

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Mood Swings and Emotional Expression of Couples with Marital Conflict

Article Info

Authors:

Maryam Aghazade¹, Saeed Najarpour Ostadi^{*2}

Keywords:

Emotional expression, Acceptance and Commitment Therapy, Mood Swings.

Article History:

Received: 2024-04-16

Accepted: 2024-09-12

Published: 2024-09-22

Correspondence:

Email: Saeedno@live.com

Abstract

Purpose: the purpose of the present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on mood swings and emotional expression of couples with marital Conflict.

Methodology: The present study was a semi-experimental type of pre-test post-test with the control group. The statistical community of this study was made up of all couples with marital Conflict visiting counseling and Family Therapy Clinics in faramehr, the path of tranquility and yasham in Tabriz. The sample of the study consisted of 30 couples with marital Conflict who were selected from among the statistical community by targeted sampling, taking into account the acceptance of people to participate in the study and having entry criteria. The king and Ammons emotional expression questionnaires (1990) and the positive and negative emotion of Watson et al. (1988) were used to collect data. The data was analyzed by the multivariate variance analysis test (MANCOVA) in version 24 of the SPSS statistical software.

Findings: The Results showed that there is a significant difference between the post-test scores of mood swings and emotional expressiveness. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment has caused a decrease in the average negative emotion component and an increase in the positive emotion component of the intervention group and an increase in the average scores of the subjects in emotional expressiveness ($P>0.01$).

Conclusion: Treatment based on acceptance and commitment has a significant effect on mood swings and emotional expression; Therefore, it is possible to reduce the mood swings and increase the expressiveness of emotions through treatment based on acceptance and commitment.

1. Master of Family Counseling, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran. (Corresponding Author)

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابراز هیجانی و نوسانات خلقی زوجین دارای تعارض زناشویی

مریم آقازاده^۱، سعید نجارپور استادی^۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نوسانات خلقی و ابراز هیجانی زوجین دارای تعارض زناشویی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زوجین دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و خانواده درمانی فرامهر، مسیر آرامش و یاشام شهر تبریز تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ زوج دارای تعارض زناشویی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند و داشتن ملاک‌های ورود-خروج از میان جامعه آماری انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های ابرازگری هیجانی کینگ و آمونز (۱۹۹۰) و عاطفه مثبت و منفی واتسون و همکاران (۱۹۸۸) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) در نسخه ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون نوسانات خلقی و ابراز هیجانی وجود دارد. به عبارت دیگر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش میانگین مؤلفه عاطفه منفی، افزایش مؤلفه عاطفه مثبت نوسانات خلقی و افزایش ابراز هیجانی گروه مورد مداخله شده است ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معنی‌داری بر نوسانات خلقی و ابراز هیجانی دارد. بنابراین می‌توان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوسانات خلقی را کاهش و ابرازگری هیجان را افزایش داد. **کلیدواژه‌ها:** ابراز هیجانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوسانات خلقی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.

^۲ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران. (نویسنده مسئول)

مقدمه

عملکرد سالم خانواده، سهم عمده‌ای در سلامت جامعه و توسعه و رفاه اعضای آن دارد. اساس رشد انسان و بهزیستی جسمانی و روانی- اجتماعی در خانواده شکل می‌گیرد (Singh et al, 2022). ازدواج همیشه بدون کشمکش و چالش نیست، اما آنچه مهم‌تر است این است که هر یک از زوجین چگونه بر هر چالشی غلبه می‌کنند (Hajloo, 2021). اگر مشکلات بین زوجین، بلافاصله حل نشود، تعارض زناشویی به وجود می‌آید و این وضعیت را می‌توان با رفتار ناهماهنگ آنها در طول تعارض مشاهده کرد (Wisyaningrum et al., 2022). عدم حل و فصل اختلافات می‌تواند تأثیر منفی بر زندگی زناشویی بین زن و شوهر داشته باشد. به دلیل ماهیت رابطه زوجین، بروز اختلاف و دعوا بین آنان طبیعی است؛ بنابراین، زوجین باید بدانند که اختلافات قابل حل است و در این راستا تلاش بیشتری کنند (Zareei MahmoodAbadi, 2017). با در نظر گرفتن ناگزیر بودن تعارض در ازدواج، می‌توان گفت که تعارض خفیف تا متوسط زمانی رخ می‌دهد که زوجین با هم همکاری داشته و با هم تصمیم‌گیری کنند و در عین حال، سطوح مختلفی از استقلال و وحدت را نشان دهند (Amani et al., 2018). تعارض زناشویی احتمالاً یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف زندگی زناشویی است و زمانی ایجاد می‌شود که یکی از طرفین احساس نابرابری کند (Wang, 2023). پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی مانند احتمال طلاق و ایجاد افسردگی ناشی از تعارضات زناشویی، تأثیر جدی بر کیفیت زندگی و عملکرد نهاد خانواده دارد. دلایل مختلفی برای اختلافات زناشویی وجود دارد. برخی از عواملی که باعث تعارضات زناشویی می‌شوند عبارتند از مشکلات اقتصادی، مشکلات زناشویی، مشکلات در ارتباطات بین فردی و عاطفی، اختلاف سنی، مشکلات در محل کار (Li et al., 2023).

