

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy on Family Function and Cognitive Flexibility of Couples

Article Info

Authors:

Hossein Salehi¹
Ali Jahangiri^{2*}
Abolfazl Bakhshipour³

Keywords:

Cognitive Flexibility, Family Function, Acceptance and Commitment Couple Therapy, Cognitive-Behavioral Couple Therapy

Article History:

Received: 2021-10-01
Accepted: 2022-01-03
Published: 2022-03-02

Correspondence:

Email: a15um@hotmail.com

Abstract

Purpose: The rising trend of divorce statistics and the existence of turmoil in couples relationships has increased the motivation of researchers to find less costly intervention methods to reduce couples problems. The aim of this study was to comparing the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on family function and cognitive flexibility of couples.

Methodology: This study was a quasi-experimental with pre-test, post-test and two-months follow-up with a control group. The statistical population included all couples who referred to mehrai counseling center in Ashkhaneh during 2019, among them, 60 people were selected by the available method and assigned to three equal groups. Therapeutic interventions were applied for each of the two couples therapy approaches in 12 sessions, 1 session per week and 90 minutes per session, But the control group did not receive any medical intervention. Demographic information checklist, family assessment device (Epstein & et al, 1983) and cognitive flexibility inventory (Dennis & VanderWal, 2010) were used to collect data. Data were analyzed by descriptive statistics and analysis of variance with repeated measures using SPSS-26 statistical software.

Findings: There was a significant difference in the linear composition of the Family Function and its dimensions include the tendency to (problem solving, communication, roles, involvement and affective responsiveness and behavior control) to difficult situations in terms of group membership, and the interactive effect of the group and time ($P=0.001$). Besides, the two treatment groups (acceptance and commitment, cognitive-behavioral couple therapy) showed significant differences with the control group in terms of the components of psychological flexibility and its dimensions ($P=0.009$). Cognitive-behavioral couple therapy has a greater effect on the functioning of couples' families than acceptance and commitment couple therapy ($P=0.001$), but there was no significant difference between the intervention methods on cognitive flexibility ($P=0.092$).

Conclusion: The results showed the importance of both methods on family functioning and cognitive flexibility of couples. Therefore, counselors and therapists can use these methods, especially cognitive-behavioral couple therapy to intervene in the mental health of couples.

-
1. PhD Student of Consultation, Department of psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.
 2. Assistant Professor, Department of Psychology and Consultation, Payame-Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author).
 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.
-

مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین

حسین صالحی^۱، علی جهانگیری^{۲*}، ابوالفضل بخشی‌پور^۳

چکیده

هدف: سیر صعودی آمار طلاق و وجود تعارضات و آشفتگی‌های روابط زوجین انگیزه محققان برای یافتن روش‌های مداخله‌ای مقرون به صرفه جهت کاهش مشکلات زوجین را افزایش داده است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین انجام شد.

روش: این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره مهرسای شهر آشنانه در سال ۱۳۹۸ بودند، که از بین آن‌ها تعداد ۶۰ نفر با روش در دسترس انتخاب و در سه گروه مساوی گمارش شدند. مداخلات درمانی برای هر یک از رویکردهای زوج‌درمانی طی ۱۲ جلسه، ۱ جلسه در هفته و هر جلسه ۹۰ دقیقه اعمال شد، اما گروه گواه مداخله درمانی دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از چک لیست اطلاعات دموگرافیک، مقیاس عملکرد خانواده (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳) و مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰) استفاده شد. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر با نرم‌افزار آماری SPSS-26 تحلیل شد.

یافته‌ها: در ترکیب خطی متغیرهای کارکرد خانواده و ابعاد آن (حل مسأله، ارتباطات، نقش‌ها، همراهی و پاسخ‌گویی عاطفی و کنترل رفتار) برحسب عضویت گروهی اثر تعاملی گروه و زمان معنادار بود ($P=0/001$). تفاوت میانگین نمره گروه زوج‌درمانی پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری با گروه گواه در انعطاف‌پذیری شناختی معنادار بود ($P=0/009$). زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده زوجین تأثیر بیشتری داشت ($P=0/001$)، اما بین روش‌های مداخله بر انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/092$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده اهمیت هر دو روش بر کارکرد خانواده و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین بود. بنابراین، مشاوران و درمانگران می‌توانند از روش‌های مذکور به‌ویژه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری برای مداخله در بهداشت روانی زوجین استفاده نمایند.

کلید واژه‌ها: انعطاف‌پذیری شناختی، کارکرد خانواده، زوج‌درمانی پذیرش و تعهد، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری

۱. دانشجوی دکترای مشاوره، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاداسلامی، بجنورد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاداسلامی، بجنورد، ایران.

مقدمه

ازدواج^۱ به عنوان یکی از مهم ترین رسوم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی، روانی و اجتماعی مورد تأیید همگان است، اما برآورده نشدن هر یک از انتظارات در ازدواج می تواند با تعارضات زناشویی و طلاق^۲ همراه شود (رایامو و پارک^۳، ۲۰۲۰). بررسی آمارها نشان دهنده افزایش طلاق در خانواده های ایرانی است (بخشی پور و همکاران، ۱۳۹۹)؛ به طوری که براساس جدیدترین داده های مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۹ نسبت ازدواج به طلاق در کل کشور ۴/۲ است، که به معنای ثبت یک طلاق به ازای هر چهار ازدواج می باشد. همچنین، سال گذشته در ۹ ماهه ابتدایی ۱۳۶ هزار و ۶۵۱ مورد طلاق به ثبت رسیده که در مقایسه با بازه زمانی ۵ سال قبل طلاق روندی صعودی داشته است (جمشیدزهی، کهرزائی و شیرازی، ۱۴۰۰). این در حالی است که یکی از عوامل زمینه ساز طلاق می تواند کارکرد خانوادگی^۴ نامناسب و سازگاری شناختی پایین در زوجین باشد (هوانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۱).

مطالعه زوجین در حال طلاق نشان می دهد که تنش های زناشویی بر کارکرد خانواده تأثیر دارد (دیورایس^۶ و همکاران، ۲۰۲۰؛ صدقی، غفاری و کاظمی، ۱۴۰۰). کارکرد خانواده یعنی توانایی خانواده در انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل کردن تعارضات، همبستگی میان اعضا، موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرزها و اجرای مقررات حاکم بر این نهاد که با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است (پورتس و هاوول^۷، ۱۹۹۲ به نقل از سعیدپور، اصغری و صیادی، ۱۳۹۷). الگوی مک مستر^۸ کارایی خانواده را در سه دسته وظایف بنیادی^۹، وظایف رشدی^{۱۰} و رویدادهای مخاطره آمیز^{۱۱} دسته بندی می نماید. طبق این الگو، ملاک کارایی خانواده توانایی در تحقق وظایف و کارکردهایش می باشد (اپشتاین، بیشاب و لوین^{۱۲}، ۱۹۷۸ به نقل از عبداللهی و همکاران، ۱۳۹۹). لذا انجام درست نقش ها و تکالیف زناشویی برای کارکرد خانواده حیاتی است و هر گونه نابسامانی در روابط زوجین می تواند کارایی آن را مختل سازد (نعمتی سوگلی تپه و همکاران، ۱۳۹۹).

از دیگر سو، از جمله سازه های روان شناختی که تحت تأثیر کارکردهای خانواده رشد و تحول می یابد، انعطاف پذیری شناختی^{۱۳} است (وو، چن و جن^{۱۴}، ۲۰۲۱). انعطاف پذیری شناختی فرد را قادر می سازد که در برابر فشارها، چالش ها و سایر مسائل زندگی زندگی برخورد مناسبی داشته باشد (آران فیلیپتی و کرام^{۱۵}، ۲۰۲۰). برخی پژوهشگران انعطاف پذیری شناختی را توانایی تغییر آماهی های شناختی به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی تعریف کرده اند (وو و همکاران، ۲۰۲۱). انعطاف پذیری شناختی طیف گسترده ای از توانایی های انسان را در برمی گیرد، از تشخیص و سازگاری با خواسته های محیطی گرفته تا تغییر راهبردهای رفتاری، زمانی که این راهبردها کارکرد فردی و اجتماعی شخص را به خطر می اندازند، انعطاف پذیری شناختی موجب حفظ تعادل میان حوزه های مختلف زندگی می شود و شخص را آگاه از محیط و متعهد به رفتارهایی می کند که با ارزش های فردی اش همسو باشد (رئیس ناصحی و همکاران، ۱۳۹۹). افرادی که از نظر شناختی انعطاف پذیر هستند، در تعاملات فردی و خانوادگی مسئولیت پذیرتر از کسانی هستند که انعطاف پذیری کمتری به لحاظ شناختی داشته اند. از این رو، انتظار می رود زوجینی که دارای انعطاف پذیری شناختی هستند، تمایل و توان بیشتری برای پذیرش تفاوت های فردی و مواجهه مناسب با تعارضات زناشویی داشته باشند (آران فیلیپتی و کرام، ۲۰۲۰).

