

مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر بر دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره: یک مطالعه راهنما

معصومه امامی^۱، محمد علی رحمانی^{۲*}، شهره قربان شیرودی^۳، مرتضی ترخان^۴

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: محمد علی رحمانی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: m_rahmani@toniau.ac.ir

تاریخ پذیرش: تیر ۱۴۰۰

تاریخ دریافت: خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: یکی از عوامل مرتبط با کارکرد بهنجار اعضای خانواده به ویژه زوجین، دیدگاه فهمی است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان های هیجان مدار و شناختی- رفتاری مثبت نگر بر دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران انجام شد.

روش و مواد: روش مطالعه، آزمایشی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری شامل زنان متأهلی بودند که به منظور حل مشکلات زناشویی خود به مراکز مشاوره سازمان فرهنگی - هنری شهرداری شهر تهران در سال ۹۷-۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۵ نفر از آنها با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه تقسیم شدند. ابزار جمع آوری داده ها مقیاس دیدگاه فهمی خود و مقیاس دیدگاه فهمی همسر بود. گروه های آزمایش، تحت مداخله نه جلسه ای درمان هیجان مدار و هشت جلسه درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر قرار گرفتند و برای گروه گواه مداخله ای انجام نشد. پیش از شروع جلسات، پیش آزمون اجرا شد. در انتهای جلسات، پس-آزمون اجرا شد و پس از سه ماه از گذشت دوره پس آزمون، پیگیری نیز اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس و تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS-25 انجام شد.

یافته ها: در گروه درمان هیجان مدار، میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی خود از $14/2 (1/4)$ در پیش آزمون به $22/1 (1/1)$ در پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$) و در دوره پیگیری به $24/1 (1/2)$ رسید که اثربخشی پایدار بود ($P < 0/001$). در گروه درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی خود از $15/2 (1/0)$ در پیش آزمون به $25/5 (2/0)$ در پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$) و در دوره پیگیری نیز به $27/4 (1/9)$ رسید که اثربخشی پایدار بود ($P < 0/001$). در گروه درمان هیجان مدار، میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی همسر از $13/9 (1/1)$ در پیش آزمون به $21/8 (1/0)$ در پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$) و در دوره پیگیری به $24/1 (1/2)$ رسید که اثربخشی پایدار بود ($P < 0/001$). در گروه درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی همسر از $14/4 (0/7)$ در پیش آزمون به $25/2 (2/1)$ در پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$) و در دوره پیگیری نیز به $27/4 (1/1)$ رسید که اثربخشی پایدار بود ($P < 0/001$). در گروه گواه نمرات هر دو متغیر در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت. درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر نسبت به درمان هیجان مدار در میزان بهبود دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) در پس آزمون اثربخشی بیشتری داشت و این اثربخشی تا مرحله پیگیری ماندگار بود.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد درمان هیجان مدار و درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر منجر به افزایش همدلی و دیدگاه فهمی زنان متأهل شد. درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر نسبت به درمان هیجان مدار در میزان بهبود دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) مؤثرتر بود.

واژگان کلیدی: درمان هیجان مدار، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر، دیدگاه فهمی.

مقدمه

خانواده می تواند جهت تسریع رشد روانی- اجتماعی اعضای خود، ایجاد ثبات شخصی در ایشان و نیز محافظت از ساختار خود به عنوان یک کل، مأمونی بی مانند تلقی شود و کارکرد مطلوب خود را به منصفه ظهور برساند. یکی از عوامل مرتبط با کارکرد بهنجار اعضای خانواده به ویژه زوجین، دیدگاه فهمی است (۱). مفهوم دیدگاه فهمی بر یک فرایند شناختی فعال دلالت دارد که در آن افراد باید بر دیدگاه خودمحمور معمولشان غلبه کرده و دنیا را به صورتی که برای دیگران پدیدار می شود، تصور نمایند (۲). الگوی دیدگاه فهمی شامل دو بخش دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر است که نخستین بار توسط Lang مطرح شد. منظور از دیدگاه فهمی خود این است که فرد گزارشی فراهم می کند که آشکار می سازد تا چه اندازه ادراک هایش در چهارچوب جهت گیری شناختی با دیدگاه شریکش تناسب دارد. این تعریف همان توانایی دیدگاه فهمی در متن یک رابطه خاص است. منظور از دیدگاه فهمی همسر این است که فرد برای لحظه ای خودش را جای همسرش بگذارد و در مورد دیدگاه او، در مورد خودش قضاوت کند. این مفهوم در واقع، ادراکی است که فرد از دیدگاه فهمی همسرش نسبت به رابطه با خود دارد (۱). با در نظر گرفتن دیدگاه فهمی نسبت به فرد مهم زندگی (عضو بزرگ تر خانواده، دوست و یا همسر)، طرحواره رابطه ای فرد برای آن شخص فعال و تقویت می شود که پیامد آن موجب می شود که افراد از رابطه با یکدیگر لذت ببرند (۳). دیدگاه فهمی می تواند نقش بسیار مهمی در بهبود روابط بین فردی ایفا کند، به طوری که در موقعیت های بین فردی تنش زا، رفتارهای خصومت آمیز، پیش داوری و تعصب را کاهش می دهد، با پر خاشگری رابطه منفی دارد، در حل تعارضات مؤثر است و تمایل به کمک، نگرش های مثبت و نگرانی همدلانه را ارتقا می دهد (۴). به نظر می رسد یکی از مداخلاتی مؤثر بر دیدگاه فهمی خود، درمان هیجان مدار باشد که در آن درمانگر، با ایجاد امنیت در رابطه خود و زوج تلاش دارد که پاسخ های همدلانه را بین زوجین برقرار کند. درمان هیجان مدار، پاسخی به کمبود مداخلات معتبر و روشنی برای زوجین است، خصوصاً مداخلاتی که بیشتر انسان گرایانه باشد تا رفتاری و نشان دهنده تمرکز در هیجان به عنوان عاملی قدرتمند برای تغییر است، بنابراین بر محوریت هیجان در مشکلات تاکید می کند (۵). درمان هیجان مدار دربرگیرنده مفاهیمی همچون هیجانان، همدلی، صدمات مربوط به دلبستگی، حفظ و بازسازی روابط عاشقانه است. درمان هیجان مدار با قابلیت افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر به فرد کمک می کند تا روابط بین فردی خود را که مهم ترین آن ها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد (۶). مطالعات نشان داده اند درمان هیجان مدار بر همدلی و مؤلفه های عاطفی - جسمی مؤثر است (۷). این رویکرد درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و افزایش رضایت زناشویی نیز مؤثر بوده است (۸).

