



## Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based Couple Therapy and emotionally focused couple therapy on unadjusted couples' attachment styles

Received: 23 - 9 - 2019

Accepted: 26 - 2 - 2020

<b>Ali Akbar Joulazadeh Esmaeili</b>	Department of Psychology PhD Student, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
<b>Javad Karimi</b> Dr.karimi10@yahoo.com	<a href="#">Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran (Corresponding Author)</a>
<b>Kourosh Goodarzi</b>	Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
<b>Mohammad Asgari</b>	Associate Professor of evaluating and measuring, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

### Abstract

Two couple therapy approaches based on acceptance and commitment and emotionally focused couple therapy are valuable and evidence-based approaches that have been supported by a great deal of research. Purpose of this study is to compare the efficacy of acceptance and commitment-based couple therapy and emotionally focused couple therapy on unadjusted couples' attachment styles. The statistical population of the study included all couples who referred to Sina Family Counseling Center in Dezful in 1397. The research sample was selected by purposeful sampling. Subjects included 6 couples (n= 12) who referred to this clinic and were classified as unadjusted couples according to the score of marital adjustment questionnaire. In this study, a single case design of asynchronous multiple baseline type was used. Acceptance and commitment-based couple therapy and emotionally focused protocols were administered in three baselines and 12 sessions (90 minutes) and two months' follow-ups. Subjects responded to the Dyadic Adjustment Scale (DAS) Spanier (1976) and the Adult Attachment Style (RAAS) Collins and Reed (1990). Data were analyzed using visual charting, reliable change index and percent improvement formula. Findings showed that in the group whose therapy was based on acceptance and commitment level of improvement after treatment and follow-up, respectively, secured attachment (20.38%, 19.69%), avoidant attachment (27.30%, 28.49%), anxiety attachment (25.98%, 26.47%) and in the emotionally focused couples group, the level of improvement after treatment and follow up were respectively for secure attachment (33.93%, 36.32%) and avoidance attachment (37%, 40.36%), Anxiety attachment (35.97%, 33.67%). Therefore, the results show that acceptance and commitment-based couple therapy and emotionally focused couple therapy are both effective in reducing avoidant attachment styles and anxiety attachment. However, only emotionally focused couple therapy is effective in increasing couples' secure attachment.

**Key words:** marital adjustment, attachment styles, acceptance and commitment therapy, emotionally focused couple therapy

### Citation

Joulazadeh Esmaeili, A, A., Karimi, J. Goudarzi, K.& Asgari, m. (2020), Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Couple Therapy and Emotional Focused Couple Therapy on Unadjusted Couples' Attachment Styles, *Family Counseling and Psychotherapy*, 2, 1- 30.

## هم‌سنجی کارایی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته

پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۷

دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

علی‌اکبر جولازاده اسمعیلی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران (نویسنده مسئول).

جواد کریمی

Dr.karimi10@yahoo.com

گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

کوروش گودرزی

دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

محمد عسگری

### چکیده

دو رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان از جمله رویکردهای ارزشمند و شواهدمحوری هستند که توسط پژوهش‌های فراوانی مورد حمایت قرار گرفته‌اند. هدف این پژوهش هم‌سنجی کارایی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته است. جامعه آماری پژوهش دربرگیرنده همه همسرهای مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده سینا شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب شد. آزمودنی‌ها دربرگیرنده ۶ زوج (۱۲ نفر) از افراد مراجعه‌کننده به این مرکز بودند که با توجه به نمره پرسش‌نامه سازگاری زناشویی در شمار همسرهای سازش نیافته قرار می‌گرفتند. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد. پروتکل درمانی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر هیجان در سه گام خط پایه و ۱۲ نشست (۹۰ دقیقه‌ای) مداخله و پیگیری دوماهه اجرا شد. آزمودنی‌ها به سنجه سازگاری زوجی اسپینر (۱۹۷۶) و سبک دل‌بستگی بزرگ‌سال کولینز و رید (۱۹۹۰) پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبود تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تراز بهبودی پس از درمان و پیگیری به ترتیب برای دل‌بستگی ایمن (۲۰/۳۸٪، ۱۹/۶۹٪) دل‌بستگی اجتنابی (۲۷/۳۰٪، ۲۸/۴۹٪) دل‌بستگی اضطرابی (۲۵/۹۸٪، ۲۶/۴۷٪) و در گروه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان تراز بهبودی پس از درمان و پیگیری به ترتیب برای دل‌بستگی ایمن (۳۳/۹۳٪، ۳۶/۳۲٪) دل‌بستگی اجتنابی (۳۷٪، ۴۰/۳۶٪) دل‌بستگی اضطرابی (۳۵/۹۷٪، ۳۳/۶۷٪) است؛ بنابراین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان هر دو در کاهش سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و دل‌بستگی اضطرابی زوجین کارایی دارند. ولی فقط زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در افزایش دل‌بستگی ایمن زوجین مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: سازگاری زناشویی، سبک‌های دل‌بستگی، درمان پذیرش و تعهد، زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان

جولازاده اسمعیلی، علی‌اکبر، کریمی، جواد، گودرزی، کوروش و عسگری، محمد (۱۳۹۸). هم‌سنجی کارایی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته، مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲: ۳۰-۱.

ارجاع

## مقدمه

ازدواج<sup>۱</sup> تعهدی با عشق و مسئولیت برای صلح، شادی و توسعه روابط خانوادگی است و افزون بر این، انتخاب یک شریک و ورود به یک زندگی زناشویی، یک نقطه عطف و موفقیت شخصی است. شکی نیست که انتخاب شریک زناشویی یکی از شایان‌ترین تصمیماتی است که در طول زندگی هر فرد پیش می‌آید. مردم به دلایل بسیاری مانند؛ عشق، شادی، همراهی و آرزوی داشتن فرزندان، جاذبه جسمانی و یا گرایش به گریز از یک وضعیت ناشاد و ناخشنودی، ازدواج می‌کنند (Roa, 2017). ازدواج و رابطه زناشویی مزیت‌های فراوانی برای زوجین دارد، ولی فروپاشی زندگی زناشویی با افزایش مشکلات روانی و کاهش سلامت جسمانی و افت موقعیت اجتماعی و اقتصادی زوجین همراه است (Gottman, 2013). این حالت نامطلوب، موجب بروز رفتارهای منفی شده (Mutlu & Erkut, 2018) و کانون گرم خانواده را با تنش و آشفتگی مواجه می‌سازد. در نتیجه، روابط میان زوجین عاری از صمیمیت خواهد شد (Yalcin & Karahan, 2007). تعارضات زناشویی یکی از مشکلات شایع زوجین در دنیای امروز است (Sayers, Kohen & Fresco, 2001). در سال‌های اخیر موضوع تعارضات زناشویی به‌طور گسترده‌ای در میان آثاری که در زمینه ازدواج منتشر شده است، جایگاه قابل توجهی پیدا کرده است (Zhang & Christensen & Doss, 2017) (et al, 2017). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که از هر دو زوج که برای اولین بار ازدواج می‌کنند، یک زوج طلاق می‌گیرد (Deluse & Draver, 2015). برابر آمار رسمی منتشر شده در ایران، در مقابل هر چهار ازدواج یک طلاق ثبت می‌شود (ثبت‌احوال ایران، ۱۳۹۶). بر همین اساس و به‌منظور پایداری صمیمت زوجین و افزایش احساس رضایت آن‌ها (Szymanski & Hilton, 2013)، بهبود ارتباط زوجین ضرورت می‌یابد و پژوهشگران بسیاری را بر آن داشته تا بر عوامل مؤثر بر استحکام و سازش یافتگی زوجی متمرکز شوند (Bois, Bergeron. Rosen, Mc Duff & Gregoire, 2013).

کیفیت ازدواج به مفهوم سازش یافتگی زوجی وابسته است و رضایت زوج‌ها را فراهم می‌آورد (Mutlu & Erkut, 2018). سازگاری زناشویی یکی از اصطلاحاتی است که به‌طور وسیع در مطالعات خانواده و زناشویی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این اصطلاح با بسیاری از اصطلاحات دیگر همچون رضایت زناشویی، شادکامی زناشویی، موفقیت زناشویی و ثبات زناشویی مرتبط است (GhorbanaliPoor, Farahani, Borjali, & Moghadas, 2008). سازگاری زناشویی رفتاری انطباقی است که در آن زوج‌ها، نیازهای یکدیگر را پاسخ می‌گویند. طی این فرآیند همسران فرامی‌گیرند که چگونه با گذشت زمان با یکدیگر در امور گوناگون مشارکت و مصالحه کنند و خود را با شرایط پیش‌آمده سازگار گردانند (Rao, 2017). سازگاری زناشویی عاملی است که سلامت خانواده و احساس شادمانی را افزایش می‌دهد (Hossein, Siddique, & Habib, 2017). از این رو می‌توان گفت که سازگاری زیربنای عملکرد مطلوب خانواده است که سبب تسهیل ایفای نقش والدینی و رضایت بیشتر زوج‌ها از یکدیگر می‌شود. هم‌چنین سازگاری زناشویی یک موقعیت روان‌شناختی است که خودبه‌خود به وجود نمی‌آید، بلکه

1. marriage

دستیابی به آن مستلزم تلاش زوج‌هاست (Ahmadi, nabi pour, Kimiaei & Afzali, 2010). در مواردی که این تلاش‌ها ناکافی و یا غیر سازنده باشد، زوجین گرفتار پیامدهای آسیب‌زای ناسازگاری زناشویی می‌شوند. البته پیامدهای ناسازگاری زوجین، محدود به اعضای خانواده نشده و سایر نهادهای اجتماعی حتی اقتصادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Aston & McLanahan, 1991). این مشکل ممکن است ناشی از شکست زوجین در آماده کردن مناسب خود قبل از ازدواج برای رویارویی با تقاضاهای فعلی و تعهدات آینده آنان باشد. عدم رضایت زناشویی هم به‌عنوان تفاوت بین انتظارات و واقعیات کنونی ارتباطی زوجین است. هنگامی که ازدواجی شکست می‌خورد، معمولاً به این دلیل است که هر دو طرف مرتکب اشتباه‌هایی می‌شوند و در یک بن‌بست هیجانی چرخه‌ای گرفتار می‌گردند (تبریزی و همکاران، ۱۳۸۵). این وضعیت نشانگر آن است که رضایت زناشویی به‌آسانی قابل حصول نیست و زوج‌های فراوانی درجات گوناگونی از تعارض را در زندگی تجربه می‌کنند (Rosen, Grandon & Myers, 2004; Bulanda, Brown & Yamashita, 2016). ناسازگاری واقعی ممکن است به‌صورت یا موقعیت‌هایی باشد که در آن زوج‌درمانی، نتواند به‌طورجدی هیچ نوع تغییری را در پذیرش، سازش یا افزایش بینش و برقراری رابطه به وجود آورد (تبریزی و همکاران، ۱۳۸۵). در چنین حالتی به نظر می‌رسد، زوجین سازش نیافته در آستانه‌ی جدایی قرار دارند.

طلاق و ناسازگاری‌های زناشویی، از استرس‌زاترین شرایطی است که انسان‌ها ممکن است با آن روبه‌رو شوند (Gorman, 2014). طی رویدادهای تهدیدآمیز و استرس‌زا، سبک‌های دل‌بستگی بر ادراک و تفسیر فرد بر رویدادهای اجتماعی تأثیر می‌گذارد و نوع پاسخ‌های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد به رویدادهای استرس‌زا را شکل می‌دهد (Collins & Read, 1994). تعارض زوجین تحت تأثیر سبک‌های دل‌بستگی است و سطح اضطراب هر دو زوج در تشریح رفتار تعارضی در بین افرادی که نامزد هستند و یا ازدواج کرده‌اند از اهمیت خاصی برخوردار است (Johnson & wiffen, 2013). دل‌بستگی عبارت است از پیوند عاطفی عمیقی که فرد با افراد خاص در زندگی خود برقرار می‌کند، طوری که سبب می‌شود وقتی با آن‌ها تعامل می‌کند، احساس نشاط و شغف کرده و به‌هنگام استرس از این‌که آن‌ها را در کنار خود دارد، احساس آرامش کند. از نظر بالبی، دل‌بستگی یک گرایش ذاتی و مادام‌العمر است که ارضای آن افراد را آسوده‌خاطر و عدم ارضای آن افراد را دچار تنش می‌کند (Johnson, 2014). سبک دل‌بستگی،<sup>۱</sup> الگویی تفهیم یافته از پاسخ به روابط صمیمانه فرد است که تصور می‌شود تجربیات قبلی روابط صمیمانه را منعکس می‌کند و در طول زمان، ثبات نسبی دارد (Feeny & Noller, 1996). پژوهشگران دو نوع سبک دل‌بستگی ایمن و نایمن را معرفی می‌کنند.

الف. دل‌بستگی ایمن:<sup>۲</sup> کسانی که دل‌بستگی ایمن دارند، معمولاً به دنبال روابط قابل اعتمادتر و پایدارتری هستند. سایر ویژگی‌های کلیدی دل‌بستگی ایمن در بزرگ‌سالان شامل خودباوری زیاد، لذت بردن از روابط صمیمانه،

1. attachment style  
2. secure attachment

جستجوی حمایت اجتماعی و توانایی در به اشتراک گذاشتن احساسات با دیگران است. افرادی که از راهکارهای ایمن استفاده می‌کنند، تفکرات مثبت در آن‌ها رشد می‌کند و در نتیجه می‌توانند خاطرات مثبتی از اشخاص و حوادث در ذهن خود حفظ کنند؛ پاسخ‌های مثبت موجب می‌شوند تا افراد به مسائل دشوارتر و موقعیت‌های نگران‌کننده بعدی با خلأ بیشتر پاسخ دهند (Lynly & Joseph, 2004). زمانی که افراد ایمن در موقعیت‌های استرس‌آور قرار می‌گیرند، از مکانیسم‌های مقابله‌ای رشد یافته، استفاده می‌کنند و در ارتباط با استرس به‌طور کارآمد برخورد می‌کنند (Collins & Read, 1994).