ابراز نابجا و نامناسب هیجانات، یکی از مشکلاتی است که زوجین دارای تعارضات زناشویی دارند. ابراز احساسات (چهره ای، کلامی، بدنی یا رفتاری) یکی از اجزای اصلی عواطف است که به آن بیان بیرونی احساسات، صرف نظر از مثبت یا منفی بودن آنها گفته می‌شود (Pinks et al., 2021). تغییرات رفتاری مانند تغییر در حالات چهره، صدا، ژست‌ها و حرکات بدن که نشان دهنده برانگیختگی است، حالت برانگیختگی نامیده می‌شود؛ مانند لبخند زدن، گریه کردن، اخم کردن یا فرار کردن (Nikolaeva, 2014). گروهی از افراد بدون هیچ دغدغه‌ای از پیامد رفتارشان، احساسات خود را نشان می‌دهند؛ زیرا این افراد توانایی ابراز احساسات را دارند. برخی دیگر در بیان واکنش‌های عاطفی خویشتن داری نشان می‌دهند و به عبارت دیگر، بیان عاطفی این افراد از نوع مهار عاطفی است (Haskett et al, 2012). بیان عاطفی به سه صورت مفهوم‌سازی می‌شود: بیان صمیمیت، ابراز احساسات مثبت و ابراز احساسات منفی (Riley et al, 2019). مجموعه‌ای از تمایلات رفتاری به واکنش‌های هیجانی منفی مانند خشم، شرم، انزجار را تظاهرات منفی می‌نامند. عاطفه مثبت همچنین به تمایل به داشتن پاسخ عاطفی مثبت به یک رفتار، مانند دوست داشتن، دوست داشته شدن، شادی و رضایت اشاره دارد (Slavinskiene et al., 2014).

ابراز هیجانی تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله، روابط با اعضای خانواده، دیگران و سایر تعاملات اجتماعی است. اگر احساسات به صورت نادرست یا در زمینه نامناسبی یا با خشونت و برای مدت طولانی بیان شود، مشکلاتی را ایجاد می‌کند (Brodahl et al, 2021). مطالعه Frye-Cox & et al (۲۰۲۱) نشان داد که بین تنظیم هیجان، تعارضات زناشویی و سلامت روان رابطه وجود دارد. به این صورت که استفاده بیشتر از ارزیابی مجدد شناختی، منجر به کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سلامت روان می‌شود. همچنین مشخص شد که سرکوب بیانی، اثرات تعارض زناشویی بر سلامت جسمانی شوهران را تعدیل کرد. به این شکل که در میان شوهران ازدواج اولی، سطوح بالاتر سرکوب بیانی، ارتباط مثبت بین تعارض زناشویی و نشانه‌های سلامت جسمی را کاهش داد. اما برای شوهران ازدواج دومی، سطوح بالاتر سرکوب بیانی، ارتباط مثبت بین تعارض زناشویی و نشانه‌های سلامت جسمانی را تشدید کرد. یافته‌های بررسی Meier & et al (۲۰۲۴) نشان داد زمانی که همسران از کلمات دارای بار هیجانی منفی (به ویژه خشم) استفاده می‌کردند، واکنش قلبی- عروقی بالاتری را نشان می‌دادند. علاوه بر این، زمانی که همسران از واژگان متنوع‌تری برای احساسات منفی استفاده می‌کردند، واکنش‌پذیری قلبی- عروقی بالاتری از خود نشان می‌دادند؛ اما

این واکنش پذیری با کنترل فراوانی کلمات دارای بار هیجانی منفی، قوی نبود. یافته دیگر این بود که ارتباط بین استفاده از کلمات دارای بار احساسی مثبت و واکنش قلبی-عروقی، از نظر آماری معنی دار نبود. بنابراین به نظر می رسد بیان احساسات منفی با واکنش قلبی-عروقی بالاتر، حداقل در کوتاه مدت، همراه باشد. این یافته‌ها استفاده از کلمات عاطفی را به عنوان شاخصی از واکنش پذیری قلبی-عروقی برجسته می کنند که پیامدهایی برای شناسایی خطرات بالقوه سلامتی که در طول تعاملات زناشویی ظاهر می شوند، دارد.

یکی دیگر از مشکلاتی که زوجین در هنگام بروز تعارض با آن مواجه می شوند، نوسانات خلقی است. نوسان خلقی حالت‌های عادی، پایدار و درونی احساس‌های منفی هستند که به شکل مستقیم با احساسات و ادراک احساسات منفی مرتبط هستند (Valiensi, 2019). نوسان خلقی یا بی بی ثباتی خلقی، جنبه مهمی از آسیب شناسی روانی است (American Psychiatric Association, 2013). طی یک مطالعه در مورد شیوع اختلالات روانی بزرگسالان، مقدار نوسان خلقی ۱۳/۹ درصد گزارش شد (Marwaha et al, 2013). نوسان خلقی علاوه بر اینکه ویژگی بسیاری از اختلالات روانی است، اهمیت درمانی دارد، به احساسات نیز مربوط می شود و بر پیش آگهی تأثیر می می گذارد (Marwaha et al, 2007). در پژوهش Liu & et al (۲۰۲۴) مشخص شد که نوسانات خلقی تأثیر علی قابل توجهی بر انسداد عروق کرونری قلب، انفارکتوس قلبی، نارسایی مزمن قلبی و سکتة دارد که تا حدی با فشار خون بالا ایجاد می شود. نتایج مطالعه Choi & Marks (۲۰۰۸) نشان داد که تعارض زناشویی به طور مستقیم منجر به افزایش افسردگی و اختلال عملکردی و به طور غیرمستقیم منجر به افزایش افسردگی از طریق اختلال عملکردی شده است. به طور کلی، یافته ها نشان می دهد که تعارض زناشویی یک عامل خطر مهم برای سلامت روانی و جسمی در میانسالان و بزرگسالان مسن است. نتایج پژوهش Whisman (۲۰۰۲) نشان داد که نارضایتی زناشویی بیشتر با افزایش بیشتر خلق افسرده برای همسران و شوهران همراه است. همسران افسرده نیز افزایش بیشتری در خلق افسرده نسبت به همسران غیرافسرده گزارش کردند. در مقایسه، شوهران همسران افسرده در واکنش خلقی خود با شوهران همسران غیرافسرده تفاوتی نداشتند. این نتایج نشان می دهد که پارادایم واکنش پذیری خلقی می تواند چارچوب مهمی برای ارزیابی تجربیات زوجین، از تغییرات خلق و خو به دنبال تعاملات صمیمی ارائه کند.

