

Comparing the Effectiveness of the Intolerance of Uncertainty Therapy and Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion on Psychological Coherence, Resilience and Distress Tolerance in Divorcing Women

Sanaz Heydari¹ , Faezeh Jahan² , Nemat Sotodehasl² , Darioush Mehrafzoon³

1. PhD student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran

3. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Faezeh Jahan

E-mail: faeze.jahan@gmail.com

Received: 22 September 2025

Revised: 12 December 2025

Accepted: 16 December 2025

Published: 21 May 2026

Citation: Heydari, S., Jahan, F., Sotodehasl, N., & Mehrafzoon, D. (2026). Comparing the Effectiveness of the Intolerance of Uncertainty Therapy and Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion on Psychological Coherence, Resilience and Distress Tolerance in Divorcing Women. *Journal of Modern Psychological Researches*, 21(81), 71-88. DOI: [10.22034/jmpr.2025.69277.6827](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.69277.6827)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Divorce is one of the unfavorable outcomes of marital relationships that can affect individuals' physical and psychological health in various ways. Experiencing separation and the breakdown of a marital relationship is often accompanied by intense psychological distress, reduced personal functioning, and the emergence of emotional and cognitive problems. In marital relationships, unresolved conflicts are among the most common destructive factors that may ultimately lead to divorce (Delfan Azari et al., 2023). Divorce is a multifaceted phenomenon that, in addition to its social consequences, is associated with numerous psychological difficulties such as anxiety, emotional confusion, reduced psychological coherence, and diminished adaptive capacity. Among individuals facing divorce, women are often more vulnerable to psychological crises due to social and emotional

pressures. Common problems experienced by women on the verge of divorce include intolerance of uncertainty, erosion of psychological coherence, decreased resilience, and difficulties in tolerating distress. These issues can reduce their ability to manage critical life situations and make important decisions, thereby increasing the risk of psychological disorders.

In recent years, contemporary therapeutic approaches emphasizing cognitive, emotional, and emotion-regulation components have attracted considerable attention. Among these, Intolerance of Uncertainty Therapy, which focuses on managing ambiguity and reducing worry associated with uncertainty, and Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion, which emphasizes the development of self-compassion and emotional regulation, are considered effective approaches for improving psychological functioning.

Each of these approaches attempts to enhance individuals' capacity to cope with stressful situations through different mechanisms.

Given the importance of psychological support for women at risk of divorce and the role of therapeutic interventions in improving their mental well-being, examining and comparing the effectiveness of these therapeutic approaches appears essential. Therefore, the present study aims to compare the effectiveness of Intolerance of Uncertainty Therapy and Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion on psychological coherence, resilience, and distress tolerance among women at risk of divorce.

Method

The present study was applied in terms of purpose and quantitative in nature with respect to data collection. The research design was a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population included all women at risk of divorce who referred to counseling and psychological service centers in Tehran during 2022–2023. A total of 45 participants were selected as the study sample. Participants completed the Sense of Coherence Questionnaire (SCQ) developed by Flensborg-Madsen et al. (2006), the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) developed by Connor and Davidson (2003), and the Distress Tolerance Scale (DTS) developed by Simons and Gaher (2005). The first experimental group received ten sessions of Intolerance of Uncertainty Therapy, while the second experimental group participated in ten sessions of Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion. The collected data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) with SPSS software version 28.

Results

The mean age of participants in the Intolerance of Uncertainty Therapy group, the Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion group, and the control group was 30.87, 30.07, and 31.98 years, respectively. The educational attainment of the participants included 10 individuals with a high school diploma, 10 with an associate degree, 12 with a bachelor's degree, 7 with a master's degree, and 6 with a doctoral degree.

To determine the stages where the scores of psychological coherence, resilience, and distress tolerance differed significantly, the Bonferroni post-hoc test was utilized for pairwise mean comparisons. The

results indicated that the difference between the pre-test and post-test means (the intervention effect) and the difference between the pre-test and follow-up means (the time effect) were greater and more significant than the difference between the post-test and follow-up means (the maintenance effect). This suggests that both Intolerance of Uncertainty Therapy and Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion were effective on psychological coherence, resilience, and distress tolerance at the post-test stage, and this effectiveness was sustained through the follow-up stage.

However, since the obtained results did not specify which therapeutic method was responsible for the effect created at the post-test and follow-up stages, or which method was more effective, the Bonferroni post-hoc test was subsequently used to examine the comparative effectiveness between Intolerance of Uncertainty Therapy and Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion (for comparing the intervention groups). The results of the Bonferroni post-hoc test revealed that the mean difference between the Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion group and the control group was greater than the mean difference between the Intolerance of Uncertainty Therapy group and the control group. This indicates that Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion was more effective than Intolerance of Uncertainty Therapy in improving psychological coherence, resilience, and distress tolerance. Consequently, the main hypothesis—that there is a difference in the effectiveness of Intolerance of Uncertainty Therapy and Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion on psychological coherence, resilience, and distress tolerance among women at risk of divorce—was confirmed.

Discussion

The aim of the present study was to compare the effectiveness of Intolerance of Uncertainty Therapy and Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion on psychological coherence, resilience, and distress tolerance among women at risk of divorce. The results indicated that both interventions had significant effects on improving psychological coherence, resilience, and distress tolerance. Furthermore, the findings showed that Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion was more effective than Intolerance of Uncertainty Therapy in enhancing psychological coherence, resilience, and distress tolerance.

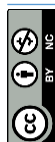
Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion sessions not only increase emotional accessibility and trust between individuals and their spouses, but also encourage individuals to express greater self-compassion. Through strengthening self-compassion, women become more resilient in facing marital conflicts and difficulties that may lead to divorce. Emotion-Focused Therapy, by emphasizing and systematically identifying negative behaviors, thoughts, and emotions, helps individuals recognize maladaptive emotional patterns step by step. Through specific therapeutic techniques, the approach seeks to transform these maladaptive emotions into more adaptive emotional responses. According to the theoretical framework of Emotion-Focused Therapy, the roots of individuals' emotions and behaviors are often formed during childhood and through interactions with significant others. Therefore, this therapeutic approach first attempts to help women gain insight into how the emotions expressed in their current behaviors are connected to suppressed feelings and emotional experiences from childhood. These primary emotions, which originate in early life experiences, may later re-emerge in adulthood in different forms and are often expressed as secondary emotional reactions.

Since this study was conducted among women at risk of divorce who referred to counseling and psychological service centers in Tehran, caution should be exercised when generalizing the findings to women in other cities due to potential cultural, ethnic, and social differences. Another limitation of the present study was the reliance on questionnaires as the sole data collection instrument and the absence of other measurement tools. This limitation may have introduced response bias, as participants might have provided socially desirable answers.

Future studies are recommended to conduct similar research in other cities and cultural contexts to allow comparison of results across different populations. In addition, psychologists, clinical counselors, and family therapists are encouraged to pay special attention to Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion in both premarital programs and post-marital interventions for couples experiencing marital conflicts and women at risk of divorce. Given that Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion demonstrated greater effectiveness compared with Intolerance of Uncertainty Therapy in the present study, and considering its relatively low cost and practicality, it may help empower couples to manage family conflicts more effectively and reduce the likelihood of divorce.

KEYWORDS

uncertainty, emotion-oriented, divorce, women





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

journal homepage: <https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/>

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی در زنان در معرض طلاق

ساناز حیدری^۱ ID، فائزه جهان^۲ ID✉، نعمت ستوده اصل^۲ ID، داریوش مهرافزون^۳ ID

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: ساناز حیدری

رایانامه: faeze.jahan@gmail.com

استاددهی حیدری، ساناز؛ جهان، فائزه؛ ستوده اصل، نعمت و مهرافزون، داریوش

(۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان

هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی در زنان

در معرض طلاق. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۲۱(۸۱)، ۷۱-۸۸. DOI:

[10.22034/jmpr.2025.69277.6827](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.69277.6827)

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری ساناز حیدری می‌باشد.

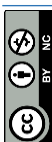
تاریخ دریافت: ۳۱ شهریور ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۲۱ آذر ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۵ آذر ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۵

مشخصات مقاله	چکیده
کلیدواژه‌ها: بلا تکلیفی، زنان، طلاق، هیجان‌مدار	طلاق پدیده‌ای چندعاملی است که می‌تواند آسیب‌های شناختی، هیجانی، اجتماعی و روانشناختی بسیاری را برای زوجین در پی داشته باشد. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی در زنان در معرض طلاق بود. روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان در معرض طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در محدوده سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. تعداد نمونه ۴۵ نفر که در سه گروه درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه کنترل تقسیم شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های انسجام روانی (SCQ) فلنسبرگ-مدسن و همکاران (۲۰۰۶)، مقیاس تاب‌آوری (RISC) کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس تحمل پریشانی (DTS) سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) را تکمیل کردند. گروه آزمایش اول تحت ۱۰ جلسه درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و گروه آزمایش دوم تحت ۱۰ جلسه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و در نهایت گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر سه گروه در شرایط یکسان پس‌آزمون و بعد از مدت ۶۰ روز مرحله پیگیری به عمل آمد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میانگین متغیرهای پژوهش در گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت (در پس‌آزمون و پیگیری) در مقایسه با گروه کنترل بیشتر از گروه درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی است و این تفاوت معنادار بود ($P < 0/05$). با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی بر تحمل پریشانی دارد.



مقدمه

طلاق یکی از پیامدهای ناموفق است که سلامت جسمانی و روانی افراد را به روش‌های مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد و رنج شدیدی که پس از جدایی به فرد وارد می‌شود، می‌تواند عملکردهای فردی او را بسیار تحت تأثیر قرار دهد (ایادی و همکاران، ۱۴۰۴). در رابطه زناشویی زوجین، شایع‌ترین تأثیر مخرب تعارضات زناشویی، طلاق است (دلفان آذری و همکاران، ۱۴۰۲). طلاق پدیده‌ای چندعاملی است (پارکر^۱ و همکاران، ۲۰۲۲) که می‌تواند آسیب‌های شناختی، هیجانی، اجتماعی و روانشناختی بسیاری را برای زوجین در پی داشته باشد (شان^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از عواملی که نقش مهمی در گرایش به طلاق دارد و زنان را در معرض طلاق قرار می‌دهد، نداشتن تحمل پریشانی در رویارویی با شرایط استرس‌زای زندگی است (لاس و وینر^۳، ۲۰۲۰).