سبک دل‌بستگی نایمن به دو نوع دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی قابل توضیح است:

ب. دل‌بستگی اضطرابی<sup>۱</sup>: این افراد دائماً نگران‌اند که طرف مقابلشان متقابلاً به احساسات آن‌ها پاسخ ندهد. این افراد پس از خاتمه یافتن یک رابطه، بسیار احساس آشفتگی و پریشانی می‌کنند (Mykulyner & Shaver, 2004). نگرش منفی نسبت به خود و نگرش مثبت به دیگران به‌عنوان ویژگی اصلی افراد دارای سبک دل‌بستگی اضطرابی است (Ainsworth et al, 2016; Millikin, 2000). توجه‌طلبی، ارزشیابی منفی از خود، اشتغال منفی مداوم نسبت به روابط با دیگران از ویژگی‌های اصلی افراد با دل‌بستگی اضطرابی است. افراد با دل‌بستگی مضطربانه نیاز شدید به حمایت و مهر و محبت همسر خویش دارند. (بشارت، ۱۳۸۵).

ج. دل‌بستگی اجتنابی<sup>۲</sup>: سبک دل‌بستگی اجتنابی، عبارت از نگرش منفی نسبت به خود و نگرش منفی و بی‌اعتمادی نسبت به دیگران است (Millikin, 2000). این ویژگی‌ها که به‌منزله مدل‌های روان‌کاوی منفی محسوب می‌شوند، زمینه‌های شکل‌گیری «آمادگی دفاعی»، «مقاومت در برابر تأثیرات خارجی»، «محدودیت عواطف»، «بی‌اعتمادی و سوءظن نسبت به دیگران» و «سرزنش دیگران» را فراهم می‌سازد (بشارت، ۱۳۸۵). کسانی که دل‌بستگی اجتنابی دارند، در برقراری روابط نزدیک و صمیمانه مشکل دارند. (Feeny & Noller, 1993) رفتار افراد اجتنابی بیشتر بر روی پاسخ‌های شناختی متمرکز است. این افراد در موقع ناراحتی از همسرشان کناره‌گیری می‌کنند و با احتمال خیلی کم وارد روابط می‌شوند (Johnson, 2003). افراد نایمن (دل‌بستگی اضطرابی یا دل‌بستگی اجتنابی) در برابر استرس‌ها و شرایط ناگوار و دشوار از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند. مقابله‌های ناکارآمد تلاش‌هایی هستند که اگرچه برای مقابله با شرایط دشوار به کار می‌روند، ولی معمولاً سبب بدتر و پیچیده‌تر شدن وضعیت می‌شوند (Rio, 2010). با توجه به اهمیت سبک‌های دل‌بستگی و راهبردهای مقابله‌ای متناسب با آن‌ها، در صورت نبود سبک دل‌بستگی ایمن، روابط زوجین و کانون گرم و پرمحبت خانواده به دلیل عدم به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و مؤثر دچار مخاطره خواهد شد.

تحقیقات رابطه‌ی معناداری را بین سبک‌های دل‌بستگی و سازگاری زناشویی نشان می‌دهد، بنابراین دل‌بستگی یکی از مهم‌ترین عواملی است که بر سازگاری و کیفیت زناشویی تأثیر دارد. رضایی و میبیدی (۱۳۹۰) در پژوهش

1. anxious attachment or two mourners

2. avoidance attachment

خود بیان داشتند که میان رضایت زناشویی و سبک‌های دل‌بستگی در زوجین ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. از این رو همسران افراد نایمن، رضایت زناشویی پایین‌تری را گزارش می‌دهند. در عوض زوجینی که هر دو ایمن هستند در مقایسه با زوجینی که یکی یا هر دو نایمن هستند، سازگاری بهتری را گزارش می‌دهند (Johnson & Wiffen, 2013).

نتیجه گرفتند که بین سبک دل‌بستگی ایمن با افسردگی ارتباط منفی و با سازگاری زناشویی ارتباط مثبتی وجود دارد. از طرف دیگر (Simon, 2015) بیان کرد که سبک‌های دل‌بستگی نایمن ارتباط منفی معناداری با سازگاری زناشویی و ارتباط مثبتی با افسردگی دارند، همچنین پژوهش (Gerall, 2015) بیانگر این است که سبک‌های دل‌بستگی به‌عنوان پیشگویی‌کننده سازگاری زناشویی هستند. وی همچنین به این نتیجه دست یافت که حمایت اجتماعی و سبک دل‌بستگی ایمن، سلامت روانی و سازگاری زناشویی را پیش‌بینی می‌کند.

با توجه به نتایج تحقیقات به نظر می‌رسد سبک‌های دل‌بستگی نایمن سبب تعارضاتی در زندگی زوجین می‌شود و ایجاد تغییر در سبک‌های دل‌بستگی زوجین یک ضرورت درمانی است. بر این اساس رویکردهای درمانی گوناگونی وجود دارد. در اینجا، دو رویکرد شواهد محور زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان مختصراً توضیح داده می‌شود:

تئوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> انقلابی نوین در روان‌شناسی انسان بوده است. پایه‌گذار این تئوری هیز و همکارانش در آمریکا بودند (Heyse, Strosahl & Wilson, 1999). درمان پذیرش و تعهد یک مداخله‌ی بافتی کارکردی مبتنی بر نظریه چارچوب رابطه‌ای است. شالوده و اساس این رویکرد را به عمارت سه طبقه تشبیه کرده‌اند که پذیرش و تعهد در بالاترین طبقه و در طبقه زیرین و بعدی نظریه‌ی چهارچوب رابطه‌های ذهنی<sup>۲</sup> قرار دارد که نظریه چارچوب رابطه است و یک تئوری رفتاری بر اساس زبان و شناخت انسان است. طبقه انتهایی تحلیل کارکردی رفتاری<sup>۳</sup> است که مدلی برای پیش‌بینی و تأثیر بر رفتار است که تأثیری شگرف بر بیشتر شاخه‌های مدرن روان‌شناسی داشته است و در آخر سطحی است از زمین که یکپارچگی این عمارت به آن متکی است و فلسفه‌ای است که زمینه‌گرایی کارکردی<sup>۴</sup> نام دارد و در پایین‌ترین قسمت قرار می‌گیرد که فلسفه و زمینه برای طبقات بالایی است (Harris, 2016). هدف اصلی این رویکرد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (Ferman & Herbert, 2009). تحقیقات فزاینده نشان می‌دهد که هرچه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد بیشتر باشد، زندگی با کیفیت‌تری خواهد داشت (Harris, 2017).

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Relational Frame Theory
3. applied behavioral analysis
4. functional conceptualism

پژوهش‌هایی پیرامون اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سبک‌های دل‌بستگی در داخل کشور طی چند سال اخیر انجام شده است و چون نمونه‌ی مشابه پژوهش خارجی یافت نشد، به ذکر موارد داخلی بسنده می‌شود. برای مثال پژوهش گلپایگانی و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت دل‌بستگی و نوع دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، پژوهش سلگی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سبک‌های دل‌بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی، پژوهش اتحادیه و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صدمه دل‌بستگی و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان نابارور، زینلی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هوش هیجانی، سبک‌های دل‌بستگی و تاب‌آوری در کودکان بی‌سرپرست مقطع دبستان تحت پوشش بهزیستی شهر کاشان. تمامی این پژوهش‌ها بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دل‌بستگی هستند.

زوج‌درمانی دیگری که در تغییر سبک دل‌بستگی تأثیرگذار است، با عنوان درمان متمرکز بر هیجان<sup>۱</sup> از آن یاد می‌شود. فرضیه اساسی درمان متمرکز بر هیجان از این قرار است: تعارضات زوجی در پاسخگو نبودن و در دسترس نبودن پیکره‌های دل‌بستگی ریشه دارند (نظریه دل‌بستگی) که موجب اضطراب و هراس درونی شده (درمان تجربی) و متعاقباً تعاملات و الگوهای ارتباطی انعطاف‌ناپذیری (درمان سیستمی) را فراخوانی می‌کنند. از نظر جانسون، میزان امنیت در هر رابطه‌ی زناشویی به این عوامل بستگی دارد: تنظیم هیجانی بهتر همسران (واکنش‌گری کمتر، برانگیختگی افراطی و تفریطی کمتر، حمایت‌طلبی سالم و ابراز آن)، پردازش اطلاعات صحیح‌تر (باز بودن، تحمل ابهام و عدم اطمینان، انعطاف‌پذیری؛ کنج‌کاوای برای کشف حقیقت خود و دیگری)، ارتباط مؤثرتر (توانایی هم‌دلی، قاطعیت نرم، ابراز وجود، توانایی همکاری) و احساس مثبت پیرامون سلف (حس منسجم، مثبت و یکپارچه داشتن به خود) (Johnson, 2014). زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان دو مرحله‌ی پی‌درپی دارد؛ آشکار کردن آسیب و کاوش در ورای تظاهرات دفاعی خشم و عقب‌نشینی و سپس کمک به زوج برای فهم این که چنین عواطفی چگونه تأثیری بر ارتباطشان با یکدیگر می‌گذارند (Nichols & Schwartz, 2004). زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان با هدف ایجاد رشته‌های ایمن دل‌بستگی از طریق تجربه‌های هیجانی تصحیحی و در نتیجه ارتباط مؤثرتر، انجام می‌شود (Johnson, 2014).

پژوهش‌های داخلی و خارجی زیادی پیرامون اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی انجام شده است. به‌طور مثال، غزنوی خضرآبادی و نیکنام (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی و رضایت جنسی زوجین پرداختند. همچنین، میرزا زاده و بهبودی (۱۳۹۶) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی و رضایت زناشویی انجام دادند. بدیهی‌زرعتی و موسوی (۱۳۹۵) به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر تغییر سبک دل‌بستگی

1. emotionally focused therapy

زوجین پرداختند. نیز، پژوهش‌های (Anderson & Kosloff, 2019) (Wiebe, et al, 2017) (McLean et al, 2013) (Tae & Poulsen, 2013) (Hallist & Miller, 2005) و (Wiebe & et al, 2019) که با محوریت درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی انجام شده است به اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی اشاره دارند.

با نگاهی به مطالعات و پژوهش‌های انجام شده به نقش سبک دل‌بستگی با سازگاری زناشویی و همچنین اثربخشی رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر هیجان بر متغیرهایی مانند سازگاری و سبک‌های دل‌بستگی پرداخته شد؛ ولی در بررسی پژوهش‌های گذشته، پژوهشی که به هم‌سنجی کارایی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته پردازد، یافت نشد و در اینجا با یک خلأ و شکاف پژوهشی روبه‌رو هستیم. بنابراین جهت دستیابی به روش‌های زوج‌درمانی مؤثرتر و غنی‌تر، نگارندگان در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش هستند:

کدام یک از رویکردهای زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته اثرگذارتر است؟

## روش پژوهش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی<sup>۱</sup> که آزمایش تک آزمودنی<sup>۲</sup> هم گفته می‌شود (Gall, Borg & Gall, 2007) و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. این طرح انواع مختلفی دارد. AB، ABAB، خط پایه‌ی چندگانه<sup>۳</sup> و طرح‌های تغییر ملاک<sup>۴</sup> (ایمانی، ۱۳۹۱). در این پژوهش از طرح پژوهشی خط پایه چندگانه‌ی ناهم‌زمان استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل ۴۰ نفر (۲۰ زوج) بودند که به دلیل داشتن مشکلات زناشویی طی فراخوان اعلام شده در بازه‌ی زمانی ۱۰ مردادماه تا ۲۵ مهرماه سال ۱۳۹۷ به مرکز مشاوره خانواده سینا شهرستان دزفول مراجعه کردند. بعد از مصاحبه‌ی تشخیصی و مشخص کردن زوجینی که ملاک‌های ورود را داشتند تعداد ۶ زوج (۱۲ نفر) بر اساس نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۳ زوج) زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان جایگزین شدند. ملاک‌های ورود زوجین به پژوهش عبارت‌اند از: کسب نمره سازگاری زناشویی در دامنه‌ی ۱۰۱-۷۵ مقیاس سازگاری زوجی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، دامنه‌ی سنی زوجین ۲۲ تا ۴۵ سال، زوجین مایل به همکاری در طرح پژوهشی بوده و امکان حضور مستمر در تمامی جلسات زوج‌درمانی را داشته باشند، زوج‌هایی که به صورت مستقل از خانواده‌ی مبدأ (خانواده پدری) حداقل یک سال سابقه‌ی زندگی مشترک را داشته باشند، زوجینی که در زمان مراجعه و تمام مدت

1. single-case experimental design
2. single subject experiment
3. multiple baseline
4. changing criterion designs



انجام پژوهش با هم‌زندگی کرده و متقاضی طلاق نباشند، از توانایی دیدن، شنیدن و صحبت کردن به فارسی در حد مناسب جهت همکاری در پژوهش برخوردار باشند، زوجین به‌صورت فردی و یا زوجی، دریافت‌کننده خدمات مشاوره و روان‌شناختی خارج از طرح تحقیق نباشند. ملاک‌های خروج زوجین از پژوهش عبارت‌اند از: اختلال شخصیت؛ ۲- اختلالات بالینی محور I؛ ۳- اختلال سایکوتیک (روان‌پریش)؛ ۴- سابقه سوء‌مصرف یا وابستگی به مواد و یا داروهای روان‌گردان در حال حاضر؛ ۵- استفاده از داروی تجویز شده روان‌پزشک؛ ۶- زوجین متقاضی طلاق قانونی باشند.

