




Print ISSN: 2251-6654
Online ISSN: 2588-3542



Journal of Family Counseling and Psychotherapy

Vol. 11, No. 2 (32), 2022

 [dorl.net/dor/20.1001.1.22516654.1400.11.2.8.8](https://doi.org/10.22516654.1400.11.2.8.8)

The Effect of Integrated Compassion Focused Therapy and Emotion, Marital Conflict of Married Women

Received: 2 - 10 - 2021

Accepted: 13 - 3 - 2022

Majid Mostajeran

M.A. in family counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Rezvan Sadat Jazayeri

Associate Professor of Consulting, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran r.jazayeri@edu.ui.ac.ir

Maryam Fatehizade

Professor Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Abstract

Background: One of the factors that harm the quality of marriage is the conflict between couples. Marital conflict causes problems in the family structure, strength, and dissatisfaction with life, and finally, if attention is not paid to these two categories, it causes the collapse of the family system. **Objective:** This study aimed to investigate the effect of integrated therapy focused on compassion and emotion on marital conflict in women in Isfahan. **Method:** In this study, which was a single type A-B, among the conflicting women referring to counseling centers (Tamasha and Razavi) in Isfahan in 2021, three women who were eligible to participate in the study were purposefully selected and were evaluated by the (Sanaii, Barati & Bustani, 2009) Marital Conflict Questionnaire. After achieving high marital conflict and receiving consent to participate in the study, he participated in treatment sessions based on integrated compassion and emotion-focused therapies (researcher-made) for 60 minutes once a week for 3 months. During this study, participants answered the questionnaire 12 times to determine the baseline and treatment progress before, during, and after the intervention. Descriptive index and inferential statistics of visual analysis were used to analyze the results. **Findings:** The improvement rate of marital conflict of three women in the intervention stage was 33-31-30%, respectively, which indicates the effect of the integrated treatment on the marital conflict of the participating women. **Conclusion:** The results of this study showed that integrated therapy based on compassion (CFT) and emotion (EFT) has led to the regulation of emotion in a semantic context and has reduced marital conflicts. Therefore, it can be concluded that the integrated treatment is effective in reducing marital conflict in conflicting women.

Keywords: *marital conflicts, compassion-focused therapy, emotion-focused therapy, integrated therapy, married women*



Introduction

Conflict in a marital relationship is always inevitable and real in inter-marital relationships (Nawabi Nejad, & Saadati, 2014), and more than the existence of conflict between them, how to resolve conflict and disagreement between them is more, important. Conflict can be an opportunity to deepen a couple's relationship and provide them with a satisfying relationship. The conflict between couples becomes problematic when the couple does not act according to the expectations of the other party in the relationship and their behavior is not based on the expectations of the other party (Davis, 2017). Conflict in marital relationships is one of the most common problems and can have devastating effects on marriage and the family system (Alami, Taimory, Ahi & Bayazi, 2020.). Conflict is the disagreement between two people with each other, the incompatibility of opinions and behavioral goals that are done to oppose each other. Marital conflict increases the relationship of each couple with their relatives and gradually replaces the relationship with the spouse. This dependency can increase marital conflict and thus lead to severance, separation, and divorce. (Rasuoli, 2017.) Therefore, the accumulation of conflicts between couples and failure to act to resolve them properly over time can lead to the collapse of marriage and ultimately to the separation of couples.

Therefore, the conflict has always been considered by specialists and therapists and numerous researches have been done in this regard. Research findings show that educational and psychotherapy interventions are effective in improving marital conflict (Ghahari, Jamil, Farrokhi & Davoodi, 2020), And so far the results of therapeutic approaches such as cognitive-behavioral (Goudarzi, Shir & Mahmoudi, 2018), Reality therapy (Alirezaei, Fathi Aghdam, Ghamari, & Bazazian, 2020), Schema Therapy (Hatamii & Fadayi, 2015), Has been effective in reducing marital conflicts. Also, third-wave approaches such as acceptance and commitment therapy (Alami, Taimory, Ahi, Bayazi, 2020; Amani, Isanejad, & Alipour, 2018), and Recently, compassion therapy have also been reported to be effective (Zaal, Arab, Sanagouye & Moharer, 2020).

Compassion Therapy, presented by Gilbert (2010), is based on evolutionary psychology, development, Buddhism, and neuropsychology. This therapeutic approach is especially recommended for people with high levels of shame and self-criticism.



Making remembering one's past causes one to not have a warm relationship with oneself because of feelings of shame and guilt. Compassion therapy, by creating security and relief in people, leads to self-relief and cultivates a compassionate mind towards oneself. This treatment is sensitive to the suffering of people and tries to heal their suffering by showing attention with commitment. Thus, one learns to consciously desire and be committed to the suffering of oneself and others and to be committed to the fact that these two components can create warmth (receptivity) towards oneself and others. The result of self-compassion is emotional balance and the establishment of a soothing system that leads to improved well-being (Gilbert, 2010).

Another promising approach in the individual and couple spheres, especially for turbulent and shaky relationships, which has recently received increasing attention, is emotion-oriented therapy. This therapeutic approach, introduced by Johnson and Greenberg (1985), is integrated into three basic foundations in therapeutic approaches such as humanistic, gestalt, and systemic, which are integrated into the context of attachment theory. This approach emphasizes the key role of emotions in interactive patterns and considers emotion as the basis of all human behaviors. Accordingly, emotion in this therapy acts as a compass and determines the direction of movement therapy. It is this emotion that shows the path of needs and the way to meet them in treatment and leads to the therapist guiding clients in that direction and the basis of their behavior (Elliott, Watson, Goltzman, & Greenberg, 2013).

This treatment process takes place in the context of empathy and the presence of the therapist with the clients moment by moment and seeks to re-form the important life narratives of the clients in the treatment session and process them so that the clients can experience these painful experiences with empathy and the moment the therapist reconstructs and corrects as a positive experience to finally achieve greater integration and cohesion than himself (Elliott, and et al 2013). So as regards pair problems that occur in a system (two-person / or intergenerational), a systemic and process view is essential, but due to the couple's limited behavioral treasury (active conflict), the need for training is also felt. Hence, to achieve the present goal, and integrate these two emotion-oriented and compassionate approaches to marital conflict between conflicting couples. It was considered and addressed as the research goal.



Therefore, in this study, the integration of two therapies focused on emotion and compassion for marital conflict of conflicting couples was considered for several purposes; Since marital conflict is essentially a dynamic process, it is based on the behavior and actions of two people, and the couple's attachment systems are derived from the intergenerational attachment system and the individual's own experience. This model has been considered in therapy. The integration of these two therapies seems desirable. Also, since the emotion-focused approach is a process-based (experience-based) approach and the compassion-focused.

Therefore, considering that couple problems occur in a system (two-person / or intergenerational), a systemic and process view is necessary, but due to the limited behavioral treasury of the couple (active conflict), the need for training is also felt.

Also, the emotions that arise during a conflict and the way it is expressed by the couple are usually traumatic and they blame each other and ignore the evolutionary patterns based on the threat system that automatically activates can and do not pay attention to the security system and mindfulness that in the treatment focused on compassion pays special attention to it. The study aimed to investigate the effect of integrated therapy focused on compassion and emotion on the conflict of married women in Isfahan.

Method

In this study, a single-case experimental design has been used, which is also known as the single-subject method or time series. Some of them were purposefully selected and participated in the research after fulfilling the entry and exit conditions, they participated in the research

Tools of research: Sanai and Barati Marital Conflict Questionnaire (2009), this questionnaire has 54 items that were made by Sanai and Barati (2009; quoting [Amani, Isanejad & Alipour, 2018](#)). This questionnaire has a total of 8 subscales of marital conflict. In the areas; examined decreased cooperation, decreased sex, increased child support, increased emotional reactions, increased personal relationship with relatives, decreased family relationship with spouse and friends, decreased effective communication, and separation of finances from each other. This questionnaire is scored on the Likert scale and the reported Cronbach's alpha is 0.96.



Intervention: In the present study, each client underwent integrated treatment focused on Greenberg's compassion and emotion. The structure of the individual treatment of Greenberg using the source (Greenberg & Goldman 2019) and the protocol of treatment focused on compassion using the source (Gilbert, 2009) were prepared and approved by university professors. It was performed in 12 sessions.

Execution method: First, the initial evaluation of the selected couples was done through a pre-test by answering the Marital Conflict Questionnaire of Sanai et al. (2009) for two weeks and twice a week with an interval of 4 days. After that, individual sessions were held for the participants in the form of 12 sessions of 60 minutes once a week and once every three weeks during the intervention sessions, they answered the marital conflict questionnaire, which a total of 4 measurements during the interventions for each participant were performed and then follow-up sessions in two weeks in 4 times using the questionnaire Sanai et al. (2009) for them and at the end the information obtained after drawing a graph for each subject in three baseline positions, experiment. And a follow-up on a chart and examine it using indicators in the trend, and the constant rate and direction of the trend, respectively, visual analysis of the resulting charts using the indicators of trend stability, percentage of non-overlapping data, and percentage of overlapping data Visual analysis of the resulting graphs were performed (Farahani, Abedi, Agham Mohammadi & Kazemi, 2013).

This intervention was performed individually for three months in the form of 12 one-hour sessions once a week in the Tamasha Clinic of Isfahan with the permission of the Welfare Department by a researcher under the supervision of professors at the University of Isfahan.

The first session presented the titles and objectives of the sessions, the number and rules related to it, related tests, and the importance of answering the questionnaire during the sessions, concluding a contract, and specifying the therapeutic relationship. Emotional processing, and active listening to the problems present, were considered

In the second session, listening to and identifying painful emotional experiences and examining the context of the individual's cultural history (compassion-focused therapy) were discussed. Structured classifications were addressed in the areas of developmental issues, fears and threats, safety, and compensatory strategies (compassion). In the fourth



session, the completed forms were reviewed, the start of the second phase of emotion-focused therapy, which includes seven steps (participatory construction of a focus and identification of central emotions), and identification of task markers, as well as brain model and shape drawing based on Compassion-focused treatment, was performed

The fifth session identified the main compatible and incompatible emotions explained the emotion and its role in life and explained the three-cycle model of emotion regulation based on compassion-focused therapy. Session 6 identified the needs based on emotion-focused therapy, as well as compassion, necessity, as well as mindfulness, and presented homework both in the session (doing mindfulness practice every day and completing questionnaires).

In the seventh session, mindfulness was practiced and then secondary emotions were identified and barriers to accessing the emotional plan and interruptions were examined. Also, Mushfeq described himself in this session.

In the eighth session, mindfulness practice, identification of themes and contexts of relationships (self-self and self-other; and existential issues), and participatory construction of the narrative were discussed.

In the ninth session, the indicators and the process and new meanings were considered, and the emerging indicators of the task were identified, as well as the practice of compassionate reasoning, compassionate attention, and presentation of the task. Session 10 identified micro-markers, as well as compassionate imagery and compassionate behavior, and presented the task. The eleventh session evaluated the effect of the new meaning on reconstructing the new narrative and relating it to problems and introduced the compassionate sensory experience and compassionate feelings, and the characteristics of kind people. In the previous sessions, ambiguities were addressed, and the writing of the letter.

Results and discussion

The present study was performed on three women with marital conflicts (first, second, and third) at the age of 48; 38; And 32 years, with a duration of marriage of 25, 20, and 7 years, with cycle education, bachelor's and bachelor's degrees with the number of children one, two and one and all three housewives. The following is the mean and standard deviation of the marital conflict variable for each stage in Table (1).



Table1 Descriptive findings (mean, median, and standard deviation) of participants in the study

Stage		The first woman			second woman			third woman		
		Mean	median	Standard Deviation	Mean	median	Standard Deviation	Mean	median	Standard Deviation
Marital conflict	baseline	150	150	1.82	155.75	155	2.21	161.75	162	2.21
	Intervention	106	105	15.29	107	106	16.12	109.75	108	21.48
	Follow	97	97	1.63	96.25	96	1.25	93	93	3.26
Percentage of improvement in the follow-up phase			30		31			33		
			35		38			43		

Implementation of integrated therapy as shown in Table (1), the median scores of marital conflict of all three participants decreased in the intervention stage compared to the baseline stage, and this indicates a decrease in marital conflict of each individual so that the first participant in the stage The intervention had a 30% reduction in marital conflict and a 35% reduction in marital conflict in the follow-up stage compared to the baseline stage. The results of integrated treatment in the second participant were associated with a 31% reduction in marital conflict in the intervention phase and a 38% reduction in the follow-up phase compared to the baseline. The implementation of this treatment on the third participant caused a 33% reduction in marital conflict in the intervention phase and a 43% reduction in the follow-up phase compared to the baseline. These results indicate that integrated therapy performed better on the third participant's marital conflict than the other two participants.

Conclusion

According to the research results integrated Emotion-Focused Therapy (EFT) and Compassion Focused Therapy(CFT) Cause excitement regulation in a semantic context. According to this finding, intervention indicated that the integration of two therapies of CFT and EFT has led to reduced marital conflict, Therefore, from the findings of this study Researcher integrated therapy can be used

Findings of research consonant with the results of the present study include research findings related to the study of the relationship between mindfulness, marital satisfaction, and sexual satisfaction ([Burpee & Langer, 2013](#)).



