



Research Article

## Comparison of the Effectiveness of Emotion – Focused Therapy and Acceptance – Commitment Therapy on Self – Compassion in Women with Marital Conflict

Hamid Yaghoobi <sup>1</sup> , Hassan Toozaandehjani <sup>1,\*</sup> , Ahmad Zendedel <sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Department of Psychological Sciences, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

<sup>2</sup> Department of Mathematics, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

\* **Corresponding author:** Hassan Toozaandehjani, Department of Psychological Sciences, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: [H.Toozandehjani@ymail.com](mailto:H.Toozandehjani@ymail.com)

DOI: [10.52547/nkums.13.3.113](https://doi.org/10.52547/nkums.13.3.113)

### How to Cite this Article:

Yaghoobi H, Toozaandehjani H, Zendedel A. Comparison of the Effectiveness of Emotion – Focused Therapy and Acceptance – Commitment Therapy on Self – Compassion in Women with Marital Conflict. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2021;**13**(3):112-122. DOI: 10.29252/nkjms-130314

Received: 09 Dec 2019

Accepted: 14 Jul 2021

### Keywords:

Emotion Focused Therapy, Acceptance – Commitment Therapy, Self-Compassion, Marital Conflict, Women

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to compare the effectiveness of emotional focused therapy and acceptance – commitment therapy on self-compassion couples with marital conflict.

**Methods:** Research method was quasi-experimental with pretest-posttest and follow-up test with a control group. The statistical population of the women was referring to Tayebad Behzisti counseling centers. The statistical sample included 39 women (13 women of EFT group, 13 women of ACT group and 13 women of control group) who were selected by available sampling method and randomly placed in three groups. For the experimental groups, EFT (during 9 sessions) and ACT (during 8 sessions) were performed and the control group did not receive any intervention. The research instruments included Barati & Sanai's Marital Conflict Questionnaire, Neff's Self-Compassion Questionnaire. For data analysis from the analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used.

**Results:** Findings showed that the educational protocol of emotion-oriented therapy had a more significant effect than acceptance-commitment therapy on increasing their self-compassion in women with marital conflict ( $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** According to the findings of the present study, emotion-oriented therapy package can be used to increase their compassion through expressing emotions, empathy with others and criticism in women with marital conflict.



## مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان پذیرش-تعهد بر شفقت خود در زنان دارای تعارض زناشویی

حمید یعقوبی<sup>۱</sup> ID، حسن توزنده جانی<sup>۱\*</sup> ID، احمد زنده دل<sup>۲</sup> ID

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

<sup>۲</sup> گروه ریاضی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

\* نویسنده مسئول: حسن توزنده جانی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. ایمیل:

H.Toozandehjani@ymail.com

DOI: 10.52547/nkums.13.3.113

<b>چکیده</b>	تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۱۸
<b>مقدمه:</b> هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان پذیرش و تعهد بر شفقت خود در زنان دارای تعارض زناشویی می باشد.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۳
<b>روش کار:</b> این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بی گیری با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهر تایباد بودند. نمونه آماری ۳۹ آزمودنی (۱۳ نفر گروه هیجان مدار، ۱۳ نفر درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد و ۱۳ نفر گروه کنترل) بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در سه گروه گمارده شدند. گروههای آزمایشی درمان هیجان مدار (طی ۹ جلسه) و درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد (طی ۸ جلسه) دریافت نمودند ولی گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش، پرسش نامه های تعارض زناشویی براتی و ثنائی و شفقت خود نف بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.	واژگان کلیدی: درمان هیجان مدار، درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد، شفقت خود، تعارض زناشویی، زنان
<b>یافته ها:</b> یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که پروتکل آموزشی درمان هیجان مدار نسبت به درمان پذیرش - تعهد تأثیر معنادار بیشتری بر افزایش شفقت خود در زنان دارای تعارض زناشویی داشته است ( $P < 0/001$ ).	
<b>نتیجه گیری:</b> مطابق با یافته های پژوهش حاضر، می توان از بسته آموزش درمان هیجان مدار برای افزایش میزان شفقت خود از طریق ابراز هیجانات، توانایی همدلی با دیگران و انتقادپذیری در زنان دارای تعارض زناشویی بهره برد.	

### مقدمه

امروزه یکی از مشکلات شایع خانواده ها که مورد توجه درمانگران واقع شده تعارض زناشویی است. زوجین در روزهای اول ازدواج نسبت به یکدیگر احساس تعهد دائمی دارند ولی گاهی بدلیل وجود آسیب های احتمالی در زندگی مشترک، بتدریج درگیر تعارضات و کشمکش های زناشویی می شوند (۱). این امر زمانی اتفاق می افتد که عدم توافق، ناسازگاری و یا تفاوتی بین زوجین وجود داشته باشد. تعارض های زناشویی با شرایط بهزیستی روان شناختی نامناسب (۲)، سبک دلبستگی نامن، چندین نوع اختلال روان پزشکی شدید، افسردگی، اختلال های اضطرابی، اختلال های بدکاری جنسی و مشکلات سلامت جسمی (۳)، تنش بالا، دردهای مزمن و بیماری های ایسکمی قلبی همراه است (۲). داوونز و داوونز (۲۰۰۳) معتقدند حل تعارض به شیوه نامناسب باعث آسیب به رابطه می شود و تفاوت در نقطه نظرات و مجموعه ای از اتفاقات بطور جدی به ازدواج آسیب می رساند (۴). چنانچه تعارض بین زوجین بطور کارآمد مدیریت شود، از سکون و رکود ارتباط جلوگیری کرده و در زوجین، مهارت های مثبت و کارآمد منطبق با رویدادهای فشارزا ایجاد می کند. اما اگر تعارض بطور ضعیفی اداره شود می تواند موجب ایجاد دامنه ای از مشکلات رفتاری و هیجانی بین

