازگارانه‌تر منجر می‌گردد [۲۷, ۲۸]. تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی، به عنوان یکی از پیش‌آیندهای کلیدی در آسیب‌شناسی روانی بزرگسالی، می‌تواند اثرات مخرب و مستمری بر سلامت روان، به‌ویژه در جنس زن، داشته باشد [۲۹]. این پیامدها شامل طیف وسیعی از اختلالات نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه،

[۹] Childhood Trauma
[۱۰] Psychology Well-Being
[۱۱] Emotion-Focused Therapy (EFT).
[۱۲] Metacognitive Therapy (MCT).
[۱۳] Cognitive-Attentional Syndrome (CAS).

چالش‌های مربوط به شخصیت و تعاملات بین‌فردی است که علاوه بر کاهش کیفیت زندگی، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کنند [۳۰]. آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که سالانه بالغ بر ۴۰ میلیون کودک در سطح جهان تجربه کودک‌آزاری را رقم می‌زنند [۳۱]؛ پدیده‌ای که در بافت جامعه ایران نیز مشاهده می‌شود. با توجه به وسعت این آسیب، شناسایی و ارزیابی مداخلات درمانی کارآمد برای تعدیل پیامدهای شناختی و هیجانی این تروما ضرورت دارد. پژوهش پیش رو با هدف پر کردن خلاهای موجود، به مقایسه دو رویکرد متمایز درمان هیجان‌مدار و درمان فراشناختی می‌پردازد. پرسش محوری مطالعه این است که آیا بهبود وضعیت مراجع از طریق فرآیندهای عمیق هیجانی صورت می‌گیرد یا از طریق بازسازی فرآیندهای فراشناختی؛ و در نهایت، کدام‌یک از این دو رویکرد در ارتقای بهزیستی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از تروما، کارایی بیشتری دارد؟

روش : پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از حیث نوع داده‌ها، کمی است که با اتخاذ طرح شبه‌آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه) بر روی دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانشجویان زن ۱۸ تا ۴۰ سال دانشگاه شهید باهنر کرمان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ که دارای سابقه ترومای دوران کودکی بودند، تشکیل می‌داد. با استناد به راهنماهای روش‌شناسی در طرح‌های شبه‌آزمایشی، حجم نمونه بر اساس تخصیص ۱۵ شرکت‌کننده در هر گروه (مجموعا ۴۵ نفر) شامل گروه‌های درمان هیجان‌مدار، درمان فراشناخت و کنترل تعیین شد. فرآیند نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی هدفمند انجام گرفت. نمونه گیری در این پژوهش طی دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول دانشکده های کشاورزی، مهندسی و زبان به روش نمونه گیری در دسترس برگزیده شدند. تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش با انتشار فراخوان در سه دانشکده مذکور به حضور در این پژوهش دعوت شدند. پس از بررسی شرایط لازم برای شرکت در پژوهش که از طریق تکمیل پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنشتاین (۲۰۰۳) در میان دانشجویان واجد شرایط سنی و مصاحبه بالینی و تخصصی که توسط دانشجوی دکترای روانشناسی آموزش دیده و آگاه نسبت به اصول علمی و اخلاقی و بر اساس اصول و پروتوکل های علمی صورت گرفت افرادی که در پرسشنامه تروما نمرات بالایی را بدست آوردند پس از مصاحبه، تشخیص تروما را دریافت کردند و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند انتخاب شدند. در مرحله دوم شرکت کنندگان به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر کدام ۱۵ نفر ) گمارده شدند. قبل از ورود به جلسات مداخله ، شرکت کنندگان هر گروه اقدام به تکمیل پرسشنامه ها در مرحله پیش‌آزمون کردند سپس گروه آزمایشی اول، تحت درمان هیجان مدار به مدت هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در بازه زمانی یکبار در هفته و گروه آزمایشی دوم، تحت درمان فراشناخت به مدت هشت جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت یکبار در هفته قرار گرفتند . پس از اتمام مداخله از افراد هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. در نهایت پس از گذشت ۲ ماه آزمون پیگیری از شرکت‌کنندگان به عمل آمد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تأیید تجربه ترومای کودکی (بر مبنای پرسشنامه برنشتاین و مصاحبه بالینی تخصصی)، محدوده سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، جنسیت مؤنث و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در طول دوره مداخله بود. در مقابل، معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: سابقه درمان‌های مشابه درمان هیجان‌مدار یا درمان فراشناخت در یک سال گذشته، غیبت بیش از دو جلسه در روند مداخله، انصراف از همکاری و عدم رعایت سایر ضوابط ورود.

زودآیند ویرایش نشده

همچنین، تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ کد اخلاق، دریافت رضایت‌نامه کتبی، حفظ محرمانگی اطلاعات، اطمینان از عدم ورود آسیب به شرکت‌کنندگان و ارائه جلسات درمانی فشرده به گروه کنترل پس از اتمام مرحله پیگیری، به‌دقت رعایت گردید. پژوهش حاضر تحت نظارت شورای تخصصی پژوهش دانشگاه سیستان و بلوچستان و با کد اخلاق IR.USB.REC.1404.047 به تصویب رسیده است.

با توجه به ساختار طرح پژوهش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، جهت تحلیل داده‌های گردآوری شده، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه میان مداخلات و مقایسه مراحل مختلف آزمون استفاده شد. تمامی فرآیندهای آماری با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSSنسخه ۲۳ انجام گرفت.

ابزار

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (PWBI)[۱۴]

این پرسشنامه توسط ریف[۱۵] در سال ۱۹۸۹ ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این ابزار دارای ۱۸ گویه است که شامل ۶ بعد (هر بعد شامل ۳ سوال) می‌باشد و در طیف ۶ درجه‌ای لیکرت، از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" نمره‌گذاری می‌شود. ابعاد و سوالات پرسشنامه به این شرح است: عامل استقلال شامل سوالات ۹، ۱۲ و ۱۸؛ عامل تسلط بر محیط شامل سوالات ۱، ۴ و ۶؛ عامل رشد شخصی شامل سوالات ۷، ۱۵ و ۱۷؛ عامل رابطه مثبت با دیگران شامل سوالات ۳، ۱۱ و ۱۳؛ عامل داشتن هدفمندی در زندگی شامل سوالات ۵، ۱۴ و ۱۶؛ و عامل پذیرش خود شامل سوالات ۲، ۸ و ۱۰. در نمره‌گذاری این مقیاس، سوالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷ با روش معکوس و باقی سوالات با روش مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند؛ به طوری که نمره بالا در این آزمون بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتر و بهتر است.

