

مقایسه تأثیر رویکرد درمان یکپارچه توحیدی و رویکرد هیجان مدار بر بهبود احساسات مثبت زنان متأهل نسبت به همسر

مراد جویانی صوری *

محمد حسین شریفی نیا**

محمد قمری ***

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور مقایسه میزان اثربخشی گروه درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی و درمان هیجان مدار بر بهبود احساس مثبت زنان متأهل نسبت به همسرانشان انجام شد. روش: طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه بود. نمونه پژوهشی را ۴۵ نفر از زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده پیوند انجمن اولیا و مربیان شهرستان نقده تشکیل می دادند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و با گمارش تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره درمان یکپارچه توحیدی، هیجان مدار و گواه جای گرفته بودند؛ سپس اعضای گروه های آزمایشی در جلسات گروه درمانی شرکت کردند. ابزار اندازه گیری، پرسش نامه احساسات مثبت به همسر بود که در سه نوبت قبل، بعد و سه ماه پس از پایان مداخله اجرا شد. یافته ها: تحلیل واریانس دوره نشان داد میزان احساسات مثبت اعضای هر دو گروه آزمایشی به همسرانشان به طور معناداری افزایش یافته است ($p < 0/05$). نتیجه گیری: می توان ادعا کرد که درمان یکپارچه توحیدی دست کم به اندازه درمان هیجان مدار می تواند احساس مثبت زنان متأهل به همسرشان را بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: احساسات مثبت، رویکرد یکپارچه توحیدی، رویکرد هیجان مدار، گروه درمانی، زنان متأهل.

* دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، ایران.

** استادیار گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

*** دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران.

morad1357@gmail.com

sharifinia1@gmail.com

ghamari.m@abhariau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۰

مقدمه

ایجاد و تداوم روابط صمیمانه در ازدواج و داشتن احساسات مثبت به همسر و حفظ آن در طول زمان، هنری است که نیازمند کسب مهارت‌ها و انجام وظایف ویژه می‌باشد (روسو، بودمن، و کیاسر^۱ ۲۰۱۹). آمارها و شواهد نشان می‌دهند که امروزه، بسیاری از زوج‌ها در برقراری و تداوم روابط صمیمانه با یکدیگر مشکل دارند؛ به طوری که پس از گذشت مدت نه چندان طولانی، اغلب عشق و علاقه اولیه زوجین به همدیگر به سردی گراییده و احساس مثبتشان به هم رنگ می‌بازد و روابط زوجین گاه تا مرز فروپاشی پیش می‌رود. ازاین‌رو، تلاش برای استحکام خانواده و حفظ رابطه گرم و صمیمی همسران موضوعی پراهمیت است.

یکی از عوامل بنیادین در تداوم گرمی روابط زوجین داشتن احساسات مثبت به همسر است. احساسات به هیجان‌ها و واکنش‌های عاطفی آدمی اشاره دارد و دست‌کم سه مؤلفه شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری دارد. مؤلفه شناختی، افکار، باورها و انتظاراتی است که نوع و شدت پاسخ احساسی را تعیین می‌کنند؛ مؤلفه فیزیولوژیکی، بیانگر تغییرات هورمونی و جسمی است که در دستگاه عصبی و بدن رخ می‌دهند؛ و در نهایت، مؤلفه رفتاری مانند حالت چهره، حرکت اندام‌ها و نوع لحن و آهنگ صدا است که احساس درونی فرد را متجلی می‌سازد (رووم و واترفرانت^۲ ۲۰۱۷).

احساسات مثبت به همسر از طریق احساس رضایتمندی از زندگی مشترک، در دسترس بودن و پاسخگویی بودن زوجین به نیازها و عواطف یکدیگر مشخص می‌شود (هالچاک، مکینن، و جانسون^۳ ۲۰۱۰). فردریکسون^۴ (۲۰۱۳) با پیشنهاد نظریه توسعه و ساخت احساسات مثبت^۵، بر این باور بود که احساس خوشبختی و بهزیستی در زندگی مشترک، تنها با وجود احساسات مثبت نسبت به همسر، عینیت می‌یابد. به گفته او، وجود احساس خوشایند در قبال همسر، زمینه رشد و پیشرفت طولانی مدت را در زندگی شخصی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی فراهم می‌سازد. وظیفه‌دان (۱۳۹۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که بین احساسات مثبت به همسر و سلامت خانواده، همبستگی بالایی وجود دارد. او دریافت افزایش عواطف مثبت زوجین نسبت به هم، منجر به پایداری و استحکام خانواده و رضایت و سلامت اعضای خانواده می‌شود.

1. Rusu, Bodenmann & Kayser

2. Room & Waterfront

3. Halchuk, Makinen, & Johnson

4. Fredrickson

5. broaden-and-build theory of positive emotions

معمولاً پس از رویدادهای ناراحت‌کننده یا بروز اختلاف بین زوجین، ممکن است احساس منفی آنها نسبت به همسر برانگیخته شود. در صورتی که این احساس با آشتی، عذرخواهی، رابطه گرم زناشویی یا وقوع رویدادی مطلوب بین زوجین حل نشود و سرخوردگی استمرار یابد، به تدریج یأس و دلسردی و نارضایتی زناشویی شکل می‌گیرد. یک راهکار مناسب برای کاهش این عامل تضعیف‌کننده روابط سالم زوجین، تنظیم عواطف و احساسات به شکلی است که منجر به کارکردهای مطلوب زناشویی شود و احساسات مثبت را گسترش دهد. آتیو و ریسانن^۱ (۲۰۱۸) تأکید می‌کنند برقراری روابط سالم بین فردی با همسر از عوامل مهم تثبیت عواطف مثبت زوجین نسبت به یکدیگر است و سبب استحکام و رضایتمندی از زندگی زناشویی می‌شود. والش، نف و گلیسون^۲ (۲۰۱۷) دریافتند پس از هر رابطه خوشایند زوجین با یکدیگر، احساس مثبت آنان نسبت به هم افزایش می‌یابد. مطالعات گاتمن و سیلور^۳ (۲۰۱۲) نیز نشان داد که اگر هر زوجی در هفته فقط پنج ساعت را صرف زندگی مشترک زناشویی شان کنند، روابطشان گرم‌تر می‌شود و احساس صمیمی‌تری به هم پیدا می‌کنند. مرور فراتحلیل چندین مطالعه نیز تأیید کرده است که طول زندگی مشترک بزرگسالان مذهبی بیش از افراد غیرمذهبی است و آنها سطوح بالاتری از تعهد و رضایت زناشویی را تجربه می‌کنند (قمری، ۱۳۸۹).

علاوه بر کارهایی که خود زوجین برای بهبود احساساتشان در مورد همسرشان می‌توانند انجام دهند، امروزه برای کاهش مشکلات ارتباطی و نگرشی زوجین و افزایش صمیمیت و احساسات مثبت بین آنها، از مشاوره و خانواده‌درمانی نیز استفاده می‌شود. رویکردهای خانواده‌درمانی برای حل این مسئله، متنوع و گسترده هستند؛ ولی یکی از این رویکردها که در دهه‌های اخیر به‌طور ویژه، تقویت احساسات مثبت را به‌منزله شیوه‌ای مؤثر برای حل مشکلات زناشویی مورد توجه قرار داد، رویکرد هیجان‌مدار^۴ است.

این الگوی درمانی از ادغام و یکپارچه‌سازی رویکردهای هستی‌گرایی^۵، مراجع‌محوری^۶، گشتالت‌درمانی^۷ و شناختی^۸ در دهه ۱۹۸۰ توسط گرینبرگ و جانسون^۹ به منظور حل

1. Autio & Rissanen
2. Walsh, Neff & Gleason
3. Gottman & Silver
4. emotion-focused therapy
5. existentialists
6. person-centered theory
7. gestalt Therapy
8. cognitive
9. Greenberg & Johnson

مشکلات رفتاری-روانی زوجها تدوین گردید (شریفی نیا ۱۳۹۲، ۱۰۷). روان‌درمانی هیجان‌مدار یک زوج‌درمانی تجربی، نوانسان‌گرایانه، کوتاه‌مدت (۸ تا ۲۰ جلسه) و با محوریت نظریه دلبستگی^۱ است که هدف آن کمک به زوجین برای کشف و درک هیجان‌ات اصلی خود در رابطه با همسر به منظور بازسازی تعاملات بین خودشان و ایجاد چرخه جدیدی از تعاملات سازنده است (گرینبرگ^۲ ۲۰۱۵).

در این رویکرد، هیجان‌ها مهم‌ترین نیروی خلاق و سازمان‌دهنده زندگی محسوب می‌شوند. فرض زیربنایی درمان هیجان‌مدار آن است که احساسات مثبت و منفی مراجع از طریق تجربه‌های هیجانی بازسازی شده و سازمان می‌یابند. بر این اساس، در جلسات درمان کوشش می‌شود با تقویت خودآگاهی هیجانی به فرد کمک شود تا حالت‌ها و احساسات هیجانی خود و دیگران را تشخیص دهد و از آنها برای حل مشکلات روانی و کنترل رفتار خود استفاده نماید (گرینبرگ^۳ ۲۰۱۵).