تحمل پریشانی به عنوان توانایی ذهنی یا عینی (رانی^۴ و همکاران، ۲۰۲۲) برای مقاوم ماندن در برابر حالت‌های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف شده است (روبینسون^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). پریشانی سازه‌ای متداول در پژوهش‌های مربوط به بی‌نظمی عاطفی است که به صورت سازه‌ای فراهیجانی و به عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت‌های هیجانی منفی بیان شده است (راهمن^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). پریشانی ممکن است در نتیجه فرآیندهای شناختی و یا فیزیکی در فرد ایجاد شود، و به صورت حالتی هیجانی است که اغلب با تمایلات عملی برای کاهش اثرهای منفی حاصل از تجربه هیجانی مشخص می‌شود (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در زندگی زناشویی بردبار بودن و داشتن تحمل پریشانی به زوجین کمک می‌کند که با چالش‌ها و مشکلات زناشویی بهتر کنار آیند و کمتر دچار آشفتگی و از طلاق دوری کنند (لاس و وینر، ۲۰۲۰).

همچنین تحقیقات نشان داده است که طلاق عامل از هم‌گسیختگی ساختار بنیادی‌ترین بخش جامعه، یعنی خانواده است که علاوه بر خانواده بر جامعه نیز تأثیر می‌گذارد و در این میان، داشتن تاب‌آوری به زنان متقاضی طلاق کمک می‌کند تا ریسک طلاق در آنان کاهش پیدا کند (هایکال و لاتپون^۷، ۲۰۲۰). تاب‌آوری در سطح فردی، به عنوان یک فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز (سورکیلا و آنولا^۸، ۲۰۲۲) علی‌رغم شرایط تهدیدزا، تنش‌آورا و آسیب‌زا توصیف شده است (اسچوارتزمن^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (ال-یاگون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). بر طبق نظر کانر و دیویدسون^{۱۱} (۲۰۰۳)، تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده و سازنده محیط نیست، بلکه فرد دارای تاب‌آوری، مشارکت‌کننده فعال

پیرامونی خود است. تاب‌آوری نوعی ترمیم خود بوده که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است (تروی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳). این وضعیت، یعنی داشتن تاب‌آوری در زنان باعث می‌شود که در برابر تعارضات و مشکلات زناشویی منعطف باشند و کمتر درگیر طلاق شوند (هایکال و لاتپون، ۲۰۲۰).

در کنار داشتن تاب‌آوری، دارا بودن انسجام روانی در زنان در معرض طلاق می‌تواند عاملی پیشگیری‌کننده برابر بروز طلاق باشد؛ به طوری که بر اساس نتایج یک تحقیق، با افزایش و ارتقای انسجام روانی، افراد می‌توانند راهکارهای رضایت زناشویی را در وجود خود تقویت کنند و از این طریق رضایت از زندگی خود را بالا ببرند و کمتر متمایل به طلاق شوند (خانی و همکاران، ۱۴۰۱). انسجام روانی یک سازه شخصیتی با سه مؤلفه درک‌پذیری (توانایی فرد در فهم این موضوع است که موقعیتی که در آن قرار گرفته، قابل درک و یا قابل پیش‌بینی است)، توانایی مدیریت (به درک فرد از توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور اشاره دارد)، و احساس معناداری (توانایی یافتن معنا در زندگی روزمره و مشکلات پیش‌رو است) است (سیلوریا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲).

بنابراین در راستای چنین مشکلاتی در زنان در معرض طلاق، تاکنون مداخلات مختلفی به کار گرفته شده است، که از جمله آنها می‌توان به درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی (اکبری، ۱۳۹۶)، درمان هیجان‌مدار (نامنی و همکاران، ۱۴۰۱) و درمان مبتنی بر شفقت اشاره کرد (آذری و همکاران، ۱۳۹۹؛ رجائی و همکاران، ۱۴۰۱). عدم تحمل بلا تکلیفی، یک ویژگی سرشتی است که از مجموعه‌ای باورهای منفی درباره بلا تکلیفی و معنای ضمنی آن ناشی می‌شود (بوولار^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳). شیوه‌ای که فرد اطلاعات را در شرایط مبهم درک می‌کند و به این اطلاعات با مجموعه‌ای از واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری پاسخ می‌دهد (داگاس^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲). درمان هیجان‌مدار می‌تواند باعث کاهش مشکلات و تعارضات زناشویی در زوجین می‌شود (مارن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲)، به طوری که گریمن و جانسون^{۱۷} (۲۰۲۲) درمان هیجان‌مدار را برای زوجها، خانواده‌ها و افراد پیشنهاد کرده‌اند تا کیفیت پیوندهای عاطفی آنان با همدیگر و با افراد مهم و همچنین احساس ذهنی آنها از ارتباط اجتماعی افزایش پیدا کند. درمان شفقت باعث مراقبت از در برابر شرایط ناگوار می‌شود (گیلبرت^{۱۸}، ۲۰۲۳) و نقش مهمی در کاهش مشکلات روانشناختی و هیجانی افراد دارد (گیلبرت و ترانینگ^{۱۹}، ۲۰۲۲). بر اساس آنچه گفته شد مداخلات روانشناختی به ویژه مداخلات مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت می‌تواند بر بسیاری از کارکردهای مختلف روانشناختی و هیجانی افراد اثربخش باشد.

10. Al-Yagon
11. connor-davidson resilience scale (CD-RISC)
12. Troy
13. Silveira
14. Bavolar
15. Dugas
16. Marren
17. Greenman & Johnson
18. Gilbert
19. Gilbert & Training

1. Parker
2. Schaan
3. Lass & Winer,
4. Ranney
5. Robinson
6. Rahman
7. Haikal, M., & Latipun
8. Sorkkila & Aunola
9. Schwartzman

محرمانه خواهد بود و در اختیار هیچ کسی قرار داده نشد. همچنین فرآیند مطالعه برای همه آزمودنی‌ها توضیح داده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه انسجام روانی (SCQ) فلنسبرگ-مدسن و همکاران (۲۰۰۶): این پرسشنامه شامل ۳۵ سوال است که روش نمره‌گذاری سوالات ۱ تا ۲۴ با استفاده از مقیاس سه درجه‌ای لیکرت می‌باشد، به این صورت که برای «خیر» ۱ نمره، «نمی‌دانم» ۲ نمره و «بله» ۳ نمره تعلق می‌گیرد و برای سوالات ۲۵ تا ۳۵ به صورت پنج درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود به این صورت که شرکت‌کننده‌ای که به هر یک از دو گزینه اول پاسخ دهد (بسیار راضی و راضی)، نمره ۳ بالاترین امتیاز، و به گزینه گاهی راضی نمره ۲ و به هر یک از دو گزینه آخر (ناراضی و بسیار ناراضی) پاسخ دهد، نمره یک که پایین‌ترین امتیاز است را دریافت می‌کند. نمره کلی ابزار با جمع کردن نمره تمامی سوالات به دست می‌آید که در نتیجه دامنه نمرات بین ۳۵ تا ۱۰۵ است. کسب نمره بیشتر در این پرسشنامه به معنای برخورداری از انسجام بالاتر، و کسب نمره پایین‌تر به معنای برخورداری از انسجام کمتر است (صانعی و رئیس‌سون، ۱۳۹۹). در داخل ایران، برای بررسی پایایی پرسشنامه از همسانی درونی استفاده شده است که ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمده است (صانعی و رئیس‌سون، ۱۳۹۹). در سایر پژوهش‌ها در داخل ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ (بصیری‌فر و موسوی‌نژاد، ۱۴۰۱) و ضریب تنصیف و دو نیمه‌سازی ۰/۸۹ (احتشام زاده و همکاران، ۱۳۹۲) و ضریب ۰/۹۰ به دست آمده است (عظیم‌زاده طهرانی و همکاران، ۱۳۹۹). سازندگان پرسشنامه روایی سازه را تایید و پایایی آن را با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب کرونباخ ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند (فلنسبرگ-مدسن و همکاران، ۲۰۰۶). در این پژوهش برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب پیش‌آزمون ۰/۸۱، پس‌آزمون ۰/۸۵ و پیگیری ۰/۹۱ به دست آمده است.

مقیاس تاب‌آوری (RISC) کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این مقیاس ۲۵ سوال دارد و توانایی مقابله با استرس را در مواجهه با خطر یا ناملازمات اندازه‌گیری می‌کند و ۵ خرده مقیاس تصور از شایستگی فردی^۱ با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ تحمل عاطفه منفی^۲ با سوالات ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۱۸ و ۲۰؛ پذیرش مثبت تغییر^۳ و روابط ایمن با سوالات ۱، ۲، ۴، ۵ و ۸؛ کنترل^۴ با سوالات ۱۳، ۲۱ و ۲۲؛ تاثیرات معنوی^۵ با سوالات ۳ و ۸ را اندازه‌گیری می‌کند (غنچه و همکاران، ۱۴۰۱). نمره‌گذاری مقیاس به صورت پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این صورت که برای کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۳، کاملاً موافقم نمره ۴ در نظر گرفته شده است (منتظری و همکاران، ۱۴۰۱). حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ است و نقطه برش این مقیاس نمره ۵۰ می‌باشد. به طوری که نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود (روحانی و اشراقی، ۱۳۹۸). نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر افراد است (مام شریفی و

با توجه به اینکه زنان در آستانه طلاق، به طور مضاعفی از بحران‌های روانی نظیر عدم تحمل بلا تکلیفی، فرسایش انسجام روانی، کاهش تاب‌آوری کنشی و ناتوانی در تحمل پریشانی رنج می‌برند و اینکه در سال‌های اخیر، رویکردهای درمانی نوین با تأکید بر مؤلفه‌های شناختی-رفتاری و هیجانی، مورد توجه قرار گرفته‌اند، ضرورت دارد به دو رویکرد هیجان‌مدار و درمان بلا تکلیفی پرداخت. این پژوهش با مقایسه دو شیوه درمانی قدرتمند درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی که بر مدیریت عدم قطعیت تمرکز دارد، و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت که بر تقویت خودشفقتی و تنظیم هیجان تأکید دارد، تلاش می‌کند تا مشخص کند کدام رویکرد در بهبود متغیرهای حیاتی (انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی) در این گروه آسیب‌پذیر، اثربخشی بیشتری دارد. این مطالعه می‌تواند دانش بالینی متخصصان سلامت روان را غنی‌تر کرده و راهنمای ارزشمندی برای انتخاب مؤثرترین پروتکل درمانی برای زنان در معرض طلاق فراهم آورد.