Recent findings have shown that mindfulness (a key element of compassion-focused therapy) is effective in improving marital relationships (reducing marital conflict) and psychological resilience.

The findings of this intervention are also consistent with the results (Ghazanfari, Keshavarzi Arshadi, Hassani & Emamipour, 2021) and (Jalali, Heydari, Davoudi & Aleyasin, 2019), which indicate the effect of emotion-focused therapy on reducing marital conflict.

In this regard, it can be noted that identity and feelings related to shame and self-esteem are central components in the feelings of couples. If spouses recognize and approve of each other, they feel a sense of worth (need to be accepted). But this usually does not happen when their spouses ignore or control them, giving them an unpleasant feeling of shame and powerlessness, and this is a key challenge between couples that can turn into a power struggle and control. To be. Thus, two intertwined cycles of domination/submission and pursuer / elusive are generally formed between couples (Greenberg, 2021). In this regard, because of the imposed conflict, the family structure is vulnerable and security between couples is reduced (Long & Yang, 2007), and the emergence of this cycle between them is inevitable.

Thus, achieving emotional regulation and conversion of early maladaptive emotions is one of the cases that which using emotion-focused therapy can break the continuation of the negative interaction cycle between couples and create a new emotional experience, by increasing emotional awareness and expression and The expression of emotion that occurs by the person during emotional processing leads to his emotional regulation and by converting these initial emotions, the person's needs are met and cause the construction of a new meaning for the person.

Therefore, in the interpersonal context, although there may still be sources of conflict, it does not lead to a negative interaction cycle between couples, so the direction of the individual's behavior and reactions is adjusted based on his inner needs, not what happening in the environment. Therefore, emotion-focused therapy can be very effective in resolving marital conflict. In this regard, the present results on the effect of this treatment on marital conflict of conflicting couples are understandable.

Acknowledgments

I need to thank and thank all the participants and professors.



Authors' contributions

This research is taken from a master's thesis (Department of Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan) and has no conflict with personal and organizational interests.

Funding

The authors paid for the research and publication of the article and did not receive any financial support.

Availability of data and materials

The questionnaires used in this study are easily available to researchers.

Ethics approval and consent to participate

All participants in the study participated in the study by filling out a consent form, and the researchers assured them that the results of the research were confidential.

Consent for publication

All participants were informed of their informed consent and written form before the performance, and the researcher assured them that their information and research results would be confidential.

Competing interests

The article is taken from a master's thesis. The first author is the tutor and the responsible author. Second Student Author. The third author is a professor advising the dissertation.

References

- Alami, M., Taimory, S., Ahi, GH., & M.H. Bayazi, (2020). Comparison Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and an Integrated Approach of Schema Therapy based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reduction of Marital Conflicts in Divorce Applicant Couples. *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy Issue 9*, 58- 71. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25382799.1399.9.33.6.3> [Persian].
- Alirezaei, M., Fathi Aghdam, Q., Ghamari, M., & Bazazian, S. (2020). Comparison of the effectiveness of reality therapy and schema therapy on stress syndrome in women with marital conflict. *Journal of Psychiatric Nursing*. 8 (2): 1-13. <http://ijpn.ir/article-1-1500-en.html> [Persian].
- Amani, A., Isanejad I, & Alipour, E. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment group therapy on marital distress, marital conflict, and optimism in married women visited the counseling of Imam Khomeini relief foundation in Kermanshah. *SHENAKHT JOURNAL OF*



- PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY, Volume 5, Number 1; 42-64.
<http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.5.1.42> [Persian].
- Burpee, LC, & Langer, E.J. (2013). Mindfulness and marital satisfaction, *Journal of Adult Dev*, 12, 43-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s10804-005-1281-6>
- Davis, K. (2017). *Families: a handbook of concepts and techniques for the helping professional*, (Spring translation, F), Tehran: Tazkieh Publications. 1996. [Persian].
<https://www.amazon.com/Just-Forgiveness-Responsible-Excusing-Injustice/dp/0830837019> [Persian].
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., Greenberg, L. (2019). Teaching emotion therapy is an empirical approach to change. (Translated by Ramezani, A.; Jamshidnejad, N.). Tehran: Arasbaran. (Original language release date: 2013)
<https://www.ketabcity.com/bookview.aspx?bookid=2216479>. [Persian]
- Farahani, H.; Abedi, A.; Agham Mohammadi, S; & Kazemi, Z. (2013). *Applied principles of individual case studies in behavioral sciences and medical research*. Tehran: Danjeh.
<https://www.gisoom.com/book/11487289/>
- Ghahari, S., Jamil, L., Farrokhi R., & Davoodi, R. (2020). Comparing the Effects of Emotion-focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Conflict and Emotion Regulation. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 9(2), 121-132.
<https://doi.org/10.32598/jpcp.9.2.718.1>.
- Gilbert, p. (2009). Introducing Compassion Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. DOI:10.1192/APT.BP.107.005264
- Gilbert, p. (2010). Training our minds in, with, and for compassion. *An introduction to concepts and compassion-focused exercises*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Introducing->
- Greenberg, L. S. (2021). Changing emotion with emotion. In L. S. Greenberg, *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide* (pp. 59–90). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000248-004>
- Long, L., & Yang, M. (2007). *Counseling and treatment issues in the couple*. Translated by Ali Mohamad Nazari, (2018). Tehran: Avaye Noor Publisher.
<https://www.adinehbook.com/gp/product/6003090194>
- Nawabi Nejad, Sh., & saadati, N. (2014). *Common complaints in couple therapy: new methods in treating couple conflict*. Tehran. *Jungle*. <https://www.amazon.com/Common-Complaints-Couple-Therapy-Author/dp/B00XWR8VR2>
- Rasuoli., A. (2017). Developing the Model of Family Functioning based on the Components of Hope, Intimacy and Marital Conflicts in Couples. *Iranian Journal of Nursing Research*. 12(4). 1-8. <http://dx.doi.org/10.21859/ijnr-12041>.
- Zaal, B., Arab, A., & Sanagouye-Moharer, GhR. (2020). Comparing the Effects of Forgiveness and Self-Compassion Training on Marital Conflicts in Females Facing Marital Infidelity. *MEJDS*, 10:192: 1-8. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23222840.1399.10.0.229.8> [Persian].





Print ISSN: 2251-6654
Online ISSN: 2588-3542



Journal of Family Counseling and Psychotherapy

Vol. 11, No. 2 (32), 2022

 [dorl.net/dor/20.1001.1.22516654.1400.11.2.8.8](https://doi.org/10.22516654.1400.11.2.8.8)

تأثیر درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان، در تعارض زناشویی

زنان متأهل

دریافت: ۱۴۰۰-۰۷-۱۰ پذیرش: ۱۴۰۰-۱۲-۲۲

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
r.jazayeri@edu.ui.ac.ir
استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مجید مستأجران

[رضوان السادات جزایری](#)

مریم فاتحی زاده

چکیده

یکی از عوامل آسیب‌رسان به کیفیت زناشویی تعارض زوجین است. تعارض زناشویی سبب بروز مشکلاتی در ساختار خانواده، استحکام و عدم رضایت از زندگی و درنهایت اگر توجهی به این دو مقوله نشود سبب فروپاشی نظام خانواده می‌شود. از این جهت هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان بر تعارض زناشویی زنان شهر اصفهان قرار گرفت. بدین منظور در این پژوهش که از نوع منفرد A-B-A بود از بین زنان متعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره (تماشا و رضوی) شهر اصفهان در سال ۹۹ سه زن که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند به صورت هدفمند انتخاب شد و توسط پرسشنامه تعارض (sanaii, barati & Bustani, 2009) مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از احراز تعارض زناشویی بالا و دریافت رضایت جهت شرکت در پژوهش، ایشان در طی ۳ ماه، هفته‌ای یکبار در جلسات درمانی مبتنی بر تلفیق درمان‌های متمرکز بر شفقت و هیجان (محقق ساخته) به مدت ۶۰ دقیقه به صورت انفرادی شرکت نمودند. در اثنا این پژوهش، افراد شرکت‌کننده به منظور تعیین خط پایه و پیشرفت درمانی قبل، حین و بعد مداخله، ۱۲ بار به پرسشنامه مذکور پاسخ دادند. برای تحلیل نتایج از شاخص توصیفی و آمار استنباطی تحلیل دیداری استفاده شد. درصد بهبودی تعارض زناشویی سه زن در مرحله مداخله به ترتیب ۳۰-۳۱-۳۳ درصد به دست آمد که حکایت از تأثیر درمان یکپارچه‌شده مذکور بر تعارض زناشویی زنان شرکت‌کننده دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان یکپارچه‌شده مبتنی بر شفقت و هیجان، منجر به تنظیم هیجان در یک بستر معنایی شده و کاهش تعارضات زناشویی را در پی داشته است. از این جهت می‌توان نتیجه گرفت که درمان یکپارچه‌شده مذکور برای کاهش تعارضات زناشویی زنان متعارض مؤثر است. از این رو پیشنهاد می‌شود برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش تعارضات زناشویی زنان متعارض از این درمان استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: تعارض زناشویی، درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان، درمان یکپارچه‌شده، زنان متأهل



مقدمه

همواره وجود تعارض^۱ در رابطه زناشویی اجتناب‌ناپذیر و امری واقعی در روابط بین زوجی است و بیشتر از آنکه وجود تعارض در بین آنان مسئله‌ساز باشد چگونگی حل تعارض و اختلاف فی‌مابین حائز اهمیت است (nawabi nejad & saadati, 2014). عمدتاً تعارض و اختلاف بین زوجین زمانی مسئله‌ساز می‌گردد که زوجین بر اساس انتظارات طرف مقابل در رابطه عمل نکرده و رفتار آنان بر اساس توقعات طرف دیگر نباشد (Davis, 2017). در واقع تعارض عبارت است از عدم توافق و مخالفت دو فرد با یکدیگر، ناسازگاری نظرات و تفاوت‌های رفتاری است که در جهت مخالفت با دیگری صورت می‌گیرد. تعارض زناشویی باعث می‌شود رابطه هر یک از زن و شوهر با خویشاوندان خود افزایش یابد و به تدریج جایگزین رابطه با همسر شود. این وابستگی می‌تواند موجب افزایش تعارضات زناشویی شده و در نتیجه زمینه قطع رابطه، جدایی و طلاق را فراهم می‌آورد. (Rasuoli, 2017) در این شرایط پذیرش تفاوت‌های طرف مقابل بسیار مهم است و همین امر مشکلات ارتباطی زیادی برای زوجین و احتمال افزایش تعارض را ایجاد می‌کند که این تعارضات ایمنی کل خانواده را به خطر و منجر به فروپاشی نهاد خانواده می‌شود (Goodarzi & Ghobadi) 2021).

به‌عنوان نمونه در دین اسلام نیز به تعارضات زوجین اشاره شده است و دو نوع نگرش مثبت و منفی نسبت به آن عنوان می‌شود که با توصیه و تدابیری چون پیشگیری، اجتناب، حل تعارض، تلاش دارد تا به مدیریت آن بپردازد. در نگرش مثبت بیشتر بر بررسی نیت، شناخت اشتباهات، تعمق و خلق تفکر (اندیشه) اشاره می‌شود در حالی که نگرش منفی بیشتر به پیامدهای منفی تعارض همچون خصومت، نزاع، رقابت و تفرقه می‌پردازد و برای رفع آن، حل تعارض و پیشگیری را مطرح می‌سازد تا از عواقب تعارض منفی که منجر به دعوای لفظی، بی‌احترامی و کینه‌توزی بین زوجین می‌گردد، جلوگیری کند. در اینجا نیز همچون رئوس روان‌شناختی نتیجه می‌گیرد که اگر پیامدهای تعارض حل نگردد، اثر تعارضات تجمیع می‌گردد و می‌تواند موجب از بین رفتن اشتیاق قلبی زوجین نسبت به یکدیگر گردد و زمینه ایجاد فاصله بین آنان را فراهم گرداند (Kianipour & Aminiha, 2019).

از این رو با توجه به اینکه وجود تعارض در روابط زوجین یکی از مشکلات شایع است و می‌تواند اثرات مخربی را در ازدواج و سیستم خانواده هم‌ازلحاظ روان‌شناختی و هم به لحاظ دینی به‌جای بگذارد همیشه مورد توجه متخصصان و درمانگران بوده و پژوهش‌های متعددی درباره آن نیز انجام شده است (Alami,



(Taimory, Ahi, & Bayazi, 2020). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی و روان‌درمانی در بهبود تعارض زناشویی زوجی مؤثر است (Ghahari, Jamil, Farrokhi, & Davoodi, 2020) و تاکنون نتایج رویکردهای درمانی همچون شناختی رفتاری (Goudarzi, Shir & Mahmoudi, 2018)، واقعیت درمانی (Alirezaei, Fathi Aghdam, Ghamari, & Bazazian, 2020)، و طرح‌واره درمانی (Hatamii & Fadayi, 2015)، بر کاهش تعارضات زناشویی تأثیرگذار بوده است. همچنین رویکردهای مبتنی بر موج سوم همچون درمان پذیرش و تعهد (Alami, Taimory, Ahi, & Bayazi, 2020; Amani, sanejad, & Alipour, 2018) و به‌تازگی درمان متمرکز بر شفقت (Zaal, Arab, & Sanagouye-Moharer, 2020)، نیز مؤثر گزارش گردیده است.