در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی، ضریب همسانی درونی بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی بعد از ۶ هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد [۳۲]. همچنین همبستگی مقیاس ۱۸ سوالی با مقیاس اصلی در بازه ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بود [۳۳]. در پژوهش خانجانی و همکاران [۳۴] همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای ۶ عامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)[۱۶]

این پرسشنامه توسط برنشتاین[۱۷] و همکاران (۲۰۰۳) برای ارزیابی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی طراحی شده است و شامل ۲۸ گویه می‌باشد. ۲۵ گویه از این ابزار، پنج مؤلفه اصلی شامل سوءاستفاده جسمی، جنسی، عاطفی و همچنین غفلت جسمی و عاطفی را می‌سنجد و ۳ گویه دیگر برای شناسایی انکار احتمالی در نظر گرفته شده است. دامنه نمرات هر مؤلفه بین ۵ تا ۲۵ و نمره کل بین ۲۵ تا ۱۲۵ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده تجربه تروما بیشتر می‌باشد [۳۵]. پایایی این ابزار با روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است و روایی همگرای آن از طریق همبستگی با مصاحبه‌های بالینی تأیید شده است. همچنین، روایی صوری، محتوایی و

۱۴. Psychology Well-Being Inventory (PWBI)
۱۵. Ryff.
۱۶. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
۱۷. Bernstein

زودآیند ویرایش نشده

ملاکی آن در پژوهش ابراهیمی[۳۶ ]مورد تأیید قرار گرفته است.

جلسات درمان

مداخلات در این پژوهش بر اساس پروتکل درمان هیجان‌مدار اقتباس شده از گرینبرگ[۱۸]و همکاران [۳۷] طراحی شده است. این مداخله در قالب ۸ جلسه درمانی، با فواصل هفتگی و با مدت‌زمان ۶۰ دقیقه برای هر جلسه، بر روی اعضای گروه آزمایش اجرا شد. اجرای جلسات بر عهده دانشجوی دکتری روان‌شناسی بود. اثربخشی این پروتکل درمانی در پژوهش‌های پیشین از جمله مطالعات دهقانپور و همکاران [۳۸] و شایگان فر و همکاران [۳۹] مورد تأیید قرار گرفته است. جزئیات مربوط به اهداف و محتوای هر یک از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

زودآیند ویرایش نشده

[۱۸] Greenberg .

جدول ۱. جلسات درمان هیجان مدار اقتباس ازگرینبرگ و همکاران [۳۷]

| جلسات آموزشی | هدف | شرح |
|---|---|---|
| جلسه اول | آشنایی ،ایجاد پیوستگی | به آشنایی و ارتباط اعضا و همچنین بررسی انگیزه درمان پرداخته شد. توضیحاتی درباره مفهوم هیجان و توجه به حالات هیجانی خوشایند و ناخوشایند ارائه گردید. |
| جلسه دوم | پذیرش هیجان، انعکاس تجربیات تعاملی و هیجانی | به ارزیابی مشکل، کشف تعاملات مشکل‌دار، شناسایی چرخه تعامل منفی و بررسی موانع دلبستگی پرداخته شد. توافق درمانی درباره چگونگی روند جلسات و وظایف اعضا و قوانین گروه بیان گردید. |
| جلسه سوم | بازکردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی | درباره تجربیات هیجانی برجسته آزاردهنده صحبت شد. به مراجعان برای کشف ترس‌ها و احساس ناامنی موجود کمک شد. درنهایت از مراجع خواسته شد که احساسات تصدیق نشده بنیادی خود را بپذیرد. |
| جلسه چهارم | روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی | هماهنگی لازم بین تشخیص درمانگر و مراجع انجام شد. همچنین پذیرش چرخه تعامل منفی از سوی بیماران اتفاق افتاد. |
| جلسه پنجم | افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، ابراز هیجانات منفی | به مراجعان برای شناسایی هرچه بیشتر نیازهای دلبستگی و موقعیت‌های مشابه و عمق بخشیدن به درگیری با تجربیات هیجانی کمک شد. |
| جلسه ششم | عمق بخشیدن به درگیری هیجانی، ارتقا روش‌های تعامل | به مراجعان کمک شد تا بتوانند به‌طور تدریجی به درگیری هیجانی خود عمق ببخشند. همچنین تاکید شد که در این روش تمرکز باید بر روی خود باشد نه دیگری. درنهایت به تعریف مجدد دلبستگی پرداخته شد. |
| جلسه هفتم | بازسازی تعاملات تغییر رویدادها | از مراجعان خواسته شد که به جایگزینی تعاملات منفی با تعاملات مثبت هیجانی بپردازند و رویدادها را به شکل مثبت و پاسخ‌دهنده به نیازهای هیجانی خود تغییر دهند. همچنین به تسهیل راه‌های جدید برای حل مشکلات قدیمی پرداخته شد. |
| جلسه هشتم | کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی | به ادامه بازسازی تعاملات پرداخته شد. به مراجعان برای مشخص کردن تعامل بین الگوهای گذشته و اکنون و کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی کمک شد. |

زودآیند ویرایش نشده

مداخلات در گروه آزمایش دوم، بر اساس مبانی نظری درمان فراشناختی ولز[۱۹] [۴۰] در قالب ۸ جلسه درمانی طراحی گردید. جلسات با فواصل هفتگی و با مدت‌زمان ۶۰ دقیقه برای هر جلسه برگزار شد. جزئیات مربوط به اهداف و محتوای هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

زودآیند ویرایش نشده

[۱۹] . Wells

جدول ۲. جلسات درمان فراشناخت ولز[ ۴۱]

