

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on depression and marital adjustment

Joulazadeh Esmaeli, A.A., Karimi, *J., Goodarzy, K., Asgari, M.

Abstract

Introduction: Unfavorable marital conditions can lead to depression and disrupt married family functions. The aim of this study was to compare the Effectiveness of Acceptance and Commitment therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on depression and marital adjustment.

Method: In this research, a single case experimental design of multiple asynchronous baseline was used. The statistical population of the study included 20 couples who referred to Sina Family Counseling Center in Dezful in 1397. First, subjects were screened using the entry and exit criteria. Then 6 couples (n=12) were purposefully selected. Subjects were randomly assigned to two groups of acceptance and commitment therapy and emotionally focused couple therapy (three couples in each group). The protocols of the two couples therapy methods were performed separately in three stages of baseline and 12 sessions of 90 minutes and two-month follow-up. Subjects responded to the Spinner Pair Adjustment Scale and Beck Depression Second Edition. Data were analyzed by visual mapping, stable change index and recovery percentage formula.

Results: In the acceptance and commitment therapy group, the percentage of overall recovery after treatment in the variable of depression is 34.70% and in the variable of marital adjustment is 29.06%, In the couple of emotion therapy, the percentage of overall recovery after treatment was 39.39% in the variable of depression and 40.81% in the variable of marital adjustment.

Conclusion: The percentage of recovery after treatment in both couples is in the category of low recovery, therefore, both approaches are effective in reducing depression and increasing marital adjustment of couples.

Keywords: Depression, Marital adjustment, Acceptance and commitment therapy, Emotionally Focused therapy, Couples therapy.

مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار بر افسردگی و سازگاری زناشویی

علی‌اکبر جولازاده اسمعیلی^۱، جواد کریمی^۲، کوروش گودرز^۳، محمد عسگری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۶

چکیده

مقدمه: شرایط نامساعد زندگی زناشویی می‌تواند به افسردگی منجر شده و سبب اختلال کارکردهای خانوادگی افراد متأهل شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار بر افسردگی و سازگاری زناشویی انجام شده است.

روش: در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل ۲۰ زوج مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده سینا شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۷ بودند. نخست، آزمودنی‌ها با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج غربال شدند. سپس ۶ زوج (۱۲ نفر) به‌طور هدفمند انتخاب شدند. آزمودنی‌ها در دو گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار به‌صورت تصادفی جایگزین شدند (سه زوج در هر گروه). پروتکل‌های دو روش زوج‌درمانی به‌طور جداگانه به‌صورت سه مرحله خط پایه و ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و پیگیری دو ماهه اجرا شد. آزمودنی‌ها به مقیاس سازگاری زوجی اسپینر و افسردگی بک و ویرایش دوم پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان درصد بهبودی کلی پس از درمان در متغیر افسردگی ۳۴/۷۰٪ و در متغیر سازگاری زناشویی ۲۹/۰۶٪، در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار درصد بهبودی کلی پس از درمان در متغیر افسردگی ۳۹/۳۹٪ و در متغیر سازگاری زناشویی ۴۰/۸۱٪ به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: درصد بهبودی پس از درمان هر دو گروه زوج‌درمانی در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار دارد، بنابراین، هر دو رویکرد بر کاهش افسردگی و افزایش سازگاری زناشویی زوجین مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، سازگاری زناشویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان‌مدار، زوج‌درمانی.

مقدمه

برای بسیاری از مردم ازدواج^۱ مهمترین رابطه‌ی بالغ است که در طول زندگی خود به آن وارد می‌شوند. یک پیمان آشفته‌ی زناشویی سبب درد و رنج می‌شود، در حالی که یک ازدواج شاد پیش‌بینی‌کننده‌ی بهزیستی و رفاه شخصی است (۱). کیفیت ازدواج به مفهوم سازش‌یافتگی زوجی وابسته است و رضایت زوجها را فراهم می‌آورد (۲). سازگاری زناشویی^۲ یک فرآیند فعال است که بر اساس آن زوجین با گذشت زمان و پیدا کردن نقش‌های جدید در خانواده، وظایف مختلف خود را درک می‌کنند و آن را می‌پذیرند (۳). یک موقعیت روانشناختی است که خود به خود به وجود نمی‌آید، بلکه دستیابی به آن مستلزم تلاش زوج‌هاست (۴). در مواردی که این تلاش‌ها ناکافی و یا غیر سازنده باشد، زوجین گرفتار پیامدهای آسیب‌زای ناسازگاری زناشویی می‌شوند. البته پیامدهای ناسازگاری زوجین، محدود به اعضای خانواده نشده و سایر نهادهای اجتماعی حتی اقتصادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). ناسازگاری زناشویی به معنای نارضایتی، عدم احساس خوشبختی، عدم توافق در تصمیم‌گیری‌ها و ارتباط نامناسب است. ناسازگاری زناشویی علاوه بر این که موجب سکون و رکود ارتباط زوجین می‌شود، باعث تخریب زندگی و اثرات زیان‌باری بر سلامت فیزیکی و روانی زوجین به جا می‌گذارد (۶) هر چند مشکلات زناشویی جزء اختلالات روان‌پزشکی محسوب نمی‌شوند، ولی ارتباط قوی آنها با بسیاری از اختلالات جسمی و روانشناختی شناسایی شده است (۷). در بررسی مؤلفه‌های اثربخش در سازگاری زناشویی مشخص گشته است که وجود اختلال روانی در یکی از زوجین بر سازگاری زناشویی اثر منفی دارد (۶). یکی از اختلالات در زوجین ناسازگار، اختلال افسردگی است (۸). مطالعات نشان می‌دهند افسردگی یک اختلال عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال یک بیماری مزمن، عودکننده و به طور بالقوه تهدیدکننده‌ی زندگی است و با علایم نارضایتی، از دست دادن توان و علایق گذشته، اعتماد به نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است. شیوع آن در زنان تقریباً دو

برابر مردان است و در بین اختلالات روان‌پزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را داشته است (۹). از سوی سازمان بهداشت جهانی^۳ افسردگی رتبه‌ی پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده که تخمین زده شده تا سال ۲۰۲۰، افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی - عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (۱۰).

روانشناسان تأیید کرده‌اند که تحقیر شدن، فقدان و طرد شدن از سوی دیگران، رویدادهای پر استرس زندگی هستند که بیشترین امکان بالقوه برای منتهی شدن به افسردگی را دارند. موقعیت‌هایی که به نظر می‌رسد زوجین متعارض به فراوانی با آنها درگیر باشند (۱۱). زوجین مبتلا به افسردگی بر این باورند که رویدادهای ناگوار همیشگی هستند، به جنبه‌های منفی یکدیگر بیش از حد اهمیت داده و رفتارهای منفی طرف مقابل را سرزنش می‌کنند (۱۲). از دیگر ویژگی‌های زوجین مبتلا به افسردگی این است که در زندگی آنها روح شادی و امید وجود ندارد، تفکر منفی نسبت به شریک زندگی خود داشته (۱۳) و از حضور همسر در منزل ناراحت هستند (۱۴).

پیرامون تأثیرات اختلال افسردگی بر عملکرد زوجین، نتایج مطالعات صورت گرفته توسط نام و همکاران نشان‌دهنده آن است که افسردگی می‌تواند از شرایط خانوادگی، روابط زناشویی، کارآمدی و ناکارآمدی جنسی زوجین تأثیر پذیرفته و به‌طور متقابل بر روابط زناشویی و رضایت زناشویی تأثیر بگذارد (۱۵). عملکرد خانواده و تاب‌آوری می‌تواند بر بروز افسردگی نقش داشته باشد، بنابراین هم شرایط نامساعد زندگی زناشویی می‌تواند به افسردگی منجر شده و هم وجود افسردگی در افراد متأهل می‌تواند کارکردهای خانوادگی این گروه از افراد را دچار خلل نماید که در نتیجه آن، این افراد نمی‌توانند از پس وظایف خود در قبال همسرشان بر آیند و بدین ترتیب افسردگی می‌تواند بر روابط با همسران از جمله صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی اثر بگذارد (۱۶). در اغلب موارد هنگامی که یکی از زوجها افسرده باشد، از روی درماندگی رفتار می‌کند و زوج دیگر به این رفتار با مراقبت هر چه بیشتر پاسخ می‌دهد؛ به گونه‌ای که به تدریج این رابطه به صورتی انعطاف‌ناپذیر و تکراری درمی‌آید و زوج افسرده در

1. marriage
2. marital adjustment

3. World Health Organization (W.H.O)

کارکردی به عنوان بنیان فلسفی درمان‌های موج سوم پدیدار گشت. موج سوم تأکید بیشتری بر زمینه و تجربه کردن دارد (۲۲). درمان‌های موج سوم اهداف خود را از کاهش نشانه‌ها به تقویت مهارت‌هایی که منجر به کیفیت زندگی و افزایش کارکرد در مسیر ارزش‌ها می‌شود گسترش دادند. این رویکردها به تغییر رابطه بیمار با تجارب درونی‌اش می‌پردازند (۲۳). بدین ترتیب درمان پذیرش و تعهد به عنوان جایگزینی برای روان‌درمانی سنتی‌تر درمان شناختی - رفتاری تدوین شد (۲۴). با در نظر گرفتن چارچوب فلسفی و نظری، درمان پذیرش و تعهد مداخله روانشناختی منحصراً تجربه‌ای است که از راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی به همراه راهبردهای تغییر رفتار و پذیرش به منظور افزایش انعطاف پذیری روانشناختی^۸ استفاده می‌کند، بدین معنی که فرد می‌آموزد با لحظه‌ی حال به‌طور کامل و به‌عنوان یک انسان هوشمند و بر اساس آن چه در موقعیت اتفاق می‌افتد، ارتباط برقرار کند و به حفظ یا تغییر رفتار در مسیر ارزش‌های انتخاب شده بپردازد (۲۵). تحقیقات فزاینده نشان می‌دهد که هرچه انعطاف‌پذیری روانشناختی فرد بیشتر باشد، زندگی با کیفیت‌تری خواهد داشت (۲۶).

