



مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی زوجین با مشکلات زناشویی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پردیس ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
کارشناسی ارشد، روان‌شناسی تربیتی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران
کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

میترا میرلوحیان ^{id}

زهرا علیزاده ^{id}

زهرا زارع حسین‌زادگان ^{id}

زهرا آشکار ^{id}

آدینه بازگونه ^{id}

اسحاق سام‌خانیانی* ^{id}

esamkhaniyan7@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۱۰

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۸

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۲ | پیاپی ۶ | ۲۶۹-۲۵۰
تابستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و واقعیت درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی زوجین با مشکلات زناشویی در زنان شهر تهران بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه است. جامعه آماری ۱۰۶ زوج مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ بودند که از پس از غربالگری با مقیاس افسردگی بک (۲۰۰۱) و انعطاف‌پذیری کنشی کانر و دیویدسون (۲۰۰۱)، ۳۰ زوج (۶۰ زن و شوهر) به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه مداخله درمان هیجان مدار (۱۰ زوج)، درمان واقعیت درمانی (۱۰ زوج) و گروه گواه (۱۰ زوج) به صورت تصادفی کاربندی شدند. گروه آزمایشی زوج درمانی هیجان مدار بسته آموزشی جانسون (۲۰۱۲) را به مدت ده جلسه و گروه آزمایشی واقعیت درمانی بسته دوبا، گراهام، بریتزمن و میناترا (۲۰۰۹) را در شش جلسه دریافت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثربخشی درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی در بهبود افسردگی ($P=0/020, F=4/2174$) و انعطاف‌پذیری کنشی ($P=0/001, F=10/75$) زوجین مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار گزارش شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان مدعی شد که اثربخشی درمان هیجان مدار و واقعیت درمانی دو روش مؤثر برای کاهش نشانه‌های افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی زوجین با مشکلات زناشویی در زنان است.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(میرلوحیان، علیزاده، زارع حسین‌زادگان، آشکار، بازگونه و سام‌خانیانی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

میرلوحیان، میترا، علیزاده، زهرا، زارع حسین‌زادگان، زهره، آشکار، زهرا، بازگونه، آدینه؛ و سام‌خانیانی، اسحاق. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی زوجین با مشکلات زناشویی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۲ پیاپی ۶): ۲۶۹-۲۵۰.

کلیدواژه‌ها: زوج درمانی، هیجان مدار، واقعیت درمانی، افسردگی، انعطاف‌پذیری کنشی

مقدمه

ازدواج در جامعه در حال گذر از سنتی به مدرنیته امروزی یک پدیده پیچیده است. انسان‌ها به دلایل مختلفی ازدواج می‌کنند. عشق، امنیت اقتصادی، محافظت، امنیت عاطفی، احساس آرامش، فرار از تنهایی و تمایلات جنسی تعدادی از عواملی هستند که باعث گرایش به ازدواج می‌شوند. اگر چه در نخستین روزهای ازدواج، زوجین به یکدیگر احساس تعهد دائمی می‌کنند، لیکن برخی از زوجین به تدریج دچار تعارض می‌شوند. با توجه به مشکلات بسیار زیاد زوجین، یکی از روش‌های مؤثر در کاهش مشکلات زناشویی زوج‌ها استفاده از روش زوج درمانی است که انواع متفاوتی دارد (بیسلی و اگری، ۲۰۱۹). همچنین باید اشاره کرد که مشکلات زناشویی انعطاف‌پذیری کنشی^۱ زوجین را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (صمدی کاشانی، جعفری و آسایش،). در وادی زندگی و روابط زناشویی، انعطاف‌پذیری کنشی به عنوان یکی از متغیرهای اثرگذار بر روابط زوجین و تعارضات میان آن‌ها، در روانشناسی خانواده و خانواده درمانی جهت زدودن تنیدگی و تعارضات و آثار نامطلوب آن، جایگاه ارزشمندی یافته است، به طوری که روز به روز بر شمار پژوهش‌ها در این رابطه افزوده می‌شود. انعطاف‌پذیری کنشی توانایی کنار آمدن با مشکلات است. انعطاف‌پذیری کنشی فرار از مشکلات نیست بلکه این توانایی را به افراد می‌دهد که از مشکلات عبور کنند، از زندگی لذت برند و فشارها و استرس‌ها را بهتر حل کنند. انعطاف‌پذیری کنشی توانایی حرکت با مشکلات است یعنی هر چند افراد با مشکل، استرس و نگرانی روبرو بوده، بتوانند به فعالیت کاری خود ادامه داده و وظایف شخصی، اجتماعی، رقابتی و محیطی خود را انجام دهند. همچنین این سازه به افراد یاری می‌رساند تا در برابر مشکلات روانی مثل افسردگی، اضطراب و عصبانیت از خودشان محافظت کنند (اسپرینگیت، ۲۰۱۱).

از میان شاخص‌های روابط زناشویی آشفته و ناخرسندساز می‌توان به رنجش‌های شدید، ابراز هیجانات منفی، اهداف نامتجانس، پرخاشجویی، رنجش‌های شدید، ابراز هیجانات منفی، اهداف نامتجانس، پرخاشجویی، بی‌مهری، سردی عاطفی و روابط جنسی غیر خوشونت‌آمیز اشاره نمود. پیامدهای ناراضی‌ت زناشویی (روابط زناشویی آشفته) پرشمارند. لیکن از آن میان پیامدی که از اهمیت بسزایی برخوردار است، افسردگی است. مادامی که به روابط آشفته خویش خاتمه نبخشیده‌اند همچنان در دام افسردگی گرفتار شوند. نخستین دلیل مورد اشاره آن‌ها تجربه مستمر رنج در زوج‌های آشفته است. عامل و دلیل دوم احساس ناکامی و سومین دلیل درماندگی آموخته شده است. به هر روی، ناراضی‌ت زناشویی صرف نظر از اینکه چه پیامدهای اختلال آمیز و استیصال آمیزی در پی داشته باشد به خودی خود رنج آور، محنت آمیز و ناخوشایند است. از همین روی، بسیاری از روان‌شناسان و مشاورانی که تاش برای فرو کاستن از رنج آدمی را وجهه همت خویش ساخته‌اند و در پی آن‌اند تا بهزیستی و سامت آدمیان را فزونی بخشند، بخشی از تلاش‌های روشمند خویش را معطوف یافتن ساز و کارهای فرو کاستن از ناراضی‌ت زناشویی و از میان راندن پیامدهای نامطلوب روان‌شناختی آن نموده‌اند (هیل و همکاران، ۲۰۱۴).

به منظور برخورد با مشکلات زناشویی و حل آن‌ها، رویکردهای درمانی و آموزشی گوناگونی وجود دارد که یکی از آن‌ها نظریه واقعیت درمانی^۲ است. این نظریه در سیر تحول خود ابتدا واقعیت درمانی سپس نظریه کنترل و آنگاه نظریه انتخاب نامیده شد. از نظر گلاسر مشکلات و آسیب‌های زندگی زناشویی ناشی از تلاش

1. resiliency

2. Reality Therapy

هر یک از زوجین برای به کنترل در آوردن دیگری به منظور ارضاء نیازها و خواسته‌های خود است. در واقعیت درمانی بر مفاهیمی چون کنترل، مسئولیت‌پذیری و انتخاب تأکید می‌شود که می‌تواند بر راهبردهای کنار آیی و منبع کنترل افراد تأثیر بگذارد. واقعیت درمانی بر اساس نظریه انتخاب استوار است در این نظریه اعتقاد به این است که اعمال ما یک رفتار و رفتار ما یک انتخاب است (سلطانلو، ۱۳۹۸). گلاسر رفتار را شامل چهار مؤلفه عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که ما بر دو مؤلفه عملکرد و تفکر به طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به طور غیرمستقیم کنترل داریم. تأکید نظریه انتخاب بر دو مؤلفه عملکرد و تفکر است (تدین و همکاران، ۲۰۱۳).