درمان دیگر مورد بحث در این پژوهش، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر است که اصول درمان شناختی - رفتاری را با روان شناسی مثبت نگر و درمان راه حل محور تلفیق کرده و از پژوهش ها و کاربردهای علمی این رویکردهای درمانی الهام گرفته است (۹). درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر به مراجعان آموزش می دهد که خوش بین تر باشند و تغییرات درمانی آن پایداری بیشتری دارد. درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر در تلاش است که به نیازهای مراجعان پاسخ دهد، سلامت روان مثبت افراد را افزایش دهد و بر توانایی های سازگاری، قابلیت ها و منابع قوت شخصی تأکید کند که مجموعه این عوامل در کمک به ایجاد تغییر در مراجع اهمیت ویژه ای دارد (۱۰). مطالعات نشان داده اند گروه درمانی شناختی - رفتاری در بهبود همدلی عاطفی مثبت بیماران مؤثر بوده است (۱۱). رویکرد زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر سازگاری زناشویی همسران در آستانه طلاق مؤثر بوده است (۱۲). همچنین درمان راه حل مدار کوتاه مدت زوجین، راه حل های کارآمد را بازسازی می کند و موجب افزایش صمیمیت و همدلی و رضایت مندی زناشویی می شود (۱۳). با توجه به اینکه مطالعه ای پیرامون مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر و درمان هیجان مدار بر دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر انجام نشده است، صرفاً می توان به پژوهش های مشابه اشاره کرد. Morrison و همکاران در مطالعه ای نشان دادند درمان هیجان مدار نسبت به درمان شناختی- رفتاری اینترنتی در تداخل درد، فاجعه سازی درد و علایم افسردگی اثربخشی بیشتری داشت و این برتری اثربخشی در دوره پیگیری نیز حفظ شد (۱۴). Stiegler و همکاران در مطالعه ای نشان

دادند درمان هیجان مدار با تأثیر بر همدلی، بر مؤلفه های عاطفی - جسمی نسبت به مؤلفه های شناختی اثربخشی بیشتری داشت (۱۵). رستمی و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران انجام شد، نشان دادند درمان هیجان مدار نسبت به درمان راه حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی، از اثربخشی بیشتری برخوردار بود (۱۶).

باتوجه به اهمیت دیدگاه فهمی خود و همسر در رضایت و کاهش تنش و نیز این نکته که با توجه به نوپا بودن درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و عدم وجود پژوهش هایی در این زمینه و نیز به تبع آن مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و نیز شناختی - رفتاری مثبت نگر، ضرورت منطقی انجام پژوهش حاضر تبیین می گردد. بنابراین این دو سوال مطرح می شود که آیا درمان هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری مثبت نگر بر دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره مؤثر است؟ همچنین، آیا بین اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر بر دیدگاه های فهمی تفاوت وجود دارد؟