### ابزارها

**مقیاس سازگاری زن و شوهر<sup>۱</sup> گراهام بی. اسپنیر<sup>۲</sup>:** این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه‌ی زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم‌زندگی می‌کنند. این ابزار برای چند هدف ساخته شده است. می‌توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه‌ی صمیمانه استفاده کرد (Spanier, 1976) تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می‌سنجد. این چهار بعد از این قرار است: رضایت دو نفری<sup>۳</sup> و همبستگی دو نفری<sup>۴</sup> و توافق دو نفری<sup>۵</sup> و ابراز محبت<sup>۶</sup>. با تغییراتی در این ابزار می‌توان از آن برای مصاحبه نیز استفاده کرد. «مقیاس سازگاری زن و شوهر» سه نوع مقیاس متفاوت به دست می‌دهد. نمره‌ی کل مجموع تمام سؤالات بین ۰ تا ۱۵۱ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی بهتر است (کسب نمره‌ی بالاتر از ۱۰۱ و بیشتر نشان‌دهنده‌ی سازگاری بیشتر و رابطه‌ی بهتر و نمره‌ی پایین‌تر از آن نشان‌دهنده‌ی سازگاری کمتر است). سؤالات خرده مقیاس‌ها از این قرار است: رضایت زناشویی: ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲؛ همبستگی دو نفری: ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸؛ توافق دو نفری: ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵؛ ابراز محبت: ۴، ۶، ۲۹، ۳۰. نمره‌ی کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است: رضایت دو نفری = ۰/۹۴، همبستگی دو نفری = ۰/۸۱، توافق دو نفری = ۰/۹۰ و ابراز محبت = ۰/۷۳. در پژوهش ملازاده، منصور، اژه‌ای و کیامنش (۱۳۸۱) همسانی درونی این ابزار ۰/۹۵ بوده است (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷).

**مقیاس سبک دل‌بستگی بزرگ‌سال<sup>۷</sup> کولینز و رید:** این مقیاس شامل خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خود توصیفی شیوه‌ی شکل‌دهی روابط دل‌بستگی نسبت به چهره‌های دل‌بستگی نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ ماده است که از طریق علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (از نوع لیکرت) که شامل درجه ۱: «به‌هیچ‌وجه با

1. dyadic adjustment scale
2. Graham B. Spanier
3. dyadic satisfaction
4. dyadic choseion
5. dyadic consesus
6. affectional expression
7. Revised Adult Attachment Scale

خصوصیات من مطابقت ندارد» تا درجه ۵: «کاملاً با خصوصیات من مطابقت دارد» سنجیده می‌شود (Collins & Read, 1990). با تحلیل عاملی، ۳ زیر مقیاس که شامل ۶ ماده است مشخص می‌شود. سه زیر مقیاس عبارت‌اند از: ۱- وابستگی: ۱- میزانی را که آزمودنی‌ها به دیگران اعتماد می‌کنند و به آن‌ها متکی می‌شوند به این صورت که آیا در مواقع لزوم قابل دسترسی‌اند، اندازه‌گیری می‌کند. ۲- نزدیک بودن: ۲- میزان آسایش در رابطه با صمیمیت و نزدیکی هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند و ۳- اضطراب: ۳- ترس از داشتن رابطه را می‌سنجد (پاک‌دامن، ۱۳۸۳). مدت اجرای پرسش‌نامه کولینز و رید بر اساس زمینه‌یابی انجام شده ۱۰ دقیقه در نظر گرفته شده است. (Collins & Read, 1994) نشان دادند که زیر مقیاس‌های نزدیک بودن، وابستگی و اضطراب در فاصله‌ی زمانی ۲ ماه و حتی در طول ۸ ماه پایدار ماندند و در مورد قابلیت اعتماد مقیاس دل‌بستگی کولینز و رید میزان آلفای کرونباخ را برای هر زیر مقیاس این پرسش‌نامه در یک نمونه‌ی ۱۰۰ نفری از دانشجویان، با مقادیر ایمن (۰/۸۲) / اجتنابی (۰/۸۰) / اضطرابی (۰/۸۳) گزارش دادند. با توجه به این که مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی یا بیشتر از ۰/۸۰ است، آزمون از اعتبار بالایی برخوردار است. اجرای این پرسش‌نامه می‌تواند به صورت فردی یا گروهی صورت گیرد. برای هر عبارت پنج پاسخ (کاملاً مخالفم تا حدودی مخالفم، نه مخالف نه موافق تا حدودی موافق، کاملاً موافق) وجود دارد که آزمودنی پاسخ موردنظر خود را با انتخاب یکی از موارد اعلام می‌دارد. بر اساس دستورالعمل پرسش‌نامه، ۶ ماده مربوط به هر زیر مقیاس مشخص می‌شود. با توجه به این که در مورد هر جمله در پاسخ‌نامه، آزمودنی علامت خود را روی کدام دایره زده است نمره وی برای هر زیر مقیاس مشخص می‌شود. برای گزینه‌های (۱ تا ۵) به ترتیب نمرات (۰ تا ۴) در نظر گرفته می‌شود. سؤالات (۱، ۶، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۷) \* دل‌بستگی ایمن را می‌سنجد. سؤالات (۲، ۵، ۷، ۱۴، ۱۶، ۱۸) \* دل‌بستگی اجتنابی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و سرانجام سؤالات (۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵) دل‌بستگی دوسوگرا / اضطرابی را می‌سنجد. در مواردی که سؤالات باید معکوس نمره‌گذاری شود (که در دستورالعمل نمره‌گذاری با علامت \* مشخص شده‌اند)، باید بر روی گزینه‌های (۱ تا ۵) به ترتیب نمرات (۴، ۳، ۲، ۱، ۰) در نظر گرفته شود. سؤالاتی که با ستاره مشخص شده‌اند بایستی قبل از جمع کردن به‌طور معکوس نمره‌گذاری شوند. نمرات ۶ ماده هر مقیاس با هم جمع شده و نمره‌ی زیر مقیاس به دست می‌آید (پاک‌دامن، ۱۳۸۳).

### مداخله‌ها

منظور از زوج‌درمانی در این پژوهش، مداخلاتی زوجی است که طی ۱۲ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) در قالب پروتکل درمانی بر اساس منابع مطالعاتی مختلف، گذراندن دوره‌های تخصصی زوج‌درمانی در دو رویکرد مذکور تدوین شده و توسط پژوهشگر جهت دو گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر گزار شد. خلاصه‌ای از طرح‌های درمانی در زیر ارائه شده است.

1. dependence
2. closeness
3. anxiety

**زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد:** در پژوهش‌های بالینی حوزه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طرح درمان ۱۲ جلسه‌ای برای درمان پیوسته زوج‌ها بر اساس راهنمای گام‌به‌گام زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (حیدریان فر و امان‌الهی، ۱۳۹۵) استفاده شده است که سه جلسه صرف ارزیابی اولیه و بیشتر جلسات باقیمانده صرف مداخلات درمانی می‌شود:

نشست اول: ارزیابی و جهت‌گیری درمان، گرفتن جزئیات از زوج‌ها، تشریح تمرکز بر تمرینات.  
 نشست دوم: ارزیابی فردی، مصاحبه فردی، ارزیابی برای منع موارد مصرف: خشونت خانگی، روابط نامشروع روانی غیرقابل درمان و جلسه‌ی طرح‌ریزی زوجی، یکپارچه‌سازی ارزیابی فردی و زوجی.  
 نشست سوم: ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ای بی‌اثر، بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب زوج‌ها، توسعه‌ی ناامیدی خلاق و استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین جنگ و تقلا با همسر.  
 نشست چهارم: تمرکز حواس و پذیرش، معرفی پذیرش و تمرکز حواس و تمرین پذیرش افکار و احساسات.  
 نشست پنجم: هم‌جوشی شناختی، تشریح و توضیح رابطه‌ی منفی افکار برای زوج‌ها و تمرین راننده اتوبوس، افکار روی برگ‌های تمرین.

نشست ششم: مشاهده افکار، توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر و افکار روی برگ‌های تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه.  
 نشست هفتم: انتخاب جهت ارزش‌ها، کمک به مراجعین برای روشن کردن و شناسایی ارزش‌های رابطه و زندگی و تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می‌خواهم؟  
 نشست هشتم: شناسایی موانع ارزش‌های زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود، بازیابی کاربرد ارزش‌ها، بحث در مورد ارزش‌های زندگی و کمک به مراجعین تا به‌جای غلبه بر آن‌ها، با آن‌ها حرکت کنند و کاربرد عمل متعهدانه، بازیابی تمرین راننده اتوبوس.

نشست نهم: ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه، معرفی تمایل و کاربرد عمل متعهدانه.  
 نشست دهم: خود به‌عنوان زمینه در رابطه، طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوج‌ها در خود به‌عنوان زمینه رابطه و کاربرد اقدام متعهدانه، استعاره صفحه شطرنج.  
 نشست یازدهم: پذیرش و اقدام متعهدانه، بازیابی تمایل عاطفی در یک زمینه‌ی عمل متعهدانه و کاربرد اقدام متعهدانه.

نشست دوازدهم: کار در جهت پایان، بازیابی ارزش‌ها رابطه و اقدام متعهدانه، آمادگی برای اقدام متعهدانه در آینده و پایان درمان (حیدریان فر و امان‌الهی، ۱۳۹۵).

**زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان:** فرایند تغییر در رویکرد متمرکز بر هیجان در سه مرحله طبقه‌بندی شده است که در مجموع شامل ۹ گام است. این فرایند مداخله‌ای در قالب زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در دوازده نشست ۹۰ دقیقه‌ای اجرا می‌شود (Johnson, 2004).

نشست اول: برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه با زوجها و انعقاد قرارداد درمانی، ایجاد اتحاد درمانی میان زوج و درمانگر در مورد اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان.

نشست دوم: تلاش برای ایجاد و حفظ فضایی امن و تسلی بخش با هدف تسریع فرایند تغییر، فراهم کردن فضایی که زوجین بتوانند مشکلات زوجی را چیزی معمولی در روابط زناشویی در نظر بگیرند.

نشست سوم: ارزیابی تاریخچه دل بستگی و صمیمیت مراجعین و فرضیه سازی درباره آسیب پذیری.

نشست چهارم: فراخوانی و کشف کردن (سعی در ارتقای بازخوانی مجدد تجارب زوجین، به شکل آگاهانه)، تشویق زوجین به بیان هیجانات و آگاهی از حس جسمانی حوادث که قبلاً سرکوب و انکار شده اند.

نشست پنجم: ترسیم موضوعات تعارض برانگیز و ناراضی کننده میان همسران و تمرکز بر رفع آنها، گوش دادن و کشف روایت های زوجین از مشکلات موجودشان، گردآوری اطلاعات در مورد تاریخچه ای الگوی دل بستگی اولیه و ارتباط فعلی میان آنها.

نشست ششم: افزایش دانش در مورد احساسات زیربنایی موقعیت های تعاملی و شناسایی چرخه های تعاملی منفی، شناسایی جنبه های دردناک تجارب زوجین.

نشست هفتم: مشاهده ی سبک پردازش موضوعات هیجانی آنها، شناسایی موضوعات درون فردی و میان فردی که در ایجاد رنج آنها نقش دارند.

نشست هشتم: افزایش تشخیص و شناسایی نیازها و جنبه های خود ابراز نشده، پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه.

نشست نهم: بیان انتظارات خود از طرف مقابل و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش، افزایش پذیرش هر یک از همسران نسبت به ادراک تجربه ی همسرش.

نشست دهم: ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه، برون ریزی هیجانات ثانویه، پرداختن به هیجانات اولیه و قالب گیری مجدد به مشکل، تسهیل راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی، بازتعریف رابطه توسط هر یک از زوج ها.

نشست یازدهم: شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوج ها به الگویی ایمن در روابطشان و افزایش در دسترس بودن و پاسخ گو بودن، تثبیت و یکپارچه سازی موقعیت های تعاملی جدید و تشویق زوجین به تازه نگه داشتن پیوند ایمنشان.

نشست دوازدهم: تسهیل پدید آبی راه حل های تازه برای مشکلات قدیم، تقویت و تثبیت مواضع تازه ای که همسران نسبت به هم نشان می دهند. استفاده ی زوجین از مهارت هایشان در زمینه حل مسئله به شیوه سودمند، شناسایی و سپس حمایت از الگوهای سالم و سازنده ی تعاملی (Johnson, 2004).