لذا بر اساس آنچه گفته شد سوال این پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی در زنان در معرض طلاق وجود دارد؟

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان در معرض طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران مناطق ۱، ۲ و ۱۱ در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. در ابتدا از بین مراکز موجود ۳ مرکز مشاوره اکسیر، دانشگاه شهید بهشتی و دانشگاه تهران انتخاب شد و سپس پرسشنامه انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی بر روی آنان اجرا شد. از بین کسانی که نمرات پایین‌تری در این پرسشنامه‌ها کسب کردند، تعداد ۴۵ زن با استفاده از جدول کوهن در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۷۰ و توان آماری ۹۱ انتخاب و در سه گروه درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه کنترل به طور مساوی تقسیم شدند. ملاک‌های ورود شامل: کسب نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌ها، درخواست طلاق به شورای حل اختلاف، نداشتن بیماری‌های جسمی و روانشناختی و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم بود. ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به بیماری روانپزشکی، مصرف داروهای روانپزشکی و روان‌گردان، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش، نداشتن سابقه طلاق قبلی بود. در این پژوهش با حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق افراد نمونه، به آنها اطمینان داده شد که پاسخنامه به صورت فردی تحلیل نشود و اطلاعات آنها به صورت گروهی خواهد بود و پاسخنامه هر فرد

4. control
5. spirituality

1. personal competence
2. tolerance of negative affects
3. positive acceptance of change

مخالف ۳ نمره، اندکی مخالف ۴ نمره و کاملاً مخالف ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوال ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود که شامل کاملاً موافق ۵ نمره، اندکی موافق ۴ نمره، نه موافق و نه مخالف ۳ نمره، اندکی مخالف ۲ نمره و کاملاً مخالف ۱ نمره است (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۸). دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمره بالا نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالا و نمره پایین‌تر از ۴۵ در مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی پایین فرد است (بیداری و حاجی‌علیزاده، ۱۳۹۸). جهت تعیین اعتبار مقیاس تحمل پریشانی از ابزار آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب آلفای کرونباخ برای تحمل ۰/۷۲، جذب ۰/۸۲، ارزیابی ۰/۷۸ و تنظیم ۰/۷۰ و برای کل مقیاس تحمل پریشانی ۰/۸۲ به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مقیاس است (اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). روایی همزمان مقیاس تحمل پریشانی با مقیاس هوش اخلاقی ۰/۳۲ گزارش شده است (زنجانی و همکاران، ۱۳۹۷). در یک پژوهش دیگر ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ (ویسی و همکاران، ۱۴۰۱) و روایی ملاکی مقیاس ۰/۶۱ گزارش شده است (علی‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۷). در یک پژوهش برای بررسی اعتبار مقیاس از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای تحمل پریشانی هیجانی ۰/۵۶، جذب شدن توسط هیجانات منفی ۰/۴۲، ارزیابی یا برآورد ذهنی پریشانی ۰/۵۶، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی ۰/۵۸ و برای کل سوالات ۰/۷۱ به دست آمده است (طاهری و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین در یک پژوهش دیگر، آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۵ محاسبه شده است (کرمی و همکاران، ۱۴۰۰). در خارج از کشور روایی و اعتبار مقیاس تحمل پریشانی بررسی شده است که همسانی درونی مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه و گزارش شده است (ویلوکس^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش‌های دیگر جهت بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب ۰/۸۸ به دست آمده است (اسچلام^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰). در این پژوهش برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب پیش‌آزمون ۰/۷۶، پس‌آزمون ۰/۷۸ و پیگیری ۰/۸۰ به دست آمده است.

جلسات درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی: این درمان با اقتباس از داگاس و همکاران (۲۰۰۷) انجام شد (جدول ۱).

همکاران، ۱۴۰۱). این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) به نقل از آهنگرزاده رضایی و رسولی، ۱۳۹۴)، ترجمه و اعتباریابی گردید؛ پس از انجام فرایند ترجمه و ترجمه برگردان مقیاس و تایید طراحی‌کنندگان مقیاس، به منظور احراز پایایی از محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین برای بررسی روایی آن از تحلیل عاملی استفاده و مقادیر نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی X^2/d ، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب^۱ (RMSEA) به ترتیب ۱/۵۶۳، ۰/۹۰۳ و ۰/۵۳ به دست آمده است و پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۷۵ و همچنین ضریب بازآزمایی به فاصله ۲ هفته ضریب ۰/۴۰۴ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (آهنگرزاده رضایی و رسولی، ۱۳۹۴). در سایر پژوهش‌ها در داخل ایران در یک پژوهش مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ به دست آمده است (غنچه و همکاران، ۱۴۰۱). ضریب همبستگی بین مقیاس با سیاهه تجدیدنظرشده پنج عامل شخصیت^۲ (NEO-PI-R) کاستا و مک کری^۳ (۲۰۰۸) ضرایب در دامنه بین ۰/۱۸ تا ۰/۲۸ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان‌دهنده روایی ملاکی (به روش همزمان) مقیاس است (جنادله و همکاران، ۱۳۹۷). در یک پژوهش برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۹ به دست آمده است (مقدسعلی و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین در یک پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (صابری فرد و حاجی‌اربابی، ۱۳۹۸). سازندگان مقیاس روایی افتراقی آن را با مقیاس تجارب جنسی آریزونا^۴ (ASEX) سنتیا و همکاران^۵ (۲۰۰۰) بررسی و ضریب همبستگی غیرمعنادار ۰/۳۴- گزارش کرده‌اند و آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در دیگر پژوهش‌ها آلفای کرونباخ ۰/۹۰ (سالمین^۶ و همکاران، ۲۰۲۰)، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ (بوزکور و گولر^۷، ۲۰۲۳) و در یک مطالعه دیگر ضریب ۰/۹۴ به دست آمده است که نشان‌دهنده پایایی مقیاس است (هیس^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). در این پژوهش برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۸۳ و پیگیری ۰/۸۹ به دست آمده است.

مقیاس تحمل پریشانی (DTS) سیمونز و گاهر (۲۰۰۵): این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس تحمل پریشانی هیجانی^۹ با سوالات ۱، ۳ و ۵؛ جذب شدن توسط هیجانات منفی^{۱۰} با سوالات ۲، ۴ و ۱۵؛ ارزیابی ذهنی پریشانی^{۱۱} با سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی^{۱۲} با سوالات ۸، ۱۳ و ۱۴ را اندازه‌گیری می‌کند (تیل^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). سوالات مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که کاملاً موافق ۱ نمره، اندکی موافق ۲ نمره، نه موافق و نه

10. absorbing by negative emotions
11. mental distress assessment
12. set efforts to reduce distress
13. Thiel
14. Veilleux
15. Schlam

1. root mean square error of approximation (RMSEA)
2. The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)
3. McCrae & Costa
4. Arizona sexual experience scale (ASEX)
5. Cynthia
6. Salminen
7. Bozkur & Güler
8. Hsieh
9. emotion distress tolerance

جدول ۱: جلسات درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی رویکرد	آشنایی با قوانین در طول درمان، معرفی مفروضه‌های بنیادی، ارائه تکلیف
دوم	آموزش اصول روانشناختی و آگاهی‌افزایی درباره نگرانی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، شناسایی موقعیت مبهم
سوم	تشخیص بلا تکلیفی و مواجهه رفتاری	آشنایی با واکنش‌های خود
چهارم	ارزیابی مجدد مفید بودن نگرانی	ترغیب به مواجهه به جای اجتناب از موقعیت‌های مبهم
پنجم	اصلاح جهت‌گیری منفی نسبت به مسأله	خودداری از انجام اعمال برای کاهش نگرانی یا کنترل موقعیت مبهم
ششم	شناسایی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر عدم تحمل بلا تکلیفی	شناسایی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر عدم تحمل بلا تکلیفی
هفتم	پیشگیری از عود	کمک به مراجعان تا دریابند که باورهای مثبتی درباره نگرانی دارند و این باورها می‌توانند این ایده را تقویت کنند که نگران شدن شرایط مبهم را کاهش می‌دهد.
هشتم	آموزش حل مسأله	مراجعان یاد می‌گیرند که به جای نگران شدن، از حل مسأله برای حل مشکلاتشان استفاده کنند.
نهم	مواجهه تجسمی	تشویق مراجعان برای مواجهه شدن با مشکلات و حل آنها با وجود مبهم بودن با استفاده از مواجهه تجسمی
دهم	افزایش تحمل بلا تکلیفی	مسائل مرتبط با عدم تحمل بلا تکلیفی مورد بحث و مواجه قرار می‌گیرد.

جلسات درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت: این درمان با اقتباس از بهوندی و همکاران (۱۴۰۱) انجام شد (جدول ۲).