در زمینه‌ی تأثیر درمان پذیرش و تعهد پژوهش‌های داخلی و خارجی زیادی انجام شده است. مطالعات سویانته، کلیات و دالیم (۲۰۱۸)، تاجک و همکاران (۲۰۱۸)، بارکهداد و همکاران (۲۰۱۶)، زتله (۲۰۱۵)، لیوهم و همکاران (۲۰۱۵)، هیز و همکاران (۲۰۱۱)، پترسون و ایفرت (۲۰۱۱)، اسدی و اکبری (۱۳۹۷)، ترخان (۱۳۹۶)، عزیز و همکاران (۱۳۹۵) و کیانی مقدم و همکاران (۱۳۹۴)، به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی اشاره دارند. همچنین پژوهش‌های مهرابی و رضوی (۲۰۱۶)، برنان و همکاران (۲۰۱۴)، داک (۲۰۱۴)، پترسون و همکاران (۲۰۰۹)، مهاجری و همکاران (۱۳۹۸)، نریمانی و حبیبی (۱۳۹۷)، صمدی و دوستکام (۱۳۹۶)، بی‌تقصیر و همکاران (۱۳۹۶)، کلال قوچان عقیق (۱۳۹۵)، حیدریان‌فر و همکاران (۱۳۹۴)، مقتدایی (۱۳۹۴)، نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳)، هنرپروران (۱۳۹۳)، بهروز (۱۳۹۳)، امان‌الهی و همکاران (۱۳۹۳) ایمانی و همکاران (۱۳۹۱) به اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی اشاره دارند.

خانه و محل کار قادر نیست به وظایف خود به خوبی عمل کند و مسائل خانواده را حل کند. همین امر باعث بروز تعارض در زندگی زناشویی می‌شود و تنیدگی در خانواده را افزایش می‌دهد (۱۷).

در مطالعات مختلف گزارش شده که تأثیر منفی تعارضات زناشویی، شکایات و بی‌توجهی در بین همسران افسرده در مقایسه با همسران آرام بیشتر است (۱۸). پژوهش‌های متعددی ارتباط ثابتی را بین افسردگی و تعارضات زناشویی نشان داده‌اند. زوج‌هایی که یکی از آنان افسرده است، غالباً ارتباط آشفته‌ای را تجربه می‌کنند و رفتاری خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند (۱۹). افسردگی و تعارضات زناشویی تعامل پیچیده‌ای باهم دارند. هر چند عامل‌های چندگانه‌ای در ایجاد و تداوم تعارضات زناشویی مطرح شده است، روند پژوهش‌ها در سال‌های اخیر نشان داده که کاهش علائم افسردگی با افزایش رضایت زناشویی و کاهش تعارضات همراه است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطح آسیب‌شناختی با میزان رضایت از زندگی زناشویی، رابطه معناداری دارد (۲۰).

بنابراین با توجه به شیوع روزافزون ناسازگاری‌های زناشویی و پیوند آن با سلامت جسمی و روانی زوجین و کودکان آنها از یک سو و شواهد گسترده در اثربخشی زوج‌درمانی در رفع مشکلات زناشویی از سوی دیگر، موجب شده که زوج‌درمانی به صورت یکی از اجزای اصلی خدمات درمانی به شمار آید (۲۱). در این پژوهش از دو رویکرد شواهد محور^۱ زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ و هیجان‌مدار^۳ که از حمایت‌های تجربی زیادی برخوردارند، استفاده شده است.

در دو دهه‌ی اخیر درمان‌های جدیدی وارد حوزه‌ی مداخلات روان‌درمانی گردید و به تدریج توجه بین‌المللی کسب کرد که با عنوان موج سوم^۴ شناخته می‌شود. این تغییر نتیجه‌ی رویکردهای بین تشخیصی^۵ آسیب‌شناسی بود. پذیرش^۶ و یادگیری تجربه‌ای^۷ مطرح شدند که متناسب با چارچوب کلی فلسفه‌ی شناختی - رفتاری نبودند؛ بنابراین بافتارگرایی

1. evidence based
2. acceptance & commitment couple therapy
3. emotionally focused couple therapy
4. third wave
5. transdiagnostic approach
6. acceptance
7. experimental learning

8. psychological flexibility

(۲۰۱۰)، گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۰)، مکینن و جانسون (۲۰۰۶)، نامن و همکاران (۲۰۰۵)، بایرن و همکاران (۲۰۰۴)، مکینن (۲۰۰۴)، باتلر و همکاران (۲۰۰۲)، میلیکن (۲۰۰۰)، می (۲۰۰۱)، جانسون و همکاران (۱۹۹۹)، جانسون و تلیت من (۱۹۹۷)، واکر و همکاران (۱۹۹۶)، مک فی و همکاران (۱۹۹۵)، دندنیو و جانسون (۱۹۹۴)، گلدمن و گرینبرگ (۱۹۹۲)، جیمز (۱۹۹۱)، جانسون و همکاران (۱۹۹۱)، اسدی و اکبری (۱۳۹۷)، خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۹۲)، کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، امانی و همکاران (۱۳۹۲)، بیانگر تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی است.

همان‌طور که گفته شد با توجه پژوهش‌های زیادی که رابطه‌ی بین افسردگی و آشفتگی زناشویی را مطرح می‌کنند و همچنین اثربخشی رویکردهای زوج‌درمانی مختلف در رفع مشکلات زناشویی، در این پژوهش به مقایسه‌ی دو رویکرد شواهد محور با دیدگاه‌های مختلف به آسیب‌شناسی مشکلات زوجین و درمان پرداخته شده است. به طور کلی از راه پژوهش است که می‌توان جهت مقابله با مشکلات زوجین، توصیف‌های عملی در زمینه‌ی کاربرد نظریه‌های زوج‌درمانی به دست آورد و به راهکارهایی کاربردی و عملی در زمینه‌ی درمان، بالا بردن بهداشت روانی و ایجاد الگوهای سالم روابط بین فردی دست یافت. همچنین در سطح کاربردی یافته‌های به دست آمده از پژوهش را برای تبیین و ارزیابی، پیشگیری، کنترل و درمان تعارض‌های زناشویی استفاده نمود. بنابراین از یک سو به جهت دستیابی به رویکردهای زوج‌درمانی مؤثرتر و غنی‌تر و از سوی دیگر به دلیل این که تاکنون پژوهشی مستقل پیرامون مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر افسردگی و سازگاری زناشویی انجام نشده است، نگارندگان در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش هستند آیا بین زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار بر افسردگی و سازگاری زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد؟

دومین رویکرد شواهد محور در این پژوهش، زوج‌درمانی هیجان‌مدار است که در حال حاضر یکی از معتبرترین مداخلات زوجی می‌باشد (۲۷). در درمان هیجان‌مدار، مراجع محوری، گشتالت و رویکردهای سیستمی با تفکر ساختی، اشتیاق^۱ و تعهد و نگاهی به روابط عاشقانه که به بهترین نحو در نظریه دلبستگی بیان شده است، با هم ترکیب می‌شوند. درمان هیجان‌مدار به لحاظ تجربی، رویکردی ارزشمند در زوج‌درمانی می‌باشد (۲۸ و ۲۹) و همچنین یکی از پنج روشی است که توسط مشاهدات تجربی مورد حمایت قرار گرفته است. اهداف این درمان که تغییر فرآیندها^۲ و رویکرد ارتباطی^۳ است، نیز توسط تحقیقات تجربی حمایت می‌شود (۳۰ و ۳۱). بر اساس یک مطالعه فراتحلیلی بر روی چهار نتیجه دقیق این درمان، بازده ۷۰٪ الی ۷۳٪ را در بهبود روابط آشفتنه و همچنین پیشرفت قابل توجه ۹۰٪ را نشان می‌دهد (۳۲). همچنین تغییرات مثبت در درمان با اندکی بازگشت به قبل، ثابت شده است (۳۳ و ۳۴). فرضیه اساسی درمان هیجان‌مدار از این قرار است: تعارضات زوجی در پاسخگو نبودن و در دسترس نبودن پیکره‌های دلبستگی ریشه دارند (نظریه دلبستگی) که موجب اضطراب و هراس درونی شده (درمان تجربی) و متعاقباً تعاملات و الگوهای ارتباطی انعطاف‌ناپذیری (درمان سیستمی) را فراخوانی می‌کنند (۳۵). مطابق این نظریه افسردگی نتیجه‌ی ناتوانی در تماس ایمن با پیکره‌ی اصلی دلبستگی است (۳۶). بنابراین زوج‌درمانی هیجان‌مدار با هدف ایجاد رشته‌های ایمن دلبستگی از طریق تجربه‌های هیجانی تصحیحی و در نتیجه ارتباط مؤثرتر، انجام می‌شود (۳۵).

پژوهش‌های زیادی بیانگر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش افسردگی و افزایش سازگاری زناشویی است. پژوهش‌های ویتنبرن و همکاران (۲۰۱۸)، دیلون و همکاران (۲۰۱۸)، گرینبرگ (۲۰۱۷)، اسدی و اکبری (۱۳۹۷)، خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۹۲)، کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، امانی و همکاران (۱۳۹۲) به تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش افسردگی اشاره دارد. همچنین یافته‌های برجس موزر، دالگلیش و تاسکا (۲۰۱۷)، ویب و همکاران (۲۰۱۶)، زاکارینی، تای و پولسون (۲۰۱۳)، هالچاک و همکاران

1. Passion
2. Change Processes
3. Communication approach

روش

طرح پژوهش: در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی^۱ همراه با خط پایه‌ی چندگانه‌ی ناهمزمان استفاده شده است.

آزمودنی‌ها: پژوهش حاضر شامل ۲۰ زوج (۴۰ نفر) بودند که به دلیل داشتن مشکلات زناشویی طی فراخوان اعلام شده در بازه‌ی زمانی ۱۰ مردادماه تا ۲۵ مهرماه سال ۱۳۹۷ به مرکز مشاوره خانواده سینا شهرستان دزفول مراجعه کردند.

نمونه‌ی پژوهش: بعد از مصاحبه‌ی تشخیصی و مشخص کردن زوجینی که ملاک‌های ورود را داشتند، تعداد ۶ زوج (۱۲ نفر) بر اساس نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۳ زوج) زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود و خروج زوجین: کسب نمره سازگاری زناشویی در دامنه‌ی ۱۰۱-۷۵ مقیاس سازگاری زوجی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، دامنه‌ی سنی زوجین ۲۲ تا ۴۵ سال، زوجین مایل به همکاری در طرح پژوهشی بوده و امکان حضور مستمر در تمامی جلسات زوج‌درمانی را داشته باشند، زوج‌هایی که به صورت مستقل از خانواده‌ی مبدأ (خانواده پدری) حداقل یکسال سابقه‌ی زندگی مشترک را داشته باشند، زوجینی که در زمان مراجعه و تمام مدت انجام پژوهش با هم زندگی کرده و متقاضی طلاق نباشند، از توانایی دیدن، شنیدن، و صحبت کردن به فارسی در حد مناسب جهت همکاری در پژوهش برخوردار باشند، زوجین به صورت فردی و یا زوجی، دریافت‌کننده خدمات مشاوره و روانشناختی خارج از طرح تحقیق نباشند. ملاک‌های خروج زوجین از پژوهش عبارتند از: ۱. تشخیص به داشتن اختلالات روانی بر اساس راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی DSM-5 به جز افسردگی؛ ۲. سابقه سوء مصرف یا وابستگی به مواد و یا داروهای روان‌گردان در حال حاضر؛ ۳. استفاده از داروی تجویز شده روان‌پزشک؛ ۴. زوجین متارکه کرده؛ ۵. زوجین متقاضی طلاق قانونی باشند.