1. Marriage
2. Marital conflicts & divorce
3. Raymo & Park
4. Family function
5. Huang
6. Durães
7. Portes & Hovel
8. McMaster
9. Basic tasks
10. Developmental tasks
11. Hazardous events
12. Epstein, Bishop & Levin
13. Cognitive flexibility
14. Wu, Chen & Jen
15. Arán Filippetti & Krumm

شواهد فراوان گویایی آن است که زوجین در جامعه امروزی اغلب برای برقراری مجدد سطوح اعتماد و رضایت در رابطه خود، به‌ویژه موضوعات مربوط به کارکرد خانواده و پیوندهای هیجانی با افراد مهم زندگی برای درمان مراجعه می‌کنند. به همین خاطر نیاز ما به رویکردهای مؤثر و به‌طور تجربی حمایت شده برای زوج‌درمانی مورد تأکید قرار گرفته است. زوج‌درمانی به طیف وسیعی از مدل‌های درمانی اشاره دارد که خواستار تغییر و اصلاح رابطه با هدف افزایش کیفیت زندگی زناشویی یا بهبود ناکارآمدی‌های زناشویی^۱ هستند. در واقع زوج‌درمانی در موقعیت‌های متنوعی که ناکارآمدی ارتباطی یا ناتوانی در فرد متأهلی وجود داشته باشد، کاربرد دارد. مشخص‌ترین حوزه کاربرد زوج‌درمانی زمانی است که تعارض‌های زناشویی آشکاری وجود دارد که به ناراحتی مشخص و شدید زوج منجر شود (باوکوم، اسنایدر و کوپ‌گوردون^۲، ۲۰۱۱ ترجمه موزیری و نادری، ۱۳۹۸).

پژوهشگران با این چالش روبرو هستند که زوج‌درمانی را برای انواع گوناگون زوجین کارآمدتر سازند (پورسردار و همکاران، ۱۳۹۷). در همین راستا و به‌منظور افزایش کیفیت زندگی زناشویی رویکردهای گوناگونی وجود دارد که از جمله می‌توان به زوج‌درمانی شناختی-رفتاری^۳ اشاره کرد (روسن^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). در زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، مسائل و مشکلات زناشویی ناشی از پردازش اطلاعات نامناسب در نظر گرفته می‌شود که به دلیل تفسیرهای تحریف شده از رویدادهای ارتباطی و یا انتظارات غیرمنطقی از چگونگی عملکرد رابطه پدید می‌آید (باوکوم و همکاران، ۲۰۱۱ ترجمه موزیری و نادری، ۱۳۹۸). این رویکرد با استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های زندگی تلاش می‌کند تا رفتار و شیوه تعامل زوجین را از طریق تغییر افکار، تصورات، تفسیرها و شیوه پاسخ‌دهی آن‌ها تغییر دهد (اپشتاین و همکاران، ۲۰۱۹). زوج‌درمانی شناختی-رفتاری به‌طور همزمان به نقش فرایندهای شناختی و رفتاری توجه می‌کند و فرصتی فراهم می‌آورد تا زوجین بتوانند شیوه‌های لازم برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارها را بیاموزند و در آینده به هنگام رویارویی با مسائل مختلف از آن‌ها استفاده کنند. این رویکرد براین فرضیه استوار است که تغییر در روابط آشفته باید از طریق راه‌هایی که در آن زوجین روابطشان را تعبیر و ارزیابی می‌کنند، صورت گیرد و در روندهای جدید این شیوه درمانی علاوه بر تحریف‌های شناختی، ویژگی‌های شخصیتی و تفاوت‌های فردی، ترجیحات و انگیزه‌های منحصر به فرد هر کدام از زوجین مدنظر قرار می‌گیرد (هاپن^۵ و همکاران، ۲۰۲۱).

علی‌رغم این‌که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری خود را به‌عنوان درمانی با پشتوانه تجربی برای آشفتگی‌های زناشویی تثبیت کرده است، اما نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که سودمندی این روش درمانی بر سیر تغییر سازه‌های زناشویی در طول زمان پایدار نبوده و نتایج در این زمینه متناقض می‌باشد (جرانیک^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). حال آن‌که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷، مشکلات زناشویی را به‌گونه‌ای متفاوت مفهوم‌سازی می‌کند. این رویکرد بر کنترل محتوای تفکر و عواطف تأکید دارد و بر آن است تا افراد آگاهی بیشتری نسبت به تصمیمات خود داشته و نسبت به آن متعهد باشند (ولسر و اوکانل^۸، ۲۰۲۱). از این‌رو، این شیوه درمانی به مراجع کمک می‌کند تا به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دست یابد (صدقی و همکاران، ۱۴۰۰). براین اساس، حفظ و گسترش پریشانی، تعارض و فاصله عاطفی بین زوجین از ترکیب راهبردهای کنترل و اجتناب تجربی در رابطه زناشویی ناشی می‌شود. در نظر گرفتن افکار به منزله واقعیت، ارزیابی‌های منفی‌گرایانه و عمل کردن بر طبق آن‌ها موجب حفظ چرخه ارتباطی منفی زوجین می‌شود (ریردون، لاورنس و مازورک^۹، ۲۰۲۰).

فرا تحلیل‌های زوج‌درمانی تأکید می‌کنند که رویکردهای گوناگونی در درمان آشفتگی زوجین، بهبود بالینی و آماری معناداری برای بخش قابل توجهی از زوجین به ارمغان آورده‌اند و متوسط افرادی که زوج‌درمانی دریافت می‌کنند از ۰/۸۰ درصد

1. Marital dysfunction

2. Baucom, Snyder & CoopGordon

3. Cognitive-behavioral couple therapy

4. Rosen

5. Hoppen

6. Jarnecke

7. Acceptance and commitment couple therapy

8. Walser & O'Connell

9. Reardon, Lawrence & Mazurek

افرادی که تحت هیچ درمانی قرار نگرفته‌اند، بهبود بیشتری نشان می‌دهند (پورسردار و همکاران، ۱۳۹۷). مرادی و چارداولی (۱۳۹۵) و شکراله‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش‌های مستقلی نشان دادند که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر تعارض و بی‌رمقی زناشویی و افزایش کیفیت زندگی در متقاضیان طلاق اثربخشی داشته است. صدقی و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان دادند که زوج‌درمانی پذیرش و تعهد در مقایسه با زوج‌درمانی متمرکز بر تئوری انتخاب در بهبود تعاملات زناشویی مؤثرتر بوده است. همچنین، یافته‌های جمشیدزهی و همکاران (۱۴۰۰) حاکی از سودمندی زوج‌درمانی به شیوه پذیرش و تعهد بر کاهش میل به طلاق در میان زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود.

با توجه به این که مقوله پایداری ازدواج و کاهش مشکلات زناشویی برای تأمین بهداشت روانی خانواده و جامعه حائز اهمیت می‌باشد، شناسایی مداخلات درمانی که بر کاهش این مشکلات مؤثر باشند، از لحاظ نظری و بالینی حائز اهمیت فراوانی است (اپشتاین و همکاران، ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی حاکی از این است که رویکردهای زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد می‌توانند در زمینه کاهش تنش‌های زناشویی مؤثر باشند (نظری و همکاران، ۱۴۰۰). عمده‌ی پژوهش‌های انجام شده با استفاده از این رویکردها برای زوجین آشفته یا دارای اختلالات روان‌شناختی مثل اختلالات خلقی و اضطرابی و عملکرد جنسی انجام شده است و کمتر برای ارتقای کارکرد خانواده زوجین عادی به کار گرفته شده‌اند. به نظر می‌رسد تمرکز بر کارکرد خانواده و سازه‌های شناختی در ارتقای کیفیت زناشویی مؤثر باشد و به‌واسطه به‌کارگیری این رویکردها می‌توان بر غنای زندگی زوجین افزود (شهبازفر و همکاران، ۱۳۹۹). از دیگر سو، پژوهش‌های اندکی در زمینه مقایسه‌ی اثربخشی این دو رویکرد بر ویژگی‌های روان‌شناختی و خانوادگی زوجین در دسترس است که نیاز به انجام پژوهش در این حیطه را ضروری می‌نماید. در صورت تأیید مؤثر بودن روش‌های درمانی فوق‌الذکر پس از بررسی در پژوهش حاضر، گزینه‌های بیشتری برای زوج‌درمانگران در جهت کاهش مشکلات زوجین در دسترس خواهد بود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین انجام شد.