زوج درمانی هیجان مدار، هیجان‌ها را بسیار مهم و آن‌ها را عامل تغییر می‌داند. این روش تلفیقی از رویکرد سیستماتیک و انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی است که به نقش هیجان‌ها و ارتباط‌های هیجانی در سازماندهی الگوهای ارتباطی زوجین تأکید می‌کند (گریب، ۲۰۱۶). در این روش درمانی معتقد است اگر زوجین نتوانند نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های امنیت و رضایت بیان و آن‌ها را به اشتراک بگذارند دچار تعارضات زناشویی می‌شوند (جوهانسون، سیماکودسکیا و مورن، ۲۰۱۸). هدف زوج درمانی هیجان مدار بررسی پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی-احساسی در تعاملات زوج‌ها است که این واکنش‌ها به رشد سبک‌های دلبستگی امن و الگوی متفاوت تعامل زوج‌ها، همدلی زوج‌ها و تدوین الگوهای تعاملی جدید منتهی می‌گردد (سلطانی و همکاران، ۲۰۱۸). در زوج درمانی هیجان مدار، زوج‌ها در طول درمان در فرایندی درگیر می‌شوند که هر یک تلاش می‌کنند تا ترس‌ها و نیازهای دلبستگی خود را ابراز نمایند و به بهترین نحو ممکن به پرورش پیوند و رابطه ایمن‌تری بپردازند که این امر موجب تداوم تغییرات پایدار در رضایت از رابطه زوج‌ها و دستیابی به پاسخ‌های انطباقی در موقعیت‌ها می‌شود (وب، جانسون، ۲۰۱۶)؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف آزمون فرضیه‌های زیر انجام شد.

۱. مداخله اثربخشی درمان هیجان مدار در کاهش نشانه‌های افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی زوجین با مشکلات زناشویی در زنان مؤثر است؟
۲. مداخله اثربخشی واقعیت درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی زوجین با مشکلات زناشویی در زنان مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. سپس به صورت تصادفی در گروه مداخله زوج درمانی هیجان مدار در گروه آزمایش اول (۲۰)، مداخله واقعیت درمانی در گروه آزمایشی دوم (۲۰) و گواه (۲۰ نفر) قرار داده شدند. جلسات زوج درمانی هیجان مدار هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و جلسات واقعیت درمانی در سه مرحله شش جلسه‌ای آموزش دیدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل ۱. زوجینی که در مقیاس افسردگی بک نمره برش بالاتر از ۱۵ کسب کنند و در مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری کنشی بیشتر در شخص است. ۲. عدم شرکت در برنامه درمانی قبل. ۳. نمرات کمتر از نمره

برش در شاخص بالاتر از ۱۵ بیانگر افسردگی فرد است و مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری کنشی بیشتر در شخص است، عدم شرکت در برنامه درمانی قبل ۳. عدم وجود اختلال روان‌شناختی و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم حضور در جلسات درمانی بود.

ابزارهای پژوهش

۱. **مقیاس افسردگی بک.** مقیاس افسردگی بک یک مقیاس بالینی است که برای سنجش علائم و نشانه‌های افسردگی (نظیر غم و اندوه، افکار مرگ، فقدان لذت، کاهش فعالیت، کاهش میل جنسی، احساس گناه و نظایر آن) تهیه شده است. این مقیاس حاوی ۲۱ گویه است و گویه‌های آن بر اساس طیف سه درجه‌ای (از ۰ تا ۳) تدوین شده‌اند. حداقل و حداکثر نمره‌ای که فرد در این آزمون اخذ می‌کند به ترتیب ۰ تا ۶۳ است. نمره ۲۰ نیز نمره برش است؛ یعنی نمرات بالاتر از ۱۵ بیانگر افسردگی فرد و نمرات کمتر از آن بیانگر عدم افسردگی است. پایایی این مقیاس بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۸ (ساراسون و همکاران، ۲۰۱۰) تا گزارش شده است.

۲. **مقیاس انعطاف‌پذیری پذیری کنشی.** مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان انعطاف‌پذیری کنشی افراد طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که آزمودنی‌ها پاسخ خود را بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌کردند. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری کنشی بیشتر در شخص است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ثبات درونی مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۸ گزارش نمودند. محمدی (۱۳۸۴) پایایی مقیاس کانر و دیویدسون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه و هم‌چنین روایی آن را نیز مناسب گزارش کرد. هم‌چنین پایایی این پرسشنامه پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه گردید.

۳. **زوج درمانی هیجان مدار.** این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که از بسته آموزشی زوج درمانی هیجان مدار جانسون (۲۰۱۲) مفهوم‌سازی شد و در پژوهش حاضر توسط ۳ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و متخصصین این حوزه مورد تأیید محتوایی قرار گرفت.

جلسه اول. در این جلسه پس از ایجاد رابطه حسنه، آشنایی اعضای با یکدیگر و بیان دلایل شرکت در جلسه‌های درمان، قواعد و قوانین درمان برای اعضای گروه تشریح شد و اعضا هدف و انتظارات خود را از شرکت در جلسه درمان بیان کردند. سپس به تشریح خواستگاه درمان هیجان مدار و تعریف و معرفی آن پرداخته شد. در ادامه جلسه مفهوم‌پردازی موردی از مشکلات اعضا انجام و سعی شد تعاملات مشکل‌دار اعضا، شیوه برخورد آن‌ها با مشکلات و موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی آن‌ها ارزیابی و کشف شود. پس از ارائه مباحث، بر نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و هم‌چنین حالات ناخوشایند مانند خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب توجه شد و از زوج‌ها درخواست شد تا در طول هفته حالات ناخوشایند و ناخوشایند خود را در کاربرگ تمرین درج کنند.

جلسه دوم. در جلسه دوم شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده هیجان‌های زوجها بر اساس شواهد زندگی فعلی آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت و سپس پیرامون جنبه‌های هیجان‌های اصلی و ثانویه شناسایی شده بحث و گفتگو شد. برای مثال به زوجها گفته شد که در این جلسه لازم است تا هیجان‌های اصلی مورد غفلت و سرکوب شده شما را مورد بررسی قرار دهیم؛ هیجان‌هایی که در پس هیجان‌های روشنی قرار دارند که با رفتار مقابله‌ای سطحی در ارتباط هستند و در انتها به چرخه تعاملات روزمره هر یک از زوجها همراه با بررسی هیجان‌ها پرداخته شد و از آن‌ها درخواست شد تا در منزل تکالیف مربوط به توجه به چرخه تعاملات روزمره خود و همسرشان بپردازند. برای مثال در تکالیف درخواستی به زوجها گفته شد که با شناسایی هیجان‌های اصلی آن‌ها می‌فهمند که نیازهای بنیادین آن‌ها آسیب‌دیده یا برآورده نشده‌اند. این امر شامل غم حاصل از فقدان خشم در پاسخ به توهین و ترس در پاسخ به تهدید یا رهاشدگی است. پس با شناسایی این هیجان‌ها می‌توانند به سمت پیوندهای صمیمانه و خویشتر شدن رشد یافته سوق داده شوند.