### شیوه ی اجرا پژوهش

ابتدا پژوهش مورد نظر از طریق یک فراخوان در مرکز مشاوره ی خانواده سینا شهرستان دزفول به اطلاع رسانی شد. بر این اساس زوج هایی که به دلیل مشکلات زناشویی اعلام آمادگی کرده بودند، طبق ملاک های اخلاق در پژوهش

جهت مشارکت در طرح پژوهش رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند. در یک بازه‌ی زمانی بیش از دو ماه بعد از مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر و مشخص شدن زوجینی که ملاک‌های ورود را دارا بودند، شش زوج (۱۲ نفر) بر اساس نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳ زوج) و گروه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان (۳ زوج) جایگزین شدند. برای اجرای روش‌های مداخله‌ای ابتدا زوج اول وارد طرح درمان شدند و در هر مرحله خط پایه تمام ابزارهای پژوهش بر روی آن‌ها اجرا شد. زوج‌های دیگر هم به تناسب طرح پژوهشی موردسنجش خط پایه قرار گرفتند (رجوع شود به جدول شماره ۱ و ۲). سپس درمان به مدت ۱۲ جلسه هفتگی (یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته) برای آزمودنی‌های هر گروه ارائه شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در جلسه‌ی دوم زوج اول، زوج دوم در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و به همین ترتیب در جلسه‌ی سوم زوج اول و جلسه‌ی دوم زوج دوم، طرح درمان در مورد زوج سوم در گروه آغاز شد. تمامی پرسش‌نامه‌ها در جلسات ۴، ۸، ۱۲ و بلافاصله پس از اتمام درمان تکمیل شدند. پروتکل‌های درمانی هر دو روش زوج‌درمانی بر اساس دوره‌های تخصصی و منابع معتبر تنظیم و توسط پژوهشگر در مدت سه ماه (آبان، آذر، دی ۹۷) به اجرا درآمد. در پایان دو نوبت پیگیری هم در ماه‌های بهمن و اسفند ۹۷ اجرا گردید. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا و بهبود بالینی معنی‌دار استفاده شده است.

### اخلاق پژوهش

پیش از اجرای پژوهش رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان گرفته شد. شرکت‌کننده‌ای که شرکت در پژوهش را رد می‌کرد یا برای شرکت کردن مقاومت می‌کرد، به هیچ‌وجه در پژوهش شرکت داده نمی‌شد. به‌طور کلی نکات مربوط به اخلاق در پژوهش در جریان پژوهش از جمله امانت‌داری در استفاده از منابع، دقت در استناددهی، قدردانی از دیگران، رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها، رعایت حریم خصوصی افراد نمونه‌گیری شده توسط پژوهشگران اعمال گردید.

### یافته‌ها

در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، دو نفر دیپلم، دو نفر کارشناسی و دو نفر کارشناسی ارشد حضور داشتند که شامل دو نفر کارمند، دو نفر فروشنده و دو نفر خانه‌دار بودند. سن جامعه موردنظر بین ۲۶ تا ۳۹ سال و مدت زندگی مشترک آن‌ها بین ۲ تا ۸ سال بود. در گروه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان دو نفر دیپلم و چهار نفر کارشناسی داشتند که شامل یک نفر از آن‌ها کارمند، یک نفر فرهنگی، یک نفر کارگر، یک نفر پیمانکار ساختمانی و دو نفر خانه‌دار بود. سن جامعه موردنظر بین ۲۷ تا ۳۸ سال و مدت زندگی آن‌ها بین ۴ تا ۷ سال بود.

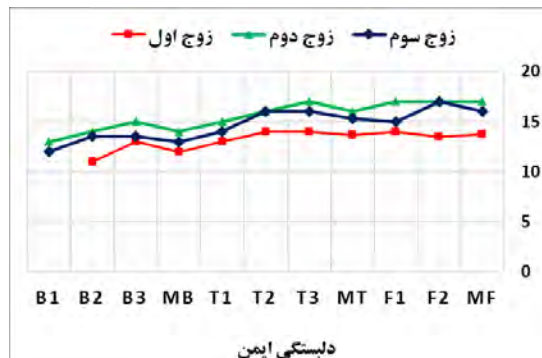
جدول ۱. روند تغییر مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سه زوج در سبک‌های دل‌بستگی

سبک‌های دل‌بستگی			دل‌بستگی ایمن			دل‌بستگی اجتنابی			دل‌بستگی اضطرابی		
زوج اول	زوج دوم	زوج سوم	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم
آزمودنی‌ها	۱۱	۱۳	۱۲	۱۳	۱۴	۱۲	۱۳	۱۴	۱۲	۱۳	۱۴
مراحل درمان	۱۱	۱۳	۱۲	۱۳	۱۴	۱۲	۱۳	۱۴	۱۲	۱۳	۱۴
خط پایه اول	۱۱	۱۳	۱۲	۱۳	۱۴	۱۲	۱۳	۱۴	۱۲	۱۳	۱۴
خط پایه دوم	۱۳	۱۴	۱۳/۵	۱۴	۱۶	۱۳/۵	۱۴	۱۶	۱۳	۱۴	۱۵
خط پایه سوم	-	۱۵	۱۳/۵	-	۱۵	۱۳/۵	-	۱۳	۱۱	۱۳	-
میانگین مراحل خط پایه	۱۲	۱۴	۱۳	۱۵	۱۵	۱۳	۱۴	۱۵	۱۲	۱۳	۱۴
جلسه‌ی چهارم	۱۳	۱۵	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۳	۱۲	۱۲	۱۵
جلسه‌ی هشتم	۱۴	۱۶	۱۶	۱۲	۱۲	۱۶	۱۳	۱۲	۱۱	۱۱	۱۳
جلسه‌ی دوازدهم	۱۴	۱۷	۱۶	۱۱/۵	۱۱/۵	۱۶	۱۰/۵	۱۰	۸/۵	۹/۵	۱۲/۵
میانگین مراحل درمان	۱۳/۶۶	۱۶	۱۵/۳۳	۱۲/۵	۱۲/۵	۱۵/۳۳	۱۲/۵	۱۱/۶۶	۱۰/۵	۱۰/۸۳	۱۳/۵
شاخص تغییر پایا	۶/۴۵	۵/۱۷	۴/۵۴	۴/۳۲	۴/۳۲	۴/۵۴	۴/۰۵	۴/۳۴	۳/۴۲	۴/۸۶	۴/۶۰
درصد بهبودی پس از درمان	۱۶/۶۶	۲۱/۴۲	۲۳/۰۷	۲۳/۳۳	۲۳/۳۳	۲۳/۰۷	۳۰	۲۸/۵۷	۲۹/۱۶	۲۶/۹۲	۲۱/۸۷
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۲۰/۳۸	۲۰/۳۸	۲۰/۳۸	۲۷/۳۰	۲۷/۳۰	۲۰/۳۸	۲۷/۳۰	۲۷/۳۰	۲۵/۹۸	۲۵/۹۸	۲۵/۹۸
پیگیری نوبت اول	۱۴	۱۷	۱۵	۱۱	۱۱	۱۵	۱۱	۱۱	۸	۹	۱۲
پیگیری نوبت دوم	۱۳/۵	۱۷	۱۷	۱۲	۱۲	۱۷	۱۰	۱۰	۹	۸	۱۵
میانگین مرحله پیگیری	۱۳/۷۵	۱۷	۱۶	۱۱/۵	۱۱/۵	۱۶	۱۰/۵	۹/۵	۸/۵	۸/۵	۱۳/۵
شاخص تغییر پایا	۵/۶۴	۵/۱۷	۴/۵۴	۴/۳۲	۴/۳۲	۴/۵۴	۴/۰۵	۴/۸۹	۳/۴۲	۶/۲۵	۳/۲۸
درصد بهبودی پس از پیگیری	۱۴/۵۸	۲۱/۴۲	۲۳/۰۷	۲۳/۳۳	۲۳/۳۳	۲۳/۰۷	۳۰	۲۲/۱۴	۲۹/۱۶	۲۴/۶۱	۱۵/۶۵
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۱۹/۶۹	۱۹/۶۹	۱۹/۶۹	۲۸/۴۹	۲۸/۴۹	۱۹/۶۹	۲۸/۴۹	۲۸/۴۹	۲۶/۴۷	۲۶/۴۷	۲۶/۴۷

همان‌طور که داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد، نمره‌های سبک دل‌بستگی ایمن در هر سه زوج با داشتن نوساناتی در مراحل درمان افزایش یافته است. میزان شاخص تغییر پایا (RCI) در زوج اول، دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب ۶/۴۵، ۵/۱۷، ۴/۵۴ به دست آمده است که با توجه به سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) نمره‌ی هر سه زوج در دل‌بستگی ایمن به بالاتر از  $Z = 1.96$  رسیده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات هر سه زوج از نظر آماری قابل قبول بوده و نتیجه‌ی تأثیر درمان است. هم‌چنین همان‌طور که در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد درصد بهبودی زوج اول، دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب ۱۶/۶۶٪، ۲۱/۴۲٪، ۲۳/۰۷٪ (با درصد بهبودی کلی ۲۰/۳۸٪) است. پس از دوره‌ی دو ماهه پیگیری درصد بهبودی زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۱۴/۵۸٪، ۲۱/۴۲٪، ۲۳/۰۷٪ (با درصد بهبودی کلی ۱۹/۶۹٪) به دست آمده است. هم‌چنین داده‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که نمره‌های دل‌بستگی اجتنابی در هر سه زوج با وجود نوسانات خط پایه در مراحل درمان کاهش یافته است. میزان شاخص تغییر پایا (RCI) در زوج اول، دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب ۴/۳۲، ۴/۰۵، ۴/۳۴ به دست آمده است که با توجه به سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) نمره‌ی هر سه زوج در دل‌بستگی اجتنابی به بالاتر از  $Z = 1.96$  رسیده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات هر سه زوج قابل قبول بوده و نتیجه‌ی تأثیر درمان است. هم‌چنین همان‌طور که در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد درصد بهبودی زوج اول، دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب ۲۳/۳۳٪، ۳۰٪، ۲۸/۵۷٪ (با درصد بهبودی کلی

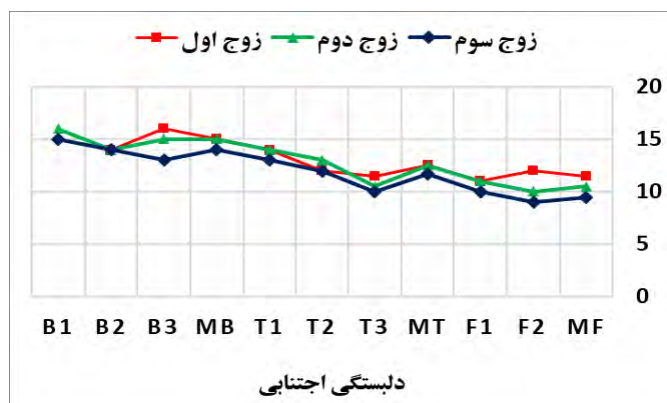
است. پس از دوره‌ی دوم‌ماهه پیگیری درصد بهبودی زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۲۳/۳۳٪، ۳۰٪، ۳۲/۱۴٪ (با درصد بهبودی کلی ۲۸/۴۹٪) به‌دست آمده است. داده‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد نمره‌های دل‌بستگی اضطرابی هر سه زوج باوجود نوسانات خط پایه در مراحل درمان کاهش داشته است. میزان شاخص تغییر پایا (RCI) در زوج اول، دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب ۴/۶۰، ۴/۸۶، ۳/۴۳ به‌دست آمده است که با توجه به سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) نمره‌ی هر سه زوج در دل‌بستگی اضطرابی به بالاتر از  $Z = 1/96$  رسیده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات هر سه زوج از نظر آماری قابل قبول بوده و نتیجه‌ی مداخله‌ی درمان است. هم‌چنین همان‌طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد درصد بهبودی زوج اول، دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب دارای ۲۱/۸۷٪، ۲۶/۹۲٪، ۲۹/۱۶٪ (با درصد بهبودی کلی ۲۵/۹۸٪) می‌باشند. پس از دوره‌ی دوم‌ماهه پیگیری درصد بهبودی زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۱۵/۶۵٪، ۳۴/۶۱٪، ۲۹/۱۶٪ (با درصد بهبودی کلی ۲۶/۴۷٪) به‌دست آمده است.

با توجه به یافته‌های به‌دست آمده نمره‌های دل‌بستگی ایمن در هر سه زوج تا پایان درمان افزایش کمی را نشان می‌دهد. نتایج درصد بهبودی کلی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله‌ی درمان (۲۰/۳۸٪) و با اندکی کاهش در مرحله‌ی پیگیری (۱۹/۶۹٪) در طبقه‌بندی شکست درمانی قرار می‌گیرند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش دل‌بستگی ایمن مؤثر نبوده است. هم‌چنین یافته‌های به‌دست آمده بیانگر این است که نمره‌های دل‌بستگی اجتنابی در هر سه زوج تا پایان درمان کاهش یافته است. این روند کاهشی در زوج اول، دوم و سوم در تمام مراحل درمان ادامه داشته است. هم‌چنین نتایج درصد بهبودی کلی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله‌ی درمان (۲۷/۳۰٪) و با اندکی افزایش در مرحله‌ی پیگیری (۲۸/۴۹٪) در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار می‌گیرند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دل‌بستگی اجتنابی مؤثر است. یافته‌های حاصل از نمره‌های دل‌بستگی اضطرابی در هر سه زوج تا پایان درمان نیز یک روند کاهشی را نشان می‌دهد. این روند کاهشی در زوج اول، دوم و سوم در تمام مراحل درمان ادامه دارد. هم‌چنین نتایج درصد بهبودی کلی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله‌ی درمان (۲۵/۹۸٪) و با اندکی افزایش در مرحله‌ی پیگیری (۲۶/۴۷٪) رسیده است که در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار می‌گیرند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دل‌بستگی اضطرابی زوجین مؤثر است.