درمان متمرکز بر شفقت^۱ که توسط گیلبرت (۲۰۰۹)، ارائه شده است و برخاسته از روانشناسی تکامی، رشد، بودیسم و روانی-عصبی است (Gilbert, 2010). این رویکرد درمانی به‌طور ویژه برای افرادی که سطوح بالایی از شرم و خود انتقادگری دارند توصیه می‌گردد و عنوان می‌کند گذشته‌ای که فرد از خود به یاد دارد موجب می‌شود تا فرد بخاطر احساس شرم و گناه رابطه گرمی با خود نداشته باشد. درمان متمرکز بر شفقت با ایجاد امنیت و تسکین در افراد، منجر به خود تسکینی و پرورش ذهن مشفق نسبت به خود می‌گردد. درواقع این درمان نسبت به رنج افراد حساسیت دارد و با نشان دادن توجه توأم با تعهد برای التیام رنج آنان کوشش می‌کند؛ بنابراین فرد می‌آموزد به‌طور آگاهانه به سمت رنج خود و دیگران اشتیاق نشان دهد و به آن متعهد بماند که این دو مؤلفه می‌تواند گرمی (پذیرا بودن)^۲ را نسبت به خود و دیگران ایجاد نماید. پیامد شفقت به خود، تعادل هیجانی و راه اندازی یک سیستم تسکین دهنده است که منجر به بهبود بهزیستی فرد می‌گردد (Russell, 2016).

ایجاد گرمی یا پذیرا بودن نسبت به خود و دیگران نیازمند آن است تا فرد با ذهن آگاهی، قضاوت‌گزننده درباره خود و دیگران را کنار بگذارد با شیوه تفکر مشفقانه که استدلال و فهم شاخصه آن است مکانیسم تسکین را فراخواند و منجر به التیام و کاهش رنج خود و دیگری شود (Russell, 2016). در این راستا فرد با استفاده از ویژگی‌هایی چون حساسیت^۳، مراقبت از بهزیستی^۴، همدردی^۵، تحمل پریشانی^۶،

1. Compassion focused Therapy
2. warming
3. Sensitivity
4. Care for well-being
- 5 Sympathy
6. Distress tolerance



همدلی^۱ و قضاوتی نبودن^۲، می بایست مهارت‌هایی همچون توجه مشفقانه^۳، تصور مشفقانه^۴، استدلال مشفقانه^۵ و رفتار مشفقانه^۶، تجربه حسی مشفقانه^۷ و احساس مشفقانه^۸ را پرورش بدهد (Gilbert, 2009) که در انتها منجر به انعطاف پذیری مشفقانه در فرد می‌گردد؛ یعنی فرد می‌تواند نسبت به رنج خود و دیگران در زمان حال حساس باشد، انگیزه برطرف سازی یا پیشگیری از رنج را داشته باشد، به‌طور مداوم به دنبال انطباق با تغییرات محیطی و انگیزشی باشد، بنابراین نسبت به دیگران و خود با توجه به موقعیت می‌تواند دیدگاه-گیری کند و بدین صورت می‌تواند از قضاوت درباره خود و دیگران دور بماند و نسبت به رنج، مراقبت و بهزیستی از خود آغوشش گشوده باشد (Russell, 2016). از این‌رو رفتار مهربانانه سبب ایجاد یک موقعیت گرم همراه با توجه به رنج خود و دیگران می‌شود و این عامل باعث توجه حسی و استدلال شفقت آمیز و رفتار مرتبط با موقعیت را به همراه دارد. (Gilbert, & Procter, 2006)

یکی دیگر از رویکردهای امید بخش در حیطه فردی و زوجی به ویژه برای روابط آشفته و متزلزل که اخیراً مورد توجه روز افزون قرار گرفته درمان متمرکز بر هیجان^۹ است. این رویکرد درمانی که توسط جانسون و گرینبرگ^{۱۰} (۱۹۸۵) معرفی شده است برگرفته و یکپارچه شده از سه شالوده اساسی و مهم در رویکردهای درمانی همچون انسان‌گرا، گشتالت و سیستمی است که در بافتی از نظریه دل‌بستگی ادغام می‌گردد (Greenberg, 2021). این رویکرد به نقش کلیدی هیجانات در ارتباط با الگوهای تعاملی تاکید دارد و هیجان را زیربنای تمامی رفتارهای انسانی در نظر می‌گیرد. چرا که هیجان از خاصیت برانگیزنده رفتار و جهت دهنده‌گی برخوردار است (بعد انگیزشی). همچنین هیجان دارای خاصیت بدنی و قابل رد گیری است (در حالات صورت و وضعیت بدن قابل مشاهده است)، علاوه بر آن هیجان می‌تواند به صورت نمادی به کلام در بیاید (بعد شناختی و نمادین) و در نهایت می‌تواند ادراک فرد از موقعیت را ارزیابی کند (توجه به بافت) که تمامی این ویژگی‌ها می‌تواند هیجان را شالوده کار قرار دهد. بر همین اساس هیجان در این درمان

1. Empathy
2. Nonjudgment
3. Attention
4. Imagery
5. Reasoning
6. Behavior
7. Sensory
8. Feeling
9. Emotional focused therapy
10. Johnson, Greenberg



همانند یک قطب نما عمل می‌کند و جهت حرکت درمانی را مشخص می‌کند، این هیجان است که مسیر نیازها و راه برآورده سازی آن در درمان را نشان می‌دهد و منجر به هدایت درمانگر و مراجع به آن سمت و مبنای عمل رفتار آنان می‌گردد (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2013).

این درمان در ۳ مرحله و ۹ گام صورت می‌گیرد و شامل: ۱. آگاهی نسبت به هیجانات، ۲. تسهیل تجربه هیجانی و پذیرش آن، ۳. بیان هیجان در قالب واژگان، ۴. شناسایی تجربه اولیه مراجع، ۵. شناسایی هیجان اولیه سالم یا ناسالم و ارزیابی آن، ۶. شناسایی باورها و اثرات مخرب متصل به یک هیجان ناسازگار، ۷. تسهیل تملک مجدد نیازهای شناسایی شده، ۸. تسهیل دسترسی به هیجانات سازگار جایگزین و ۹. تسهیل و توسعه روایت جدید، است که به‌طور کلی به‌واسطه شناسایی دو چرخه هسته طرح هیجانی و پردازش هیجانی مراجع به‌طور هم‌زمان رخ می‌دهد. در واقع همان‌طور که عناصر هسته طرح هیجانی همچون حسی-بدنی، ادراکی-موقعتی، نمادین و انگیزشی را مورد توجه قرار می‌گیرد، مراحل شش‌گانه چرخه پردازش هیجانی همچون آگاهی هیجانی، بیان و ابراز هیجانی، تنظیم هیجانی، تأمل هیجانی، تبدیل هیجانی و اصلاح تجربه هیجانی نیز در حال انجام است. مفهوم‌سازی در این درمان به‌صورت پویا و مبتنی بر تجربه مسئله‌ساز فعلی مراجع که در حال ابراز آن است صورت می‌گیرد که بر بازگویی روایت و شناسایی سبک پردازش هیجانی مراجع متکی است و دربردارنده نشانگر^۱، طرح هیجانی هسته‌ای^۲، نیاز^۳، هیجانات ثانویه^۴، بازداری‌ها^۵ و موضوعات کلی^۶ است که به‌طور اختصاری به MENSIT شناخته می‌شود (Greenberg, 2015).

این فرایند درمانی در بستری از همدلی و حضور لحظه‌به‌لحظه درمانگر با مراجع پیش روی می‌دهد و به دنبال شکل‌گیری تجربه مجدد روایات مهم زندگی مراجع در جلسه درمانی و پردازش آن‌ها است تا مراجع بتواند این تجارب دردناک را با حضور همدلانه و در لحظه درمانگر مجدداً به‌صورت تجربه‌ای مثبت بازسازی و اصلاح گرداند تا در نهایت به یکپارچگی و انسجام بیشتری نسبت به خود دست یابد (Elliott, and Wiesel, Shahr, et al 2013). پیشینه پژوهشی همچون؛ (Frye, Ganong, Jensen, & Coleman, 2020)؛ (MacIntosh, Fletcher, & Ainsworth, 2019)؛ و مطالعات مشابه دیگر نشان

1. Marker
2. Emotion
3. Need
4. Secondary emotion
5. Interruptions
6. Themes



می‌دهد که این درمان توانسته به‌طور قابل قبولی در رفع مشکلات رابطه‌ای مطلوب عمل کند و در این باره مؤثر واقع شود.

در همین راستا باید اشاره داشت با توجه به وجود مسائل و مشکلات عدیده در ساختار خانواده و پیچیدگی روابط، به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر یک رویکرد خاص (اصطلاحاً تک‌بعدی) به‌تنهایی نمی‌تواند پاسخ‌گوی حل مشکلات در بستر خانواده و پیچیدگی‌های آن باشد و همین امر سبب شده تا در دهه اخیر درمانگران به سمت تلفیق روش‌های درمانی و ارائه راهکارهای منسجم برای حل مسائل مرتبط با خانواده باشند (Halford & Snyder, 2012). با این امید که مزایای رویکردهای یکپارچه‌شده منجر به ترجیح آنان نسبت به درمان‌های مبتنی بر یک رویکرد خاص گردیده و متعاقب آن انعطاف بیشتری را نیز در روند درمان را برای درمانگران و خانواده‌ها به ارمغان آورده است از این جهت که درمان‌های یکپارچه‌شده میزان خطا و مداخله متناقض در درمان را کاهش می‌دهد و موجب غنا و تأثیر بیشتری در مداخله درمانی می‌گردد (Snyder, Castellani, & Whisman, 2006).

به همین منظور در این پژوهش تلفیق دو درمان متمرکز بر شفقت و هیجان برای تعارض زناشویی زوجین متعارض به چند منظور مدنظر قرار گرفت؛ از آنجایی تعارض زوجی، اساساً فرایندی پویا است، مبتنی بر رفتار و اعمال دونفری است و سیستم‌های دل‌بستگی زوجین که برگرفته از سیستم دل‌بستگی بین نسلی و تجربه خود فرد است، بنابراین با توجه به اینکه درمان متمرکز بر شفقت و هیجان مدار هر دو این الگو را در درمان مدنظر قرار داده‌اند، تلفیق این دو درمان مطلوب به نظر می‌آید همچنین از آنجایی که رویکرد متمرکز بر هیجان رویکردی فرایند محور (مبتنی بر تجربه) و درمان متمرکز بر شفقت رویکردی محتوا محور (مبتنی بر شناخت) است. از این رو با نظر به اینکه مشکلات زوجی در یک سیستم (دونفری/یا بین نسلی) رخ می‌دهد بنابراین نگاه سیستمی و فرایندی ضروری است اما به دلیل خزانه رفتاری محدود زوجین (وجود تعارض فعال)، نیاز به آموزش نیز احساس می‌گردد. همچنین هیجان‌اتی که در هنگام تعارض به وجود می‌آید و نحوه ابراز از طرف زوجین معمولاً به‌صورت آسیب‌زا است و هر کدام دیگری را مقصر می‌داند و بی‌توجهی به الگوهای تکاملی مبتنی بر سیستم تهدید که به‌صورت خودکار فعال می‌شود و عدم توجهی به سیستم امنیت و ذهن آگاهی که در درمان متمرکز بر شفقت توجه خاصی به آن دارد بنابراین با توجه به موارد فوق، برای دستیابی به هدف حاضر در زمانی کوتاه و غنای درمانی بیشتر، تلفیق این دو



رویکرد درمانی مدنظر قرار گرفت و به‌عنوان هدف پژوهش به بررسی تأثیر درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان، بر تعارض زنان متأهل شهر اصفهان پرداخته شد.