روش و مواد

روش پژوهش از نوع آزمایشی و طرح آن پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری مورد مطالعه، زنان متأهلی بودند که به منظور حل مشکلات زناشویی خود به مراکز مشاوره سازمان فرهنگی - هنری شهرداری شهر تهران در سال های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۷ مراجعه کرده و دارای ویژگی‌های زیر بودند: (۱) به قصد حل مشکلات مربوط به روابط زناشویی خود به مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند و متقاضی طلاق نبودند، (۲) حداقل مدرک تحصیلی آنها دیپلم بود و (۳) تمایل به شرکت در جلسات روان درمانی داشتند. تعداد نمونه ۴۵ زن متأهل بودند که به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه، حداقل تعداد نمونه برای دست یابی به توان مورد نظر، ۱۵ نفر در هر گروه جمعاً ۴۵ نفر به دست آمد. شیوه نمونه گیری بدین صورت بود که از بین مراکز مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، منطقه دو و پنج به صورت تصادفی انتخاب شدند. در منطقه دو، ۲ مرکز و از بین هفت مرکز موجود در منطقه پنج، ۳ مرکز بصورت تصادفی انتخاب شدند. پس از مصاحبه، ثبت نام و مشخص شدن تعداد افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، ۲۰۱ نفر با توجه به ملاک های ورود، وارد مرحله اول مطالعه شدند. سپس با این افراد تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد تا به سوالات پرسشنامه های پژوهش به صورت آنلاین پاسخ دهند. بدین ترتیب، غربالگری بر اساس نمرات مقیاس دیدگاه فهمی خود و مقیاس دیدگاه فهمی همسر انجام شد. از میان پرسشنامه های تکمیل شده و حذف پرسشنامه های معیوب، تعداد ۱۸۹ پرسشنامه قابل بررسی بود. در مرحله بعد، زنانی که نمرات پایین تر از میانگین در مقیاس دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر دریافت کردند، وارد مرحله بعدی پژوهش شدند که تعداد آن ها ۱۴۳ نفر بود. از میان این افراد ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در نهایت به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه تقسیم شدند. پیش از شروع پژوهش، پرسشنامه های مطالعه توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. سپس در گروه آزمایش اول، درمان هیجان مدار و در گروه آزمایش دوم، درمان شناختی-رفتاری مثبت نگر اجرا شد. برای گروه گواه هیچ مداخله ای صورت نگرفت. در انتها، پس آزمون برگزار شد و پس از سه ماه از گذشت دوره پس آزمون، پیگیری نیز اجرا شد. در اجرای طرح پژوهش حاضر، در ابتدا با رعایت کدهای اخلاقی لازم برای انجام یک کار پژوهشی و کسب رضایت آگاهانه از سوی مشارکت کنندگان، به افراد شرکت کننده در هر کدام از گروه‌های آزمایش و گواه، توضیحات لازم درباره چگونگی انجام پژوهش و اهداف آن ارائه شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات مربوط به نتایج پژوهش و همچنین اطلاعات شخصی آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و از آن تنها در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد. جمع آوری داده ها با استفاده از روش پیمایشی و پرسشنامه صورت گرفت:

مقیاس دیدگاه فهمی خود: مقیاس دیدگاه فهمی خود (SDPT) توسط لانگ و اندروز در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. مقیاس مورد استفاده در مطالعه حاضر، یک ابزار ۱۳ ماده ای است که میزان دیدگاه خودفهمی فرد را در روابط خود با همسرش در

یک طیف لیکرت ۵ رتبه ای از کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (۴) می‌سنجد. نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده دیدگاه فهمی فرد در روابط با همسرش است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس شناخت و راهبرد است. خرده مقیاس شناخت شامل ماده‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۱۱، ۱۲ و ۱۳ می‌باشد. ماده ۱۲ معکوس نمره گذاری می‌شود. خرده مقیاس راهبرد شامل ماده‌های ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰ است. Long ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس شناخت دیدگاه فهمی خود را برای شوهران و زنان ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس راهبرد برای مردان ۰/۸۰ و برای زنان ۰/۸۵ را گزارش نمود. Long همچنین در گزارش مربوط به روایی، رابطه مقیاس دیدگاه فهمی خود را با مقیاس دیدگاه فهمی عمومی و مقیاس سازگاری زناشویی مثبت و معنادار گزارش نمود (۱۷). خجسته مهر و همکاران ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۵ گزارش کردند (۱۸). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۷۷ به دست آمد.

مقیاس دیدگاه فهمی همسر: مقیاس دیدگاه فهمی همسر (ODPT) توسط Long و Andrews در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. مقیاس مورد استفاده در مطالعه حاضر، یک ابزار ۲۰ ماده ای است که دیدگاه فهمی افراد از میزان دیدگاه فهمی همسرشان را در یک طیف لیکرت ۵ رتبه ای از کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (۴) می‌سنجد. نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده دیدگاه فهمی بیشتر همسر است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس شناخت و راهبرد است. خرده مقیاس شناخت در مقیاس دیدگاه فهمی همسر شامل ماده‌های ۲، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۸ می‌باشد. خرده مقیاس راهبرد شامل ماده‌های ۱، ۳، ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹ و ۲۰ است. ماده‌های ۲، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۸ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. Long ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس شناخت دیدگاه فهمی همسر را برای شوهران ۰/۸۷ و برای زنان ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس راهبرد این مقیاس، ۰/۹۳ برای شوهران و ۰/۹۰ برای زنان را گزارش نمود (۱۷). خجسته مهر و همکاران ضریب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس دیدگاه فهمی همسر را ۰/۹۳ گزارش کرده اند (۱۸). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۸۲ به دست آمد.