نمودار ۱. روند تغییر مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سه زوج در سبک دل‌بستگی ایمن

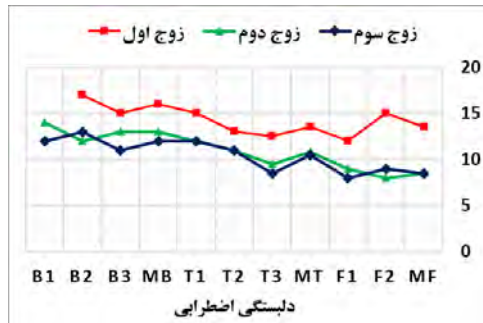
نمودار شماره ۱، میانگین و سطح نمره‌های دل‌بستگی ایمن هر سه زوج را نشان می‌دهد. نمودار زوج اول حالت صعودی دارد. این افزایش با یک شیب ملایم به‌طور منظم در کل مراحل درمان دیده می‌شود. این نمودار در ابتدا نوسانات محسوسی را در خط پایه نشان می‌دهد. از آن‌پس از T1 تا T3 نمودار با یک شیب ملایم حالت صعودی داشته و نمرات تا جلسه‌ی دوازدهم افزایش داشته و در نقطه‌ی T3 به بالاترین مقدار خود می‌رسد، ولی از آن‌پس در مرحله‌ی پیگیری با کاهش در نمرات، روند نزولی در نمودار مشاهده می‌شود. در زوج دوم ابتدا یک سری نوسانات افزایشی در خط پایه مشاهده می‌شود. از آن‌پس روند افزایشی نمودار با یک شیب قابل توجه تا نقطه‌ی T3 بالا می‌رود. در مراحل پیگیری از F1 به F2 نمودار روند صعودی خود را ادامه می‌دهد. در زوج سوم هم نوسانات جزئی در خط پایه مشاهده می‌شود. از این مرحله به بعد نمودار به یک شیب صعودی محسوس در جلسه‌ی دوازدهم با بالاترین مقدار خود می‌رسد. در مراحل پیگیری بار دیگر نمودار با یک سری نوسانات محسوس یک روند صعودی خود را ادامه می‌دهد.



## نمودار ۲. روند تغییر مراحل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سه زوج در سبک دل‌بستگی اجتنابی

نمودار شماره ۲، میانگین و سطح نمره‌های دل‌بستگی اجتنابی هر سه زوج را نشان می‌دهد. نمودار هر سه زوج یک روند کاهشی را نشان می‌دهد. نمودار زوج اول با وجود نوسانات محسوس در خط پایه، روند کاهشی خود را با یک شیب ملایم به‌طور منظم در کل مراحل درمان نشان می‌دهد. این نمودار در F1 به کم‌ترین سطح خود می‌رسد و از آن‌پس یک روند صعودی را نشان می‌دهد. در زوج دوم ابتدا نوساناتی با سیر نزولی در خط پایه مشاهده می‌شود. از آن‌پس روند نزولی نمودار با یک شیب تند در T3 به کم‌ترین مقدار خود می‌رسد؛ و این روند کاهشی در مراحل پیگیری با نوساناتی بسیار کمی همچنان ادامه دارد. در زوج سوم هم نوسانات نزولی کمی در خط پایه مشاهده می‌شود. از این مرحله به بعد نمودار به یک شیب محسوس در جلسه‌ی دوازدهم به کم‌ترین مقدار خود می‌رسد. این روند نزولی با یک شیب محسوس در مراحل پیگیری نیز تداوم دارد.





### نمودار ۳. روند تغییر مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سه زوج در سبک دل‌بستگی اضطرابی

نمودار شماره ۳، میانگین و سطح نمره‌های دل‌بستگی اضطرابی هر سه زوج را نشان می‌دهد. این نمودار هم روند کاهشی در نمرات دل‌بستگی اضطرابی در سه زوج را نشان می‌دهد. نمودار زوج اول در ابتدا نوسانات محسوسی را در خط پایه نشان می‌دهد. این نمودار از T1 تا T3 با یک شیب قابل توجه به کم‌ترین مقدار خود می‌رسد، ولی دوباره در مراحل پیگیری با نوساناتی محسوس یک روند صعودی را نشان می‌دهد. در زوج دوم ابتدا نوساناتی کمی در خط پایه مشاهده می‌شود. نمودار این زوج در یک شیب قابل توجه به‌طور منظم یک روند کاهشی را نشان می‌دهد. این روند کاهشی در مراحل پیگیری هم به‌طور منظم تداوم دارد. در زوج سوم هم نوسانات کمی در خط پایه مشاهده می‌شود که تا جلسه‌ی چهارم یک روند بدون تغییر به نمایش می‌گذارد. نمودار از T2 تا F1 یک روند کاهشی محسوس را نشان می‌دهد که اندکی در F2 یک روند افزایشی را نشان می‌دهد.

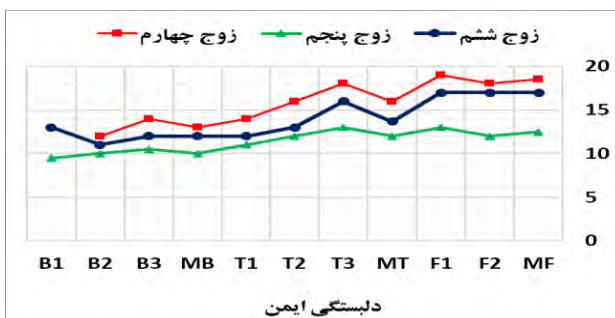
### جدول ۲. روند تغییر مراحل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان سه زوج در سبک‌های دل‌بستگی

سبک‌های دل‌بستگی		دل‌بستگی ایمن			دل‌بستگی اجتنابی			دل‌بستگی اضطرابی	
آزمودنی‌ها	زوج چهارم	زوج پنجم	زوج ششم	زوج چهارم	زوج پنجم	زوج ششم	زوج چهارم	زوج پنجم	زوج ششم
مراحل درمان	۱۲	۹/۵	۱۳	۱۴	۱۸	۱۴	۱۵	۱۶	۱۶
خط پایه اول	۱۴	۱۰	۱۱	۱۶	۱۶	۱۱	۱۷	۱۷	۱۴
خط پایه دوم	-	۱۰/۵	۱۲	-	۱۷	۱۲	-	۱۵	۱۵
خط پایه سوم	۱۳	۱۰	۱۲	۱۵	۱۷	۱۲	۱۶	۱۵	۱۵
میانگین مراحل خط پایه	۱۴	۱۱	۱۲	۱۴	۱۶	۱۳	۱۵	۱۵	۱۴
جلسه‌ی چهارم	۱۶	۱۲	۱۳	۱۱	۱۵	۱۱	۱۳	۱۳	۱۲
جلسه‌ی هشتم	۱۸	۱۳	۱۶	۹	۱۱	۹	۱۱	۱۰	۸/۵
جلسه‌ی دوازدهم	۱۶	۱۲	۱۳/۶۶	۱۱/۳۳	۱۴	۱۱	۱۳	۱۲/۶۶	۱۱/۵
میانگین مراحل درمان	۴/۲۳	۵/۱۷	۳/۳۳	۳/۸۷	۳/۶۸	۴/۰۳	۴/۳۴	۳/۴۷	۴/۰۸
شاخص تغییر پایا	۳۸/۴۶	۳۰	۳۳/۳۳	۴۰	۳۵/۲۹	۳۵/۷۱	۳۱/۲۵	۳۳/۳۳	۴۳/۳۳
درصد بهبودی پس از درمان	۳۳/۹۳				۳۷			۳۵/۹۷	
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۱۹	۱۳	۱۷	۸	۱۱	۹	۱۰	۱۰	۸
پیگیری نوبت اول	۱۸	۱۲	۱۷	۱۰	۱۰	۷	۱۱	۱۲	۱۰
پیگیری نوبت دوم	۱۸/۵	۱۲/۵	۱۷	۹	۱۰/۵	۸	۱۰/۵	۱۱	۹
میانگین مراحل پیگیری	۴/۶۶	۴/۳۱	۴/۱۶	۳/۸۷	۳/۹۸	۴/۸۳	۴/۷۸	۳/۷۷	۳/۷۷
شاخص تغییر پایا	۴۲/۳۰	۲۵	۴۱/۶۶	۴۰	۳۸/۲۳	۴۲/۸۵	۳۴/۳۷	۲۶/۶۶	۴۰
درصد بهبودی پس از پیگیری	۳۶/۳۲				۴۰/۳۶			۳۳/۶۷	
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری									

همان‌طور که داده‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، نمره‌های سبک دل‌بستگی ایمن در هر سه زوج با داشتن نوساناتی در مراحل درمان افزایش یافته است. میزان شاخص تغییر پایا (RCI) در زوج چهارم، پنجم، ششم در پایان درمان به ترتیب ۴/۲۳، ۵/۱۷، ۳/۳۳ به‌دست آمده است که با توجه به سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) نمره‌ی هر سه زوج در دل‌بستگی ایمن به بالاتر از  $Z=1/96$  رسیده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات هر سه زوج از نظر آماری مورد تأیید بوده و به‌صورت تصادفی نبوده و نتیجه‌ی تأثیر درمان است. هم‌چنین همان‌طور که در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد درصد بهبودی زوج چهارم، پنجم، ششم در پایان درمان به ترتیب ۳۸/۴۶٪، ۳۰٪، ۳۳/۳۳٪ (با درصد بهبودی کلی ۳۳/۹۳٪) است. پس از دوره‌ی دوماهه پیگیری درصد بهبودی در زوج چهارم، پنجم، ششم به ترتیب ۴۲/۳۰٪، ۲۵٪، ۴۱/۶۶٪ (با درصد بهبودی کلی ۳۶/۳۲٪) به‌دست آمده است. هم‌چنین داده‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های دل‌بستگی اجتنابی در هر سه زوج با وجود نوسانات خط پایه در مراحل درمان کاهش یافته است. میزان شاخص تغییر پایا (RCI) در زوج چهارم، پنجم، ششم در پایان درمان به ترتیب ۳/۸۷، ۳/۶۸، ۴/۰۳ به‌دست آمده است که با توجه به سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) نمره‌ی هر سه زوج در دل‌بستگی اجتنابی به بالاتر از  $Z=1/96$  رسیده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات هر سه زوج قابل قبول بوده و نتیجه‌ی تأثیر درمان است. هم‌چنین همان‌طور که در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد درصد بهبودی زوج چهارم، پنجم، ششم در پایان درمان به ترتیب دارای ۴۰٪، ۳۵/۲۹٪، ۳۵/۷۱٪ (با درصد بهبودی کلی ۳۷٪) است. پس از دوره‌ی دوماهه پیگیری درصد بهبودی زوج چهارم، پنجم، ششم به ترتیب ۴۰٪، ۳۸/۲۳٪، ۴۲/۸۵٪ (با درصد بهبودی کلی ۴۰/۳۶٪) به‌دست آمده است. داده‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد نمره‌های دل‌بستگی اضطرابی هر سه زوج با وجود نوسانات خط پایه در مراحل درمان کاهش داشته است. میزان شاخص تغییر پایا (RCI) در زوج چهارم، پنجم، ششم در پایان درمان به ترتیب ۴/۳۴، ۳/۴۷، ۴/۰۸ به‌دست آمده است که با توجه به سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) نمره‌ی هر سه زوج در دل‌بستگی اضطرابی به بالاتر از  $Z=1/96$  رسیده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات هر سه زوج از نظر آماری قابل قبول بوده و نتیجه‌ی مداخله‌ی درمان است. هم‌چنین همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد درصد بهبودی زوج چهارم، پنجم و ششم در پایان درمان به ترتیب دارای ۳۱/۲۵٪، ۳۳/۳۳٪، ۴۳/۳۳٪ (با درصد بهبودی کلی ۳۵/۹۷٪) است. پس از دوره‌ی دوماهه پیگیری درصد بهبودی زوج چهارم، پنجم، ششم به ترتیب ۳۴/۳۷٪، ۲۶/۶۶٪، ۴۰٪ (با درصد بهبودی کلی ۳۳/۶۷٪) به‌دست آمده است.

