

مقایسه اثربخشی زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری متمرکز بر هیجان بر تنیدگی و احساس پیوستگی و بهبود سازش یافتگی در همسران شهر تهران
 سراره عرفانمنش^۱، پویا حیدری^۲، راحیل شمسایی^۳، صادق بای^۴، ناهید افشاری^۵

Compare the effectiveness of couple therapy based on admission and commitment and excitement therapy couple on stress and cohesion and improvement of adjustment in Tehran

Sharareh Erfanmanesh¹, Pouya Heydari², Rahil Shamsaei³, Sadegh Bay⁴, Nahid Afshari⁵

چکیده

زمینه: تحقیقات نشان دهنده مراجعه روزافزون زوجین به روان‌درمانگری های مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری متمرکز بر هیجان برای مشکلات تنیدگی و سازش نیافتگی است. آیا می توان با مقایسه این دو درمان گفت کدامیک اثربخشی بیشتری دارد؟ **هدف:** هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری متمرکز بر هیجان بر تنیدگی و احساس پیوستگی و بهبود سازش یافتگی در همسران شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری همسران مراجعه کننده به کلینیک های مشاوره خانواده در شهر تهران بوده اند. تعداد ۳۰ زوج به صورت نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۰ زوج). ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سازش یافتگی زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶)، مقیاس پیوستگی آنتونوسکی (۱۹۹۳) و مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی -۲۱ لای باند (۱۹۹۵) بوده است. دو پروتکل زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد (جانسون، ۲۰۰۴) و زوج درمانگری متمرکز بر هیجان (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲) برای دو گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام گرفت. تحلیل داده ها با استفاده از روش کوواریانس انجام شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری متمرکز بر هیجان به طور معنی داری بر تنیدگی، احساس پیوستگی و بهبود سازش یافتگی همسران اثربخش بوده اند ($p < 0.001$). **نتیجه گیری:** مداخلات و پروتکل های زوج درمانگری در محیط های مشاوره در هر دو درمان اثربخش بود. **واژه کلیدها:** زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد، زوج درمانگری متمرکز بر هیجان، تنیدگی، احساس پیوستگی، بهبود سازش یافتگی

Background: research refers to increasing number of couple referred to psychotherapy to treat emotional relationships and adjustment problems through couple therapy based on admission and commitment and emotional focused couple therapy. But could we compare the effectiveness of these therapies? One of the common reasons these days are referred to psychiatrists and psychologists is the problem of marriage and emotional relationships between spouses and therapist couples for this reason, it has become a very popular mental health professional common. **Aims:** The purpose of this study was to compare the effectiveness of Couple therapy based on admission and commitment and excitement therapy couple on stress and cohesion and improvement of adjustment in Tehran's wives in 2019. **Method:** The present study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group. The study population consisted of spouses who referred to family counseling clinics in Tehran. Thirty couples were selected by purposive non-random sampling and were randomly assigned to two experimental and control groups (10 couples each). The research tools were Spinier Adjustment questionnaire (1976), Antonovsky's Consistency scale (1993) and Lovibond Scale of Depression, Anxiety and Stress-21 (1995). Two treatment protocols for the two experimental groups were performed in eight 90-minute sessions. Data analysis was performed using covariance. **Results:** The results showed that acceptance and commitment-based couple therapy and emotion-focused couple therapy were significantly effective on stress, cohesion and improvement of adjustment in spouses. **Conclusions:** interventions and protocols in counseling settings were effective for both treatment. **Key words:** Couple therapy based on admission and commitment, Excitement therapy couple, Stress, Affection, Improvement of adjustment
Corresponding Author: pouya9179@chmail.ir

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات، واحد ساوه، ایران
 ۲. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور تفت، یزد، ایران (نویسنده مسئول)
 ۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه گرمسار، گرمسار، ایران
 ۴. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
 ۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران
۱. M A in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science And Research, Saveh Branch, Iran
 ۲. M A in Educational Psychology, Payame Noor Taft University, Yazd, Iran (Corresponding Author)
 ۳. M A in Clinical Psychology, Garmsar University, Garmsar, Iran
 ۴. Ph.D Student, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
 ۵. M A student, Personality Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran
- دریافت: ۹۸/۰۱/۰۷ پذیرش نهایی: ۹۸/۰۲/۲۷

مقدمه

عاطفی و صمیمی نیز برقرار می‌کنند. همچنین خودمختاری و استقلال از نشانه‌های تحول شخصیتی هر انسان است. از این رو، هریک از زوجها نیاز دارند تا حدودی آزادی‌های شخصی داشته و از همسر خود جدا باشند. در خانواده‌ها و زوجها نامتعادل نزدیکی، وفاداری و وابستگی در سطوح خیلی بالا یا خیلی پایین است. از طرف دیگر آنچه باعث استحکام رابطه زناشویی می‌شود، روابط عاطفی نزدیک و صمیمیت بین زوجها است. تغییر و تحول در یک خانواده امری اجتناب‌ناپذیر است. تغییر نقش‌ها، تربیت فرزندان، تصمیم‌گیری و علایق متفاوت، چند مورد جزئی از تغییرات بی‌شمار خانواده محسوب می‌شوند. پویایی و انعطاف‌پذیری زوجها در برابر این ناهماهنگی‌ها از ویژگی‌های مهم یک خانواده است و نشانه‌ای از توانایی نظام خانواده و زوجها برای سازش یافتگی با تغییرات کل نظام و اجزای آن است. همچنین مؤلفه‌ای که در اثر عدم سازش یافتگی زوجین پدید می‌آید تنیدگی در زندگی زناشویی می‌باشد. تنیدگی از لحاظ پزشکی به عنوان میزان «فرسایش جسم» توصیف شده است. تنیدگی در واقع جزء جدا نشدنی از زندگی هر انسانی است (احمدی، ۱۳۸۵) و شاید عمومی‌ترین مسئله زندگی انسان امروزی باشد که عوارض ناشی از آن در زندگی فردی و اجتماعی افراد خانواده کاملاً محسوس است (همتی مسلک پاک، ۱۳۸۴، ص. ۶۹).

