

### اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه های افسردگی زوج های آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز

#### حوا جباری

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مشاوره گرایش خانواده موسسه آموزش عالی ادیبان. سمنان. ایران  
[Hiva.jamzar@gmail.com](mailto:Hiva.jamzar@gmail.com)

#### دکتر مجید یوسفی افرشته

عضو هیات علمی موسسه آموزش عالی ادیبان. سمنان. ایران  
[mjduosefi@gmail.com](mailto:mjduosefi@gmail.com)

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه های افسردگی زوج های آشفته مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر اهواز بوده است. طرح پژوهشی این مطالعه، تجربی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بوده و جامعه آماری آن شامل کلیه زوج های آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره وابسته به ادارات آموزش و پرورش شهر اهواز طی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۹ می باشد. نمونه آماری این مطالعه را ۳۰ زوج (شامل ۱۵ زوج در گروه آزمایش و ۱۵ زوج در گروه کنترل) از جامعه مذکور تشکیل داده که با بهره گیری از روش نمونه گیری هدفمند از بین مراجعه کنندگان انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۳)، استفاده شده است و به منظور تجزیه و تحلیل داده های حاصل از اجرای پژوهش، روش های آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار، درصد، و روش های آمار استنباطی نظیر تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری به کار گرفته شد. یافته های حاصله از این مطالعه نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. از این مطالعه میتوان نتیجه گرفت، زوج درمانی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار موجب کاهش افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده و میتوان از آن به عنوان یک رویکرد درمانی موثر در بهبود روابط زناشویی استفاده نمود. همچنین نتایج این یافته ها در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه نیز تداوم داشته است.

**واژگان کلیدی:** زوج درمانی هیجان مدار، نشانه های افسردگی، زوج های آشفته

#### ۰۱ مقدمه

خانواده نخستین و منحصر به فردترین نهاد اجتماعی است که سلامت و بهروزی یک جامعه را مرهون سلامت و خشنودی اعضای آن دانسته اند (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۷). آنچه در یک خانواده اتفاق می افتد و کارکرد آن می تواند یک عامل کلیدی در ایجاد انعطاف پذیری و کاهش خطرات زمان اکنون و آینده در رویارویی با رخدادها و شرایط ناخواسته زندگی زناشویی باشد؛ تحمل پریشانی زوجها است؛ بنابراین لازمه تقویت زندگی خانوادگی، ایجاد ثبات و دوام آن و تغییر نوع نگرش و طرز تعامل زوجها با یکدیگر است (فتح اله زاده و همکاران، ۱۳۹۶). در همین خصوص زوج درمانگران معتقدند یکی از متغیرهای تأثیرگذار در روابط زناشویی، انعطاف پذیری کنشی است (Elliott et al, 2019). به نحوی که زوج هایی که دارای زندگی زناشویی سالم و بدون تعارض هستند و در زندگی زوجی موفقیت آمیز عمل می کنند، دارای الگوهای ارتباطی صحیحی هستند، به انسان و زندگی،

دیدگاهی مثبت تر دارند و این موجب احساس ارزشمندی در آنها می شود و این احساس ارزشمندی به گونه مستقیم بر میزان تحمل پریشانی این افراد تأثیرگذار است (امین الرعیا، کاظمیان و اسمعیلی، ۱۳۹۵).

در واقع پژوهشها، حاکی از وجود همبستگی بالا مشکلات زناشویی و اختلالات رفتاری و هیجانی بوده، و نشان داده شده است که در صورت وجود آشفتگی در رابطه زناشویی، احتمال ابتلا فرد به اختلالات هیجانی و رفتاری افزایش می یابد، و در ارزیابی های بالینی، زوجین آشفته پنج تا شش برابر بیشتر مشکلات خلقی و اضطرابی را گزارش می دهند (Wiseman, 2006) در همین راستا یکی از راهبردهای درمانی کوتاه مدت برای کمک به زوجها در کار با آشفتگی های هیجانی-ارتباطی، درمان هیجان مدار<sup>۱</sup> است.

زوج درمانی هیجان مدار در اوایل دهه ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخلات زوجی فعال و کارآمد مطرح شد. این فقدان بیشتر در حوزه انسان گرایی احساس می شد، چرا که آن روزها مداخله های رفتاری عنصر غالب درمانی به شمار می رفت (Johnson & Zuccarini, 2010). زوج درمانی هیجان مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان است که با توجه به نقش عمده هیجان در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجان و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان را عامل تغییر در نظر می گیرد (Wiebe & Johnson, 2017). در واقع زوج درمانی هیجان مدار نوعی زوج درمانی کوتاه مدت می باشد که عناصری همچون تجربه گرایی، مراجع محوری، ساخت گرایی و نگاه سیستمی را در کنار ستون اصلی خود یعنی نظریه دلبستگی قرار داده است. بر اساس این مدل درمانی هیجان مدار به خودی خود ظرفیت ذاتی سازگارانهای دارند که اگر فعال شود می تواند به زوج ها کمک کند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند (Palmer et al, 2011). میتوان اذعان کرد تاکید زوج درمانی هیجان مدار بر روش دلبستگی های سازگاران از طریق مراقبت، حمایت و توجهی متقابل برای نیازهای خود فرد و همسر است. در این رویکرد هدف درمان این است که از طریق کمک به همسران برای دسترسی پیدا کردن واکنشهای خود حمایتی در روابط، تعاملات را بازسازی کرده و در نتیجه چرخه های جدیدی از درگیری رابطه ها را بیافریند.