یکی از درمان هایی که اخیراً توجه محققان را به خود جلب کرده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که هدف اصلی آن ایجاد ثبات روانی است (Hayes et al., 2012). یعنی ایجاد توانایی برای انتخاب مناسب ترین اقدام از میان گزینه های مختلف، عدم ایجاد مزاحمت در افکار، احساسات، خاطرات یا خواسته ها و یا تحمیل هیچ عملی به فرد (Shawyer et al, 2017). مزیت اصلی این روش نسبت به سایر روان درمانی های روان شناختی این است که جنبه های شناختی و همچنین جنبه های انگیزشی را در نظر می گیرد و در نتیجه، درمان پایداری و تأثیر بیشتری دارد (Graham, 2015). امروزه بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی به درمان های موجود پاسخ نمی دهند. به نظر می رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مناسبی برای بیماری های روانی و جسمی مختلف مانند افسردگی، اضطراب و درد مزمن باشد (Ducasse et al., 2021). این روش درمانی در کاهش تعارضات زناشویی به عنوان یک رویکرد مستقل یا در ترکیب با سایر روش های درمانی، مؤثر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این فرض استوار است که درد، اندوه، ناامیدی، بیماری و اضطراب از ویژگی های اجتناب ناپذیر زندگی انسان هستند. این رویکرد درمانی انعطاف پذیری روان شناختی بیشتری را برای مقابله مؤثر با مشکلات به جای درگیر شدن در تلاش های مقاومتی ایجاد می کند. این امر از طریق پیگیری مداوم ارزش های زندگی، حتی در مواجهه با میل طبیعی به اجتناب یا اجتناب از تجارب، احساسات و افکار مزاحم و ناراحت کننده به دست می آید (Dindo et al., 2017). پژوهش Yuan & et al (۲۰۲۴) بیانگر این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی، نگرانی در مورد تصویر بدن و افکار خود به خودی منفی مؤثر است. بررسی Zhao & et al (۲۰۲۳) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به طور مؤثر نشانه های خلقی منفی و انعطاف پذیری روانی را در بیماران مبتلا به اختلالات

افسردگی بهبود بخشید و اثر ماندگاری خوبی نیز دارد. (۲۰۲۰) Shafiee Amiri et al. عنوان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیان عاطفی را بهبود می‌بخشد. همچنین Haji Mashhadi et al. (۲۰۲۲) نیز عنوان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بروز عاطفی و علائم جسمانی را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین Monfaredi et al. (2022) عنوان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند خلق و خو، کیفیت خواب و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد.

مشاوره زوجینی که دچار تعارضات زناشویی، می‌شوند می‌تواند راه حل‌های مناسبی برای حفظ ازدواج و همچنین تلاش برای شادی هر چه بیش‌تر آن ارائه دهد. با توجه به مطالعات متعددی که در حوزه روان‌شناسی، از دیدگاه زوجین در مواجهه با موقعیت‌های تعارض زناشویی صورت گرفته است، هنوز فرصت‌ها و محدودیت‌هایی در این زمینه وجود دارد. از سوی دیگر، وجود تعارض زناشویی منجر به مشکلاتی مانند خصومت زناشویی (Buehler, 2019)، افسردگی بالا و اعتماد به نفس پایین (Yeon & Choi, 2020) امنیت عاطفی پایین (Schudlich et al, 2019)، علائم افسردگی (Trombello et al., 2019) و شادی کمتر زوجین می‌شود (Musapur et al, 2020). بررسی پیشینه پژوهش، شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بسیاری از زمینه‌های روان‌شناختی است. این در حالی است که هیچ پژوهشی برای بررسی این مداخله در نوسان خلقی و ابراز احساسات در زوجین دارای تعارضات زناشویی اجرا نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نوسانات خلقی و ابرازگری هیجانی زوجین دارای تعارض زناشویی انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مراجعه‌کنندگان دارای تعارض زناشویی (بهار ۱۴۰۲) به کلینیک‌های مشاوره شهر تبریز (فرامر، مسیر آرامش و یاشام) تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ زوج دارای تعارض زناشویی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند (کسب نمره پایین‌تر از ۳۰ برای عاطفه مثبت و ۴۸ برای ابرازگری هیجانی و کسب نمره بالاتر از ۳۰ برای عاطفه منفی) و با توجه به پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش و داشتن ملاک‌های ورود- خروج از میان جامعه آماری انتخاب شدند. این ۳۰ زوج به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (از نوع صرفاً تحت توجه) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل: عدم شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی، عدم سابقه اختلالات روان‌پزشکی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در زمان انجام مطالعه بود و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل برای ادامه درمان یا داشتن غیبت بیش از دو جلسه در طی مداخله بود.