در سال‌های اخیر، در گستره مشاوره و روان‌درمانگری خانواده و زوجها مداخله‌های متفاوتی بوجود آمده است. هریک از این مداخلات بسته به هدف‌های گوناگون می‌توانند برای بهبود زندگی روانی و بین فردی زوجها سودمند باشند (نبوی حصار، عارفی و یوسفی، ۱۳۹۷، ص. ۵۹). از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در بهبود روابط زناشویی زوجین مؤثر باشد زوج‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ است. در زوج‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها با تمایلات آشفته‌ساز انجام با در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت، ۲۰۰۸، ص. ۲۶۳).

کارکرد مطلوب خانواده مفهومی است که تأثیر مستقیمی بر نیازها، اهداف، رضایت‌مندی از زندگی و روابط عاطفی خانواده داشته (میلر، رایان، کیتنر، بیشاپ و اپستاین^۱، ۲۰۰۸، ص. ۱۶۸) و عواملی چون ساختار، نقش، ارتباط ادراک و پویایی‌های شخصیت و شکل‌گیری فرزندان بر کارکرد خانواده، تأثیر مستقیم دارد (والش^۲، ۲۰۰۳، ص. ۱). مطالعات و تجارب بالینی نشان می‌دهد که در جامعه معاصر زوجها مشکلات شدید و فراگیری را در هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه و سازش یافتگی با یکدیگر تجربه می‌کنند (هاتفیلد، بنسمن و راپسون^۳، ۲۰۱۲، ص. ۵۵۰) و اجتناب از روابط صمیمانه، از عواملی است که موجب شکست در زندگی خانوادگی می‌شود (بلوم^۴، ۲۰۰۶، ص. ۴۰۱). یکی از مؤلفه‌هایی که عملکرد خوب یک خانواده را نشان می‌دهد، سازش یافتگی زناشویی است. سازش یافتگی زناشویی، فرآیندی است که در طول زندگی زوجین به وجود می‌آید و لازمه پیدایش آن، انطباق سلیقه‌ها، شناخت صفات طرفین، وضع قوانین رفتاری و شکل‌گیری الگوهای مناسب است. سازش یافتگی زناشویی، فرآیندی تکاملی بین زن و شوهر است (لاک و والاس^۵، ۱۹۵۹؛ به نقل از قربانعلی، ۱۳۸۴، ص. ۲۵۱). ویسمن^۶ (۲۰۰۱، ص. ۵۷۷). سازش یافتگی زناشویی را به میزان تفاهم و سهیم شدن در فعالیت‌ها، که با خرسندی و موفقیت در زندگی همراه باشد، تعریف می‌کند. مروری بر تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که کیفیت ارتباط زوجین، یک عامل پیش‌بینی‌کننده برای سازش یافتگی آینده زناشویی است. از دیگر متغیرهایی که نقش مهمی در کیفیت ازدواج ایفا می‌کند احساس پیوستگی میان زوجین است. الگوی حلقوی پیچیده السون^۷ (۲۰۰۰، ص. ۱۴۴) یکی از الگوهای است که منطبق بر نظریه سیستمی است و به پیوستگی، انطباق‌پذیری و ارتباطات خانواده‌ها و زوجها می‌پردازد. السون، بل و پورتنر^۸ (۱۹۹۲، ص. ۳۲۱) معتقدند خانواده‌ها یا متعادل یا نامتعادل هستند. در خانواده‌های متعادل از نظر پیوستگی، بین استقلال و جدایی افراد و وابستگی عاطفی آنها مرزهای مشخصی وجود دارد. افراد علاوه بر جدا بودن و داشتن خلوت‌های شخصی، با همسر خود روابط

6. Wiseman

7. Olson's circumplex

8. Olson's, Bell & portner

9. acceptance and commitment therapy

10. Forman & Herbert

1. Miller, Ryan, Keitner, Bishap, Epstein

2. Walsh

3. Hatfield, Bensman, Rapson

4. Blum

5. Lock & Wallace

زوج‌ها در روابط صمیمانه دارند، به شدت مورد اغماض قرار گرفته بود.