این رویکرد بیان می‌کند که تأثیر متقابلی بین تعامل زوجین و تجربه عاطفی درونی آنها وجود دارد. از سوی دیگر، روابط آشفته اغلب ناشی از سبک دلبستگی ناایمن^۴ است. از این رو، هدف آن دسترسی و پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی و هیجانی اساسی در تعاملات زوجین است که این امر به توسعه سبک‌های دلبستگی ایمن، همدلی زوجین نسبت به تجارب همدیگر و تدوین الگوهای تعاملی جدید منتهی می‌شود. این دیدگاه به ویژه اظهار می‌دارد که درمان باید به ابراز عواطف نسبتاً مثبت توجه کند و بیان دشمنی و طرد را کاهش دهد (گرینبرگ و جانسون^{۳۲} ۲۰۰۳).

این رویکرد در ۴۰ سال گذشته مورد توجه زوج‌درمانگران قرار گرفت و پژوهش‌های فراوانی در سراسر دنیا اثربخشی آن را در اقوام و فرهنگ‌های مختلف تأیید کردند. از جمله هالچوک^۵ (۲۰۱۲)، تای و پولسون^۶ (۲۰۱۳) بری، لاورنس و لانگر^۷ (۲۰۰۸) و هاتوری^۸ (۲۰۱۴) در پژوهش‌های خود نشان دادند که مداخلات زوج‌درمانی هیجان‌مدار تأثیر چشمگیر و معناداری در افزایش سازگاری و احساسات مثبت همسران نسبت به هم داشته است. داخل کشور نیز، هنرپروران، تبریزی، نوابی نژاد و شفیع‌آبادی (۱۳۸۹)، ضیاءالحق و همکاران (۱۳۹۱)، حامدی و

1. attachment theory

2. Greenberg

3. Greenberg

4. insecure attachment style

5. Halchuk

6. Tie & Poulsen

7. Barry, Lawrence & Langer

8. Hattori

همکاران (۱۳۹۲) و قادری، رفاهی و باغبان (۱۳۹۴)، اثربخشی رویکرد هیجان مدار را در بهبود سازگاری زناشویی و افزایش صمیمت و خودکارآمدی زوج‌ها تأیید کرده‌اند.

رویکرد دیگری که در سال‌های اخیر در ایران مرکز توجه قرار گرفت، روان‌درمانی یکپارچه توحیدی^۱ است. این رویکرد که از تلفیق رویکردهای شناختی، رفتاری، روان‌پویایی، پدیدارشناختی و رشدی با آموزه‌های توحیدی، عرفانی و اخلاقی اسلام شکل گرفته، رویکردی کل‌نگر و یکپارچه است که می‌کوشد به‌طور همزمان، ابعاد چهارگانه زیستی - روانی - اجتماعی و معنوی مراجع را در فرآیند مشاوره و درمان مرکز توجه قرار دهد. این الگوی نوین، همه ابعاد وجودی آدمی و نیازهای برخاسته از آن‌ها، به‌ویژه بعد مغفول‌مانده معنوی را در فرآیند تغییر افکار، احساسات و عواطف و همچنین رفتار مورد توجه قرار می‌دهد. در این رویکرد تلاش می‌شود با بازسازی نظام شناختی، ارزشی و هیجانی بیمار و اصلاح سبک تعامل وی با همسر، زمینه شکل‌گیری و تقویت احساسات مثبت و سازنده فرد نسبت به زندگی مشترک و همسرش را فراهم سازد (شریفی‌نیا ۱۳۹۲).

در این الگوی درمانی افزون بر مداخلات شناختی، رفتاری و هیجانی، بُعد معنوی مراجع نیز از طریق تحکیم رابطه صمیمانه‌اش با خداوند تقویت می‌گردد. این امر به فرد امکان می‌دهد تا با درک ارزش وجودی خویش و جست‌وجوی معنای متعالی برای رویدادهای تلخ و شیرین زندگی، به توسعه روشی برای زندگی خود بپردازد که در نهایت سبب رشد، شادی و آرامش پایدار او می‌شود.

پیش‌فرض رویکرد یکپارچه توحیدی آن است که اولاً، میان چهار بُعد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی آدمی تعامل پیچیده‌ای برقرار است؛ به‌طوری که تغییر در هر یک از این ابعاد، سبب وقوع تغییرات مستقیم یا غیرمستقیم در ابعاد دیگر می‌گردد؛ ثانیاً، مشکلات احساسی و رفتاری، اغلب دارای علل چندگانه زیستی - روانی - اجتماعی و معنوی هستند و برای دستیابی به بهبودی کامل باید متناسب با شرایط مراجع، تمامی ابعاد مرکز توجه قرار گیرند.

اساس این روش احترام به سرشت مثبت و نیکوی آدمی، تلاش برای تعالی و رشد او و اعتقاد به توانایی انسان برای تغییر خویش است. به همین دلیل، در فرآیند درمان با برجسته‌سازی صفات مثبت، استعدادها و توانایی‌های مراجع، کوشش می‌شود که خودباوری، خودبسنده‌گی و عزت‌نفس او تقویت گردد.

در این الگوی درمانی با ترکیب و ادغام فنون و تکنیک‌های رویکردهای درمانی گوناگون، کوشش می‌شود ضمن استفاده هماهنگ و سازمان‌یافته از آن‌ها، به نیازهای فرهنگی، معنوی و اجتماعی بیماران نیز توجه شود؛ بنابراین، در روان‌درمانی یکپارچه توحیدی، تکنیک‌های رفتاری، شناختی، روان‌پویایی، گشتالتی، مراجع‌محوری، وجودی و معنوی در هم ادغام شده و متناسب با نیاز و شرایط مراجع، از این تکنیک‌ها استفاده می‌شود (شریفی‌نیا ۱۳۹۲).

نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته در مورد اثربخشی این شیوه درمانی، بیانگر اثربخشی مثبت و معنادار آن در کاهش رفتارهای پرخطر (شریفی‌نیا ۱۳۸۶)، مداوای اختلالات خلقی و اضطرابی (شریفی‌نیا ۱۳۸۷)، مؤلفه‌های شخصیت و بالینی نوجوانان بزه‌کار (هادی و جان بزرگی ۱۳۸۸)، ارتقای عزت‌نفس و اصلاح نگرش زناشویی زندانیان مرد (چوپانی ۱۳۸۹)، کاستن از فشار روانی و افسردگی همسران جانبازان مبتلاشده به اختلال استرس پس از سانحه (طیبی ۱۳۹۰)، بهبود نگرش معنوی و رضایت زناشویی مردان متأهل (شمس‌آبادی ۱۳۹۵)، کاهش احساس افسردگی و اندوه زندانیان (قادری، کهریزی، قاسمی، و مظلوم‌پور ۱۳۹۵)، افزایش رضایت زناشویی متأهلان (سیدی و باقری‌نیا ۱۳۹۶) است. از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش بساک‌نژاد، یعقوبی عسکرآبادی و اردمه (۱۳۹۳) مشخص کرد که توجه به دستورات دینی در شکل‌گیری احساس مثبت به همسر در کارکنان متأهل دانشگاه جندی‌شاپور مؤثر بوده است. آنها همچنین دریافتند با بالا رفتن هوش معنوی افراد، احساس مثبت زوج‌ها به همسرشان بیشتر می‌شود.