ابزار

مقیاس عاطفه مثبت- منفی (۱۹۹۸): این پرسش‌نامه توسط Watson et al. (1998) ساخته و اعتباریابی شده است. دارای ۲۰ سوال، دو زیر مقیاس که هر کدام ۱۰ سؤال دارد. متشکل از ۱۰ سؤال برای عاطفه مثبت (سؤال ۱ تا ۱۰) و ۱۰ سؤال برای عاطفه منفی (سؤال ۱۱ تا ۲۰) است. حداقل نمره ۱۰ و حداکثر نمره ۵۰ می‌تواند باشد. مقیاس پاسخ‌دهی به سوال‌ها پنج نقطه‌ای (۱= بسیار کم، تا ۵= بسیار زیاد) می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده عاطفه مثبت و منفی بالاتر است (Watson et al., 1998). ضریب آلفای کرونباخ توسط Watson et al. (1998) برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی برای عاطفه مثبت ۰/۸۶ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ گزارش شده است. Bakhshipour & Dezhkam (2006) ضریب اعتبار دو خرده‌مقیاس را ۰/۷۸ عنوان کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت ۰/۸۵ و برای عاطفه منفی ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی (۱۹۹۰): این پرسش‌نامه را King & Emmons (1990) برای ارزیابی ابرازگری هیجانی ساختند و از آن استفاده کردند. این پرسش‌نامه ۱۶ سوال دارد و ۳ خرده‌مقیاس شامل ابراز هیجان منفی،

ابراز صمیمیت و ابراز هیجان مثبت می‌شود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد. سؤال‌های ۸، ۷ و ۹ و ابراز هیجان، نمره‌گذاری معکوس می‌شوند. دامنه نمرات یک فرد از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است. نمرات بالاتر بیانگر ابرازگری هیجانی بیش‌تر هستند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های آن بین ۰/۶۵ تا ۰/۶۸ گزارش شده است (King & Emmons, 1990). همچنین در این پژوهش روایی همگرا، با پرسشنامه ابرازگری هیجانی با پرسشنامه شخصیت چند بعدی میلون مثبت بود. Rafienia et al. (2006) نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ اعتبار این مقیاس را برای کل مقیاس، ۰/۶۸ و زیرمقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ۰/۶۷، ابراز صمیمیت، ۰/۶۵ و ابراز هیجان منفی، ۰/۶۹ به دست آوردند. با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای زیرمقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ۰/۶۹، ابراز صمیمیت، ۰/۷۱ و ابراز هیجان منفی، ۰/۶۹ و برای نمره کل پرسش‌نامه، ۰/۶۸ به دست آمد.

روال انجام پژوهش به شرح زیر بود اخذ رضایت نامه پس از هماهنگی و کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان شرقی و اخذ کد اخلاق (IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.215)، با دریافت موافقت‌نامه از کلینیک‌های های منتخب در شهر تبریز، رضایت نمونه پژوهش در این پژوهش جلب شد. ۳۰ زوج مراجعه کننده با تعارض زناشویی که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. قبل از ارسال پرسش‌نامه‌ها و جمع آوری داده‌ها، نمونه مورد نظر به صورت انفرادی از اهداف و روش تحقیق مطلع شد و با آنها ارتباط لازم برقرار شد. پس از کسب رضایت کتبی از مراجع برای شرکت در مداخله، پرسش‌نامه‌ها برای تکمیل به آزمودنی‌ها ارائه شد. در مرحله بعد، گروه آزمایش به صورت هفتگی در قالب ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) در جلسات گروهی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شرکت کردند. گروه کنترل جلساتی را با آزمایشگر برگزار کردند، اما هیچ درمان موثری دریافت نکردند. پس از مداخلات، داده‌های پس آزمون بلافاصله جمع آوری شد. برای حفظ ملاحظات اخلاقی، پس از اجرای پس آزمون، گروه کنترل نیز مداخله درمانی را دریافت کردند. در نهایت داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس (MANCOVA) در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Hayes, Strosahl & Wilson, 2010)

جلسه اول: معرفی اعضا به درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، معرفی و تشریح کلی روند درمانی. تکلیف: ۵ مثال از مهم ترین مشکلاتی که بیماران در زندگی خود با آن مواجه هستند را بیان کنید.

جلسه دوم: بررسی پذیرش و سنجش مشکلات اعضای گروه از دیدگاه جلسه قبل، تجربه یا اجتناب، ادغام و ارزش‌های شخصی از منظر مشارکت درمانی. تکلیف: مزایا و معایب راهبردهای مقابله‌ای را فهرست کنید.

جلسه سوم: تکالیف کلاس قبلی را مرور کنید، از مثال‌هایی برای نشان دادن بی اثر بودن کنترل منفی استفاده کنید و یاد بگیرید که از احساسات و تجربیات منفی استفاده کنید. تکالیف: نمونه‌هایی را ثبت کنید که در آن اعضای گروه با موفق روش‌های کنترل ناکارآمد را کنار گذاشتند.

جلسه چهارم: تکالیف جلسه قبلی، را مرور کنید، پیامزید ارزیابی را از تجربه شخصی جدا کنید (استعاره شیشه خراب)، و موضعی برای در نظر گرفتن ایده‌ها بدون قضاوت اتخاذ کنید. تکلیف خانه: مواردی را که بیماران قادر به مشاهده تجربیات و احساسات هستند، ثبت کنید، نه اینکه آنها را قضاوت کنند

جلسه پنجم: کار جلسه قبلی، را مرور کنید، حال را به هم متصل کنید و زمینه سازی کنید (استعاره صفحه شطرنج) و تکنیک‌های ذهن آگاهی را آموزش دهید. تکلیف: مواردی را بنویسید که اعضای گروه بتوانند ایده‌ها را با استفاده از تکنیک‌های طوفان فکری شناسایی کنند.