فرضیه دیگر درمان هیجان محور این است که هیجان‌ها نه فقط عاملی اساسی در ایجاد تعارضات زناشویی که عنصری قدرتمند و غالباً ضروری جهت ایجاد تغییر در روابط ناکارساز نیز به شمار می‌روند. تا آن زمان هرگز نیاز به تمرکز بر هیجان و نیرویی که این مقوله در خلق تغییرات مثبت ارتباطی دارد، به این جدیت در ادبیات زوج درمانگری برجسته نشده بود. رویکرد هیجان محور در پی مشاهده نظام‌مدار زوج‌های تحت درمان و بررسی توفیقاتی که هیجان-مداری در بازسازی روابط فرسایشی آنها به دنبال داشت، ایجاد شد. الگوهای نوین و کارآمد دیگری همچون مدل گاتمن (مبنی بر مشاهده و رمزگردانی تعاملات) و نظریه‌ی دلبستگی (بانیان روابط صمیمانه در بزرگسالی) نیز که در حیطه‌ی تعارضات زناشویی فعالیت کرده‌اند، علاوه بر ارتباط‌مداری، پذیرای اهمیت هیجان‌ها بوده‌اند. لذا همگونی و همسویی درمان هیجان محور با الگوهای ذکر شده تعجب آور نیست. به طور خلاصه رویکرد به این مطلب می‌پردازد که چگونه الگوهای سیستمی، تجارب درونی و خودپنداشت افراد با یکدیگر در تعامل‌اند و موجب تحریک و پدیدآیی یکدیگر می‌گردند (جانسون^{۱۱}، ۲۰۰۴، ص. ۸۸۷؛ حسینی، ۱۳۹۰). تحقیقات زیادی مؤثر بودن زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار را نشان داده‌اند، شواهد تجربی در مورد تأثیر روش زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات مختلف روبه افزایش است برای مثال کارآیی این روش درمانگری در مورد اختلالاتی مانند: افسردگی (کانتر، باروچ و گاینور^{۱۲}، ۲۰۰۶، ص. ۱۶۱)، سوء مصرف و وابستگی به مواد (هیز، استراسول و ویلسون^{۱۳}، ۱۹۹۹، ص. ۱۶۵)، فرسودگی شغلی (بونند و بانچ^{۱۴}، ۲۰۰۳، ص. ۱۰۵۷)، درد مزمن (دال و دیگران، ۲۰۰۴) تأیید شده است. همچنین در پژوهشی با عنوان «مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار با درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در افزایش سازش یافتگی زناشویی»^{۲۴} نفر از افراد متأهل که به دلیل تعارضات زناشویی به مرکز مشاوره

فرآیندهای مهم در زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش^۱، در زمان حال بودن^۲، گسلش^۳، خود به عنوان زمینه^۴، ارزش‌ها^۵ و عمل متعهدانه^۶ است (گریگ و کالاهان، هیز و گلن^۷، ۲۰۰۷، ص. ۳۳۶). درمانگران زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد، عشق را به منزله‌ی یک عمل ارزشگذاری شده تفسیر می‌کنند. چنانچه زوجین بر اساس ارزش‌هایی که با همسر خود ازدواج کرده‌اند عمل کنند، گفت و گو در فراز و نشیب‌ها آسان تر می‌شود. همچنین رفتار کردن بر اساس ارزش‌ها باعث می‌شود که زوجین در روابط خود شادتر باشند. ماهیت روابط به گونه‌ای است که زوجین با فرازها و نشیب‌های زیادی روبرو می‌شوند؛ به همین دلیل انعطاف‌پذیر بودن در یک رابطه اهمیت بسیاری دارد. انعطاف‌پذیری روانی که از اهداف زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد است، به زوجین در حفظ صمیمیت زناشویی کمک می‌کند. انعطاف‌پذیری روانشناختی از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یعنی توانایی برقراری ارتباط کامل با زمان حال و تغییر با حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است (دال و ویلسون و نیلسون^۸، ۲۰۰۴، ص. ۷۸۵). مطالعات انجام شده زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان درمان مؤثر برای شادی و رضایت زناشویی (عظیمی فر، ۱۳۹۳) و افزایش سازش یافتگی، رضایت‌مندی زوجین، کاهش آشفتگی‌های روانی و بین فردی (پترسون، ایفرت، فینگلد و دیویدسون^۹، ۲۰۰۹، ص. ۴۳۰) مورد بحث قرار داده‌اند. همچنین زوج درمانگری هیجان‌مدار در اوایل دهه ۱۹۸۰ به مثابه پاسخی به فقدان مداخلات زوجی فعال و کارآمد مطرح شد (جانسون و گرینبرگ^{۱۰}، ۱۹۸۵، ص. ۳۱۳). این فقدان بیشتر و بیشتر در حوزه‌ی انسان‌گرایی احساس می‌شد، چرا که آن روزها مداخلات رفتاری عنصر غالب درمانگری به شمار می‌رفت. از این جهت رویکرد را هیجان‌مدار نامگذاری کردند که بر نقش کلیدی و اهمیت هیجان و محاورات برخاسته از هیجان‌ها در سازماندهی به الگوهای تعاملی تأکید شود. با باور بانیان این رویکرد سهم هیجان‌ها در ایجاد تجارب مهمی که

8. Dahl & Wilson & Nilsson

9. Peterson, Eifert, Feingold, Davidson

10. Johnson & Greenberg

11. Johnson

12. Counter, Baruch, Gainor

13. Hayes, Strosahl, wilson

14. Bond & Bunce

1 acceptance

2. here & Now

3. defusion

4. self as a context

5. values

6. committed action

7. Gregg, Callaghan, Hayes, Glenn

مراجعه به کلینیک‌های مشاوره خانواده در شهر تهران و فراخوان شرکت در پژوهش، زوجین متقاضی با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش مورد بررسی و ۳۰ زوج از آنان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گمراهه شدند. معیارهای ورود به گروه شامل: سن ۱۸ سال و بالاتر، همسران به طور مشترک و با تفاهم به سؤالات پاسخ گویند، ساکن شهر تهران باشند، از نظر همکاری کردن در این پژوهش علاقه‌مند و داوطلب بوده و فرم رضایت آگاهانه را فهمیده و امضا نمایند و معیارهای خروجی شامل عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله و غیبت در دو جلسه مداخله در طول انجام فرآیند پژوهش بود.