| جلسات درمان | هدف | شرح |
|---|---|---|
| جلسه اول | آشنایی با اعضا، تدوین فرمول-بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی مراجعان | به معرفی مدل درمان، چگونگی ادامه یافتن روند درمان و فرایندهای آن پرداخته شد. به افراد جهت تدوین فرمول‌بندی مورد کمک شد. همچنین چالش با باورهای منفی درباره علائم، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به‌تعویق انداختن نگرانی انجام شد. |
| جلسه دوم | چالش با باورهای منفی و علائم آن | به بررسی فرمول‌بندی‌های موردی پرداخته شد. از افراد خواسته شد که به چالش با باورهای منفی بپردازند. مزایا و معایب نگرانی و نشخوار فکری ارائه شد. |
| جلسه سوم | چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی، مرور به-تعویق انداختن نگرانی | تکنیک‌های چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی و نشخوارفکری، مرور به‌تعویق-انداختن نگرانی و گسترش کاربردهای آن و توقف سرکوب فکر با مراجعان تمرین شد. |
| جلسه چهارم | حذف راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی | به بررسی و حذف سایر راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی و ماهیت پردازش مفهومی پرداخته شد که آیا به نوع دیگری از پردازش، تغییر یافته و یا همچنان در حال پیشرفت است؟ همچنین بر روی باورهای باقی‌مانده درمورد نگرانی و نشخوارفکری کار شد. |
| جلسه پنجم | تحلیل مزایا و معایب پایش تهدید، آموزش تمرکز مجدد توجه | به چالش با باورهای مثبت درباره پایش تهدید، متوقف کردن پایش تهدید و ارائه گزینه‌های جانشین، آموزش تمرکز مجدد توجه و چالش با باورهای مثبت و منفی باقی‌مانده پرداخته شد. |
| جلسه ششم | بررسی توجه ها، روش‌های مقابله و باورهای باقی‌مانده | به بررسی نگرانی، نشخوارفکری، باورها، مقابله و توجه، کار روی باورهای باقی‌مانده پرداخته شد. شروع کار روی طرح کلی درمان و درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه درمان، ادامه خودداری از نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید. |
| جلسه هفتم | تدوین برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علائم | به کار روی موضوعات باقی‌مانده مشخص‌شده و تدوین برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم جدید و علائم آن‌ها پرداخته شد. در نهایت تکمیل طرح کلی درمان، تمرین و اجرای برنامه جدید انجام شد. |
| جلسه هشتم | تقویت و تمرین برنامه جدید | به تقویت برنامه جدید و تشریح آن با استفاده از مثال فرضی پرداخته شد. وارسی هرگونه باور باقی‌مانده انجام شد همچنین کاربرد مداوم درمان نیز بیان شد. |

## نتایج.

در این مطالعه، حجم نمونه‌ای متشکل از ۴۵ زن دارای سابقه تروما در دوران کودکی انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه شامل درمان هیجان‌مدار ، درمان فراشناخت و گروه کنترل دسته‌بندی شدند. بررسی داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که بیشترین تراکم سنی متعلق به بازه ۱۸ تا ۲۵ سال با ۱۸ نفر (۴۰ درصد) است؛ همچنین، ۱۶ آزمودنی (۳۵/۵۶ درصد) در بازه ۲۵ تا ۳۰ سال و ۱۱ نفر (۲۴/۴۴ درصد) در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار گرفتند. در راستای کنترل اثرات متغیرهای مزاحم و رعایت استانداردهای پژوهشی، توزیع شرکت‌کنندگان به‌گونه‌ای مدیریت شد که میانگین سنی گروه‌ها همسان باشد. بر این اساس، میانگین سنی در گروه‌های آزمایش ۲۷/۱۰ سال و در گروه گواه ۲۶/۶۰ سال به‌دست آمد که عدم تفاوت معنادار آماری بین گروه‌ها را پیش از اجرای مداخله تأیید می‌کند.

در بخش بررسی ویژگی‌های تحصیلی، نتایج بیانگر آن است که ۴۶/۶۷ درصد (۲۱ نفر) از مشارکت‌کنندگان در مقاطع کاردانی و کارشناسی تحصیل کرده‌اند. سایر آزمودنی‌ها شامل ۱۶ نفر (۳۵/۵۶ درصد) با مدرک دیپلم یا پایین‌تر، و ۸ نفر (۱۷/۷۸درصد) در سطح کارشناسی ارشد و بالاتر بوده‌اند. چینش گروه‌ها از نظر سطح تحصیلات به نحوی صورت گرفت که در هر دو گروه آزمایش، ترکیب فراوانی‌ها (دیپلم، کارشناسی و ارشد) به‌ترتیب ۵، ۷ و ۳ نفر باشد؛ این ساختار در گروه گواه نیز با توزیعی مشابه (۶، ۷ و ۲ نفر) تکرار شد تا همگونی تحصیلی حفظ گردد. تحلیل نهایی نشان می‌دهد که توزیع متغیر تحصیلات در هر سه گروه متوازن بوده و همگن بودن گروه‌ها از این منظر، امکان مقایسه دقیق و معتبر آماری را فراهم می‌سازد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس پیش فرض های لازم برای متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. این پیش فرض ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگن بودن واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون بود که همگی تایید شدند. جزئیات شاخص‌های توصیفی متغیر وابسته در سه مقطع زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در جدول شماره ۳ گزارش شده است. مطابق با داده‌های به‌دست آمده، میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روانشناختی برای گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار در مرحله پیش‌آزمون برابر با (۶۵/۲۷) و (۷/۳۴)، در مرحله پس‌آزمون شامل (۷۸/۹۳) و (۸/۰۶) و در نوبت پیگیری معادل (۷۸/۸۷) و (۶/۲۹) بوده است. در همین راستا، این شاخص‌ها برای گروه «درمان فراشناخت» در مرحله پیش‌آزمون به‌ترتیب (۶۶/۱۳) و (۴/۱)، در پس‌آزمون (۷۹/۶۷) و (۷/۲۱) و در مرحله پیگیری (۷۸/۶۰) و (۶/۲۳) محاسبه گردید. همچنین، در گروه گواه نیز میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روانشناختی برای مرحله پیش‌آزمون (۶۴/۸۷) و (۷/۶۹) برای پس‌آزمون (۷۰/۸۷)و (۶/۴۵) و نهایتاً برای مرحله پیگیری (۶۹/۶۷) و (۴/۸۳) به‌دست آمد.

جدول۳. شاخص های آمار توصیفی برای متغیر بهزیستی روانشناختی

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف-معیار | میانگین | انحراف-معیار | میانگین | انحراف-معیار |
| بهزیستی | کنترل | ۶۴/۸۷ | ۷/۶۹ | ۷۰/۸۷ | ۶/۴۵ | ۶۹/۶۷ | ۴/۸۳ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| روانشناختی | درمان هیجان مدار | ۶۵/۲۷ | ۷/۳۴ | ۷۸/۹۳ | ۸/۰۶ | ۷۸/۸۷ | ۶/۲۹ |
| | درمان فراشناخت | ۶۶/۱۳ | ۴/۰۱ | ۷۹/۶۷ | ۷/۲۱ | ۷۸/۶۰ | ۶/۲۳ |

در بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل چندمتغیره، شاخص لامبدای ویلکز به میزان ۰/۷۵۲ و سطح معناداری ۰/۰۲۴ حاصل شد که حاکی از وجود تمایز معنادار بین گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرهای وابسته است. با توجه به برقراری تمامی پیش‌نیازهای آماری، خروجی‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت مقایسه گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی، در جدول ۴ تنظیم شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای خرده مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی

| مولفه | منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | سطح معنی داری | اندازه اثر (مجذور اِتا) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| پذیرش خود | پیش آزمون | ۸/۹۹۴ | ۱ | ۸/۹۹۴ | ۲/۱۰۸ | ۰/۱۵۵ | ۰/۰۵۵ |
| | گروه | ۲۰/۳۱۲ | ۲ | ۱۰/۱۵۶ | ۲/۳۸۱ | ۰/۱۰۷ | ۰/۱۱۷ |
| | خطا | ۱۵۳/۵۷۱ | ۳۶ | ۴/۲۶۶ | | | |
| روابط مثبت با دیگران | پیش آزمون | ۱۱/۸۰۰ | ۱ | ۱۱/۸۰۰ | ۳/۲۵۰ | ۰/۰۸۰ | ۰/۰۸۳ |
| | گروه | ۱۶/۱۸۶ | ۲ | ۸/۰۹۳ | ۲/۲۲۹ | ۰/۱۲۲ | ۰/۱۱۰ |
| | خطا | ۱۳۰/۶۸۹ | ۳۶ | ۳/۶۳۰ | | | |
| خودمختاری | پیش آزمون | ۰/۸۵۲ | ۱ | ۰/۸۵۲ | ۰/۲۴۶ | ۰/۶۲۳ | ۰/۰۰۷ |
| | گروه | ۵۴/۶۳۳ | ۲ | ۲۷/۳۱۶ | ۷/۸۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۰۵ |
| | خطا | ۱۲۴/۵۹۲ | ۳۶ | ۳/۴۶۱ | | | |
| تسلط بر محیط | پیش آزمون | ۹/۶۰۸ | ۱ | ۹/۶۰۸ | ۲/۵۱۶ | ۰/۱۲۱ | ۰/۰۶۵ |
| | گروه | ۳۱/۴۵۲ | ۲ | ۱۵/۷۲۶ | ۴/۱۱۸ | ۰/۰۲۵ | ۰/۱۸۶ |
| | خطا | ۱۳۷/۴۸۶ | ۳۶ | ۳/۸۱۹ | | | |
| زندگی هدفمند | پیش آزمون | ۰/۱۷۵ | ۱ | ۰/۱۷۵ | ۰/۰۸۸ | ۰/۷۶۹ | ۰/۰۰۲ |
| | گروه | ۳۵/۶۴۵ | ۲ | ۱۷/۸۲۳ | ۸/۸۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳۱ |
| | خطا | ۷۲/۰۹۸ | ۳۶ | ۲/۰۰۳ | | | |
| رشد فردی | پیش آزمون | ۰/۲۳۸ | ۱ | ۰/۲۳۸ | ۰/۱۴۳ | ۰/۷۰۷ | ۰/۰۰۴ |
| | گروه | ۵۶/۴۵۳ | ۲ | ۲۸/۲۲۷ | ۱۶/۹۵۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸۵ |
| | خطا | ۵۹/۹۲۴ | ۳۶ | ۱/۶۶۵ | | | |

زودآیند ویرایش نشده

مطابق با خروجی‌های ارائه شده در جدول ۴، سطوح معناداری به‌دست‌آمده برای عامل گروه در مؤلفه‌های «خودمختاری»، «تسلط بر محیط»، «زندگی هدفمند» و «رشد فردی» کمتر از ۰/۰۵ است. این یافته حاکی از آن است که با اطمینان ۹۵ درصد، مداخلاتِ «درمان هیجان‌مدار» و «درمان فراشناخت» بر بهبود مؤلفه‌های مذکور در زنان دارای سابقه ترومای دوران کودکی مؤثر واقع شده است. علاوه بر این، ارزیابی مقادیر اندازه اثر، که به‌ترتیب برابر با ۰/۳۰۵، ۰/۱۸۶، ۰/۳۳۱ و ۰/۴۸۵ گزارش شده‌اند، بیانگر آن است که مداخلات انجام‌گرفته توانسته‌اند به‌میزان ۳۰، ۱۹، ۳۳ و ۴۸ درصد واریانسِ مؤلفه‌های خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی را در بین گروه‌های مورد مطالعه تبیین نمایند.

به‌منظور ارزیابی و مقایسه اثربخشیِ مداخلات «هیجان‌مدار» و «فراشناخت» بر متغیر «بهزیستی روان‌شناختی»، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده گردید. در راستای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع خطاها، خروجی آزمون کلموگوروف-اسمیرنوف[۲۰] برای نمرات پس‌آزمون و مرحله پیگیری حاکی از تأیید فرض نرمال بودن توزیع در سطح خطای ۰/۰۵ بود زیرا در هیچ مرحله معنادار نبود ($p>0/05$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال است. همچنین، جهت سنجش مفروضه همگنی واریانس خطاها، از آزمون لون[۲۱] استفاده شد که مقادیر حاصله در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنادار نبود ($p>0/05$) بدین ترتیب فرض همگنی واریانس‌ها در هر سه مرحله زمانی مورد تأیید قرار گرفت. در ادامه به بررسی تعامل بین گروه و پیش آزمون پرداخته شد و با توجه به آماره $F = 3/424$ و مجذور اتای جزئی ۰/۲۰۰ این تعامل معنادار نبود. لذا شرط همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار گردید. با احراز تمامی مفروضات از جمله رابطه خطی میان پیش‌آزمون و پس‌آزمون، کفایت به‌کارگیری تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای سنجش تغییرات بهزیستی روان‌شناختی اثبات شد. جزئیات نتایج این تحلیل در جدول شماره ۵ گزارش شده است.

زودآیند ویرایش نشده

[۲۰] . Kolmogorov-Smirnov Test
[۲۱] . Leven

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بهزیستی روانشناختی

| مولفه | منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | سطح معنی داری | اندازه اثر (مجذور اتا) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| بهزیستی روان شناختی | پیش آزمون | ۱۵۳/۰۱۴ | ۱ | ۱۵۳/۰۱۴ | ۱/۸۹۰ | ۰/۱۷۷ | ۰/۰۴۴ |
| | گروه | ۱۴۶۶/۲۶۱ | ۲ | ۷۳۳/۱۳۰ | ۹/۰۵۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۰۶ |
| | خطا | ۳۳۱۹/۵۲۰ | ۴۱ | ۸۰/۹۶۴ | | | |

بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار آماره F برای عامل گروه برابر با ۹/۰۵۵ محاسبه گردید که در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است (p= ۰/۰۱۲). این یافته دلالت بر آن دارد که با سطح اطمینان ۹۵ درصد، مداخلاتِ «درمان هیجان‌مدار» و «درمان فراشناخت» تأثیر معناداری بر ارتقای «بهزیستی روان‌شناختی» در زنان با سابقه ترومای دوران کودکی داشته‌اند. افزون بر این، شاخص اندازه اثر (η2 =۰/۳۰۶) مؤید آن است که مداخلات مذکور توانسته‌اند نزدیک به ۳۰ درصد از واریانس تفاوت‌های میان‌گروهی را تبیین نمایند. در نهایت، به‌منظور بررسی دقیق‌تر روند تغییرات و واکاوی پایداری اثرات درمانی و مقایسات زوجی گروه‌ها در مراحل سه‌گانه (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه)، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که جزئیات و نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