جلسه سوم. در این جلسه مجدد هیجان‌های اصلی به‌خصوص غم و خشم بررسی و کاوش مورد قرار گرفت. سپس به توضیح و شناخت سبک هیجانی زوجها پرداخته شد. به عنوان مثال عنوان شد که برخی افراد هیجان‌های خود را ابراز نمی‌کنند یا به عبارتی در زمینه ابراز هیجانی بیش تنظیمی دارند، در حالی که برخی دیگر کم تنظیمی دارند و هیجان‌های خود به‌ویژه هیجان‌های منفی مثل غم و خشم را به صورت افراطی بروز می‌دهند. در انتها استفاده از تمرین هیجانی بر اساس توجه آگاهی تشریح و به عنوان تکلیف در منزل تأکید شد. این تمرین به زوج‌هایی که دچار بیش تنظیمی هیجانی هستند کمک می‌کند تا از نظر هیجانی آگاه‌تر باشند برای مثال تمرین تنفس یا موج‌سواری بر روی میل به هیجان خشم برای رسیدن به شروعی ملایم رابطه کمک می‌کند. زوجها در این فن می‌آموزند تصاویری از ولع‌ها و اشتیاق‌ها را به صورت امواج تصور کنند و افت‌وخیز تصاویر را در نظر گیرد، نه آنکه سعی در پاک کردن آن‌ها از ذهنش داشته باشد.

جلسه چهارم. در این جلسه، ضمن پرداختن به تمرین جلسه قبل به بازسازی پیوند زوجها که شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی و گسترش تجربه هیجانی هر کدام از زوجها در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه بود از طریق شناسایی سبک دلبستگی ایمن مورد بررسی قرار گرفت و در ادامه به پذیرش چرخه منفی توسط زوجها بر اساس سبک‌های دلبستگی پرداخته و اینکه چگونه زوجها بتوانند هیجان‌های منفی و مثبت را شناسایی کنند کار شد؛ بررسی این چرخه‌ها به زوجها کمک کرد تا به‌جای اینکه به یکدیگر مانند دشمن نگاه کنند به این چرخه‌ها توجه بیشتری کنند برای مثال درمانگر به یکی از زوجها چنین گفت: زهرا، وقتی داشتی با مهدی مشاجره می‌کردی، واقعاً چه اتفاقی افتاد؟ در ادامه درمانگر از زهرا خواست که توضیح دهد و سپس به طرف مهدی رو کرد و گفت: مهدی، تو شروع به داد و بیداد کردن، کردی اما اینجا وقتی زهرا توضیح می‌داد به چهره‌اش نگاه کردی و دست‌های رو انداختی و ساکت نشست؟ این از اون موقع‌هایی بود که احساس کردی زمین زیرپات دهان باز کرده؟ در اینجا درمانگر به دیگر زوجها نشان داد که چگونه می‌تواند هیجان‌های واقعی پشت هر رفتاری رو بشناسند و بیان کنند. از زوجها خواسته شد در طول هفته دست به شناسایی هیجان‌های پشت هر رفتار و درگیری‌های خود کنند و آن را یادداشت کرده و در جلسه آتی مورد بررسی قرار دهند.

جلسه پنجم، در این جلسه از زوجها خواسته شد که با تجربه‌های خود درگیر شوند و تجربه‌هایشان را به صورت معقول و پذیرفتنی چارچوب دهی کنند. برای مثال درمانگر به یکی از زوجها گفت «برای تو خیلی سخت هستش که حتی بشنوی که همسرت تو این شرایط چی میگه؟ وقتی که تو این قدر خودت رو کوچیک و نیازمند می‌بینی، نمی‌تونی باور کنی که ممکنه واقعاً اون بخواده به تو نزدیک بشه؛ تو الان نمی‌تونی خودت رو مستحق توجه و آرامش ببینی، درسته؟» و یا به زوج دیگری بیان کرد «الآن که شما این مسائل رو می‌گید چه اتفاقی می‌افته؟ این اتفاق برای شما شبیه چی هستش؟ قسمتی از شما می‌خواهد این اتفاق بیوفته و قسمتی از شما اون رو خیلی خطرناک می‌دونه؟». در ادامه با استفاده از بازگویی، تصاویر، استعاره‌ها یا قواعد، ماهیت تجربه‌های زوجها و چگونگی شکل‌گیری این تجربه‌ها را روشن کرد و این تمرین‌ها را برای کار در منزل از زوجها درخواست کرد.

جلسه ششم، در این جلسه درمانگر در فرمول‌بندی تجارب مراجع یک‌قدم جلوتر از آنچه مراجع انجام داده است، حرکت می‌کند. برای مثال درمانگر رو به یکی از زوجها کرد «تو تلاش می‌کنی که از آن جراحتهایی که در درونت هست، قسمت بسیار حساسی که بین تو و دینا حصار می‌ایجاد کرده حمایت کنی، اما این کار باعث تنهایی تو میشه، این طور نیست؟». سپس به اهداف مدل هیجان محور نسبت به انعطاف‌پذیری کنشی هر یک از زوجها پرداخته و به تأثیر روشن‌سازی و شکل‌دهی معنی جدید به‌ویژه در مورد تعاملات و راهبردهای مشارکت با همسر که از درگیری‌های هیجانی با همسر جلوگیری می‌کنند پرداخته شد تا از این طریق به بهبود انعطاف‌پذیری زوجها اقدام شود. در ادامه درمانگر به عنوان تکلیف پایانی آیین‌های را جلوی الگوها و تعاملات خاص زوجها قرار داد، به طوری که آن‌ها روشن‌تر و واضح‌تر دیده شوند. برای مثال به زوجی گفت «می‌تونم یک لحظه شما را متوقف کنم؟ دقیقاً اینجا چه اتفاقی افتاد؟ شما وقتی که همسرت گفت دوستت دارم لبخند زدی ولی بعد سرت رو برگردوندی و گفتی «دیوونه» و دوباره شروع کردی به صحبت کردن در مورد زمانی که شما رو عصبانی کرد و از الفاظ زشت استفاده کرد؛ همون زمانی که تصمیم گرفتی به مشاوره بیاین؟».

جلسه هفتم، در این جلسه به بررسی پذیرش بیشتر زوجها از تجربه خود و ارتقاء روش‌های جدید تعامل و همچنین شناسایی ترس‌های زیر بنایی دلبستگی و ابراز خواسته و آرزوها پرداخته شد. پس از آن به بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها که به درگیری بیشتر زوج با یکدیگر می‌انجامد پرداخته شد برای مثال درمانگر به یکی از زوجها گفت «تو هنوز سفت‌وسخت حرکت می‌کنی، انگار احساس می‌کنی که در شرف از دست دادن همسرت هستی، درسته؟». در ادامه درمانگر از زوجها خواست تا وضعیت حال حاضرشان رو به اجرا درآورند و آن‌ها را بر اساس پاسخ‌های هیجانی جدید جهت ایجاد رفتارهای جدید روشن‌سازی کنند. برای مثال گفت «شما خیلی در مورد غمگین بودن‌تان صحبت کردید، میتونی در مورد غم و اندوهتون همین حالا با همسرتون صحبت کنید؟». در انتها بر روی نقاط ضعف و قوت رابطه و شناسایی آن پرداخته شد و از زوجها خواسته شد تا تمرین بهبود نقاط قوت روابط و کاهش نقاط ضعف را در منزل انجام دهند.

جلسه هشتم، در این جلسه، تکلیف جلسه قبل مرور و بررسی شد. سپس اعضاء تجارب خود را در طول دوره جلسه‌های آموزشی جمع‌بندی و میزان دستیابی به اهداف خود را ارزیابی و در مورد آنچه از اعضای

گروه آموخته بودند؛ صحبت کردند. پس از آن به تبیین مجدد هیجان و عواطف که منجر به انعطاف‌پذیری کنشی می‌شود متمرکز شدیم؛ در انتهای این جلسه پس‌آزمون اجرا شد.