روش

در این پژوهش از طرح تجربی مورد منفرد استفاده شده است که به روش تک آزمودنی یا سری‌های زمانی A-B-A نیز شناخته می‌شود، بدین منظور از بین زنان متأهل دارای تعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تماشا و رضوی شهر اصفهان در سال ۹۹ که به‌صورت در دسترس این مراکز انتخاب شدند (دلیل انتخاب مراکز مذکور عدم همکاری مراکز دیگر بود که امکان انتخاب تصادفی را فراهم نکرد). ۳ نفر از آنان به شیوه هدفمند (پژوهشگر متناسب با موضوع و اهداف پژوهش به دلیل خاص بودن ویژگی مراجعان جهت بررسی عمیق‌تر موارد از تعداد کم آزمودنی که اطلاعات لازم و کافی را پیرامون موضوع پژوهش برآورده سازد استفاده می‌کند) (Gast, 2010)، انتخاب شده و پس از انجام مصاحبه بالینی و احراز ملاک‌های ورود به پژوهش همچون، تمایل به شرکت در پژوهش، اطلاع شوهران از شرکت در طرح پژوهشی حاضر و ابراز رضایت نسبت به آن، حداقل داشتن یک سال سابقه زندگی مشترک، کسب نمره تعارض زناشویی بالاتر از میانگین در پرسشنامه تعارض زناشویی ثنایی و براتی، عدم سابقه برای اقدام به طلاق، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و دریافت مداخله درمانی دیگر هم‌زمان با شرکت در این درمان، نبود وجود خشونت فیزیکی در رابطه زناشویی و عدم سابقه مصرف الکل و مواد مخدر از جانب همسران. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل بیشتر از دو جلسه غیبت داشتن در جلسات در طول مداخله و عدم تکمیل یا ناقص پر کردن پرسشنامه تعارض زناشویی بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تعارض زناشویی^۱ (sanaii, barati & Bustani, 2009) که دارای ۵۴ پرسش است که با ۸ خرده مقیاس، تعارضات زناشویی را در حیطه‌های کاهش همکاری (۴، ۱۲، ۱۸، ۲۵ و ۳۴)، کاهش رابطه جنسی (۵، ۱۳، ۱۹، ۳۵ و ۴۰)، افزایش جلب حمایت فرزندان (۹، ۲۲، ۳۱، ۳۸، ۴۴)، افزایش واکنش‌های هیجانی (۶، ۷، ۱۴، ۲۰، ۲۷، ۳۶، ۴۲، ۴۹، ۵۱)، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود (۸، ۱۵، ۲۱، ۲۹، ۳۷، ۴۳)، کاهش رابطه‌ی خانوادگی

1. Marital Conflict Questionnaire (MCQ-R)



با خانواده همسر و دوستان (۱، ۲۳، ۳۲، ۴۶، ۵۰، ۵۳)، کاهش ارتباط مؤثر (۳، ۱۶، ۱۱، ۷، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۴۱، ۴۵، ۴۷، ۵۲ و ۵۴) و جدا کردن امور مالی از یک دیگر (۲، ۴۸، ۳۹، ۳۳، ۲۴، ۱۷ و ۱۰) مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه که در قالب طیف لیکرت (۱ تا ۵) نمره گذاری می‌شود و حداقل نمره ۵۴ و حداکثر نمره ۲۷۰ را در برمی‌گیرد. نمرات بالا نشانگر تعارضات زناشویی بیشتر است. به طوری که نمرات بین ۵۴ تا ۹۰ نشان دهند تعارض پایین، ۹۰ تا ۱۸۰ تعارض متوسط و نمرات از ۱۸۰ بیشتر نشان‌دهنده تعارض بالا است همچنین در این پرسشنامه سوالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷ و ۵۴ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در یک گروه ۲۷۰ نفری به میزان ۰/۹۶ به دست آمده و برای خرده مقیاس‌ها همچون کاهش همکاری ۰/۸۱، کاهش رابطه جنسی، ۰/۶۱، افزایش واکنش هیجانی، ۰/۷، افزایش جلب حمایت فرزند، ۰/۳۳، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۰/۸۶، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۹، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۱ و کاهش ارتباط مؤثر، ۰/۶۹ است.

مداخله

در پژوهش حاضر هریک از مراجعه‌کنندگان تحت درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان قرار گرفتند. پروتکل درمان فردی متمرکز بر هیجان با استفاده از منبع (Greenberg & Goldman 2019) و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از منبع (Gilbert, 2009) است، بعد از جلسات هماهنگی با اساتید راهنما و مشاور پروتکل یکپارچه‌شده با ۱۲ جلسه تدوین و توسط پنج نفر اساتید دانشکده روانشناسی و مشاوره خانواده تأیید گردید. همچنین شاخص توافق بین متخصصین (CVR)^۱ و (CVI)^۲ به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۸۰ که اعداد قابل قبولی به دست آمد. این مداخله به صورت انفرادی در طی سه ماه در قالب ۱۲ جلسه یک‌ساعته هفته‌ای یک‌بار در کلینیک تماشا اصفهان با مجوز فعالیت ۲۷۷۰ از طرف سازمان بهزیستی توسط محقق تحت نظارت اساتید دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان اجرا گردید.

جلسه اول: به ارائه عناوین و اهداف برگزاری جلسات، تعداد و قوانین مرتبط با آن، آزمون‌های مرتبط و اهمیت پاسخگویی به پرسشنامه در طی جلسات، انعقاد قرارداد و تصریح رابطه درمانی پرداخته شد همچنین بررسی مشکلات و علائم فعلی، تاگشایی روایت و مشاهده سبک پردازش هیجانی و گوش دادن فعال به مشکلات در حال ارائه، مدنظر قرار گرفت.

1. Content Validity Ratio

2. Content Validity Index



در جلسه دوم: مرور جلسه قبلی، گوش دادن و شناسایی تجارب دردناک هیجانی و بررسی بافتار تاریخچه فرهنگی فرد (درمان متمرکز بر شفقت) پرداخته شد.

جلسه سوم: به تاگشایی داستان و روایت زندگی مراجع بر مبنای هیجان (در رابطه با دل‌بستگی و هویتی) و همچنین فرمول‌بندی ساختاریافته در حوزه‌های مسائل رشدی، ترس و تهدیدها، راهبردهای ایمنی طلب و جبران‌کننده (شفقت)، ارائه فرم‌ها جهت تکمیل و ارائه تکلیف منزل (افراد از چه راهبردهای ایمنی طلب استفاده کرده‌اند و چه پیامدهایی داشته است)، پرداخته شد.

جلسه چهارم: به بررسی فرم‌های تکمیل‌شده و اینکه افراد از چه راهبردهایی ایمنی طلب و جبران‌کننده استفاده کرده‌اند و چه پیامدهایی داشته است، ارائه خلاصه از جلسه قبل با مشارکت مراجعان و پاسخ‌گویی به سؤالات و شروع مرحله دوم درمان متمرکز بر هیجان که شامل هفت گام است (ساخت مشارکتی یک تمرکز و شناسایی هیجان‌های مرکزی) و شناسایی نشانگرهای تکالیف انجام شد همچنین مدل مغز و ترسیم شکل آن مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت انجام شد.

جلسه پنجم: شناسایی هیجان‌های اصلی سازگار و ناسازگار، توضیح هیجان و نقش آن در زندگی و توضیح مدل سه حلقه‌ای تنظیم هیجان بر اساس درمان متمرکز بر شفقت پرداخته شد.

جلسه ششم: به شناسایی نیازها مبتنی بر درمان متمرکز بر هیجان پرداخته شد. همچنین شفقت و ضرورت آن و همچنین ذهن آگاهی بیان گردید و هم در جلسه و هم برای منزل تکلیف ارائه شد (انجام تمرین ذهن آگاهی در هرروز و تکمیل پرسشنامه‌ها برای اندازه‌گیری دوم مداخله).

جلسه هفتم: ابتدا پرسشنامه دریافت شد و پس از آن به مدت ۷ دقیقه تمرین ذهن آگاهی انجام شد و پس از آن به شناسایی هیجانات ثانویه و بررسی عوامل بازدارنده یا موانع دسترسی به طرح هیجانی و وقفه‌ها پرداخته شد همچنین توصیف خود مشفق (چگونه به دیگران مهربانی انجام دهیم و از آن‌ها مهربانی دریافت کنیم) در این جلسه انجام شد.

جلسه هشتم: مرور تکلیف خود مشفق، تمرین ذهن آگاهی، شناسایی تم‌ها و زمینه‌های روابط (خود- خود و خود- دیگری؛ و مسائل وجودی) و ساخت مشارکتی روایت پرداخته شد همچنین صورت‌بندی مشکل انجام شد و در آخر توجه به شش آیت مهربانی و نوشتن نامه مشفقانه صورت گرفت.

جلسه نهم: تحویل پرسشنامه تعارض، توجه به نشانگرها و فرایند و معانی جدید و شناسایی نشانگرهای در حال ظهور تکلیف، پرداخته شد، همچنین به تمرین استدلال مشفقانه، توجه مشفقانه و ارائه تکلیف (تحویل گرفتن ایجاد رقص توجه همراه با استدلال مشفقانه منعطف و توجه به هیجانات و اگر مانعی از انجام این اعمال می‌شود یادداشت کنید) انجام شد.

جلسه دهم به دریافت پرسشنامه و شناسایی نشانگرهای خرد، همچنین تصویرسازی مشفقانه و رفتار مشفقانه و ارائه تکلیف (در این جلسه تصور سازی مشفقانه همراه با رفتار مشفقانه تمرین شد) و به تمرین در هنگام مواجهه با مشکلات و تعارضات بعد از رویدادها در منزل تمرین کنید پرداخته شد.

جلسه یازدهم: ارزیابی تأثیر معنای جدید بر بازسازی روایت جدید و ارتباط دادن به مشکلات انجام شد و معرفی تجربه حسی مشفقانه و احساس مشفقانه و ویژگی افراد مهربان ارائه شد.



جلسه دوازدهم: آماده‌سازی جهت پایان درمان، مرور مفاهیم گفته‌شده در جلسات قبل و رفع ابهامات پرداخته شد. همچنین به انجام اعمالی که خارج از درمان می‌بایستی برای به‌کارگیری درمان در زندگی روزانه انجام دهند بررسی شد و نوشتن نامه مشفقانه به خود نیز عنوان شد. همچنین پرسشنامه مجدد انجام شد و برای تکمیل پرسشنامه در جلسات پیگیری توافقی حاصل گردید.

شیوه اجرا

ابتدا به ارزیابی اولیه زوجین جهت شناسایی مورد و انتخاب نمونه مورد پژوهش که به مرکز مشاوره رضوی و تماشا مراجعه کرده بودند بر اساس نمره دریافتی از پرسشنامه تعارض زناشویی با لحاظ معیارهای ورود به پژوهش پرداخته شد و پس از تعیین نمونه‌های پژوهش پیش‌آزمون با پاسخ‌گویی به پرسشنامه تعارض زناشویی (sanaii, barati & Bustani, 2009) در دو هفته و هر هفته دو نوبت با فاصله ۴ روز انجام پذیرفت و سپس جلسه‌ای برای توضیح اهداف مشاوره و ملاحظات اخلاقی آن، لزوم ابراز رضایت شرکت در پژوهش برگزار شد. پس از تعیین خط پایه با توجه به روش پژوهش که تک آزمودنی A.B.A بود، قراردادی با ایشان جهت شروط درمان و شرکت مستمر در جلسات تنظیم گردید پس از آن نیز برای افراد شرکت‌کننده جلسات فردی در قالب ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار برگزار شد و سه هفته یک‌بار در طی جلسات مداخله به پرسشنامه تعارض زناشویی پاسخ می‌دادند که جمعاً ۴ نوبت اندازه‌گیری در هنگام مداخلات برای هر شرکت‌کننده انجام پذیرفت و پس از آن نیز جلسات پیگیری در ۴ نوبت با استفاده از پرسشنامه (sanaii, barati & Bustani, 2009)، برای آنان انجام پذیرفت و در انتها اطلاعات به‌دست آمده پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی در سه موقعیت خط پایه، آزمایش و پیگیری به ترتیب بر روی یک نمودار و بررسی آن با استفاده از شاخص روند و میزان ثابت و جهت روند، درصد داده‌های همپوش و غیر همپوش به تحلیل دیداری نمودارهای حاصل پرداخته شد (Farahani, Abedi, Agham Mohammadi, Kazemi, 2013). در ادامه شرح جلسات درمانی در جدول (۱) ذکر شده است.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی سه زن دارای تعارضات زناشویی (به ترتیب نفر اول، دوم و سوم) به سن ۴۸؛ ۳۸؛ و ۳۲ سال، با طول مدت ازدواج ۲۵، ۲۰ و ۷ سال، دارای تحصیلات سیکل، لیسانس و لیسانس با تعداد فرزندان یک، دو و یک و هر سه خانه‌دار انجام پذیرفت. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیر تعارض زناشویی به تفکیک هر مرحله در جدول (۱) آورده شده است.



یافته‌های جدول (۱) نشان می‌دهد میانه نمرات تعارض زناشویی هر سه شرکت کننده، در مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است و این نشان از کاهش تعارض زناشویی هر فرد دارد به طوری که شرکت کننده اول در مرحله مداخله ۳۰ درصد کاهش تعارض زناشویی و در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه نیز ۳۵ درصد کاهش تعارض زناشویی داشتند. نتایج درمان یکپارچه شده در شرکت کننده دوم با ۳۱ درصد کاهش تعارض زناشویی در مرحله مداخله و با ۳۸ درصد کاهش در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه همراه بوده است و اجرای این درمان بر روی شرکت کننده سوم سبب کاهش ۳۳ درصدی تعارض زناشویی در مرحله مداخله و کاهش ۴۳ درصدی آن در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه شده است این نتایج نشان می‌دهد که درمان یکپارچه شده بر روی تعارض زناشویی شرکت کننده سوم بهتر از دو شرکت کننده دیگر عمل کرده است.