جدول۶. بررسی مقایسه زوجی (آزمون تعقیبی بونفرونی) درمان‌ها پس از مداخله

| درمان | گروه ها | میانگین اختلاف ها | خطای استاندارد | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|
| درمان هیجان مدار | کنترل | ۸/۵۵۱ | ۲/۳۲۴ | ۰/۰۰۲ |
| | درمان فراشناخت | -۰/۰۵۵ | ۲/۳۲۷ | ۰/۹۹۹ |
| درمان فراشناخت | کنترل | ۸/۶۰۶ | ۲/۳۳۱ | ۰/۰۰۲ |
| | درمان هیجان مدار | ۰/۰۵۵ | ۲/۳۲۷ | ۰/۹۹۹ |

یافته‌های حاصل از مقایسات زوجی (ارائه‌شده در جدول ۶) نشان می‌دهد که اگرچه هر دو پروتکل درمانی در مقایسه با گروه گواه، منجر به بهبود معنادار متغیر بهزیستی روان‌شناختی گردیده‌اند، اما گروه مداخله فراشناخت در مقایسه با گروه هیجان‌مدار، میانگین‌های بالاتری را کسب کرده است. این تفاوت عددی، گویای برتری نسبی و توانمندی بیشتر رویکرد فراشناختی در ارتقای مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در زنان با تجربه ترومای دوران کودکی می‌باشد. علاوه بر این، بررسی تغییرات در مراحل سه‌گانه ارزیابی حاکی از آن است که دستاوردهای درمانی، علاوه بر مشهود بودن در مرحله پس‌آزمون، در ارزیابی پیگیری دوماهه نیز تداوم داشته و پایداری اثرات مداخله را مورد تأیید قرار می‌دهد.

زودآیند ویرایش نشده

**بحث و نتیجه گیری.**

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان فراشناخت بر بهزیستی روانشناختی زنان دارای ترومای دوران کودکی بود. نتایج نشان داد که هر دو درمان باعث بهبود بهزیستی روانشناختی در این گروه از افراد می شود اما میزان اثربخشی درمان فراشناخت نسبت به درمان هیجان-مدار اندکی بیشتر بود. این نتیجه را می‌توان از دیدگاه نظری و تجربی به‌گونه‌ای تبیین کرد که نشان‌دهنده تفاوت در سطح مداخله‌گری این دو رویکرد در ساختارهای هیجانی و شناختی است. درواقع درمان فراشناخت با مداخله در سطح بالاتر تنظیم شناختی توانسته بر جنبه‌های گسترده‌تری از بهزیستی روانشناختی اثر بگذارد که شامل احساس تسلط بر زندگی، رشد فردی، هدفمندی و پذیرش خویشتن می‌شود. افرادی که در دوران کودکی تجربه تروما و ناکارآمدی هیجانی داشته‌اند معمولا نه‌تنها در پردازش هیجان‌ها بلکه در ارزیابی افکار، باورها و تفکر درباره تفکر خود دچار دشواری هستند. این افراد به‌طور معمول گرفتار الگوهای خودانتقادی، نشخوار ذهنی و نگرانی‌های فراگیر درباره خود و دیگران هستند که به کاهش احساس ارزشمندی و رضایت از زندگی منجر می‌شود [۴۱] . درمان فراشناخت ، بر مبنای مدل عملکرد خودتنظیمی[۲۲] طراحی شده و به جای پرداختن مستقیم به محتوای افکار یا تجربه هیجانی بر الگوهای شناختی سطح بالا یعنی باورهای فراشناختی تمرکز می‌کند. در این درمان، افراد می-آموزند که افکار خود را نه به‌عنوان واقعیت بلکه به-عنوان پدیده‌های ذهنی مشاهده کنند و از چرخه‌های معیوب نگرانی و نشخوارذهنی رها شوند. این فرایند، نوعی آزادی شناختی ایجان می‌کند که باعث کاهش استرس، افزایش تسلط بر زندگی و تقویت احساس کنترل درونی می‌شود و در نتیجه بر ابعاد مختلف بهزیستی روانشناختی تاثیر مثبت می‌گذارد [۴۲] .

درمقابل، درمان هیجان‌مدار که براساس نظریه‌های هیجان و تحول تجربه عاطفی استوار است بیشتر بر بازشناسی، ابراز و پذیرش هیجان‌های سرکوب‌شده تمرکز دارد [۲۰]. این روش نیز درک هیجانی فرد از خود و دیگران را تقویت می‌کند و می‌تواند منجر به افزایش صمیمیت، معنا و خودپذیری شود. با این حال، در افرادی که از کودکی در معرض تجارب آسیب‌زا بوده‌اند، معمولا ساختارهای ناسازگار فراشناختی و باورهای زیربنایی منفی درباره ذهن خود شکل گرفته-است. این ساختارها، حتی پس از ابراز یا بازشناسی هیجان‌ها، همچنان نقش نیرومندی در حفظ اضطراب، احساس گناه و درماندگی دارند. به همین دلیل، صرف مواجهه هیجانی ممکن است برای بازسازی دیدگاه-های کلی فرد درباره خود، کنترل، معنا و آینده، کافی نباشد. درمان فراشناخت از طریق تغییر رابطه فرد با فرایند تفکر خود به بازسازی نظام باور و در نتیجه ارتقای پایدارتری در بهزیستی منجر می‌شود. پژوهش‌های متعددی طی سال‌های اخیر این ساز و کار را تائید کرده‌اند. به‌عنوان نمونه پاپاجورجیو و[۲۳] همکاران [۴۳] در متا آنالیز خود نشان دادند که درمان فراشناختی در ارتقای شاخص‌هایی همچون خودکارآمدی، امید و رضایت روانی نسبت به درمان-های شناختی رفتاری یا هیجانی اثربخشی بیشتری دارد. همچنین نوراداهل و ولز[۲۴] [۴۴] گزارش کردند که درمان فراشناخت با کاهش باورهای ناکارآمد درباره افکار منفی و افزایش آگاهی فراشناخت موجب ارتقای احساس شایستگی روانی و هدفمندی در زندگی بیماران دارای پیشینه تروما شده است. به همین ترتیب بوهوسل[۲۵] [۴۵] اشاره کرد که در افراد با تجربه آسیب‌های اولیه، تنظیم ناکارآمد فراشناختی، میانجی رابطه بین تجارب تروماتیک و بهزیستی پایین است، بدین معنا که اصلاح آن می‌تواند مستقیما موجب افزایش رضایت از زندگی و رشد فردی شود.