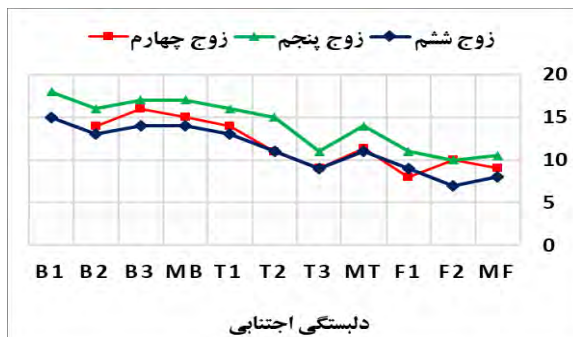
با توجه به یافته‌های به‌دست آمده نمره‌های دل‌بستگی ایمن در هر سه زوج تا پایان درمان افزایش یافته است و این تغییر از نظر آماری قابل قبول است. هم‌چنین نتایج درصد بهبودی کلی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله‌ی درمان (۳۳/۹۳٪) و با اندکی افزایش در مرحله‌ی پیگیری (۳۶/۳۲٪) در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار می‌گیرند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در افزایش دل‌بستگی ایمن مؤثر بوده است. هم‌چنین یافته‌های به‌دست آمده بیانگر این است که نمره‌های دل‌بستگی اجتنابی در هر سه زوج تا پایان درمان کاهش یافته است. این روند کاهشی در زوج چهارم، پنجم و ششم در تمام مراحل درمان ادامه داشته است. هم‌چنین نتایج درصد بهبودی کلی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله‌ی درمان (۳۷٪) و با اندکی افزایش در مرحله‌ی پیگیری (۴۰/۳۶٪) در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار می‌گیرند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش دل‌بستگی اجتنابی زوجین مؤثر است. یافته‌های حاصل از نمره‌های دل‌بستگی اضطرابی در هر سه زوج تا پایان درمان نیز یک روند

کاهش را نشان می‌دهد. این روند کاهش در زوج چهارم، پنجم و ششم در تمام مراحل درمان ادامه دارد. هم‌چنین نتایج درصد بهبودی کلی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله‌ی درمان (۳۵/۹۷٪) و با اندکی کاهش در مرحله‌ی پیگیری (۳۳/۶۷٪) رسیده است که در طبقه‌بندی بهبودی اندک قرار می‌گیرند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش دل‌بستگی اضطرابی زوجین مؤثر است.



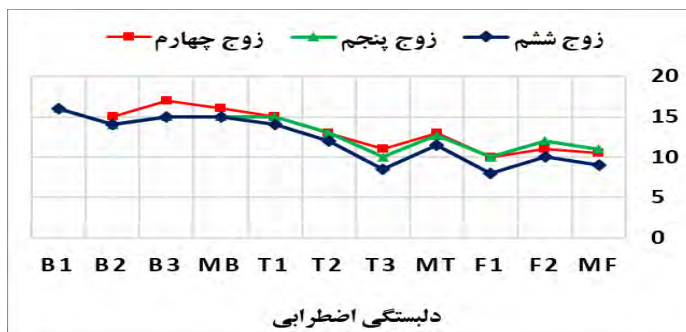
#### نمودار ۴. روند تغییر مراحل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان سه زوج در سبک دل‌بستگی ایمن

نمودار شماره ۴ میانگین و سطح نمره‌های دل‌بستگی ایمن هر سه زوج را نشان می‌دهد. نمودار زوج چهارم حالت صعودی دارد. این افزایش با یک شیب محسوس به‌طور منظم در کل مراحل درمان دیده می‌شود. این نمودار در ابتدا نوسانات محسوسی را در خط پایه نشان می‌دهد. از آن‌پس از T1 تا T3 نمودار با یک شیب قابل توجه حالت صعودی داشته و نمرات تا جلسه‌ی دوازدهم افزایش داشته و در نقطه‌ی T3 به بالاترین مقدار خود می‌رسد و از آن‌پس در مرحله‌ی پیگیری به روند صعودی خود ادامه می‌دهد. نمودار زوج پنجم هم با نوساناتی بسیار اندکی در خط پایه، روند افزایشی خود را با یک شیب ملایم در نقطه‌ی T3 به بالاترین سطح خود می‌رسد و به‌طور کلی همین روند افزایشی در مراحل پیگیری با اندکی کاهش تداوم دارد. نمودار زوج ششم هم نوسانات کمی را در خط پایه نشان می‌دهد. اگرچه مقادیر این نمودار تا جلسه‌ی چهارم ثابت بوده و تغییر محسوسی ندارد، ولی در جلسات بعدی با یک روند صعودی محسوس در جلسه‌ی دوازدهم و نقطه‌ی T3 بالاترین مقدار خود می‌رسد که این روند افزایشی در مراحل پیگیری نیز تداوم دارد.



#### نمودار ۵. روند تغییر مراحل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان سه زوج در سبک دل‌بستگی اجتنابی

نمودار شماره ۵ میانگین و سطح نمره‌های دل‌بستگی اجتنابی هر سه زوج را نشان می‌دهد. نمودار هر سه زوج یک روند کاهشی را نشان می‌دهد. نمودار زوج چهارم با وجود نوسانات محسوس در خط پایه، روند کاهشی خود را با یک شیب محسوس به‌طور منظم در کل مراحل درمان نشان می‌دهد. روند نزولی نمودار در F1 به کم‌ترین سطح خود می‌رسد و از آن‌پس در F2 اندکی روند صعودی را نشان می‌دهد. در زوج پنجم هم نوسانات محسوسی با سیر نزولی در خط پایه مشاهده می‌شود. از آن‌پس روند نزولی نمودار با یک شیب ملایم تا جلسه‌ی هشتم تغییر قابل توجهی را نشان نمی‌دهد، ولی از آن‌پس در نقطه‌ی T3 به کم‌ترین مقدار خود می‌رسد و این روند نزولی در مراحل پیگیری با اندکی کاهش تداوم دارد. در زوج ششم هم نوساناتی نزولی در خط پایه مشاهده می‌شود. از این مرحله به بعد نمودار به یک شیب محسوس در جلسه‌ی دوازدهم به کم‌ترین مقدار خود می‌رسد. این روند نزولی با یک شیب محسوس در مراحل پیگیری نیز تداوم دارد.



#### نمودار ۶. روند تغییر مراحل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان سه زوج در سبک‌های دل‌بستگی اجترایی

نمودار شماره ۶، میانگین و سطح نمره‌های دل‌بستگی اجترایی هر سه زوج را نشان می‌دهد. این نمودار هم روند کاهشی در نمرات دل‌بستگی اجترایی در سه زوج را نشان می‌دهد. نمودار زوج چهارم در ابتدا نوسانات محسوسی را در خط پایه نشان می‌دهد. این نمودار از T1 تا T3 با یک شیب قابل توجه به کم‌ترین مقدار خود می‌رسد که این روند کاهشی در مراحل پیگیری نیز تداوم دارد. در زوج پنجم ابتدا نوسانات کمی در خط پایه مشاهده می‌شود. نمودار این زوج تا جلسه‌ی هشتم تغییراتی را نشان نمی‌دهد، ولی در T2 و T3 کاهش محسوسی را نشان می‌دهد که تا F1 تداوم دارد، ولی در F2 با افزایش مقادیر اندکی صعود می‌کند. این روند کاهشی در مراحل پیگیری هم به‌طور منظم تداوم دارد. در زوج ششم هم نوسانات کمی در خط پایه مشاهده می‌شود. نمودار این زوج با یک شیب قابل توجه و مداوم در جلسه‌ی دوازدهم به کم‌ترین مقدار خود می‌رسد که کاهش در F1 تداوم دارد، ولی از این مرحله به بعد با افزایش مقادیر عددی در F2 اندکی افزایش می‌یابد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر هم‌سنجی کارایی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته بود. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که همه‌ی آزمودنی‌ها در متغیرهای وابسته تغییراتی داشته‌اند. همان‌گونه که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان درصد بهبودی کلی پس از درمان در دل‌بستگی ایمن ۲۰/۳۸٪ و این میزان بهبودی در پایان دوماهه پیگیری به ۱۹/۶۹٪ رسیده است و ۰/۶۹٪ کاهش را نشان می‌دهد که بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله‌ی درمان، در طبقه‌بندی شکست درمانی قرار دارد. جدول شماره ۲ نشان می‌دهد در گروه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان درصد بهبودی کلی پس از درمان در دل‌بستگی ایمن ۳۳/۹۳٪ و بعد از دوره دوماهه پیگیری با ۲/۳۹٪ افزایش به ۳۶/۳۲٪ رسیده است. این نتیجه درمانی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه‌ی بهبودی اندک قرار دارد؛ بنابراین در متغیر دل‌بستگی ایمن زوج‌های تحت درمان زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان نسبت به زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبودی بیشتری نشان می‌دهند. در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درصد بهبودی کلی در متغیر دل‌بستگی اجتنابی ۲۷/۳۰٪ بوده که در پایان دوره‌ی دوماهه پیگیری برای دل‌بستگی اجتنابی با ۱/۱۹٪ افزایش به ۲۸/۴۹٪ رسیده است. هم‌چنین درصد بهبودی کلی در متغیر دل‌بستگی اضطرابی از ۲۵/۹۸٪ با ۰/۴۹٪ افزایش به ۲۶/۴۷٪ رسیده است. در گروه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان درصد بهبودی کلی در متغیر دل‌بستگی اجتنابی ۳۷٪ و بعد از دوره‌ی دوماهه پیگیری با ۳/۳۶٪ افزایش به ۴۰/۳۶٪ رسیده است. هم‌چنین درصد بهبودی کلی در متغیر دل‌بستگی اضطرابی ۳۵/۹۷٪ و بعد از دوره‌ی دوماهه پیگیری با ۲/۳٪ کاهش به ۳۳/۶۷٪ رسیده است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله‌ی درمان نتایج به‌دست آمده برای دو متغیر دل‌بستگی اجتنابی و دل‌بستگی اضطرابی در هر دو گروه زوج‌درمانی در طبقه‌ی بهبودی اندک قرار دارد. نتایج نشانگر این است که هر دو گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در کاهش دل‌بستگی اجتنابی و دل‌بستگی اضطرابی زوجین سازش نیافته مؤثر هستند، ولی بر افزایش دل‌بستگی ایمن فقط زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان تأثیر داشته است؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان نسبت به زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش دل‌بستگی ایمن و تغییر در سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و اضطرابی زوجین مؤثرتر است.

همان‌طور که قبلاً گفته شد نتایج پژوهش گلپایگانی و همکاران (۱۳۹۷)، سلگی و همکاران (۱۳۹۶)، اتحادیه و همکاران (۱۳۹۵) نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دل‌بستگی است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌هایی که اشاره شد، همخوانی دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است تغییر معناداری بر بهبود دل‌بستگی (کاهش سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و اضطرابی) زوجین سازش نیافته داشته باشد، ولی در افزایش سبک دل‌بستگی ایمن آن‌ها تفاوت معناداری ایجاد نکرده است. هم‌چنین تحقیقات متعددی به سودمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره دارند که طور غیرمستقیم با نتایج این تحقیقات همسو است. پژوهش‌های (Christian, Atkins,) Waller & Simon, 2004)، هنرپوران، تبریزی، نوبی

نژاد، شفیق آبادی و مرادی (۲۰۱۰)، رجبی و همکاران (۱۳۹۱)، امان الهی و همکاران (۱۳۹۳)، نریمانی، عباسی، بگیان، بختی (۱۳۹۳)، خبازی و همکاران (۱۳۹۴)، به سودمندی درمان پذیرش و تعهد در زمینه آشفستگی‌ها و مشکلات زناشویی اشاره دارند. نتایج تحقیقات محبت، اکبری، ملکی (۱۳۹۳)، ارگنه و همکاران (۱۳۹۳) اشاره به اثر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی زنان دارای اضطراب فراگیر و سرطانی دارد. نتایج پژوهش‌های (Peterson & Eifert, 2009, 2011)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۲) به ویژه به اثربخشی این رویکرد در بهبود کیفیت زندگی زوجین نابارور اشاره دارند. هم‌چنین اکثر پژوهش‌ها و مطالعات مرتبط با سبک‌های دل‌بستگی بیانگر تأثیر رویکرد متمرکز بر هیجان بر تغییر سبک‌های دل‌بستگی زوجین است. نتایج پژوهش پیش‌رو با یافته‌های خضرآبادی و نیکنام (۱۳۹۸)، میرزا زاده و بهبودی (۱۳۹۶)، بدیهی زارعتی و موسوی (۱۳۹۵)، (Anderson & Kosloff, 2019)، (Wiebe, et al, 2017)، (McLean et al, 2013)، (Tae & Poulsen, 2013)، (Hallist & Miller, 2005) و (Hallist & Miller, 2005)، (Wiebe, et al, 2019)، (Johnson & Talitman, 1997)، (Pratt, 2002) و نعمان و همکاران (۲۰۰۵)، (Hallist & Miller, 2005)، رسولی، اعتمادی، شفیق آبادی و دلاور (۱۳۸۶)، اسلامی مهر (۱۳۸۷)، تقوایی و همکاران (۱۳۸۸)، روشنی (۲۰۱۱)، زاکارینی و همکاران (۲۰۱۳)، سلطانی و همکاران (۲۰۱۳)، نجفی و همکاران (۱۳۹۳)، بدیهی زارعتی (۱۳۹۰)، اسمائیل‌نیا (۱۳۹۰) و امانی (۱۳۹۰)، (McKinney & Johnson, 2006)، خوش‌خرام و گل‌زاری (۱۳۹۰) و حسین‌زاده (۱۳۸۸)، (Halchuk, McKinney & Johnson, 2010)، (McLean & et al, 2013)، (McKinnen & Johnson, 2006)، (Montagu & et al, Tai and Paulsen, 2013) (2011)، همسو است؛ ولی آنچه پژوهش حاضر را از پژوهش‌های پیشین متمایز کرده است بررسی مستقیم مقایسه‌ی اثربخشی دو رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته است همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد نتایج پژوهش پیش‌رو نشان‌دهنده‌ی اثربخشی بیش‌تر زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان نسبت به پذیرش و تعهد بر تغییر سبک‌های دل‌بستگی زوجین است.