جدول ۲: جلسات درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
اول	مواجهه و درمان تجارب هیجانی منفی	آشنایی با قوانین در طول درمان، معرفی مفروضه‌های بنیادی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت، ارزیابی چرخه تعاملی احساسات و هیجانات شناسایی نشده (ترس‌ها و خواسته‌های دلبستگی) زیربنای مشکلات زندگی و نام‌گذاری آنها، آموزش تأثیر شفقت بر ۳ سیستم تنظیم هیجان مغز و ارائه تکالیف خانگی.
دوم	درمان مهارت ابراز هیجان ضعیف	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تحلیل و درک هیجانات افراد برای غلبه بر موانع ابراز هیجان سالم (شیوه‌های مقابله با خشم و تخلیه هیجانی و تأکید بر بیان هیجانات)، آموزش تکنیک نقش بازی کردن به منظور ابراز هیجانات، آموزش راهبردهای امنیتی خوددلسوزی و امنیت درونی (تکنیک کاوش همدانه) و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	درمان تجربه ذهنی آسیب‌زا	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر درک و چارچوب‌بندی مجدد افکار آسیب‌پذیری، معرفی سبک‌های تفکر توأم با خطا، آموزش ویژگی‌های افراد مشفق (آگاه بودن از افکار اکنون و قضاوت نکردن خود و دیگران، کنترل انتقادگر درون)، ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	درمان حساسیت و درک بیش از حد مشکلات	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بیان و درک تأثیر تفکر غیرمنطقی بر آشفتگی از طریق آگاهی درباره شناخت‌های داغ، تکنیک بارش فکری جهت بررسی نقاط قوت و ضعف خود، تصویرسازی مهرورزانه جهت مقابله با افکار منفی و ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	درمان کاهش فعالیت رفتاری و سبک رفتار منفعلانه	بررسی تکلیف جلسه گذشته، آموزش بررسی و درک عمیق آسیب‌های رفتاری حاصله از طریق ارائه تکنیک یادداشت برداری، طرح انگیزشی رفتاری در پاسخ به رفتار منفعلانه، آموزش تقویت رفتارهای شفقت‌آمیز و ارائه تکلیف خانگی.
ششم	ادامه درمان مشکلات رفتاری و درمان مشکلات بدنی و اعصاب هنگام تجارب منفی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی موانع رویارویی و اصلاح مشکلات رفتاری، تکنیک مشاهده آگاهانه (تکنیک موج)، پذیرش ایجاد پاسخ‌های رفتاری اکنون برای بهبود مشکلات رفتاری، اجرای تکنیک بررسی بدن برای مشکلات جسمانی و ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	ادامه درمان مواجهه و کنترل مشکلات بدنی و اعصاب هنگام تجارب منفی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی تأثیر هیجان و احساسات منفی و مثبت بر بدن، راهبردهای مثبت هیجانی برای کاهش هیجانات منفی جسمانی و روانشناختی، تکنیک تنفس ۳ دقیقه‌ای مشفقانه و ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	درمان نگرش منفی نسبت به خود، دیگران	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر خاطرات گذشته، افکار و احساسات ناامیدی با تکنیک خودگویی مثبت، نگرش جدید از طریق پذیرش بدون قید و شرط خود و دیگران، ایجاد احساس خودارزشمندی، کنترل خود در برابر کنترل تجربه لحظه به لحظه شرایط و ارائه تکلیف خانگی.
نهم	درمان شکل‌گیری و تداوم روابط آسیب‌زا	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تشخیص ارتباط خوب و بد، تکنیک بازسازی و ارتقای تعاملات مؤثر، توجه به توانایی‌ها و عدم توانایی‌های خود و دیگران، تکنیک‌های افزایش تاب‌آوری و ارائه تکلیف خانگی.
دهم	آموزش مواجهه و کنترل مشکلات درماندگی و حل مسئله	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر درماندگی و ناکارآمدی در حل مشکلات با فراهم کردن حمایت، پذیرش محدودیت‌ها و ضعف‌ها، تکنیک رنگ، صدا و تصویر مشفقانه و تمرکز بر نقاط مثبت برای دستیابی به اهداف خویش.

روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه کنترل به ترتیب ۳۰/۸۷ (۳/۸۷۱)، ۳۰/۰۷ (۳/۶۱۵) و ۳۱/۹۸ (۲/۲۳) بود. تحصیلات شرکت‌کنندگان شامل ۱۰ نفر دیپلم، ۱۰ نفر فوق دیپلم، ۱۲ نفر کارشناسی، ۷ نفر کارشناسی ارشد و ۶ نفر دکترا بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

نحوه اجرا: بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه در شرایط یکسان پرسشنامه‌ها به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. بعد از این مرحله، گروه آزمایش اول پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، گروه آزمایش دوم تحت درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و در نهایت گروه کنترل تحت هیچ‌گونه درمانی از این رویکردها قرار نگرفت و به فعالیت‌های معمول و روزمره خود ادامه داد و در لیست انتظار باقی ماند. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر سه گروه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. در این مرحله هر سه گروه در شرایطی مشابه به سوالات پس‌آزمون پاسخ دادند. در این پژوهش همچنین بعد از مدت ۶۰ روز مرحله پیگیری انجام شد و آزمودنی‌ها به سوالات پرسشنامه‌ها مجدد به عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار،

جدول ۳: میانگین (انحراف معیار) انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر	مرحله	گروه	
		درمان عدم تحمل بلا تکلیفی	درمان مبتنی بر شفقت
انسجام روانی	پیش‌آزمون	(۱/۲۹۸)۵۲/۶۰	(۲/۷۰۴)۵۱/۸۰
	پس‌آزمون	(۳/۰۳۵)۵۵/۹۳	(۴/۵۳۳)۵۶/۸۷
	پیگیری	(۳/۲۵۶)۵۵/۸۰	(۴/۵۳۹)۵۶/۸۰
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	(۱/۲۴۲)۱۲/۶۲	(۰/۸۸۴)۱۳/۷۳
	پس‌آزمون	(۱/۱۲۵)۱۴/۴۷	(۱/۳۰۲)۱۵/۴۷
	پیگیری	(۱/۸۲۰)۱۴/۳۳	(۱/۶۲۳)۱۵/۳۳
حمل عاطفه منفی	پیش‌آزمون	(۱/۰۲۳)۱۰/۷۳	(۱/۲۳۶)۱۰/۲۷
	پس‌آزمون	(۱/۲۳۶)۱۳/۲۰	(۱/۲۳۶)۱۳/۸۰
	پیگیری	(۲/۳۲۶)۱۳/۱۳	(۲/۵۲۱)۱۳/۷۳
پذیرش مثبت تغییر	پیش‌آزمون	(۲/۳۲۶)۸/۰۷	(۱/۲۳۶)۸/۰۰
	پس‌آزمون	(۰/۸۹۵)۱۰/۳۳	(۱/۵۵۲)۱۰/۴۷
	پیگیری	(۰/۹۵۶)۱۰/۲۷	(۰/۹۶۵)۱۰/۴۰
کنترل	پیش‌آزمون	(۱/۲۳۵)۵/۱۳	(۱/۳۲۶)۵/۴۷
	پس‌آزمون	(۱/۳۲۶)۸/۴۷	(۲/۱۵۶)۹/۴۰
	پیگیری	(۲/۱۵۶)۸/۲۰	(۲/۱۵۶)۹/۱۳
تاثیرات معنوی	پیش‌آزمون	(۱/۵۶۸)۲/۹۳	(۱/۲۳۵)۲/۸۰
	پس‌آزمون	(۱/۲۳۵)۴/۶۷	(۱/۵۶۸)۵/۸۰
	پیگیری	(۰/۵۶۸)۴/۴۷	(۱/۵۶۸)۵/۵۳
نمره کلی	پیش‌آزمون	(۲/۵۶۲)۳۹/۴۷	(۲/۵۶۲)۳۹/۲۷
	پس‌آزمون	(۱/۵۶۸)۵۱/۱۳	(۰/۸۵۶)۵۴/۹۳
	پیگیری	(۲/۱۵۶)۵۰/۴۰	(۱/۲۳۵)۵۴/۱۳
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	(۰/۸۹۵)۷/۳۳	(۱/۲۳۵)۷/۰۷
	پس‌آزمون	(۲/۶۵۲)۹/۹۳	(۱/۶۵۲)۱۰/۴۷
	پیگیری	(۲/۵۶۲)۹/۸۰	(۲/۱۵۶)۱۰/۳۳
جذب شدن	پیش‌آزمون	(۱/۲۳۵)۶/۴۰	(۱/۳۲۶)۶/۰۰
	پس‌آزمون	(۱/۵۶۸)۸/۸۰	(۰/۸۵۶)۱۰/۲۷
	پیگیری	(۱/۶۳۲)۸/۶۰	(۱/۲۳۵)۱۰/۰۰
ارزیابی ذهنی	پیش‌آزمون	(۱/۲۳۵)۱۲/۸۷	(۲/۵۶۲)۱۱/۵۳
	پس‌آزمون	(۰/۵۶۸)۱۴/۹۳	(۰/۸۵۶)۱۶/۰۰
	پیگیری	(۱/۲۳۵)۱۴/۶۷	(۱/۶۵۲)۱۵/۸۰

تنظیم تلاش‌ها	پیش‌آزمون	۱/۳۲۶)۴/۶۷	۰/۵۶۸)۴/۸۷	۲/۳۶۲)۵/۰۰
	پس‌آزمون	۳/۱۵۶)۷/۸۰	۱/۳۲۶)۸/۶۰	۲/۱۵۶)۵/۲۰
	پیگیری	۱/۲۳۵)۷/۶۰	۰/۵۶۸)۸/۴۷	۱/۶۵۹)۵/۲۷
نمره کلی	پیش‌آزمون	۱/۲۳۵)۳۱/۲۷	۱/۵۶۸)۲۹/۴۷	۰/۵۶۸)۲۸/۶۷
	پس‌آزمون	۲/۵۶۲)۴۱/۴۷	۰/۸۵۶)۴۵/۳۳	۲/۱۵۶)۲۹/۲۰
	پیگیری	۲/۸۲۰)۴۰/۶۷	۲/۱۵۶)۴۴/۶۰	۲/۵۶۲)۲۹/۴۷