---

[۲۲] . Self regulation

[۲۳] . Papageorgiou

[۲۴] . Nordahl

[۲۵] . Bhosale

از دیدگاه عصب روانشناختی نیز یافته‌ها موید این تبیین هستند. اختلال در کارکرد شبکه‌های پیش-پیشانی و لیمبیک در قربانیان ترومای دوران کودکی سبب می‌شود شخص، کنترل ضعیف‌تری بر افکار و هیجان‌ها داشته و درنتیجه بیشتر مستعد نشخوار فکری، خودسرزنشی و واکنش‌پذیری هیجانی باشد [۳۱]. درمان فراشناختی با آموزش مهارت‌هایی مانند کنترل توجه و فاصله‌گیری شناختی به تقویت مدارهای کنترل شناختی و کاهش فعالیت بیش از حد آمیگدال کمک می‌کند. این تنظیم بالا به پایین در نهایت منجر به احساس آرامش درونی، کنترل بیشتر بر پاسخ‌های هیجانی و افزایش رضایت از خود می‌شود که همگی از مولفه‌های بهزیستی روانشناختی هستند. افزون بر آن فراشناخت صحیح به فرد اجازه می‌دهد در برابر جریان افکار و نگرانی‌ها، موقعیتی ناظرانه اتخاذ کند و احساس کند می‌تواند ذهن خود را هدایت کند، عاملی که متغیر کلیدی در تحقق احساس تسلط بر محیط و رشد شخصی است.

از سوی دیگر یافته‌های مربوط به درمان هیجان‌مدار نیز با نتایج پژوهش حاضر سازگار است به این صورت که درمان هیجان‌مدار از طریق تجربه و ابراز هیجان-های سازمان‌نیافته، تجلی مجدد احساسات مثبت بنیادی و بازسازی معنای شخصی را تسهیل می‌کند. با این‌حال، در افرادی که تروماهای دوران کودکی، موجب به شکل‌گیری الگوهای مزمن نگرانی و ترس از هیجان شده‌است، پرداختن صرف به هیجان بدون بازنگری در باورهای فراشناختی می‌تواند تغییرات را موقتی نگه دارد [۴۶]. بنابراین برتری نسبی درمان فراشناختی در این پژوهش، احتمالاناشی از آن است که این رویکرد نه تنها بر تنظیم هیجان‌ها بلکه بر بازسازی سطح بالای کنترل ذهنی و نگرش نسبت به فرایند تفکر نیز متمرکز است.

به‌طورکلی می‌توان گفت درمان فراشناخت از طریق اصلاح باورهای بنیادین درباره افکار و تقویت سطح خودنظم‌دهی شناختی، موجب کاهش استرس و نشخوار ذهنی می‌شود و این کاهش زمینه رشد روانی، تسلط بر زندگی، روابط مثبت و احساس معنا را فراهم می‌سازد. این تغییرات پایدار در جنبه‌های شناختی و هیجانی، موجب ارتقای همه‌جانبه بهزیستی روانشناختی در زنان دارای ترومای دوران کودکی می-شود. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که درحالی‌که هر دو درمان هیجان‌مدار و فراشناخت در ارتقای بهزیستی روانی نقش دارند، درمان فراشناختی به-دلیل هدف‌گیری سطح بالاتر کنترل شناختی و اصلاح ساختارهای زیربنایی ذهن، اثربخشی عمیق‌تر و پایدارتری در این گروه از مراجعان نشان می‌دهد.

در اجرای پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت: نخست آنکه به دلیل انتخاب نمونه پژوهش از میان زنان ۱۸ تا ۴۰ ساله دارای سابقه ترومای دوران کودکی با حداقل تحصیلات دیپلم، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر دامنه‌های سنی یا افرادی با سطوح تحصیلی متفاوت با چالش همراه است. علاوه بر این، در فرآیند این تحقیق، متغیرهایی همچون شدت آسیب‌های دوران کودکی و وجود اختلالات هم‌بود (مانند افسردگی و اضطراب) کنترل نشدند که احتمالا بر خروجی‌های پژوهش اثرگذار بوده‌اند. همچنین، به دلیل محدودیت‌های زمانی، امکان بررسی طولانی‌مدت اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و فراشناخت میسر نبود و مطالعه صرفا به مرحله پس‌آزمون و پیگیری دوماهه محدود ماند. با توجه به موارد ذکر شده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با بهره‌گیری از نمونه‌هایی با تنوع سنی بیشتر، قابلیت تعمیم نتایج ارتقا یابد. همچنین شایسته است در مطالعات بعدی، نقش شدت ترومای در میزان اثربخشی این مداخلات تحلیل شود و با کنترل متغیرهای مخدوش‌گر، به‌ویژه اختلالات هم‌زمان، به نتایج دقیق‌تری دست یافت. در پایان، توصیه می‌شود برای ارزیابی پایداری اثرات درمان، دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت (شش‌ماهه تا یک‌ساله) در نظر گرفته شود. با وجود این موارد، یافته‌های حاضر از منظر

زودآیند ویرایش نشده

کاربردهای بالینی واجد اهمیت هستند.

یافته‌های این پژوهش، دریچه‌ای نو به سوی ارتقای سلامت روان زنان با سابقه ترومای کودکی می‌گشاید. متخصصان و درمانگران حوزه تروما می‌توانند با بهره‌گیری از ظرفیت‌های دو رویکرد درمان فراشناخت و هیجان‌مدار، گام مؤثری در بهبود کیفیت زندگی و تقویت بنیان‌های روانی این مراجعان بردارند. فراتر از فضای اتاق درمان، ضروری است که سازمان‌های متولی سلامت و مراکز مشاوره، با طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی و مداخلات ساختارمند بر پایه این دو رویکرد، راهکارهای عملی و کارآمدی را در اختیار این زنان قرار دهند. این مسیر به مراجعان کمک می‌کند تا ضمن عبور از سایه‌های ترومای گذشته، با مهارت و سازگاری بیشتری به استقبال چالش‌های زندگی بروند و معنای عمیق‌تری از سلامت و رفاه روانی را تجربه کنند.

## ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در این پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی با دقت ویژه‌ای رعایت شد؛ از جمله اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از زنان دارای ترومای کودکی. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمامی داده‌ها با حفظ کامل محرمانگی و صرفا به‌صورت گروهی تحلیل خواهند شد و هویت آن‌ها در هیچ مرحله‌ای فاش نمی‌شود. همچنین، جزئیاتی نظیر اهداف پژوهش، سودمندی مداخله، صلاحیت علمی درمانگران و نظارت دانشگاه بر روند کار، به‌طور کامل برای آن‌ها تبیین گردید. علاوه بر این، مشارکت در پژوهش کاملا داوطلبانه بوده و شرکت‌کنندگان حق داشتند در هر مرحله از مطالعه، بدون هیچ‌گونه پیامدی، از روند پژوهش خارج شوند. در نهایت، جهت رعایت عدالت، امکان پاسخگویی به سوالات فراهم شد و مقرر گردید که پس از اتمام مرحله پیگیری، جلسات درمانی فشرده برای اعضای گروه کنترل نیز برگزار شود.

لازم به ذکر است که این پژوهش با دریافت کد اخلاق به شماره **IR.USB.REC.1404.047** از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه سیستان و بلوچستان تایید شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی از سوی هیچ موسسه و سازمانی انجام شده است.

سپاسگزاری (در صورت وجود): از همه شرکت کنندگانی (زنان دارای ترومای دوران کودکی) که با پاسخدهی به پرسش ها و همکاری در اجرای پژوهش حاضر مشارکت داشتند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

نویسندگان اعلام می‌دارند که این پژوهش فاقد هرگونه حمایت مالی از سوی سازمان یا نهاد مشخصی بوده و هیچ‌گونه تضاد منافعی در فرآیند انجام و گزارش نتایج آن وجود ندارد.

## منابع

1- Denton R, Frogley C, Jackson S, John M, Querstret D. The assessment of developmental truma in children and adolescents: A systematic rewiew. Clinical Child Phsychology and Psychiatry, SAGE Publications. 2017; 22(2): 260-287. DOI: https://doi.org/10.1177/1359104516631607

2- Calder, B.W., Vogel, A.M., Zhang, J., Mauldin, P.H., Huang, E.I., Savoie, K.B., et al. Focused assessment with sonography for trauma in children after blunt abdominal trauma: A multi insti tutional analysis. Journal of trauma an acute care surgery. 2017; 83(2): 218-224. DOI: https://doi.org/10.1097/ta.0000000000001546

3- Mahmoudi, M., Saberi, H., & Bashardoost, S. Prediction of Psychological distress based on childhood trauma with the mediating role of alexithymia. Journal of psychological science. 2022; 24(3): 41-56

زودآیند ویرایش نشده

positive thinking training on mental toughness and social well-beingin derelict adolescents. Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal. 2022; 4(2): 398-409. URL: https://www.magiran.com/p2457552

12- Weir, B., Cunningham, M., Abraham, L., & Allanson-Oddy, CH. Military vetern engagement with mental health and well-being services: a qualitative study of the role of the peer support workers. Journal of mental health. 2017; 1-7. Doi: https://10.1080/09638237.2017.1370640

13- Sapra, s. Effects of Childhood Trauma on Young Adult Emotional Regulation. Psychopedia. 2026; 3(4). DOI: https://doi.org/10.61113/ijiap.v4i3.1308

14- Tsang, V.H., Tse, D.C., Chu, L., Fung, H.H., Mai, C., & Zhang, H. The mediating role of loneliness on relations and psychological well-being across age: A 21-day diary study. International journal of behavioral development. 2022; 46(6): 500-9. DOI: https://doi.org/10.1177/016502542211327

15- Denneson, L.M., Trevino, A.Y., Kenyon, E.A., Ono, S.S., & Dobscha, S.K. Health coaching to enhance psychological well-being among veternas with suicidal ideation: A pilot study. Journal of general internal medicine. 2019; 15(34): 192-4. DOI: https://doi.org/10.1007/s11606-018-4677-2

16- Azemnia, Z., Hasani, F., Keshavarzi Arshadi, F & Ghahari Ahangar Kolahi, S.H. Comparison of the effectiveness of Adlerian and Emotion-Focused interventions on the intimacy of women with marital conflicts: A cultural Approach. Police cultural studies quarterly. 2022; 9(1): 23-32. DOI: https://doi.org//10.30505/11.1.35 [In Persion]

17- Glisenti, K., Strodl, E., & Greenberg, L. The feasibility of emotion focuse therapy for bing eating disorder: a pilot randomised wait list control trial. Journal of eating disorders. 2021; 9(1): 1-15. DOI: https://doi.org/10.1186/s4.337-020-00358-5

18- Greenberg, L. S. Emotion-focused therapy: Coaching clients to worSk through their feelings (2nd). American Psychological Association. 2015. URL: https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4394497

19-Leslie, S., Greenberg, L., & Watson, J.C. Emotion-focused therapy for depression : [Persion]. URL: https://icssjournal.ir/article-1-1443-fa.html

4- Doustmohammadi, F., Soleimani, E., & Rostami, M. Structural Equcation Modelling of Childhood Trauma and perceived stress with premenstrual syndroms: The mediating role of affective mentalization. Journal of clinical psychology and personality. 2026; 24(1). DOI: https://doi.org/10.22070/cpap.2025.20758.1750

5- Lecy, N., & Osteen, P. The effects of childhood trauma on college completion, Res High Educ, 2022; 63: 1058-1072. https://doi.org/10.1007/s11162-022-09677-9

6- Choi, k.w., Houts, R., Areseneault, L., Pariant, C., Sikkema, K. J., & Moffitt, T.E. Maternal depression in the intergenerational transmission of childhood maltreatment and its sequelate: esting postpartum effects in a longitudinal birth cohort, Development and psychopathology. 2019;31(1): 143-156. DOI: https://doi.org/10.1017/s0954579418000032

7- Mars, B., Collishaw S., Hammerton, G., Ricr, F., Harold, G.T., Smith, D., Jones, R.B., Seller, R., Potter, R., Craddock, N., Thapar, A.K. Longitudinal symptom course in adualts with recurrent depression: Impact on impairment and risk of psyfhology in offspring. Journal of affective disorders. 2015; 182(15): 8-32. DOI: https:doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.018

8- Ryff, C.D. Psychological well-being revisited: Advances in the science and ptactice of eudaimania. Psychotherapy and psychosomatics. 2014; 83: 10-28. DOI: https://doi.org/10.1159/000353263

9. Torkashvand, B., Aflakseir, A., & Imani, M. The relationship of loneliness with psychological well-being and rumination in college students: investigating the mediating role of perceived stress. Journal of clinical psychology and personality. 2024; 22(2). DOI: https://10.22070/capa.2024.18427.1446

10-Ryff, C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. International journal of personality and social psychology. 1989; 57: 1069-1081. DOI: https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

11- Kiarostami, A., Jeddi, M., Roohinezhad, Sh., & Hakimi, S. The effectiveness of

disorders, Cureus. 2022; 14(13). e23424. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.23424

28- Walszak, M., Austgulen, E., & Kirsten, L., Breinholst, S. Examining changes in the cognitive attential syndrom and attentional control following metacognitive therapy for children with Generalized anxiety disorder,. International journal of cognitive therapy. 2021;14(55); 639. DOI: https://doi.odg/10.1007/s41811.021.00124.8

29- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C.L., Perry, B.D., Dube, S.R., & Williamson, D.F. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Springer Science and Business Media LLC. 2006; 256(3): 1740764. DOI: https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4

30- Felliti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V & Marks, J.S. Relationship of childhood abuse and houshold disfunction to many of the leading causes of death in adualts. The adverse childhood expriencas (ACE) study, American journal of preventive medicine. 1998; 14(4):245-258.