ابزار

پرسشنامه سازش یافتگی زناشویی اسپانیر^۱ (۱۹۷۶، ص. ۱۵): به منظور بررسی میزان سازش یافتگی زناشویی از پرسشنامه سازش یافتگی زناشویی اسپانیر استفاده شده است. این مقیاس را نخستین بار گراهام بی. اسپانیر ۱۶ در سال ۱۹۷۶ ساخته است و امروزه به صورت گسترده در پژوهش‌های مرتبط با زوج‌ها به ویژه از سوی نظریه پردازان مطرحی همچون جانسون و گاتمن مورد استفاده قرار گرفته است (اپستین، چن و بیدر، ۲۰۰۵، ص. ۵۹؛ شاپیرو، گاتمن و فینک، ۲۰۱۵، ص. ۲۳۹؛ ویب، جانسون، لافون تاین، برجس موسر، دالگ لیش و تاسکا، ۲۰۱۷، ص. ۲۲۷). مقیاس مورد نظر ۳۲ سؤال دارد و برای ارزیابی کیفیت سازش یافتگی زناشویی به کار می‌رود و با محاسبه نمره کل، می‌توان سازگاری کلی در یک رابطه صمیمانه را ارزیابی نمود. نمره نهایی میزان سازش یافتگی زناشویی ۰ تا ۱۵۰ بوده و از جمع کردن نمره‌های فرد در تمامی پرسش‌ها و خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمرات بالاتر نشان دهنده سازش یافتگی بهتر و نمرات پایین‌تر نشانه سازش یافتگی پایین‌تر است (ثنایی، ۱۳۷۹). مقیاس فوق از نوع خود - گزارشی و درستی آزمایشی (محتوایی، ملاکی و ساختاری) آن تأیید شده است (اسپانیر، ۱۹۷۶؛ زیمرمن، پرست و وتزل، ۱۹۹۷، ص. ۱۲۵) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ همچنین ضریب قابلیت اعتماد بازآزمایی آن میان ۰/۷۰ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (اسپانیر، ۱۹۷۶). در ایران نخستین بار قابلیت اعتماد این مقیاس را شاهی (۱۳۷۹) بر اساس همبستگی این پرسشنامه با

مراجعه نموده بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۱۶ نفر در دو گروه آزمایش و ۸ نفر در گروه گمراهه قرار گرفتند. افراد گروه‌های آزمایش در ۱۰ جلسه یک ساعته آموزش داشتند. نتایج نشان می‌دهد بین هر دو گروه درمان و گروه گمراهه از نظر اثربخشی درمان تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها نشانگر آن است که هر دو عامل باورهای غیرمنطقی و و دل‌بستگی نایمن می‌تواند باعث کاهش سطح سازش یافتگی زناشویی شود و درمان آنها در افزایش رضایت مندی زناشویی نتیجه بخش است. اما بین میزان اثربخشی دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت (روشنی، ۱۳۹۰). بر این اساس و با تکیه بر یافته‌های پژوهشی، فرض ما بر این است که با انجام مداخلات کارآمد، می‌توان به خانواده‌هایی سالم‌تر و با روابط بین فردی بهتر و شادتر دست یافت و در نتیجه کاهش تعارضات زناشویی، افزایش رضایتمندی زناشویی و تحول مناسب فرزندان را در بر خواهد داشت. بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان راهبردهای لازم برای تدوین و طراحی رویکرد جامع‌تری در این روش برای تغییر تنیدگی و احساس پیوستگی و بهبود سازگاری در همسران مدون کرد و راهی نو جهت کمک به زوجین ناسازش یافته و متعارض پیش‌روی مشاوران و زوج درمانگران قرار دهیم. بر این اساس هدف پژوهش حاضر اثربخشی زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار بر تنیدگی و احساس پیوستگی و بهبود سازش یافتگی در همسران شهر تهران می‌باشد. فرضیه پژوهش عبارت بود از اینکه اثربخشی زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار بر تنیدگی و احساس پیوستگی و بهبود سازش یافتگی در همسران شهر تهران تفاوت دارد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گمراهه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش همسران مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره خانواده در شهر تهران بوده‌اند. تعداد ۳۰ زوج به صورت نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب و باگمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گمراهه گمارده شدند (هر گروه ۱۰ زوج). شیوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که با

4. Wiebe, Johnson, Lafontaine, Burgess Moser, Dalglish, Tasca
5. Zimmerman, Prest, Wetzel

1. Spanier
2. Epstein, Chen, Beyder
3. Shapiro, Gottman, Fink

می‌باشند. به منظور بررسی ساختار عاملی آزمون افسردگی، اضطراب و تنیدگی در جمعیت ایرانی، تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس به کار رفت. مواد مربوط به هریک از سه عامل و بار عاملی آنها مشخص شد. عامل اول (تنیدگی) $0.17/25$ ، عامل دوم (افسردگی) $0.15/09$ و عامل سوم (اضطراب) $0.14/32$ از واریانس را تعیین کردند.