روش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره مهرسای شهر آشنخانه در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد. در این پژوهش جهت تعیین حجم نمونه علاوه بر نرم‌افزار G*Power (فاول^۱ و همکاران، ۲۰۰۹)، از فرمول مقایسه میانگین استفاده شد. نرم‌افزار G*Power نشان داد برای دستیابی به توان آماری ۰/۹۰ با اندازه اثر ۰/۸ در سطح معناداری ۰/۰۵ به حداقل ۱۵ آزمودنی در هر گروه نیاز است. طبق پژوهش شهبازفر و همکاران (۱۳۹۹) $\sigma = 1/80$ (انحراف معیار)، $d^2 = 2/123$ (دقت مطالعه)، $\text{Power} = 0/90$ (توان آزمون) و $\alpha = 0/05$ (آلفا) در نظر گرفته شد. براساس معادله بالا حجم نمونه ۱۴/۱۰ برآورد شد اما برای افزایش اطمینان تعداد ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی (پرتاب تاس) در سه گروه مساوی ۱۰ زوجی (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند، به این صورت که اعداد ۱ و ۲ برای گروه آزمایش اول (ACCT)، اعداد ۳ و ۴ برای گروه آزمایش دوم (CBCT) و اعداد ۵ و ۶ برای گروه گواه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2\sigma_d^2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\delta^2}$$

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تمایل و رضایت جهت مشارکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۵ الی ۴۵ سال، متأهل بودن و گذشت بیش از ۲ سال از ازدواج، کسب نمره برش در مقیاس خودگزارشی، سواد خواندن و نوشتن و تکمیل کامل مقیاس‌ها و توانایی حضور در تمامی جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: عدم رضایت و تمایل برای مشارکت، غیبت

^۱. Faul, Erdfelder, Buchner & Lang

بیش از ۲ جلسه از حضور در جلسات، ابتلاء به سوءمصرف مواد یا بیماری‌های مزمن طبی یا روانپزشکی و شرکت در درمان‌های دیگر همزمان با اجرای پژوهش حاضر بود.

پس از هماهنگی با مسئولین مرکز و اعلام فراخوان از سوی پژوهشگر از میان زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره مه‌رسا با روش دسترس، براساس مصاحبه بالینی ساختارمند و همچنین، با به کارگیری ملاک‌های ورود و خروج از بین زوجینی که مایل به همکاری بودند و با توجه به نمره ابزارهای پژوهش تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی در سه گروه مساوری ۱۰ زوجی (هر گروه ۲۰ نفر) قرار قرار گرفتند. زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد هر کدام به‌صورت ۱۲ جلسه، ۱ جلسه در هفته و هر جلسه به‌مدت ۱/۵ ساعته (۹۰ دقیقه‌ای) برای گروه‌های آزمایش اعمال شد اما گروه گواه این مداخلات را دریافت نکرد. یک هفته پس از اتمام جلسات درمانی، مرحله پس‌آزمون و دوماه پس از آن نیز مرحله پیگیری انجام شد. زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل لو و مک‌کی^۱ (۲۰۱۷) و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری با توجه به پروتکل داتیلو^۲ (۲۰۱۰) انجام شد. این پروتکل‌ها ابتدا توسط چند متخصص زوج‌درمانی دارای مدرک دوره زوج‌درمانی و برگزارکننده کارگاه‌های زوج‌درمانی ترجمه و از لحاظ علمی مورد تأیید قرار گرفتند. در مطالعه حاضر نیز دامنه اعتبار ارزیابی‌کنندگان به‌ترتیب برای پروتکل زوج‌درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری با روش ضریب همبستگی پیرسون (۰/۷۶ تا ۰/۸۲) و (۰/۷۲ تا ۰/۷۹) و براساس محاسبه ضریب کاپا (۰/۷۳ تا ۰/۹۲) و (۰/۷۶ تا ۰/۹۰) ارزیابی شد. در این مدت گروه گواه هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار (انتظار درمان) قرار داده شدند تا در پایان برنامه درمانی و در صورت سودمند بودن، آن‌ها نیز تحت این برنامه‌ها قرار بگیرند. این پژوهش دارای تأییدیه اصول اخلاقی پژوهش از دانشگاه آزاداسلامی واحد بجنورد است. در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به‌صورت کلی اطمینان لازم داده شد. خلاصه محتوای برنامه‌های مداخلاتی به تفکیک در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از محتوای جلسات زوج‌درمانی شناختی-رفتاری

جلسه/محتوای آموزش (هدف)	شیوه مداخله
جلسه اول: برقراری ارتباط	آشنایی با مدل شناختی-رفتاری و اهداف مداخله
جلسه دوم: مهارت رفتاری	ایفای نقش، شناخت الگوهای تقویت و تنبیه، تنظیم تبادلات رفتاری
جلسه سوم: مهارت رفتاری	قراردادهای وابستگی، وارونه‌سازی نقش
جلسه چهارم: مهارت رفتاری	جرأت ورزی، آزمایش رفتاری و تمرین آن
جلسه پنجم: مهارت رفتاری	گوش دادن فعال، مهارت فرستنده و گیرنده
جلسه ششم: مهارت رفتاری	تعیین تعاملات منفی خاص، تمرین ارتباط کارآمد
جلسه هفتم: عوامل شناختی	پیکان نزولی، تشخیص افکار خودآیند و هیجانات
جلسه هشتم: عوامل شناختی	تشخیص طرحواره‌ها، فرایندهای شناختی
جلسه نهم: عوامل شناختی	تبیین رفتار همسر، تشخیص خطاهای شناختی
جلسه دهم: عوامل شناختی	الگوهای اسنادی، تبیین انتظارات غیرواقع بینانه
جلسه یازدهم: مهارت حل مسأله	ارزیابی و تمرین حل مسأله، برنامه‌ریزی فعالیت
جلسه دوازدهم: مهارت حل تعارض	شناسایی و تمرین روش‌های حل تعارض

^۱. Lev & McKay

^۲. Dattilio

جدل ۲. خلاصه‌ای از محتوای جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

محتوای آموزش (هدف)	شیوه مداخله
جلسه اول: برقراری ارتباط	مشخص کردن انتظارات و اهداف، قراردادهای اولیه
جلسه دوم: مفهوم‌سازی مشکل	مفهوم‌سازی مشکل از دیدگاه اعضا و مشاور (استعاره چاله و بیلچه)
جلسه سوم: ماندن یا رفتن	انتخاب، ارتباط سالم (گشودگی، تمرکز و اشتیاق)
جلسه چهارم: مشکل زوجین (۱)	سم: حصار ذهن، پادزهر: رهایی از ذهن
جلسه پنجم: مشکل زوجین (۲)	سم: انتظارات، پادزهر: تضعیف انتظارات (نه حذف آنها)
جلسه ششم: مشکل زوجین (۳)	سم: ارزش مبهم، پادزهر: ارزش‌های واضح و تسلط بر مهارت‌ها برای حرکت در جهت ارزش
جلسه هفتم: مشکل زوجین (۴)	سم: قطع ارتباط، پادزهر: یکی شدن با همسر (گشودگی، پذیرش و کنجکاو)
جلسه هشتم: مشکل زوجین (۵)	سم: تلاش برای اجتناب، پادزهر: تمایل به رنج، معرفی روش‌های کنترل
جلسه نهم: ارزش‌ها	ارزش‌های زوجی، شناسایی موانع در برابر ارزش‌ها، انتخاب یک ارزش زوجی و عینی کردن
جلسه دهم: موانع درونی	شناسایی موانع عمل، پادزهر: پذیرش و گسلش
جلسه یازدهم: موانع بیرونی	پادزهر موانع بیرونی تغییر: حل مسأله
جلسه دوازدهم: مه روانشناختی	معرفی مه روانشناختی و لایه‌های آن (لایه بایدها، ای کاش و ...)