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ و توزیع نمرات نرمال است. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مشاهده شده در پژوهش حاضر از دو شاخص رایج برای بررسی نرمال بودن، شامل کجی^۱ و کشیدگی^۲ استفاده شد که مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد که این نشان می‌دهد توزیع متغیرها از چولگی و کشیدگی نرمال

برخوردارند. جهت مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج نشان داد سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده بزرگتر از ۰/۰۵ و پیش‌فرض و مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی خطای واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد سطح معناداری به‌دست‌آمده بزرگتر از ۰/۰۵ و شرط همگنی واریانس خطاها رعایت شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل‌پریشانی

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی	کای دو	df	sig	تصحیح گرین‌هاوس-گیسر	تصحیح هیون-فلدت
انسجام روانی	۰/۰۶۸	۱۱۰/۱۳۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۸	۰/۵۴۴
تاب‌آوری	۰/۴۰۶	۳۶/۹۳۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷	۰/۶۶۸
تحمل‌پریشانی	۰/۳۳۴	۴۵/۰۰۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰	۰/۶۳۷

بر اساس نتایج جدول ۴ آماره کرویت موچلی برای انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل‌پریشانی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ($P < ۰/۰۵$). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۳ و هیون-فلدت^۴ تصحیح

می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس^۵ (۱۹۹۶؛ به نقل از ترابی و همکاران، ۱۴۰۰) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلدت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل‌پریشانی از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شد.

جدول ۵: نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل‌پریشانی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
انسجام روانی	گروه	۶/۶۲۸	۲	۰/۰۰۳	۰/۲۴۰	۰/۸۹۲
	زمان	۳۱/۶۸۶	۱/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۷/۳۶۲	۲/۰۷۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۰	۰/۹۲۹
تاب‌آوری	گروه	۱۱۵/۶۵۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶	۰/۹۹۹
	زمان	۵۲۰/۹۶۷	۱/۲۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۵	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۰۶/۱۲۶	۲/۵۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۵	۰/۹۹۱
تصور از شایستگی	گروه	۶۲/۱۵۴	۲	۰/۰۲۱	۰/۷۴۶	۰/۹۹۹
	زمان	۱۲۳/۵۶۷	۱/۲۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۰۸/۲۲۶	۲/۵۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵	۰/۹۹۱

4. Huynh-Feldt correction

5. Stevens

1. skewness

2. Kurtosis

3. Greenhouse-Geisser correction

۰/۹۹۹	۰/۶۴۶	۰/۰۰۱	۲	۱۲۵/۶۵۴	گروه	حمل عاطفه منفی
۰/۹۹۹	۰/۶۲۵	۰/۰۰۱	۱/۲۵۵	۱۶۳/۹۶۷	زمان	
۰/۹۹۱	۰/۸۳۵	۰/۰۰۱	۲/۵۱۰	۱۰۶/۱۲۶	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۲۶	۰/۰۲۱	۲	۹۳/۲۵۴	گروه	پذیرش مثبت تغییر
۰/۹۹۹	۰/۵۹۵	۰/۰۲۱	۱/۲۵۵	۳۵۳/۵۶۷	زمان	
۰/۹۹۱	۰/۷۷۵	۰/۰۲۱	۲/۵۱۰	۱۳/۱۲۶	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۱۶	۰/۰۲۱	۲	۷۳/۱۵۴	گروه	کنترل
۰/۹۹۹	۰/۷۳۵	۰/۰۲۱	۱/۲۵۵	۲۵۳/۵۶۷	زمان	
۰/۹۹۱	۰/۸۶۵	۰/۰۲۱	۲/۵۱۰	۲۱۸/۱۲۶	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۵۶	۰/۰۲۱	۲	۶۳/۱۵۴	گروه	تاثیرات معنوی
۰/۹۹۹	۰/۶۲۵	۰/۰۰۱	۱/۲۵۵	۱۵۳/۵۶۷	زمان	
۰/۹۹۱	۰/۶۳۵	۰/۰۰۱	۲/۵۱۰	۱۱۸/۲۲۶	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۷۴	۰/۰۰۱	۲	۵۶/۸۴۵	گروه	تحمل پریشانی هیجانی
۰/۹۹۹	۰/۹۰۵	۰/۰۰۱	۱/۲۰۰	۱۱۸/۶۷۹	زمان	تحمل پریشانی
۰/۹۹۹	۰/۸۶۷	۰/۰۰۱	۲/۴۰۰	۲۶/۲۳۷	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۵۴	۰/۰۰۱	۲	۶۶/۱۴۵	گروه	جذب شدن
۰/۹۹۹	۰/۶۱۵	۰/۰۰۱	۱/۲۰۰	۱۲۸/۶۶۹	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۶۱۷	۰/۰۰۱	۲/۴۰۰	۳۶/۱۳۷	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۵۴	۰/۰۰۱	۲	۴۵/۱۴۵	گروه	ارزیابی ذهنی
۰/۹۹۹	۰/۴۱۵	۰/۰۰۱	۱/۲۰۰	۲۲۸/۶۶۹	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۵۱۷	۰/۰۰۱	۲/۴۰۰	۵۶/۱۳۷	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۵۴	۰/۰۰۱	۲	۷۵/۱۴۵	گروه	تنظیم تلاش‌ها
۰/۹۹۹	۰/۶۵۸	۰/۰۰۱	۱/۲۰۰	۱۱۴/۶۶۹	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۷۸۹	۰/۰۰۱	۲/۴۰۰	۵۶/۲۳۶	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۷۴	۰/۰۰۱	۲	۱۴۵/۹۴۵	گروه	کلی
۰/۹۹۹	۰/۷۰۵	۰/۰۰۱	۱/۲۰۰	۴۰۰/۷۷۹	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱	۲/۴۰۰	۱۰۰/۱۳۷	زمان×گروه	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی انجام شد. و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی اثربخشی معناداری دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
انسجام روانی	پیش‌آزمون	۵۱/۵۵۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۸۸۹-	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۵۴/۴۴۴	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۸۴۴-	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵۴/۴۰۰	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۴۴	۰/۹۹۹
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۳۹/۳۳۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۹/۴۸۹-	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۴۸/۸۲۲	پیش‌آزمون-پیگیری	۹/۰۴۴-	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۸/۳۷۸	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۴۴۴	۰/۰۵۳
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۲۹/۸۰۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۸/۸۶۷-	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳۸/۶۶۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۸/۴۴۴-	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۸/۲۴۴	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۴۲۲	۰/۰۶۳

پیشانی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تاثیر ایجاد شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه، برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پیشانی از آزمون تعقیبی بن‌فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پیشانی

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
انسجام روانی	عدم تحمل بلا تکلیفی	۵۴/۷۷۸	تفاضل بلا تکلیفی - هیجان‌مدار	-۰/۳۷۸	۰/۹۹۹
	درمان هیجان‌مدار	۵۵/۱۵۶	تفاضل بلا تکلیفی - گروه کنترل	۴/۳۱۱	۰/۰۱۳
	کنترل	۵۰/۴۶۷	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	۴/۶۸۹	۰/۰۰۶
تاب‌آوری	عدم تحمل بلا تکلیفی	۴۷/۰۰۰	تفاضل بلا تکلیفی - هیجان‌مدار	-۲/۴۴۴	۰/۰۰۱
	درمان هیجان‌مدار	۴۹/۴۴۴	تفاضل بلا تکلیفی - گروه کنترل	۶/۹۱۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۰/۰۸۹	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	۹/۳۵۶	۰/۰۰۱
تحمل پیشانی	عدم تحمل بلا تکلیفی	۳۷/۸۰۰	تفاضل بلا تکلیفی - هیجان‌مدار	-۲/۰۰۰	۰/۰۱۳
	درمان هیجان‌مدار	۳۹/۸۰۰	تفاضل بلا تکلیفی - گروه کنترل	۸/۶۸۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۹/۱۱۱	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	۱۰/۶۸۹	۰/۰۰۱

طلاق تفاوت وجود دارد، لذا همسویی و ناهمسویی این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی مشخص نیست. اما این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قربانزاده و همکاران (۱۴۰۳)، قربانزاده و همکاران (۱۴۰۲)، مستاجران و همکاران (۱۴۰۰)، بهوندی و همکاران (۱۴۰۰) و بهوندی و همکاران (۱۴۰۱) می‌تواند همسو و هم‌راستا باشد که نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر بهبود مشکلات زناشویی موثر و کارآمد است. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان مبتنی بر آن بر اهمیت چهار عامل عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل در تمایز افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی تاکید می‌شود که با هدف قرار دادن این عوامل می‌توان به کاهش علائم اختلال اضطرابی در افراد کمک کرد (داگاس و همکاران، ۲۰۰۷). لذا درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی محوریت اصلی خود را بر کاهش مشکلات اضطرابی قرار داده است و نمی‌تواند برتری و اثربخش‌تر بودن خود را نسبت به درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت نشان دهد. از این رو درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت نقش پررنگ‌تری در کاهش مشکلات زنان در معرض طلاق دارد، چرا که درمان هیجان‌مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجانات در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین دارای مشکلات زناشویی و زوجین آشفته می‌باشد. تلاش این رویکرد آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجانات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد (ایمانی‌راد و همکاران، ۱۴۰۰). پردازش این هیجانات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و

به منظور مشخص نمودن اینکه نمرات انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پیشانی در کدام مرحله با هم تفاوت معنی‌داری دارند از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. همان‌طور که جدول ۶ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل

با توجه به جدول ۷ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی با گروه کنترل است که این نشان‌دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پیشانی دارد. لذا فرضیه اصلی مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پیشانی در زنان در معرض طلاق تفاوت وجود دارد مورد تایید واقع شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پیشانی در زنان در معرض طلاق بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پیشانی اثربخشی معناداری دارد. همچنین نتایج نشان داد درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پیشانی دارد. گرچه پژوهشی تا کنون انجام نشده است که نشان داده باشد بین اثربخشی درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پیشانی در زنان در معرض

جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام‌شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در نهایت، ارتباطی رضایت بخش‌تر می‌باشد.