روند اجرای پژوهش: جهت انجام پژوهش با مراجعه به مراکز مشاوره خانواده در شهر تهران و انتخاب حجم نمونه با رضایت کتبی و گمارش آنها در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. برای انجام پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه بودن اطلاعات و عدم درج نام شرکت کنندگان در پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد. در نهایت بر روی دو گروه آزمایش مداخلات مربوطه انجام شد در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمانگری هیجان محور (جانسون، ۲۰۰۴) به شرح ذیل است: جلسه اول: اجرای پیش آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانگری، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات همسران از درمان. جلسه دوم: تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بین زوجین، آشنایی زوجین با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجان‌ات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری همسران. جلسه سوم: شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به همسر، آگاهی دادن به زوجها در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرآیندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی. جلسه چهارم: ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه زوجین به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آنها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش. جلسه پنجم: آگاه کردن افراد از هیجان‌ات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر همسر در رابطه، تأکید

پرسشنامه سازش یافتگی زناشویی لاک و والاس، 0.85 به دست آورده است (ثناپی، ۱۳۷۹؛ نجفی، سلیمانی، احمدی، جاویدی، حسینی و پیرجاوید، ۱۳۹۳، ص. ۸). همچنین قابلیت اعتماد آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0.92 گزارش شده است.

مقیاس پیوستگی آنتونوسکی^۱ (۱۹۸۷): پرسشنامه بلند مقیاس پیوستگی توسط آنتونوسکی (۱۹۸۷، ص. ۷۲۵) طراحی شده است. حاوی ۲۹ سؤال ۵ گزینه‌ای است که از ۱ تا ۵ درجه‌بندی شده است. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت و در ۱۳ سؤال به صورت معکوس است. این پرسشنامه در پژوهش بداعی (۱۳۹۳) قابلیت اعتماد بدست آورده است. فرم کوتاه مقیاس احساس پیوستگی توسط آنتونوسکی (۱۹۹۳، ص. ۱۱۲) ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد که مؤلفه‌های معنی‌دار بودن، قابل درک بودن و کنترل‌پذیری را می‌سنجد. هر آزمودنی به این مقیاس به صورت «بندرت»، «گاهی اوقات» و «اغلب اوقات» پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0.85 گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم‌های کوتاه و بلند مقیاس احساس پیوستگی معنی‌دار ($r=0.74$) می‌باشد. ابوالقاسمی، زاهد و نیرمانی (۱۳۸۸، ص. ۲۱۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را 0.78 گزارش کرده‌اند.

مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی-۲۱: در این پژوهش از پرسشنامه استاندارد افسردگی، اضطراب و تنیدگی-۲۱ به عنوان ابزار سنجش استفاده شد. مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی-۲۱ در سال ۱۹۹۵ توسط لاوی باند تهیه شد و در یک نمونه بزرگ انسانی آزمایش شد (کراوفورد و هنری^۲، ۲۰۰۳، ص. ۱۱۱). این مقیاس دارای ۲۱ سؤال که هر عامل توسط ۷ سؤال سنجیده می‌شود که هریک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و تنیدگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه یک ابزار با طیف چهار قسمتی است که گزینه‌های آن از صفر تا سه نمره‌گذاری شده‌اند. بالاترین نمره در هر کدام از زیر گروه‌ها ۲۱ است و نمره‌دهی این اعضا در سه مقیاس نرمال (صفر تا چهار)، متوسط (۵ تا ۱۱) و شدید (بیشتر از ۱۲) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب 0.70 ، 0.84 و 0.82 و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب 0.79 ، 0.67 و 0.64 بدست آمد که قابل قبول

2. Crawford & Henry

1. Antonovsky

هشتم: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کوواریانس جهت بررسی فرضیه پژوهش، آزمون‌های M باکس، کرویت موجلی، و لوین استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش (میانگین و انحراف معیار) مؤلفه‌های تنیدگی، پیوستگی و بهبود سازگاری در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره تهران در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج بیانگر آن است که نمره مؤلفه‌های پیوستگی و بهبود سازگاری، در دو گروه آزمایشی زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته و نمره مؤلفه تنیدگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است. این در حالی است که این تغییر برای گروه گواه، در هیچ یک از مراحل پژوهش دیده نمی‌شود.

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های تنیدگی، پیوستگی و بهبود سازش یافتگی در دو گروه آزمایشی زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مطابق جدول ۲ استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موجلی، و لوین، بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معنادای هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است. در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد که این آزمون نیز برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های

بر پذیرش تجربیات همسر و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجان‌ها شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دل‌بستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها. جلسه ششم: آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دل‌بستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دل‌بستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین همسران. جلسه هفتم: ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دل‌بستگی. جلسه هشتم: تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌ها آسیمی به آنها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و انجام پس‌آزمون. همچنین ریز جلسات پروتکل زوج درمانگری مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) به شرح ذیل می‌باشد: جلسه اول: برقراری رابطه‌ی اعضای گروه، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرار داد با اعضای گروه. جلسه دوم: بررسی روش‌ها و فنون درمانگری و ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث درباره‌ی موقتی و کم اثر بودن فنون درمانی با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه‌ی تکلیف. جلسه سوم: کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه‌ی تکلیف. جلسه چهارم: توضیح درباره‌ی اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. جلسه پنجم: معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار - احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره‌ی تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. جلسه ششم: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده‌ی خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. جلسه هفتم: توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. جلسه