در ابتدا، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان سنجش شد. سپس آزمودنی‌ها مقیاس‌های زیر را قبل و بعد از برنامه‌های مداخلاتی و پس از توضیح دستورالعمل نحوه پاسخ‌دهی تکمیل نمودند. مقیاس کارکرد خانواده^۱ به‌منظور سنجش کارکرد خانواده به‌وسیله اپشتاین و همکاران در سال ۱۹۸۳ تدوین و دارای ۶۰ سؤال با ۶ زیرمقیاس شامل حل مسأله، ارتباطات، نقش‌ها، همراهی عاطفی، پاسخ‌گویی عاطفی و کنترل رفتار می‌باشد. این ابزار توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (کاملاً موافقم= نمره ۱ تا کاملاً مخالفم= نمره ۴) مشخص می‌نماید و سئوالاتی که توصیف‌کننده کارکرد خانواده ناسالم هستند، نمره معکوس می‌گیرند. دامنه نمرات اکتسابی در مقیاس کارکرد خانواده بین ۶۰ تا ۲۴۰ قرار دارد، که نمرات بالاتر نشانگر کارکرد ضعیف خانواده و نمرات پایین‌تر نشانگر کارکرد بهتر خانواده است. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را ۰/۸۹ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌های بین ۰/۷۲ الی ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (بزازیان و همکاران، ۱۳۹۷). در ایران نیز در مطالعات متعددی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس تأیید شده است. چاوشی، یزدی و حسینیان (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را ۰/۸۸ و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۷۱ الی ۰/۸۹ و روایی همگرا و واگرایی این ابزار را در دامنه‌های بین ۰/۳۸- الی ۰/۴۶- گزارش کرده‌اند. همچنین، بزازیان و همکاران (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را ۰/۸۷ و ضریب تنصیف این ابزار را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌های بین ۰/۶۹ الی ۰/۷۴ محاسبه شد.

مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی^۲ به‌وسیله دنیس و وندروال^۳ در سال ۲۰۱۰ به‌منظور سنجش انعطاف‌پذیری شناختی تدوین و دارای ۲۰ سؤال با ۳ زیرمقیاس شامل میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل (ادراک کنترل‌پذیری)، توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها (ادراک توجیه رفتار) و توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت (ادراک گزینه‌های مختلف) می‌باشد. نمره‌گذاری سئوالات در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم= نمره ۱ تا کاملاً موافقم= نمره ۷) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی در مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی بین ۲۰ تا ۱۴۰ قرار دارد، که نمرات بالاتر نشانگر انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمرات پایین‌تر

1. Family Assessment Device (FAD)

2. Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

3. Dennis & VanderWal

نشانه‌گر انعطاف‌پذیری شناختی کمتر است. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) پایایی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۸۴ الی ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی در دامنه‌ای بین ۰/۷۵ الی ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران همچنین، روایی همزمان این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک^۱ برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین^۲ ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز در مطالعات متعددی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس تأیید شده است (جعفری، ۱۳۹۹). احمدی و قربانی (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۳ و جعفری (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۳ الی ۰/۷۹ محاسبه شد.

به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، پیش‌فرض‌های آماری و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۳. فراوانی و درصد داده‌های جمعیت‌شناختی در زوجین

متغیرها	ACCT		CBCT		گروه گواه		سطح معناداری
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سطح تحصیلات	۶	۳۰	۷	۳۵	۶	۳۰	۰/۵۸۰
	۱۰	۵۰	۱۰	۵۰	۹	۴۵	
	۴	۲۰	۳	۱۵	۵	۲۵	
شغل	۷	۳۵	۶	۳۰	۶	۳۰	۰/۳۵۹
	۱۳	۶۵	۱۴	۷۰	۱۴	۷۰	
تعداد سال‌های ازدواج	۶	۳۰	۵	۲۵	۶	۳۰	۰/۵۲۱
	۱۴	۷۰	۱۵	۷۵	۱۴	۷۰	
وضعیت مالی	۶	۳۰	۷	۳۵	۶	۳۰	۰/۴۰۶
	۱۰	۵۰	۹	۴۵	۹	۴۵	
	۴	۲۰	۴	۲۰	۵	۲۵	
تعداد فرزند	۵	۲۵	۵	۲۵	۴	۲۰	۰/۶۱۱
	۸	۴۰	۹	۴۵	۹	۴۵	
	۷	۳۵	۶	۳۰	۷	۳۵	

داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی در گروه ACCT، $2/17 \pm 42/00$ سال؛ گروه CBCT، $2/54 \pm 42/30$ سال و در گروه گواه، $2/10 \pm 42/14$ سال بود. بین گروه‌های پژوهش از نظر سطح تحصیلات، وضعیت شغل، مدت زمان زندگی مشترک، تعداد فرزند و وضعیت اجتماعی-اقتصادی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$). در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و ابعاد آن‌ها در آزمودنی‌ها در مراحل مختلف سنجش ارائه شده است.

¹. Beck

². Martin & Rubin

جدول ۴. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مراحل سنجش (تعداد در هر گروه = ۲۰ نفر)

متغیر پژوهش	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		انحراف‌معیار \pm میانگین	انحراف‌معیار \pm میانگین	انحراف‌معیار \pm میانگین
حل مسأله	ACCT	۱۲/۸۷ \pm ۰/۳۴	۱۴/۵۵ \pm ۰/۶۹	۱۵/۰۰ \pm ۰/۹۰
	CBCT	۱۲/۹۳ \pm ۰/۵۵	۱۵/۱۷ \pm ۱/۱۳	۱۵/۲۰ \pm ۱/۲۵
	گواه	۱۳/۶۷ \pm ۱/۱۱	۱۲/۱۹ \pm ۰/۷۶	۱۲/۰۷ \pm ۰/۷۰
ارتباطات	ACCT	۱۴/۰۰ \pm ۲/۲۴	۱۷/۱۶ \pm ۳/۵۴	۱۷/۴۳ \pm ۳/۸۸
	CBCT	۱۱/۴۵ \pm ۱/۱۹	۱۵/۳۷ \pm ۲/۶۵	۱۵/۵۹ \pm ۲/۸۷
	گواه	۱۲/۱۶ \pm ۱/۷۳	۱۱/۲۸ \pm ۱/۱۴	۱۱/۱۳ \pm ۱/۱۰
نقش‌ها	ACCT	۱۰/۹۹ \pm ۰/۴۸	۱۴/۱۳ \pm ۱/۹۹	۱۵/۱۵ \pm ۲/۶۳
	CBCT	۱۲/۱۳ \pm ۱/۱۵	۱۶/۸۷ \pm ۲/۸۷	۱۶/۷۰ \pm ۲/۸۸
	گواه	۱۱/۰۰ \pm ۰/۲۷	۹/۵۵ \pm ۰/۱۵	۹/۴۳ \pm ۰/۱۷
همراهی عاطفی	ACCT	۱۵/۹۸ \pm ۳/۸۶	۱۷/۶۵ \pm ۴/۱۶	۱۷/۷۷ \pm ۴/۲۰
	CBCT	۱۴/۶۶ \pm ۲/۱۶	۱۶/۸۹ \pm ۲/۴۳	۱۶/۹۳ \pm ۲/۵۰
	گواه	۱۴/۷۸ \pm ۳/۵۲	۱۱/۱۷ \pm ۱/۳۲	۱۰/۹۷ \pm ۱/۱۰
پاسخ‌گویی عاطفی	ACCT	۱۱/۲۸ \pm ۲/۶۳	۱۵/۶۶ \pm ۵/۹۵	۱۵/۳۹ \pm ۵/۴۰
	CBCT	۱۰/۳۲ \pm ۱/۱۱	۱۴/۲۷ \pm ۴/۷۵	۱۴/۳۰ \pm ۴/۷۷
	گواه	۱۱/۷۵ \pm ۱/۲۷	۱۰/۱۲ \pm ۰/۶۱	۱۰/۱۰ \pm ۰/۵۸
کنترل رفتار	ACCT	۱۴/۶۶ \pm ۱/۹۹	۱۷/۳۶ \pm ۲/۵۵	۱۷/۳۰ \pm ۲/۲۳
	CBCT	۱۲/۵۴ \pm ۰/۸۵	۱۴/۴۶ \pm ۱/۳۱	۱۴/۹۰ \pm ۱/۴۰
	گواه	۱۲/۳۹ \pm ۰/۶۶	۱۰/۳۱ \pm ۰/۵۱	۱۰/۱۵ \pm ۰/۴۰
کارکرد خانواده	ACCT	۷۹/۷۸ \pm ۱۱/۵۴	۹۶/۵۱ \pm ۱۸/۸۸	۹۸/۰۴ \pm ۱۹/۲۴
	CBCT	۷۰/۰۳ \pm ۷/۰۱	۹۳/۰۳ \pm ۱۵/۱۴	۹۳/۶۲ \pm ۱۵/۶۷
	گواه	۷۵/۷۵ \pm ۸/۵۶	۶۴/۶۲ \pm ۴/۴۹	۶۴/۸۵ \pm ۴/۰۵
انعطاف‌پذیری شناختی	ACCT	۳۵/۱۱ \pm ۲/۷۴	۴۹/۳۵ \pm ۶/۹۰	۴۵/۲۵ \pm ۷/۲۳
	CBCT	۳۶/۵۲ \pm ۳/۲۵	۴۶/۰۱ \pm ۵/۸۳	۴۶/۵۰ \pm ۶/۳۲
	گواه	۳۳/۵۲ \pm ۲/۷۸	۳۳/۰۰ \pm ۲/۲۶	۳۱/۰۴ \pm ۲/۱۷