در همین رابطه باید اشاره کرد، اختلال افسردگی اساسی را می توان با خلق افسرده و یا احساس غمگینی و بی علاقهگی به هرگونه کوشش و لذت روزانه شناخت (انجمن روان پزشکی امریکا، ۱۳۹۳). افراد افسرده دارای نارسایی های شناختی (Papazacharias, 2012) و مشکل حافظه (Beraand et al, 1992) هستند و هم چنین به سختی می توانند تصمیم بگیرند، عزت نفس پایینی دارند و احساس بی ارزشی و ناامیدی می کنند (Jeon et al, 2014). کاپلان (۲۰۰۳) افسردگی را اختلالی تعریف کرده است که فرد مبتلا به آن دارای علایمی از قبیل خلق پایین با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها و افکار مرگ و خودکشی می باشد.

در همین رابطه نتایج پژوهش های مختلف نشان داده اند که آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس می تواند به بهبود افسردگی، اضطراب، تنظیم هیجانی، کیفیت زندگی و طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی مؤثر باشد (جوادیان، خالقی و فتحی، ۱۳۹۷). با توجه به اینکه عدم تنظیم هیجان با طیفی از اختلالات هیجانی، شامل اضطراب و افسردگی مرتبط است (Shaffer et al, 2017)، و با توجه به اهمیت اساسی نقش خانواده و این که مشکلات بالقوه زوجین می تواند تأثیر نامطلوبی بر کل اعضای خانواده داشته باشد، این پژوهش در نظر دارد تا اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه های افسردگی زوجین آشفته شهر اهواز (مرکز مشاوره اداره کل آموزش و پرورش) را مورد مطالعه قرار دهد. در همین خصوص باید گفت: با وجود این که

1 Emotion-Focused Therapy

2 Systematic

3 Humanism

4 Adult Attachment Theory

معمولاً جلسات درمانی در این رویکرد بین ۸ تا ۲۰ جلسه می باشد

تحقیقات متعددی در رابطه با عنوان های مرتبط با عنوان پژوهش حاضر صورت پذیرفته است، اما با مراجعه به منابع در دسترس شامل مقالات و کتب مربوطه تحقیق مدون و جامعی در رابطه با بررسی اثر بخشی رویکرد هیجان مدار بر کاهش افسردگی زوج های آشفته، مشاهده نشده است و به نظر می رسد که شاید این تحقیق در زمره تحقیقاتی باشد که ضرورت آن در این زمینه احساس می شود.

از سویی دیگر نیز، یکی از دلایلی که ضرورت کاربردی این پژوهش را روشن می سازد، این است که زوج هایی که در جستجوی راهکارهای درمانی هستند، به شدت از پاسخ های نامناسب هیجانی همسران خود ناخشنود هستند و به تبع، فراوانی و شدت این هیجانات، زوجین را در معرض اضطراب، افسردگی و نارضایتی زناشویی قرار خواهد داد (Shaffer et al, 2017)، داشتن رضایت زناشویی در افراد یکی از مؤلفه های روانشناختی مهم در کاهش مشکلات عمده در امور شخصی و فردی، برقراری ارتباط و تعامل با دیگران است که می تواند اثر مهمی در ایفای نقش های متفاوت زندگی، خانوادگی و در مجموع زندگی روزمره شان ایفا کند.

### ۰۲ پیشینه پژوهش

در رابطه با عناوین و سایر جنبه های مرتبط با موضوع مورد پژوهش مطالعات دیگری توسط سایر پژوهشگران در داخل و سایر کشورها صورت پذیرفته است، از آن جمله می توان به نتایج تحقیق رحیمی، موسوی (۱۳۹۹) اشاره نمود. نتایج حاصله از این مطالعه نشان داد که آموزش با رویکرد هیجان مدار بر افزایش صمیمیت جنسی و بخشودگی بین فردی زوجین دارای تعارض زناشویی تأثیر مثبت دارد و بر این اساس می توان گفت که آموزش با رویکرد هیجان مدار اثربخش واقع شده و می تواند راه گشای مشاوران و روان درمانگران در بهبود صمیمیت جنسی، تعارض زناشویی و بخشودگی بین فردی زوجین باشد.

هم چنین در پژوهشی دیگر که توسط کیان و اعتمادی (۱۳۹۹) با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر دلبستگی و شادمانی زناشویی انجام شد، نشان داده شد، که مشاوره گروهی هیجان محور به صورت معناداری موجب افزایش کیفیت دلبستگی زوجین و افزایش شادمانی و رضایت زناشویی شده است.

در همین راستا پژوهش دیگری توسط فاطمی اصل و همکاران (۱۳۹۸) و با هدف، بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار با احساس روابط فرازناشویی صورت پذیرفت. این پژوهش، کاربردی و به صورت شبه آزمایشی همراه با طرح پیش آزمون و پس آزمون و مرحله پیگیری صورت گرفته پذیرفت. جامعه آماری این مطالعه شامل زنانی بوده که در ارتباط با مسئله فرازناشویی به مرکز مشاوره خانواده پیوند شهر سلماس مراجعه و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۲۰ زن از مشارکت کنندگانی که نمرات بالاتر در پرسشنامه احساس تنهایی راسل (۱۹۸۰)، هیجان مدار کسب کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند و گروه آزمایش ۹ جلسه مداخلات آموزشی را به مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه دریافت کردند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد بین دو گروه در احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد، و میانگین نمرات در گروه آزمایش پایین تر از گروه کنترل بوده است. با توجه به نتایج حاصله می توان گفت: رویکرد زوج درمانی هیجان مدار می تواند در کاهش احساس تنهایی زنان آسیب دیده از روابط فرازناشویی مؤثر بوده است.