جدول ۱ یافته‌های توصیفی (میانگین، میانه و انحراف معیار) افراد شرکت کننده در پژوهش

مرحله	زن اول		زن دوم		زن سوم	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تعارض	۱۵۰	۱/۸۲	۱۵۵	۲/۲۱	۱۶۲	۲/۲۱
خط پایه	۱۰۶	۱۵/۲۹	۱۰۶	۱۶/۱۲	۱۰۸	۲۱/۴۸
زناشویی	۹۷	۱/۶۳	۹۶	۱/۲۵	۹۳	۳/۲۶
پیگیری	۳۰		۳۱		۳۳	
درصد بهبودی مرحله مداخله	۳۵		۳۸		۴۳	
درصد بهبودی مرحله پیگیری						

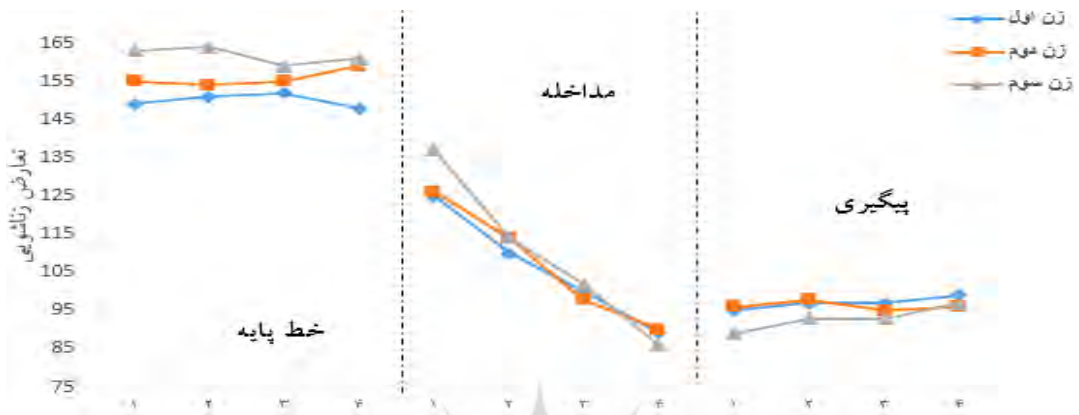
جدول ۲ روند تغییر تعارض زناشویی شرکت کنندگان در مراحل مختلف درمان یکپارچه شده متمرکز بر

شفقت و هیجان

مرحله	نوبت اندازه‌گیری	زن اول	زن دوم
نقطه A (خط پایه)	اول	۱۴۹	۱۵۵
	دوم	۱۵۱	۱۵۴
	سوم	۱۵۲	۱۵۵
	چهارم	۱۴۸	۱۵۹
نقطه B (مداخله)	اول	۱۲۵	۱۲۶
	دوم	۱۱۰	۱۱۴
	سوم	۱۰۰	۹۸
	چهارم	۸۹	۹۰
مرحله پیگیری	اول	۹۵	۹۶
	دوم	۹۷	۹۸
	سوم	۹۷	۹۵
	چهارم	۹۹	۹۶



همان‌طور که یافته‌های جدول (۲) نشان می‌دهد نمرات افراد شرکت‌کننده در تعارض زناشویی در مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه (قبل مداخله) کاهش یافته است. تحلیل دیداری نمرات تعارض زناشویی به تفکیک مراحل در نمودار ذیل آورده شده است.



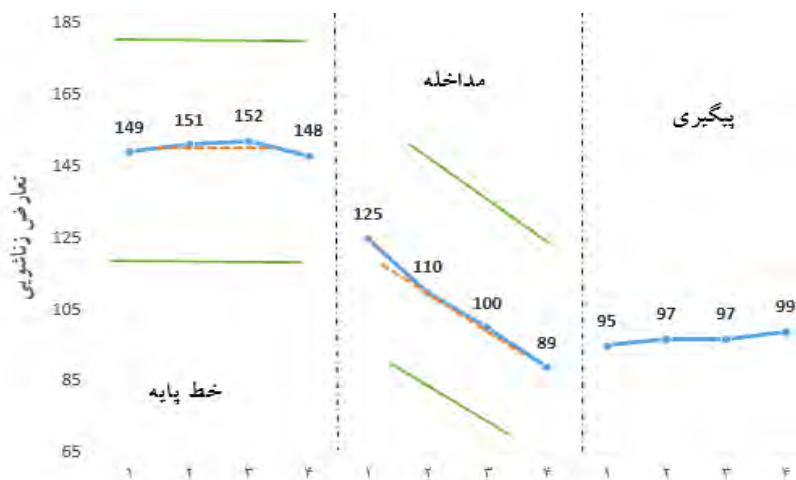
شکل ۱ تأثیر درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان بر تعارض زناشویی زنان.

در ادامه تحلیل دیداری درون و بین موقعیتی تعارض زناشویی در قالب نمودار و جدول برای هر شرکت‌کننده به ترتیب (نفر اول، دوم و سوم) آورده شده است.



شکل ۲- ترسیم خط میانه و محفظه ثابت تعارض زناشویی نفر اول

نتایج شکل (۲) نشان می‌دهد تغییرات نمرات تعارض زناشویی در مرحله پایه و مرحله مداخله باثبات است، زیرا ۸۰ درصد نقاط داخله محفظه ثبات قرار گرفته اند



شکل ۳- ترسیم خط روند و محفظه ثابت تعارض زناشویی نفر اول

همانگونه که شکل (۳) نشان می‌دهد، مسیر خطر روند در مرحله مداخله نزولی است و همچنین نشان می‌دهد که خط روند در مرحله مداخله باثبات است اطلاعات حاصل از دو شکل ۲ و ۳ در جدول (۳) آورده شده است.

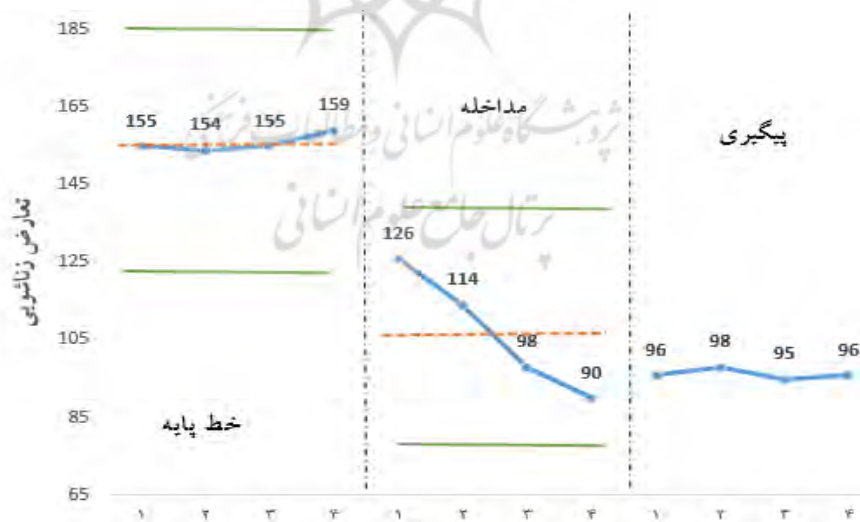
یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان بر تعارضات زناشویی فرد اول تأثیر دارد ($PND=100\%$). طول موقعیت در هر مرحله (پایه و مداخله)، نشان می‌دهد اندازه‌گیری‌ها، در هر مرحله ۴ بار انجام شده است. مقایسه میانگین و میانه در هر مرحله کاهش و بهبود در نمرات تعارض زناشویی را نشان می‌دهد به طوری که نتایج نشان می‌دهد، میانگین از ۱۵۰ مرحله پایه به ۱۰۶ مرحله مداخله کاهش یافته است. همچنین میانه اندازه‌گیری‌ها از ۱۵۰ مرحله قبل مداخله به ۱۰۵ مرحله مداخله کاهش یافته است. بر همین اساس نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد در مرحله مداخله نسبت به مرحله پایه ۳۰ درصد بهبودی رخ داده است. با بررسی محفظه ثبات و با در نظر گرفتن داده‌ها در محدوده ۲۰ درصدی از میانه هر موقعیت، می‌توان دریافت در نمرات تعارض زناشویی در مرحله قبل مداخله، تغییرات زیادی رخ نداده است و نمرات در این مرحله باثبات هستند. نتایج نشان می‌دهد در مرحله مداخله نیز نمرات باثبات هستند. با توجه به نتایج تغییر نسبی، می‌توان گفت تغییرات روند در مرحله مداخله نزولی و در مرحله خط پایه بدون تغییر است. تغییرات خط روند هر دو مرحله باثبات ارزیابی می‌شود. شاخص همپوشانی داده‌ها نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در زمان مداخله کاهش یافته و همپوشانی داده‌های مرحله مداخله با

داده‌های مرحله خط پایه، صفر درصد است، به عبارت دیگر با اطمینان ۱۰۰ درصد، درمان یکپارچه شده متمرکز بر شفقت و هیجان، سبب کاهش تعارض زناشویی شرکت کننده اول شده است.

جدول ۳ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی تعارض زناشویی نفر اول

بین موقعیتی		درون موقعیتی		توالی موقعیت‌ها	
B/A	مقایسه موقعیت	B (مداخله)	A (خط پایه)	طول موقعیت	سطوح موقعیت
نزولی	تغییرات جهت	تغییرات روند	۴	۴	طول موقعیت
بدون تغییر	اثرا وابسته به هدف	۱۵۰	۱۵۰	میان	سطوح
مثبت	تغییر ثبات	۱۰۶	۱۵۰	میانگین	موقعیت
۱۱۷,۵/۱۵۰	تغییر نسبی	۸۹-۱۲۵	۱۴۸-۱۵۲	دامنه تغییرات	دامنه تغییرات محفظه ثابت ۲۰٪ از
۱۲۵/۱۴۸	تغییر مطلق	با ثبات	با ثبات	میان هر موقعیت	تغییر سطح
۱۰۵/۱۵۰	تغییر میان	۹۴,۵-۱۱۷,۵	۱۵۰-۱۵۰	تغییر نسبی	موقعیت
۱۰۶/۱۵۰	تغییر میانگین	۸۹-۱۲۵	۱۴۸-۱۴۹	تغییر مطلق	روند موقعیت
۱۰۰	PND	همپوشی	بدون تغییر	جهت	
.	POD	و غیرهمپوشی داده‌ها	با ثبات	ثبات	

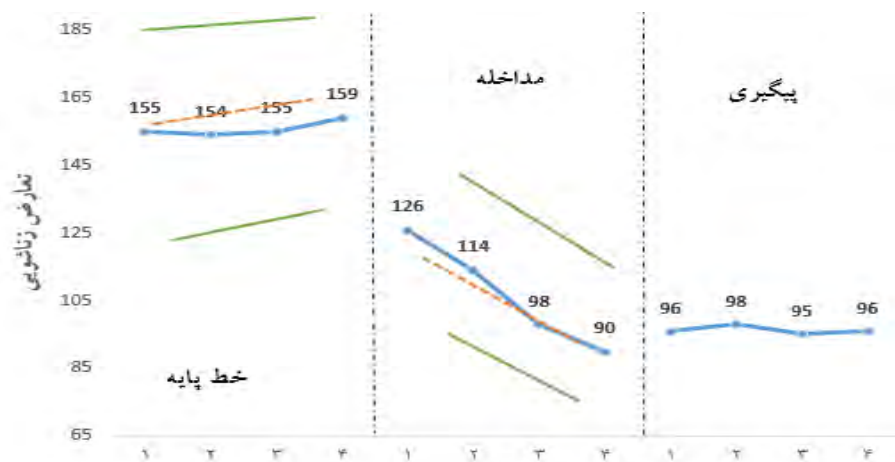
در ادامه تحلیل درون موقعیتی داده‌های تعارض زناشویی زن دوم حاضر در پژوهش آورده شده است.



شکل ۴ ترسیم خط میانه و محفظه ثابت تعارض زناشویی شرکت کننده دوم



نتایج شکل (۴) نشان می‌دهد تغییرات نمرات تعارض زناشویی در مرحله پایه و مداخله باثبات است، زیرا همه نقاط داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند.



شکل ۵ ترسیم خط روند و محفظه ثابت تعارض زناشویی فرد دوم

نتایج شکل (۵) نشان می‌دهد تغییرات نمرات تعارض زناشویی در مرحله پایه و مداخله باثبات است، زیرا همه نقاط داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند. همانگونه که در شکل (۵) مشاهده می‌گردد، مسیر خط روند در مرحله مداخله نشان‌دهنده بهبودی و تغییر نزولی است و نشان می‌دهد خط روند در مرحله مداخله باثبات است. این در حالی است که طی روند در مرحله پایه صعودی است اطلاعات حاصل از دو شکل ۴ و ۵ در جدول (۴) آورده شده است.