۴. زوج درمانی مبتنی بر واقعیت درمانی. در این پژوهش طرح مداخله واقعیت‌درمانی برای غنی‌سازی زندگی زناشویی زوج‌های گروه آزمایش از طریق الگوی WDEP^۱ دوبا، گراهام، بریتزمن و میناترا (۲۰۰۹) که در آن W معادل خواسته‌ها و نیازها، D بیانگر عمل، E بیانگر خودسنجی و P بیانگر برنامه‌ریزی است؛ در ۳ مرحله در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ جلسه به شرح زیر اجرا شد.

مرحله اول. سنجش^۲. در این مرحله که ۲ جلسه به آن اختصاص داشت؛ وضعیت زوج‌ها ارزیابی شد و شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا ۴ مورد شامل خواسته‌های‌شان را، خواسته‌های اعضای خانواده‌شان را، ادراک‌شان را در مورد اعضای خانواده و کل خانواده‌شان را درباره نقش همسری ارزیابی کنند. به‌عنوان مثال، خانواده چه کارهایی را انجام می‌دهد؟ چه کارهایی را انجام نمی‌دهد؟ بافت و زمینه بحث و جدل‌ها در خانواده چگونه است؟ اتحادها در خانواده چگونه است؟ انتظارات‌شان از مشاوره چیست؟

جلسه اول. در این جلسه از شرکت‌کنندگان سؤال شد آیا به خاطر ازدواج و نگرش به ازدواج‌شان آمده‌اند یا برای اصلاح و حل مشکل خودشان؟ از آن‌ها خواسته شد تا روشن کنند که کدام‌یک برای‌شان مهم‌تر و در اولویت است؟ پس از آنکه شرکت‌کنندگان به صراحت بیان داشتند که به خاطر نگرش به ازدواج‌شان آمده‌اند؛ خواسته شد که هر یک از آن‌ها بگویند که به نظرشان چه چیز اشتباه و نامناسبی در انتظار از ازدواج وجود دارد؟ چه چیز خوب و مناسبی در ازدواج وجود دارد؟ با طرح این سؤال فرصتی فراهم شد تا هر یک از آن‌ها انتظار خود از ازدواج را مطرح کنند. در ادامه روند ارزیابی به آن‌ها توصیه شد تا در زمان بین جلسه اول و دوم درباره موارد خوب و مناسب زندگی و ازدواج فکر کنند. در فرایند ارزیابی، گاهی اتفاق می‌افتاد که شرکت‌کنندگان از پاسخ به این سؤال طفره می‌رفتند و اظهار می‌داشتند که ما برای حل مشکلاتمان اینجا آمده‌ایم. در پاسخ آن‌ها گفته شد که درست است؛ اما می‌خواهیم بدانیم؛ نگرش و انتظار از ازدواج و حل مشکلات فردی اساس و بنیادنی دارد یا نه. لازم است که اول بگویند که جنبه‌های سالم و دست‌نخورده و مناسب ازدواج‌شان کدام است؟ در پایان جلسه از هر یک از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا بگویند در طول هفته‌ای که در پیش است چه کاری می‌توانند انجام دهند تا برای زندگی آینده‌شان مفید باشد و موجب بهبود آن شود؟ در پایان شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا برای این پرسش پاسخ‌هایی بیابند و فهرستی از کارهایی را تهیه کنند که می‌توانند انجام دهند تا موجب اصلاح الگوها و نگرش آن‌ها به ازدواج شود. یک یا دو مورد از آن را انتخاب کنند و پس از تعهد لازم آن را در فاصله دو جلسه انجام دهند.

جلسه دوم. در این مرحله ارزیابی، ابعاد دیگر ناهماهنگی بین دنیای کیفی شرکت‌کنندگان و نیز میزان نیاز هر یک از آن‌ها شناسایی و بررسی و سپس خواسته شد تا هر یک از آن‌ها بگویند که برای آنکه نیازهای خود را از همسر خود دریافت کنند؛ چگونه رفتار خواهند کرد؟ آیا این رفتار موجب خواهد شد تا آنچه را می‌خواهند؛ به‌دست آورند یا موجب ضربه به ازدواج‌شان خواهد شد؟ از هر شرکت‌کنندگان خواسته شد تا جواب صریح و روشنی به این سؤال‌ها بدهد. پس از آنکه شرکت‌کنندگان رفتار کنونی و نیازهای خود را

1. W= Wants and Needs, D= Direction & Doing, E= Self-Evaluation, P= Planning

2. assessment

شناسایی و مطرح کردند؛ از هر شرکت‌کنندگان خواسته شد تا انتظارات خود را از ازدواج و زندگی مشترک فهرست و در جلسه آینده ارائه کند تا انتظاراتی آن‌ها بررسی شود.

مرحله دوم. *مد/خله خودسنجی*^۱. این مرحله جلسه سوم و چهارم را به شرح زیر پوشش می‌دهد. جلسه سوم. از شرکت‌کنندگان خواسته شد که رفتار خود را ارزیابی کنند و بگویند آیا رفتار کلی آن‌ها نظیر تفکر، عمل و احساس آن‌ها سهم مثبتی بر نحوه نگرش آن‌ها به زندگی زناشویی داشته است؟ در این جلسه گزارش طرح‌های تهیه شده برای نحوه نگرش به زندگی زناشویی، انتظارات و میزان موفقیت در زندگی زناشویی ارزیابی و شرکت‌کنندگان در صورت پیشرفت، تشویق شدند و در صورت عدم اجرا، بدون پذیرش عذر و بهانه و بدون تنبیه، رفتارهای کنونی آن‌ها در رابطه با اصلاح باورها و انتظارات ناکارآمد در ارتباط با همسر و زندگی زناشویی، مجدداً ارزیابی و طرح‌ریزی شد.

جلسه چهارم. در این جلسه از مرحله دوم از هر یک از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا مشخص کنند که چگونه برای ساخت زندگی زناشویی بر طبق ملاک‌های واقعی و درست می‌توانند تلاش کنند؟ از هر یک سؤال شد که آیا تاکنون برای اصلاح ملاک‌ها و باورهای نادرست و ناکارآمد، کاری کرده‌اند؟ آیا شیوه اصلاح ملاک‌ها و باورهای نادرست، مناسب بوده است؟ اگر مناسب نبوده است؛ چگونه می‌توانند آن را تغییر دهند؟ شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا ضمن بررسی شیوه‌های اصلاح ملاک‌ها و باورهای ارتباط با همسر، شیوه‌ها و طرح‌های تازه‌ای را ارائه کنند که کارآمدی بیشتری دارند و هر یک طرح‌های تنظیم شده خود را یادداشت و میزان تعهد خود به اجرای آن‌ها را مشخص کنند. اگر هر یک از شرکت‌کنندگان در مورد نیازهای مربوط به بقا تعارض دارند؛ میزان خواسته خود را در مورد ازدواج و ادامه زندگی زناشویی مشخص و سپس واقعی بودن هر یک از خواسته‌ها را ارزیابی کنند. آن‌گاه شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا راجع به خواسته‌ها، ملاک‌ها و نگرش‌های خود نسبت به ارتباط با همسر با افراد گروه مذاکره کنند تا برای ایجاد و حفظ زندگی زناشویی، خواسته خود را تعدیل و همچنین تمرین کنند که چگونه می‌توانند نسبت به اصلاح ملاک‌ها و باورهای نادرست و ناکارآمد اقدام کنند.

مرحله سوم. *عمل*^۲. این مرحله شامل جلسه‌های پنجم و ششم به شرح زیر بود. جلسه پنجم. برای دستیابی به اهداف این مرحله از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا برای قدرتمندتر کردن ارتباط‌های بین اعضای خانواده، اعمال و کارهایی را انجام دهند. در این جلسه به جای استفاده از راهکارها و رهنمودهای مستقیم از روش‌های انعکاسی^۳ مانند رویکرد راجرز^۴ ۱۹۵۱ و از انواع روش‌ها و مداخله‌ها برای رسیدن به هدف‌های زیر در خانواده و به‌عنوان تکلیف خانگی استفاده شد. برآورده کردن نیازهای پنج‌گانه عشق و تعلق، قدرت آزادی، تفریح و بقاء، ارضای بیشتر دنیای کیفی همه اعضای خانواده، تغییر سطح ادراک شرکت‌کنندگان، افزایش تعامل‌های آن‌ها با دیگر اعضای خانواده و رسیدن هر یک از شرکت‌کنندگان به این نتیجه که تنها می‌توانند رفتار خود را تغییر دهند.