(Vazhappilly & Reyes, 2018) در پژوهش خود نشان دادند که زوج درمانی متمرکز بر هیجان می تواند موجب غنای رابطه و کیفیت زندگی زناشویی در همسران آشفته شود.

(Priest, 2017) در پژوهشی با عنوان درمان هیجان مدار به عنوان درمان برای زوج های دارای اختلال اضطراب فراگیر و پریشانی ارتباطی، به این نتیجه دست یافت که درمان هیجان مدار، اختلال های اضطرابی و پریشانی ارتباطی زوج ها را به طور معنی داری کاهش داد و موجب رشد ارتباط عاطفی بوده است.

خجسته مهر و همکاران (۱۳۹۲) پژوهش خود را با هدف بررسی تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره ی شهراواز انجام دادند. نمونه آماری این پژوهش تعداد ۳۰ زوج از



زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بودند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ( هر گروه شامل ۱۵ زوج ) جایگزین شده و گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه مداخلات درمانی مبتنی بر رویکرد زوج درمانی هیجان مدار را دریافت نمودند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بین زوجین گروه های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد و مداخلات زوج درمانی هیجان مدار با تاکید بر سبک های دلبستگی علائم افسردگی را کاهش داده و باعث شده همسران روش های نوینی را برای تنظیم هیجان نشان پیدا کنند.

### ۰۳ روش پژوهش

هدف اصلی این پژوهش اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه های افسردگی زوج های آشفته مراجعه کننده به مرکز مشاوره (اداره کل آموزش و پرورش) شهر اهواز بوده است. فرضیه های پژوهش در مطالعه حاضر شامل دو فرضیه میباشد که عبارتند از:

**فرضیه ۱-** زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی در زوج های آشفته اثربخش است.

**فرضیه ۲-** اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی در زوج های آشفته در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم دارد. روش پژوهش حاضر نیز از نوع تمام آزمایشی بوده که در آن از دو گروه شامل گروه آزمایش و گروه کنترل استفاده شد. این طرح، از نوع پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل بوده، که در آن نمونه آماری به صورت تصادفی در دو گروه ( گروه آزمایشی و گروه کنترل) جایگزین شدند و از هر دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون سنجش و پیگیری به عمل آمد.

### ۱-۳. جامعه و نمونه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر را زوج های آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اهواز طی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۹ تشکیل داده و نمونه آماری پژوهش حاضر را ۳۰ زوج از جامعه مذکور تشکیل دادند که با بهره گیری از روش نمونه گیری هدفمند از بین مراجعه کنندگان، زوج هایی که بر اساس پرسشنامه های افسردگی دارای افسردگی بوده و واجد شرایط ورود به پژوهش بودند ( براساس مصاحبه و پرسشنامه رضایت زناشویی ) به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. روند انتخاب بدین صورت بود که پیش از شروع درمان، پژوهشگر به کلینیک های تخصصی مشاوره و روان شناسی آموزش و پرورش شهر اهواز مراجعه کرده و مسئولین را در جریان روند پژوهش قرار داد و ضمن توجیه آنها، از مسئولین مراکز خواسته شد که زوجین آشفته را به پژوهشگر ارجاع دهند. در مصاحبه، رضایت زناشویی پایین و مشکلات درون فردی بالا به عنوان شکایت اصلی جهت مراجعه به مرکز مشاوره بررسی شد. پس از بررسی های لازم، ۳۰ زوج واجد شرایط شرکت در پژوهش تشخیص داده شدند که پس از هماهنگی های لازم با آنها، بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل هر گروه شامل ۱۵ زوج جایگزین شدند ( جدول ۱) و در ادامه گروه آزمایش جلسات مداخله را به تعداد ۹ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه دریافت کردند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن رضایت زناشویی پایین ( گرفتن نمره پایین تر از نقطه برش در پرسشنامه رضایت زناشویی)، حداقل تحصیلات دیپلم، گذشتن بیش از دو سال از ازدواج، داشتن سن ۲۵-۴۵ سال، امضای رضایت نامه شرکت در پژوهش و عدم وقوع رخداد های تنش زا مانند طلاق و مرگ خویشاوندان یا دوستان صمیمی در سه ماه گذشته و معیارهای خروج از مطالعه شامل مصرف داروهای روان پزشکی، استفاده همزمان از روش های درمانی دیگر، امتناع شرکت کنندگان از تکمیل کردن پرسشنامه ها، غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن و دستیابی به پرسشنامه های ناقص تکمیل شده، بوده است.

(جدول ۱) فراوانی و درصد فراوانی شرکت کنندگان دو گروه بر اساس جنسیت

جنسیت	مرد	زن
فراوانی	۱۵	۱۵
درصد	۵۰	۵۰
فراوانی	۱۵	۱۵
درصد	۵۰	۵۰

همان طور که در (جدول ۱) مشاهده می شود تعداد ۱۵ زوج در هر دو گروه حضور دارند. جدول ۲ نیز ویژگی های جمعیت - شناختی سن و طول مدت ازدواج هر دو گروه را نشان می دهد.