این نتایج بیانگر اثربخشی درمان‌های زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار بر تندیگی و احساس پیوستگی و بهبود سازش یافتگی است. بررسی نتایج آزمون تعقیبی نیز طبق جدول ۳ نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون بین میانگین نمرات گروه‌ها بایکدیگر تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. در مرحله پس‌آزمون میانگین گروه زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه و زوج درمانگری متمرکز بر هیجان می‌باشد و بین گروه گواه و درمان هیجان‌مدار نیز تفاوتی وجود ندارد. در مرحله پیگیری میانگین گروه درمان مبتنی بر تعهد و هیجان به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه و گروه کمتر از گروه هیجان‌مدار می‌باشد.

درون آزمودنی‌ها رعایت شده است. نتایج جدول ۲ با توجه به معنی دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات مقیاس‌های تندیگی، پیوستگی و بهبود سازش یافتگی، در دو گروه آزمایشی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/001$). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با هر دو گروه آزمایشی در تمام مقیاس‌های پژوهش، حاکی از آن است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه‌های آزمایش زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه گواه می‌باشد.

جدول ۱. نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تندیگی	گروه آزمایش ۱	۱۷/۹۳	۲/۴۴	۱۶/۸۷	۲/۹۸	۱۶/۷۰
	گروه آزمایش ۲	۱۸/۱۴	۸/۲۶	۱۲/۹۲	۵/۵۹	۱۲/۰۸
	گروه گواه	۱۸/۶۱	۸/۵۱	۱۸/۷۳	۸/۵۶	۱۸/۵۳
پیوستگی	گروه آزمایش ۱	۲۰/۶۲	۸/۵۹	۳۱/۰۴	۵/۸۴	۳۰/۸۱
	گروه آزمایش ۲	۱۳/۹۰	۲/۳۳	۲۰/۱۷	۴/۴۱	۱۹/۸۷
	گروه گواه	۱۹/۸۴	۴/۲۲	۱۹/۲۰	۳/۸۵	۱۹/۷۶
سازش یافتگی	گروه آزمایش ۱	۲۲/۶۲	۸/۷۹	۲۹/۹۸	۴/۸۱	۲۸/۸۱
	گروه آزمایش ۲	۱۷/۹۰	۳/۳۳	۲۴/۲۷	۴/۴۱	۲۳/۸۷
	گروه گواه	۱۸/۱۴	۴/۲۱	۱۸/۲۰	۴/۴۵	۱۸/۷۱

جدول ۲. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای تندیگی، پیوستگی و سازش یافتگی

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
تندیگی	مراحل	۳۶۸/۸۲۷	۲	۱۸۴/۴۱۴	۶۹/۸۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
	گروه‌بندی	۳۹۹/۲۸۵	۲	۱۹۹/۶۴۳	۱۴/۱۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱۳۷/۵۵۸	۴	۳۴/۳۹	۱۳/۰۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
پیوستگی	مراحل	۱۳۵/۲۴۶	۲	۶۷/۶۲۳	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
	گروه‌بندی	۴۷/۱۶۰	۲	۲۳/۵۸	۲/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۳۱/۳	۴	۷/۸۲۵	۲/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
سازش یافتگی	مراحل	۶۶۳/۱۸۶	۲	۳۳۱/۵۹۳	۵۲/۳۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
	گروه‌بندی	۸۲۱/۲۱۴	۲	۴۱۰/۶۰۷	۵۰/۴۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۵۲۴/۸۸۴	۴	۱۳۱/۲۲۱	۲۰/۶۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

جدول ۳. مقایسه زوجی در سه بار اجرای متغیرهای وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری						مؤلفه‌ها	گروه‌ها
سازش یافتگی		پیوستگی		تئیدیگی			
پیگیری	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون		
**۲/۶	**۲/۸	**۱/۶	**۱/۶	**۱/۷	**۱/۷	پیش آزمون	زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد
۰/۳	-	۰/۰۰۰	-	۰/۰۰۰	-	پس آزمون	
۰/۷	۰/۹	**۱/۷	**۱/۸	۰/۰۰۰	۰/۳	پیش آزمون	کنترل درمان
-۰/۲	۰/۴	۰/۱	-	-۰/۳	-	پس آزمون	
**۱/۹	**۲/۱	**۱/۲	**۱/۳	**۱/۱	**۱/۱	پیش آزمون	زوج درمانگری هیجان‌مدار
-۰/۲	-	-	۰/۰۰۰	-	۰/۰۰۰	پس آزمون	