خلاصه جلسات درمان هیجان مدار: در این پژوهش درمان هیجان مدار شامل نه جلسه ۹۰ دقیقه ای بود که به صورت هفته ای یک بار برای افراد اجرا شد. محتوای جلسات بصورت کلی شامل مراحل زیر بود:

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات درمان هیجان مدار

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، توصیف و استخراج مسائل مشکل آفرین رابطه زوجی در بستر آسیب‌ها و نیازهای دلبستگی
دوم	جهت دهی در راستای تشخیص و توصیف چرخه های تعاملی منفی تکرار شونده در رابطه آشفته زوجی
سوم	جهت دهی در راستای شناسایی و دست یابی به هیجانات اولیه و ثانویه که زیربنای چرخه‌های تعاملی منفی است.
چهارم	کمک جهت قاب‌دهی مجدد مشکلات ارتباطی در چارچوب آسیب‌ها و نیازهای دلبستگی، هیجانات اولیه و ثانویه و چرخه های تعاملی منفی و برونی سازی چرخه های تعاملی منفی به عنوان عامل اصلی آشفته‌گی زوجی که همسر باید در تلاشی مشارکتی بر آن فائق آیند.
پنجم	کمک در راستای گسترش ادراک و پذیرش دو جانبه درخصوص نیازها و آسیب‌های دلبستگی، احساسات و بخش‌هایی از خود که توسط فرد رها شده یا انکار شده.
ششم	کمک درخصوص پذیرش و اعتباربخشی به احساسات و تجارب هیجانی همسر در برابر سرکوب یا بی اعتبار سازی آنها
هفتم	کمک در خصوص نیازها و احساسات به منظور ساختاردهی مجدد پیوند عاطفی در امتداد رابطه دلبسته مدارانه ایمن
هشتم	کمک در زمینه بهبود مهارت های ارتباطی و حل مسئله و یافتن شیوه های نوین حل تعارض برد- برد برای مشکلات کهنه ارتباطی که تاکنون لاینحل باقی مانده اند.
نهم	استحکام بخشی به مواضع تعاملی نوین و پیوندهای هیجانی و دلبسته مدارانه نوپا

خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر: در این پژوهش درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای بود که به صورت هفته ای یک بار برای افراد اجرا شد. محتوای جلسات بصورت کلی شامل مراحل زیر بود:

جدول شماره ۲- برنامه و محتوای درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر

جلسات	محتوای جلسات
اول	ایجاد ارتباط درمانی و تعیین چارچوب و بیان اصول کلی مشاوره شناختی رفتاری مثبت نگر
دوم	کمک به اعضاء جهت تدوین اهداف خود بر اساس درمان به صورت مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه گیری تا به توانمندی های خود پی برده و بتوانند یکدیگر را در زمان های لازم تحسین کنند.
سوم	کمک به مراجع برای تغییر دیدگاه با توجه به شناخت احساسات و گذشته- تغییر توجه به مثبت- سوگیری های شناختی
چهارم	کمک به مراجع جهت تغییر تصویرسازی ذهنی، تغییر دورنماها، استفاده از دیدگاه سوم شخص و برون یابی مسئله
پنجم	کمک به مراجع جهت کاربرد استعاره ها، تاکید بر خواسته های مراجع در آینده، استفاده از تکنیک فلش رو به بالا، کاربرد دیدگاه معنوی و انعطاف پذیری
ششم	کمک به مراجع جهت تغییر الگوی تکراری عملکرد، ایجاد عادت های مثبت، استفاده از برانگیزاننده های فعالیت عملی، توجه به عملکرد مراجع مواقعی که اوضاع خوب پیش می رود و ایجاد انعطاف پذیری
هفتم	کمک به مراجع جهت شکل گیری و ایجاد عواطف و هیجان های مثبت، تعادل بخشیدن به عواطف و هیجان های مثبت و منفی
هشتم	کمک به مراجع جهت ایجاد تجارب رفتاری مثبت نگر، کاری متفاوت انجام دادن، توجه به چگونگی مفید واقع شدن آن، مشاهده و جمع آوری شواهد هماهنگ با افکار و باورهای مثبت نگر

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس و تحلیل کوواریانس و با نرم افزار آماری SPSS-25 انجام شد.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه درمان هیجان مدار (۱۲/۲) ۳۵/۹، در گروه درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر (۱۳/۲) ۳۷/۳ و در گروه گواه (۱۲/۱) ۳۷ سال بود. سه گروه از نظر میانگین سن تفاوت معناداری با هم نداشتند. میانگین (انحراف معیار) متغیرهای دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در دو گروه مداخله و گروه گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است.

جدول شماره ۳- میانگین (انحراف معیار) نمرات دیدگاه فهمی خود و همسر در پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری

سه گروه

گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	P	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
دیدگاه درمان هیجان مدار	۱۴/۲ (۱/۴)	۲۲/۱ (۱/۱)	۰/۰۰۱	۲۴/۱ (۱/۲)	۰/۰۰۱
فهمی درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر	۱۵/۲ (۱/۰)	۲۵/۵ (۲/۰)	۰/۰۰۱	۲۷/۴ (۱/۹)	۰/۰۰۱
خود گواه	۱۴/۲ (۱/۲)	۱۵/۲ (۱/۳)	۰/۶۵	۱۶/۲ (۱/۲)	۰/۱۵
دیدگاه درمان هیجان مدار	۱۳/۹ (۱/۱)	۲۱/۸ (۱/۰)	۰/۰۰۱	۲۴/۱ (۱/۲)	۰/۰۰۱
فهمی درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر	۱۴/۴ (۰/۷)	۲۵/۲ (۲/۱)	۰/۰۰۱	۲۷/۴ (۱/۱)	۰/۰۰۱
همسر گواه	۱۳/۸ (۱/۱)	۱۴/۸ (۱/۱)	۰/۷۹	۱۵/۸ (۱/۱)	۰/۶۱