ابزار

۱. مقیاس سازگاری زن و شوهر^۲ گراهام بی. اسپنیر^۳: اسپنیر در سال ۱۹۷۶ «مقیاس سازگاری زناشویی» را با هدف ارزیابی کیفیت رابطه‌ی زناشویی یا روابط دو نفری مشابه آن معرفی نمود. این ابزار برای چند هدف ساخته شده است. می‌توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه‌ی صمیمانه استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می‌سنجد. رضایت دو نفری^۴، همبستگی دو نفری^۵، توافق دو نفری^۶، ابراز محبت^۷. با تغییراتی در این ابزار می‌توان از آن برای مصاحبه نیز استفاده کرد(۳۷).

روش اجرا و نمره‌گذاری: این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۳۲ سؤالی مداد و کاغذی است(۳۸). پاسخ‌ها در طول یک سری از مقیاس‌های لیکرت ۵ و ۶ درجه‌ای، و نیز در قالب دو پرسش «بله» و «خیر» و یک پرسش نهایی که از افراد خواسته می‌شود تا عبارتی را که بهترین انعکاس از انتظارات آنها در مورد تداوم رابطه‌شان است، تصدیق کنند، ثبت می‌گردند(۳۹). سؤالات زیرمقیاس‌ها از این قرار است: رضایت زناشویی (۱۰ سؤال): ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲؛ همبستگی دو نفری (۵ سؤال): ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸؛ توافق دو نفری (۱۳ سؤال): ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵؛ ابراز محبت (۴ سؤال): ۴، ۶، ۲۹، ۳۰(۳۷). این مقیاس در نهایت پنج نمره به دست می‌دهد، مشتمل بر نمرات حاصل از چهار زیر مقیاس و یک نمره‌ی کل برای همه سؤالات. اغلب اوقات فقط نمره‌ی کل مقیاس گزارش می‌شود(۴۰). نمره‌ی کل مجموع تمام سؤالات بین ۰ تا ۱۵۱ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی بهتر است (کسب نمره‌ی بالاتر از ۱۰۱ و بیشتر نشان‌دهنده‌ی سازگاری بیشتر و رابطه‌ی بهتر و نمره‌ی پایین‌تر از آن نشان‌دهنده‌ی سازگاری کمتر است)(۳۷). بر مبنای داده‌های هنجاری اصلی ارائه شده توسط اسپنیر، مرسوم شده است که نمره‌ی کل زیر ۱۰۰ را به شاخص آشفتگی رابطه به کار برند(۴۱)؛ بنابراین نمره‌ی بالاتر ۹۹،

2. Dyadic Adjustment Scale
3. Graham B. Spanier
4. Dyadic Satisfaction
5. Dyadic Cohesion
6. Dyadic Consensus
7. Affectional Expression

1. single-case experimental design

«صفر» (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا «۳» (افسردگی شدید) درجه‌بندی کنند. نمره کل با جمع کردن نمره‌های ماده‌ها به دست می‌آید (از صفر تا ۶۳)، که نمره‌ی بالاتر بیانگر افسردگی بیشتر است (۴۵). درجات افسردگی بر اساس نمره کل بدین صورت قابل تفکیک است: از صفر تا ۱۳ (افسردگی جزئی)، از ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، از ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، از ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید) (۴۶).

اعتبار: مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. کاسپی و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه غیر بالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی^۴ را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی را در نمونه غیر بالینی ۰/۹۴؛ قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) ضریب پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۴؛ کارمودی (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه دانشجویی ۰/۹۱؛ استورچ و همکاران (۲۰۰۴) در کل پرسشنامه ۰/۹۰؛ برای عامل شناختی - عاطفی ۰/۸۷ و برای عامل بدنی ۰/۷۴؛ ویشمن و همکاران (۲۰۰۰) ۰/۸۹؛ ویلسون و همکاران (۲۰۰۷) در یک نمونه‌ی از بزرگسالان امریکایی مکزیکی تبار ۰/۹۰؛ جو و همکاران (۲۰۰۰) در یک نمونه کوشش آزمایشی برای پیشگیری از خودکشی ۰/۹۴ و بیرنی و همکاران (۲۰۰۴) در نوبت اول ۰/۹۴ و نوبت دوم ۰/۹۱ به دست آوردند. در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶، برای عامل‌های اول (شناختی و جسمانی) ۰/۸۴ و برای عامل دوم (عاطفی) ۰/۷۸ است. این یافته‌های حاکی از اعتبار رضایت‌بخش پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم است (۴۴).

روایی: ویلسون و همکاران (۲۰۰۷)، همبستگی بین اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی عمده، اختلال افسرده‌خویی^۵ و فویبای اجتماعی با پرسشنامه بک ویرایش دوم را معنادار گزارش کردند. استورچ و همکاران (۲۰۰۴) همبستگی بین نمره کل پرسشنامه بک ویرایش دوم با نمره‌های عاملی پرسشنامه اضطراب حالتی ۰/۶۹ و افسردگی حالتی ۰/۷۶ (۰/۰۰۱ < p؛ قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) همبستگی بین

نشان‌دهنده‌ی ثبات ازدواج و رضایت کلی است، با این وجود نمرات کل خیلی بالا (یعنی بیشتر از ۱۲۰) ممکن است نشان‌دهنده‌ی «ایثار» بیش از حد با «آرمان‌سازی ارتباط» باشد (۳۹).

روایی: این مقیاس ابتدا با روش‌های روایی محتوا چک شد. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج‌های متأهل و مطلقه در هر سؤال، روایی خود را برای گروه‌های شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس زناشویی لاک - والاس^۱ همبستگی دارد (۳۷).

اعتبار: نمره‌ی کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است. اعتبار زیرمقیاس‌ها عبارت است از: رضایت دونفری = ۰/۹۴، توافق دونفری = ۰/۹۰، همبستگی دونفری = ۰/۸۶ و ابراز محبت = ۰/۷۳. این داده‌ها نشان می‌دهد که کل مقیاس و مؤلفه‌هایش از اعتبار به حد کفایت بالایی برای تأیید کاربردشان برخوردارند در پژوهش ملازاده، منصور، اژه‌ای و کیامنش (۱۳۸۱) همسانی درونی این ابزار ۰/۹۵ بوده است (۳۷).

۲. پرسشنامه افسردگی آرون تی. بک^۲ ویراست دوم: پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، یک ویرایش از پرسشنامه افسردگی و یک شاخص خودگزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی است (۴۲). بک و همکاران در سال ۱۹۶۶ ویرایش دوم ابزار را منتشر کردند که تعدادی از ماده‌ها بر اساس شباهت زیاد ملاک افسردگی عمده در DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) تجدید نظر شدند. این ابزار یک شاخص ۲۱ ماده‌ای از نشانه‌های خودگزارشی افسردگی است که برای نوجوانان و بزرگسالان استفاده می‌شود (۴۳). ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه‌ی شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد (۴۴).

روش اجرا و نمره‌گذاری: اجرای پرسشنامه به صورت فردی است و از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا میزان افسردگی خود را در پرسشنامه بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از

1. Locke- Wallace Marital Adjustment Scale
2. Arun T. Beck Depression Inventory
3. American Psychiatric Association

4. Internal consistency
5. dysthymic disorder

درمان تکمیل شدند. پروتکل‌های درمانی هر دو روش زوج‌درمانی بر اساس دوره‌های تخصصی و منابع معتبر تنظیم و توسط پژوهشگر در مدت سه ماه (آبان، آذر، دی ۹۷) به اجرا درآمد. در پایان دو نوبت پیگیری هم در ماه‌های بهمن و اسفند ۹۷ اجرا گردید. همچنین پیرامون ملاحظات اخلاقی، این پژوهش دارای شناسه اخلاق IR.IAU.B.REC.1398.007 مصوب شده در کمیته‌ی سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد در تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۳ است. بر این اساس ملاحظات اخلاقی زیر در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفته است. ابتدا برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که مشارکت در پژوهش اختیاری است و فرم کلی رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست آمده از آنها کاملاً محرمانه خواهد ماند. سپس هدف از انجام پژوهش، مدت زمان انجام پژوهش، مراحل و چگونگی انجام پژوهش، اثرات مثبت و منفی احتمالی پژوهش مذکور برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. در پایان تقویم اجرایی پژوهش جهت تنظیم زمانی و مشارکت بهتر در پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا و بهبود بالینی معنی‌دار استفاده شده است.

منظور از زوج‌درمانی در این پژوهش، مداخلاتی زوجی است که طی ۱۲ جلسه در قالب پروتکل درمانی بر اساس منابع مطالعاتی مختلف، گذراندن دوره‌های تخصصی زوج‌درمانی در دو رویکرد مذکور تدوین شده و توسط پژوهشگر جهت دو گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار برگزار شد. خلاصه‌ای از طرح‌های درمانی در جدول‌های (۱) و (۲) ارائه شده است.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و پرسشنامه تفکرات خودکار منفی ۰/۷۷؛ کاسپی و همکاران (۲۰۰۸) ضریب روایی همگرا^۱ بین پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و پرسشنامه افسردگی فرم اولیه و خرده مقیاس پرسشنامه روانی در نمونه‌ی غیر بالینی به ۰/۸۲ و ۰/۶۷ ($p < ۰/۰۰۱$) و ضریب روایی تشخیصی^۲ بین پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و مقیاس ناامیدی ۰/۶۵، با پرسشنامه اضطراب بک ۰/۶۵ گزارش کردند (۴۵).

مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به طور کلی این پرسشنامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود (۴۶).