در تبیین یافته‌ها پژوهش می‌توان گفت پژوهش‌های بسیاری گزارش کرده‌اند که افراد ایمن، افراد دارای دل‌بستگی اضطرابی و یا دل‌بستگی اجتنابی اساساً از راهبردهای متفاوتی برای تنظیم عواطف و پردازش اطلاعات هیجانی خود استفاده می‌کنند (Kafetsios, 2004). افراد ایمن راهبردهایی را برای تنظیم هیجانی به کار می‌برند که تنش را کاهش می‌دهد و هیجان‌های مثبت را تقویت می‌کند. افراد اجتنابی درعین حال که از حالت‌های عاطفی خود دوری می‌کنند، از ایجاد رابطه نیز پرهیز می‌کنند (vetera & Myers, 2002). اجتنابگری، آرمان‌گرایی و اعتماد به خود جبرانی به‌عنوان ویژگی‌های اصلی افراد دارای سبک اجتنابی تمایل آشکار آنان را برای سرکوبگری هیجانی نشان می‌دهد (Fuendeling, 1998). درعین حال که به حالت‌های عاطفی دیگران توجه کمتری نشان می‌دهند به‌طور فعال احساس پریشانی را در خود انکار می‌کنند (Dozier & Kobak, 1992). افراد با دل‌بستگی اضطرابی نیز با تأکید بر تجربه‌های تنیدگی‌زا، هیجان‌های منفی را در خود افزایش می‌دهند (Searle & Meara, 1989). اضطراب بالا و حالت گوش‌به‌زنگ بودن نیز که حاصل عدم توانایی برای تشخیص موقعیت‌های تهدیدکننده از موقعیت

امن است بر ناتوانی در کاهش اغتشاش‌های هیجانی با استفاده از راهبردهای مؤثر، شرایط را برای تداوم تنش‌ها و کاهش مقابله با تنیدگی فراهم می‌سازد. در نتیجه نظریه دل‌بستگی با برجسته کردن ریشه‌های هیجانی ارتباط بین فردی بزرگ‌سالی، بر این نکته تأکید دارد که دفاع‌های عاطفی مرتبط با دل‌بستگی نایمن موانعی را در راه پردازش اطلاعات هیجانی و عاطفی، مهار و آگاهی فرد از احساس‌ها و خواسته‌های خود و دیگران به وجود می‌آورد؛ بنابراین باید گفت گرچه رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود دل‌بستگی را به‌طور مستقیم مورد هدف قرار نمی‌دهد، ولی آزمودنی‌ها پس از درمان، سطوحی از تغییر در دل‌بستگی را نشان دادند که این امر به دلیل آن است که هیجان، اولین سازمان‌دهنده در رفتار دل‌بستگی است. هیجان‌ها، به فرد فرصتی می‌دهد تا احساسات خویش را نسبت به هر چیزی بروز دهد و این ابراز هیجانی، رابطی بین تجارب درونی و دنیای بیرونی است که با شناخت، تعامل دوسویه دارد و به افراد در ارزشیابی موقعیت‌هایی که به ارزش‌ها، نیازها، هدف‌ها یا علایق شخصی مربوط می‌شود، کمک می‌کند؛ و در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعین کمک می‌شود تا ماهیت تجارب درونی‌شان (به‌خصوص عملکرد هیجان‌ات) و نقشی را که روابط نامناسب با تجارب درونی می‌تواند در تداوم ناراحتی و محدودیت زندگی‌شان داشته باشد، بفهمند. پایش خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی‌اش کمک کند، به‌خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم‌وزیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست؛ بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند. از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسعه و نگهداری پریشانی، تعارض و فاصله‌ی عاطفی در زوج‌ها، ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده‌ی هر یک از آن‌ها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه‌ی زن و شوهر است. واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه‌ی منفی و عمل بر طبق آن‌ها چرخه‌ی رابطه‌ی منفی زوج‌ها را حفظ می‌کند، لذا این درمان به فرد این فرصت را می‌دهد که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت‌گرایانه پردازد و بیشتر تمرکز درمانگر هدایت بیمار با قبول مسئولیت توسط خودش به سمت هشیاری کامل است. درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجان‌ات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به‌صورت کامل تجربه کنند، بدون آن‌که آن‌ها را سرکوب کنند 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 کنند (Ferman & Herbert, 2008).

هدف اصلی زوج‌درمانگر در این درمان کمک به هر یک از زوجین بود، برای این‌که از فرآیندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود چه به‌تنهایی و چه در رابطه‌ی دو نفره و زوجی آگاه شوند، ارزش‌هایی که آن‌ها را در رابطه نگه‌داشته است، روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به‌طور مداوم متناسب با این اهداف هستند حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند. معمولاً زوج‌ها از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد و یا تعارض اجتناب می‌کنند. درمانگر در جلسات زوج‌درمانی به اعضا نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش داده است. به‌طور واضح نشان داده شد که

وقتی یکی از زوجها از لحاظ عاطفی احساس آسیب و یا ناتوانی و ضعیف شدن می کند به فاصله‌ی عاطفی روی می آورد. هرچند فاصله‌ی عاطفی از افراد محافظت می کند و امکان پریشانی عاطفی در آینده را کاهش می دهد. با یادگیری مهار این افکار، پذیرش آگاهانه‌ی این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که به طور مداوم ارتباط و صمیمیت عاطفی زوجها را هدف قرار می دهد، تمرین شد. همان طور که زوجین شروع به کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می کردند بیشتر تمایل پیدا می کردند و قادر می شدند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت از رابطه را بهبود می بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می دهد، داده می شد؛ و لذا نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطه‌ی دو طرفه، این فرصت را برای زوجین فراهم کرد تا ارتباط قوی تری برقرار کنند.

در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه ایجاد پذیرش، عدم اجتناب تجربی، افزایش ذهن آگاهی، کاهش قضاوت و تفکر ارزیابانه، عمل متعهدانه منطبق بر ارزش‌ها، آگاهی از حالات و تجارب هیجانی و تجربه کردن مجدد هیجانات در لحظه حال جدای از آمیختگی شناختی که در پروتکل درمانی این درمان بر آن‌ها تأکید می شود، به طور غیرمستقیم منجر به بهبود سبک دل‌بستگی نایمن (کاهش سبک‌های اجتنابی و اضطرابی) می شود؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش در افزایش سبک دل‌بستگی ایمن اثر معناداری نداشت. در تبیین این یافته دو علت باید ذکر کرد، اول این که چون هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد بهبود دل‌بستگی و تجارب هیجانی نیست، به طور عمیق و مستقیم به بهبود مشکلات دل‌بستگی نمی پردازد، در نتیجه به طور غیرمستقیم با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زوجین بر این زمینه تأثیرگذار است، ولی نه آن قدر معنی دار که بتواند باعث تغییر معناداری در افزایش سبک دل‌بستگی ایمن شود. دوم این که روابط بزرگ‌سالی با چهره‌های دل‌بستگی (همسر) معمولاً دوجانبه است و سبک دل‌بستگی ایمن در بافت یک رابطه تجلی پیدا می کند؛ و ویژگی‌ها و سبک‌های دل‌بستگی هر یک از زوجین بر رابطه اثرگذار است. زوجین متشکل از حداقل یک همسر نایمن، می تواند حس ایمنی و امنیت را در هر دو نفر تقلیل و کاهش دهد. حس نایمنی در یک همسر می تواند از طریق واکنش‌های همسرش، همیشگی و حتی بدتر و شدیدتر هم بشود؛ بنابراین تا افراد درگیر پیامدها و علل احتمالی متعدد سبک‌های دل‌بستگی نایمن خود هستند، نمی توان انتظار افزایش حس دل‌بستگی ایمن را داشت. به عبارتی هنوز این سؤال کاربردی که چگونه و چه وقت اشکال دل‌بستگی تغییر می کنند، پاسخ مناسب خود را دریافت نکرده است. تا به امروز محققین بیان کرده‌اند که تغییر دل‌بستگی به طور تصادفی صورت نمی گیرد. مطالعاتی از شرکت کنندگان متعلق به سنین و دوره‌های زمانی مختلف و با استفاده از ابزارهای سنجش مختلفی گزارش داده‌اند که به طور متوسط ۳۰ درصد از شرکت کنندگان در طول زمان، تغییر در دل‌بستگی داشتند. لازم است راجع به فهم دلایل تغییر دل‌بستگی در بزرگ‌سالی نیز کار قابل توجهی صورت گیرد. به علاوه پیرامون این موضوع که چرا بعضی افراد تغییرپذیری بیشتری دارند و بعضی دیگر در برابر تغییر مقاوم‌اند، بررسی‌هایی انجام شود. به هر حال زمانی که برای الگوهای نایمن یک پایگاه و پناهگاه ایمن (مانند محلی که به منظور آسودگی و حمایت به آن پناه می‌برند) فراهم



شود، احتمال بیشتری وجود دارد که به تجدیدنظر در الگوی نایمن خود پردازند (Johnson & Wiffen, 2013). در جریان درمان، تلاش می‌شود با ایجاد یک رابطه‌ی موفق بین درمانگر و زوجین و بین زوجین با یکدیگر چنین پایگاه امنی ایجاد شود.

در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته باید گفت که درمان متمرکز بر هیجان بر پایه‌های مفاهیم واضح و روشن از درماندگی‌های زناشویی، شناخت عواطف، عشق بزرگ‌سالی و پاسخ‌های هیجانی بنا شده است. بر طبق این دیدگاه، آشفتگی‌های زناشویی، توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه‌ی منفی و آسیب‌های دل‌بستگی، عدم توجه به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه‌ی هیجانی نامناسب ایجاد می‌شود و ادامه پیدا می‌کند. از این رو طی درمان، برای بهبود روابط همسران و رهایی آن‌ها از مشکلات زناشویی و خانوادگی باید چرخه‌های تعاملی معیوب، صدمات دل‌بستگی و هیجانات مشکل‌آفرین را شناسایی کرد و اقدامات درمانی مناسبی جهت تصحیح این موارد، صورت داد. درمان متمرکز بر هیجان پردازش مجدد تجارب و باز سازمان‌دهی تعاملات را با هدف خلق دل‌بستگی ایمن و ایجاد احساسی سرشار از امنیت به انجام می‌رساند. در این راستا، تمرکز درمانی همواره بر مقولات مرتبط با دل‌بستگی (ایمنی، اعتماد و تماس) و البته عوامل بلوکه‌کننده‌ی آن خواهد بود (Johnson, 2004). بنابراین در درمان متمرکز بر هیجان درمانگر به هر کدام از زوجین کمک می‌کند تا به‌طور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی که این چرخه‌ی منفی ایجاد می‌کند، به‌عنوان دشمن متقابل خود ببیند تا ترس‌ها و خواسته‌های دل‌بستگی خود را کشف و در میان بگذارند و به تدریج راه‌هایی را بیابند تا به‌طور روشن این ترس‌ها و خواسته‌ها را به شیوه‌ای برای هم ابراز کنند که نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگو بودن یک پیوند ایمن‌تر را تسهیل کند. تغییر در درمان متمرکز بر هیجان زمانی رخ می‌دهد که درمانگر به همسران کمک می‌کند تا عناصر موجود در این رقص رابطه‌ای مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شده و پاسخ‌ها شروع به تغییر کردن می‌کنند، یک چرخه مثبت‌تر به وجود می‌آید که به زوج کمک می‌کند تا به سمت پیوندی ایمن‌تر پیش بروند (Dalglish, Johnson, Burgess, Lafontaine, Wiebe, & Tasca, 2013)؛ بنابراین یک همسر با سبک دل‌بستگی ایمن ممکن است که اثرات منفی نایمنی را کاهش داده (Cohen, Mc Guffin, Pfeifle, Segal, & Cohen, 1992) و حس ایمنی در زوج مقابل را پروراند. اگر همسر دیگر نیز از قبل حس ایمنی داشته باشد، این تجربه‌ی تعاملات گرم، با محبت و پاسخگو، الگوهای موجود را تأیید و تقویت می‌کند، ولی اگر همسر دیگر سبک نایمن داشته باشد، این تجربه، الگوهای موجود را تأیید نموده و ممکن است که به تدریج این الگوها را سازمان‌دهی مجدد کند (Feeny, 2003; Rothbard & Shaver, 1994)؛ به عبارت دیگر، وقتی که همسر ایمن به‌طور مداوم باز بودن و بیان متقابل را تشویق و ترغیب می‌کند، همسر با سبک نایمن می‌تواند رفتارهای ناسازگارانه ناشی از نایمنی را اصلاح و تعدیل نماید. با توجه به توانمندی و کارایی دو رویکرد زوج‌درمانی در زمینه‌ی متغیرهای وابسته‌ی پژوهش پیشنهاد می‌شود این رویکردها به‌طور گسترده‌تری در مراکز مشاوره و زوج‌درمانی برای کاهش تعارضات و مشکلات زناشویی، دادگاه خانواده، آموزش و پرورش،

نهادهای بهزیستی و دیگر نهادهای مردم محور، مراکز درمان پزشکی جهت برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده و پیشگیری از آسیب‌های خانواده استفاده شود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار نتایج، پژوهش‌های بعدی در قالب طرح‌های پژوهشی متنوع‌تر، پژوهش‌های طولی عمیق‌تر با تعداد متغیر محدودتر، حجم نمونه‌های بزرگ‌تر، گمارش تصادفی و کنترل بیش‌تری انجام شود. همچنین در مطالعه‌های بعدی از چندین درمانگر برای ارائه درمان‌ها استفاده شود برای این که به نظر می‌رسد موجب اعتبار بیشتر نتایج و کاهش سوگیری‌های احتمالی در زمینه یافته‌ها خواهد شد.