در گروه درمان هیجان مدار، میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی خود از ۱۴/۲ (۱/۴) در پیش آزمون به ۲۲/۱ (۱/۱) در پس آزمون افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$) و در دوره پیگیری به ۲۴/۱ (۱/۲) رسید که اثربخشی پایدار بود ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه

درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی خود از (۱/۰) ۱۵/۲ در پیش آزمون به (۲/۰) ۲۵/۵ در پس آزمون افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$) و در دوره پیگیری نیز به (۱/۹) ۲۷/۴ رسید که اثربخشی پایدار بود ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی خود از (۱/۲) ۱۴/۲ در پیش آزمون به (۱/۳) ۱۵/۲ در پس آزمون و (۱/۲) ۱۶/۲ در پیگیری رسید که تفاوتی نداشت.

در گروه درمان هیجان مدار، میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی همسر از (۱/۱) ۱۳/۹ در پیش آزمون به (۱/۰) ۲۱/۸ در پس آزمون افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$) و در دوره پیگیری به (۱/۲) ۲۴/۱ رسید که اثربخشی پایدار بود ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی همسر از (۰/۷) ۱۴/۴ در پیش آزمون به (۲/۱) ۲۵/۲ در پس آزمون افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$) و در دوره پیگیری نیز به (۱/۱) ۲۷/۴ رسید که اثربخشی پایدار بود ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی همسر از (۱/۱) ۱۳/۸ در پیش آزمون به (۱/۱) ۱۴/۸ در پس آزمون و (۱/۱) ۱۵/۸ در پیگیری رسید که تفاوتی نداشت. پس از بررسی مفروضه های آزمون مانکوا برای مؤلفه های متغیرهای دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در گروه درمان هیجان مدار و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و گروه گواه مشخص شد مفروضه های رابطه خطی، همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس، آزمون برابری خطای واریانس ها و همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است و تحلیل کوواریانس بلا مانع است.

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره درمان هیجان مدار، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و گروه گواه بر دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در مرحله پس آزمون

منبع پراش	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
دیدگاه فهمی	شناخت	۲	۳۶۳/۴۸۵	۱۸۶/۸۳۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۰۳
	خطا	۴۰	۱/۹۴۵			
خود	راهبرد	۲	۳۰۴/۹۹۱	۴۴۵/۷۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵۷
	خطا	۴۰	۰/۶۸۴			
دیدگاه فهمی همسر	شناخت	۲	۳۷۴/۳۰۴	۲۱۷/۶۸۴	۰/۰۰۰۵	۰/۹۱۶
	خطا	۴۰	۱/۷۱۹			
راهبرد	راهبرد	۲	۳۲۰/۳۲۸	۴۹۷/۷۸۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۶۱
	خطا	۴۰	۰/۶۴۴			

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد بین گروه های آزمایشی که تحت تأثیر درمان هیجان مدار و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر قرار گرفتند و گروه گواه که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند، حداقل بین دو گروه از گروه های (درمان هیجان مدار، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و گروه گواه) در میزان میانگین تعدیل شده متغیر دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به معنادار شدن f محاسبه شده برای مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه درمان هیجان مدار، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر از آزمون تعقیبی لامتریکس، برای مؤلفه های متغیر دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد در پس آزمون بین گروه های آزمایشی که تحت تأثیر درمان هیجان مدار و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر قرار گرفته اند، در میزان میانگین تعدیل شده متغیر دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه، گروه درمان هیجان مدار و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر در میزان متغیرهای دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) نشان داده شده است که درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر نسبت به درمان هیجان

مدار در میزان بهبود دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) در پس آزمون اثربخشی بیشتری دارد.

جدول شماره ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره براساس دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر گروه درمان

هیجان مدار و گره درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر

منبع پراش	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	تفاوت میانگین ها
دیدگاه	۵۴/۱۲۷	۱	۵۴/۱۲۷	۲۷/۸۲۲	<۰/۰۰۱	-۲/۸۳۹
فهمی	۷۷/۸۱۹	۴۰	۱/۹۴۵			
خود	۷۹/۲۵۵	۱	۷۹/۲۵۵	۱۱۵/۸۳۷	<۰/۰۰۱	-۳/۴۳۵
فهمی	۲۷/۳۶۸	۴۰	۰/۶۸۴			
دیدگاه	۶۹/۹۶۷	۱	۶۹/۹۶۷	۴۰/۶۹۱	<۰/۰۰۱	-۳/۱۳۴
فهمی	۶۸/۷۷۹	۴۰	۱/۷۱۹			
همسر	۸۶/۸۲۷	۱	۸۶/۸۲۷	۱۳۴/۹۲۹	<۰/۰۰۱	-۳/۴۹۱
فهمی	۲۵/۷۴۰	۴۰	۰/۶۴۴			

جدول شماره ۶- تحلیل حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری درمان هیجان مدار، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر

و گروه گواه بر متغیرهای دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در مرحله پیگیری