همان‌طور که یافته‌های جدول (۴) نشان می‌دهد درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان بر تعارضات زناشویی شرکت‌کننده دوم (زن دوم) تأثیر داشته است ($PND=/.100$). طول موقعیت در هر مرحله (پایه و مداخله)، نشان می‌دهد اندازه‌گیری‌ها، در هر مرحله، ۴ بار انجام شده است. مقایسه میانگین و میانه در هر مرحله کاهش و بهبود در نمرات تعارض زناشویی را نشان می‌دهد به طوری که نتایج نشان می‌دهد میانگین از ۱۵۵/۷۵ مرحله پایه به ۱۰۷ مرحله مداخله کاهش یافته است. همچنین میانه اندازه‌گیری‌ها از ۱۵۵ مرحله قبل مداخله به ۱۰۶ مرحله مداخله کاهش پیدا کرده است. بر همین اساس نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد در مرحله مداخله نسبت به مرحله پایه ۳۱ درصد بهبودی رخ داده است. با بررسی محفظه ثبات و با در نظر

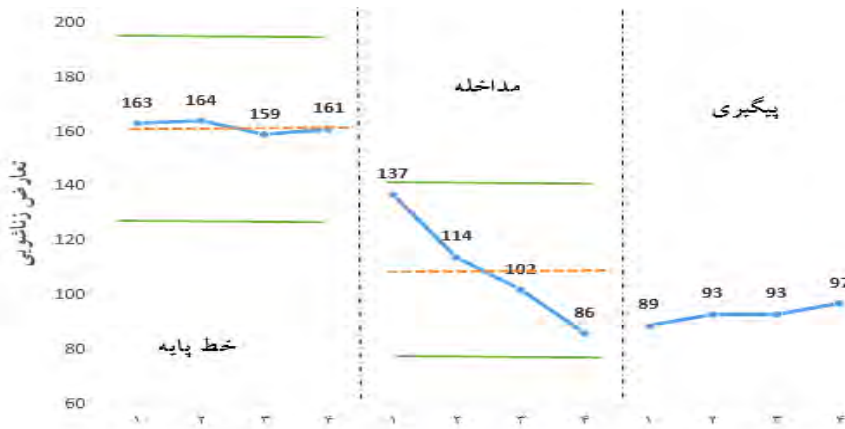
گرفتن داده‌ها در محدوده ۲۰ درصدی از میانه ی هر موقعیت، می‌توان دریافت در نمرات تعارض زناشویی در مرحله قبل مداخله، تغییرات زیادی رخ نداده است و نمرات در این مرحله باثبات هستند. نتایج نشان می‌دهد در مرحله مداخله نیز نمرات باثبات هستند. با توجه به نتایج تغییر نسبی، می‌توان گفت تغییرات روند در مرحله مداخله نزولی و در مرحله خط پایه صعودی است. تغییرات خط روند در هر دو مرحله باثبات ارزیابی می‌شود. شاخص همپوشانی داده‌ها نشان می‌دهد که ۱۰۰ درصد داده‌ها در زمان مداخله کاهش یافته و همپوشانی داده‌های مرحله مداخله با داده‌ها در مرحله خط پایه، صفر درصد است، به عبارت دیگر با اطمینان ۱۰۰ درصد، درمان یکپارچه شده متمرکز بر شفقت و هیجان، سبب کاهش تعارض زناشویی شرکت کننده دوم شده است.

جدول ۴ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی تعارض زناشویی نفر دوم

بین موقعیتی			درون موقعیتی		توالی موقعیت‌ها	
B/A	مقایسه موقعیت	B (مداخله)	A (خط پایه)	طول موقعیت	میانگین	دامنه تغییرات
نزولی	تغییرات روند	۴	۴	طول موقعیت		
صعودی	جهت			سطوح موقعیت	میانگین	
مثبت	اثر وابسته به هدف	۱۰۶	۱۵۵		میانگین	
بایثبات	تغییر ثبات	۱۰۷	۱۵۵,۷۷		میانگین	
۱۲۰/۱۵۷,۵	تغییر نسبی	۹۰-۱۲۶	۱۵۵-۱۵۹		دامنه تغییرات	
۱۲۶/۱۵۹	تغییر مطلق	بایثبات	بایثبات		دامنه تغییرات محفظه ثابت ۲۰٪ از میانه هر موقعیت	
۱۰۶/۱۵۵	تغییر میانه	۹۴-۱۲۰	۱۵۷,۵-۱۵۴		تغییر سطح موقعیت	تغییر نسبی
۱۰۷/۱۵۵,۷۵	تغییر میانگین	۹۰-۱۲۶	۱۵۹-۱۵۵		تغییر مطلق	تغییر مطلق
۱۰۰	PND	همپوشی و	نزولی	صعودی	جهت	روند موقعیت
۰	POD	غیر همپوشی داده‌ها	بایثبات	بایثبات	ثبات	

در ادامه تحلیل درون موقعیتی داده‌های تعارض زناشویی فرد سوم شرکت کننده در پژوهش در شکل ۶ آورده شده است و همان‌طور که نشان می‌دهد تغییرات نمرات تعارضات زناشویی در مرحله پایه و مداخله، باثبات است؛ زیرا ۱۰۰ درصد نقاط داخل محفظه قرار گرفته اند.

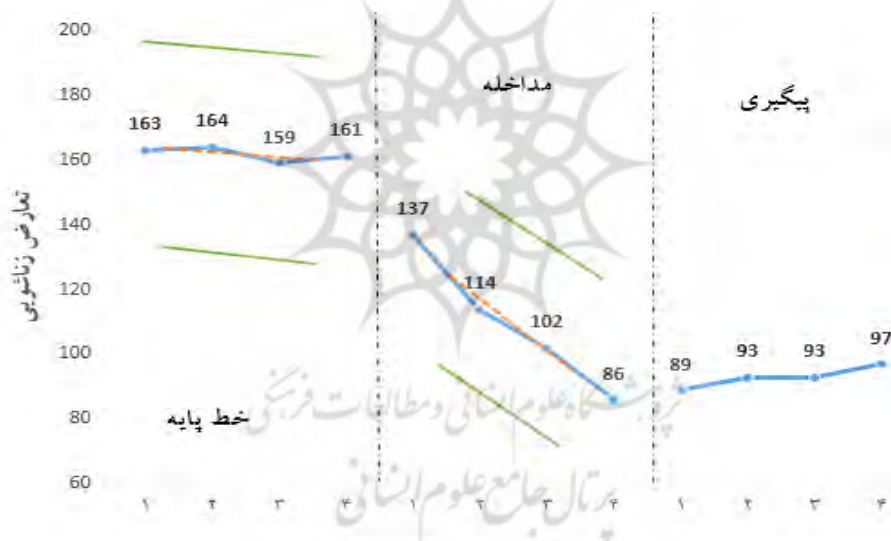




شکل ۶ ترسیم خط میانه و محفظه ثابت تعارض زناشویی شرکت کننده سوم

نتایج شکل (۶) نشان می‌دهد تغییرات نمرات تعارض زناشویی در مرحله پایه و مداخله باثبات است، زیرا

همه نقاط داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند.



شکل ۷ ترسیم خط روند و محفظه ثابت تعارض زناشویی فرد سوم

همانگونه که در شکل (۷) مشاهده می‌شود مسیر خط روند در مرحله مداخله نزولی است و حاکی از آن

است که خط روند در مرحله مداخله باثبات است اطلاعات حاصل از دو شکل (۶) و (۷) در جدول (۵)

آورده شده است.

همان‌طور که یافته‌های جدول (۵) نشان می‌دهد. درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان بر تعارضات زناشویی شرکت‌کننده سوم تأثیرگذار بوده است ($PND=100\%$). طول موقعیت در هر مرحله (پایه و مداخله)، نشان می‌دهد اندازه‌گیری‌ها، در هر مرحله ۴ بار انجام شده است. مقایسه میانگین و میانه در هر مرحله کاهش و بهبود در نمرات تعارضات زناشویی را نشان می‌دهد به طوری که طبق یافته‌ها، میانگین از میزان $161/75$ در مرحله پایه به $109/75$ در مرحله مداخله کاهش یافته است. همچنین میانه اندازه‌گیری‌ها از 162 مرحله قبل مداخله (A) به 108 در مرحله مداخله (B) کاهش یافته است. بر همین اساس نتایج جدول فوق نشان می‌دهد در هر مرحله مداخله نسبت به مرحله پایه ۳۳ درصد بهبودی رخ داده است. همچنین بررسی محفظه ثبات و با در نظر گرفتن داده‌ها در محدوده ۲۰ درصدی میانه‌ی هر موقعیت، می‌توان گفت در نمرات تعارضات زناشویی فرد سوم در مرحله قبل مداخله، تغییرات زیادی رخ نداده است و نمرات در این مرحله باثبات هستند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد در مرحله مداخله نیز نمرات باثبات هستند. با توجه به نتایج تغییر نسبی، می‌توان گفت تغییرات روند در مرحله مداخله نزولی و در مرحله خط پایه تقریباً بدون تغییر است. تغییرات خط روند در هر دو مرحله با ثبات ارزیابی می‌شود. شاخص همپوشانی داده‌ها نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در زمان مداخله کاهش یافته و همپوشانی داده‌های مرحله مداخله با داده‌ها در مرحله خط پایه، صفر درصد است، به عبارت دیگر با اطمینان ۱۰۰ درصد، درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان، سبب کاهش تعارضات زناشویی شرکت‌کننده سوم شده است.

جدول ۵ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی تعارضات زناشویی نفر سوم

درون موقعیتی		بین موقعیتی		توالی موقعیت‌ها	
A (خط پایه)	B (مداخله)	مقایسه موقعیت	B/A		
۴	۴	تغییرات جهت	نزولی بدون تغییر	طول موقعیت	
۱۶۲	۱۰۸	تغییرات روند	اثر وابسته به هدف	میانه	
۱۶۱,۷۵	۱۰۹,۷۵	تغییر ثبات	باثبات	سطوح موقعیت	میانگین
۱۶۱-۱۵۹	۱۳۷-۸۶	تغییر نسبی	۱۲۵/۱۶۰,۵	دامنه تغییرات	
باثبات	با ثبات	تغییر مطلق	۱۳۷/۱۶۱	دامنه تغییرات محفظه ثابت ۲۰٪ از میانه هر موقعیت	
۱۶۰,۵-۱۶۳	۹۴,۵-۱۲۵	تغییر در سطح	۱۰۸/۱۶۲	تغییر سطح موقعیت	تغییر نسبی
۱۶۳-۱۶۱	۱۳۷-۸۶	تغییر میانگین	۱۰۹,۷۵/۱۶۱,۷۵	تغییر مطلق	
بدون تغییر	نزولی	همپوشی و غیر	۱۰۰	جهت	بدون تغییر
با ثبات	با ثبات	همپوشی داده‌ها	۰	ثبات	با ثبات



بحث و نتیجه گیری

همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد به‌طور کلی درمان فردی متمرکز بر شفقت و هیجان‌مدار بر زنان متعارض مؤثر است، به‌طوری‌که میانگین کل نمرات تعارض زناشویی برای مشاوره فردی در سه خط پایه، مداخله و پیگیری برای شرکت‌کننده اول (۱۵۰، ۱۰۶ و ۹۷)، شرکت‌کننده دوم (۱۵۵/۷۵، ۱۰۷ و ۹۶/۲۵) و شرکت‌کننده سوم (۱۶۱/۷۵، ۱۰۹/۷۵ و ۹۳) است که نشان‌دهنده تأثیر درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان بر تعارض زناشویی زنان شرکت‌کننده در پژوهش است. از یافته‌های پژوهش‌های همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌توان به یافته‌های پژوهشی مرتبط با بررسی ارتباط ذهن آگاهی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی، (Burpee & Langer, 2013) اشاره داشت. یافته‌های اخیر نشان دادند که ذهن آگاهی (عنصر کلیدی درمان متمرکز بر شفقت) بر بهبود روابط زناشویی (کاهش تعارض زناشویی) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنان مؤثر است. همچنین یافته‌های حاصل از این مداخله با نتایج (Ghazanfari, Keshavarzi, Arshadi, Hassani, & Emamipour, 2021) و (Jalali, Heydari, Davoudi, & Aleyasin, 2019) که حاکی از تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش تعارضات زناشویی است، همسو است.

در تبیین یافته اخیر پژوهش که تایید فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر درمان یکپارچه‌شده متمرکز بر شفقت و هیجان بر تعارض زناشویی زنان متعارض را نشان می‌دهد می‌توان گفت با توجه به اینکه تعارض زوجین امری غیر قابل اجتناب و عدم حل و فصل آن به شیوه درست می‌تواند منجر به اثرات مخرب در رابطه زناشویی گردد. یافته‌های پژوهشی در این باره نشان می‌دهد که بروز هیجانات منفی همچون خشم، ترس، نفرت و غم در ارتباط زوجی شایع است و بی‌توجهی و بی‌اعتنایی به آن در طولانی مدت مشکل‌آفرین است و منجر به کاهش تعاملات مثبت بین زوجین می‌گردد (Long & Yang, 2007).

یافته‌های پژوهشی همچنین نشان می‌دهد عمدتاً زوجین از نقش هیجان‌اتشان در روابط اطلاع دارند، آنان می‌دانند که هیجان‌اتشان روی اعمالی که با یک دیگر و برای یک دیگر انجام می‌دهند تأثیرگذار است، با این وجود، اطلاع از تأثیر هیجان‌ات، منجر به کاربرد آن در اعمال و رفتارشان با یک دیگر نمی‌شود آنان اغلب درباره اینکه چگونه با تجربه هیجان‌اتشان در روابطشان کنار بیایند آموزشی دریافت نکرده‌اند، ایشان تنها چیزی که آن‌ها اطلاع دارند این است که هیجان‌ات منفی، خشمگین و دردناکشان مشکل‌آفرین هستند و به هر قیمتی می‌بایستی از آن‌ها اجتناب کرد.