همچنین درمان هیجان‌مدار از طریق تضعیف چرخه‌های تعاملی منفی، بازسازی الگوهای تعاملی و تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباط باعث ارتقاء انسجام روانی، افزایش تاب‌آوری و افزایش تحمل پریشانی زنان در معرض طلاق می‌شود. افزون بر این، درمان هیجان‌مدار با تأکید بر حمایت همسران از یکدیگر، گشودگی هیجان و بروز آن به طریق مثبت، تمرکز بر هیجانات خود و شناسایی آنها، بیان تجارب جدید در زندگی زناشویی و هیجانات همراه با آن، شکل‌دهی تعاملات جدید در رابطه، تأکید بر مراقبت از همسر، شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی و حذف آنها در زندگی زناشویی به شرکت‌کنندگان کمک نمود تا ارتباط خود را با همسرشان بازسازی نموده و در پرتو یک ارتباط سالم، کارآمد و مؤثر باعث ارتقاء انسجام روانی، افزایش تاب‌آوری و افزایش تحمل پریشانی زنان در معرض طلاق می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که بین اثربخشی درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر انسجام روانی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی در زنان در معرض طلاق تفاوت وجود دارد. هیجان نقش مهمی در مفهوم درمان هیجان‌مدار، پریشانی رابطه^۱ و راهبردهایی برای بهبود مشکلات رابطه دارند (وایت ون بوکسل^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

از منظر زوج‌درمانی هیجان‌مدار، بقای انسان به یک ارتباط هیجانی پایدار یا پیوند دلبستگی با چهره‌های دلبستگی کلیدی بستگی دارد (مکینن و جانسون^۳، ۲۰۰۶)، یعنی مراقبان و شرکای صمیمی (دالگلیش^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این، درمان هیجان‌مدار، پریشانی شریک صمیمی را به عنوان یک ارتباط هیجانی شکسته، یا پیوند دلبستگی شکسته، ناشی از الگوی منفی تعامل بین زوجین، مفهوم‌سازی می‌کند (گرینمن و جانسون^۵، ۲۰۱۳؛ جانسون، ۲۰۱۹). این ارتباط هیجانی شکسته و دلبستگی ناایمن، حالت هیجانی ترسناکی را بین زوجین تداوم می‌بخشد که در آن آنها نسبت به شریک خود بیش از حد برانگیخته (واکنشی) و/یا کم برانگیخته می‌شوند (گریز هیجانی^۶). این فرآیند هیجانی الگوهای واکنشی تعقیب و/یا کناره‌گیری از رفتار بین همسران را القا می‌کند و مشکلات زناشویی را افزایش می‌دهد. بنابراین، زنان پریشان اغلب خود را در یک حلقه بازخورد از تعاملات منفی می‌بینند که از دستیابی به هیجانات اولیه و نیازهای دلبستگی جلوگیری می‌کند (جانسون، ۲۰۱۹). وقتی همسران تجربه می‌کنند که شریک زندگی‌شان به هیجانات اولیه و نیازهای دلبستگی‌شان پاسخ نمی‌دهد، این منجر به پاسخ‌های مبتنی بر ترس و بدتنظیمی هیجانی به شکل رفتار توقع/توقع^۷، توقع/کناره‌گیری^۸ و/یا کناره‌گیری/کناره‌گیری^۹ می‌شود (دالگلیش و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین هدف زوج‌درمانی هیجان‌مدار

تنش‌زدایی از چرخه و برقراری مجدد دلبستگی ایمن در رابطه زناشویی با ارتقاء در دسترس بودن^{۱۰}، پاسخگو بودن^{۱۱} و متعهد بودن^{۱۲} (مشارکت و همدردی) است (مک‌رای و همکاران، ۲۰۱۴؛ سندرفر و جانسون^{۱۳}، ۲۰۱۶). بنابراین زنان در معرض طلاق با شرکت در جلسات درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت علاوه بر کسب مهربانی کردن با خود، دلبستگی ایمن خود را ارتقاء داده و مشکلات زناشویی کمتری را تجربه می‌کنند و باعث می‌شود که انسجام روانی آنان بهبود بخشد. همچنین درمان مبتنی بر شفقت خود، به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش تاب‌آوری و نهایتاً به سازگاری برسند و در وهله دوم افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به مراجع آموزش می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۱۴). تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است؛ به علاوه بر تقویت یک رابطه غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود (گودینی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۹).

افزون بر آن، اصلاح و تقویت خودشفقتی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است) یک جنبه مهم درمان مبتنی بر شفقت خود محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس، هراس و قضاوت‌های بی‌جا کاهش یابد؛ چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند (گرچین‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در این بین، درمانگر همسران را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کنند، بدون آنکه آنها را سرکوب کرده و در مورد آن قضاوت ارزشی کنند و هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نماید (گیلبرت، ۲۰۱۴). بنابراین وقتی درمان هیجان‌مدار و درمان شفقت با هم ترکیب شوند و زنان در معرض طلاق تحت درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت قرار می‌گیرند، ضمن اینکه با شناسایی چرخه دلبستگی و کشف نیازهای اساسی خود و همسرش، به بازسازی موقعیت جدید و بیان احساسات زیربنایی و ارائه راه‌حل‌های جدید می‌پردازد، با مهربانی و شفقت ورزیدن به خود باعث می‌شود در برابر مشکلات زناشویی انسجام روانی بیشتری به دست آورد. لذا منطقی است که درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت نسبت به درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی بر افزایش انسجام روانی زنان در معرض طلاق اثربخشی بیشتری داشته باشد.

درمان هیجان‌مدار با تأثیر بر سبک برقراری ارتباط مؤثر همسران با یکدیگر و آشنا شدن آنها با چرخه‌های هم‌کنشی همسران؛ توسعه پیوند عاطفی؛ شناسایی ترس‌ها، اعتقادات، باورها، و پیشینه دلبستگی همسران؛ شناسایی هیجانات و درک رابطه رفتار، افکار، هیجان‌ها، و نیازهای دلبستگی

8. pursue/withdraw
9. withdraw/withdraw
10. accessibility
11. responsiveness
12. engagement
13. Sanderfer & Johnson
14. Godini

1. relationship distress
2. White VanBoxel
3. Makinen & Johnson
4. Dalglish
5. Greenman & Johnson
6. emotional cut off
7. pursue/pursue

هیجانان و عواطف سرکوب شده در دوران کودکی دارند و در اصل هیجانان اولیه‌ای هستند که با تداعی شرایط کودکی در بزرگسالی به شکل دیگری و به صورت هیجانان ثانویه برون‌ریزی می‌شوند.

لذا زمانی که همسری در دسترس و پاسخگو نباشد، طرف مقابل احساس نارضایتی می‌کند. به این دلیل که احساسات دلبستگی ناایمن دوران کودکی در او برانگیخته می‌شود و حس طرد شدن و مورد علاقه نبودن و بی‌اهمیت بودن به فرد دست می‌دهد (رئیسی و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین درمان هیجان‌مدار با بهبود دلبستگی ناایمن و کاهش آن زنان را به سوی کسب یک دلبستگی ایمن حرکت می‌کند، لذا وقتی این درمان یعنی درمان هیجان‌مدار با شفقت خود همراه شود باعث می‌شود که زنان در معرض طلاق برای خود ارزش بیشتری قائل شوند، کمتر خود را سرزنش و مورد قضاوت دهند و در لحظه و اکنون زندگی کنند (زندگی ذهن‌آگاهانه) و همین شرایط باعث می‌شود که در برابر مشکلات و وقایع نامطلوب زندگی زناشویی تحمل و بردباری بیشتری از خود نشان دهند و تقاضای طلاق در آنان کمتر شود.

از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان در معرض طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زنان مشابه در سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. همچنین محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیت‌ها و مشکلات این پژوهش است. چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ زنان مورد مطالعه سوگیری وجود داشته باشد و به سوالات پاسخ‌های جامع‌پسند داده باشند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنان در معرض طلاق در سایر شهرها اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد. پیشنهاد می‌شود روانشناسان، مشاوران بالینی و درمانگران خانواده هم در برنامه‌های پیش ازدواج و هم در مداخلات پس از ازدواج به زوجین در معرض آسیب ناشی از مشکلات خانوادگی و زناشویی و زنان در معرض طلاق به درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت توجه ویژه‌ای کنند؛ چرا که این درمان که در این پژوهش دارای اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی بود و از آنجایی که چنین درمانی دارای هزینه‌های کمی بوده و اقتصادی هستند و می‌توانند زوجین را توانمند کنند تا بهتر با مشکلات و تعارضات خانوادگی کنار آیند تا کمتر در معرض طلاق قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند از همکاری شایسته مسئولین مراکز مشاوره و کلیه زوج‌های شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی کند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش هیچگونه حمایت مالی نداشته است.

هر یک از آنها؛ ایجاد انتظارات واقع‌بینانه در مورد زندگی زناشویی، آموزش زندگی زناشویی مسئولانه به آنها و در نهایت درک اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی به خصوص پس تعارضات زناشویی، موجب ارتقا تاب‌آوری و بهبود صمیمیت بین همسران می‌شود. همچنین می‌توان گفت در درمان هیجان‌مدار، مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانان و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقادپذیری (البته در بعد مثبت) را در زنان در معرض طلاق افزایش می‌دهد و به بازگشت آرامش به زندگی این زنان و حفظ و تداوم رابطه زناشویی کمک می‌نماید؛ افزون بر آن، درمان هیجان‌مدار به زنان در معرض طلاق کمک می‌کند تا دوباره با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه بالاتر و ارتقاء تاب‌آوری در زنان در معرض طلاق می‌شود. از سوی دیگر، وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آنان کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند (نف، ۲۰۱۹).