روند اجرای پژوهش: ابتدا پژوهش مورد نظر از طریق یک فراخوان در مرکز مشاوره‌ی خانواده سینا شهرستان دزفول اطلاع‌رسانی شد. بر این اساس زوج‌هایی که به‌دلیل مشکلات زناشویی اعلام آمادگی کرده بودند، طبق ملاک‌های اخلاق در پژوهش جهت مشارکت در طرح پژوهش رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند. در یک بازه‌ی زمانی بیش از دو ماه بعد از مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر و مشخص شدن زوجینی که ملاک‌های ورود را دارا بودند، شش زوج (۱۲ نفر) بر اساس نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳ زوج) و گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار (۳ زوج) جایگزین شدند. برای اجرای روش‌های مداخله‌ای ابتدا زوج اول وارد طرح درمان شدند و در هر مرحله خط پایه تمام ابزارهای پژوهش بر روی آنها اجرا شد. زوج‌های دیگر هم به تناسب طرح پژوهشی مورد سنجش خط پایه قرار گرفتند. سپس درمان به مدت ۱۲ جلسه هفتگی (یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته) برای آزمودنی‌های هر گروه ارائه شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در جلسه‌ی دوم زوج اول، زوج دوم در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و به همین ترتیب در جلسه‌ی سوم زوج اول و جلسه‌ی دوم زوج دوم، طرح درمان در مورد زوج سوم در گروه آغاز شد. تمامی پرسشنامه‌ها در جلسات ۴، ۸، ۱۲ و بلافاصله پس از اتمام

1. convergent validity

2. diagnostic validity

جدول (۱) ساختار و محتوای جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
اول	آشنایی تقویت رابطه‌ی درمانی، تعیین جهت‌گیری درمان، گرفتن جزییات از زوج‌ها، تشریح تمرکز بر تمرینات
دوم	ارزیابی فردی، مصاحبه فردی، ارزیابی برای منع موارد مصرف، خشونت خانگی، روابط نامشروع روانی غیر قابل درمان و جلسه‌ی طرح‌ریزی زوجی، یکپارچه‌سازی ارزیابی فردی و زوجی
سوم	ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ای بی‌اثر، بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب زوج‌ها، توسعه‌ی ناامیدی خلاق
چهارم	توجه‌آگاهی و پذیرش، معرفی پذیرش و توجه آگاهی و تمرین پذیرش افکار و احساسات، ارزیابی
پنجم	هم‌جوشی شناختی، تشریح و توضیح رابطه‌ی منفی افکار برای زوج‌ها
ششم	مشاهده افکار، توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر، تمرین پذیرش افکار و واکنش‌های رابطه
هفتم	انتخاب جهت ارزش‌ها، کمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی ارزش‌های رابطه و زندگی و تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می‌خواهم
هشتم	شناسایی موانع ارزش‌های زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود، بازبینی کاربرد ارزش‌ها، بحث در مورد ارزش‌های زندگی و کمک به مراجعان تا به جای غلبه بر آنها، با آنها حرکت کنند و کاربرد عمل متعهدانه، ارزیابی
نهم	ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه، معرفی تمایل و کاربرد عمل متعهدانه
دهم	خود به عنوان زمینه در رابطه، طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوج‌ها در خود به عنوان زمینه رابطه و کاربرد اقدام متعهدانه
یازدهم	پذیرش و اقدام متعهدانه، بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه‌ی عمل متعهدانه و کاربرد اقدام متعهدانه
دوازدهم	کار در جهت پایان، بازبینی ارزش‌ها رابطه و اقدام متعهدانه، آمادگی برای اقدام متعهدانه در آینده، ارزیابی

جدول (۲) ساختار و محتوای جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار

جلسات	محتوا
اول	برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه با زوج‌ها و انعقاد قرارداد درمانی، ایجاد اتحاد درمانی میان زوج و درمانگر در مورد اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان
دوم	تلاش برای ایجاد و حفظ فضای امن و تسلی‌بخش با هدف تسریع فرایند تغییر، فراهم کردن فضای که زوجین بتوانند مشکلات زوجی را چیزی معمولی در روابط زناشویی در نظر بگیرند
سوم	ارزیابی تاریخچه دل‌بستگی و صمیمیت مراجعین و فرضیه‌سازی درباره آسیب‌پذیری
چهارم	فراخوانی و کشف کردن (سعی در ارتقای بازخوانی مجدد تجارب زوجین، به شکل آگاهانه)، تشویق زوجین به بیان هیجان‌ها و آگاهی از حس جسمانی حوادث که قبلاً سرکوب و انکار شده‌اند، ارزیابی
پنجم	ترسیم موضوعات تعارض برانگیز، کشف روایت‌های زوجین از مشکلات موجودشان، تاریخچه‌ی الگوی دل‌بستگی اولیه و ارتباط فعلی میان آنها
ششم	افزایش دانش در مورد احساسات زیربنایی موقعیت‌های تعاملی و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی، شناسایی جنبه‌های دردناک تجارب زوجین
هفتم	مشاهده‌ی سبک پردازش موضوعات هیجانی آنها، شناسایی موضوعات درون فردی و میان فردی که در ایجاد رنج آنها نقش دارند
هشتم	افزایش تشخیص و شناسایی نیازها و جنبه‌های خود ابراز نشده، پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه
نهم	بیان انتظارات خود از طرف مقابل و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش، افزایش پذیرش هر یک از همسران نسبت به ادراک تجربه‌ی همسرش
دهم	ربط دادن هیجان‌ها اولیه به هیجان‌ها ثانویه، برون‌ریزی هیجان‌ها ثانویه، پرداختن به هیجان‌ها اولیه و قالب‌گیری مجدد به مشکل، بازتعریف رابطه توسط هر یک از زوج‌ها،
یازدهم	شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوج‌ها به الگوی ایمن در روابطشان، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت‌های تعاملی جدید
دوازدهم	تسهیل پدیدآیی راه‌حل‌های تازه برای مشکلات قدیم، تقویت و تثبیت مواضع تازه‌ای که همسران نسبت به هم نشان می‌دهند

یافته‌ها

جدول (۴) نمره‌های زوج‌های اول تا ششم در پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویرایش دوم را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان می‌دهد.

در هر گروه زوج‌درمانی سه زوج جایگزین شده است. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی دو گروه در جدول (۳) آمده است.

جدول ۳) ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نمونه‌ی پژوهش

گروه زوج‌درمانی	آزمودنی‌ها	مدت زندگی مشترک (سال)	جنسیت	سن	تحصیلات	شغل	سابقه روان‌درمانی
پذیرش و تعهد	زوج اول	۸	مرد	۳۹	دیپلم	فروشنده	در حال حاضرندارد
			زن	۳۶	دیپلم	خانه‌دار	در حال حاضرندارد
	زوج دوم	۳	مرد	۳۱	کارشناسی	کارمند	در حال حاضرندارد
			زن	۲۶	کارشناسی ارشد	کارمند شرکت آبفا	در حال حاضرندارد
	زوج سوم	۲	مرد	۳۶	کارشناسی	طلاساز / طلافروش	در حال حاضرندارد
			زن	۳۱	کارشناسی ارشد	خانه‌دار	در حال حاضرندارد
هیجان‌مدار	زوج چهارم	۴	مرد	۳۱	کارشناسی	فرهنگی	در حال حاضرندارد
			زن	۲۸	کارشناسی	خانه‌دار	در حال حاضرندارد
	زوج پنجم	۷	مرد	۳۵	دیپلم	کارگر شرکتی	در حال حاضرندارد
			زن	۲۷	کارشناسی	کارمند دولتی	در حال حاضرندارد
	زوج ششم	۵	مرد	۳۸	کارشناسی	پیمانکار ساختمانی	در حال حاضرندارد
			زن	۳۶	دیپلم	خانه‌دار	در حال حاضرندارد

جدول ۴) روند تغییرات نمرات افسردگی در دو گروه زوج‌درمانی

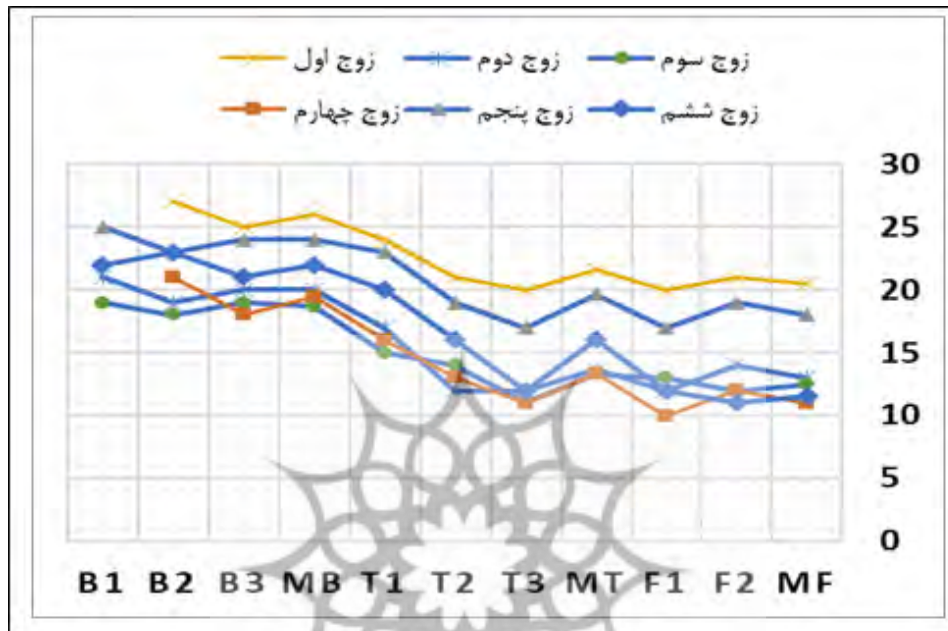
زوج‌درمانی هیجان‌مدار		زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد				گروه‌های زوج‌درمانی
زوج ششم	زوج پنجم	زوج چهارم	زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	آزمودنی‌ها
						مراحل درمان
۲۲	۲۵	۲۱	۱۹	۲۱	۲۷	خط پایه اول
۲۳	۲۳	۱۸	۱۸	۱۹	۲۵	خط پایه دوم
۲۱	۲۴	-	۱۹	۲۰	-	خط پایه سوم
۲۲	۲۴	۱۹/۵	۱۸/۶۶	۲۰	۲۶	میانگین مراحل خط پایه
۲۰	۲۳	۱۶	۱۵	۱۷	۲۴	جلسه‌ی چهارم
۱۶	۱۹	۱۳	۱۴	۱۲	۲۱	جلسه‌ی هشتم
۱۲	۱۷	۱۱	۱۱	۱۲	۲۰	جلسه‌ی دوازدهم
۱۶	۱۹/۶۶	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۳/۶۶	۲۱/۶۶	میانگین مراحل درمان
۴/۷۸	۴/۴۳	۶/۵۸	۷/۲۲	۵/۳۶	۵/۶۶	شاخص تغییر پایا
۴۵/۴۵	۲۹/۱۶	۴۳/۵۸	۴۱/۰۵	۴۰	۲۳/۰۷	درصد بهبودی پس از درمان
۳۹/۳۹			۳۴/۷۰			درصد بهبودی کلی پس از درمان
۱۲	۱۷	۱۰	۱۳	۱۲	۲۰	پیگیری نوبت اول
۱۱	۱۹	۱۲	۱۲	۱۴	۲۱	پیگیری نوبت دوم
۱۱/۵	۱۸	۱۱	۱۲/۵	۱۳	۲۰/۵	میانگین مرحله پیگیری
۵/۲۶	۳/۷۹	۶/۵۸	۵/۸۱	۴/۶۹	۴/۴۴	شاخص تغییر پایا
۴۷/۷۲	۲۵	۴۳/۵۸	۳۳/۰۱	۳۵	۲۱/۱۵	درصد بهبودی پس از پیگیری
۳۸/۷۶			۲۹/۷۲			درصد بهبودی کلی پس از پیگیری