منبع پراش	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
دیدگاه	۸۸۷/۵۱۱	۲	۴۴۳/۷۵۶	۱۸۶/۱۲۹	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۹
فهمی	۱۰۰/۱۳۳	۴۲	۲/۳۸۴			
خود	۸۴۴/۳۳	۲	۴۲۲/۴۶۷	۴۰۴/۷۸۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵۱
فهمی	۴۳/۸۶۷	۴۲	۱/۰۴۴			
دیدگاه	۹۷۶/۸۴۴	۲	۴۸۸/۴۲۲	۲۳۳/۱۲۹	۰/۰۰۰۵	۰/۹۱۸
فهمی	۸۷/۷۳۳	۴۲	۲/۰۸۹			
همسر	۷۱۹/۵۱۱	۲	۳۵۹/۷۵۶	۲۲۳/۰۷۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۱۴
فهمی	۶۷/۷۳۳	۴۲	۱/۶۱۳			

نتایج جدول شماره ۶ نشان می دهد حداقل بین دو گروه (از گروه درمان هیجان مدار، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و گروه گواه) در میزان میانگین نمرات افتراقی پیگیری از پیش آزمون در متغیر دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. با توجه به معنادار شدن F محاسبه شده برای مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه درمان هیجان مدار، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر از آزمون تعقیبی شفه، برای متغیر دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) در مرحله پیگیری با توجه به میانگین نمرات افتراقی پیگیری از پیش آزمون استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۶ نشان داده شده است. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه آزمایشی درمان هیجان مدار، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر، نتایج نشان می دهد که درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر نسبت به درمان هیجان مدار در میزان بهبود متغیر دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) در مرحله پیگیری اثربخشی ماندگارتری دارند.

جدول شماره ۷- تحلیل حاصل از آزمون تعقیبی شفه درمان هیجان مدار، درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر بر متغیرهای دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در مرحله پیگیری

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	P
دیدگاه فهمی خود (شناخت)	درمان هیجان مدار	درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر	-۲/۶۷	۰/۵۶۴	۰/۰۰۰۵
دیدگاه فهمی خود (راهبرد)	درمان هیجان مدار	درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر	-۳/۰۷	۰/۳۷۳	۰/۰۰۰۵
دیدگاه فهمی همسر (شناخت)	درمان هیجان مدار	درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر	-۲/۸۷	۰/۵۲۷	۰/۰۰۰۵
دیدگاه فهمی همسر (راهبرد)	درمان هیجان مدار	درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر	-۳/۴۷	۰/۴۶۴	۰/۰۰۰۵

بحث

مطالعه نشان داد در گروه درمان هیجان مدار، میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی خود از $۱۴/۲$ ($۱/۴$) در پیش آزمون به $۲۲/۱$ ($۱/۱$) در پس آزمون افزایش یافت و در دوره پیگیری به $۲۴/۱$ ($۱/۲$) رسید که اثربخشی پایدار بود. در گروه درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر نیز میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی خود از $۱۵/۲$ ($۱/۰$) در پیش آزمون به $۲۵/۵$ ($۲/۰$) در پس آزمون افزایش یافت و در دوره پیگیری نیز به $۲۷/۴$ ($۱/۹$) رسید که اثربخشی پایدار بود. در گروه درمان هیجان مدار، میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی همسر از $۱۳/۹$ ($۱/۱$) در پیش آزمون به $۲۱/۸$ ($۱/۰$) در پس آزمون افزایش یافت و در دوره پیگیری به $۲۴/۱$ ($۱/۲$) رسید که اثربخشی پایدار بود. در گروه درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی همسر از $۱۴/۴$ ($۰/۷$) در پیش آزمون به $۲۵/۲$ ($۲/۱$) در پس آزمون افزایش یافت و در دوره پیگیری نیز به $۲۷/۴$ ($۱/۱$) رسید که اثربخشی پایدار بود. در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) دیدگاه فهمی خود و همسر در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت. درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر نسبت به درمان هیجان مدار در میزان بهبود دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) در پس آزمون اثربخشی بیشتری داشت و این اثربخشی تا مرحله پیگیری ماندگار بود.

درمان هیجان مدار بر دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) مؤثر است. در همین راستا، Stiegler و همکاران نشان دادند درمان هیجان مدار بر همدلی مؤثر است (۱۵). در تبیین این یافته می توان گفت دیدگاه فهمی یکی از جنبه های همدلی است که خود متشکل از ابعاد عاطفی و شناختی است. بر اساس رویکرد درمان هیجان مدار، هیجانات عاملی اساسی در ایجاد تعارضات زناشویی و در روابط ناسازگار به شمار می روند. از این رو درمان هیجان مدار با هدف قرار دادن جنبه عاطفی دیدگاه فهمی خود به واکنش های عاطفی در تعاملات زوج ها دسترسی می یابد و آن ها را مورد پردازش قرار می دهد. از این رو جهتگیری شناختی با دیدگاه همسر تناسب می یابد (شناخت) و هیجان همسر را بهتر درک می کند (راهبرد). این مکانیزم در روابط نزدیک باعث رضایت از رابطه و تقویت الگوهای ارتباطی می شود. از سویی دیگر، در مطالعه حاضر، درمان هیجان مدار با هدف قرار دادن جنبه عاطفی همدلی، موجب افزایش دیدگاه فهمی همسر شده است که خود موجب اتخاذ دیدگاه مثبت به شریک زندگی، تلاش در جهت برآوردن نیازهای او و لذت از رابطه می شود. پیامد این مکانیزم، کاهش مشکلات در روابط زناشویی زنان بوده است. همچنین به کارگیری فنون درمان هیجان مدار، با این مکانیزم اثر که پیامد مطلوبی در روابط زوجین به همراه داشته است، موجب تقویت استفاده و کاربست این راهبردها حتی پس از اتمام جلسات مداخله می شود، در نتیجه موجب حفظ پیامدهای مطلوب درمان هیجان مدار بر دیدگاه فهمی در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره در مرحله پیگیری می شود.

درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر بر دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) مؤثر است. این یافته همچنین با مطالعه Morrison و همکاران همخوان است مبنی بر اینکه گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب بهبود همدلی عاطفی مثبت در بیماران می شود (۱۴). در تبیین این یافته می توان گفت در دیدگاه فهمی خود، فرد دیدگاه خود را با اتخاذ دیدگاه همسر، به وی نزدیک می کند که موجب شکل گیری همدلی با همسر می شود. در فرایند دیدگاه گیری، عنصر شناختی نقش دارد و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر با تلفیق اصول شناختی - رفتاری، درمان راه حل مدار و روان شناسی مثبت نگر بر اصلاح شناخت (به عنوان عامل مؤثر بر هیجان و رفتار) تأکید دارد. بر این اساس می توان گفت با اصلاح شناخت، تلاش شناختی جهت دریافت دیدگاه دیگران را تسهیل می کند و موجب درک هیجان همسر می شود (راهبرد). بنابراین می توان گفت درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر موجب افزایش دیدگاه فهمی خود می شود. از سویی دیگر، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر، رویکردی نسبت به تغییر دارد که در آن، گفتگو درباره اهداف فرد و عوامل مؤثر بر دستیابی به این اهداف فراخوانده می شود. تأکید درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر، بر نقاط قوت، جنبه های مثبت و عملکرد درست فرد است، اگرچه هدف اصلی در تمامی صور روان درمانی کمک به مراجع در ایجاد تغییرات مطلوب در زندگی شان است، اما تأکید درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر، به جای توجه به مسائل و مشکلات، بر ایجاد و یا سازماندهی مجدد جنبه های مثبت و تأثیرگذار است و بر دستیابی و ایجاد موفقیت تأکید می شود. به نظر می رسد در مطالعه حاضر درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر موجب تأکید بر دستیابی به موفقیت در تلاش شناختی جهت دریافت دیدگاه همسر بوده است که خود موجب درک هیجان و بهبود دیدگاه فهمی همسر در زنان متأهل شده است. همچنین درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر با تأکید بر نقاط قوت، جنبه های مثبت و عملکرد درست فرد، موجب دستیابی به موفقیت در تلاش شناختی جهت دریافت دیدگاه خود و همسر شده است و درک هیجان و بهبود دیدگاه فهمی در زنان متأهل را ایجاد کرده است. همان طور که در مطالعه حاضر، ماندگاری درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر در پیگیری سه ماهه نشان داده شد، می توان گفت این درمان، با ایجاد دستاوردهای مثبت برای همسران و در نتیجه کاهش مشکلات زناشویی، از سوی همسران پذیرفته می شود و تداوم پیامدهای آن را تضمین می کند.

بین اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر بر دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره تفاوت وجود دارد و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر نسبت به درمان هیجان مدار در میزان بهبود متغیر دیدگاه فهمی خود و دیدگاه فهمی همسر در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری اثربخشی ماندگارتری دارد. این یافته همسو با مطالعه Prasko و همکاران بود که نشان دادند اثربخشی درمان هیجان مدار نسبت به درمان شناختی - رفتاری اینترنتی در تداخل درد، فاجعه سازی درد و علایم افسردگی تفاوت داشت (۱۹). اما از سویی دیگر نتیجه مطالعه Stiegler و همکاران در راستای یافته مطالعه حاضر نبود، چراکه Stiegler و همکاران نشان دادند درمان هیجان مدار با تأثیر بر همدلی، بر مؤلفه های عاطفی - جسمی نسبت به مؤلفه های شناختی اثربخشی بیشتری داشت (۱۵). در مطالعه ای مشابه، رستمی و همکاران نیز نشان دادند درمان هیجان مدار نسبت به درمان راه حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی، از اثربخشی بیشتری برخوردار بود (۱۶). در تبیین این عدم همسویی می توان گفت هیچکدام از این مطالعات به اثربخشی مداخلات بر دیدگاه فهمی نپرداخته اند و تشابه آن ها با مطالعه حاضر تنها در وجهی از درمان بوده است، به طور مثال یا درمان هیجان مدار مورد بررسی قرار گرفته است، یا درمان شناختی- رفتاری و یا درمان راه حل مدار. در مطالعه حاضر اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر مؤثرتر از درمان هیجان مدار بود، چراکه در این مداخله، اصول درمان شناختی - رفتاری با درمان راه حل مدار و روان شناسی مثبت نگر تلفیق شده است و آن را تبدیل به درمان غنی تری کرده است. بنابراین به نظر می رسد اگرچه درمان هیجان مدار بر پویایی های عاطفی و هیجانی در روابط همسران تأکید دارد، در مداخله شناختی- رفتاری مثبت نگر، با کمک تکنیک های شناختی و رفتاری موجب اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی های مثبت و سازنده و تقویت مهارت های مقابله ای، افزایش مهارت های شناختی، شناسایی افکار و شناخت های منفی، مشخص شدن پیوند بین شناخت، هیجان و رفتار و جایگزینی