همچنین آن‌ها فقط آموخته‌اند که احساسات عاشقانه معمولاً خوب هستند و برای غنای روابط زناشویی باید گاهی احساساتشان را ابراز و متقابلاً به احساسات آن‌ها پاسخ داده شود. در حالی که معمولاً احساسات توسط دیگران (زوج) نادیده گرفته یا بی اهمیت نشان داده شده و حتی مورد تمسخر قرار گرفته است، از این رو اغلب زوجین نتیجه می‌گیرند بهتر است احساساتشان را نگه دارند، کنترل کنند، یا نادیده بگیرند تا با گذشت زمان تغییر کرده یا ناپدید گردد (Greenberg, 2015). در مداخله درمانی حاضر که یکپارچه‌شده از درمان متمرکز بر هیجان بود افراد یاد گرفتند که هیجان‌ات مشکل ساز و تعارض هیجان‌ات در روابط زوجی عادی است و گاهی داشتن طیفی از احساسات نسبت به زوجشان متعارف است از این رو زوجین با شناخت سبک هیجانی خود در درمان متمرکز بر هیجان و آگاهی از تأثیر آن بر روابط زناشویی می‌توانند زمان‌هایی که افراد در هنگام تعارض احساس مبهم و ناواضحی را تجربه می‌کنند و به واسطه آن دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند را شناسایی کنند و پس از آگاهی نسبت به آن بتوانند تغییر هیجانی را تجربه نمایند که این تغییر هیجانی سبب تسهیل آشفتگی در آنان می‌گردد. در این رویکرد درمانی، هیجان نه تنها عامل تعارض بلکه عاملی اساسی و قدرتمند در جهت تغییر ناسازگاری زناشویی شناخته می‌شود (Jalali, Heydari, Davoudi, Aleyasin, 2019). یافته‌های پژوهش‌هایی همچون (Berking, Ebert, Berking, Margraf, Ebert, 2011) و (Wupperman, Hofmann, & Junghanns, 2011) نیز هیجان را به عنوان عامل قدرتمندی در ناسازگاری زوجین عنوان نموده‌اند. همچنین هیجان‌ات مرتبط با دل‌بستگی و هویت، پایه و اساس روابط هستند، بدین معنی که افراد به واسطه تکامل، نیاز به پیوند و ارتباط با افراد مهم زندگی شان دارند و این نیاز در سراسر گسترده عمر انسان قابل ردگیری است به طور مثال دل‌بستگی و صمیمیت سالم در بزرگسالی شامل دردسترس بودن، پاسخگو بودن و درگیر بودن نسبت به دیگری از لحاظ عاطفی است و زمانی که فرد دیگر در رابطه به طریقی برآورده کننده نیاز عاطفی همسرش نباشد، هیجان‌ات آسیب پذیر اولیه ترس از عدم توانایی تحمل تنهایی و غم به دلیل فقدان آسایش که زیربنای تهدید دل‌بستگی هستند پدیدار می‌شوند و هیجان‌ات پیوند دهنده اولیه (غم و خشم جراتمند) که زیربنای جدایی اند حافظ پیوند عاطفی می‌شوند. از این جهت در روابط زوجی الگوی تعاملی رایج بیشتر زنان در پی احساس طردشدگی به دنبال تماس بیشتر (با انجام سرزنش) هستند و مردان احساس بی کفایتی و ترس کرده و از همسرش فاصله می‌گیرد (ساختن دیوار سنگی)، تعقیب کننده (عمدتاً زنان) در ابتدا در پی تغییر فرد (عمدتاً مردان) فاصله گیر است و این خود به نوعی یک تهدید محسوب



می‌شود چون فرد مقابل نیز به دنبال دریافت تایید از طرف همسر است. از این رو اینکه فرد توسط همسرش در رابطه چگونه دیده شود نقش مهمی در روابط زوجی ایفا می‌کند.

در همین راستا می‌توان اشاره داشت هویت و احساسات مربوط به شرم و عزت نفس یک مؤلفه مرکزی در احساسات زوجین است. اگر همسران یک دیگر را به رسمیت بشناسند و مورد تایید قرار دهند احساس ارزشمندی (نیاز به پذیرفته شدن) در آنان پاسخ داده شده است؛ اما معمولاً این اتفاق رخ نمی‌دهد زمانی که همسرانشان به آن‌ها بی‌توجهی کرده یا آن‌ها را کنترل می‌کنند به آنان احساس ناخوشایند شرم و عدم قدرت دست می‌دهد و این یک چالش کلیدی بین زوجین است که می‌تواند به کشمکش قدرت و کنترل تبدیل گردد؛ بنابراین بین زوجین عموماً دو چرخه درهم تنیده تسلط/ تسلیم و تعقیب کننده/ گریزان شکل می‌گیرد (Greenberg, 2015). در همین راستا از آنجایی که بر اثر تعارض تحمل شده، ساختار خانواده آسیب پذیر شده و امنیت بین زوجین کاهش یافته است (Long & Yang, 2007) و ظهور این چرخه بین آنان غیرقابل اجتناب است.

بنابراین دستیابی به تنظیم هیجانی و تبدیل هیجانات ناسازگار اولیه از جمله مواردی است که با استفاده از درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند تداوم چرخه تعاملی منفی بین زوجین را بشکند و به خلق تجربه هیجانی جدید پردازد، این امر به واسطه افزایش آگاهی هیجانی و بیان و ابراز هیجانی که توسط فرد در طول پردازش هیجانی رخ داده منجر به تنظیم هیجانی وی می‌گردد و با تبدیل این هیجانات اولیه، به نیاز فرد پاسخ داده می‌شود و موجب ساخت معنایی جدید برای فرد می‌گردد. از این جهت در بافت میان فردی گرچه ممکن است همچنان منابع تعارض زا وجود داشته باشد اما منجر به راه اندازی چرخه تعاملی منفی در بین زوجین نمی‌گردد، لذا جهت رفتار و واکنش‌های فرد مبتنی بر نیازهای درونی وی تنظیم می‌گردد نه آن چیزی که در محیط پیرامون در حال رخ دادن است. از این رو درمان متمرکز بر هیجان در زمینه رفع تعارض زندگی زناشویی بسیار می‌تواند مؤثر باشد از این باب نتایج حاضر مبنی بر تأثیر این درمان بر تعارض زناشویی زوجین متعارض قابل درک است.

علاوه بر آن درمان متمرکز بر شفقت با بهبود مهارت‌های ذهن آگاهی، مفاهیم مرتبط با سیستم‌های تنظیم عاطفه و توصیفات مربوط به مغز (قدیم و جدید) منجر به افزایش احساس امنیت، شناخت و تاب آوری در روابط می‌شوند و این خود می‌تواند زمینه ساز کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایتمندی آنان باشد. علاوه بر آن قضاوت‌های ذهنی یا افکاری که در اثر تعارض در زوجین به وجود می‌آید می‌تواند میل به



ارتباط عاطفی و جنسی را در آنان تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش‌هایی همچون (Ghahari, and et al, 2020)؛ (Gharbboluk, & Hosseinzadeh, 2018)، در این باره نشان می‌دهد که برنامه ریزی برای روابط زناشویی (جنسی) و رضایتمندی از آن در کاهش تعارض زناشویی مؤثر است چرا که زوجین هنگامی که به این نتیجه برسند که برای یک دیگر مهم هستند و نیازهایشان مورد توجه یک دیگر است از رضایت بیشتری برخوردار می‌گردند. در واقع قضاوت کردن یکی از عوامل مخرب روابط زوجی است که مهارت ذهن آگاهی در درمان متمرکز بر شفقت کمک می‌کند که زوج قضاوت‌های منفی خود را باز بشناسد و بدون در نظر گرفتن آن‌ها به رابطه زناشویی (به ویژه رابطه جنسی) توجه داشته باشد همچنین ذهن آگاهی در راهبردهای تنظیم هیجان و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنان نیز مؤثر است که با یافته‌های پژوهشی دیگر همچون (Ghahari and et al, 2020; Ghazanfari, Keshavarzi Arshadi, Hassani, & Emamipour, 2021) مشابه است.

در تبیین دیگری نیز می‌توان عنوان نمود که روابط آزردهنده در تعارضات سبب شکل‌گیری هیجان‌اتی مانند شرم و حالاتی همچون خود انتقادی و سرزنش در زوجین (بالاخص زن‌ها) می‌گردد و تکنیک‌هایی همچون نوشتن نامه یا صندلی مشفق در درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند ابراز هیجانی این احساسات و حالات منفی را تسهیل گرداند. همان‌طور که گیلبرت در یافته‌های خود (Gilbert, Gilbert, & Sangher, 2004)، اشاره داشته‌اند شرم عموماً به دو صورت خود را نشان می‌دهد اول شرمی که به واسطه ارتباطات با دیگران در فرد حضور می‌یابد و دوم شرمی که خود فرد در دیگران موجب می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت شرم به صورت بیرونی و درونی آشکار می‌شود و اغلب افراد به ویژه زوجین شرم درونی را با تمرکز بر خویشتن و دقت بر قضاوت‌های منفی در باره خود تجربه می‌نمایند. همچنین افراد خود انتقادی را نیز متعاقب دو پدیده همچون احساس عدم شایستگی نسبت به خود که منجر به راه اندازی مکانیسم اجتناب و فرار در فرد می‌گردد و شکل آن به صورت نفرت که همسو با تجربه مراجع است رخ می‌دهد این نفرت می‌تواند از خود، بدن فرد یا به خاطر نوع رفتار وی باشد که با به کار بردن صندلی مشفق، یا تصویرسازی مشفق به این مسائل می‌توان در درمان پرداخت و زوجین را جهت رفع آن یاری رساند (Shahar, Carlin, Engle, Hegde, Szepeswol, & Arkowitz, 2012).

در تبیینی دیگر می‌توان گفت تعارض سبب رفتارهای سرزنشی و انتقادی می‌شود و موجب احساس عدم رضایت در زوجین می‌گردد که هم در رویکرد هیجان‌مدار و هم در درمان متمرکز بر شفقت به آن توجه شده است اما برای این موضوع بیشتر از تکنیک‌های درمان متمرکز بر شفقت بهره برده شد. عوامل



سرزنشگری و خود انتقادی در درمان متمرکز بر شفقت با استفاد از الگوی تکاملی مغز قدیم و جدید عنوان شده است. به این صورت که مغز قدیم هیجانی بسیار قدرتمند ولی خردمند نیست این مغز برای تکامل و انگیزه دادن به اجدادمان برای بقا شکل گرفته است و سامانه‌های همچون خشم، ترس و لذت جنسی در آن وجود دارد که یافته‌های پژوهش (Panksepp & Biven, 2012)، آن را تایید می نماید در واقع زمانی که این سامانه شروع به فعالیت می کند سیستم تهدید فعال می شود. این سیستم متمرکز بر نفرت، اضطراب و خشم است، لذا زمانی که این سیستم فعال می شود یک تهدید ادراکی جلب توجه می کند و رفتارهای همچون تسلیم شدن، جنگ یا گریز را به وجود می آورد (Gilbert, 2010). به عنوان نمونه (Baumeister, Bratslavsky, 2001) در پژوهش خود نشان دادند افراد آمادگی بیشتری برای پردازش اطلاعات و خاطرات منفی مربوط به سیستم تهدید در مقایسه با اطلاعات مثبت دارند. در واقع مغز جدید توانایی تفکر، استدلال و رفتارهای خردمندانه را در انسان به وجود می آورد که سبب گرمی و صمیمیت در افراد می شود و می تواند سبب فعال شدن سامانه متمرکز بر امنیت، آرامش و پیوند جویی شود. درمان متمرکز بر شفقت نیز با استفاده از مؤلفه‌های التیام‌بخش همچون، استدلال شفقت‌آمیز و رفتار شفقت‌آمیز به افراد کمک می کند تا با دوری کردن از قضاوت‌های آسیب‌رسان و برچسب زدن به افکار (چه خوب چه بد)، به درک عمیقی از آن رویداد برسند فلذا مهارت‌های مرتبط با استدلال و رفتار خردمندانه سبب فعال شدن سیستم امنیت می شوند.

در یک جمع‌بندی کلی می توان گفت که مؤلفه‌های برگرفته‌شده از درمان متمرکز بر هیجان در طول جلسات این مداخله منجر به خودتنظیمی، شناسایی هیجان‌ات در روابط فعلی و قبلی (سرکوب‌شده)، ابراز هیجان، شناسایی نیازهای دل‌بستگی و هویتی و ابراز آن، توجه به نیازهای خود و دیگری با استفاده از تجربه همدلانه شده که همه این موارد منتج به بهبود روابط افراد شرکت‌کننده در طول جلسات گردیده است. همچنین مؤلفه‌های اقتباس‌شده از درمان متمرکز بر شفقت، همچون توجه به ضرورت مهربانی با خود، علی‌رغم وجود تعارض زوجی، یادگیری مهارت‌های شفقت و هدایت رفتار به سمت سیستم امنیت و آگاهی از تأثیر مغز خردمند در روابط به هنگام مشکلات، موجب شد تا افراد به فراتر از خود رفته و به نیازهای رابطه و مسئولیت‌های زناشویی خود مطلع گردند. در نتیجه مداخلات مرتبط با تلفیق درمان متمرکز بر شفقت و هیجان منجر به تغییراتی در روابط و تعاملات زوجین شد و در نهایت غنای رابطه زوجی را برای افراد شرکت‌کننده در برداشت و متعاقب آن کاهش تعارضات را برای ایشان به همراه داشت.