(جدول ۲) ویژگی های جمعیت شناختی سن و طول مدت ازدواج در دو گروه

گروه	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
گروه آزمایش	سن	۳۴/۴۶	۴/۲۲	۲۸	۴۴
	طول مدت ازدواج	۶/۷۱	۱/۱۸	۲	۱۶
گروه کنترل	سن	۳۳/۷۱	۴/۴۸	۲۸	۴۵
	طول مدت ازدواج	۶/۵۵	۱/۳۸	۲	۱۵

همان طور که در جدول (شماره ۲) مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد سن اعضای گروه آزمایش (زوج درمانی هیجان مدار) به ترتیب ۳۴/۴۶ و ۴/۲۲ سال و کمترین و بیشترین سن به ترتیب ۲۸ و ۴۴ سال بود. میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج تا زمان حضور در پژوهش به ترتیب ۶/۷۱ و ۱/۱۸ بود. کمترین طول مدت ازدواج در نمونه ۲ سال و بیشترین طول مدت ازدواج در نمونه ۱۶ سال می باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد سن اعضای گروه گواه به ترتیب ۳۳/۷۱ و ۴/۴۸ سال و کمترین و بیشترین سن به ترتیب ۲۸ و ۴۵ سال بود. میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج تا زمان حضور در پژوهش به ترتیب ۶/۵۵ و ۱/۳۸ بود. کمترین طول مدت ازدواج در نمونه ۲ سال و بیشترین طول مدت ازدواج در نمونه ۱۵ سال می باشد. در جدول ۳ فراوانی و درصد فراوانی شرکت کنندگان دو گروه بر اساس میزان تحصیلات نشان داده شده است.

(جدول ۳) فراوانی و درصد فراوانی شرکت کنندگان دو گروه بر اساس میزان تحصیلات

گروه	دیپلم	کاردانی	کارشناسی	کارشناسی ارشد
فراوانی	۲	۴	۷	۲
درصد	۱۳/۳	۴۶/۷	۴۶/۷	۱۳/۳
فراوانی	۳	۳	۶	۳
درصد	۲۰	۲۰	۴۰	۲۰

همان طور که در (جدول ۳) مشاهده می شود فراوانی سطوح مختلف تحصیلات در هر دو گروه تقریباً مشابه می باشد.

۲-۳. ابزارهای پژوهش

در مطالعه حاضر به منظور جمع آوری داده های مورد نظر از پرسشنامه سنجش افسردگی بک (۱۹۹۶) استفاده شده است. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک ساخته شد. و در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون مورد تجدید نظر قرار گرفت (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون ۱۳۸۲، به نقل از موتابی، محمدخانی و پورشهباز، ۱۳۸۵). این مقیاس شامل ۲۱ ماده می باشد و هر ماده نمره ای بین صفر تا ۳ می گیرد و بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. فتی و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه را با روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۹۴ تا ۰/۸۹، گزارش دادند. دابسون و محمدخانی (۱۳۸۵) ثبات درونی آزمون را ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۳ گزارش دادند. فتی (۱۳۸۲) نیز در یک نمونه ای ۹۴ نفری، پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی در فاصله ای دو هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است. در پژوهش شیرالی نیا (۱۳۹۱) برای محاسبه پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که نتیجه نشان داد که ضرایب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ می باشد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ به دست آمد.

محتوا و ساختار جلسات رویکرد زوج درمانی هیجان مدار جانسون (جدول ۴)

جلسات	محتوای هر جلسه
۱	آشنایی و برقراری اتحاد درمانی میان زوج و درمانگر و ایجاد فضایی امن برای مطرح شدن مشکلات زوج، هم چنین بررسی انگیزه درمان و اهداف درمانی و چگونگی اجرای آن.
۲	کشف تعاملهای مشکل دار، ارزیابی مشکل، رد گیری و توصیف چرخه های تکرار شونده که موجب ماندگاری آشفتگی زناشویی شده، یافتن موامع دلبستگی، آشنایی زوجین با چرخه تعاملات منفی.
۳	روشن کردن تجربه های برجسته مربوط به دلبستگی و پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی از راه اعتبار بخشی، واگوش و انعکاس هیجانات ثانویه، گذر از هیجانات ثانویه برای دستیابی به هیجانهای بنیادی اولیه.
۴	روشن کردن پاسخهای هیجانی کلیدی: چارچوب دهی مجدد از راه توجه به چرخه منفی تعامل، هیجان های بنیادی و نیازهای دلبستگی با استفاده از روشهای تشدید تجربه هیجانی، واگوش، افزایش گرایش به درگیری و رویارویی هیجانی، افزایش پاسخگویی همسر به این صورت که دوباره مشکل با توجه به احساسهای نهفته و نیازهای دلبستگی شکل داده میشود و چرخه های تعاملی توسط زوجین شناسایی و پذیرفته میشوند.
۵	ابراز هیجانها، افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، پذیرش هیجانها، عمق بخشیدن به درگیریها با تجربه هیجانی (گسترش و بازسازی تجربه هیجانی) و یکپارچه سازی این عناصر با تعاملات ارتباطی، کمک به زوجین برای افزایش آگاهی، درگیر شدن با هم و پذیرش مالکیت آسیب پذیری ها، صدمه ها و ترسهای دلبستگی و کمک به طرف مقابل برای شنیدن و پذیرش آنها.
۶	عمق بخشیدن به درگیری هیجانی، ارتقا روشهای تعاملی، تمرکز روی خود نه دیگری، تعریف دوباره دلبستگی، ایجاد و افزایش پذیرش نسبت به تجربه پدیدار شونده هر یک از همسرها توسط دیگری و ابراز پاسخهای جدید هیجانی، پذیرش نقش خود در رابطه توسط هر یک از همسرها، بیان انتظارات خود از همسر از راه واگوش تجربه هیجانی به همسر و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش.
۷	بازسازی تعاملها در جهت این که هر یک از زوجها پاسخگوتر باشند، تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها به شیوه جدید در نتیجه ادراکات تازه از یکدیگر و خلق پیوند ایمن، نرم شدن همسر سرزنشگر، ایجاد رویدادهای دلبستگی مدار و آغاز چرخه تعاملی جدید در روابط همسرها.
۸	بازسازی تعاملها و کشف راه حلها برای مشکلات قدیمی، تسهیل کشف راه حلها برای مشکلات قدیمی، تعریف دوباره رابطه توسط هر یک از همسرها و ایجاد فضایی امن در روابط همسرها.
۹	تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه های جدید تعاملی، درگیری صمیمانه همسرها با یکدیگر و پذیرش وضعیتهای جدید تعاملی از راه برجسته کردن چرخه تعاملی مثبت و جدید و مقایسه آن با چرخه ناکارآمد قبلی، افزایش در دسترس بودن، پاسخگو بودن و درگیریهای هیجانی همسرها نسبت به یکدیگر، ایجاد دلبستگی ایمن، تثبیت و یکپارچه سازی موقعیت های تعاملی جدید و خاتمه درمان.