بنابراین، زنان در معرض طلاق وقتی شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن تقاضای طلاق در آنان است، با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است مشکلات زناشویی داشته باشد و همه زوجین درگیر این مشکلات می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند و از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که زنان تجربه می‌کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می‌شود (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۹)، می‌توان گفت مؤلفه ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوار فکری زنان، منجر به کاهش هیجان‌های منفی (تقاضای طلاق) در آنها می‌شود. در واقع شفقت خود، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی مانند تقاضای طلاق عمل می‌کند. زانی که شفقت خود بالایی به دلیل شرکت در جلسات درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت خود به دست می‌آورند از آنجا که با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی پس از مشکلات زناشویی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزایی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است؛ چرا که قضاوت خود در این زنان نه به سمت یک خود انتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. بنابراین این زنان وقتی در معرض جلسات درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت خود ضمن اینکه در دسترس بودن و اعتماد بین خود و همسرشان را افزایش می‌دهند، باعث می‌شود که شفقت بیشتری نیز به خود ابراز دارند و از این طریق تاب‌آوری بیشتری را در برابر مشکلات و اختلافات زناشویی که باعث تقاضای طلاق می‌شود را به دست می‌آورند. درمان هیجان‌مدار، با تاکید و نشانه‌گذاری بر رفتارها، افکار و هیجانان منفی به صورت مرحله به مرحله، هیجانان ناسازگار افراد را شناسایی می‌کند و در نهایت با روش‌ها و تکنیک‌هایی سعی در عوض کردن آنها دارد. بر اساس درمان هیجان‌مدار ریشه هیجانان و رفتارهای افراد در کودکی و با افراد نزدیک شکل می‌گیرد. بنابراین، این رویکرد درمانی ابتدا سعی دارد زنان در معرض درمان را به این بینش برساند که هیجانان اولیه که در رفتار فرد بروز می‌کنند ریشه در

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

دسترسی به داده‌ها

امکان اشتراک‌گذاری داده‌ها به صورت عمومی وجود ندارد. در صورت تمایل سایر پژوهشگران می‌توانند با ایمیل با نویسنده مسئول مکاتبه نمایند.

نقش نویسندگان

ساناز حیدری: گردآوری و تحلیل آماری داده‌ها.

فائزه جهان: طراحی، مفهوم‌سازی.

نعمت ستوده اصل: روش‌شناسی.

داریوش مهرافزون: پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله.



References

- Akhgari, Zahra, Ebrahimi Moghadam, Hossein & Davari, Rahim. (1400). Predicting Distress Tolerance Based on Dark Personality Traits with Mediation of Defense Styles in Married Clients Seeking Divorce. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 64(6), 4237-4251. (In Persian) DOI: [10.22038/mjms.2022.20142](https://doi.org/10.22038/mjms.2022.20142)
- Al-Yagon, M., Garbi, L., & Rich, Y. (2022). Children's resilience to ongoing border attacks: the role of father, mother, and child resources. *Child Psychiatry & Human Development*, 1(2), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01303-6>
- Ayaadi, Nader, Fatehizadeh, Maryam & Etemadi, Ozra. (2025). Identifying the challenges and issues of remarriage after divorce in Iran: A systematic qualitative study. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 107-126. DOI: [10.22059/japr.2024.358746.644611](https://doi.org/10.22059/japr.2024.358746.644611)
- Azimzadeh Tehrani, Negar, Bayazi, Mohammad Hossein & Shakeri Nasab, Mohsen. (2019). The relationship between Islamic coping methods and the sense of psychological coherence with disease adaptation and pain tolerance in patients with breast cancer. *Health Psychology*, 9(33), 145-160. (In Persian) DOI: [10.30473/hpj.2020.48867.4584](https://doi.org/10.30473/hpj.2020.48867.4584)
- Akbari, Mehdi. (2017). Comparing the effectiveness of intolerance of uncertainty therapy, drug treatment with buspirone and combination therapy in improving symptoms of patients with generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Studies*, 8(27), 89-115. (In Persian) DOI: [10.22054/jcps.2017.7909](https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7909)
- Basirifar, M., & Mosavinezhad, S. M. (2022). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Distress Tolerance and Sense of Coherence in Infertile Women in Mashhad. *J Health Res Commun*, 8(1), 81-92 (In Persian) URL: <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-597-fa.html>
- Bhovandi, Neda, Khayatan, Flor, & Golparvar, Mohsen. (1400). Comparing the effectiveness of emotion-focused integrative therapy based on compassion with compassion-based therapy on perfectionism and intolerance of uncertainty in patients with primary headache symptoms. *Psychological Methods and Models*, 12(43), 114-130. (In Persian) SID. <https://sid.ir/paper/1000079/fa>
- Behvandi, N., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2022). Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy With Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients. *IJPCP*, 28(2), 210-221 (In Persian) URL: <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-3567-fa.html>
- Bavolar, J., Kacmar, P., Hricova, M., Schrötter, J., Kovacova-Holevova, B., Köverova, M., & Raczova, B. (2023). Intolerance of uncertainty and reactions to the COVID-19 pandemic. *The Journal of General Psychology*, 150(2), 143-170. DOI: [10.1080/00221309.2021.1922346](https://doi.org/10.1080/00221309.2021.1922346)
- Bozkur, B., & Güler, M. (2023). Achievement Need and Burnout in University Students: Serial Mediation by Resilience and Life Satisfaction. *Studia Psychologica*, 65(1), 86-101. DOI: [10.31577/sp.2023.01.868](https://doi.org/10.31577/sp.2023.01.868)
- Broetje, S., Bauer, G. F., & Jenny, G. J. (2020). The relationship between resourceful working conditions, work-related and general sense of coherence. *Health promotion international*, 35(5), 1168-1179. DOI: [10.1093/heapro/daz112](https://doi.org/10.1093/heapro/daz112)
- Brown, R. J., Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2022). The relationship between distress tolerance and symptoms of depression: Validation of the Distress Tolerance Scale (DTS) and short-form (DTS-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 78(12), 2609-2630. DOI: [10.1002/jclp.23370](https://doi.org/10.1002/jclp.23370)
- Bryan, C., O'Shea, D., & MacIntyre, T. (2019). Stressing the relevance of resilience: A systematic review of resilience across the domains of sport and work. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 12(1), 70-111. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2017.1381140>
- Cachón Zagalaz, J., López Manrique, I., San Pedro Veleo, M. B., Zagalaz Sánchez, M. L., & González Mesa, C. G. D. (2020). The Importance of the Phoenix Bird Technique (Resilience) in Teacher Training: CD-RISC Scale Validation. *Sustainability*, 12(3), 1-14. <https://doi.org/10.3390/su12031002>
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: a meta-analytic review. *Journal of attention disorders*, 24(5), 627-643. DOI: [10.1177/1087054715625301](https://doi.org/10.1177/1087054715625301)
- Chen, Z., Allen, T. D., & Hou, L. (2020). Mindfulness, empathetic concern, and work-family outcomes: A dyadic analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 119, 103402. DOI: [10.13302/jclp.23370](https://doi.org/10.13302/jclp.23370)
- Compton, W. C., & Hoffman, E. (2019). Positive psychology: The science of happiness and flourishing. SAGE Publications. DOI: [10.1002/jclp.245670](https://doi.org/10.1002/jclp.245670)
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. DOI: [10.112302/jclp.23370](https://doi.org/10.112302/jclp.23370)
- Dugas, M. J., Sexton, K. A., Hebert, E. A., Bouchard, S., Gouin, J. P., & Shafran, R. (2022). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: A randomized clinical trial for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 53(6), 1147-1160. DOI: [10.112502/jclp.452370](https://doi.org/10.112502/jclp.452370)
- Delfan-Azari, Ramin; Behboudi, Masoumeh; and Dokaneifard, Farideh. (2013). The effectiveness of the McMaster model on anxiety and self-control in women on the verge of divorce. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(1), 491-511. (In Persian) <https://journals.kmanpub.com/index.php/aftj/article/view/1691/2059>