**P<۰,۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پیوستگی و ادراک خانواده نسبت به نیازهای عاطفی یکدیگر و تحول و در نهایت، تمامیت خانواده مطرح شده است (برنشتاین و برنشتاین^۳، ۱۹۹۹، ص. ۲۳۱). پژوهش‌های اخیر همچنین در زمینه زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار، نتایج رضایت بخشی برای استفاده این رویکردهای نوین درمانگری در درمان اختلالات زناشویی فراهم می‌کند. زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد که نام خود را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: «آنچه خارج از کنترل شخصی تو هست را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باش»، تأکید بر دیدن فکر بد به عنوان فکر دارد و بر زوجین تأکید دارد که آن را فقط به عنوان یک فکر و نه بیشتر و نه کمتر بپذیرند و رویکرد پذیرش مشابه نیز برای احساسات آموزش داده می‌شود (هافمن و آزموئدسن^۴، ۲۰۰۸، ص. ۱). تأکید این درمان بر خلاف موج اول و دوم رفتار درمانگری، بر تغییر درجه اول نیست بلکه این نوع رفتار درمانگری بر تغییر درجه دوم تأکید دارد؛ یعنی به جای تغییر در رفتار به دنبال تغییر در ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه‌های بافتی از جمله ارتباط درمان می‌باشد. تمرکز بر تغییر گسترده تر شده است و تأکید بر تغییر رفتارهای قابل مشاهده بیرونی و رفتارهای درونی مانند فکر نیست (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). در زوج درمانگری هیجان‌مدار فرض می‌شود تعارض در زندگی زناشویی زمانی اتفاق می‌افتد که همسران قادر به ارضای نیازهای دلبستگی یکدیگر برای ایمنی، امنیت و رضایت نیستند. به عبارت دیگر روابط آشفته‌ی زناشویی، نشان دهنده‌ی شکست زوجین در برقراری رابطه همراه با الگوی دلبستگی ایمن است. این گونه همسران در برآوردن نیازهای دلبستگی یکدیگر پاسخ‌های هیجانی ثانوی مانند خشم،

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار بر تئیدیگی و احساس پیوستگی و بهبود سازگاری در همسران شهر تهران بوده است. نتایج به دست آمده بیانگر این است که مداخلات زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری هیجان‌مدار بر تئیدیگی، احساس پیوستگی و انعطاف‌پذیری و بهبود سازش همسران در شهر تهران تأثیر معنی‌دار داشته است. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات زاکارینی، جانسون، دالگیش و مکینن^۱ (۲۰۱۳، ص. ۶۲) در زمینه اثربخشی زوج درمانگری هیجان‌مدار بر بخشش و آشتی زوجین و ایجاد همستگی عاطفی بین آنان و همچنین پژوهش گرینبرگ، واروار و مالکولم^۲ (۲۰۱۰، ص. ۲۸) در زمینه اثر بخشی زوج درمانگری هیجان‌مدار در تسهیل بخشودگی و حل صدمات هیجانی زوج‌ها همسو بوده است. پس از سال‌ها تحول یابد، خانواده درمانگری و زوج درمانگری، بر اساس نظریه‌های متنوع علمی به جایگاه شایسته خود در درمان‌های روانشناختی دست یافته است و به عنوان شیوه‌های مؤثر و کارساز در کاهش مشکلات خانوادگی، میان فردی، روابط زن و شوهر یا مشکلات زناشویی مورد تأیید صاحب نظران قرار گرفته است. گرچه مشاوره مسائل خانوادگی و مشکلات بین زن و شوهر سابقه‌ای بسیار طولانی و نزدیک به یک قرن دارد، اما در سه دهه اخیر، با تلاش نظریه پردازان و متخصصان روان درمانگری و علوم رفتاری و دیگر افرادی که بر اهمیت مسائل مربوط به انسان و از جمله خانواده توجه و تأکید داشته‌اند نظریه‌ها و شیوه‌ها مؤثر جدیدی برای رفع یا کاهش مسائل میان فردی در خانواده، ارتقای نقش ارتباطی مناسب، بسط

3. Bernstein & Bernstein

4. Hafmann & Asmundson

1. Zuccarini & Johnson & Dalgeish & Makinen

2. Greenberg & Warwar & Malcolm

شاهی، حسن (۱۳۷۹). ارتباط سازگاری زناشویی با کانون کنترل زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

عظیمی فر، شیرین (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر زوج درمانی شناختی- رفتاری و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادی و رضایت زناشویی: یک پژوهش مورد منفرد. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.

نجفی، مریم؛ سلیمانی، علی اکبر؛ احمدی، خدابخش؛ جاویدی، نصیرالدین؛ حسینی، الناز؛ پیرجاوید، فاطمه (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقای سلامت جسمی و روانشناختی زوجین. *مجله زنان، مامائی و نازایی ایران*، ۱۷(۱۳۳)، صص. ۲۱-۸.

نبوی حصار، جمیله؛ عارفی، مختار؛ یوسفی، ناصر (۱۳۹۷). مقایسه تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر دیدگاه نظام های خانوادگی بوون و معنادرمانی بر گرایش به پیمان شکنی زناشویی مراجعین خواستار طلاق. *فصلنامه پژوهش های مشاوره*، ۶۶(۱۷)، صص. ۹۷-۵۹.

همتی مسلک، معصومه (۱۳۸۴). بررسی سطح اضطراب پرستاران شاغل در بیمارستان های ارومیه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی. *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامائی*، ۳(۲)، صص ۷۶-۶۹.

Antonovsky, A. (1987). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Journal of Social Science & Medicine*, 36(6), pp. 725-733.

Antonovsky, A., (1993). The Structure and Properties of the sense of Coherence Scale. *Journal of Social Science & Medicine*, ۱6(4), pp. ۱۱۲-۱33.

Bertalanffy, L. F. (1956). *Fundamentals, Evolution and Applications of General System Theory*, Translated: Paryani, K., Thundar Publications, Tehran, p. 360.

Blum, T. W. (2006). *Becoming a family counselor: A bridge to Family Therapy theory and practice*. Hoboken, NJ, USA: Wiley, pp. 401-412.