۰۴ یافته های پژوهش

به منظور تجزیه و تحلیل داده های حاصل از اجرای پژوهش، روش های آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار، درصد، و هم چنین روش های آمار استنباطی نظیر تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری به کار گرفته شد. میانگین و انحراف معیار نمره ی افسردگی در مردان و زنان گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۵ و ۶ نشان داده شده است.

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار افسردگی در مردان گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	شاخص های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل
		انحراف معیار	میانگین	
افسردگی	پیش آزمون	۳/۴۸	۱۷/۲	۳/۵۱
	پس آزمون	۲/۸۳	۱۱/۸	۳/۵۸
	پیگیری	۲/۹۸	۱۱/۹۳	۳/۵۶

7

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می شود، میانگین (انحراف معیار) نمره ی افسردگی برای گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۷/۲ (۳/۴۸) و ۱۷/۶۷ (۳/۵۱) و در پس آزمون به ترتیب ۱۱/۸ (۲/۸۳) و ۱۷/۵۳ (۳/۵۸) و در پیگیری به ترتیب ۱۱/۹۳ (۲/۹۸) و ۱۷/۸۷ (۳/۵۶) می باشد.

(جدول ۶) میانگین و انحراف معیار افسردگی در زنان گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

(جدول ۶) میانگین و انحراف معیار افسردگی در زنان گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	شاخص های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل
		انحراف معیار	میانگین	
افسردگی	پیش آزمون	۴/۱۸	۱۹/۶	۳/۲۲
	پس آزمون	۳/۳۲	۱۳/۹۳	۲/۹۴
	پیگیری	۳/۱۶	۱۴	۳

همان طور که در جدول ۶ ملاحظه می شود، میانگین (انحراف معیار) نمره ی افسردگی برای گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۹/۶ (۴/۱۸) و ۱۸/۳۳ (۳/۲۲) و در پس آزمون به ترتیب ۱۳/۹۳ (۳/۳۲) و ۱۸/۴۷ (۲/۹۴) و در پیگیری به ترتیب ۱۴/۰ (۳/۱۶) و ۱۸/۲ (۳/۰) می باشد.

جدول ۷ میانگین و انحراف معیار نمره ی افسردگی را در زوجین گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.



( جدول ۷ ) میانگین و انحراف معیار افسردگی در زوجین گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	شاخص های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
افسردگی	پیش آزمون	۱۸/۴	۲/۲۶	۱۸	۲/۹
	پس آزمون	۱۲/۸۶	۱/۷۱	۱۸	۲/۷۹
	پیگیری	۱۲/۹۶	۱/۸۸	۱۸/۰۳	۲/۸۹

همان طور که در جدول ۷ ملاحظه می شود، میانگین (انحراف معیار) نمره ی افسردگی برای گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۸/۴ (۲/۲۶) و ۱۸/۰ (۲/۹) و در پس آزمون به ترتیب ۱۲/۸۶ (۱/۷۱) و ۱۸/۰ (۲/۷۹) و در پیگیری به ترتیب ۱۲/۹۶ (۱/۸۸) و ۱۸/۰۳ (۲/۸۹) می باشد.

به منظور آزمون فرضیه ها و تعیین معنی داری تفاوت بین نمره های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته ی افسردگی، از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد که در جداول زیر ارائه شده اند. جدول ۸ به نرمال بودن توزیع اشاره دارد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها را نشان می دهد.

8

( جدول ۸ ) نتایج کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

پیش آزمونها	Z کولموگروف اسمیرنوف	سطح معنی داری
افسردگی	۰/۸۰	۰/۵۴

همان گونه که در جدول ۸ مشاهده می شود سطح معنی داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است.

**فرضیه ۱:** زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی در زوج های آشفته اثربخش است. جدول ۹ نتایج حاصل از فرضیه اصلی را نشان می دهد.

( جدول ۹ ) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون افسردگی آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۷۴	۴۷۶/۸۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۶	۴۷۶/۸۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۳۸/۱۴	۴۷۶/۸۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰
بزرگ ترین ریشه روی	۳۸/۱۴	۴۷۶/۸۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰

مندرجات جدول ۹ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر وابسته در سطح  $P \leq 0.05$  تفاوت معنی داری



وجود دارد و می توان گفت که در متغیرهای وابسته (افسردگی) بین دو گروه، تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین فرضیه اصلی تأیید می شود. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۹۷ درصد از کل واریانس های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱/۰۰ است، بدین معنی که آزمون توانسته با توان ۱۰۰ درصد فرض صفر را رد کند. جدول ۱۰ نتایج حاصل از آزمون فرضیه های ۱ و ۲ را نشان می دهد.

**فرضیه ۲:** اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی در زوج های آشفته در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم داشته است.

جدول ۱۱ نتایج حاصل از فرضیه اصلی را نشان می دهد.