جلسه ششم: بررسی کار جلسه قبلی، شناسایی ارزش‌های زندگی اعضای گروه و ارزیابی ارزش‌ها با توجه به اهمیت آنها. تکالیف: موانعی که شما را از دستیابی به ارزش‌هایتان باز می‌دارند فهرستی کنید.

جلسه هفتم: چالش‌های جلسات قبلی را مرور کنید، از استعاره‌ها برای ارائه راه حل‌های عملی برای غلبه بر موانع استفاده کنید و تعهد خود را برای پیش‌روی از ارزش‌های خود برنامه‌ریزی کنید. تکالیف: گزارشی از فعالیت‌های انجام شده برای نظارت بر ارزش‌ها و انعکاس نتایج جلسه.

جلسه هشتم: کارهای جلسات قبلی را مرور کنید، از استعاره‌ها برای ارائه راه حل‌های عملی برای غلبه بر موانع استفاده کنید و تلاش‌هایی را برای پایبندی به ارزش‌های خود برنامه‌ریزی کنید. تکالیف: گزارش اقدامات انجام شده برای پیشبرد ارزش‌ها و تأمل در مورد دستاوردهای جلسه.

یافته‌ها

نتایج یافته‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سن افراد گروه آزمایش برابر با ۳۴/۷ (انحراف معیار ۶/۸) و افراد گروه کنترل ۳۰/۴ (انحراف معیار ۶/۹) بود. بررسی وضعیت تحصیلی در بین دو گروه نشان می‌دهد که افراد با سطح تحصیلات دیپلم، بیشترین تعداد را در گروه آزمایش و کنترل به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد ابراز هیجانی (و مؤلفه‌های آن) و مؤلفه‌های نوسانات خلقی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	مقیاس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش	ابراز هیجانی	میانگین	انحراف استاندارد
		۳۹/۴۰	۴/۴۲
		۱۹	۵/۳۸
	نوسانات	میانگین	انحراف استاندارد
		۱۱/۱۴	۳/۲۶
		۹/۲۶	۲/۹۸
کنترل	ابراز هیجانی	میانگین	انحراف استاندارد
		۳۸/۳۰	۵/۳۴
		۱۷/۶۷	۳/۷۶
	نوسانات	میانگین	انحراف استاندارد
		۱۲/۸۹	۲/۷۱
		۱۰/۷۴	۲/۷۸

نتایج جدول ۲ میانگین نمره ابراز هیجانی (و مؤلفه‌های آن) و مؤلفه‌های نوسانات خلقی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون را نشان می‌دهد، میانگین نمرات ابراز هیجانی (و مؤلفه‌های آن) و مؤلفه عاطفه مثبت گروه آزمایش، افزایش و میانگین نمرات مؤلفه عاطفه منفی، کاهش و بهبود داشته است اما در گروه کنترل، در میانگین این نمرات بهبود یا کاهش معناداری مشاهده نمی‌شود. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در تمامی متغیرها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌گردد. به دلیل اینکه پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شده است و حجم نمونه دو گروه آزمایش و کنترل برابر است ($N=15$) استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی برابری واریانس گروه‌ها در جامعه

متغیرها	مراحل اجرا	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
ابراز هیجانی	پس‌آزمون	۰/۰۴۴	۱	۲۸	۰/۴۰۸
عاطفه مثبت	پس‌آزمون	۱۲/۳۲۸	۱	۲۸	۰/۴۱۷
عاطفه منفی	پس‌آزمون	۷/۰۲۸	۱	۲۸	۰/۶۳۷

در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این رو ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور از آزمون ام‌باکس برای بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته و از آزمون بارتلت به منظور بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس باقیمانده متغیرهای وابسته استفاده شد که نتایج نشان داد مفروضه همسانی کوواریانس بین متغیرهای وابسته برقرار است. از آزمون کولموگراف-اسمیرنف نیز برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد، که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توزیع نرمال وجود ندارد. از این رو فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. علاوه بر این برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و

پس‌آزمون، پیش فرض برابری واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش مورد تأیید است. برای بررسی همگنی شیب رگرسیون از سطح معناداری تعامل گروه و پیش‌آزمون‌ها استفاده شد که با توجه به نتایج به دست آمده مفروضه‌های همگنی شیب رگرسیون رد نشد. همچنین برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری باید روابط بین متغیرهای وابسته خطی باشد که در این تحقیق این فرض نیز مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. با تأیید مفروضه‌های فوق، امکان تحلیل کوواریانس فراهم گردید.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین‌های ابراز هیجانی و نوسانات خلقی در پس‌آزمون

آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معناداری	اندازه‌ی اثر
اثر پیلایی	۰/۴۷۳	۷/۲۳۹	۳	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸
لامبدای ویلکز	۰/۵۲۷	۷/۲۳۹	۳	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸
اثر هتلینک	۰/۶۹۶	۷/۲۳۹	۳	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸
بزرگترین ریشه روی	۰/۶۹۶	۷/۲۳۹	۳	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که آماره لامبدای ویلکز معنادار است. یعنی با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت دو گروه از لحاظ متغیر ترکیبی معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$). مجذور اتا نیز نشانگر این است که ۲۸ درصد از واریانس ترکیب نمره‌های پس ابرازگری هیجانی و نوسانات خلقی توسط اثربخشی پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین‌های ابراز هیجانی و نوسانات خلقی در پس‌آزمون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
مداخله آموزشی	ابراز هیجانی	۶/۷۰۹	۱	۶/۷۰۹	۱۲/۴۵۶	۰/۰۰۱
	عاطفه مثبت	۳۰۸/۴۳۲	۱	۳۰۸/۴۳۲	۴۰/۵۰۲	۰/۰۰۱
	عاطفه منفی	۳۴۸/۱۳۵	۱	۳۴۸/۱۳۵	۸۰/۱۰۶	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	ابراز هیجانی	۱۴۶۳۲۴/۰۴	۱	۱۴۶۳۲۴/۰۴	۲۰۵۰/۶۰۷	۰/۰۰۱
	عاطفه مثبت	۷۰۴۹۵۸/۶۵	۱	۷۰۴۹۵۸/۶۵	۲۶/۱۰۶	۰/۰۰۱
	عاطفه منفی	۱۰۹۴۳/۱۷	۱	۱۰۹۴۳/۱۷	۱۷/۱۰۶	۰/۰۰۱
خطا	ابراز هیجانی	۱۰۲۲/۳۳۳	۲۸	۱۰۲۲/۳۳۳	-	-
	عاطفه مثبت	۷۰۷/۰۶۷	۲۸	۷۰۷/۰۶۷	-	-
	عاطفه منفی	۸۲۲/۱۲۶	۲۸	۸۲۲/۱۲۶	-	-

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون ابراز هیجانی ($F=۱۲/۴۵۶$) و مؤلفه عاطفه منفی نوسانات خلقی ($F=۴۰/۵۰۲$) و عاطفه مثبت نوسانات خلقی ($F=۸۰/۱۰۶$) وجود دارد ($P < ۰/۰۱$) که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار درمان پذیرش و تعهد بر افزایش ابراز هیجانی، مؤلفه عاطفه مثبت و کاهش مؤلفه عاطفه منفی در پس‌آزمون گروه مورد مداخله می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش ابراز هیجانی، مؤلفه عاطفه مثبت و کاهش مؤلفه عاطفه منفی تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نوسانات خلقی و ابراز هیجانی زوجین دارای اختلافات زناشویی بود. نخستین یافته پژوهش نشان داد اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش ابرازگری هیجانی شد. این نتایج با نتایج پژوهش Shafiee Amiri et al. (2020)، Araghi & et al, (2020) و Haji Mashhadi et al. (2022) همسو می‌باشد. این نتیجه را می‌توان این گونه تبیین کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد یاد داده می‌شود که احساسات خود را پذیرفته و کنترل کنند، تا زمانی که از احساسات

خود جدا و دور شوند. از طریق آگاهی بیش‌تر به فرآیندهای ذهنی و افکار، تفکر آنها در مسیر درست هدایت می‌شود. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا افکار و احساس‌شان را در جهت درست تجربه کرده و هدایت کنند، به جای اینکه سعی کنند آنها را متوقف کنند و یا آنها را به مسیر اشتباه هدایت کنند. به افراد گفته می‌شود که برای اهداف و ارزش‌های خود سخت کار کنند و سعی کنند آن را به شیوه‌ای مثبت و درست پیش ببرند. با استفاده از این روش درمانی، می‌توان با توجه به تکنیک‌های به کار رفته و آموخته شده مشکلات روانی مانند استرس و افسردگی را کاهش داد (Kallesøe et al, 2020; Aliakbari Dehkordi et al, 2020). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تقویت شیوه‌های ارزش‌مند تأکید دارد. مردم اهداف مادی را انتخاب می‌کنند که برای‌شان مهم‌ترین یا با ارزش‌تر است. این رفتار نشان دهنده ارزش یک عمل خاص برای یک فرد است و نوعی قضاوت اخلاقی نیست. این ارزش‌ها ممکن است شامل روابط بین فردی، آموزش، مراقبت از خود و بهبود روابط با دیگران باشد. هدف این است که فرد را در فعالیت‌هایی که برای او مهم است درگیر کنیم. یکی از مؤلفه‌های کلیدی این هدف، شناسایی و تعریف موضوعاتی است که برای افراد مهم است. افزایش آگاهی از لحظه حال که بر اساس ارزش‌ها به وجود می‌آیند و بر اساس آنها عمل می‌کنند (Roemer & Orsillo, 2011). در جلسات درمان پذیرش و تعهد، افراد تحت مداخلات درمانی مانند ذهن‌آگاهی و رویارویی و رهاسازی خود از افکار و احساسات منفی قرار گرفته و نگرش یا رابطه با افکار، احساسات و عواطف تغییر می‌یابد که این مداخلات و فنون، سبب شناخت ارزش‌های شخصی و اصلی می‌شود. این مهم به مرور زمان موجب می‌شود که بهزیستی روان‌شناختی مراجعان افزایش یابد و ابرازگری هیجان در آنان افزایش یابد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش مؤلفه عاطفه منفی و افزایش مؤلفه عاطفه مثبت گروه مورد مداخله شده است. نتیجه این پژوهش با نتیجه مطالعات Barzegari dehaj et al (2019)، و (Mahmoodi Chalbati et al, 2020) Monfaredi et al (2022) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این درمان به درمانجویان کمک می‌کند تا حالات عاطفی خود را درک کنند (هیجانات مثبت و منفی) و با زبان آنها را ابهام‌زدایی نکنند و این تجربیات را به‌طور کامل‌تر تجربه کنند (Zhang et al, 2017). از آنجایی که تصور می‌شود خلقی منفی بیش‌تر شناختی است تا احساسی، تکنیک‌ها و استعاره‌ها، به افراد گروه آزمایش کمک کرد تا شکل و محتوای افکار، اعمال ناخواسته افکار و سایر تجربیات درونی خود را تغییر دهند؛ مانند زمانی که فرد فکر می‌کند «من خوب نیستم». سپس او یاد می‌گیرد که وضعیت خود را ببیند، زیرا من کسی هستم که فکر می‌کنم او خوب نیست. فرآیند شکست در درمان پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند تا ویژگی‌های پنهان زبان را که در هم آمیختگی ایجاد می‌کند، از بین ببرد و باعث از بین رفتن باور به واقعیت رویدادهای درونی شود و بین فکر، عاطفه و احساس فاصله ایجاد کند (Hayes et al, 2006).