زوجین شده که خود مقدمه ای بر جدایی آنان فراهم می سازد (۵). لذا به لحاظ پیشگیری و درمان، شناسایی و درک عوامل متعدد تعدیل کننده تعارضات زناشویی حایز اهمیت است. یکی از سازه های موثر بر کاهش تعارضات زناشویی شفقت خود است. پژوهش ها حاکی از آن است که شفقت خود به عنوان یک شیوه سالم برقراری ارتباط فرد با خودش می باشد که ارتباط مثبتی با سلامت ذهنی مثبت و ارتباط منفی با سلامت ذهنی منفی دارد (۶). این سازه می تواند افراد را قادر سازد تا با کاهش میزان برانگیختگی بتوانند تجربه های شفقت ورزانه ای داشته باشند و هیجانات منفی را با مهربانی، فهم و اشتراکات انسانی بصورت مثبت پردازش کنند و نیز آشفستگی را مدیریت نمایند (۷). بنا به اعتقاد نف شفقت خود شامل سه مولفه ی مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن با خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، و بهوشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده می باشد که مبتنی بر فلسفه بودایی بهزیستی روانی است که بر ادراک خود متمرکز می شود و می تواند بر تعارضات زناشویی موثر باشد (۶). این سازه با استرس ادراک شده رابطه منفی و نیز به عنوان یک عامل بالقوه در ارتقاء بهزیستی عاطفی محسوب می شود (۸). شواهد پژوهشی نشان

تئوری های دلبستگی، انسان گرایانه، سیستمی و تجربی پایه ریزی شده است (۲۶). تأکید درمان هیجان مدار این است که افراد احساسات آسیب پذیر زیربنایی را ابراز می کنند تا چرخه های تعاملی منفی شان را از بین ببرند و آنها را به ابراز نیازهای برآورده نشده شان و پاسخگویی به این جلوه های هیجانی تشویق می نمایند (۲۷). بر اساس این مدل درمانی، ابتدا چرخه های معیوب روابط زوجین متوقف می شود، سپس چرخه های جدید شکل داده می شود، و در آخر درمان گر به استحکام بخشیدن به چرخه های تعاملی جدید می پردازد (۲۸). رویکرد هیجان مدار با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازشها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهمترین آنها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در این رویکرد سعی می شود هیجانها مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. در این رویکرد مهارت های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانها و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقاد پذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می دهد و در حفظ و تداوم یک ازدواج موفق ضروری است.

یافته های پژوهشی فلاح زاده و همکاران نشان داد که درمان هیجان مدار باعث افزایش سازگاری زناشویی زوجین (۲۹)، افزایش رضایت زناشویی (۳۰)، تنظیم هیجان و رضایت جنسی (۳۱، ۳۲)، افزایش بهزیستی معنوی همسران متقاضی طلاق و بر کاهش میزان طلاق موثر است (۳۳). مطالعات پژوهشگرانی چون مک کینن و همکاران و پرست و همکاران حاکی از آن است که درمان هیجان مدار با تأکید بر موضوعات دلبستگی به زوجین کمک می کند تا نیازها و تمایلات اصلی و نگرانی های دلبستگی یکدیگر را شناسایی کنند (۳۴، ۳۵). به اعتقاد یارنل و نف میزان بالای شفقت خود با سازش، کاهش آشفتگی های هیجانی و سطوح بالاتر بهزیستی رابطه ای گزارش می شود (۳۶). هالامو و همکاران در پژوهشی دریافته اند که آموزش متمرکز بر هیجان باعث کاهش خود انتقادی و افزایش شفقت خود در افراد می شود (۲۴). شیوه درمانی دیگر در جهت افزایش شفقت خود و کاهش تعارضات زناشویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این رویکرد، یک رویکرد درمانی جدید و مبتنی بر شواهد می باشد که روش های ذهن آگاهی و پذیرش را با تعهد و روش های تغییر رفتار به منظور ارتقاء اهداف انعطاف پذیری روان شناختی ترکیب می کند (۳۷). این روش درمانی ریشه در مطالعات استیون هیز (۱۹۸۶) دارد و از جمله درمان های رفتاری موج سوم تلقی می شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهترین ارزیابی را با توجه به اهداف خود داشته که در استراتژی توسعه دانش تحت عنوان دانش رفتاری بافتی نامیده می شود (۳۸). هدف این درمان، آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج و تنش هایی که در زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده است؛ زندگی پربار و معناداری برای خود ایجاد کند (۳۹). درمان پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساس های مشکل زا را تغییر می دهد تا افراد آنها را به عنوان علائم مرضی درک نکنند و حتی یاد بگیرند که آنها بی ضرر هستند (۴۰). این روش درمانی شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره های زبانی و روش هایی چون مراقبت ذهنی است (۴۱). درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساسات شان را تجربه کنند به