محدودیت پژوهش

از محدودیت‌های این پژوهش که می‌توان به محدودیت‌های ناشی از ویروس کرونا در سال ۹۹ اشاره داشت که مراجعان برای شرکت در جلسات حضوری ممانعت داشتند و قانع‌سازی آن نیز با مشکلات و مسائل متعددی (خطرات انتقال کرونا برای دیگر افراد خانواده) مواجه بود. همچنین می‌توان به محدودیت شیوه پژوهش که منحصر روش پژوهشی مورد منفرد مرتبط است اشاره داشت که تکرار پرسشنامه‌ها در اندازه‌گیری مکرر سبب بی‌میلی، آشنایی به سؤالات و خستگی در تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله مداخله و پیگیری می‌گردد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به افت و ریزش شرکت‌کنندگان پژوهش در حین اجرا اشاره داشت چراکه پژوهش با مداخله درمانی برای پنج شرکت‌کننده آغاز گردید و در بین جلسات دو نفر از شرکت‌کنندگان انصراف دادند و به دلیل اصول اخلاقی که در ملاک‌های ورود بود از پژوهش کنار گذاشته شدند. نظر به اینکه در این پژوهش درمانگر و پژوهشگر فرد یکسانی بوده، احتمال وجود وفاداری به عمل آزمایش توسط پژوهشگر از دیگر محدودیت‌ها است.

پیشنهاد‌های پژوهشی و کاربردی

طولانی کردن مرحله پیگیری در پژوهش‌های آتی تا سه ماه و حتی پژوهش‌های طولی پیشنهاد می‌شود. پژوهش‌های با رویکردهای دیگر انجام گیرد و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود تأثیر یکپارچه‌شده این دو رویکرد بر روی افراد نمونه که دارای اختلالات روانی یا شخصیت دارند، انجام گیرد. یا حداقل یکی از زوجین دارای اختلالی باشد و تأثیر این اختلال بر تعارض بررسی و مداخله‌ی در جهت بهبود رابطه و انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی به صورت کیفی انجام و داده‌ها بر اساس پویایی رابطه زوجین باشد تا عوامل آسیب‌رسان با توجه به بافت زناشویی مشخص و مداخله متمرکز در جهت عوامل آسیب‌رسان صورت گیرد، همچنین از نقاط قوت زوجین در جهت غنای درمان بر اساس پژوهش کیفی استفاده شود. با توجه به نتایج این پژوهش و به سبب مداخلاتی که توجه به مسائل هویتی/دل‌بستگی، توجه به هیجان و آسیب آن در رابطه، توجه به الگوی تکاملی، عصب‌شناختی و نزدیکی درمان شفقت به فرهنگ شرق استفاده از این شیوه درمانی در مشاوره پیش از ازدواج در جهت خودشناسی زوجین و غنای رابطه که به سبب این مداخله احتمال کاهش آسیب‌های خانواده و مشکلات زناشویی بعد از ازدواج را به همراه دارد، توصیه می‌شود.



اخلاق پژوهش

به دلیل اینکه پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای است، ملاک‌های اخلاقی نظام روانشناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد محرمانگی اطلاعات، تغییر اسامی، جلب رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، از ملاک‌های اخلاقی حاکم بر پژوهش بود.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول اجرای درمان و جمع‌آوری داده‌ها و نگارش، نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده مسئول در نظارت مداخله و نگارش مقاله، نویسنده سوم استاد مشاور در مرحله اجرا، تحلیل و نگارش مقاله مشارکت و همکاری داشته‌اند.

منابع مالی

هزینه مالی پژوهش و انتشار مقاله بر عهده نویسندگان بوده و هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده‌اند.

دسترسی به مواد و داده‌ها

پرسشنامه‌ای که در این پژوهش استفاده شده به آسانی در اختیار محققان است

رضایت برای انتشار

نویسندگان از انتشار مقاله رضایت کامل دارند.

تائید اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

از تمام شرکت‌کنندگان پیش از اجرا رضایت و فرم کتبی آگاهانه گرفته شد و پژوهشگر به آن‌ها اطمینان داد که اطلاعات آن‌ها و نتایج پژوهش محرمانه خواهد بود.

تصریح درباره تعارض منافع

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد (گروه مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان) است و با منافع شخصی و سازمانی هیچ منافاتی ندارد.

سپاسگزاری

بر خود لازم می‌دارم از تمامی شرکت‌کنندگان و اساتید تقدیر و تشکر کنم.



References

- Alami, M., Taimory, S., Ahi, GH., & Bayazi, M.H. (2020). Comparison Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and an Integrated Approach of Schema Therapy based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reduction of Marital Conflicts in Divorce Applicant Couples. *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy* Issue 9, 58- 71. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25382799.1399.9.33.6.3> [Persian].
- Alirezaei, M., Fathi Aghdam, Q., Ghamari, M., & Bazazian, S. (2020). Comparison of the effectiveness of reality therapy and schema therapy on stress syndrome in women with marital conflict. *Journal of Psychiatric Nursing*. 8 (2): 1-13. <http://ijpn.ir/article-1-1500-en.html> [Persian].
- Amani, A., Isanejad I., & Alipour, E. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment group therapy on marital distress, marital conflict, and optimism in married women visited the counseling of Imam Khomeini relief foundation in Kermanshah. *SHENAKHT JOURNAL OF PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*, Volume 5, Number 1; 42-64. <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.5.1.42> [Persian].
- Baumeister, R. F. Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is Stronger than Good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323>
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman P., Hofmann, S.G., & Junghanns, K., (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Consult Clinical Psychology*, 79(3), 307. <https://doi.org/10.1037/a0023421>
- Burpee, LC, & Langer, E.J. (2013). Mindfulness and marital satisfaction, *Journal of Adult Dev*, 12, 43-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s10804-005-1281-6>
- Davis, K. (2017). *Families: a handbook of concepts and techniques for the helping professional*, (Spring translation, F), Tehran: Tazkieh Publications. 1996. <https://www.amazon.com/Just-Forgiveness-Responsible-Excusing-Injustice/dp/0830837019>.
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L.; (2019). Teaching emotion therapy is an empirical approach to change. (Translated by Ramezani, A.; Jamshidnejad, N.).



- Tehran: Arasbaran. (Original language release date: 2013). <https://www.ketabcity.com/bookview.aspx?bookid=2216479> [Persian].
- Farahani, H.; Abedi, A.; Agham Mohammadi, S; & Kazemi, Z. (2013). *Applied principles of individual case studies in behavioral sciences and medical research*. Tehran: Danjeh. <https://www.gisoom.com/book/11487289/> [persian].
- Frye, N., Ganong, L., Jensen, T., & Coleman, M. (2020). A Dyadic Analysis of Emotion Regulation as a Moderator of Associations Between Marital Conflict and Marital Satisfaction Among First-married and Remarried Couples. *Journal of Family Issues* 1–28. <https://doi.org/10.1177/0192513X20935504>
- Gast, (2010). *Single Subject Research Methodology in Behavioral Sciences*. New York: Publisher: Routledge. <https://www.researchgate.net/publication/259105403>
- Ghahari, S., Jamil, L., Farrokhi R., & Davoodi, R. (2020). Comparing the Effects of Emotion-focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Conflict and Emotion Regulation. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 9(2), 121-132. <https://doi.org/10.32598/jpcp.9.2.718.1>. [persian].
- Gharbboluk, M., & Hosseinzadeh, s. (2018). The Effectiveness of mindfulness Training on Quality of Perceptual Marital Relationship and Psychological Well-being of Women with Addicted Wife. *Romanian Journal for Multidimensional Education / Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*. <https://doi.org/10.18662/rrem/35> [persian].
- Ghazanfari, B, Keshavarzi Arshadi, F, Hassani, F, & Emamipour S, (2020). Comparing the Effects of Emotion-Focused Couple Therapy and Choice Theory-Based Couple Therapy on Relationship Quality in Couples With Marital Conflicts. *Journal of Disability Studies*, 11, 38. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23222840.1399.0.0.148.7> [persian].
- Ghobadi, s, & Goodarzi, m, (2021). The effectiveness of EIS couple therapy training on marital conflict and marital boredom in infertile women during quarantine due to COVID-19. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(5), 74-93. <https://dx.doi.org/10.22034/aftj.2022.306751.1210> [persian].



- Gilbert, P. & Procter., S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *13(6)*, 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, p. (2009). Introducing Compassion Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15(3)*, 199-208. DOI:10.1192/APT.BP.107.005264
- Gilbert, p. (2010). Training our minds in, with, and for compassion. *An introduction to concepts and compassion-focused exercises*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Introducing->
- Gilbert, P., Gilbert, J. & Sangher, J. (2004). A focus group exploration of the impact of izzat, shame, subordination, and entrapment on mental health and service use in South Asian women living in Derby. *Mental Health, Religion & Culture*, *7(2)*, 109-130. <https://doi.org/10.1080/13674670310001602418>
- Goudarzi, M, Shiri, F, & Mahmoudi, B,. (2018). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Family Therapy on parent-child conflicts and marital conflict. *Journal of Applied Psychology*, *12(4)*, 531-551. <https://dori.net/dor/20.1001.1.20084331.1397.12.4.4.4> [persian].
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. American Psychological Association <https://doi.org/10.1037/11750-000>
- Greenberg, L. S. (2021). Changing emotion with emotion. In L. S. Greenberg, *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide* (pp. 59–90). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000248-004>
- Greenberg, L. S. & Goldman, N. (2019). *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association, Washington, DC. <https://doi.org/10.1037/0000112-003>
- Halford, W. K. & Snyder, D. K. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*, *43*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.007>
- Halchuk, R. E., Makinen, J. A. & Johnson, M. S. (2010). Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionally Focused Therapy: A Three-Year Follow-Up. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, *9*, 31-47. <https://doi.org/10.1080/15332690903473069>



- Hatamii M & Fadayi M. (2015). Effectiveness of Schema Therapy in Intimacy, Marital Conflict and Early Maladaptive Schemas of Women Suing for Divorce. *Int. J. Adv. Biol. Biom. Res.*, 3 (3), 285-290. http://www.ijabbr.com/article_14289.html
- Jalali, N, Heydari, H, Davoudi, H, & Aleyasin, S. (2019). A Comparison between the Effectiveness of Training Intervention Based on an Emotionally Focused Approach and Gottman's Relationship Enrichment Approach on Women's Marital Conflicts. *Cultural Psychology*, 3(1), 41-62. <https://dx.doi.org/10.30487/jcp.2019.94130> [persian].
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). The Differential Effectiveness of Experiential and Problem-Solving Interventions in Resolving Marital Conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53, 175-184. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9373-z>
- Kianipour, F., & Aminiha A. (2020). The effectiveness of emotion-focused couple therapy in emotional divorce and the quality of the relationship with the spouse's family. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2, 195-212 <https://dori.net/dor/20.1001.1.22516654.1398.9.2.9.5> [persian].
- Long, L., & Yang, M. (2007). *Counseling and treatment issues in the couple*. Translated by Ali Mohamad Nazari, (2018). Tehran: Avaye Noor Publisher. <https://www.adinehbook.com/gp/product/6003090194>
- MacIntosh, H. B. Fletcher, K. & Ainsworth, L. (2019). Measuring Mentalizing in Emotionally Focused Therapy for Couples With Childhood Sexual Abuse Survivors and Their Partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. <https://doi.org/10.1080/15332691.2019.1590274>
- Najafi, M., Soleimani, A.A., Ahmadi, Kh., Javidi, N., Hosseini Kamkar, A., & Pirjavid, F. (2012). Evaluation of the effectiveness of emotion-based couple therapy on increasing marital adjustment and promoting physical health. *Psychology of infertile couples. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology, and Infertility*, 17 (133): 8-21. <https://doi.org/10.22038/IJOGI.2015.3703> [Persian].
- Nawabi Nejad, Sh., & saadati, N. (2014). *Common complaints in couple therapy: new methods in treating couple conflict*. Tehran. Jungle. <https://www.amazon.com/Common-Complaints-Couple-Therapy-Author/dp/B00XWR8VR2> [persian].



- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: Norton. <https://doi.org/13:978-0393705317>
- Rasuoli., A. (2017). Developing the Model of Family Functioning based on the Components of Hope, Intimacy and Marital Conflicts in Couples. *Iranian Journal of Nursing Research*. 12(4). 1-8. <http://dx.doi.org/10.21859/ijnr-12041>. [persian].
- Russell, K. (2016). *CFT Made Simple: A Clinician's Guide to Practicing Compassion-Focused Therapy*. New Harbinger Publications, Inc. <https://www.amazon.com/CFT-Made-Simple-Clinicians-Compassion-Focused/dp/1626253099>
- sanei zaker, B., Barati, T., & Bustani, A. (2009). Family and marriage scales. Besat Publications. <https://elmnet.ir/article/31717152-81171>[persian].
- Shahar, B. Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O. & Arkowitz, H. (2012). A Pilot Investigation of Emotion-Focused Two-Chair Dialogue Intervention for Self-Criticism. *Clinical psychology and psychotherapy*, 19, 496-507. <https://doi.org/10.1002/cpp.762>
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annu. Rev. Psychol.*, 57, 317-344. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070154>
- Wiesel, I. Shahar, B. Goldman, R. N. & Kalifa, E. B. (2021). Accuracy and Bias in Vulnerability Perceptions of Partners Undergoing Emotion-Focused Therapy for Couples. *Family Process*, 60(2), 377-392. <https://doi.org/10.1111/famp.12587>
- Zaal, B., Arab, A., & Sanagouye-Moharer, GhR. (2020). Comparing the Effects of Forgiveness and Self-Compassion Training on Marital Conflicts in Females Facing Marital Infidelity. *MEJDS*, 10:192: 1-8. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23222840.1399.10.0.229.8>