بر این اساس و با توجه به اینکه هر دو رویکرد یکپارچه توحیدی و درمان هیجان‌مدار از درمان‌های یکپارچه‌نگر هستند، مقایسه اثربخشی این دو الگوی درمانی، در دستور کار این پژوهش قرار گرفت، زیرا در میان انبوه نظام‌ها و الگوهای درمانی، شناخت نظام درمانی کارآمدتر که می‌تواند به صرفه‌تر باشد، یک اولویت پژوهشی در بین محققان روان‌شناسی بالینی است (حمزلو، جعفری، و ابراهیمی ۲۰۱۹). از این رو، پژوهش حاضر درصدد است با مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی، به این پرسش پاسخ دهد که آیا بین درمان یکپارچه با رویکرد توحیدی و درمان هیجان‌مدار در بهبود احساس مثبت زنان متأهل به همسرشان تفاوت معناداری وجود دارد؟

فرض پژوهش آن است که هر دو رویکرد به شیوه‌های متفاوتی سبب بهبود احساسات مثبت زنان متأهل به همسرشان می‌شوند.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با مداخله گروه‌درمانی و آموزش بود. گروه نمونه را ۴۵ نفر از زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره انجمن پیوند اولیا و مربیان شهرستان نقده تشکیل می‌دادند که به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به تحقیق برای آزمودنی‌ها عبارت بود از: متأهل بودن، داشتن تحصیلات حداقل راهنمایی، گذشتن دست‌کم ۵ سال از زندگی مشترک، پایین بودن احساس مثبت به همسر و قرار داشتن در دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال. به منظور انتخاب افراد، ابتدا از میان زنان متأهل متقاضی شرکت در گروه‌درمانی، افراد واجد شرایط شناسایی شدند. در گام بعد، افزون بر مصاحبه مقدماتی توسط درمانگر، آنها به پرسش‌نامه احساسات مثبت به همسر پاسخ دادند و از میان کسانی که بر اساس مصاحبه بالینی و پرسش‌نامه مزبور، کمترین میزان احساس مثبت به همسر را داشتند، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت انتساب هم‌تاشده در سه گروه یکپارچه توحیدی، هیجان‌مدار و گواه گماشته شدند. آنگاه اعضای دو گروه آزمایشی در جلسات گروه‌درمانی طبق دو رویکرد پیش‌گفته شرکت کردند. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، طی این مدت اعضای گروه گواه در جلسات گفت‌وگوی آزاد با درمانگر شرکت می‌کردند. افزون بر این، پس از پایان پژوهش، آنان نیز از فرآیند خدمات درمانی بهره‌مند شدند. از آنجاکه برخی اعضا نتوانستند در همه جلسات شرکت کنند، یا پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون و پیگیری را تکمیل نمایند، در هر گروه با کمبود سه نفر آزمودنی مواجه شدیم. در نتیجه، در هر گروه اطلاعات ۱۲ نفر تجزیه و تحلیل شد.

ابزار

ابزار اندازه‌گیری پژوهش پرسش‌نامه احساسات مثبت به همسر^۱ بود. این پرسش‌نامه ۱۷ سؤال دارد که در سال ۱۹۸۳ توسط الیری، فیچمن و تورکوویتز^۲ به منظور سنجش عواطف مثبت یا عشق به همسر ساخته شد. پرسش‌نامه دارای ۲ بخش می‌باشد؛ در بخش اول که شامل ۸ گویه است از آزمودنی خواسته می‌شود احساس کلی خود به همسرش را در طول چند ماه گذشته با اعداد ۱ تا ۷ (۱ برای احساس به شدت منفی تا ۷ برای احساس به شدت مثبت) مشخص کند. در بخش دوم که شامل ۹ عبارت است، آزمودنی احساس خود را بر

1. Positive Feeling Questionnaire (PFQ)

2. O'Leary, Fincham, and Turkewitz

پایه تعدادی از رفتارهای همسرانه مانند اثر تماس بدنی، تنها بودن با همسر، کنار هم بودن و امثال آن از اعداد ۱ تا ۷ اعلام می‌دارد. برای به دست آوردن نمره پرسش‌نامه، امتیاز همه سؤالات با هم جمع می‌شوند. دامنه نمرات بین ۱۷ تا ۱۱۹ است. نمره‌های بالاتر به معنای احساس مثبت و نمره‌های پایین به معنای وجود احساس منفی به همسر است.

پایایی آن از طریق بازآزمایی با فاصله ۱ تا ۳ هفته ۰/۹۳ و ضریب همبستگی پرسش‌نامه با مقیاس سازگاری زناشویی ۰/۷۰ ($p < 0/001$) گزارش شده است. اعتبار پرسش‌نامه فوق نیز با ضریب آلفای ۰/۹۴ حاکی از همسانی درونی بالای آن است. حیدری، مظاهری و پوراعتماد (۱۳۸۴) این پرسش‌نامه را برای جامعه ایرانی هنجاریابی کردند که همسانی درونی برابر با ۰/۸۹ به دست آوردند. دیدنی، تبریزی، مردانی‌راد و کرمی (۱۳۹۹) نیز با روش آلفای کرونباخ، به ضریب پایایی ۰/۸۵ دست یافتند. با توجه به همبستگی معنادار آن با آزمون سازگاری زناشویی، مقیاس ارتباط ناوران، پرسش‌نامه افسردگی بک، از روایی همزمان بسیار خوبی برخوردار است (ثنایی ۱۳۹۶، ۱۸۷).

شیوه اجرا

برای اجرای پژوهش، پس از مشخص شدن اعضای گروه‌های آزمایش و گواه و همچنین تکمیل پرسش‌نامه احساسات مثبت به همسر، دو گروه آزمایشی در معرض دو شیوه روان‌درمانی یکپارچه توحیدی و هیجان‌مدار قرار گرفتند. جلسات هر دو گروه به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار گردید. تعداد جلسات درمانی برای رویکرد یکپارچه توحیدی ۱۰ جلسه و برای زوج‌درمانی هیجان‌مدار ۹ جلسه بود. پس از پایان جلسات درمانی، تمامی آزمودنی‌ها اعم از دو گروه آزمایش و گروه کنترل، مجدداً به پرسش‌نامه فوق پاسخ دادند. افزون بر این، پس از گذشت سه ماه از اجرای متغیرهای مستقل، به منظور پیگیری اثرات درمان، هر سه گروه پرسش‌نامه پیش‌گفته را تکمیل کردند.

برای اجرای ساختارمند جلسات درمانی، بسته آموزشی استاندارد روان‌درمان یکپارچه توحیدی، طبق اصول و مبانی ارائه شده توسط بنیانگذار این رویکرد (شریفی‌نیا ۱۳۹۲) تدوین گردید که خلاصه محتوا، هدف، نتایج مورد انتظار و تکالیف منزل این الگوی درمانی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱: خلاصه پروتکل جلسات گروه درمانی تقویت احساسات مثبت به همسر با رویکرد یکپارچه توحیدی

| جلسات | هدف | محتوا | تکلیف منزل | نتایج مورد انتظار |
|-------|---|--|---|--|
| اول | حساس کردن اعضای گروه به پیامدهای منفی کاهش احساسات مثبت به همسر | احوال پرسى و معارفه اعضاى گروه؛ توضیح اهداف و برنامه گروه درمانی، تبیین انواع احساس به همسر و دلایل آن | نوشتن احساسات خودشان به همسرشان در ابعاد مختلف | توجه به احساساتشان به همسر و درک اهمیت آن در زندگی زناشویی |
| دوم | آگاه سازی اعضا از تأثیر باورها و نگرش ها بر احساسات و عواطف | شرح چند خطای شناختی و باورهای غیرمنطقی و رابطه آن با احساس منفی به همسر، مروری بر نگرش توحیدی به زندگی | نوشتن چند مورد از خطاهای شناختی یا نگرش های منفی در مورد همسر با زندگی زناشویی | خودآگاهی به افکار منفی و نگرش های غلط در مورد همسر و زندگی مشترک |
| سوم | تخلیه هیجانی و کنار آمدن با مشکلات | وارسی تنش های روزمره زندگی و شیوه های کاهش آنها با آموزش تن آرامی، درد دل کردن با خدا و افزایش فعالیت های خوشایند در زندگی مشترک | ابراز خشم در یک مکان خلوت با صدای بلند از همسر، تمرین گفت و گوی روزانه با خدا، انتخاب یک فعالیت لذت بخش و انجام هر روز آن | کاهش تنش و رنج نبردن از شرایط استرس زا |
| چهارم | تقویت خودآگاهی و درک و همدلی با همسر | توضیح نیازهای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی و شیوه ارضاء آنها در خانواده | نوشتن انواع روش های تقویت احساس مثبت نسبت به همسر که تاکنون انجام داده اید | تقویت درک و همدلی بین زوجین و توجه به نیازهای چندگانه همسر |
| پنجم | آشنایی با سبک زندگی معنوی در خانواده | تبیین ارزش های اخلاقی، معنوی و دینی در زندگی مشترک و چگونگی اجرا کردن آنها | بررسی وضعیت خود در ابعاد تعهد، صمیمیت و توجه به نیازهای جنسی همسر | تقویت تعهد، محبت و توجه به نیازهای عاطفی همسر |
| ششم | تقویت نگرش مثبت در زندگی مشترک | تشریح ارزش و راهکارهای مثبت نگری از منظر اسلام و روان شناسی، اهمیت ذکر و یاد خدا، توجه به رویدادهای مثبت و توانایی های خود | نوشتن چند مورد از ویژگی های مثبت همسر | بهبود نگرش مثبت به همسر و کاهش منفی نگری در زندگی زناشویی |