Bernstein, F. H., Bernstein, M. T. (1999). *Marital Therapy: Recognizing and Treating Marital Disputes*, Translated: Sohrabi, H. R., Rasa Cultural Services, pp. 231-245.

Bond, F. W. & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), pp. 1057-1067.

Crawford, J. R., Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scale (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), pp. 111- 131.

خصوصیت، انتقام جویی با احساس گناه مفرط را تجربه می کنند. عناصر کلیدی از جمله نیازها و ترس های ناشی از دلبستگی در طی جلسات درمان، آشکار شده و مورد انتقاد قرار می گیرند. برای دستیابی به چنین اهدافی، زوج درمانگری هیجان مدار عناصر کلیدی در درمان مراجع محور را با اصول نظریه سیستم های عمومی تلفیق می کند (برتالانفی^۱، ۱۹۵۶، ص. ۳۶۰). در مجموع اگرچه شواهد تجربی برای زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانگری متمرکز بر هیجان محدود است اما امیدوارکننده به نظر می رسد. لذا فراهم کردن امکانات آموزشی رایگان به منظور آشنایی با مهارت های شناختی و رفتاری همسررداری برای جوانانی که در آستانه ازدواج قرار دارند و آموزش مهارت های همسرگزینی به جوانان از پیشنهادات مورد تأکید این پژوهش می باشد.

منابع

احمدی، خدابخش (۱۳۸۵). *روانشناسی بحران*. رساله دکترا، دانشگاه تهران: مرکز برنامه ریزی واحد آموزش.

ابوالقاسمی، عباس؛ زاهد، فاطمه؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری. *اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۳)، صص. ۲۱۳-۲۲۲.

ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل.

ثنایی، باقر (۱۳۷۹). *مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.

حسینی، بیتا (۱۳۹۰). *مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان راه حل محور بر بهبود مؤلفه های صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین و ساختن مدل پیشنهادی*. رساله دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

روشنی، فرناز (۱۳۹۰). *مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان عقلانی- هیجانی - رفتاری در افزایش سازگاری زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

^۱. Bertalanffy

- Journal of *Marriage and Family Living*, 21(2), pp. 251- 255.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: The Psychology Foundation of Australia Inc.
- Miller, L. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2008). The Master approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), pp. 168-189.
- Olson, D. H., Bell, R., & Portner, J. (1992). *FACES II Family inventories manual*. Minneapolis: Life Innovations, pp. 321-324.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of Marital & Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(4), pp. 144-167.
- Peterson, B., Eifert, G., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case study with Two Couples. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 16(7), pp. 430-442.
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Fink, B. C. (2015). Short-term change in couples' conflict following a transition to parenthood intervention. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4(4), pp. 239-251.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scale for assessing the quality of Marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), pp. 15-28.
- Walsh, F. (2003). *Family resilience: A framework for clinical practice: Family Process*, 42(1), 1-19.
- Whisman, M. (2001). Marital adjustment and outcome following treatment for depression. *Journal of marriage and the family*, 60(1), pp. 577- 594.
- Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Lafontaine, M. F., Burgess Moser, M., Dalglish, T. L., & Tasca, G. A. (2017). Two- year follow- up outcomes in emotionally focused Couple Therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), pp. 227-244.
- Zimmerman, T. S., Prest, L. A., & Wetzel, B. E. (1997). Solution- Focused Couples Therapy groups: an empirical study. *Journal of Family Therapy*, 19(2), pp. 125-144.
- Zuccarini, D., Johnson, S. M., Dalgeish, T. L., & Makinen, J. A. (2013). Forgiveness and Reconciliation in Emotionally Focused Therapy for Couples: The Client Change Process and Therapist Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2), pp. 62-148.
- Dahl, J., Wilson, K.G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A preliminary Randomized Trial. *Behavioural Therapy*, 2(35), pp. 785-801.
- Epstien, N. B., Chen, F., & Beyder- Kamjou, I. (2005). Relationship Standards and Marital satisfaction in Chinese and American Couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), pp. 59-74.
- Forman, E. M., Herbert, J. D. (2008). New directions in Cognitive Behavior Therapy: Acceptance based Therapies, Chapter to appear in W. O' Donohue, Je. Fisher, (eds), *Cognitive Behavior Therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, pp. 263-265.
- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion- Focused Couples Therapy and the Facilitation of Forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(4), pp. 28-42.
- Gregg, J., Callaghan, G., Hayes, S.C., Glenn, L. (2007). Improving Diabetes Self- Management Through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 75(2), pp. 336-343.
- Hatfield, E., Bensman, L., & Rapson, R. L. (2012). Love and intimacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior*, Second Edition, New York: Academic Press: 8(4), pp. 550-556.
- Heyes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford, 4(7), pp. 165-171.
- Hafmann, S. G., Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness- based Therapy: new wave or old hat. *Journal of Clinical Psychology Review*, 28(1), pp. 1-16.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused Couple Therapy: Creating connection* (2th ed.). New York: Brunner- Routledge, 32(5), pp. 887-891.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Emotionally focused Couples Therapy: An outcome study. *Journal of Marital Family Therapy*, 11(3), pp. 313-317.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst Certification Board*, 29(5), pp.161-185.
- Lock, H. J., Wallace, K. M. (1959). Short Marital-adjust and Prediction Tests: Their reliability and validity.