محدودیت اجرای پژوهش حاضر شامل عدم وجود مرحله پیگیری در پژوهش بود که به علت عدم همکاری برخی از افراد گروه آزمایش میسر نشد. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی برای سنجش ماندگاری تأثیرات از مرحله پیگیری استفاده شود. به روان‌دلمانگران و مشاوران پیشنهاد می‌گردد در جهت بهبود وضعیت زناشویی و به خصوص زوجین دارای تعارضات زناشویی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که دارای ساختار مشخص هست به صورت فراگیر و همگانی استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی و پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. در این پژوهش به شرکت کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعاتشان اطمینان داد شد و افراد داوطلبانه بدون هیچ اجباری به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

حامی مالی

هزینه‌های این مطالعه توسط نویسندگان مقاله تأمین شد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسان در مقاله داشته اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

- Amani, A., Isanejad, O., Alipour, E. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict and optimism in married women visited the counseling center of Imam Khomeini Relief Foundation in Kermanshah.. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 5 (1) , 42-64. [\[Link\]](#).
- Araghi, Y., Bazzazian, S , Amirimajd, M., Ghamari, M. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Approach on Decrease Alexitimya and Hopelessness of Divorced Demanding Couples. *Journal of Analytical - Cognitive Psychology*, 11 (42), 83-97. [\[Link\]](#)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), fifth edition, (DSM5)*. Washington, DC London, England, *American Psychiatric Publishing*; pp: 309-11. [\[Link\]](#)
- Brodahl, K., Finset, A., Storøy, H. E., & Pedersen, R. (2021). Medical students' expressions of empathy: A qualitative study of verbal interactions with patients expressing emotional issues in a medical interview. *Patient Education and Counseling*, 104 (12), 2936- 2943. [\[Link\]](#)
- Barzegari dehaj, A., Jahandari, P., Hossein Sabet, F., & Borjali, A. (2019). Effects of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on the Adolescent's Emotional Regulation and Mood States. *MCS*, 6 (3) , 238-247. [\[Link\]](#).
- Bakhsipour, R., & Dezhkam, M. (2006). A confirmatory factor analysis of the Positive Affect Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Psychology*, 9(4 (36)), 351-365. [\[Link\]](#).
- Choi, H., & Marks, N. (2008). Marital Conflict, Depressive Symptoms, and Functional Impairment. *J Marriage Fam*. 2008; 70(2): 377–390. [\[Link\]](#)
- Ducasse, D., Van Gordon, W., & Courtet, P. (2021). A spotlight on acceptance and commitment therapy. *Minerva Psychiatry*, 62, 132-9. [\[Link\]](#)
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553. [\[Link\]](#)
- Frye-Cox, N., Ganong, L., Jensen, T., & Colman, M. (2021). Marital Conflict and Health: The Moderating Roles of Emotion Regulation and Marriage Order. *Journal of Divorce & Remarriage*, 62 (2). [\[Link\]](#)
- Graham, C. D., Gillanders, D., Stuart, S., & Gouick, J. (2015). An acceptance and commitment therapy (ACT)–based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clin Case Stud*, 14 (2), 83-97. [\[Link\]](#)
- Hajloo, N., pourabdol, S., Saravani, S., Sobhi Gharamaleki, N., & mousavi, B. (2021). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Components Social Well-being in Couples with Marital Conflict. *Clinical Psychology Studies*, 12(45), 113-137. [\[Link\]](#).
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 44(1), 1-25. [\[Link\]](#)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K .G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press. [\[Link\]](#)
- Haskett, M. E., Stelter, R., Proffit, K., & Nice, R. (2012). Parent emotional expressiveness and children's self-regulation: Associations with abused children's school functioning. *Child Abuse & Neglect*, 36(4), 296-307. [\[Link\]](#)
- Hayes, S. C, Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Couns Psychol*, 40 (7), 976-1002. [\[Link\]](#)
- Haji Mashhadi, B., Khajevand Khoshli, A., Asadi, J. (2022). Effectiveness of Desensitizing Treatment with Eye Movements and Reprocessing and Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Expression and Somatic Symptoms. *Razavi International Journal of Medicine*, 10(1), 102-107. [\[Link\]](#)
- Kallesøe, K.H., Schröder, A., Wicksell, R.K. et al. (2020). Feasibility of group-based acceptance and commitment therapy for adolescents (AHEAD) with multiple functional somatic syndromes: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 20, 457.[\[Link\]](#)
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 864. [\[Link\]](#)