| جلسات | هدف | محتوا | تکلیف منزل | نتایج مورد انتظار |
|-------|--|---|--|---|
| هفتم | آموزش شیوه‌های حل تعارض بین زوجین | اجتناب ناپذیر بودن تعارض و لزوم کنار آمدن با آن، ارائه سازنده‌ترین شیوه‌های حل اختلاف و تعارض با همسر، تکنیک پذیرش تناقض | نوشتن دو مورد از قصورات و ایرادهای خود در زندگی مشترک زناشویی در جروب‌بحث اخیر | استفاده از روش‌های سازنده حل تعارض و کاستن از عوارض منفی اختلافات خانوادگی |
| هشتم | آگاهی از حقوق و وظایف خود در برابر همسر | توضیح وظایف مشترک زن و شوهر نسبت به هم مثل معاشرت نیکو، احترام متقابل، همکاری، وفاداری و امثال آن، درک وظایف خود در قبال شوهر | تهیه چک لیستی از وظایف خود در قبال همسر و تعیین آنهایی را که انجام می‌دهد و آنهایی که انجام نمی‌دهد | توجه به وظایف همسران در قبال همسر خود و مرور این وظایف و مهم تلقی کردن آنها |
| نهم | تحکیم ایمان به خدا و باورهای دینی | نقش خداآوری در بهبود کیفیت زندگی و آرامش روانی؛ باور به توانایی و عطوفت خدا و واگذار کردن امور به او | تمرین انجام دستورات دینی به شیوه لذت بخش و خشنودکننده | توجه بیشتر به ارزش‌های اخلاقی و دینی در زندگی زناشویی |
| دهم | جمع‌بندی مباحث و ارزیابی نتایج گروه‌درمانی از اعضای گروه | مروری بر فرآیند درمان و تغییرات ایجاد شده؛ دریافت بازخورد و حل ابهامات اعضای گروه؛ ترغیب اعضا به پیگیری دستورات درمانی | توصیه به مرور روزانه مطالب آموخته شده در گروه و استمرار به‌کارگیری آنها در زندگی مشترک با نظارت یک فرد مورد اعتماد | استمرار رفتارهای آموخته شده و تبدیل آنها به یک سبک زندگی جدید در جهت تقویت عواطف مثبت به همسر |

جلسات گروه هیجان‌مدار نیز بر اساس پروتکل درمانی جانسون (۱۳۹۶) اجرا شد که خلاصه هدف و محتوای آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه پروتکل جلسات گروه‌درمانی تقویت احساسات مثبت نسبت به همسر با رویکرد هیجان‌مدار

| جلسات | هدف | محتوا |
|-------|---|--|
| اول | معارفه اعضا و درمانگر، آشنایی اعضای گروه با فرآیند درمان و مقررات گروه‌درمانی | معرفی اعضای گروه توسط خودشان، بیان اهداف و فرآیند گروه‌درمانی و تشریح ضوابط و دستورالعمل‌های گروه توسط درمانگر، پاسخ به سؤالات شرکت‌کنندگان |
| دوم | آشنایی با اصول درمان هیجان‌مدار | آگاه‌سازی اعضا از تأثیر احساسات و عواطف در تعاملات بین فردی و نقش هیجان‌مدار در روابط زناشویی، ردگیری هیجان‌های تکرارشونده آشفته‌ساز، یافتن موانع درونی و بیرونی صمیمیت بین زوج‌ها |

| جلسات | هدف | محتوا |
|-------|--|---|
| سوم | بالا بردن آگاهی اعضا در مورد هیجان‌های اولیه و ثانویه و شیوه مدیریت هیجان‌ها | شناسایی احساسات اولیه و ثانویه هر یک از زوج‌ها، قاب‌گیری مجدد مشکل و چرخه تعاملی زوج‌ها، دستیابی به هیجان‌های نهفته در موقعیت‌های تعاملی و شیوه ابراز سالم آنها |
| چهارم | آموزش نحوه صحیح ابراز هیجان‌ها و پرهیز از عدم ابراز هیجان‌ها | تشدید تجربه هیجانی و تأثیر آن در افزایش تمایل به درگیری و رویارویی هیجانی، آموزش شیوه‌های درست پاسخگویی به طرف مقابل برحسب احساسات نهفته و نیازهای دلبستگی |
| پنجم | شناسایی نیازها و جنبه‌های انکارشده خود، آموزش اظهار احساسات فروخورده شده | کمک به زوج‌ها برای افزایش آگاهی، درگیر شدن با هم و پذیرش مشکلات و نگرانی‌های دلبستگی، کمک به افراد برای شنیدن و پذیرش ترس‌های همسر، بیان آرزوها، ترس‌ها و آسیب‌های صمیمیت |
| ششم | آموزش همدلی و نحوه انعکاس دادن احساسات به همسر | پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه همسری، بیان انتظارات خود از طرف مقابل و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش |
| هفتم | آگاه کردن از هیجان‌ها و زیربنایی و نحوه شکل‌گیری آنها | تغییر الگوهای تعاملی و بازسازی تعاملات، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها از طرف مقابل و ایجاد درگیری هیجانی مثبت بین زوجین |
| هشتم | ارائه راه‌حل‌های جدید برای مشکلات تکرارشونده | بررسی شیوه‌های مؤثر برای مقابله با مشکلات مزمن، پرورش محیطی امن با ایجاد اعتماد متقابل، کاوش مشکلات و موضوعات قدیمی که باید حل شوند و شیوه حل و عبور از آنها |
| نهم | جمع‌بندی، نتیجه‌گیری و دریافت بازخورد از اعضای گروه | شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوج‌ها به الگوی ایمن در روابط، مرور تغییرات ایجادشده در رابطه زوج‌ها و خاتمه درمان |

یافته‌ها

به منظور ارزیابی میزان هم‌تابی اعضای گروه‌های آزمایش و گواه، متغیرهای سن، تحصیلات و طول مدت ازدواج در سه گروه بررسی شد. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران گروه یکپارچه توحیدی به ترتیب ۳۷/۲ و ۶/۱۳، گروه هیجان‌مدار ۳۴/۳ و ۵/۵۹ و گروه کنترل ۳۵/۵ و ۵/۸ بود که تفاوت معناداری بین آنها وجود نداشت. تحصیلات آزمودنی‌ها از سیکل تا لیسانس گسترده بود، اما توزیع آنها در گروه‌ها همگن بود و از این جهت تفاوت چندانی با یکدیگر نداشتند. مدت ازدواج آزمودنی‌های سه گروه نیز با میانگین ۱۱/۶ سال و انحراف معیار ۲/۶ تقریباً هم‌تاب بود (یکپارچه توحیدی با میانگین ۱۱/۵۸ و انحراف معیار ۴/۰۶؛ هیجان‌مدار ۱۱/۷۵ و ۴/۱۲؛ و گروه گواه با ۱۱/۵ و ۴/۰۳).

پس از اطمینان از همگنی گروه‌های آزمایشی و گواه، وضعیت داده‌های آماری احساس زنان نسبت به شوهران پیش از مداخله، پس از مداخله و سه ماه بعد از پایان جلسات گروه درمانی مورد توجه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ذکر شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار احساسات مثبت به همسر در گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری

| کنترل | | گروه هیجان مدار | | گروه یکپارچه توحیدی | | مراحل | |
|------------------|---------|------------------|---------|---------------------|---------|-----------|-------------------|
| انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | | متغیر |
| ۴/۰۷ | ۲۹/۳۳ | ۴/۹۷ | ۳۱/۲۵ | ۷/۲۲ | ۳۱/۸۳ | پیش‌آزمون | احساسات مثبت همسر |
| ۴/۴۵ | ۲۹ | ۳/۹۶ | ۵۱/۶۶ | ۵/۹۷ | ۵۲/۲۵ | پس‌آزمون | |
| ۴/۵۵ | ۲۹/۲۵ | ۴/۰۳ | ۴۹/۵۸ | ۵/۸۳ | ۵۰/۰۸ | پیگیری | |

طبق این یافته‌ها، میانگین نمرات مقیاس احساس مثبت به همسر در اعضای هر سه گروه قبل از دریافت مداخله بسیار به هم نزدیک است (۳۱/۸۳) در گروه یکپارچه توحیدی، ۳۱/۲۵ در گروه هیجان‌مدار و ۲۹/۳۳ در گروه گواه)، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل، افزایش چشمگیری را نشان می‌دهد (۵۲/۲۵ برای یکپارچه توحیدی، ۵۱/۶۶ برای هیجان‌مدار)؛ در حالی که میانگین احساسات گروه گواه تغییر چندانی نکرده است (۲۹).

برای بررسی معناداری این تفاوت، باید داده‌های به دست آمده از طریق تحلیل کوواریانس، تجزیه و تحلیل شوند. در گام نخست داده‌های به دست آمده از پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه یکپارچه توحیدی مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از این تحلیل، در جدول ۳ خلاصه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر گروه درمانی رویکرد یکپارچه توحیدی بر احساسات مثبت به همسر

| منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معناداری | مجذورات |
|------------|---------------|-------------|-----------------|--------|--------------|---------|
| گروه | ۱۳۶/۱۶ | ۱ | ۱۳۶/۱۶ | ۴۸/۵۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۰۸ |
| خطا | ۵۶/۱۳ | ۲۰ | ۱۲/۱۴ | | | |
| کل | ۴۳۵۷۰ | ۲۴ | | | | |

نتایج جدول نشان می‌دهد F به دست آمده در اثر مداخله گروه درمانی یکپارچه توحیدی (۴۸/۵۱) می‌باشد که در سطح (۰/۰۱) معنادار است. افزون بر این، شاخص اثر (مجذور اتا) نیز بیانگر آن است که دست کم ۷۰٪ بهبود احساسات زنان نسبت به همسرشان در گروه یکپارچه را می‌توان به اثر این رویکرد نسبت داد. با تکیه بر این داده‌ها، می‌توان گفت اجرای گروه درمانی یکپارچه توحیدی توانسته است به طور معناداری عواطف زنان شرکت‌کننده را بهبود بخشد.