افکار تحریف‌شده با افکار واقع بینانه و منطقی شده است و به بهبود دیدگاه فهمی در زنان متأهل کمک کرده است. از آنجا که هر مطالعه ای با محدودیت‌هایی روبرو است، مطالعه حاضر نیز از آن مستثنی نیست. در این پژوهش به دلیل عدم کنترل سایر متغیرهای اثرگذار و عدم بررسی متغیرهای تعدیل‌گر، باید در تفسیر نتایج محتاط بود. با توجه به اثربخشی مداخلات این پژوهش، پیشنهاد می‌شود فنون و روش‌های درمان هیجان مدار و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر به منظور افزایش همدلی و دیدگاه فهمی توسط مشاورین خانواده به کار گرفته شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد درمان هیجان مدار و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر منجر به افزایش همدلی و دیدگاه فهمی زنان متأهل شد. درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر نسبت به درمان هیجان مدار در میزان بهبود دیدگاه فهمی خود (شناخت و راهبرد) و دیدگاه فهمی همسر (شناخت و راهبرد) مؤثرتر بود.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله بر گرفته از رساله‌ی دانشجویی در مقطع دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد و دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1399.024 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

- Bannink FP. Positive CBT: From reducing distress to building success. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2014;44(1):1-8.
- Taylor LK, O'Driscoll D, Dautel JB, McKeown S. Empathy to action: Child and adolescent out-group attitudes and prosocial behaviors in a setting of intergroup conflict. *Social Development*. 2020;29(2):461-77.
- Boersma K, Södermark M, Hesser H, Flink IK, Gerdle B, Linton SJ. Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*. 2019;160(8):1708.
- Contardi A, Imperatori C, Penzo I, Del Gatto C, Farina B. The association among difficulties in emotion regulation, hostility, and empathy in a sample of young Italian adults. *Frontiers in psychology*. 2016;7:1068.
- Dagleish TL, Johnson SM, Burgess Moser M, Lafontaine MF, Wiebe SA, Tasca GA. Predicting change in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. *Journal of marital and family therapy*. 2015;41(3):276-91.
- Berke DS, Macdonald A, Poole GM, Portnoy GA, McSheffrey S, Creech SK, Taft CT. Optimizing trauma-informed intervention for intimate partner violence in veterans: The role of alexithymia. *Behaviour research and therapy*. 2017;97:222-9.
- Flannery KM, Smith RL. The effects of age, gender, and gender role ideology on adolescents' social perspective-taking ability and tendency in friendships. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2017;34(5):617-35.
- Gehlbach H, Brinkworth ME, Wang MT. The social perspective taking process: What motivates individuals to take another's perspective?. *Teachers College Record*. 2012.
- Johnson SM, Simakhodskaya Z, Moran M. Addressing issues of sexuality in couples therapy: emotionally focused therapy meets sex therapy. *Current Sexual Health Reports*. 2018;10(2):65-71.
- Rathgeber M, Bürkner PC, Schiller EM, Holling H. The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral couples therapy: A meta-analysis. *Journal of marital and family therapy*. 2019;45(3):447-63.
- Li X, Bian C, Chen Y, Huang J, Ma Y, Tang L, Yan Q, Ye X, Tang J, Yu Y. Indirect aggression and parental attachment in early adolescence: Examining the role of perspective taking and empathetic concern. *Personality and Individual Differences*. 2015;86:499-503.

12. Khojasteh Mehr R, Roshanravan N, Abbaspour Z. Self Dyadic Perspective Taking (SDPT) and Other Dyadic Perspective Taking (ODPT) as predictors of marital satisfaction. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2018;7(2):33-44.
13. Brandão T, Pedro J, Nunes N, Martins MV, Costa ME, Matos PM. Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psycho-oncology*. 2017;26(12):2019-29.
14. Morrison AS, Mateen MA, Brozovich FA, Zaki J, Goldin PR, Heimberg RG, Gross JJ. Changes in empathy mediate the effects of cognitive-behavioral group therapy but not mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder. *Behavior therapy*. 2019;50(6):1098-111.
15. Stiegler JR, Molde H, Schanche E. Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect?. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2018;25(1):86-95.
16. Rostami M, Saadati N, Yousefi Z. The investigation and comparison of the efficacy of emotionally focused couple therapy and solution focused couple therapy on reducing fear of intimacy and increasing couples' sexual satisfaction. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2018;8(2):1-22.
17. Long, E. C., & Andrews, D. W. Perspective taking as a predictor of marital adjustment. *Journal of personality and social psychology*, 1990; 59(1), 126.
18. Khojasteh Mehr, R., roshanravan, N., Abbaspour, Z. Self Dyadic Perspective Taking (SDPT) and Other Dyadic Perspective Taking (ODPT) as predictors of marital satisfaction. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 2018; 7(2): 33-44.
19. Prasko J, Hruba R, Holubova M, Latalova K, Vyskocilova J, Slepecky M, Ociskova M, Grambal A. Positive cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 2016;58(1):23-32.