DOI:https://doi.org/10.1016/s049-3797(98)00017-8

31- Wang, Y., Hong, A., Yang, W., Wang, Z. The impact of childhood trauma on perceived stress and personality in patients with obsessive-compulsive disorder: A cross-sectional network analysis. 2023: 172. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpsychotes.2023.111432

32-_Ryff, C. D. “Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being.” Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 57(6): 1069-1081. DOI: https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

33- Ryff, C.D. & Singer, B.H. Best news yet on the six-factor model of well-being. Social science research. 2006; 35(4): 1103-1119.DOI: https://doi.org/10.1016

34- Khanjani, M., Shahidi, S., Fathabadi, J., Mazaheri, M.A., Shokri, O. Factor structure and psychometric properties of the Ryfes scale of psychological well-

Canadian contributions. 2005. URL:https://ebookrally.ir/amazon/B004R1O7A0/emotion-focused-therapy-for-depression?s=AIY5H%2BhghL0GDarkrGKeZ8GaOspkkzc94veToBPQb5o%3D

20- Greenberg, L.S. Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Be Their Best Selves. American Psychological Association. 2023; 36(5): 427-440. DOI: https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

21- Pos, A.E., & Chi, B.H. Mechanisms of Change in emotion-focused therapy: Emotion differentiation ans transfprmation. Journal of counseling Psuchology. 2021; 68(4): 412-426. DOI: https://doi.org/10.1037/cou0000531

22- Shahar, B., Carlin, E., & Hemer, S. Emotion-focused therapy in complex trauma: Emotional regulation as a mechanism of change. Journal of Affective Disorders. 2019: 25(6): 228–236. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.006

23- Huaschildt, M., Arlt., Mortiz, S., Yassari, A.H., & Jelinek, L. Efficacy of metacognitive training for depression as add-on intervention for patients with depression in a acute intensive psychiatric inpatient care: A randomized controlled tial, Clinical Psychology and Psychotherapy. 2022; 1-14. DOI: https://doi.org/10.1002/cpp. 2733

24- Dietrichkeit, M., Hagemannn-Goebel, M., Nestoriuc, Y., Mortz, S., & Jelinek, L. Side effect of metacognitive training for depression copmpared to a cognitive remedition training in patients with depression, Scientific Reports. 2021; 12 (11): 61-78. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-021-87198-8.

25- Wells, A. Metacognitive therapy for anxiety and depression, Guilford Press. 2014. URL: https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=371191

26- Fuladi, A., Khademi, A., & Shaker Diulagh, A. The effectiveness of compassion therapy and metacognitive therapy on the level of nurses metaemotion, *Journal of research in psychology*. 2023; 4(11): 23-32. DOI: https://doi.org.10.30473/hpj.2023.65641.5655 [In Persion]

27- Sharma, V., Sagar, R., Kaloiya, G., & Mehta, M. The scope of metacognitive therapy in the treatment of psyciaatric

Lawrence Erlbaum Associates. 1994.

DOI:https://doi.org/10.1002/cpp.5640020208

42- Normann, N., & Morina, N. The efficacy of metacognitive therapy: A systematic Review and metaanalysis. Clinical Psychology Review. 2022; 93: 102134.

DOI:https://doi.org.10.1016/j.cpr.2022.102134

43- Blekic, W., Bellaert, N., Lecomte, N., Arachchige, K.K., Melot, H., & Rossignol, M. Cognitive flexibility and attentional patterns among trauma survivors: preliminary evidence from an eye-tracking study. 2022 Apr 20;13(1):2055296.

DOI: 10.1080/20008198.2022.2055296

44- Nordahl, H., & Wells, A. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: Cognitive flexibility as a mediator of outcome. Behavior Therapy. 2019; 50(5): 882–892.

DOI:https://doi.org/10.1016/i.beth.2019.01.004

45- Bhosale,. S. Resilience and Psychological Well-Being as a Function of Childhood Trauma among Young Adults. International Journal of Science and Research. 2022; 11(5).

DOI:https://doi.org/10.21275/sr22524142152

46- Pascual-Leone, A., Harrington, S., & Warwar, S. Emotional processing change in emotion-focused therapy: A multi-wave process study. Psychotherapy Research. 2020; 30(4): 395–410.

DOI:shttps://doi.org/10.1080/10503307/.2019.1641531

being. Short form (18-item) among male and female students. Journal thought & behavior in clinical psychology. 2014; 8(32): 27-36. URL: https:sanad.iau.ir/fa/Article/1118221?FullText=FullText [In persion].

35- Bernstein, D.P., Stein, J., Newcamp, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahlavlia, T. & Zule, W. Developement and validation of a brief screening version the childhood trauma questionnaire. Child abuse and neglect. 2003; 27(2): 169_190. DOI: https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0

36- Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Seghatoleslam, T. Childhood trauma and suicide attempt in adulthood. Iranian journal of psychiatry and clinical psycholohy. 2014; 19(4): 275-282. URL: https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html [In persion]

37- Greenberg, L. Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 2008; *49*(1): 49. DOI: https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0708-5591.49.1.49.

38- Dehghanpoor, S., Aslani, K.H., Amanelahi, A. & Abbaspour, Z. The Effectiveness of emotion-focused individual therapy in improving anxiety, depression and emotion dysregulation associated with complex trauma. Family psychology. (2024); 2(22).

DOI:https://doi.org/10.22034/ijfp.2025.2047331.1374

39- Shayganfar, N., Khanghahi, S. & Sanaghoymoharar, G.H. Comparing the effectiveness of emotion-focused couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy in reducing symptoms of anxiety, depression, and improving relationship quality in couples with a histpry of childhood trauma. Health psychology and behavioral disorders. (2026); 4(1). DOI: https://doi.org/10.61838/jhpbd.192

40- Wells, A. Metacognitive therapy for anxiety and depression, Guilford Press. 2014.

URL:https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=371191

41- Wells, A., & Matthews, G. Attention and emotion: A clinical perspective,