**محدودیت‌های پژوهش:** با توجه به عدم دستیابی به پیشینه‌های تحقیقاتی خارجی در زمینه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته و همچنین محدود بودن پژوهش‌های مشابه داخلی در این زمینه، جمع‌آوری پیشینه‌ی تحقیقاتی داخلی و خارجی و همچنین امکان مقایسه‌ی نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش‌های مشابه دیگر با محدودیت همراه بود. استفاده از روش طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه ناهم‌زمان، تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس با حجم نمونه‌ی موردپذیرش کم، باعث می‌شود در تعمیم نتایج این پژوهش جانب احتیاط را در نظر داشته و با قاطعیت نتایج تعمیم داده نشود.

**تصریح درباره تعارض منافع:** این نوشتار از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول (گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد) تحت عنوان هم‌سنجی کارایی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سبک‌های دل‌بستگی زوجین سازش نیافته، اخذ شده است و با منافع شخص یا سازمانی منافات ندارد.

**سپاسگزاری:** نویسندگان از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش، مدیریت و کارکنان مرکز مشاوره خانواده سینا شهرستان دزفول، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

## منابع فارسی

ایمانی، مهدی. (۱۳۹۱). بررسی کارایی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در کاهش آشفتگی زناشویی و علائم اختلال اضطراب فراگیر زنان شهرستان ماهشهر. مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۱)، ۸۹-

۵۶. [\[link\]](#)

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۵). تبیین اختلال‌های شخصیت بر اساس نظریه دل‌بستگی. مجله روان‌شناسی معاصر، ۱(۲)، ۴۸-۴۱-

[\[link\]](#)

پاک‌دامن، شهلا. (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین دل‌بستگی و جامعه طلبی در نوجوانی. مجله علوم روان‌شناختی، ۳(۹)، ۴۷-

۲۵. [\[link\]](#)

تیریزی، مصطفی؛ دیبائیان، شهرزاد؛ جعفری، فروغ و کاردانی، مژده. (۱۳۸۵). فرهنگ توصیفی خانواده و خانواده‌درمانی. تهران:

انتشارات فراروان. [\[link\]](#)

- ثنایی ذاکر، باقر، علاقبند، ستیلا و هومن، عباس. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت. [link]
- جانسون، سوزان ام. (۲۰۰۴). زوج‌درمانی هیجان‌مدار. ترجمه: بیتا حسینی. (۱۳۹۳). انتشارات جنگل. [link]
- جانسون، سوزان ام؛ ویفن و والرئ ای. (۲۰۰۳). فرایندهای دل‌بستگی در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی. ترجمه: فاطمه بهرامی و همکاران، (۱۳۹۲). تهران: انتشارات دانژه. [link]
- حیدریان‌فر، نرگس و امان الهی، عباس. (۱۳۹۵). زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)؛ راهنمای گام‌به‌گام برای درمانگران. اهواز: انتشارات علوم و فنون پزشکی. [link]
- ریو، جان مارشال. (۱۹۹۸). انگیزش و هیجان (ویراست دوم). ترجمه: یحیی سید محمدی، (۱۳۸۹). تهران: نشر ویرایش. [link]
- سازمان ثبت‌احوال ایران، (۱۳۹۶)، آمار ازدواج و طلاق در سال، (۱۳۹۶). [link]
- گال، مردیت؛ بورگک، والتر و گال، جویس، (۱۹۹۵)، روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی. ترجمه: احمدرضا نصر، حمیدرضا عریضی، محمود ابوالقاسمی، خسرو باقری، محمدحسین علامت ساز، محمدجعفر پاکسرشت و همکاران، (۱۳۸۶)، تهران، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. [link]
- گورمن، آلن. اس. (۲۰۱۴). راهنمای بالینی زوج‌درمانی. ترجمه: امانی، رزیتا و همکاران. (۱۳۹۳). همدان: مرکز نشر دانشگاه بوعلی سینا. [link]
- نیکولز، مایکل پی و شوارتز، ریچارد سی. (۲۰۰۴)، خانواده‌درمانی (مفاهیم و روش‌ها)، ترجمه: محسن دهقانی و همکاران، چاپ دوم، (۱۳۸۹). تهران: دانژه. [link]
- هریس، راس، (۲۰۰۹)، درمان پذیرش و تعهد با عشق، ترجمه: پیمان دوستی و همکاران، تهران: فراگیر هگمتانه. (۱۳۹۶). [link]
- هریس، راس. (۲۰۰۹). ACT به زبان ساده (القبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد). ترجمه: انوشه امین زاده، تهران: انتشارات ارجمند، (۱۳۹۵). [link]

## References

- Ahmadi, K., Nabipoor, S. M., Kimiaee, S. A., & Afzali, M. H. (2010). Effect of family problem-solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Science*, 10(8): 682-687. [link]
- Aston, N. M., & Mc Lanahan, S. S. (1991), "Family Structure, Parent Practices and high school Completion" *American Sociological Review*, vol. 56, and pp: 309- 320. [link]
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., Mc Duff, P., & Grégoire, C. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *Journal of sexual medicine*, 10(8), 2024-2035. [link]
- Bulanda, J., Brown, S., & Yamashita, T. (2016). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. *Journal Social Science & Medicine*, 165, 119-127. [link]
- Christensen, A., Doss, B., (2017). Integative behavioral couple therapy. *Journal Current Opinion in Psychology*, 13, 23-27. [link]
- Cohen, B., Mc Guffin, M. E., Pfeifle, C., Segal, D., & Cohen, S. M. (1992). Apterous, a gene required for imaginal disc development in *Drosophila* encodes a member of the LIM family of developmental regulatory proteins. *Genes Dev.* 6 (5): 715-729. [link]

- Collins, N. L., & Read, S. J., (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. *Advances in Personal Relationships*, 5, 53-90. [[link](#)]
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663. [[link](#)]
- Dalgleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess, M., Lafontaine, M. F., Wiebe, S. A., Tasca, G.A. (2013). Examining predictors of change in therapyemotionally focused couple therapy. Canada: University of Ottawa. [[link](#)]
- Deluse, S. R., & Draver, S. L., (2015). A Rigorous Quasi- Exprimental Design to Evaluate the Causal Effect of a Mandatory Divorce Education Program. *Family Court Review*, 53 (1): 66-78. [[link](#)]
- Dozier, M., & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology and adolescent attachment interviews: Converging evidence for repressing strategies. *Child Development*, 63, 1473-1480. [[link](#)]
- Feeney, J. A., & Nooler, P. (1993). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social psychology*, 5 (2). 281-291. [[link](#)]
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1996). *Adult attachment*, thousand oaks, CA: Sage publications. [[link](#)]
- Feeny, S., 2003, 'The impact of foreign aid on poverty and human well-being in Papua New Guinea', *Asia Pacific Development Journal*, 10, 2, 73-93. [[link](#)]
- Ferman, E. M., & Herbert, J. D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. Fisher. (eds) *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 63, 263-265. [[link](#)]
- Fuendeling, J. M. (1998). Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 291-322. [[link](#)]
- GhorbanaliPoor, M., Farahani, H., Borjali, A., & Moghadas, L., (2008). Effects of education for changes and innovations insocial living on marital satisfaction. *Psychol Quarterly Educ SciPsychol*; 4(3): 57-70. [[link](#)]
- Gottman, J. M., (2013). *Marital interaction: Experimental investigation*: Elsevier. [[link](#)]
- Heyes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach behavior change*. New York: Guilford. [[link](#)]
- Hossain, M. M., Siddique, N. A., & Habib, M. F. B. (2017). Status of Marital Adjustment, Life Satisfaction and Mental Health of Tribal (Santal) and Non-Tribal Peoples in Bangladesh: A Comparative Study. *IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)*, 22(6), 5-12. [[link](#)]
- Johnson, S. M. (2003). Attachment theory: A guide for couple's therapy. In S. M. Johnson & V. Whiffen (Eds), *Attachment Processes incouple and family therapy*. New York: Guilford Press. [[link](#)]
- Johnson S. M., (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy. The practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner Rutledge. [[link](#)]
- Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across life course. *Personality and Individual Differences*, 37, 129- 145. [[link](#)]
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *J Trauma Stress*, 17(1), 11-21. [[link](#)]

- Millikin, J. W. (2000). Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionally Focused Therapy: A Process Study. Doctoral Dissertation in Human Development, Blacksburg, Virginia. [\[link\]](#)
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2004). Security-Based Self-Representations in Adulthood: Contents and Processes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (p. 159–195). Guilford Publications. [\[link\]](#)
- Mutlu, B., Erkut, Z., Yıldırım, Z., & Gündoğdu, N. (2018). A review on the relationship between marital adjustment and maternal attachment. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64 (3), 243-252. [\[link\]](#)
- Rao, L. S. (2017). Marital adjustment and depression among couples. *The International Journal of Indian Psychology*, 4 (2), 34-42. [\[link\]](#)
- Rosen-Grandon, J., Myers, J., & Hattie, J. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes and marital satisfaction. *Journal Couns and Dev*, 82 (1), 58-68. [\[link\]](#)
- Rothbard, J. C., & Shaver, P. R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (p. 31–71). Guilford Press. [\[link\]](#)
- Sayers, S. L., Kohn, C.S., & Fresco, D. M. (2001). Marital Conflict and Depression in the context of marital Discord Cognitive therapy and Research, 25 (6). [\[link\]](#)
- Searle, G., & Meara, N. M. (1989). Affective dimensions of attachment styles: Exploring self-reported attachment style, gender, emotional experience among college student. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (2), 147-158. [\[link\]](#)
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and family*, 38, 15-28. [\[link\]](#)
- Szymanski, D. M., & Hilton, A. N. (2013). Fear of Intimacy as a Mediator of the Internalized Heterosexism-Relationship Quality Link Among Men in Same-Sex Relationships. *Contemporary family therapy*, 35, 760-772. [\[link\]](#)
- Vetere, A., & Myers, L. B. (2002). Repressive coping style and adult romantic attachment style: Is there a relationship? *Personality and Individual Differences*, 32, 799-807. [\[link\]](#)
- Yalcin, B. M., & Karahan, T. F. (2007). Effects of a couple communication program on marital adjustment. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(1), 36-44. [\[link\]](#)
- Zhang, H., Tracy, L., Spinred, N., Eisenberg, N., & Wang, Z. (2017). Young adult's internet addiction: prediction by the interaction of parental marital conflict and respiratory sinus arrhythmia. *International Journal of psychology*, 120, 148-156. [\[link\]](#)

### References in Persian

- Besharat, M. A. (2006). Explaining personality disorders based on attachment theory. *Journal of Contemporary Psychology*, Volume 1, Issue 2, 41 - 48. [\[link\]](#)
- Gall, M., Borg, W., & Gall, J. (2007). Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology. Translators: Ahmad Reza Nasr., Hamidreza Oriti., Mahmoud Abolghasemi., Khosro Bagheri., Mohammad Hossein Alamatsaz., Mohammad Jafar Pak Seresht et al. Tehran: Shahid Beheshti University Press: 2016. [\[link\]](#)
- Gorman, A. S. (2015). *Clinical Guide to Couples Therapy*. Translated by Amani, Rosita et al. Hamadan: University of Bu Ali Sina Publishing Center (2014). [\[link\]](#)

- Harris, R. (2009). *Acceptance and Commitment with Love*, Translation; Friendship Contract, et al., Tehran: Hegmataneh inclusive. (2017) [[link](#)]
- Harris, Ross. (2009). *ACT in simple language (alphabet of acceptance and commitment therapy)*. Translated by Anoosheh Aminzadeh, Tehran: Arjmand Publications, (2016). [[link](#)]
- Heydarianfar, N., & Amanullahi, A. (2016). *Acceptance and Commitment-Based Coupling Therapy (ACT): (Step by Step Guide for Therapists)*. Ahvaz: Medical Science and Technology Publication. [[link](#)]
- Imani, M. (2012). Evaluation of the Effectiveness of Acceptance-Based Behavior Therapy and Integrated Behavioral Coupling Therapy in Reducing Marital Disorder and Symptoms of Generalized Anxiety Disorder in Mahshahr Women, *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 3 (1), 56-89. [[link](#)]
- Johnson, S. M., & Wiffen, V. A. (2003). *Attachment Processes in Couples Therapy and Family Therapy*. Translated by Fatemeh Bahrami et al., (2013). Tehran: Dangier Publications. [[link](#)]
- Johnson, S. M. (2004). *Emotional Couple Therapy*, Translated by Bita Hosseini, (2014). Jungle Publications. [[link](#)]
- Pakdaman, Sh. (2004). The relationship between attachment and community seeking in adolescence. *Journal of Psychological Science*, 3 (9), 25-47. [[link](#)]
- Rio, J. M., (1998). *Motivation and Excitement (Second Edition)*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi, (2010). Tehran: Editing publication. [[link](#)]
- Tabrizi, m., Dibayian, Sh., Jaafari, F., & Associate, M. P. (2008). *Descriptive Culture of Family and Family Therapy*. Tehran: Fararavan Publications. [[link](#)]
- Sanayee, B., Alagheband, S., & Human, A. (2008). *Family and Marriage Measurement Scales*. Tehran: Besat Press. [[link](#)]
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2004). *Family Therapy (Concepts and Methods)*. Translated by: Mohsen Dehghani et al., Second Edition, (2010). Tehran: Danjeh. [[link](#)]
- Organization for the Registration of Iranian Citizens (2017). *Marriage and divorce statistics in 2017*. [[link](#)]