نتایج نشان می‌دهد میانگین کارکرد خانواده و هر یک از ابعاد آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه بهبود یافته است. همچنین، نتایج نشان‌دهنده افزایش میانگین نمره انعطاف‌پذیری شناختی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بوده است (جدول ۴). در بررسی پیش‌فرض‌های آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر، به ترتیب آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و لوین نشان دادند که شرط نرمال بودن داده‌ها و همسانی واریانس‌های خطا برقرار است ($P > ۰/۰۵$). آزمون ام‌باکس نیز نشان داد که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای کارکرد خانواده ($P > ۰/۲۳۶$) و انعطاف‌پذیری شناختی ($P > ۰/۴۱۱$) برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موجلی نشان داد که سطح معناداری برای هر یک از متغیرها برابر با ۰/۰۰۱ است، لذا فرض کرویت رد می‌شود. بنابراین در این شرایط از سه گزینه پیشنهادی شامل آزمون گرین‌هاوس-گیسر، هیون‌فلدت و کران‌پایین، آزمون گرین‌هاوس-گیسر محافظه‌کارتر است. براین اساس و با توجه به سایر پیش‌فرض‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم برای آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری برقرار است. لذا استفاده از این آنالیز بلامانع است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
حل مسأله	گروه	۴/۸۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰
	زمان	۵/۵۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷
	تعامل زمان * گروه	۱۲/۹۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰
ارتباطات	گروه	۳/۸۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
	زمان	۸/۷۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
	تعامل زمان * گروه	۲۰/۵۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
نقش‌ها	گروه	۹/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲
	زمان	۱۲/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰
	تعامل زمان * گروه	۱۵/۲۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
همراهی عاطفی	گروه	۱۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹
	زمان	۶/۵۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰
	تعامل زمان * گروه	۱۶/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
پاسخ‌گویی عاطفی	گروه	۴/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰
	زمان	۲/۲۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
	تعامل زمان * گروه	۱۰/۳۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
کنترل رفتار	گروه	۱۵/۸۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱
	زمان	۱۴/۴۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰
	تعامل زمان * گروه	۱۷/۹۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱
کارکرد خانواده	گروه	۳۱/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
	زمان	۹۱/۶۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۶
	تعامل زمان * گروه	۴۳/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸
انعطاف‌پذیری شناختی	گروه	۴۷/۳۴۲	۰/۰۱۴	۰/۵۲۳
	زمان	۵۵/۹۷۵	۰/۰۲۲	۰/۵۱۲
	تعامل زمان * گروه	۳۷/۵۴۶	۰/۰۰۹	۰/۶۲۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در مورد نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی، کارکرد خانواده و هر یک از ابعاد کارکرد خانواده (حل مسأله، ارتباطات، نقش‌ها، همراهی و پاسخ‌گویی عاطفی)، هر سه اثر بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین‌گروهی-درون‌گروهی معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در متغیرهای مورد پژوهش نمرات بهتری کسب کرده‌اند و اندازه اثر آن بر انعطاف‌پذیری شناختی و کارکرد خانواده به ترتیب برابر با ۰/۶۲ و ۰/۶۰ درصد بوده است. تأثیر زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی، کارکرد خانواده و ابعاد آن بعد از دو ماه پیگیری نیز پابرجا بوده است ($P < 0.05$). نتیجه کلی گویای آن است که مداخلات درمانی به کار گرفته شده بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش (سودمند) بوده‌اند (جدول ۵).

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برحسب مقایسه دو گروهی نشان داد تفاوت میانگین دو روش مداخله با گروه گواه در متغیرهای پژوهش معنادار است. علی‌رغم اثربخشی دو درمان ACCT و CBCT بر انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود ندارد و هر دو روش به یک اندازه مؤثر بوده‌اند، اما این تفاوت میانگین در درمان‌های ACCT و CBCT برای کارکرد خانواده معنادار بود. همان‌گونه که مشاهده می‌شود با وجود این‌که هر دو روش تأثیر مطلوبی بر کارکرد خانوادگی داشته‌اند اما زوج‌درمانی شناختی-رفتاری (۴۲/۱۷) در سنجش با زوج‌درمانی پذیرش و تعهد (۳۰/۸۵) مؤثرتر بوده است (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور تعیین تأثیر روش مؤثر بر متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	گروه I	گروه های J	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای انحراف معیار	سطح معناداری
انعطاف‌پذیری شناختی	CBCT	ACCT	۹/۷۵	۱/۲۷	۰/۰۶۹
		گواه	۱۶/۵۸	۱/۴۴	۰/۰۰۱
	ACCT	CBCT	-۹/۷۵	۱/۲۷	۰/۱۲۳
		گواه	۱۳/۹۲	۱/۵۶	۰/۰۰۱
	گواه	CBCT	-۱۶/۵۸	۱/۴۴	۰/۰۹۲
		ACCT	-۱۳/۹۲	۱/۵۶	۰/۰۰۱
کارکرد خانواده	CBCT	ACCT	۱۱/۳۱	۱/۸۹	۰/۰۰۱
		گواه	۴۲/۱۷	۱/۹۵	۰/۰۰۱
	ACCT	CBCT	-۱۱/۳۱	۱/۸۹	۰/۰۰۱
		گواه	۳۰/۸۵	۱/۸۱	۰/۰۰۱
	گواه	CBCT	-۴۲/۱۷	۱/۹۵	۰/۰۰۱
		ACCT	-۳۰/۸۵	۱/۸۱	۰/۰۰۱

نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین انجام شد. نخستین یافته پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین (عبداللهی و همکاران، ۱۳۹۹؛ پورسردار و همکاران، ۱۳۹۷؛ اپشتاین و همکاران، ۲۰۱۹؛ هاپن و همکاران، ۲۰۲۱؛ نظری و همکاران، ۱۴۰۰؛ مرادی و چارداولی، ۱۳۹۵ و شکراله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶) نشان داد که نمره کارکرد خانواده در آزمودنی‌های شرکت‌کننده در برنامه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بهبود یافته است. در این راستا و همسو با یافته حاضر، کور^۱ و همکاران (۲۰۲۱) و تایمکو^۲ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعات مستقلی به این یافته رسیدند که شرکت در برنامه مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری موجب بهبود کارکرد خانواده در خانواده‌های دارای فرد مبتلا به زوال عقل و تعامل بین والدین و نوجوانان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی^۳ شده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری به مشکلات خانوادگی و زناشویی، تعاملات منفی و ناخشنودی ارتباطی را موجب تعارضات بین‌فردی و ناکارآمدی در خانواده می‌داند، رفتارها و تعاملات هر یک از زوجین ممکن است تحت تأثیر پاسخ‌های دیگری استمرار یافته یا پایان پذیرد، رسالت اصلی درمانگر کمک به زوجین برای یافتن شیوه‌های مطلوب‌تر هم‌کنش است. در این رویکرد بر جنبه‌های عملی مانند تقسیم وظایف بین اعضای خانواده، توانایی گفت‌وگوی دوجانبه، برقراری ارتباط شفاف و قابلیت پیش‌برد و هدایت رابطه تأکید و توجه می‌شود. افزایش رفتارهای مثبت و خوشایند، بهبود ارتباط، ایجاد مهارت حل مسئله و حرکت در جهت مسائل جنسی و کوشش برای تغییر الگوهای رفتاری که منجر به ناسازگاری‌های خانوادگی می‌شوند، اصلاح باورها و انتظارات نامعقول و اسنادهای غلط زوجین تنها بخشی از مداخلات این رویکرد است. با توجه به این‌که در این درمان، خطاهای شناختی کاهش پیدا می‌کند و در ادامه رفتارها و هیجانات نیز اصلاح می‌شود و در تعامل دوطرفه این اتفاق می‌افتد، این مداخله سبب افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار زوجین از هم و کاهش سوءبرداشت‌ها و دلخوری‌های بی‌مورد می‌شود و به این ترتیب کارکرد و تعامل خانواده بهبود می‌یابد.