پس از تأیید اثربخشی اثر مداخله در گروه یکپارچه توحیدی، داده‌های مربوط به گروه هیجان مدار را تحلیل نمودیم. جدول ۴ نشان دهنده اطلاعات حاصل از این تحلیل است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر گروه درمانی رویکرد هیجان مدار بر احساسات مثبت نسبت به همسر

| منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|------------|---------------|-------------|-----------------|--------|--------------|-----------|
| گروه | ۱۸۷/۰۸ | ۱ | ۱۳۶/۱۶ | ۳۰/۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰۳ |
| خطا | ۱۲۲/۹۶ | ۲۰ | ۱۲/۱۴ | | | |
| کل | ۴۲۵/۱۶ | ۲۴ | | | | |

چنانچه از یافته‌های جدول فوق برمی‌آید، اجرای درمان هیجان مدار نیز، تغییرات معناداری در نمرات مقیاس احساسات افراد تحت درمان ایجاد کرده است ($F=30/42$ و $p=0/001$). بدین ترتیب، می‌توان پذیرفت که گروه درمانی هیجان مدار احساسات مثبت اعضا را به همسرانشان افزایش داده است.

آخرین پرسش مطالعه حاضر این است که آیا میزان اثربخشی دو رویکرد یکپارچه توحیدی و هیجان مدار بر بهبود احساس مثبت زنان به یک اندازه بوده است یا یکی بر دیگری برتری دارد؟ بدین منظور، به نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در بین گروه‌های آزمایشی و گواه که در جدول ۵ گزارش شده است، توجه می‌کنیم.

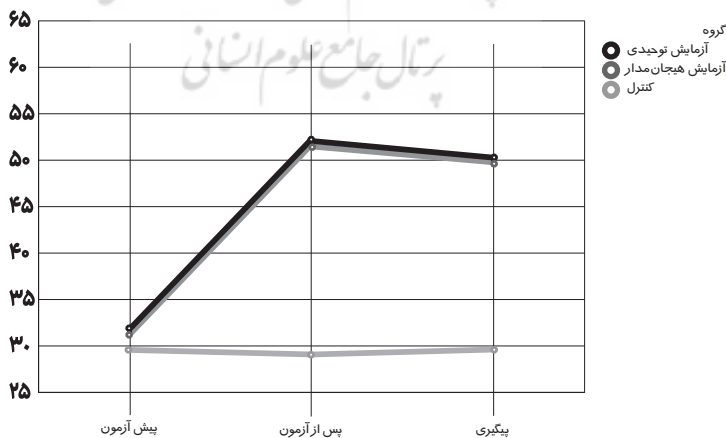
جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مجدور سهمی اتا (Eta) | Sig | F | میانگین مجدورات | Df | مجموع مجدورات | منبع تغییرات | |
|----------------------|-------|--------|-----------------|----|---------------|---------------|--|
| ۰/۵۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۷۶/۱۶ | ۱۹۹۷/۲۸ | ۲ | ۳۹۹۴/۵۷ | مراحل* | |
| | - | - | ۲۶/۲۲ | ۹۹ | ۲۵۹۶ | خطا | |
| ۰/۶۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۱۰۶/۷۳ | ۲۷۹۸/۸۹ | ۲ | ۵۵۹۷/۷۹ | مداخله** | |
| | - | - | ۲۶/۲۲ | ۹۹ | ۲۵۹۶ | خطا | |
| ۰/۴۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۱۹/۷۲ | ۵۱۷/۲۰ | ۴ | ۲۰۶۸/۸۱ | مراحل* مداخله | |

*مراحل: یعنی تغییرات در بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

** مداخله: یعنی تغییرات بین گروه‌های درمان یکپارچه توحیدی، هیجان مدار و گواه

همان‌طور که اطلاعات جدول ۵ نشان می‌دهد اثر متغیر درون‌گروهی زمان بر احساسات مثبت به همسر معنادار است ($P \geq 0/001$)؛ یعنی بین نمرات مقیاس احساسات مثبت به همسر گروه‌ها، در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر متغیر بین گروهی مداخله‌ها نیز در افزایش نمره احساسات مثبت به همسر گروه‌ها معنادار بوده است ($P \geq 0/001$)؛ یعنی انجام مداخله گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و هیجان مدار توانسته است احساسات مثبت زنان به همسرانشان را در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل بهبود بخشد ($p < 0/01$).



شکل ۱: نمودار نمرات سه گروه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

در نمودار فوق وضعیت احساس زنان نسبت به همسران سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تصویر کشیده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات مقیاس احساسات مثبت نسبت به همسر پیش‌آزمون در هر سه گروه تقریباً برابر است. پس از اعمال مداخله، میانگین نمرات احساسات مثبت نسبت به همسر دو گروه آزمایشی یکپارچه توحیدی و هیجان‌مدار به‌طور چشمگیری افزایش یافته که نشانگر بالا رفتن میزان احساسات مثبت اعضای این دو گروه به همسرانشان است. در آزمون پیگیری نیز، گرچه میانگین نمرات این دو گروه نسبت به پس‌آزمون اندکی کاهش یافته است، اما نسبت به گروه گواه، فاصله قابل توجهی را نشان می‌دهد که حاکی از پایداری اثرات در دو گروه یکپارچه توحیدی و هیجان‌مدار است.

نتیجه‌گیری

زندگی زناشویی و متأهل شدن در کنار تجربه‌های خوشایندی مانند عشق، لذت و آرامش، واجد فشارها و مخاطراتی نیز هست، زیرا رابطه زناشویی سرشار از زمینه‌های تعارض آمیز و دگرگونی نقش‌ها و پذیرش مسئولیت‌های جدید است. این وضعیت سبب بروز طیف وسیعی از احساسات متفاوت، از جمله احساسات ناخوشایند بین زوجین می‌گردد. اگر احساسات منفی ادامه یابد، تعارض همسران تشدید می‌شود و دوام رابطه زوجیت به خطر می‌افتد (گراس و جان ۲۰۰۳). احساسات منفی نظیر خشم، حسادت و خصومت منجر به پایین آمدن رضایت زناشویی می‌شود و تلاش‌های زوجین برای حل اختلافات را با شکست مواجه می‌سازد (روگ، بردبوری، هاهلوگ، انگل، و تورمایر ۲۰۰۶). این نگرانی‌ها باعث شده است زوج‌درمانگران و پژوهشگران به چگونگی ابراز احساسات به‌مثابه هسته اصلی ارتباطات زوجین توجه کنند (کافمن و سیلبرمن ۲۰۰۹). بر این اساس، شیوه‌های درمانی متعددی برای کاهش احساسات منفی و تقویت احساس مثبت به همسر پیشنهاد شده است که در این تحقیق مقایسه دو نظام درمانی یکپارچه توحیدی و هیجان‌مدار، بررسی شد.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس دوره‌ها نشان می‌دهد احساس مثبت زنان به همسرانشان در هر دو گروه یکپارچه توحیدی و هیجان‌مدار به‌طور معناداری افزایش یافته است و این نتیجه دست‌کم تا سه ماه پس از خاتمه جلسات درمانی حفظ شده است. افزون بر این، مشخص گردید که رویکرد یکپارچه توحیدی توانسته است به اندازه روش هیجان‌مدار احساس مثبت زنان به همسرانشان را بهبود بخشد و از این جهت تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی این دو رویکرد مشاهده نشد.

یافته پژوهش در مورد اثربخش بودن رویکرد هیجان مدار، با پژوهش های زواک و گرینبرگ^۱ (۲۰۲۰)، گرین من، جانسون و ویب^۲ (۲۰۱۹)، الیوت و شاهار^۳ (۲۰۱۹)، آتیو و ریسانن (۲۰۱۸)، ویب و جانسون^۴ (۲۰۱۶)، پرست^۵ (۲۰۱۳)، هالچاک، مکینن و جانسون (۲۰۱۰)، گرینبرگ، واروار و مالکولم^۶ (۲۰۱۰)، دیدنی، تبریزی، مردانی راد و کرمی (۱۳۹۹)، شکارچی اسداللهی، آزاد یکتا و میرزمانی بافقی (۱۳۹۸)، پورمحمد قوچانی، زارع و ماندنی زاده صفی (۱۳۹۸)، محمدی، اژه ای و غلامعلی لواسانی (۱۳۹۷)، قادری، رفاهی و باغبان (۱۳۹۴)، جاویدی (۱۳۹۳) و فلاح زاده، ثنایی ذاکر و فرزاد (۱۳۹۱) همسو است. تمامی این پژوهش ها نشان داده اند که درمان هیجان مدار تأثیر قابل قبولی بر حل مشکلات احساسی زوجین و بهبود عواطف مثبت و تعاملات رضایت بخش آنها با یکدیگر داشته است.