-
1. self-assessment
 2. action
 3. reflective methods
 4. Rogers

جلسه ششم، پس از ارزیابی تکالیف جلسه‌های پیشین، شرکت‌کنندگان تشویق شدند که برنامه و طرح‌های جایگزینی را ارائه کنند که دارای ویژگی‌های سامیک^۱ باشد که از ترکیب حرف‌های اول واژه‌های سادگی، در دسترس، قابل اندازه‌گیری، فوریت زمانی و پایدار یا قابلیت انجام دوباره گرفته شده است. هریک از آن‌ها تشویق شدند که دیدگاه و ادراک خود را تغییر دهند که مبنی بر این است که آیا دیگران و به‌ویژه همسر مسئول شاد و راضی کردن آن‌ها هستند؟ از هریک از شرکت‌کنندگان خواسته شد که بیان کند با استفاده از رفتار کلی شامل تفکر، عمل و احساس، چگونه می‌تواند هریک از پنج نیاز اصلی مثلاً نیاز به تفریح خود را برآورده کند و سپس به‌عنوان تکلیف خانگی زمان‌های معینی را در طول هفته به ثبت تفکر درباره ملاک‌های درست و نگرش مناسب و کارآمد نسبت به زندگی زناشویی اختصاص دهد.

شیوه اجرا. پس از هماهنگی با مسئول مراکز مشاوره همدلکده و همراز زندگی، از بین زوج‌هایی که در بازه زمانی تیر و مرداد به مرکز مراجعه کرده بودند؛ پس از غربالگری و انتخاب آزمودنی‌های واجد شرایط، توضیحاتی در مورد ماهیت، نحوه اجرای پژوهش و رعایت ملاحظات اخلاقی ارائه و پس از همتاسازی دو گروه آزمایش و گروه گواه به تصادف کاربندی شدند؛ پس از اتمام جلسه‌ها پس‌آزمون و دو ماه پس از آن، پیگیری اجرا و داده‌ها با استفاده روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش هیجان‌مدار $37/41$ ($3/56$)، گروه آزمایش واقعیت‌درمانی $37/80$ ($3/78$) و میانگین و انحراف معیار گروه گواه $37/67$ ($3/80$) بود. میانگین و انحراف معیار سن ازدواج گروه آزمایش هیجان‌مدار $5/80$ ($1/99$) سال، گروه آزمایش واقعیت‌درمانی $5/32$ ($1/64$) سال و گروه گواه $6/10$ ($2/00$) سال بود. در گروه آزمایش ۸ نفر (۴۰ درصد)، دارای مدرک تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم، ۷ نفر (۳۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۵ نفر (۲۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس، گروه آزمایش واقعیت‌درمانی نیز ۹ نفر (۴۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم، ۷ نفر (۳۵۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۴ نفر (۲۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس بودند و در گروه گواه ۸ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم، ۸ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۴ نفر (۲۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس بودند.

جدول ۱. شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و گواه در دو مرحله

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	هیجان‌مدار	۴۴/۹۰	۵/۰۲	۴۰/۵۰	۵/۰۶	۳۹/۷۸	۴/۸۹
واقعیت‌درمانی		۴۲/۹۰	۶/۰۵	۳۸/۹۵	۶/۱۴	۴۰/۱۰	۶/۴۳
گواه		۴۳/۴۰	۴/۴۷	۴۲/۸۵	۴/۱۹	۴۲/۱۲	۴/۰۰

1. Simple, Attainable, Measurable, Immediate, Consistent, Repetitive (SAMIC)

۶/۰۲	۴۵/۰۰	۶/۱۳	۴۵/۳۰	۵/۹۸	۴۰/۴۰	هیجان مدار	انعطاف‌پذیری
۵/۵۳	۴۱/۴۵	۵/۴۷	۴۱/۳۰	۵/۰۱	۳۶/۸۵	واقعیت درمانی	کنشی
۷/۱۷	۴۰/۷۸	۷/۰۷	۴۰/۴۰	۷/۱۷	۳۹/۹۵	گواه	

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه زوج‌درمانی هیجان مدار و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در نمره افسردگی کاهش و در نمره انعطاف‌پذیری کنشی افزایش نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		شیب رگرسیون	
		آماره	سطح معناداری	آماره F	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
افسردگی	هیجان مدار	۰/۱۸	۰/۲۰	۲/۱۸	۰/۱۰	۱/۷۴	۰/۱۸
	واقعیت درمانی	۰/۲۰	۰/۱۵				
	گواه	۰/۲۳	۰/۱۳				
انعطاف‌پذیری کنشی	هیجان مدار	۰/۱۹	۰/۱۴	۱/۷۴	۰/۱۵	۱/۳۳	۰/۲۷
	واقعیت درمانی	۰/۱۶	۰/۲۰				
	گواه	۰/۱۷	۰/۲۰				

با توجه به جدول ۲، آماره Z آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای تمامی متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها بهنجار است. همچنین آماره آزمون لوین در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای وابسته معنادار نیست. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است.

جدول ۳. نتایج مفروضه‌های آماری برای متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و افسردگی

متغیر	گروه	W موخلی		M باکس	
		X ²	سطح معناداری	F	سطح معناداری
افسردگی	هیجان مدار واقعیت درمانی گواه	۷/۰۴	۰/۱۱	۲/۸۸	۰/۱۱
	انعطاف‌پذیری کنشی	۱۳/۸۰	۰/۰۵۶	۲/۸۶	۰/۱۰

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که آماره W موخلی برای انعطاف‌پذیری کنشی و افسردگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری

متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. با توجه به اینکه مقدار اپسیلون شاخص گرین‌هاوس-گیسر در متغیرهای پژوهش به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۱، ۰/۵۷ و ۰/۶۱ شاخص‌های فلت به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۵۴، ۰/۶۱ و ۰/۶۵ به دست آمد که در تمامی متغیرها کمتر از ۰/۷۵ است. از شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای تصحیح درجه آزادی استفاده شده است؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
	مراحل مداخله	۹۰۸/۶۳	۲	۴۵۴/۳۱	۸/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۱۳
افسردگی	مراحل × گروه	۱۷۰۴/۱۳	۴	۴۲۶/۰۳	۸/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	بین گروهی	۴۷۰/۰۱	۲	۲۳۵/۰۰	۴/۲۱	۰/۰۲۰	۰/۱۲
انعطاف‌پذیری	مراحل مداخله	۷۴۰۷/۴۷	۲	۳۷۰۳/۷۳	۴۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳
کنشی	مراحل × گروه	۳۱۸۴/۶۵	۴	۷۹۶/۱۶	۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	بین گروهی	۶۳۷۹/۲۴	۲	۳۱۸۹/۶۲	۱۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله هیجان مدار بر نمره افسردگی ($F=4/21$, $P=0/020$) با اندازه اثر ۰/۱۲ و انعطاف‌پذیری کنشی ($F=10/75$, $P=0/001$) با اندازه اثر ۰/۲۷ مؤثر بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه انعطاف‌پذیری کنشی و افسردگی