۱. Kor

۲. Timko

۳. Anorexia nervosa

در تبیین دیگر می‌توان گفت که با آموزش راهبردهای تبادل مذاکره، مصالحه و حل مسأله، رفتارها و افکار مثبت، الگوهای ارتباطی منفی در یک زوج که غالباً به لحاظ کلامی و رفتاری غالب بر رابطه است، تغییر می‌یابد و عملاً این احساس در آن‌ها ایجاد می‌گردد که همان‌قدر از رابطه دریافت می‌دارند که برای آن وقت و انرژی صرف کرده‌اند. بدیهی است در چنین شرایطی ارائه پاداش و تقویت‌های رفتاری عامل مؤثری در تثبیت رفتار در نظر گرفته می‌شود. در این شرایط رفتار هر زوج تقویت و یا پاداشی برای طرف مقابل محسوب گردیده و شرایطی فراهم می‌شود که هر زوج احساس نکند که او الزاماً و رأساً فقط مجبور به تغییر رفتار و نوع عملکرد خویش به تنهایی است. به‌طور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که مبانی شناختی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر شناخت متقابل زوجین از یکدیگر تأکید و شناخت را بخش جدایی‌ناپذیر فرایند تغییر زوج می‌داند. در نهایت زیربنای فلسفی این برداشت آن است که تغییر رفتار به تنهایی برای تصحیح تعاملات ناکارآمد کافی نبوده بلکه باید بر شیوه تفکر افراد در روابط و الگوهای رفتار ناسازگار تأکید شود (باوکوم و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه موزیری و نادری، ۱۳۹۸).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی اثربخشی داشته است. نتایج رویکردهای مشاوره‌ای زوج‌درمانی در این پژوهش با یافته‌های ویلکینسون^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در مورد تأثیر مشاوره شناختی-رفتاری بر عملکرد شناختی بیماران افسرده، محمدیوسفی، عباسی و عمادیان (۲۰۲۱) در مورد تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری و همدلی مادران، بیرانوند، رحیمی‌دهگلان و شاه‌ویسی (۱۳۹۸) در مورد تأثیر زوج‌درمانی شناختی-درمانی بر باورهای غیرمنطقی و سلامت روانی زوجین دچار تعارض زناشویی همخوان می‌باشد. در مورد اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی زوجین می‌توان به جنبه‌های مختلفی از این درمان اشاره کرد. از جمله مهم‌ترین مؤلفه‌های ذکر شده مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا در زندگی مشترک است، که یکی از مهم‌ترین انواع این مقابله‌ها، معنادگی و تعبیر مناسب اتفاقات در زندگی زناشویی می‌باشد. دستیابی به این توانمندی هدف اصلی رویکرد شناختی-رفتاری است؛ چرا که فرض اصلی این رویکرد این است که با تغییر شناخت‌ها، کل نظام رفتاری و هیجانی فرد تغییر خواهد کرد. در این روش درمانی فرد کنترل نظام روان‌شناختی خود را از سیطره عوامل نیمه‌هوشیار همچون افکار خودکار منفی خارج کرده و به‌صورت هوشیارانه و فعال به تعیین نظام خلقی و رفتاری از طریق کنترل مستقیم نظام شناختی می‌پردازد. این فرض رویکردهای شناختی-رفتاری امروزه در پی تحقیقات متعدد کامل مورد تأیید و توافق نظریه‌پردازان سلامت روان و حوزه خانواده قرار گرفته است. بنابراین با قبول این فرض، بدیهی و قابل انتظار خواهد بود که شناسایی و تضعیف شناخت‌های ناکارآمد و نیز جایگزین ساختن شناخت‌های کارآمدتر بتواند به ارتقای سطح کلی سلامت روانی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی بی‌انجامد.

برآیندهای این پژوهش همسو با نتایج مطالعات پیشین مانند صدقی و همکاران (۱۴۰۰)، جمشیدزهی و همکاران (۱۴۰۰) حاکی از تأثیر مثبت زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده در زوجین بود. یافته‌های پژوهش ولسر و اوکانل (۲۰۲۱) نیز همسو با یافته فوق‌الذکر بیانگر بهبود مهارت‌های ارتباطی بین زوجین با دریافت برنامه زوج‌درمانی به شیوه پذیرش و تعهد بود. مطالعه ریردون و همکاران (۲۰۲۰) نیز همسو با یافته حاضر نشان دادند که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود روابط و کارکرد زوجین اثر مثبت داشته است. چون پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند، بنابراین، آموزش آن به زوجین باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد به تنش‌های زناشویی و تعارضات ناشی از عدم پذیرش تفاوت‌های فردی در زندگی زناشویی می‌شود. در نتیجه سازگاری آن‌ها بهبود می‌یابد. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به‌جای آن‌که روی برطرف‌سازی و زدودن عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به مراجعین کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از مهار قوانین گفتاری که سبب ایجاد تنش و ناسازگاری گردیده است، خلاص نمایند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند. در تبیین دیگری اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باید بیان داشت که این رویکرد، ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجانات، با به‌کارگیری فنون شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی به آموزش زوجین

^۱. Wilkinson

برای رهایی از بند مبارزه بی حاصل و تلاش برای کنترل و حذف تجارب منفی می‌پردازد و زوجین را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن، تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند. در نتیجه این امر می‌تواند منجر به افزایش پذیرش تفاوت‌های فردی و بهبود کارکرد خانواده در زوجین شود. در واقع، براساس مدل ACT وقتی اجتناب از تجارب ذهنی ناخواسته کاهش یابد و فرد این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل بپذیرد، پذیرش روانی صورت گرفته است و به تبع آن درگیری-پاسخ‌دهی عاطفی میان زوجین و کارکرد خانواده بهبود می‌یابد.

دیگر یافته‌ها از پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی اثربخشی داشته است. این یافته از پژوهش با یافته‌های قلی‌زاده، قمری‌گیوی و صدیقی‌دمیرچی (۱۴۰۰) در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و ولع مصرف معتادان و تامپسون^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در مورد تأثیر مثبت درمان پذیرش و تعهد بر شاخص‌های بهداشت روانی همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری به‌عنوان اساس بهزیستی روانی شناخته می‌شود. بنابراین، به کارگیری این روش به‌علت سازوکار نهفته در آن نظیر پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی می‌تواند تا حد زیادی پیرشانی زوجین را کاهش دهد. انعطاف‌پذیری به این معنا است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیاتی که در آن قرار دارد، رفتارهای خود را براساس ارزش‌هایی که برگزیده است، تغییر یا ادامه دهد. افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند از توجیحات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به‌صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا در زندگی مشترک را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری بیشتری دارند. چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت زوج‌درمانی پذیرش و تعهد است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود، بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و زناشویی و علاقه به این فعالیت‌ها را در پی دارد. بنابراین، آموزش مبنی بر رویکرد پذیرش و تعهد با بهبود این توانایی‌ها و ترغیب مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های مشترک می‌تواند در جهت بهبود انعطاف‌پذیری مفید و مؤثر واقع شود.