بنابراین، با توجه به تأکید رویکرد هیجان مدار بر تخلیه هیجان های ابرازنشده، تغییر تجربه هیجانی و تبدیل هیجان های ناسازگار به هیجان های سازگار، مؤثر بودن آن در بهبود عواطف و احساسات زوجین نسبت به یکدیگر، کاملاً قابل درک است. علاوه بر این، در این الگوی درمانی که حاصل ادغام نظریه های انسان گرایانه، وجودی و روان پویایی است، روابط آشفته ناشی از سبک دلبستگی ناایمن زوجین مورد مداخله قرار گرفته است و زمینه دسترسی و پردازش مجدد واکنش های عاطفی و هیجانی مثبت را در تعاملات زوجین فراهم می سازد. این امر خود، به توسعه سبک های دلبستگی ایمن، همدلی زوجین نسبت به تجارب یکدیگر و تدوین الگوهای تعاملی جدید می انجامد. بالا بردن آگاهی اعضا در مورد هیجان های اولیه و بیان هیجانات ثانویه و مدیریت آن ها، آموزش شیوه ابراز صحیح هیجان ها، آموزش همدلی، انعکاس احساسات و محتوا در تعاملات با همسر از جمله مواردی هستند که سبب بالا بردن احساس مثبت مراجع نسبت به همسرش می گردد.

اما در مورد تبیین اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر بهبود عواطف مثبت نسبت به همسر، پژوهش های متعدد نشان داده اند در صورتی که باورها و ارزش های دینی، درونی شده باشند و فرد به طور واقعی و اصیل آنها را پذیرفته باشد، این ارزش ها بیش از دیگر ارزش ها توانایی ایجاد همسوایی و وحدت بخشی به شخصیت را دارند (شرمن و سیمنتون ۲۰۰۱؛ پلنت و شرمن ۲۰۰۱؛ آلپورت و راس ۱۹۶۷؛ به نقل از شریفی نیا ۱۳۹۲، ۲۳۱). این نظریه با یافته های جعفری، حاج حسینی و غباری بناب (۱۳۹۷)، آراین فر و اعتمادی (۱۳۹۵)،

1. Zwack & Greenberg

2. Greenman, Johnson & Wiebe

3. Elliott & Shaha

4. Wiebe & Johnson

5. Priest

6. Greenberg, Warwar & Malcolm

حسینی (۱۳۹۰)، امیریان، دهکردی، پورنیک دست، محتشمی (۱۳۹۳)، بساک نژاد، یعقوبی عسکرآبادی و اردمه (۱۳۹۳)، جدیری، فتحی آشتیانی، موتابی و حسن آبادی (۱۳۹۶)، چابکی نژاد و صابر اشکذری (۱۳۹۸)، زرقانی، قنبری هاشم آبادی، معینی زاده و غلامرضایی نژاد (۱۳۹۸)، صدیقی، محبی و شاه سیاه (۱۳۹۳)؛ صفایی مقدم، اکبری و صالحی زاده (۱۳۹۳)، قمری (۱۳۸۹)، کریمی، قنبری هاشم آبادی و طالبیان شریف (۱۳۹۲)، مشهدی پور، میکایلی و نریمانی (۱۳۹۲)، محمدی، کجباف و عابدی (۱۳۹۳) و نازک تبار، حسینی و بابایی (۱۳۹۵) همسویی نشان می دهد. افزون بر این، پژوهش های متعددی نیز تأثیر مثبت دین و معنویت را در افزایش رضایتمندی زناشویی تأیید کرده اند (برای نمونه: فلانگان و همکاران^۱؛ آرگیل^۲؛ ماهونی^۳؛ و نلسون^۴).

رویکرد یکپارچه توحیدی با اصلاح نگرش های منفی زنان در مورد مسائل زناشویی و آموزش شیوه های حل تعارض برای در امان نگه داشتن کانون مقدس خانواده از آسیب ها و بحران ها از طریق تقویت نگرش الهی و معنوی زوجین، بر ضرورت عفو و گذشت و شکیبایی در زندگی مشترک زناشویی، آشنایی با وظایف و حقوق همسری، رعایت احترام متقابل همسران، پایین آوردن انتظارات غیرواقع بینانه و غیرالهی از یکدیگر و تقویت باورهای دینی و اعتقادی زنان در مورد مسائل زندگی خانواده و زناشویی، بر بهبود احساس مراجعین به همسرانشان تأثیر می گذارد. تأثیرات درمانی این امور در تحقیقات ناثنیل و دیوید^۵ (۲۰۱۰)، کال و هیتون^۶ (۱۹۹۷)، اورتینکال و نستیوکن^۷ (۲۰۰۶)، هوک و همکاران^۸ (۲۰۱۰) مورد تأیید قرار گرفته اند. مثلاً، دماریس، ماهونی و پارگامنت^۹ (۲۰۱۰) تأکید می کنند نگرش زوجین به ازدواج به مثابه امری معنوی و مقدس و برخورداری از سطح متوسط دینداری، می تواند یک عامل محافظت کننده در برابر نابرابری ها، تعارضات و ناگواری های زناشویی عمل کند. به عقیده هانلر و گنگوز^{۱۰} (۲۰۰۵) دینداری باعث افزایش رضایت زناشویی می شود. آنها با بررسی نقش میانجی حل مسائل زناشویی، دریافتند متغیر دینداری، یکی از مؤثرترین عوامل کاهش دهنده در تعارضات بین زوجین است.

1. Flanagan

2. Argyle

3. Mahoney

4. Nelson

5. Nathaniel & David

6. Call & Heaton

7. Orathinkal & Vansteewegen

8. Hook

9. Demaris, Mahoney & Pargament.

10. Hunler & Gencoz

در این الگو با تمرکز بر خودشناسی، افراد نه تنها درباره خودشان بیشتر یاد می‌گیرند، بلکه ارزش‌های شخصیتی همسرانشان را نیز بهتر درک می‌کنند. همچنین، با تغییر نگرش مثبت آن‌ها، تمرکز بر آنچه معنی‌دار یا ارزشمند است، افزایش می‌یابد و این به افراد متأهل کمک می‌کند تا با دید مثبت‌تری، برای همکاری و نزدیکی با همسر تلاش کنند و احساسشان به همدیگر را بهبود بخشند (اسچلنبرگ و همکاران^۱ ۲۰۱۰).

بگذریم از اینکه در الگوی یکپارچه توحیدی، عشق جنبه اساسی زندگی خانوادگی است که این امر، معنا و ارزش را در رابطه متقابل و مبتنی بر همکاری افزایش می‌دهد (وونگ^۲ ۲۰۱۷). در این رویکرد، عشق تجربه کاملی از معنا در عمل است؛ جایی که افراد همسر خود را همان‌طور که هستند، می‌پذیرند (باراکوا و همکاران^۳ ۲۰۱۵). با این توضیحات به نظر می‌رسد تحکیم رابطه زناشویی به تقویت مودت و محبت بین زوجین و ارتقای احساسات مثبت آنان به هم منجر می‌شود.

از سوی دیگر، با فراخوانی و یادآوری اعمال مثبت همسر، تأثیر بی‌عدالتی‌ها و رفتارهای منفی ادراک شده از وی کاهش می‌یابد و در مراجع، احساس بهتری به همسر شکل می‌گیرد (پیترزک و همکاران^۴ ۲۰۱۶). خصوصاً وقتی درمانگر از اعضای گروه می‌خواهد تا در روابط خود با همسرشان، از جنبه‌های مثبت خود بیشتر استفاده کنند و تجربه احساسی خوشایندتری را در همسر ایجاد نمایند. چنین تغییر نگرش و توجه به نکات مثبت همسر با درک صمیمیت و رابطه عاطفی بهتر با همسر، بی‌تردید احساس فرد به خودش و همسرش را بهبود می‌بخشد (لورد^۵ ۲۰۱۷). این فرآیند با اجرای تمرین شکل‌دهی مجدد که سعی بر اصلاح شناخت‌ها و احساسات منفی افراد متأهل به همسرشان دارد، همراه است. انجام تکالیف منزل در قالب تمرین‌های قدردانی از یکدیگر، بخشیدن یکدیگر و رها کردن کینه‌های گذشته، عملاً به کاهش احساسات منفی و تجربه احساسات مثبت بیشتر به همسر می‌انجامد. با این توصیف، درمان یکپارچه توحیدی با بهره‌گیری از آموزه‌های دینی و بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی رفتاری، تلاشی جدی در بهبود احساسات در افراد دارد.