درمان و پس از دوره دو ماهه‌ی پیگیری با توجه به سطح معناداری ($p < ۰/۰۵$) به ($Z = ۱/۹۶$) رسیده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات هر سه زوج در دو گروه زوج‌درمانی در متغیر افسردگی از نظر آماری مورد تأیید است و نتیجه‌ی اثربخشی درمان است. همچنین همان‌طور که در

جدول (۴) نشان می‌دهد که نمره‌های افسردگی هر سه زوج در دو گروه زوج‌درمانی با داشتن نوساناتی در مراحل درمان کاهش یافته است. این کاهش با وجود نوسانات در مراحل پیگیری نیز ادامه داشته است. میزان شاخص تغییر پایا (RCI) در زوج‌های دو گروه زوج‌درمانی در پایان مراحل

اندک قرار می‌گیرد. همچنین در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار درصد بهبودی کلی پس از درمان (۳۹/۳۹٪) است. پس از یک دوره‌ی دو ماهه پیگیری درصد بهبودی کلی (۳۸/۷۶٪) به دست آمده است و ۰/۶۳٪ کاهش را داشته است که این مقادیر بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله درمان و پیگیری در طبقه‌ی بهبودی اندک قرار می‌گیرد.

جدول (۴) مشاهده می‌شود در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درصد بهبودی کلی پس از درمان (۳۴/۷۰٪) و پس از دوره‌ی دو ماهه‌ی پیگیری درصد بهبودی کلی (۲۹/۷۲٪) به دست آمده است. به عبارت دیگر درصد بهبودی کلی پس از یک دوره‌ی دو ماهه پیگیری ۴/۹۸٪ کاهش را نشان می‌دهد. این مقادیر بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله درمان و پیگیری در طبقه‌ی بهبودی



نمودار (۱) روند تغییر نمرات افسردگی در مراحل خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) در دو گروه زوج‌درمانی

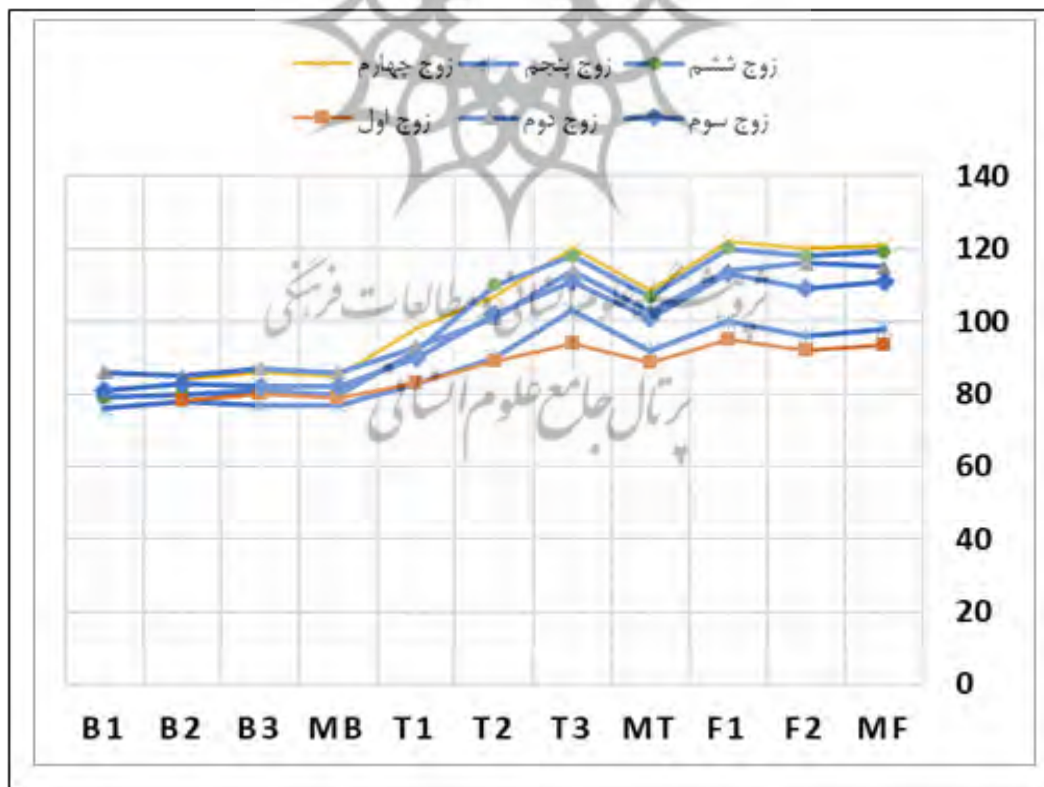
در هر سه زوج در گروه‌های زوج‌درمانی معنادار بوده و از نظر آماری مورد تأیید است. با توجه به این که مقادیر درصد بهبودی کلی در پایان مراحل درمان و پیگیری در هر دو رویکرد زوج‌درمانی در طبقه‌ی بهبودی اندک قرار دارد می‌توان گفت هر دو رویکرد زوج‌درمانی در کاهش افسردگی زوج‌ها اثربخش هستند. پس می‌توان نتیجه گرفت که بین زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر افسردگی زوجین تفاوت معناداری وجود ندارد. جدول (۵) نمره‌های زوج‌های اول تا ششم در پرسشنامه‌ی سازگاری زناشویی را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار نشان می‌دهد.

نمودار (۱) روند تغییر نمرات افسردگی زوجین را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) در شش زوج نشان می‌دهد. نمودار هر سه زوج در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به خط پایه (B) کاهش داشته و برای زوج اول، دوم و سوم در پایان جلسات مداخله در نقطه‌ی (T3) به ترتیب ۲۰، ۱۲، ۱۱ و در پایان مراحل پیگیری (F2) ۲۱، ۱۴، ۱۲ بوده است. در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار هم مقادیر نسبت به خط پایه کاهش داشته است. برای زوج چهارم، پنجم و ششم در پایان جلسات مداخله در نقطه‌ی (T3) به ترتیب ۱۱، ۱۷، ۱۲ و در پایان مراحل پیگیری (F2) ۱۲، ۱۹، ۱۱ به دست آمده است. بنابراین همان‌طور که نمودار (۱) نشان می‌دهد نمودارهای هر شش زوج با مقادیر متفاوت حالت نزولی دارد.

بنابراین بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول (۴) طبق شاخص تغییر پایا (RCI) کاهش در نمرات افسردگی

جدول ۵) روند تغییرات نمرات سازگاری زناشویی در دو گروه زوج‌درمانی

زوج‌درمانی هیجان‌مدار			زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد			گروه‌های درمانی
زوج ششم	زوج پنجم	زوج چهارم	زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	آزمودنی‌ها
۷۹	۷۶	۸۴	۸۱	۸۶	۷۸	مراحل درمان
۸۰	۷۸	۸۶	۸۳	۸۵	۸۰	خط پایه اول
۸۱	۷۷	-	۸۲	۸۷	-	خط پایه دوم
۸۰	۷۷	۸۵	۸۲	۸۶	۷۹	خط پایه سوم
۹۲	۸۳	۹۸	۹۰	۹۳	۸۳	میانگین مراحل خط پایه
۱۱۰	۹۰	۱۰۷	۱۰۲	۱۰۱	۸۹	جلسه‌ی چهارم
۱۱۸	۱۰۳	۱۲۰	۱۱۱	۱۱۴	۹۴	جلسه‌ی هشتم
۱۰۶/۶۶	۹۲	۱۰۸/۳۳	۱۰۱	۱۰۲/۶۶	۸۸/۶۶	جلسه‌ی دوازدهم
۱۰/۱۰	۹/۱۲	۱۱/۲۱	۹/۷۹	۹/۳۹	۹/۶۷	میانگین مراحل درمان
۴۷/۵	۳۳/۷۶	۴۱/۱۷	۳۵/۳۶	۳۲/۵۵	۱۸/۹۸	شاخص تغییر پایا
۴۰/۸۱			۲۹/۰۶			درصد بهبودی پس از درمان
۱۲۰	۱۰۰	۱۲۲	۱۱۳	۱۱۴	۹۵	درصد بهبودی کلی پس از درمان
۱۱۸	۹۶	۱۲۰	۱۰۹	۱۱۶	۹۲	پیگیری نوبت اول
۱۱۹	۹۸	۱۲۱	۱۱۱	۱۱۵	۹۳/۵	پیگیری نوبت دوم
۱۰/۳۷	۷/۳۶	۱۱/۵۳	۹/۷۹	۹/۷۳	۹/۳۵	میانگین مرحله پیگیری
۴۸/۷۵	۲۷/۲۷	۴۲/۳۵	۳۵/۳۶	۳۳/۷۲	۱۸/۳۵	شاخص تغییر پایا
۳۹/۴۵			۲۹/۱۴			درصد بهبودی پس از پیگیری
						درصد بهبودی کلی پس از پیگیری



نمودار ۲) روند تغییر نمرات سازگاری زناشویی در مراحل خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) در دو گروه زوج‌درمانی