دیگر یافته پژوهش نشان داد با وجود سودمندی دو رویکرد زوج‌درمانی، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده تأثیر بیشتری داشته است. همسو با یافته حاضر شهبازفر و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که رویکردهای زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای نیازهای زناشویی اثربخشی داشته‌اند. دیورایس و همکاران (۲۰۲۰) نیز همسو با یافته حاضر نشان دادند که شرکت در جلسات زوج‌درمانی شناختی-رفتاری منجر به کاهش هیجانات منفی و افزایش سازگاری روانی و اجتماعی زوجین شده است. همچنین، یافته حاضر با نتایج مطالعات پیشین مانند روسن و همکاران (۲۰۲۱)، شکراله‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) و مرادی و چارداولی (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. در خصوص اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کارکرد خانواده در مقایسه با رویکرد دیگر در این مطالعه می‌توان به نظر داتیلو (۲۰۱۰) اشاره کرد. وی در این خصوص بیان می‌کند که برای حل همیشگی تعارض و نارضایتی در زندگی مشترک و خانوادگی به‌ویژه وقتی مشکل و اختلاف شدید و دائمی باشد، تغییر رفتار نابسند خواهد بود. برای این کار نیاز به بازسازی شناختی است، تنها با تغییر ساختار اعتقادی زوجین درباره کارکرد خانواده و ازدواج است که می‌توان مطمئن شد رابطه ارضاکنده‌تری به وجود خواهد آمد. شناخت درمانگرها به هنگام کار با زوجین می‌کوشند تا انتظارات غیرواقع بینانه آن‌ها را درباره آنچه باید از این رابطه به‌دست آورند، اصلاح کنند و به آن‌ها می‌آموزند که چگونه تعاملات ویرانگر را کاهش دهند. تحریف در ارزیابی تجارب نیز که نتیجه طرح‌واره‌های منفی است، مورد پژوهش قرار می‌گیرد. با شناسایی و بیان طرح‌واره‌های منفی هر کدام از زوجین راجع به خود، همسر و روابط زناشویی و کارکرد کلی خانواده، درمانگر به زوجین کمک می‌کند تا هر دو مسئولیت ناراحتی‌های خود را بپذیرا باشند. برای درمانگران در این رویکرد بازسازی باورهای تحریف شده تأثیری محوری و بنیادین بر تغییر افکار و رفتار دارد و عملکرد خانواده را بهبود می‌بخشد، اما زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کار کردن روی عواملی مانند حصار ذهن، انتظارات، ارزش‌های مبهم، قطع ارتباط با زمان حال و تلاش برای اجتناب بر مهارت‌های

زناشویی و کارکرد خانواده مؤثر واقع می‌شود. از دیدگاه لو و مک‌کی (۲۰۱۷) زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق استعاره‌های خود کمک می‌کند که زوجین به گسلس دست یابند و در تولیدات ذهنی خود درگیر نشوند. استفاده از تکنیک‌های گسلس شناختی می‌تواند برای ایجاد فاصله بین افکار برخاسته از الگوهای ناسازگارانه مفید واقع شود، زیرا این افکار زوجین را به سوی رفتارهای اجتنابی آشنا سوق داده و آن‌ها را وادار به انجام فعالیت‌هایی می‌کند که حاصل آشفتنگی، تعارض، دور شدن زوجین از یکدیگر و رشد روابط غیرکنترل شده است.

یافته آخر پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی مؤثر بوده و تفاوتی با هم ندارند. این یافته با نتایج مطالعات پیشین مانند جایگر^۱ و همکاران (۲۰۲۱)، بخشی‌پور و همکاران (۱۳۹۹)، ویلکینسون و همکاران (۲۰۲۱)، بیرانوند و همکاران (۱۳۹۸) و تامپسون و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد شباهت‌هایی دارند اما این شباهت‌ها با گزینه‌های متفاوت در هر درمان تبیین و بحث می‌شود. زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد، هر دو بر نقش شناخت از طریق مسیرهای متفاوت تأکید می‌کنند. علی‌رغم تأکید هر دو دیدگاه بر اهمیت شناخت، در دیدگاه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری تأکید بر روی بازسازی شناختی (تغییر افکار) وجود دارد اما در زوج‌درمانی پذیرش و تعهد به مفهوم گسلس شناختی پرداخته می‌شود. زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد، هر دو در جهت تغییر رفتار تلاش می‌کنند. زوج‌درمانی شناختی-رفتاری از طریق تغییر محتوای شناختی در جهت تغییر رفتار و ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی تلاش می‌کند در حالی که زوج‌درمانی پذیرش و تعهد از طریق درمان پاسخ افراطی لفظی به محتوای شناختی (آمیختگی شناختی) و روشن‌سازی ارزش‌ها به تغییر رفتار و انعطاف‌پذیری شناختی و حفظ تعهدات در این خصوص کمک می‌کند. بنابراین، می‌توان بیان کرد که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی از رفتار درمانی سنتی است که باید به مراجع کمک کند که یک زندگی هدفمندتر و غنی‌تر را رقم بزند. تبیین دیگر این است که هر دو رویکرد برای تغییر رفتار و ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی، مهارت‌های حل مسأله، مهارت حل تعارض و مهارت‌های ارتباطی را در جلسات زوج‌درمانی به کار می‌گیرند. در جلسات زوج‌درمانی پذیرش و تعهد، زوجین با مهارت‌های گفته شده برای حرکت در جهت ارزش‌ها و تعهد به تغییرات رفتاری و شناختی تشویق می‌شوند. در واقع درمان پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای درمانی موج سوم رفتاردرمانی است که از فرایند پذیرش، گسلس، تعهد و تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی استفاده می‌کند. بنابراین، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد هر دو با گزینه‌های متفاوتی شناخت‌ها، احساسات و رفتار زوجین را هدف درمان قرار می‌دهند.

هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و این پژوهش نیز از این امر مستثنی نیست. با توجه به این‌که آزمودنی‌های پژوهش حاضر زوجین مراجعه‌کننده به یکی از مراکز مشاوره شهر آشنخانه بودند، باید در تعمیم یافته‌ها به جوامع دیگر ایران با فرهنگ‌ها و آداب و رسوم محلی متفاوت، جوانب احتیاط را رعایت کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی و همچنین، تک بُعدی بودن ارزیابی متغیرهای پژوهش (برای مثال، ارزیابی کارکرد خانواده صرفاً با یک ابزار کمی) اشاره کرد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در بین سایر زوجین (زوجین متقاضی طلاق، درگیر با روابط فرازناشویی، خشونت خانگی و ...) مورد مطالعه قرار دهند و از سایر طرح‌های آزمایشی و با نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند. همچنین، در کنار ابزارهای خودگزارشی حتی‌الامکان از مصاحبه نیز جهت گردآوری اطلاعات جامع‌تر استفاده کنند. به علاوه، عدم امکان انجام دوره پیگیری طولانی نیز از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. لذا پیشنهاد می‌شود تأثیر این رویکردهای مداخلاتی را در دوره‌های نسبتاً بلندمدت مورد پیگیری قرار دهند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود. با توجه به اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کارکرد خانواده پیشنهاد می‌شود مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران، فنون و روش‌های کاربردی این رویکرد را فراگرفته و در مراکز مشاوره و محیط‌های بالینی جهت ارتقای کارکرد خانواده و کاهش مشکلات مربوط به روابط زناشویی به کارگیرند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر براساس رساله دکتری تخصصی حسین صالحی دانشجوی رشته مشاوره خانواده به راهنمایی علی جهانگیری (استاد راهنما) و مشاوره ابوالفضل بخشی‌پور (استاد مشاور) نوشته شده است. از مدیریت مرکز مشاوره مه‌رسا در شهر آشنانه به دلیل فراهم نمودن شرایط اجرا و جذب مراجعان و همچنین، تمامی زوجینی که در این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- Abdollahi D, Mohsenzade F & Seadatee Shamir A. (2020). Evaluation of the effectiveness of group training based on Guttman cognitive-systemic couple therapy training and McMaster model training on communication patterns. *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy*, 9(35):74-88. [Link]
- Ahmadi E & Gorbani F. (2020). Relationship between depression and cognitive flexibility with addictive behaviors with the mediating role of shame and guilt. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 14(55):279-97. [Link]
- Arán Filippetti V & Krumm G. (2020). A hierarchical model of cognitive flexibility in children: Extending the relationship between flexibility, creativity and academic achievement. *Child Neuropsychology*, 26(6):770-800. [Link]
- Bakhshipour A, Shojaei KalateBali N, Behjat A & Fooladi A. (2020). Effect acceptance and commitment couple therapy on marital distress, psychological flexibility and social concern in divorce applicant couples. *Journal of Social Psychology*, 7(54):27-38. [Link]
- Baucom DH, Snyder DK & CoopGordon K. (2019). *Helping couples get past the affair: a clinician's guide*. 1st education. Translated by; Abbas Mooziri & Fatemeh Naderi. Tehran: Arjmand Publications. [Link]
- Bazzazian S, Khan Mohammad ZA, Amiri Majd M & Ghamari M. (2018). The mediating role of family function in the relationship between psychological basic needs, marital expectations and marital commitment. *Contemporary Psychology*, 13(2):158-68. [Link]
- Biranvand H, Rahimi Dehgolan E & Shah Ovisi S. (2020). The effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy on irrational beliefs and the mental health of couples suffering from marital conflicts. *Journal of Pathology, Counseling and Family Enrichment*, 5(2):181-202. [Link]
- Chavoshi MS, Yazdi SM & Hosseinian S. (2019). Effectiveness based on the Indigenous Happiness-Oriented Family Model on the Function of Family. *Journal of Woman and Family Studies*, 7(1):97-115. [Link]
- Dattilio FM. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. 1st edition. New York: Publisher The Guilford Press. [Link]
- Durães RS, Khafif TC, Lotufo-Neto F & Serafim AD. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on reducing depression and anxiety symptoms and increasing dyadic adjustment and marital social skills: An exploratory study. *The Family Journal*, 28(4):344-55. [Link]
- Epstein NB, Baucom DH, Kirby JS & LaTaillade JJ. (2019). *Cognitive-behavioral couple therapy*. In K.S. Dobson & D.J.A. Dozois (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. The Guilford Press. pp:433-63. [Link]

- Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*, 41(4):1149-60. [Link]
- Gholizadeh B, Ghamari Givi H & Sadri Damirchi E. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility and craving in substance-dependent individuals. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 15(59):205-26. [Link]
- Hoppen LM, Kuck N, Bürkner PC, Karin E, Wootton BM & Buhlmann U. (2021). Low intensity technology-delivered cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 21(1):1-17. [Link]
- Huang Y, Liu Y, Wang Y & Liu D. (2021). Family function fully mediates the relationship between social support and perinatal depression in rural Southwest China. *BMC psychiatry*, 21(1):1-10. [Link]
- Jafari A. (2020). Comparing cognitive flexibility, psychological capital and coping strategies with pain between individuals with COVID-19 responding and non-responding to home treatment. *Journal of Counseling Research*, 19(74):4035. [Link]
- Jager IJ, Vulink NC, Bergfeld IO, van Loon AJ & Denys DA. (2021). Cognitive behavioral therapy for misophonia: A randomized clinical trial. *Depression and anxiety*, 38(7):708-18. [Link]
- Jamshidzahi B, Kahrazei F & Shirazi M. (2021). The efficacy of positive couple therapy and treatment based on acceptance and commitment on the desire for divorce. *Monthly Journal of Psychological Science*. 2021; 20(106):1881-1895. [Link]
- Jarnecke AM, Ridings LE, Teves JB, Petty K, Bhatia V & Libet J. (2020). The path to couples therapy: A descriptive analysis on a Veteran sample. *Couple Family Psychol*, 9(2):73-89. [Link]
- Kor PPK, Liu JY & Chien WT. (2021). Effects of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of people with dementia: a randomized clinical trial. *The Gerontologist*, 61(6):977-990. [Link]
- Lev A & McKay M. (2017). *Acceptance and commitment therapy for couples: A clinician's guide to using mindfulness, values schema awareness to rebuild relationships*. 1st edition. New York: Publisher Context Press. [Link]
- Mohammad Yousefi S, Abbasi G & Emadian SO. (2021). Comparison of effectiveness of cggttt eeaa..... .. rrrr .yy a aeaiii gg\yyy aa22 eeaiiyy rrrr ayy ttt —''| impulse control, flexibility, and empathy. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 8(1):19-24. [Link]
- Moradi O & Chardavoli SH. (2016). The survey of effectiveness of couple therapy combining cognitive-eeaaaaaa aaeec iiee aaaiiyy c divorced. *Journal of Counseling Research*, 15(57):24-40. [Link]
- Nazari G, Amiri H, Afshariniea K & Kakabaraei K. (2021). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy and acceptance-commitment therapy on the fear of negative evaluation and anxiety in couples referring to counseling centers in Ilam, Iran. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 29(2):95-106. [Link]
- Nemati Sogolitepeh F, Salehi K, Rahimi FS & Khaledian M. (2020). Components of quality of marital life: A meta-composite study. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 10(29):45-68. [Link]
- Poursardar F, Sadeghi M, Goodarzi C & Roozbehani M. (2019). Integrative treatments and couple therapy: Comparison of the effectiveness of integrative approaches, therapyemotionally focused couple therapy and therapyintegrative behavioral couple therapy on forgiveness in couples with marital conflict. *Family Counseling and Psychotherapy*, 8(2):69-96. [Link]

- Raeisi Nasehi S, Dehghani A, Moradi Manesh F & Haghayegh SA. (2020). The Prediction of health promoting lifestyle based on sense of coherence, psychological flexibility and impulsivity in cardiovascular disease in patients with obesity. *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy*, 9(33):1-13. [\[Link\]](#)
- Raymo JM & Park H. (2020). Marriage decline in Korea: changing composition of the domestic marriage market and growth in international marriage. *Demography*, 57(1):171-94. [\[Link\]](#)
- Reardon KW, Lawrence E & Mazurek C. (2020). Adapting acceptance and commitment therapy to target intimate partner violence. *Partner Abuse*, 11(4):447-65. [\[Link\]](#)
- Reardon KW, Lawrence E & Mazurek C. (2020). Adapting acceptance and commitment therapy to target intimate partner violence. *Partner abuse*, 11(4):447-65. [\[Link\]](#)
- Rosen NO, Vaillancourt-Morel MP, Corsini-Munt S, Steben M, Delisle I, Baxter ML & et al. (2021). Predictors and moderators of provoked vestibulodynia treatment outcome following a randomized trial comparing cognitive-behavioral couple therapy to overnight lidocaine. *Behavior Therapy*. [\[Link\]](#)
- Saeedpoor F, Asghari F & Sayadi A. (2019). Comparison the effectiveness of Bowen family therapy approach and McMaster's model on intimacy, cognitive emotion regulation and family function in couples who exposed to divorce. *Family Counseling and Psychotherapy*, 8(2):191-214. [\[Link\]](#)
- Sedghi M, Ghaffari O & Kazemi R. (2021). Comparison of the effectiveness of couple therapy techniques of choice theory and acceptance and commitment therapy in marital interactions of the couples. *Journal of Modern Psychological Researches*, 16(61):61-75. [\[Link\]](#)
- Sedghi M, Ghaffari O & Kazemi R. (2021). Effectiveness of couple therapy based on choice theory and acceptance and commitment (ACT) in marital interactions of couples. *Journal of Modern Psychological Researches*, 16(61):39-51. [\[Link\]](#)
- Shahbazfar R, Zarei E, Haji Alizadeh K & Dortaj F. (2020). Comparison of effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance commitment therapy approaches in affective-sexual needs. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 18(3):403-15. [\[Link\]](#)
- Shokrollahzadeh M, Forouzesh M, Bazrafshan MR & Hosseini H. (2017). The effect of cognitive behavioral couple therapy on marital conflicts and marital burnout. *Journal of Pathology, Counseling and Family Enrichment*, 3(1):115-31. [\[Link\]](#)
- Thompson EM, Destree L, Albertella L & Fontenelle LF. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2):492-507. [\[Link\]](#)
- Timko CA, Bhattacharya A, Fitzpatrick KK, Howe H, Rodriguez D, Mears C & et al. (2021). The shifting perspectives study protocol: Cognitive remediation therapy as an adjunctive treatment to family based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary Clinical Trials*, 103, 106313. [\[Link\]](#)
- Walser RD & O'Connell M. (2021). Acceptance and commitment therapy and the therapeutic relationship: Rupture and repair. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2):429-440. [\[Link\]](#)
- Wilkinson ST, Rhee TG, Joormann J, Webler R, Lopez MO, Kitay B & et al. (2021). Cognitive behavioral therapy to sustain the antidepressant effects of ketamine in treatment-resistant depression: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(5):318-27. [\[Link\]](#)
- Wu CW, Chen WW & Jen CH. (2021). Emotional intelligence and cognitive flexibility in the relationship between parenting and subjective well-being. *Journal of Adult Development*, 28(2):106-15. [\[Link\]](#)