در مجموع، از آنجا که زندگی زناشویی یک موضوع چندوجهی با ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است و ماهیتی فراگیر دارد، در رویکرد یکپارچه توحیدی برای حل

1. Schulenberg, et al

2. Wong

3. Barakova, et al

4. Pietrzak, et al

5. Lord

مسائل آن همه مشکلات جسمی، اختلالات شخصیتی و رفتاری، جنبه‌های فرهنگی و اجتماعی و همچنین ارزش‌های اخلاقی و معنوی زوجین مورد توجه قرار می‌گیرد؛ این امر باعث می‌شود نگاه زوجین به شیوه زندگی تغییر کرده و درک و احساس بهتری به همسر خود پیدا کنند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش موجود آن است که آزمودنی‌ها فقط از زنان متأهل انتخاب شده بودند که این امر، تعمیم نتایج آن به مردان متأهل را با مشکل مواجه می‌سازد. افزون بر این، برای اطمینان از کارآمدی این رویکرد، باید کارآزمایی بالینی در گروه‌های بزرگ‌تر و با حضور زوجین انجام گیرد.

با توجه به آمار بالای اختلافات خانوادگی در ایران، به ویژه پس از شیوع ویروس کووید ۱۹، لازم است با آموزش‌های جامع و مؤثر، شیوه‌های کارآمدی را به زوجین آموزش دهیم که بتوانند مشکلات ارتباطی را برطرف کنند و با بالابردن رضایتمندی از زندگی زناشویی، احساس مثبت‌تری به هم داشته باشند. بر اساس این یافته‌ها و نظر به تأثیر هم‌تراز رویکرد یکپارچه توحیدی با رویکرد هیجان مدار، پیشنهاد می‌شود که مشاوران و زوج‌درمانگران در مشاوره‌های خانواده و زوج‌درمانی، در کنار سایر رویکردهای خانواده‌درمانی، از رویکرد بومی یکپارچه توحیدی هم استفاده نمایند، زیرا این رویکرد علاوه بر بهره‌مندی از مؤلفه‌های اثرگذار سایر نظام‌های خانواده‌درمانی، بر دو مؤلفه فرهنگ و معنویت نیز تأکید می‌کند که در سال‌های اخیر مورد استقبال متخصصین حوزه سلامت و مشاوران خانواده در سراسر جهان قرار گرفته است.

فهرست منابع

الف-منابع فارسی:

۱. آراین‌فر، نیره، و عذرا اعتمادی. ۱۳۹۵. مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر. مجله پژوهش‌های مشاوره ۱۵(۵۹): ۷-۳۷.
۲. امیریان، مهدی، مهناز علی‌اکبر دهکردی، سبحان پورنیک‌دست، و طیبه محتشمی. ۱۳۹۳. اثربخشی آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سطح پرخاشگری. مجله روان‌شناسی و دین ۲۵: ۱۷-۳۰.
۳. بساک‌نژاد، سودابه؛ اسماعیل یعقوبی عسکری‌آبادی، و علی اردمه. ۱۳۹۳. رابطه ویژگی‌های شخصیتی و هوش معنوی با احساس مثبت نسبت به همسر در کارکنان متأهل دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور. مجله راهبردی زن و خانواده.

۴. پورمحمدقوچانی، کامران، محمدرضا زارع، و سارا ماندنی زاده صفی. ۱۳۹۸. اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار (EFT) بر بهبود رضایت زناشویی و کاهش گرایش به روابط فرازناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی. مجله رویش روان شناسی ۴۱: ۲۲۱-۲۳۰.
۵. ثنایی، باقر. ۱۳۹۶. مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
۶. جانسون، سوزان. ۱۳۹۶. تمرین زوج درمانی هیجان مدار. ترجمه بهرامی، اعتمادی، آذریان.
۷. جاویدی، نصیرالدین. ۱۳۹۳. اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده. مجله مشاوره کاربردی ۶: ۶۵-۷۸.
۸. جدیری، جعفر، علی فتحی آشتیانی، فرشته موتابی، و حمیدرضا حسن آبادی. ۱۳۹۶. اثربخشی زوج درمانی با رویکرد اسلامی بر رضایت زناشویی. مطالعات اسلام و روان شناسی ۱۱(۲۰): ۷-۳۷.
۹. جعفری، فاطمه؛ منصوره حاج حسینی، و باقر غباری بناب. ۱۳۹۷. اثربخشی مشاوره هیجان مدار مبتنی بر آموزه های اسلامی بر صمیمیت زوج های ناسازگار. مجله پژوهش های مشاوره ۶۸: ۴۴-۷۳.
۱۰. چابکی نژاد، زهرا، و فاطمه صابر اشکذری. ۱۳۹۸. اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر اضطراب و سرزندگی تحصیلی دانش آموزان دختران پیش دانشگاهی استان یزد. مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری ۳۲: ۴۰-۶۰.
۱۱. چوپانی، مراد. ۱۳۸۹. مقایسه اثربخشی تأثیر گروه درمانی رویکرد یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی بر عزت نفس و نگرش های زناشویی زندانیان مرد شهر قم. مطالعات اسلام و روان شناسی ۶: ۳۱-۶۱.
۱۲. حامدی، بتول، عبدالله شفیع آبادی، شکوه نوابی نژاد، و علی دلاور. ۱۳۹۲. بررسی اثربخشی رویکرد هیجان مدار بر افزایش میزان صمیمیت و خودکارآمدی زوج های دانشجوی. فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی ۴ (۱۵): ۴۳-۵۶.
۱۳. حسینی بیرجندی، سید مهدی. ۱۳۹۲. مشاوره و خانواده درمانی با رویکرد اسلامی. تهران: امیرکبیر.
۱۴. حیدری، محمود، محمد علی مظاهری، و حمیدرضا پوراعتماد. ۱۳۸۴. رابطه باورهای ارتباطی با احساسات مثبت نسبت به همسر. خانواده پژوهی ۱ (۲): ۱۲۱-۱۳۰.
۱۵. دیدنی، راضیه، مصطفی تبریزی، مرگان مردانی راد، و ابوالفضل کرمی. ۱۳۹۹. مقایسه اثربخشی درمان مثبت نگر و معنادرمانی بر احساسات مثبت نسبت به همسر و تعارضات زناشویی در زنان متأهل. پژوهش نامه روان شناسی مثبت ۶ (۱): ۸۳-۹۸.
۱۶. زرقانی، سید احمد، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، مجید معینی زاده، و فرشته غلامرضایی نژاد. ۱۳۹۸. اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر خودآگاهی هیجانی، جرئت ورزی و معناداری زندگی زندانیان. نشریه طب انتظامی ۸ (۳): ۱۴۴-۱۴۷.
۱۷. سیدی، زهرا، و حسن باقری نیا. ۱۳۹۶. اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر میزان رضایت زناشویی متأهلین. مجموعه مقالات سمینار علمی مراقبت های پرستاری در بهداشت روان و سلامت جامعه. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی آباد کتول.
۱۸. شریفی نیا، محمدحسین. ۱۳۹۲. الگوی روان درمانی یکپارچه با معرفی درمان یکپارچه توحیدی. قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