جدول ۱۱) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی نمره های پیگیری افسردگی آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۵۷	۲۷۶/۳۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۳	۲۷۶/۳۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۲۲/۱	۲۷۶/۳۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۰
بزرگ ترین ریشه روی	۲۲/۱	۲۷۶/۳۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۰

9

مندرجات جدول ۱۱ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $P \leq 0/05$  تفاوت معنی داری وجود دارد و می توان گفت در متغیرهای وابسته (افسردگی) بین دو گروه، تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین فرضیه کلی ۲ تأیید می شود. (فرضیه ۲- اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی در زوج های آشفته در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم داشته است). جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۹۵ درصد از کل واریانس های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱/۰۰ است، بدین معنی که آزمون توانسته با توان ۱۰۰ درصد فرض صفر را رد کند.

جدول ۱۲ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری (آنکووا در متن مانکوا) روی نمره های پیگیری افسردگی گروه های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	۲۱۹/۹۱	۱	۲۱۹/۹۱	۲۶۸/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱/۰۰

با توجه به مندرجات جدول ۱۲، مقدار F برای متغیر افسردگی، ۲۶۸/۵۷ به دست آمد که در سطح  $P = 0/05$  معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۲ تأیید شد و می توان گفت، اثر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه

کنترل در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم داشته است.

### ۰۵ بحث و نتیجه گیری

همانگونه که در جداول فوق اشاره شد، بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $P \leq 0/05$  تفاوت معنی داری وجود دارد و می توان گفت در متغیرهای وابسته افسردگی بین دو گروه، تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین فرضیه اصلی ۱ تأیید می شود. همچنین نشان داده شده است، بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه از لحاظ متغیر وابسته در سطح  $P \leq 0/05$  تفاوت معنی داری وجود دارد و می توان گفت در متغیرهای وابسته افسردگی بین دو گروه، تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین فرضیه کلی ۲ تأیید می شود. در تبیین این یافته از پژوهش می توان گفت زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی در زوج های آشفته اثربخش است. در تبیین نتایج حاصله میتوان اذعان نمود: در درمان هیجان مدار محور "هیجان" تعیین کننده ترین عامل در شکل دهی به دلایل آشفته ساز ارتباطی قلمداد می شود. اما آنچه مایه خرسندی است، آن است که همین عامل از مزیت پادزهر شدن نیز برخوردار است و پتانسیل بهبود این آشفتگی ها را نیز در خود نهفته دارد. این هیجان است که رفتارهای دلبسته گونه را سامان می دهد و ما را برای پاسخدهی به دیگران برانگیخته و جهت دهی می کند؛ با مدیریت هیجان ها افراد نیازهایشان را ابراز و تجلی می کنند و اشتیاقی که به برآورده شدن آن نیاز دارند را افشا می کنند. در این رویکرد تجربه و سپس ابراز هیجانات، آماج درمان و مهمترین تسهیل کننده ی تغییر، شناخته شده اند، امری که در سایر مدل های غیر تجربی به دیده ی اغماض نگریسته شده است. در حقیقت تنها از رهگذر توسعه و به زبان آوردن جنبه های نوین و یا قبلاً نادیده گرفته شده ی تجارب هیجانی است که می توان به دستیابی دقیق به اهداف درمانی درمان هیجان مدار امید بست، چراکه در این رویکرد، تجارب تصحیح شده و نوین هیجانی، عصاره شفابخش درگیری های ارتباطی قلمداد می شوند.

زوجینی که آشفته هستند از لحاظ هیجانی در ترس و عدم امنیت به سر می برند و هنگام مواجه شدن با فشارهای ناگوار پاسخ هایی نظیر جنگ، کناره گیری و در نتیجه افسردگی می دهند. زوج درمانی هیجان مدار در این پژوهش به زوجین درگیر و آشفته کمک کرده تا دوباره با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می شود تلاش شد. زوج درمانی هیجان مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان است که با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می گیرد (ویب و جانسون، ۲۰۱۷).

در روش های متداول زوج درمانی مبتنی بر این رویکرد، به زوجین مهارت ها و ابزارهایی آموزش داده می شود تا در روابط خود از آن ها استفاده کنند. تفاوت این روش با سایر روش های درمانی در این است که اذعان میدارد هیجانات در خلال بحث و درگیری شدت می یابند و به یاد آوردن مهارت ها و ابزارهای آموزش داده شده بسیار دشوار بوده و اغلب بی استفاده خواهند ماند. بنابراین، لازم است که ابتدا فرد با درک چگونگی رسیدن به الگوهای نامطلوب، آن ها را قطع نماید و سپس در جهت بهبود تعاملات خود با دیگران گام بردارد. در این روش درمانی از مؤلفه های تمرکز بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیدا کردن، معانی جدید برای رابطه بهتر با افراد دیگر بهره می گیرند که در پایان با بهزیستی روانی بیشتر همراه است؛ زیرا به تغییر و اصلاح عواطف منفی منجر می شود (جانسون، لس گرینبرگ، ۱۹۸۰).

هم چنین باید اشاره کرد با توجه به جداول ارائه شده، می توان گفت، زوج درمانی هیجان مدار موجب کاهش افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین مقدار F برای متغیر افسردگی،  $268/57$  به دست آمد که در سطح  $P = 0/05$  معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۲ تأیید شد و می توان گفت، اثر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی در گروه

آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم داشته است. در تبیین این یافته از پژوهش می توان گفت زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی در زوج های آشفته اثربخش است.