متغیرها	مرحله (I)	گروه هیجان مدار	گروه واقعیت درمانی	گروه گواه
		میانگین‌ها	میانگین‌ها	میانگین‌ها
		خطای معیار	خطای معیار	خطای معیار
		(I-J)	(I-J)	(I-J)
افسردگی	پس‌آزمون	۱/۷۲*	۲/۰۰*	۰/۸۹
	پیش‌آزمون	۲/۵۸**	۲/۸۵**	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۰/۳۸	۰/۴۲	۰/۶۱
انعطاف‌پذیری	پس‌آزمون	۳/۵۳**	۳/۲۲**	۰/۸۷
	پیش‌آزمون	۴/۰۰**	۴/۲۵**	۰/۸۴
	پس‌آزمون	۰/۳۸	۰/۳۷	۰/۶۱

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

جدول ۵ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش هیجان مدار، واقعیت درمانی و گروه گواه نشان داد که تفاوت در انعطاف‌پذیری کنشی و افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است. در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میانگین‌های نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری
افسردگی	هیجان مدار - واقعیت درمانی	-۰/۴۴	۰/۴۰	۰/۲۸
	هیجان مدار - کنترل	-۳/۸۰	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی - کنترل	-۳/۳۶	۰/۴۰	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری	هیجان مدار - واقعیت درمانی	۰/۴۳	۰/۴۱	۰/۳۰
	هیجان مدار - کنترل	۴/۴۴	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی - کنترل	۴/۰۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱

براساس نتایج آزمون تعقیبی LSD در متغیرهای افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی بین دو گروه تحت درمان (هیجان مدار و واقعیت درمانی) با گروه کنترل اختلاف معنی داری وجود داشت ($P < 0.01$). براساس یافته‌های توصیفی میانگین هر دو گروه درمان نسبت به گروه کنترل در متغیرهای افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی بهتر بوده است در نتیجه هر دو مداخله درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی در بهبود افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی افراد مؤثر بوده است. در متغیرهای افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی بین دو گروه تحت درمان (هیجان مدار و واقعیت درمانی) اختلاف معنی داری وجود نداشت ($P < 0.01$). در نتیجه تأثیر هر دو مداخله درمانی در بهبود متغیرهای افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی تقریباً یکسان بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و واقعیت درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی زوجین با مشکلات زناشویی در زنان شهر تهران بوده است، نتایج نشان داد که در متغیرهای افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی بین دو گروه تحت درمان (هیجان مدار و واقعیت درمانی) با گروه کنترل اختلاف معنی داری وجود داشت. بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین هر دو گروه درمان نسبت به گروه کنترل در متغیرهای افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی بهتر بوده است در نتیجه هر دو مداخله درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی در بهبود افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی افراد مؤثر بوده است. در متغیرهای افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی بین دو گروه تحت درمان (هیجان مدار و واقعیت درمانی) اختلاف معنی داری وجود نداشت. در نتیجه تأثیر هر دو مداخله درمانی در بهبود متغیرهای افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی تقریباً یکسان بوده است. این یافته با پژوهش رستگاری، فرنام، شیرازی (۱۳۹۹) که نشان دادند، درمان تنظیم هیجان بر افسردگی و صمیمیت زناشویی تفاوت معناداری وجود داشت، پژوهش خجسته مهر، شرالی‌نیا، رجبی، شلیده (۱۳۹۲)، نتایج نشان داد که اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته مؤثر بوده است، پژوهش حسین زاده، قربان شیروودی، رحمانی (۱۳۹۹)، نتایج حاکی از تأثیر مداخله هیجان مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود.

فلاحی (۱۴۰۰) در پژوهشی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ای نشان داد که نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ای تأثیر دارد همچنین آموزش تنظیم هیجان در موقعیت‌های زندگی، موجب می‌شود افراد احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان افسردگی ناشی از این احساسات منفی در آنان کاهش پیدا خواهد کرد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت مهارت‌های تنظیم هیجانی به افرادی که از لحاظ هیجانی آسیب‌پذیر هستند، اجازه می‌دهد که در زمان حال (زمان و مکان کنونی) باشند و در نتیجه به جای آنکه واکنشی بیش‌ازحد و اضطرابی به موقعیت نشان دهند، درک عمیق‌تری از میزان تهدید به دست آورند؛ بنابراین توجه عمده درمان تنظیم هیجان بر هیجانات مثبت و منفی و تقویت آن‌هاست. لذا با شناخت و آگاهی فرآیند هیجانی زوجین می‌توان سیستم شناختی و هیجانی این افراد را تصحیح کرد و اضطراب و افسردگی جلوگیری کرد. اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش جدایی هیجانی می‌تواند گفت درمانگران این رویکرد، اجتناب عاطفی یا جدایی هیجانی را محل روابط می‌دانند و احساس خوشایند پیوند را عامل افزایش انعطاف‌پذیری قلمداد می‌کنند. در جدایی هیجانی (گسلش عاطفی) تمایل به خروج از رابطه و عقب‌نشینی عاطفی در شرایط پرتنش مشاهده می‌شود و در شرایط پرتنش عاطفی، فرد نیاز به فرار، اجتناب و یا نادیده گرفتن موقعیت دارد. در رویکرد هیجان‌مدار، مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقادپذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می‌دهد و به بازگشت آرامش به زندگی زوج متعارض و حفظ و تداوم رابطه زناشویی کمک می‌نماید.

در تبیین نتایج این پژوهش شاید بتوان گفت، تأکیدی که گلاسر بر پذیرش مسئولیت رفتار هر فرد دارد به فرد کمک می‌کند تا به جای پرداختن به رفتار همسر و زیر ذره‌بین قرار دادن او، رفتار خود را مورد بررسی قرار داده و به بررسی نقش خود در مشکلات زناشویی بپردازد و در نتیجه روابط خویش را بهبود ببخشد. مشاوران واقعیت‌درمانی بر اساس مفاهیم گلاسر سعی می‌کنند در مداخله‌های بالینی، خود از طریق افزایش مسئولیت‌پذیری در زوجین و آموزش مهارت‌های ارتباطی، اعتماد و صمیمیت زناشویی را افزایش داده و تعارضات زناشویی را کاهش می‌دهد. علاوه بر آن تأثیرپذیری در شیوه واقعیت‌درمانی گلاسر، در مؤلفه‌های همکاری، رابطه جنسی، واکنش‌های هیجانی و حمایت فرزندان، روابط فردی و خانوادگی به‌خوبی آشکار است. گلاسر معتقد است که کاهش اشتیاق جنسی بعد از ازدواج به علت کاربرد کنترل بیرونی از سوی یک یا هر دو زوجین در مقابل همسر خود است بنابراین واقعیت‌درمانی در کاهش افسردگی و انعطاف‌پذیری در زنان دارای مشکلات زناشویی مؤثر است و می‌تواند تأثیرات مثبت طولانی مدتی بر زندگی زوجین داشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر مختص بودن نمونه به شهر تهران بود که تعمیم یافته‌ها را با سایر شهرها با محدودیت مواجه می‌سازد، یکی دیگر از محدودیت‌های عمده‌ی پژوهش عدم برگزاری دوره‌های پیگیری برای بررسی تداوم نتایج درمان بود. پیشنهاد می‌شود در این راستا پژوهش‌های مشابهی در شهرهای مختلف و با حجم نمونه‌ی بیشتر و متنوع‌تر انجام گیرد و نتایج پژوهش‌ها بررسی دقیق شود تا امکان تعمیم یافته‌ها را به سایر شهرها با مشکل مواجه نکند. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که با برگزاری دوره‌هایی مبتنی بر یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان و واقعیت‌درمانی در مراکز

مشاوره‌ی خانواده سایر مراکزی که زوج‌ها برای دریافت خدمات مشاوره‌ی زناشویی به آن مراجعه می‌کنند، گام مؤثری در زمینه توانمندسازی روابط زوج‌ها برداشته شود و میزان افسردگی کاهش یافته و به تبع آن افزایش انعطاف‌پذیری شناختی یابد.