- Li, S., Ma, X., & Zhang, Y. (2023). Intergenerational transmission of aggression: A meta-analysis of relationship between interparental conflict and aggressive behavior of children and youth. *Current Psychology*, 1-16. [\[Link\]](#)
- Liu, Z., Wang, H., Yang, Z., Lu, Y., Wang, J., & Zou, C. (2024). Genetically predicted mood swings increased risk of cardiovascular disease: Evidence from a Mendelian randomization analysis. *Journal of Affective Disorders*, 354, 463-472. [\[Link\]](#)
- Mahmoodi Chalbati, H., Motaghi, M., & Torkashvand, R. (2020). (ACT) on Recipients Having Alexithymia under Maintenance with Methadone. *Zanko J Med Sci*, 20 (67) , 76-86. [\[Link\]](#).
- Meier, T., Stephens, J. E., & Haase, C. M. (2024). Feelings in words: Emotion word use and cardiovascular reactivity in marital interactions. *Emotion*, 24(3), 733–744. [\[Link\]](#)
- Musapur, H., Mehravar, M., Batue, A., Hosseini, S. H., & Changi Ashtiani, J. (2020). Outcomes of procrastination in marital conflicts: A qualitative study. *RJMS*, 27 , 174-185. [\[Link\]](#).
- Monfaredi, Z., Malakouti, J., Farvareishi, M., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of acceptance and commitment therapy on mood, sleep quality and quality of life in menopausal women: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-12. [\[Link\]](#)
- Marwaha, S., Broome, M. R., Bebbington, P., Kuipers, E., & Freeman, D. (2014). Mood instability and psychosis: analyses of British national survey data. *Schizophr Bull*, 40, 269–77. [\[Link\]](#)
- Nikolaeva, A. (2014). Realization of the category of expressivity in communicative situations. *Social and Behavioral Sciences*, 158(19), 12-17. [\[Link\]](#)
- Pinks, D., Warren-James, M., & Katsikitis, M. (2021). Does a peer social support group intervention using the cares skills framework improve emotional expression and emotion-focused coping in paramedic students? *Australasian Emergency Care*, 24(4), 308-313. [\[Link\]](#)
- Riley, T. N., Sullivan, T. N., Hinton, T. S., & Kliwer, W. (2019). Longitudinal relations between emotional awareness and expression, emotion regulation, and peer victimization among urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 72(12), 42- 51. [\[Link\]](#)
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2011). Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptancebased behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76(6), 1083-9. [\[Link\]](#)
- Rafienia, P., Rasoulzade Tabatabaei, S.K., & Azad falah, P.. (2006). the relationship between Emotional Expression Styles And General Health In Collage Students. *Journal of Psychology*, 10(1 (37)), 84-105. [\[Link\]](#)
- Shafiee Amiri, M., Abbasi, G., & Fakhri, M. K. (2020). The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Evaluation, Death Anxiety, Experimental Avoidance, and Emotional Expression in Nurses. *MEJDS*, 10, 220-220. [\[Link\]](#)
- Singh, T., Mittal, S., Sharad, S., Bhanot, D., Das, S., Varma, R., ... & Bharti, B. K. (2022). The silver lining behind the dark cloud: Exploring the psycho-social factors impacting successful adaptation during the COVID-19 pandemic. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 16, 18344909221102207. [\[Link\]](#)
- Slavinskiene, J. A., & Zardeckaite-Matulaitiene, K. (2014). Importance of alcoholrelated expectations and emotional expressivity for prediction of motivation to refuse alcohol in alcohol dependent patients. *Department of Theoretical Psychology*, 50(6), 169-174. [\[Link\]](#)
- Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S. C., Gallop, R., Copolov, D., et al. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 210 (2), 140–148. [\[Link\]](#)
- Schudlich, T., Jessica, N. W., Erwin, S. E., & Rishor, A. (2019). Infants' emotional security: The confluence of parental depression, Interparental conflict, and parenting. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 63(1), 42-53. [\[Link\]](#)
- Trombello, J. M., Post, K. M., & Smith, D. A. (2019). Depressive symptoms, criticism, and counter criticism in marital interactions. *Family process*, 58(1): 165-178. [\[Link\]](#)
- Valiensi, S. M., Belardo, M. A., Pilnik, S., Izbizky, G., Starvaggi, A. P., & Castelo Branco, C. (2019). Sleep quality and related factors in postmenopausal women. *Maturitas*, 123, 73–77. [\[Link\]](#)
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063. [\[Link\]](#)
- Wang, P., Gan, X., Li, H., & Jin, X. (2023). Parental marital conflict and internet gaming disorder among Chinese adolescents: The multiple mediating roles of deviant peer affiliation and teacher-student relationship. *PloS one*, 18(1), e0280302. [\[Link\]](#)
- Whisman, M., Weinstock, L., & Uebelacker. (2002). Mood reactivity to marital conflict: The influence of marital dissatisfaction and depression. *Behavior Therapy*, 33, 2, 299-314. [\[link\]](#)
- Wisyaningrum, S., Epifani, I., & Ediati, A. (2021). Surviving Marital Relationship During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review on Marital Conflict. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 530, 103-108. [\[Link\]](#)

- Yeon, E. M., & Choi, H. S. (2020). Trajectories of Mothers' Perceived Marital Conflict and its Relationship to Depression and Children'School Readiness, Self-esteem, and Happiness. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 21(5), 344-352. [[Link](#)]
- Yuan, J., Zheng, M., Liu, D., & Wang, L. (2024). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation in Adolescent Patients with Nonsuicidal Self-Injury. *Alpha Psychiatry*, 2024 Jan; 25(1): 47-53. [[Link](#)]
- Zareei Mahmood Abadi, H. (2017). The effectiveness of the training of the positive psychology on the growth of devotion and trust to the life in the normal women of bafq city. *TB*, 16 (2) , 98-109. [[Link](#)].
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Front Psychol*, 8, 2350. [[Link](#)]
- Zhao, B., Wang, Q., Wang, L., & Chen, J. (2023). Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis. *Annals of General Psychiatry* 22(1). [[Link](#)]
- Zhou, N., & Buehler, C. (2019). Marital hostility and early adolescents' adjustment: The role of cooperative marital conflict. *The Journal of Early Adolescence*, 39 (1), 5-27. [[Link](#)]