درمان هیجان محور شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین آشفته می باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان های آسیب پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجان ها به شیوه ای ایمن و محبت آمیز می باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجان ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم تر و جدیدتر را به وجود می آورد که سبب آرام شدن سطح آشفته گی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت بخش تر می باشد. مؤسس این درمان معتقد است که این شیوه درمانی یکی از معتبرترین شکل تجربی در درمان زوجین می باشد. بررسی دستاوردهای مطالعاتی، شواهد تجربی قدرتمندی را در سودمندی درمان هیجان محور بر رهایی از آشفته گی از زوجین فراهم می نماید.

نظر به تأکید رویکرد هیجان مدار بر اهمیت پیوندهای هیجانی، این رویکرد در مورد برون ریزی نیازهای بیان نشده، تدابیر ویژه ای دارد. لذا زمانی که زوجین علاوه بر تعارض زناشویی به نشانگانی همچون افسردگی نیز دچار باشد. مداخلات درمان هیجان مدار در هر دو زمینه مفید واقع می شود. یکی از نگرانی های شدیدی که زوجین آشفته ای دارای علائم افسردگی گزارش می دهند این است که عشق در رابطه ای آن ها از بین رفته است یا حداقل هیجان ها مثبت را نسبت به همسرانشان تجربه می کنند. در درمان هیجان مدار برای کمک به زوج ها، ضمن آگاهی دادن به آنها مبنی بر اینکه نداشتن احساس عشق بخش طبیعی افسردگی می باشد، در روند درمان به آنها کمک می شود تا با برآورده کردن نیازهای روانشناختی یکدیگر به حمایت، امنیت، مشارکت، دلجویی و صمیمیت جنسی، کارکردهای زوجی خود را بهبود ببخشند.

11

نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعات رحیمی، موسوی (۱۳۹۹)، کیان و اعتمادی (۱۳۹۹)، و واژاپلی و ریس<sup>۶</sup> (۲۰۱۸) همسو می باشد. آنان نیز در مطالعات خود نشان دادند که بکارگیری رویکرد هیجان مدار میتواند بر موجب افزایش سبک دلبستگی، رضایت زناشویی و غنای رابطه زوجین شده و هم چنین میتواند این بینش را در زوجین حاصل کند که تمرکز را از رفتار همسر خود برداشته و بر رفتار خود متمرکز شوند و در نتیجه کاربرد موانع ارتباطی را متوقف کرده و ضمن افزایش تحمل، با یادگیری در برنامه ارتباط درست بتوانند روابط خویش را بهبود بخشیده و انعطاف پذیری خود را بالاتر ببرند.

#### ۰۶ محدودیت های پژوهش

هر پژوهشی در مراحل مختلف خود با محدودیت هایی مواجه می گردد که بیان آنها در بهبود کیفیت پژوهش های مشابه در آینده مؤثر خواهد بود و افرادی که تصمیم بر انجام چنین پژوهش هایی در این زمینه دارند با در نظر گرفتن محدودیت ها، می توانند پژوهش خود را با دید بازتر و با روشن بینی بیشتری اجرا نمایند. پژوهش حاضر نیز محدودیت هایی را به همراه داشت که شامل موارد زیر می باشد.

- (۱) یکی از محدودیت های پژوهش حاضر، به کارگیری نمونه گیری هدفمند جهت انتخاب گروه نمونه بود. بنابراین، لازم است تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد.
- (۲) با توجه به ماهیت بازگشت پذیر زوج های آشفته، پیگیری های دیگری که معمولاً در ۶ ماه یا یک سال بعد از درمان جهت بررسی تداوم اثربخشی انجام می شود اهمیت بسیار دارد که در این پژوهش پیگیری های دیگر با توجه به محدودیت زمانی، میسر نبود.

۶: Vazhappilly & Reyes

- (۳) در پژوهش حاضر جهت کنترل جنسیت، بررسی روش درمانی در زوجین آشفته از روابط زناشویی صورت گرفت. از این رو، تعمیم نتایج به زنان و مردان آشفته به صورت جداگانه به سادگی امکان پذیر نخواهد بود.
- (۴) یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش، کمی تعداد نمونه و کوتاه بودن طول مدت درمان بود، که به نظر می رسد می تواند نتایج پژوهش را متأثر سازد.
- (۵)

### ۰۷. پیشنهادهای پژوهشی

- (۱) با توجه به این که مرحله پیگیری این پژوهش، ۱/۵ ماه پس از درمان انجام گردید پیشنهاد می شود به منظور ارزیابی تداوم تأثیر درمان به کار گرفته شده، اجرای مراحل پیگیری در فواصل ۶ ماهه و یک ساله نیز صورت گیرد.
- (۲) با توجه به اینکه اجرای پژوهش در زوجین آشفته صورت گرفته، پیشنهاد می گردد گروه نمونه پژوهش بعدی، هر جنس زن و مرد به صورت جداگانه را شامل شود.
- (۳) پیشنهاد می شود نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های مربوط به اعمال سایر روش های درمانی برای زوجین آشفته مقایسه شود.
- (۴) هم چنین، پیشنهاد می شود اثربخشی پروتکل درمانی ویژه زوجین آشفته پژوهش حاضر در جلسات درمان فردی و از نمونه های با حجم بیشتری، نیز مورد بررسی قرار گیرد.