- Ehteshamzadeh, P., Sabri Nazarzadeh, R., & Memarbashi-Aval, M. (2013). The relationship between sense of coherence and job performance with the mediation of mental health and coping strategies. *Psychological Methods and Models*, 3(13), 83-95. (In Persian) [SID. https://sid.ir/paper/227558/fa](https://sid.ir/paper/227558/fa)
- Egberink, I. J., Harms, T., & Lommen, M. J. (2020). Psychometric properties of the Dutch revised sense of coherence scale in a firefighter sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-10. DOI: [10.1002/jclp.23370](https://doi.org/10.1002/jclp.23370)
- Emerson, L. M., De Diaz, N. N., Sherwood, A., Waters, A., & Farrell, L. (2020). Mindfulness interventions in schools: Integrity and feasibility of implementation. *International Journal of Behavioral Development*, 44(1), 62-75. DOI: [10.1236502/jclp.23370](https://doi.org/10.1236502/jclp.23370)
- Ghoncheh, Somayeh and Golpour, Reza. (1401). The relationship between resilience and social support with social health in students: The moderating role of self-compassion. *Social Psychology Research*, 12(45), 45-64. (In Persian) DOI: [10.22034/spr.2022.318792.1703](https://doi.org/10.22034/spr.2022.318792.1703)
- Ghorbanzadeh, S. S., Kiamarsi, A. & Abolghasemi, A. (1402). Comparing the effectiveness of self-compassion-based therapy and emotion-focused couple therapy on family functioning in women with domestic violence experience. *Psychological Studies*, 19(4), 39-54. (In Persian) DOI: [10.22051/psy.2023.43687.2786](https://doi.org/10.22051/psy.2023.43687.2786)
- Gilbert, P. (2023). An Evolutionary and Compassion-Based Approach to Yearning and Grief. In *Compassion-Based Approaches in Loss and Grief* (pp. 18-27). Routledge. DOI: [10.1236502/jclp.45666](https://doi.org/10.1236502/jclp.45666)
- Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.). (2022). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge.
- Gilbert, P., & Training, C. M. (2022). Compassion-Focused Therapy. *Spirituality and Psychiatry*, 262. DOI: [10.1236502/jclp.2334555](https://doi.org/10.1236502/jclp.2334555)
- Godini, A. A., Rasouli, M., & Mohsenzadeh, F. (2019). The effectiveness of group counseling based on metacognitive therapy and dialectic behavior therapy on reducing anxiety in boy adolescent of divorce. *International Clinical Neuroscience Journal*, 6(3), 98-103. DOI: [10.1236502/jclp.11236](https://doi.org/10.1236502/jclp.11236)
- Granqvist, P. (2020). Attachment, culture, and gene-culture co-evolution: expanding the evolutionary toolbox of attachment theory. *Attachment & Human Development*, 1-24. DOI: [10.1236502/jclp.21236](https://doi.org/10.1236502/jclp.21236)
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current Opinion in Psychology*, 43, 146-150. DOI: [10.1236502/jclp.24555370](https://doi.org/10.1236502/jclp.24555370)
- Haikal, M., & Latipun, L. (2020). The resilience of women who are divorced and choose to live with their children. *Psychology and Behavioral Sciences*, 9(4), 44-49. <https://doi.org/10.11648/J.PBS.20200904.12>
- Her, M., & Xiong, Z. B. (2023). Self-reported reasons for divorce, social support, and depression: An exploratory study with Hmong women. *Journal of Family Issues*, 1(1), 1-10. DOI: [10.1236502/jclp.756970](https://doi.org/10.1236502/jclp.756970)
- Hsieh, C. M., Chiu, A. F., & Huang, C. H. (2023). Association between Psychological Resilience and Self-Rated Health in Patients with Knee Osteoarthritis. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 4, p. 529). MDPI. DOI: [10.1236502/jclp.245670](https://doi.org/10.1236502/jclp.245670)
- iamni rad, A., Golmohmmadian, M., Moradi, O., & Godarzi, M. (2021). The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on forgiveness and communication beliefs of couples involved in marital infidelity. *Journal of Psychological Science*, 20(100), 653-665. (In Persian) URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-966-fa.html>
- Hu, K., Eriksson, M., Wengström, Y., Czene, K., Hall, P., & Fang, F. (2020). Sense of coherence and risk of breast cancer. *Elife*, 9(4), 1-10. DOI: [10.1177/1087054715625301](https://doi.org/10.1177/1087054715625301)
- Janadeh, Khaled, Basaknejad, Sudabeh, Younesi, Eidan, and Saadatmand, Khadija. (2018). The relationship between anxiety sensitivity, experiential avoidance, and resilience with test anxiety in students. *Clinical Psychology*, 10(1), 71-78. (In Persian) DOI: [10.22075/jcp.2018.13974.1361](https://doi.org/10.22075/jcp.2018.13974.1361)
- Jackson, J. B., Carrese, D. H., & Willoughby, B. J. (2023). The indirect effects of financial conflict on economic strain and marital outcomes among remarried couples. *International Journal of Stress Management*, 1(2), 1-10. DOI: [10.1144/108704444715625301](https://doi.org/10.1144/108704444715625301)
- Kaur, S., & Singh, S. (2016). Exploring Relationship among Spiritual Quotient, Personal Competence and Job Satisfaction of Employees: An Empirical Study. *Journal of Management Research*, 16(4), 187-200. DOI: [10.444/1087054440015625301](https://doi.org/10.444/1087054440015625301)
- Kotera, Y., Green, P., & Sheffield, D. (2021). Positive Psychology for Mental Wellbeing of UK Therapeutic Students: Relationships with Engagement, Motivation, Resilience and Self-Compassion. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5(2), 1-16. DOI: [10.1177/1087054715625301](https://doi.org/10.1177/1087054715625301)
- Lass, A. N., & Winer, E. S. (2020). Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), 80. <https://psycnet.apa.org/buy/2020-26831-001>
- Lee, E. J., & Han, S. (2023). Patterns of marital conflict among middle-aged couples and their effects on family satisfaction: A latent class analysis. *Family Relations*, 1(2), 1-10.
- Lei, A., You, H., Luo, B., & Ren, J. (2021). The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Scientific reports*, 11(1), 1-10. DOI: [10.1177/1087054715625301](https://doi.org/10.1177/1087054715625301)
- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1611-1625. DOI: [10.112302/jclp.23370](https://doi.org/10.112302/jclp.23370)

- Mostajran, M., Jazayeri, R. S., & Fatehizadeh, M. (1400). The effect of integrated emotion-focused (Greenberg) and compassion-focused therapy on the quality of marital life of married women. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 11(1), 85-106. (In Persian) DOI: [10.22108/cbs.2022.130801.1576](https://doi.org/10.22108/cbs.2022.130801.1576)
- Moghadasali, S., Mirhashemi, M., & Bagheri, N. (2021). The Modeling Structural Role Mediator Resiliency in Relationships between Communication Patterns with Marital Satisfaction. *IJNR*, 16(1), 50-63 (In Persian) URL: <http://ijnr.ir/article-1-2476-fa.html>
- Montazeri, A., Maftoon, F., Farhangniya, M., Bahabadi, M. R., Naghizadeh moghari, F. (2022). Resilience during covid-19 pandemic: A population-based study in Iran. *Payesh*, 21(4), 429-438 (In Persian) URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-1896-fa.html>
- Nameni, E., & Shahabi, A. (1400). The effectiveness of training combining two solution-oriented and narrative methods on self-expression and marital intimacy of women on the verge of divorce. *Family Studies*, 17(4), 649-672. (In Persian) doi: [10.52547/JFR.17.4.649](https://doi.org/10.52547/JFR.17.4.649)
- Nisanci, Z., & Nisanci, A. (2023). Between-reporter agreement among couples: exploring nonlinear patterns in marital conflict. *Journal of interpersonal violence*, 38(1-2), 16-36. DOI: [10.1002/jclp.23370](https://doi.org/10.1002/jclp.23370)
- Ranney, R. M., Berenz, E., Rappaport, L. M., Amstadter, A., & Dick, D. (2022). Anxiety sensitivity and distress tolerance predict changes in internalizing symptoms in individuals exposed to interpersonal trauma. *Cognitive Therapy and Research*, 46(1), 217-231 DOI: [10.1002/jclp.23370](https://doi.org/10.1002/jclp.23370)
- Rich, E., Butler-Kruger, L., & Roman, N. (2023). Exploring Strategies to Support Adolescent Mental Health after Parental Divorce: A Scoping Review. *Youth*, 3(1), 428-436. DOI: [10.112302/jclp.23370](https://doi.org/10.112302/jclp.23370)
- Raisi, S. J., Mohammadi, K., Zarei, I. & Najjarpourian, S. (2018). Comparing the effectiveness of emotion-focused couple therapy and the decision-making re-approach on increasing the resilience dimensions of married women. *Islamic Journal of Women and Family Research*, 6(3), 33-48. (In Persian) https://pzj.journals.miu.ac.ir/article_2112.html
- Saeedi, M., Khalatbari, J., Ghorban Shiroudi, Sh. & Abolghasemi, Sh. (2019). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and compassion-focused therapy on impulsivity in women about to divorce. *Community Health*, 14(1), 73-83. (In Persian) DOI: [10.22123/chj.2020.187285.1296](https://doi.org/10.22123/chj.2020.187285.1296)
- Sadri Damirchi, E., Mojarad, A., & Matin, H. (2022). The effectiveness of Resilience training to reduce the risk of divorce and marital discord in Women seeking divorce. *Rooyesh*, 11(1), 175-184. (In Persian) URL: <http://frooyesh.ir/article-1-3285-fa.html>
- Salminen, S., Perttula, P., & Puro, V. (2020). Psychological Resilience and Occupational Injuries. *Psychology*, 11(03), 461-472. DOI: [10.1002/jclp.23370](https://doi.org/10.1002/jclp.23370)
- Schwartzman, J. M., Millan, M. E., Uljarevic, M., & Gengoux, G. W. (2022). Resilience intervention for parents of children with autism: Findings from a randomized controlled trial of the AMOR method. *Journal of autism and developmental disorders*, 52(2), 738-757. DOI: [10.22034/spr.2022.318792.1703](https://doi.org/10.22034/spr.2022.318792.1703)
- Silveira, S., Hecht, M., Adli, M., Voelkle, M. C., & Singer, T. (2022). Exploring the structure and interrelations of time-stable psychological resilience, psychological vulnerability, and social cohesion. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 804763. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.804763>
- Sorkkila, M., & Aunola, K. (2022). Resilience and parental burnout among Finnish parents during the COVID-19 pandemic: variable and person-oriented approaches. *The Family Journal*, 30(2), 139-147. DOI: [10.1002/jclp.23370](https://doi.org/10.1002/jclp.23370)
- Thiel, A. M., Kilwein, T. M., De Young, K. P., & Looby, A. (2019). Differentiating motives for nonmedical prescription stimulant use by personality characteristics. *Addictive behaviors*, 88(1), 187-193. DOI: [10.112302/jclp.23370](https://doi.org/10.112302/jclp.23370)
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1-13.
- Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., & Mauss, I. B. (2023). Psychological resilience: An affect-regulation framework. *Annual review of psychology*, 74(1), 547-576. DOI: [10.112302/jclp.23370](https://doi.org/10.112302/jclp.23370)
- Turner, J. J., Kopystynska, O., Bradford, K., Higginbotham, B. J., & Schramm, D. G. (2023). Identifying Predictors of First Versus Subsequent Divorce Among Divorcing Parents. In *Conjugal Trajectories: Relationship Beginnings, Change, and Dissolutions*. Emerald Publishing Limited, 22, 195-212. DOI: [10.112302/jclp.23370](https://doi.org/10.112302/jclp.23370)