بنابراین بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول (۵) طبق شاخص تغییر پایا (RCI) افزایش سازگاری زوجی در هر سه زوج دو گروه زوج‌درمانی معنادار بوده و از نظر آماری مورد تأیید است. همچنین جدول (۵) نشان می‌دهد، با توجه به این که مقادیر درصد بهبودی کلی هر دو رویکرد زوج‌درمانی در پایان مراحل درمان و پیگیری در طبقه‌ی بهبودی اندک قرار دارد می‌توان گفت هر دو رویکرد در افزایش سازگاری زوجی اثربخش هستند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری زوجی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

هدف از پژوهش پیش‌رو مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار بر افسردگی و سازگاری زناشویی زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده سینا شهرستان دزفول بود. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد نمرات افسردگی در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش داشته است و درصد بهبودی در آزمودنی‌های این گروه بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار دارد. به عبارتی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های افسردگی در این گروه از زوجین مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات سویانته‌ی، کلی‌ات و دالیما (۲۰۱۸)، تاجک و همکاران (۲۰۱۸)، بارکهاد و همکاران (۲۰۱۶)، زتله (۲۰۱۵)، لیوهم و همکاران (۲۰۱۵)، هیز و همکاران (۲۰۱۱)، پترسون و ایفرت (۲۰۱۱)، اسدی و اکبری (۱۳۹۷)، ترخان (۱۳۹۶)، عزیززی و همکاران (۱۳۹۵) و کیانی مقدم و همکاران (۱۳۹۴) که نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد در بهبودی علائم افسردگی مؤثر است، همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش باید گفت پژوهش‌های زیادی ارتباط تعارضات زناشویی با افسردگی را تأیید می‌کنند. غفلت از ارزش‌های اصلی روابط عاشقانه (ارتباط، مراقبت، و همکاری) سبب کاهش صمیمیت و شکل‌گیری افکار و احساسات خصمانه‌ای نسبت به یکدیگر می‌شود. از منظر آسیب‌شناسی رویکرد پذیرش و تعهد توسعه و نگهداری پریشانی، تعارض و فاصله‌ی عاطفی در زوج‌ها، ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده‌ی هر یک از

جدول (۵) نشان می‌دهد که نمره‌های سازگاری زوجی در زوج‌های دو گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار با داشتن نوساناتی در مراحل درمان و پیگیری افزایش یافته است. میزان شاخص تغییر پایا (RCI) در زوج‌های دو گروه، در پایان مداخله و پیگیری با توجه به سطح معناداری ($p < ۰/۰۵$) به ($Z = ۱/۹۶$) رسیده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات هر سه زوج در دو گروه زوج‌درمانی در متغیر سازگاری زوجی از نظر آماری قابل قبول و نتیجه‌ی تأثیر درمان است. همچنین همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درصد بهبودی کلی پس از درمان (۲۹/۰۶٪) و پس از دوره‌ی دو ماهه‌ی پیگیری درصد بهبودی کلی (۲۹٪/۱۴) به دست آمده است. به عبارت دیگر درصد بهبودی کلی پس از یک دوره‌ی دو ماهه‌ی پیگیری ۰/۰۸٪ افزایش داشته است. این مقادیر در مراحل درمان و پیگیری بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه‌ی بهبودی اندک قرار می‌گیرد. همچنین در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار درصد بهبودی کلی پس از درمان (۴۰/۸۱٪) است. پس از یک دوره‌ی دو ماهه‌ی پیگیری درصد بهبودی کلی (۳۹/۴۵٪) است که نسبت به دوره‌ی قبل، ۱/۳۶٪ کاهش داشته است. این مقادیر در مراحل درمان و پیگیری بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه‌ی بهبودی اندک قرار می‌گیرد.

نمودار (۲)، روند تغییر نمرات سازگاری زوجی را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) در شش زوج نشان می‌دهد. نمودار هر سه زوج در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به خط پایه (B) افزایش داشته و برای زوج اول، دوم و سوم در پایان جلسات مداخله در نقطه‌ی (T3) به ترتیب ۹۴، ۱۱۴، ۱۱۱ و در پایان مراحل پیگیری (F2) ۹۲، ۱۱۶، ۱۰۹ بوده است. در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار هم مقادیر نسبت به خط پایه افزایش داشته و برای زوج چهارم، پنجم و ششم در پایان جلسات مداخله در نقطه‌ی (T3) به ترتیب ۱۲۰، ۱۰۳، ۱۱۸ و در پایان مراحل پیگیری (F2) ۱۲۰، ۹۶، ۱۱۸ به دست آمده است. بنابراین همان‌طور که نمودار (۲)، نشان می‌دهد نمودارهای هر شش زوج با مقادیر متفاوت حالت صعودی دارد.

و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی سبب افزایش سازگاری زناشویی و بهبود روابط بین فردی و کاهش نشانه‌های افسردگی در زوجین می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد نمرات افسردگی در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار کاهش یافته است و درصد بهبودی در آزمودنی‌های این گروه بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار دارد. به عبارتی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش نشانه‌های افسردگی در این گروه از زوجین مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ویتنبرن و همکاران (۲۰۱۸)، دیلون و همکاران (۲۰۱۸)، گرینبرگ (۲۰۱۷)، اسدی و اکبری (۱۳۹۷)، خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۹۲)، کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، امانی و همکاران (۱۳۹۲)، که نشان‌دهنده‌ی تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش افسردگی است، مطابقت دارد.

در تبیین یافته‌های به‌دست آمده می‌توان گفت نظر به تأکید رویکرد هیجان‌مدار بر اهمیت پیوندهای هیجانی، این رویکرد در مورد برون‌ریزی نیازهای بیان نشده، تدابیر ویژه‌ای دارد. لذا زمانی که زوجین علاوه بر تعارض زناشویی به نشانگانی همچون افسردگی نیز دچار باشند، مداخلات درمان هیجان‌مدار در هر دو زمینه مفید واقع می‌شود. یکی از نگرانی‌های شدیدی که زوجین آشفتگی دارای علائم افسردگی گزارش می‌دهند، این است که عشق در رابطه‌ی آنها از بین رفته است یا حداقل هیجان‌ات مثبت را نسبت به همسرانشان تجربه می‌کنند. در درمان هیجان‌مدار برای کمک به زوجها، ضمن آگاهی دادن به آنها مبنی بر این که نداشتن احساس عشق، بخش طبیعی افسردگی می‌باشد، در روند درمان به آنها کمک می‌شود تا با برآورده کردن نیازهای روانشناختی یکدیگر به حمایت، امنیت، مشارکت، دلجویی و صمیمیت جنسی، کارکردهای زوجی خود را بهبود بخشند.

انتظار می‌رود در روند افزایش تجارب مثبت زوجین با یکدیگر، احساسات مثبت نیز به رابطه‌ی آنها برگردد. همچنین امید آنها به داشتن تعاملات مثبت در آینده افزایش یافته و خاطرات مثبت گذشته را نیز راحت‌تر به یاد می‌آورند. رویکرد هیجان‌مدار از طریق ایجاد یک دل‌بستگی ایمن و یا کمتر ناایمن، زمینه‌ای صمیمانه، در دسترس و پاسخ‌گو برای زوجین فراهم شده که از طریق آن هیجان‌ات مثبت در یک چرخه تعاملی سازنده منتقل می‌شود. با ایجاد این زمینه‌ی

آنها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه‌ی زن و شوهر است. واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابی‌شده‌ی منفی و عمل بر طبق آنها چرخه‌ی رابطه‌ی منفی زوجها را حفظ می‌کند (۴۷). در زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تضعیف این فرآیندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیر ضروری زوجها است که به وسیله‌ی اجتناب‌های تجربی هر یک از آنها ناشی می‌شود. درمان پذیرش و تعهد دو هدف عمده دارد: ۱. بالا بردن قدرت پذیرش تفکرات و احساسات نامطلوبی که درمان‌جو کنترلی بر روی به وجود آمدن یا از بین رفتنشان ندارد؛ ۲. تعهد و اقدام در جهت آن نوع زندگی که برای او ارزشمند است. به همین دلیل است که آکت به معنای پذیرش و همزمان به معنای تغییر است (۴۸). در این درمان هیچ‌گونه سبک زندگی یا ارزش خاصی به زوجین تحمیل نمی‌شود. از زوجین خواسته می‌شود در جوی همدلانه و شفقت‌آمیزی نسبت به خود و طرف مقابل، به بررسی هزینه‌های تعارض خود بپردازند. در گام بعدی زوجین به جای به کارگیری روش‌های ناکارآمد مواجهه با رویدادهای پر استرس زندگی که به عنوان عوامل فعال‌کننده‌ی اختلالات خلقی هستند، بر اساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری درباره‌ی تغییر بپردازند. بنابراین متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش‌ها در درمان افسردگی و استرس در روش درمانی پذیرش و تعهد، به عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق ایجاد و توسعه‌ی «پذیرش» و «افزایش عمل به ارزش‌ها» در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند. لذا در آکت بر تغییر رابطه‌ی افراد افسرده با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید می‌شود. به همین دلیل در جلسات درمانی از فنونی چون پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها، آگاهی هیجانی، آموزش تحمل‌پیشانی و آموزش تنظیم هیجان استفاده می‌شود. این فنون به تغییر روابط افراد افسرده با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف‌پذیری و کنش‌های مثبت روانشناختی در موقعیت‌های مختلف به خصوص موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی منجر می‌شود (۴۹ و ۵۰). بدین ترتیب درمان پذیرش

می‌دهد، با زوجین تمرین می‌شود. همان‌طور که زوجین شروع به کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل می‌یابند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آنها فرصت رفتار به شیوه‌هایی داده می‌شود که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد. نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگاری با ارزش‌های رابطه‌ی دو طرفه، این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری با یکدیگر برقرار کنند که باعث افزایش سازگاری و تعهد زوجین می‌شود (۵۵). ایجاد انعطاف‌پذیری روانی یکی از هدف‌های این رویکرد است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار و احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۵۶). بنابراین فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم بر او ایجاد کرده، یک زندگی پر بار و معنی‌دار برای خود ایجاد نماید (۵۷). آکت به جای این که بر برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز کند، به زوجین کمک می‌کند تا هیجان‌ات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان می‌شود، خلاص کنند و به آنها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. پذیرش و تعهد اساساً فرآیندمحور است و آشکارا بر ارتقای پذیرش و تجربیات شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگاران، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روانشناختی تأکید می‌کند (۵۸). در درمان پذیرش و تعهد به منظور افزایش سازگاری زناشویی، به افراد آموزش داده می‌شود که به طبقه‌بندی ارزش‌های خود بپردازند و با طبقه‌بندی ارزش‌ها توسط افراد، آنان متوجه میزان اهمیت رابطه و زندگی زناشویی‌شان می‌شوند. در مرحله بعد سعی می‌کنند تا مطابق با این ارزش‌ها عمل کنند و رابطه خود را با همسرشان تقویت کنند و این موارد موجب افزایش سازگاری آنان می‌شود. در واقع میزان اثرمندی درمان و کسب نتایج مطلوب به تعهد افراد برای عمل کردن بر اساس ارزش‌های خود بستگی دارد (۴۷). به طور کلی در زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتاری همراه شیوه‌های گسلس و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل درباره‌ی ارزش‌ها و

دلبستگی ایمن توانایی زوجین در مواجهه با استرس‌های زندگی افزایش یافته و بدین ترتیب نشانه‌های افسردگی که بیشتر متأثر از آنهاست، کاهش می‌یابد (۵۱ و ۵۲).