### ۱-۷. پیشنهادهای کاربردی پژوهش

- (۱) با توجه به نتایج پیشنهاد می شود که درمان متمرکز بر هیجان به درمانگران بالینی آموزش داده شود تا از طریق به کارگیری آن، بهبودی گسترده و تسریع در بهبود افسردگی در زوجین آشفته فراهم گردد.
- (۲) با اتکا به نتایج به دست آمده از این پژوهش، به مشاوران، متخصصان و درمانگران حوزه درمان متمرکز بر هیجان پیشنهاد می شود در برنامه های مداخلاتی خود به مقوله هیجان و آگاه شدن زوجین از آن، توجه بیشتری نموده و آن را در پروتکل درمانی خود به کار بندند.
- (۳) در آخر، پیشنهاد می شود جهت بالا بردن کیفیت درمان و اثربخشی بیشتر محتوای مطرح شده در پروتکل درمانی، تعداد جلسات درمانی افزایش یابد.



## فهرست منابع

- امین الرعایا، رضوان. کاظمیان، سمیه. اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۵). پیش بینی گرایش به طلاق بر اساس دلزدگی زناشویی و تحمل پریشانی با میانجی گری احساس تنهایی در زنان متقاضی طلاق. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۱ (۴۲).
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی، چاپ اول، تهران نشر روان جوادیان، سیدرضا، خالقی، لیلا. فتحی، منصور. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر عاطفه منفی و تاب آوری مادران دارای فرزند معلول. *گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد، ایران*، ۶ (۵)، آذر و دی ۱۳۹۷. ۲۵-۳۲.
- خجسته مهر، رضا؛ شیرالی نیا، خدیجه؛ رجبی، غلامرضا؛ بشلیده کیومرث. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*. دوره ۳، شماره ۱ صص: ۱۸-۱.
- دایسون، ک. اس و محمدخانی، پ (۱۳۸۵) اثربخشی درمان ترکیبی (شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و رفتاردرمانی شناختی)، رفتاردرمانی شناختی نوین و درمان معمول در پیشگیری از عود افسردگی. *طرح پژوهشی مشترک دانشگاه علوم بهزیستی و دانشگاه کنگری*.
- رحیمی، پوپک. موسوی، آرزو سادات. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی آموزش با رویکرد هیجان مدار بر صمیمیت جنسی و بخشودگی بین فردی زوجین متعارض زناشویی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹ (۸۶)، اردیبهشت. ۲۳۱-۲۲۱.
- شیرالی نیا، خدیجه؛ رجبی، غلامرضا؛ خجسته مهر، رضا و بشلیده، کیومرث. (۲۰۱۳). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته. *مشاوره کاربردی*، ۳ (۵)، ۱۸-۱.
- فاطمی اصل، شهریار. گودرزی، محمد. کریمی شانی، پرویز. بوستانی پور، علیرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر احساس تنهایی زنان آسیب دیده از روابط فرازناشویی در شهرستان سلماس. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۰ (۲) / (۷۶)، تابستان. ۴۸-۵۷.
- فتح اله زاده، نوشین. مجلسی، زینب. مظاهری، زهرا. رستمی، مهری. نوایی نژاد، شکوه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان تمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خودانتقادی زنان آزار دیده عاطفی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۳، تابستان. ۲.
- فتی، لادن. (۱۳۸۲). *ساختارهای معناگذاری حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهارچوب مفهومی*. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- کیانی، فرناز. اعتمادی، عذرا. بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر دل بستگی زوجین و شادمانی زناشویی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۱ (۱) / (۷۹)، بهار. ۸۳-۷۲.
- میکاییلی، نیلوفر. رحیمی، سعید. صداقت، مهرناز. (۱۳۹۷). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، ساختار انگیزشی و انعطاف پذیری روان شناختی در پیش بینی طلاق هیجانی زوجین. *آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۴، بهار و تابستان ۱۳۹۷. ۱۱-۱۶.
- American Psychological Association (2016). *The road to resilience*. Washington, D.C: American Psychological Association
- Beck, A. T. (1996). *Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology*
- Elliott, T. R., Hsiao, Y.-Y., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., Kwok, O.-M., Morissette, S. B., & Meyer, E. C. (2019). Resilience facilitates adjustment through greater psychological flexibility among Iraq/Afghanistan war veterans with and without mild traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 64(4): 383-397.
- Jeon, N. J., Noh, J. H., Kim, Y. C., Yang, W. S., Ryu, S., & Seok, S. I. (2014). Solvent engineering for high-performance inorganic-organic hybrid perovskite solar cells. *Nature materials*, 13(9), 897-903
- Johnson, S, B. Zuccarini, D. (2010). Integration sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of marital and family therapy*. 36 (4): 431- 445.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (2003). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Oxford: 2003. 847-560.

## 2<sup>nd</sup> International & 3<sup>rd</sup> National Conference on New Findings in Management, Psychology and Accounting

22 July 2023 | Tehran



- Palmer, O. L., Gold L.L., Woolley S.R. (2011). Supervising emotionally focused therapists: a systematic research-based model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37 (4), 411-26.
- Papazacharias, A., & Nardini, M. (2012). The relationship between depression and cognitive deficits. *Psychiatr Danub*, 24(Suppl 1), S179-82.
- Priest, G. (2017). *Logic: A very short introduction* (Vol. 29). Oxford University Press.
- Shaffer, R. M., Smith, M. N., & Faustman, E. M. (2017). Developing the regulatory utility of the exposome: mapping exposures for risk assessment through lifestage exposome snapshots (LEnS). *Environmental health perspectives*, 125(8), 085003.
- Snyder, D., Castellani, A., & Washman, M. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Journal Annual Review of psychology*; 57: 417-344
- Vazhappilly, J. J., & Reyes, M. E. S. (2018). Efficacy of emotion-focused couple's communication program for enhancing couples' communication and marital satisfaction among distressed partners. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(2), 79-88.
- Wiebe SA, Johnson S M, Lafontaine MF, Burgess M, Dalgleish T L, Tasca G A. *Twoyear follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories*. J Marit Fam Ther 2017.