۱۹. شریفی نیا، محمدحسین. ۱۳۸۷. بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندانیان. مطالعات اسلام و روان شناسی ۱ (۲): ۷-۳۰.
۲۰. شریفی نیا، محمدحسین. ۱۳۸۶. مقایسه میزان اثربخشی دو روش درمانی یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان. مجله روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران ۳۷ (۳): ۴۱-۷۲.
۲۱. شکارچی اسداللهی، لیلا، مهرناز آزاد یکتا، و سید محمود میرزمانی بافقی. ۱۳۹۸. اثربخشی آموزش غنی سازی روابط زوجین مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر کیفیت روابط زناشویی در زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره. پیشرفت های نوین در علوم رفتاری ۳۲: ۱-۲۴.
۲۲. شمس آبادی، احمد. ۱۳۹۵. اثربخشی درمان گروهی با رویکرد یکپارچه توحیدی بر نگرش معنوی و رضایت زناشویی در مردان متأهل شهرستان مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
۲۳. صدیقی، اکرم، سیامک محبی، و سمیه شاه سیاه. ۱۳۹۳. بررسی رابطه و مقایسه جهت گیری مذهبی با رضایت و سازگاری زناشویی در زوجین شهر قم. پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده ۲ (۲): ۱۰۱-۱۱۴.
۲۴. صفایی مقدم، صفیا، علی اکبری، و عبدالرحیم صالحی زاده. ۱۳۹۳. بررسی رابطه بهزیستی معنوی و ذهن آگاهی با رضایت زناشویی. اولین همایش ملی علوم تربیتی و روان شناسی معنویت و سلامت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز.
۲۵. ضیاءالحق، مریم سادات، حسین حسن آبادی، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، و مرتضی مدرس غروی. ۱۳۹۱. تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی. خانواده پژوهی ۲۹: ۴۹-۶۶.
۲۶. طیبی، هاجر. ۱۳۹۰. مقایسه اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی-رفتاری در کاهش فشار روانی و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۲۷. فلاح زاده، هاجر، باقر ثنایی ذاکر، و ولی الله فرزاد. ۱۳۹۱. فرزاد بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی سیستمی تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوج ها. خانواده پژوهی ۸ (۳۲): ۴۶۵-۴۸۴.
۲۸. قادری، زهرا، ژاله رفاهی، و محمد باغبان. ۱۳۹۴. تأثیر آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر صمیمیت زوجین. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی ۶۰: ۷۷-۸۳.
۲۹. قادری، عادل، احسان کهریزی، الهه قاسمی، و ندا مظلوم پور. ۱۳۹۵. اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی در کاهش افسردگی زندانیان اصفهان. پنجمین همایش ملی روان شناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی.
۳۰. قمی، محمد. ۱۳۸۹. بررسی رابطه بین دینداری و میزان شادمانی در بین دانشجویان به تفکیک جنسیت و وضعیت تأهل. فصلنامه روان شناسی و دین ۱۱: ۷۵-۹۱.
۳۱. کریمی، شیوا، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، و جعفر طالبیان شریف. ۱۳۹۲. مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناختی-رفتاری بر روی دانشجویان سایکوپات غیر بالینی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی. چاپ نشده.

۳۲. محمدی، سید محمدعلی، محمدباقر کجباف، و محمدرضا عابدی. ۱۳۹۳. اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر میزان پرخاشگری زندانیان قم. مجله روان شناسی و دین ۷ (۳): ۴۷-۶۴.
۳۳. محمدی، محمد، جواد اژه‌ای، و مسعود غلامعلی لواسانی. ۱۳۹۷. اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوج‌ها. مجله روان شناسی ۸۸: ۳۶۲-۳۷۸.
۳۴. مشهدی‌پور، مریم، نیلوفر میکائیلی، و محمد نریمانی. ۱۳۹۲. مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناختی-رفتاری بر کاهش اختلالات اضطرابی دانش‌آموزان دختر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. چاپ نشده.
۳۵. نازک‌تبار، حسین، سیده زهرا حسینی درونکلائی، و انیسه بابایی. ۱۳۹۵. تحلیل رابطه سلامت معنوی، نگرش به ارتباط قبل ازدواج و دلزدگی زناشویی زنان متأهل. فصلنامه مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان. دانشگاه الزهراء ۱۴ (۳): ۹۳-۱۱۴.
۳۶. وظیفه‌دان، رضا. ۱۳۹۵. بررسی رابطه احساس مثبت به همسر با سلامت خانواده در کارکنان انتظامی استان خراسان شمالی. فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی ۳ (۱۲): ۳۵-۴۸.
۳۷. هادی، مهدی، و مسعود جان بزرگی. ۱۳۸۸. اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی. فصلنامه روان‌شناسی و دین ۶: ۷۱-۱۰۴.
۳۸. هنرپروران، نازنین، مصطفی تبریزی، شکوه نوابی‌نژاد، و عبدالله شفیع‌آبادی. ۱۳۸۹. اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زوجین. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی ۴ (۱۵): ۷۰-۵۹.

39. Argyle, M. 2000. Psychology and religion. London: Routledge.
40. Autio, T., and Rissanen, S. 2018. Positive emotions in caring for a spouse: a literature review. Scandinavian journal of caring sciences 32(1): 45-55.
41. Barakova, E. I., Bajracharya, P., Willemsen, M., Lourens, T., and Huskens, B. 2015. Long-term LEGO therapy with humanoid robot for children with ASD. Expert Systems 32(6): 698-709.
42. Barry, R. A., Lawrence, E., and Langer, A. 2008. Conceptualization and assessment of disengagement in romantic relationships. Personal Relationships 3: 297-315.
43. Call, V. R. A., and Heaton, T. B. 1997. Religious influence on family stability. Journal of the Scientific Study of Religion 36: 382-392.
44. Demaris, A., Mahoney A., and Pargament K. I. 2010. Sanctification of marriage and general religiousness as buffers of the effects of marital inequity. Journal of Family Issues 31: 1255-1278.
45. Elliott, R., and Shahar, B. 2019. Emotion-focused therapy for social anxiety.
46. Flanagan, K. S., Vanden Hoek, K. K., Ranter, J. M., and Reich, H. A. 2012. The potential of forgiveness as a response for coping with negative peer experiences. Journal of Adolescence 35: 1215-1223.

47. Fredrickson, B. L. 2013. Positive emotions broaden and build. In *Advances in experimental social psychology*. Academic Press 47: 1-53.
48. Gottman, J., and Silver, N. 2012. *What makes love last? How to build trust and avoid betrayal*. Simon and Schuster.
49. Greenberg L, Johnson, SM. 2003. *Emotionally Focused Therapy for Couples*. New York: Guilford Press.
50. Greenberg, L. S. 2015. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.
51. Greenberg, L., Warwar, S., and Malcolm, W. 2010. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of marital and Family Therapy* 36(1): 28-42.
52. Greenman, P. S., Johnson, S. M., and Wiebe, S. 2019. *Emotionally focused therapy for couples: At the heart of science and practice*.
53. Halchuk, R. E. 2012. *Functional and structural neural effects of emotionally focused therapy for couples*. Doctoral dissertation, University of Ottawa, Ottawa: Canada.
54. Halchuk, R. E., Makinen, J. A., and Johnson, S. M. 2010. Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: A three-year follow-up. *Journal of couple & relationship therapy* 9(1): 31-47.
55. Hattori, K. 2014. *Emotionally focused therapy for Japanese couples: Development and empirical investigation of a culturally-sensitive EFT model*. Doctoral dissertation, University of Ottawa, Ottawa: Canada.
56. Hook. J., Worthington, E., Davis, D., Jennings, D., and Gartner, A. 2010. Empirically supported religious and spiritual therapies, *J Clin Psychol* 66: 46-72.
57. Hunler, O. S., and Gencoz, T. I. 2005. The effect of religiousness on marital satisfaction: Testing the mediator role of marital problem solving between religiousness and marital satisfaction. *Contemporary Family Therapy* 27: 123-136.
58. Lord, S. A. 2017. Mindfulness and spirituality in couple therapy: The use of meditative dialogue to help couples develop compassion and empathy for themselves and each other. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 38(1): 98-114.
59. Mahoney, A. 2005. Religion and conflict in marital and parent child relationship. *Journal of Social* 61: 689-706.
60. Nathaniel, M., and David, C. 2010. Family relation. *Journal of Family Therapy* 34: 65-78.

61. Nelson, N. 2008. Religion, coping and marital satisfaction. Doctoral dissertation, Vanderbilt University.
62. O'Leary, K. D., Fincham, F., and Turkewitz, H. 1983. Assessment of positive feelings toward spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(6): 949.
63. Orathinkal, J., and Vansteewegen, A. 2006. Religiosity and marital satisfaction. *Contemporary Family Therapy* 28: 497-504.
64. Pietrzak, T., Hauke, G., and Lohr, C. 2016. Connecting Couples Intervention: Improving couples' empathy and emotional regulation using embodied empathy mechanisms. *European Psychotherapy* 13: 66-98.
65. Priest, J. B. 2013. Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy* 12(1): 22-37.
66. Room, B., and Waterfront, W. B. 2017. Positive Emotions Pre-Conference.
67. Rusu, P. P., Bodenmann, G., and Kayser, K. 2019. Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships* 36(1): 359-376.
68. Schulenberg, S. E., Schnetzer, L. W., Winters, M. R., and Hutzell, R. R. 2010. Meaning-centered couples therapy: Logotherapy and intimate relationships. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 40(2): 95-102.
69. Tie, S., and Poulsen, S. 2013. Emotionally focused couple therapy with couples facing terminal illness. *Contemporary Family Therapy* 35(3): 557-567.
70. Walsh, C. M., Neff, L. A., and Gleason, M. E. 2017. The role of emotional capital during the early years of marriage: Why everyday moments matter. *Journal of Family Psychology* 31(4): 513.
71. Wiebe, S. A., and Johnson, S. M. 2016. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process* 55(3): 390-407.
72. Wong, P. T. 2017. Meaning-centered approach to research and therapy, second wave positive psychology, and the future of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist* 45(3): 1-10.
73. Zwack, J., and Greenberg, L. 2020. Where Are the Emotions? How Emotion-Focused Therapy Could Inspire Systemic Practice. In *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling*. Cham: Springer, 249-264.-