در زمینه‌ی متغیر وابسته‌ی دوم پژوهش یافته‌های نشان می‌دهند نمرات سازگاری زناشویی در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش یافته است و درصد بهبودی در آزمودنی‌های این گروه بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار دارد. به عبارتی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در در افزایش سازگاری زناشویی زوجین مؤثر بوده است. یافته‌های پژوهش پیش‌رو با پژوهش‌های مهرابی و رضوی (۲۰۱۶)، برنان و همکاران (۲۰۱۴)، داک (۲۰۱۴)، پترسون و همکاران (۲۰۰۹)، مهاجری و همکاران (۱۳۹۸)، نریمانی و حبیبی (۱۳۹۷)، صمدی و دوستکام (۱۳۹۶)، بی‌تقصیر و همکاران (۱۳۹۶)، کلال قوچان عقیق (۱۳۹۵)، حیدریان‌فر و همکاران (۱۳۹۴)، مقتدایی (۱۳۹۴)، نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳)، هنرپروران (۱۳۹۳)، بهروز (۱۳۹۳)، امان‌الهی و همکاران (۱۳۹۳) ایمانی و همکاران (۱۳۹۱) همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های به‌دست آمده می‌توان گفت برای کاهش ناسازگاری زناشویی در بین زوج‌ها تلاش‌های علمی فراوانی صورت گرفته است. این تلاش‌ها به تدوین راهبردهای مداخله‌ای منجر شده است. از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در بهبود سازگاری و تعهد زناشویی مؤثر باشد، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۴۷). درمان پذیرش و تعهد به جای این که شیوه‌ی جدیدی را برای دستیابی به سازگاری و تعهد زوجین بیاموزد، روش‌هایی برای کاهش مواردی همچون کشمکش و منازعه، پرهیز و از دست دادن لحظه‌ی کنونی را به فرد می‌آموزد. از این دیدگاه سازگاری و تعهد به معنای داشتن زندگی غنی، پر بار و پر معناست (۵۳). پذیرش، ذهن‌آگاهی و ارزش‌ها، فرآیندهای قدرتمندی هستند که تأثیر قوی بر عملکرد بشر دارند و هنگامی که در درمان به کار گرفته می‌شوند، موجب نتایج مثبتی می‌شوند (۵۴). این درمان نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را به زوجین آموزش می‌دهد، بدین صورت یادگیری پذیرش آگاهانه‌ی این افکار و عمل به روش‌هایی که پیوسته ارتباط و صمیمیت عاطفی، سازگاری و تعهد زوج‌ها را هدف قرار

مربوط به دلبستگی تشدید می‌شود، رویدادی که در آن یکی از طرفین در مواجهه با نیازهای فوری و حیاتی طرف مقابل برای نوعی از حمایت و توجه که از طرفین دلبستگی انتظار می‌رود، پاسخگو و در دسترس نیست (۶۰). هدف رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار دسترسی و پردازش دوباره واکنش‌های عاطفی در تعاملات زوج‌ها و در نهایت ایجاد رضایت زناشویی و بیان و بازسازی پاسخ‌های هیجانی است. درمانگر بر هیجان‌ات آسیب‌پذیر (ترس یا اضطراب) تمرکز دارد که نقش اساسی در چرخه‌ی تعاملات منفی زوج‌ها دارد. این موارد اغلب برجسته‌ترین هیجان‌ات در زمینه‌ی نیازها و ترس‌های دلبستگی است. درمانگر به تجربه مراجعان نزدیک می‌شود و برای گسترش و سازماندهی مجدد آن تجربه از مداخلات انسانی تجربی استفاده می‌کند. این مداخلات شامل انعکاس، پرسش‌های برانگیزاننده (مثلاً چه حسی داری وقتی که... اعتباربخشی، تصدیق کردن (مثلاً با تکرار و تمرین فنون تصویرسازی ذهنی) و تعبیر و تفسیر همدلانه است. درمانگر هیجان‌مدار، باید الگوهای تعاملی منفی و هیجان‌ات واکنشی مرتبط با آنها را بحران‌زدایی کند؛ سپس درمانگر به زوج‌ها کمک می‌کند تا چرخه‌های جدیدی از تعاملات مثبت را شکل دهند که در آن هیجان‌ات مثبت برانگیخته می‌شود و هیجان‌ات منفی را می‌توان از طریق شیوه‌های دیگر تعدیل کرد. تقریباً بیشتر زوج‌درمانگران اتفاق نظر دارند که روابط طولانی مدت و همراه با تعهد، بدون وجود رشته‌های دلبستگی میسر نیست. این هیجان است که رشته‌های دلبستگی را سازماندهی می‌کند و باعث افزایش سازگاری می‌شود (۶۰). در واقع این رویکرد با ایجاد تعاملات سازنده میان زوج‌ها و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن سبب رضایتمندی و صمیمیت بیشتر آنها می‌شود و بر تغییر رفتارهای دلبستگی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز دارد (۶۱ و ۶۲). با ایجاد چرخه‌ی تعاملی سازنده میزان پاسخ‌های پیوندجویانه در بین زوجین گسترش می‌یابد. همچنین با افزایش دسترسی و پاسخ‌گویی هیجانی در مواجهه با نیازهای متقابل، رشته‌های دلبستگی ایمن همبستگی قابل اعتماد را افزایش داده و سازگاری و توافق بین فردی را تداوم می‌دهد.

مطابق با یافته‌های به‌دست آمده در خصوص مقایسه‌ی مکانیزم اثر مداخلات درمانی دو رویکرد بر متغیر افسردگی و

اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی به افزایش سازگاری زناشویی منجر می‌شود. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌ی خود را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به اجرای آن‌چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند به جای این که تلاش کنند آنها را متوقف سازند. از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار، و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. بنابراین پذیرش و گسلش، می‌تواند زمینه‌ساز تغییر هیجان‌ات و شناخت‌های زوجین نسبت به یکدیگر شود که این امر باعث افزایش سازگاری زوجین با یکدیگر می‌شود (۵۹).

همچنین پیرامون متغیر سازگاری زناشویی در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند، نمرات سازگاری زناشویی در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار افزایش یافته است و درصد بهبودی در آزمودنی‌های این گروه بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار دارد. به عبارتی زوج‌درمانی هیجان‌مدار در افزایش سازگاری زناشویی زوجین مؤثر بوده است. نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر با یافته‌های برجس موزر، دالگلیش و تاسکا، (۲۰۱۷)، ویب و همکاران (۲۰۱۶)، زاکارینی، تای و پولسون (۲۰۱۳)، هالچاک و همکاران (۲۰۱۰)، گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۰)، مکینن و جانسون (۲۰۰۶)، نامن و همکاران (۲۰۰۵)، بایرن و همکاران (۲۰۰۴)، مکینن (۲۰۰۴)، می باتلر و همکاران (۲۰۰۲)، میلیکن (۲۰۰۰)، می (۲۰۰۱)، جانسون و همکاران (۱۹۹۹)، جانسون و تلیت من (۱۹۹۷)، واکر و همکاران (۱۹۹۶)، مک فی و همکاران (۱۹۹۵)، دندیو و جانسون (۱۹۹۴)، گلدمن و گرینبرگ (۱۹۹۲)، جیمز (۱۹۹۱)، جانسون و همکاران (۱۹۹۱)، اسدی و اکبری (۱۳۹۷)، خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۹۲)، کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، امانی و همکاران (۱۳۹۲)، همخوانی دارد. در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که زوج‌هایی که به دنبال درمان هستند، نوعاً آشفتگی ارتباطی مهمی را تجربه می‌کنند. این آشفتگی در بعضی موارد با یک رویداد

استفاده از چندین درمانگر برای ارائه درمان‌ها برای کاهش سوگیری‌های احتمالی در زمینه‌ی یافته‌ها پیشنهاد می‌شود. تشکر و قدردانی: نویسندگان از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و مدیریت مرکز مشاوره خانواده سینا شهرستان دزفول، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

1. Slatcher RB. Protective Processes Underlying the between Marital Quality and Physical Health. *Current Opinion in Psychology*. 2016; 56(4): 195-220.
2. Ozguc S, Tanriverdi D. Relations Between Depression Level and Conflict Resolution Styles, Marital Adjustment of Patients with Major Depression and Their Spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018; 32: 337-342.
3. Umberson DK, Williams DA, Powers MD, Campbell AM. As good as it gets? A life course perspective on marital quality. *Social Forces*. 2005; 84: 493- 511.
4. Ahmadi K, Nabipoor SM, Kimiaee SA, Afzali MH. Effect of family problem-solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Science*. 2010; 10(8): 682-687.
5. Aston NM, Mc Lanahan SS. Family Structure, Parent Practices and high school Completion. *American Sociological Review*. 1991; 56: 309- 320.
6. Galinsky AM, Waite LJ. Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014; 69(3): 482-92.
7. Christensen A, Heavy CI. Intervention for couple. *Annual of review of psychology*. 1994; 50:165-190.
8. Berticeroni G, Neri C, Pezzoli A. chronicity in major depression: Anaturalistic prospective study. *journal of affective Disorders*. 1984; 7:127-44.
9. Beach SR, Jones DJ, Franklin KJ. Marital, family and interpersonal therapies for depression in adults, in I.H. Gotlib & C.L., Hammen (Eds), *Handbook of depression*. 2nd ed. New York, NY: Guilford. 2009; 624-641.
10. Kaplan H, Sadok B. Summary of Behavioral Psychiatry, translated by Hamzeh Ganji. Savalan Publishing. 2015. [Persian]
11. Barlow D H, Durand VM. *Abnormal Psychology*, translated by: Mehrdad Firoozbakht. 2 nd. Tehran: Rasa Cultural Services Institute. 2017; 288- 333. [Persian]
12. Eizadi M. *Wisdom in marriage and marriage*. Esfahan: Neshat. 2007.
13. Wesseloo R, Kamperman, AM, Bergink V, Pop V. Thyroid peroxidase antibodies during early gestation and the subsequent risk of first-onset postpartum depression: A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 225(1): 399-403.