موازن اخلاقی

ملاحظات اخلاقی شرکت در پژوهش بدین شرح خواهد بود: برای اطمینان بخشی به شرکت‌کنندگان برای تک‌تک آن‌ها نحوه محرمانه ماندن اطلاعات در مطالعه حاضر و ضرورت انجام این مطالعه توضیح داده شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش به‌گونه‌ای است ضمن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به پژوهش است.

سپاسگزاری

در پایان از مراکز مشاوره همدلکده و همراز زندگی در شهر تهران و همکاری مراجعین محترم به مراکز مشاوره دارای مشکلات افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی بین زوجین بودند قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- سلطانلو، فریبا. (۱۳۹۸). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر باورهای خودکارآمدی، شادکامی و کاهش تعارض‌های زناشویی در زنان متأهل. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۳(۷): ۵۵-۶۷
- رستگار، داود، فرنام، علی؛ و شیرازی، محمود (۱۳۹۹). اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر افسردگی و صمیمیت زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱۷): ۳۳-۴۹
- حسین زاده، زهرا، قربان شیروودی، شهره، خلعتبری، جواد؛ و رحمانی، محمدعلی. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها. *مجله خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۳): ۲۲-۳۸
- خجسته مهر، رضا، شیرالی نیا، خدیجه، رجبی، غلامرضا؛ و بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته. *مجله مشاوره کاربردی*، ۳(۱): ۱-۱۸
- فلاحی، فیروزه. (۱۴۰۰). اثربخشی واقعیت درمانی بر انعطاف‌پذیری روان شناختی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ای. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۷(۱): ۸۴-۹۰

References

- Beasley CC, Ager R(2019). Emotionally Focused Couples Therapy: A Systematic Review of Its Effectiveness over the past 19 Years. *J Evid Inf Soc Work*.:1-16.

- Duba, J. D., Graham, M., Britzman, Ms, & Minatrea, N. (2009). Introducing the “basic needs genogram” in reality therapy-based marriage and family counseling. *International Journal of Reality Therapy*, 2(3):15–19
- Grayer J(2016). Emotionally focused therapy for couples: a safe haven from which to explore sex during and after cancer. *Sex Relat Ther.*;31(4):488-92.
- Hill, R.F. et al. (2014). Satisfaction in close relationships. NewYork: Guilford.
- Johnson SM, Simakhodskaya Z, Moran M(2018). Addressing Issues of Sexuality in Couples Therapy: Emotionally Focused Therapy Meets Sex Therapy. *Curr Sex Health Rep.*;10(2):65-71.
- Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi C(2014). The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *Int J Fertil Steril*;7(4):337-44. pmid: 24520504.
- Springgate, B.F., Wennerstrom, A., Meyers, D., Allen III, C.E., Vannoy, S.D., Bentham, W., et al. (2011). Building community resilience through mental health infrastructure and training in post-Katrina New Orleans. *Ethnicity & disease*.
- Tadayon·M·Arya·A. M·& Lotfi·H. (2013). *The Efficiency of Reality Therapy Instruction upon the Rate of Life's Qualification and Marital Conflicts of Addicted Spouses*.
- Wiebe SA, Johnson SM (2016). A Review of the Research in Emotionally Focused Therapy for Couples. *Fam Process*. 55(3):390-407.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری کنشی

کاملاً نادرست	به ندرت درست	گاهش درست	اغلب درست	همیشه درست	
۰	۱	۲	۳	۴	۱. وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	۲. حداقل یک نفر هست که رابطه نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.
۰	۱	۲	۳	۴	۳. وقتی که راه‌حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، گاهی خدا یا تقدیر می‌تواند کمک کند.
۰	۱	۲	۳	۴	۴. می‌توانم برای هر چیزی که سر راهم قرار می‌گیرد، چاره‌ای بیاندیشم.
۰	۱	۲	۳	۴	۵. موفقیت‌هایی که در گذشته داشته‌ام چنان اطمینانی در من ایجاد کرده‌اند که می‌توانم با چالش‌ها و مشکلات پیش‌رو برخورد کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	۶. وقتی با مشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه خنده‌دار آنها را هم ببینم.
۰	۱	۲	۳	۴	۷. لزوم کنار آمدن با استرس موجب قوی‌تر شدنم می‌گردد.
۰	۱	۲	۳	۴	۸. معمولاً پس از بیماری، صدمه و سایر سختی‌ها به حال اولم باز می‌گردم
۰	۱	۲	۳	۴	۹. معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بدی مصلحتی هست
۰	۱	۲	۳	۴	۱۰. در هر کاری بیشترین تلاشم را می‌کنم و به نتیجه هم کاری ندارم.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۱. معتقدم که علیرغم وجود موانع، می‌توانم به اهدافم دست یابم.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۲. حتی وقتی که امور ناامید کننده می‌شوند، مأیوس نمی‌شوم.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۳. در لحظات استرس و بحران، می‌دانم که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنم.

خانواده درمانی کاربردی	سام‌خانیا‌نی و همکاران	مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی بر ...
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۱۴. وقتی که تحت فشار هستم تمرکز من را از دست نمی‌دهم و درست فکر می‌کنم
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۱۵. ترجیح می‌دهم که خودم مشکلاتم را حل کنم تا این که دیگران تمامی تصمیم‌ها را بگیرند.
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۱۶. اگر شکست بخورم به راحتی دلسرد نمی‌شوم
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۱۷. وقتی با چالش‌ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می‌کنم، خود را فردی توانا می‌دانم.
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۱۸. در صورت لزوم می‌توانم تصمیم‌های دشوار و غیرمنتظره‌ای بگیرم که دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۱۹. می‌توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۲۰. در برخورد با مشکلات زندگی، گاهی لازم می‌شود که صرفاً بر اساس حدس و گمان عمل کنی.
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۲۱. در زندگی یک حس نیرومند هدفمندی دارم.
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۲۲. حس می‌کنم بر زندگی‌م کنترل دارم.
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۲۳. چالش‌های زندگی را دوست دارم.
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۲۴. بدون در نظر گرفتن مواقع پیش‌رو، برای رسیدن به اهدافم تلاش می‌کنم.
۰	۱	۲ ۳ ۴ ۲۵. بخاطر پیشرفت‌هاییم به خودم می‌بالم.

پرسشنامه افسردگی بک

(۱)

خود را غمگین احساس نمی‌کنم.

خود را دل‌گرفته یا غمگین احساس می‌کنم.

خود را همیشه دل‌گرفته یا غمگین احساس می‌کنم و نمی‌توانم به حالت عادی برگردم.

به قدری خود را غمگین یا بی‌نشاط احساس می‌کنم که ناراحت می‌شوم.

به قدری خود را غمگین یا بی‌نشاط احساس می‌کنم که تحملش را ندارم.

(۲)

نسبت به آینده، بدبینی یا ناامیدی خاصی ندارم.

نسبت به آینده ناامید نیستم.

احساس می‌کنم که هیچ‌امیدی به آینده ندارم.

احساس می‌کنم که هرگز نخواهم توانست مشکلات را تحمل کنم.

احساس می‌کنم که آینده ناامید کننده است.

(۳)

احساس نمی‌کنم که شکست خورده‌ام.

احساس می‌کنم که شکست خورده‌تر از نصف مردم هستم

احساس می‌کنم که کارهای باارزش و معنی‌دار بسیار کمی انجام داده‌ام.

وقتی به گذشته نگاه می‌کنم، غیر از شکست‌های زیاد، چیز دیگری نمی‌بینم.