سازگاری زناشویی می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد با هدف توسعه‌ی انعطاف‌پذیری روانی از طریق دو فرآیند متقابل؛ پذیرش تجارب و رفتار مبتنی بر ارزش‌ها انجام می‌شود. از طرفی رویکرد هیجان‌مدار با تأکید بر دلبستگی که نوع ارتباط ما را با تجربیات درونی روشن می‌سازد، تلاش دارد از راه ایجاد رشته‌های دلبستگی ایمن زمینه‌ی ارتباط مؤثرتر را فراهم سازد. بنابراین به نظر می‌رسد هر دو رویکرد از طریق تغییر ارتباط فرد با تجارب درونی و همچنین تقویت ارزش‌های روابط عاشقانه (دوستی، مراقبت و همکاری) که ریشه در دلبستگی ایمن دارد، سبب تقویت و تحکیم سیستم حمایتی در زوجین در نتیجه افزایش سازگاری زناشویی و کاهش نشانه‌های افسردگی در زوجین می‌شوند.

در پژوهش حاضر استفاده از طرح آزمایشی تک موردی تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین تعداد کم آزمودنی‌ها در پژوهش، ناشی از روش‌شناسی طرح مذکور، سبب شده تعمیم‌پذیری یافته‌ها با محدودیت همراه باشد. به دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس، در تعمیم نتایج این پژوهش باید جانب احتیاط را در نظر داشته و با قاطعیت نتایج تعمیم داده نشود. استفاده از ملاک‌های ورود و خروج جهت غربال کردن زوجین محدودیتی است که امکان‌گزينش تصادفی آزمودنی‌ها را از بین برده است. محدودیت دیگر این پژوهش اجرای هر دو روش زوج‌درمانی توسط یک درمانگر است که ممکن است سبب سوگیری احتمالی در نتایج حاصل از پژوهش شود. همچنین با توجه به توان‌مندی و کارایی دو رویکرد زوج‌درمانی در زمینه‌ی متغیر وابسته‌ی پژوهش پیشنهاد می‌شود، این رویکردها به طور گسترده‌تری در مراکز مشاوره و زوج‌درمانی برای کاهش تعارضات و مشکلات زناشویی، دادگاه خانواده، آموزش و پرورش، نهادهای بهزیستی و دیگر مراکز مردم‌نهاد، مراکز درمان پزشکی جهت برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده و پیشگیری از آسیب‌های خانواده استفاده شود. نیز، پیشنهاد می‌شود که از طریق تکرار این پژوهش با استفاده از طرح‌های آزمایشی دیگر از جمله پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه، به ارزیابی دقیق‌تر رویکردهای زوج‌درمانی مذکور پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با حجم نمونه‌های بزرگ‌تر، گمارش تصادفی و کنترل بیشتری انجام شود. در مطالعه‌های بعدی

- Mental Health Problem. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 79(5): 565-624.
29. Johnson SM, Hunsley J, Greenberg, LS, Schlinder, D. Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 1999; 16: 430-442.
30. Gottman JM. What Predicts Divorce?: The Relationship Between Marital Processes and Marital Outcomes: John Mordechai Gottman: Routledge. 1994.
31. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and value-guided behavior change strategies. Oakland, CA: New Harbinger. 2017.
32. Johnson MP, Coughlin JP, Huston TL. The tripartite nature of marital commitment: Personal, moral, and structural reasons to stay married. *J Marriage Fam*. 1999; 61:160 -77.
33. Clouthier FC, Maninon IG, Walker JG, Johnson SM. Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A 2- year follow up. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2020; 28: 391- 398.
34. Harvey, M. Comprehensive Couple Therapy, Second Edition, Translated by Khodabakhsh Ahmadi, Zahra Akhavi, and Ali Akbar Rahimi, Dangier Publishing. 2013. [Persian]
35. Hazan C, Shaver P. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of personality and social psychology*. 1987; 52(3):511.
36. Davila J, Bradbury TN. Attachment insecurity and the distinction between unhappy spouses who do and do not divorce. *Journal of Family Psychology*. 2001; 15: 371-393.
37. Sanayee B, Alagheband S, Human A, Falahati A. Family and Marriage Measurement Scales. Tehran: Besat Press. 2008. [Persian]
38. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and family*. 1976; 38: 15-28.
39. O'Roueke N, Cappeliez P. Intra-couple variability in marital aggrandizement: idealization and satisfaction within enduring relationships. *Current Research Social Psychology*. 2003; 8(15): 206-225.
40. Epstien NB, Chen F, Beyder-Kamjou I. Relationship standards and marital satisfaction in Chinese and American couples. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2005; 31(1): 59-74.
41. Halford CA. Short Term Couple Assistance to Couples to Help themselves Tabrizi Translation Associate, M.P. Jaafari, F. Tehran: Fararavan Publications. 2016. [Persian]
42. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory- 2nd Edition Manual. The Psychological Corporation, San Antonio. 1996.
14. Purewal R, Fisher PL. The contribution of illness perception and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2018; 136(14): 16-22.
15. Lombas AS, Martin-Albo J, Valdivia-Salas S, Jimenez TI. The relationship between perceived emotional intelligence and depressive symptomatology: the mediating role of perceived stress. *J Adolesc*. 2014;37(7):1069-1076.
16. Nam B, Kim JY, DeVlyder JE, Song A. Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. *Psychiatry Res*. 2016;245:451.
17. Gottman JM. A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology*. 1999; 12(4): 27-62.
18. Mansour L, Adibrad N. Comparison between marital conflict and its dimensions in female clients of Shahid Beheshti University Counseling Services and Normal Women. *News and consulting research*. 2004; 3(11). [Persian]
19. Sayers SL, Kohn CS, Fresco DM. Marital Conflict and Depression in the Context of Marital Discord. *Cognitive Therapy and Research*. 2001; 25(6).
20. Shackelford R, Besser M, Goetz DF, or better or for worse: marital wellbeing of newlyweds. *Journal of Conseling Psychology*. 2007; 14: 223-42.
21. Snyder D, Castellani A, Washman M. Current status and future directions in couple therapy. *Journal Annual Review of psychology*. 2006; 57:417-344.
22. Hacker T, Stone P, MacBeth A. Acceptance and Commitment Therapy—do We Know Enough? Cumulative and Sequential Meta-Analyses of Randomiz Controlled Trials. *Journal of Affective Disorders*. 2016;190: 551-565.
23. Harley J. Bridging the Gap between Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015; 193: 131-140.
24. Heyes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach behavior change. New york: Guilford. 1999.
25. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Republished Article. *Behavior Therapy*. 2016; 47(6): 869-885.
26. Harris R. Romance, Translated by Shirali Khorram and Mitra Rafiei, Tehran: Shadow Talk. 2017. [Persian]
27. Johnson SM, Whiffen VE. Attachment Processes in Couple and Family Therapy, Translated by Fatemeh Bahrami & et al, Tehran: Dangeh Press. 2013. [Persian]
28. Baucom DM, Shoham V, Mueser kT, Dauto AD, Stickle TR. Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult

- empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley. 2008; 63: 263-265
57. Eifert AS, Mak kei NB, Forsiyat FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processed and Outcomes. Behavior Research and Therapy. 2006; 15: 44, 1-25.
58. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy (Theory and Psychotherapy) American Psychological Association. 2012.
59. Honarparvaran N, Tabrizy M, Navabinejad S, Shafiabady A, Moradi, M. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training with regard to reducing sexual dissatisfaction among couples. European Journal of Social Sciences. 2010; 15: 166-172.
60. Johnson SM. Emotional Couple Therapy, Translated by Bita Hosseini. Jungle Publications. 2014.
61. Greenman PS, Johnson SM. United we stand: emotionally focused therapy for couples in the treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychology. 2012; 68 (5): 561-9.
62. Gorman AS. Clinical Guide to Couples Therapy. Translated by Rozita Amani et al. Hamedan: Publishing Center of Bu Ali Sina University. 2014.
43. Wilson VanVoorhis CR, Blumentritt TL. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II in a Clinically-Identified Sample of Mexican American Adolescents. Journal of Child Family Studies. 2007; 16: 789-798.
44. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. journal of consulting and clinical psychology. 1988; 56: 893.
45. Rajabi G, Karjoo Kasmaei S. Adequacy of Psychometric Indices of the Persian Version of the Beck Depression Inventory Second Edition, Educational Measurement Quarterly. 2012:140- 157. [persian]
46. Fathi Ashtiani A. Psychological tests for assessing personality and mental health. Tehran: Besat Publications. 2009.
47. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study with Two Couples. Cognitive and Behavioral Practice. 2009; 16: 430-442.
48. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and value-guided behavior change strategies. Oakland, CA: New Harbinger. 2017.
49. Hayes SC, Strosahl KD. A practicaql guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer-Verlag. 2004.
50. Zaider TI, Heimberg RG, Iida M. Anxiety disorders and intimate relationships: A study of daily processes in couples. Journal of Abnormal Psychology 2010;119(1):163-73.
51. Dessaulles A, Johnson SM, Denton, W. Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. American Journal of Family Therapy. 2003; 31: 345-353.
52. Hazan C, shaver P. Attachment as an organizational framework for research on close relationships: Target article. Psychological Inquiry. 1994; 5: 1-22.
53. Harris R. In Search of Happiness, translated by Fatehizadeh and Azimifar, Tehran: Danjeh Publishing. 2008.
54. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2 nd edition). New York, NY: The Guilford press. 2012.
55. Amanulahi A, Heidarianfar N, Khojestamehr R, Imani M. The effectiveness of acceptance and commitment (ACT) in the treatment of distress in couples. Journal of Applied Counseling. 2015; 4(1): 103-119. [Persian].
56. Ferman EM, Herbert J.D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds) cognitive behavior therapy: Applying