احساس می‌کنم شخص کاملاً شکست خورده‌ای هستم.

(۴)

ناراضیتی خاصی ندارم.

در اکثر مواقع احساس بی‌حوصلگی می‌کنم.
مثل گذشته برای هیچ چیزی خوشحال نمی‌شوم.
از هیچ چیزی احساس رضایت نمی‌کنم.
به طور کلی ناراضی هستم.

(۵)

خود را گنهکار احساس نمی‌کنم.
خود را معمولا بد و بی‌لیاقت احساس می‌کنم.
معمولا خود را گنهکار احساس می‌کنم.
تقریبا همیشه خود را بد و بی‌لیاقت احساس می‌کنم.
خود را خیلی بد یا خیلی بی‌لیاقت احساس می‌کنم.

(۶)

احساس نمی‌کنم که تنبیه می‌شوم.
احساس می‌کنم که برایم اتفاق بدی خواهد افتاد.
احساس می‌کنم که تنبیه می‌شوم یا تنبیه خواهم شد.
احساس می‌کنم که سزاوار تنبیه شدن هستم.
می‌خواهم که تنبیه شوم.

(۷)

احساس نمی‌کنم که سرخورده‌ام.
احساس می‌کنم که سرخورده‌ام.
خودم را دوست ندارم.
از خودم بیزارم.
نسبت به خودم کینه دارم.

(۸)

احساس نمی‌کنم که بدتر از دیگران هستم.
به خاطر ضعف‌ها و خطاهایی که دارم، از خودم انتقاد می‌کنم.
خود را به خاطر خطاهایم سرزنش می‌کنم.
هر اتفاق بدی که می‌افتد خود را سرزنش می‌کنم.

(۹)

به این فکر نیستم که اسیبی به خود به رسانم.
فکرهای آسیب رساندن به خود دارم اما به مرحله اجرا در نمی‌آورم.
احساس می‌کنم اگر بمیرم بهتر است.
احساس می‌کنم که اگر بمیرم خانواده‌ام راحت خواهد شد.
برای خود کشتی زرح‌های روشنی دارم.
اگر بتوانم خودم را می‌کشم.

(۱۰)

بیشتر از حد معمول گریه نمی‌کنم.
نسبت به گذشته بیش‌تر گریه می‌کنم.
در حال حاضر، همیشه گریه می‌کنم، نمی‌توانم گریه نکنم.
قبلا می‌توانستم گریه کنم، اما حالا اصلا نمی‌توانم گریه کنم، حتی اگر بخواهم.

(۱۱)

حال که عادت کرده ام، دیگر عصبانی نمی شوم.
در حال حاضر، بیش‌تر از مواقع عادی، ناراحت یا عصبانی می شوم.
به طور دائم عصبانی می شوم.
در اثر چیزهایی که معمولا مرا عصبانی می کردند ف دیگر عصبانی نمی شوم.

(۱۲)

علاقه خود را نسبت به مردم از دست نداده ام
نسبت به گذشته، کمتر به مردم علاقه دارم.
بیش‌ترین علاقه خود را به مردم از دست داده ام و نمی توانم به آن‌ها احساس داشته باشم.
همه علاقه خود را به مردم از دست داده ام و اصلا به فکر آن‌ها نیستم.

(۱۳)

مثل گذشته، به خوبی تصمیم می گیرم.
سعی می کنم تصمیم‌گیری‌ها را به عقب بیاورم.
برای تصمیم‌گیری، دشواری‌های زیادی دارم.
اصلا نمی توانم تصمیم بگیرم.

(۱۴)

فکر نمی کنم مثل گذشته زشت به نظر برسم.
نگرانم که پیر و غیر جذاب به نظر برسم.
احساس می کنم که تغییرات زیادی کرده ام و غیر جذاب شده‌ام.
خود را زشت و نفرت‌انگیز احساس می کنم.

(۱۵)

عملا می توانم به خوبی گذشته کار کنم.
برای شروع یک کار به تلاش‌های زیادی نیاز دارم.
به خوبی گذشته کار نمی کنم.
برای انجام دادن یک کار، خیلی باید به خود فشار بیاورم

(۱۶)

هیچ کاری نمی توانم انجام دهم.
طبق معمول خوب می توانم به خوابم.
صبح‌ها خسته‌تر از معمول بیدار می شوم.
یک یا دو ساعت زودتر از معمول بیدار می شوم و به دشواری می توانم دوباره به خوابم.
هرروز خیلی زود از خواب بیدار می شوم و نمی توانم بیش‌تر از پنج ساعت به خوابم.

(۱۷)

خسته‌تر از همیشه نیستم.
نسبت به گذشته زودتر خسته می شوم.
هرکاری انجام بدهم خسته می شوم.
خیلی خسته‌تر از آن هستم که کاری انجام بدهم.

(۱۸)

اشتهایم مثل همیشه خوب است.
اشتهایم به خوبی همیشه نیست.
در حال حاضر اشتهای خوبی ندارم.

اصلا اشتها ندارم.

(۱۹)

در این اواخر، وزنم خیلی کم نشده است.

وزنم بیش از ۲٫۵ کیلوگرم کم شده است.

وزنم بیش از ۵ کیلوگرم کم شده است.

وزنم بیش از ۷٫۵ کیلوگرم کم شده است.

(۲۰)

بیش از معمول به فکر سلامتی خود نیستم.

به فکر دردها و رنج‌ها، یا به فکر دشواری‌های هاضمه یا یبوست هستم.

آن قدر به فکر سلامتی و چگونگی حالم هستم که نمی‌توانم به چیز دیگری فکر کنم.

مهم‌ترین مشکلم سلامتی خودم است.

(۲۱)

در علاقه خود به مسائل جنسی هیچ تغییری احساس نکرده‌ام.

نسبت به گذشته، کمتر به مسائل جنسی علاقه دارم.

در حال حاضر به مسائل جنسی کمتر علاقه دارم.

علاقه خود به مسائل جنسی را به طور کامل از دست داده‌ام.

Comparison of the Effectiveness of Emotionally-Focused Couples Therapy (EFCT) and Reality Therapy in Reducing the Symptoms of Depression and Resilience of Couples with Marital Problems

Mitra mirlohian¹, Zahra Alizadeh², zohreh zareh hoseinzadeghan³, Zahra Ashkar⁴
Adine Bazgouneh⁵ & Eshagh samkhaniani*⁶

Abstract

Aim: This study was conducted to compare the effectiveness of emotionally-focused couple's therapy (EFCT) and reality therapy in reducing the symptoms of depression and resilience of couples with marital problems in women in Tehran. **Methods:** This is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The statistical population included 106 couples referring to counseling centers in Tehran in the first six months of 2021, of which 30 couples were purposefully selected and randomly assigned to EFCT group (10 couples), reality therapy group (10 couples), and control group (10 couples) after screening with Beck Depression Inventory (BDI) (2001) and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (2001). The EFCT group received the Johnson (2012) training package for ten sessions, and the reality therapy group received the Glasser (2003) training package for nine sessions. The control group received no intervention and was placed on a waiting list. Data were analyzed by repeated-measures ANOVA. **Results:** The results indicated that EFCT and reality therapy affected the improvement of depression ($F = 4.21, P = 0.020$) and resilience ($F = 10.75, P = 0.001$) of couples and that this effect was stable at the follow-up phase. **Conclusion:** According to the findings, EFCT and reality therapy are two effective methods to reduce the symptoms of depression and resilience of couples with marital problems.

Keywords: couple therapy, emotionally-focused couples therapy (EFCT), reality therapy, depression, resilience.

1. M.A of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2. M.A of General Psychology, Ilam Campus Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
3. M.A of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
4. M.A Educational Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran
5. M.A Clinical Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
6. **Corresponding Author:** PhD Student in Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
Email: esamkhanian7@gmail.com