می دهند که خود شفقت ورزی، بهزیستی روان شناختی و پیامدهای مثبت را در هنگام مواجهه با وقایع منفی زندگی بهبود می بخشد (۹). علاوه بر ویژگی های مرتبط با بهزیستی روان شناختی بالاتر شامل رضایت از زندگی، اهداف خردمندانه تر و برجسته (۱۰)، هیجانها مثبت مثل شادی، کنجکاوی، اشتیاق، علاقه، روحیه و سرزندگی در ارتباط است (۱۱) و باعث انطباق افراد با یکدیگر شده و در نتیجه منجر به خود مراقبتی و درجات متفاوت درک در مقابله با مشکلات هیجانی می شود (۱۲). در فراتحلیلی موریس و پتروچی (۲۰۱۷) به این نتایج دست یافتند که شاخص های مثبت شفقت به خود (خود مهربانی، تجربه مشترک بشری و ذهن آگاهی) نقش محافظتی با آسیب شناسی روانی دارند، در حالی که جنبه های منفی شفقت به خود (خود سرزنش گری، انزوا و همانند سازی بیش از حد) رابطه مثبتی با آسیب شناسی روانی دارند و موجب آسیب پذیری فرد به مشکلات سلامت روان می شوند (۱۳).

مطالعات شاهی و همکاران (۲۰۱۱) و شاکلفورد و همکاران (۲۰۰۷) نشان می دهد که شفقت خود یک عامل بازدارنده در مقابل شکل گیری تعارضات و مشکلات زناشویی عمل نموده و تسهیل گر شکل گیری روابط انسانی سودمند در عرصه تعاملات اجتماعی بخصوص خانوادگی و زناشویی می باشد (۱۴، ۱۵). شفقت خود به عنوان پذیرش غیر قضاوتی رنجیدن خود شخص مشخص می شود، در حالیکه به مهربانی معطوف به خود شخص جهت داده می شود (۱۶). طبق یافته های پژوهش نوری امام زاده و همکاران (۱۳۹۴) شفقت با خود می تواند پیش بینی کننده میزان تعهد و صمیمیت میان زوج ها باشد و انعطاف پذیری هیجانی و آرامش بدست آمده از شفقت با خود باعث ارائه پاسخ های سازنده در مقابل تعارضات و مسائل زناشویی می شود که نتیجه آن ارتقاء سلامت روان شناختی ارتباط و تعهد و صمیمیت است (۱۷). زنانی که شفقت به خود بالاتری دارند دارای ویژگی هایی چون نیاز خود به تداوم ارتباط، حفظ خودمختاری، اعطای آزادی با شریک خود (۱۸)، استفاده بیشتر از مهارت های مقابله هیجانی و توانمندی در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی می باشند (۲۰). در مقابل، زنانی که شفقت به خود در آنها پایین است با همسر خود مستبدانه و کنترل گرانه برخورد می کنند، نسبت به همسر خود پرخاشگری کلامی نشان می دهند و از سوی دیگر وجود نشخوار هیجانها منفی، احساس تنهایی و قضاوت و انتقاد از خود مانع ایجاد صمیمیت در روابط می شود (۲۱). خود شفقت ورزی قوی ترین پیش بینی کننده سازگاری زناشویی است (۲۲).

مطالعات نشان داده است که درمان هیجان مدار با تمرکز بر حمایت زوجین از یکدیگر، گشودگی هیجان و بروز آن به طریق مثبت، تمرکز بر هیجانها خود و شناسایی آنها، بیان تجارب جدید در زندگی زناشویی و هیجانها همراه با آن، شکل دهی تعاملات جدید در رابطه، تأکید بر مراقبت از همسر، شناسایی چرخه های تعاملی منفی و حذف آنها در زندگی زناشویی (۲۳) منجر به افزایش شفقت خود شده و تعارضات زناشویی را کاهش می دهد (۲۳) (۲۴). درمان هیجان مدار بر مفهوم دلبستگی و عوامل درون فردی تأکید دارد (۲۵) و یک رویکرد تجربی برای درمان زوجین به شمار می رود که سویی جانسون و لزی گرینبرگ در اوایل دهه ۱۹۸۰ آن را طراحی کردند. این رویکرد درمانی بر اساس

پژوهش، نداشتن تصمیم به جدایی و طلاق داشتند انتخاب شدند. سپس افراد نمونه به صورت تصادفی در سه گروه درمان پذیرش و تعهد (۱۵) نفر درمان هیجان - مدار (۱۵) نفر) و گروه کنترل (۱۵) نفر (جایگزین شدند. ۶ نفر از آزمودنی‌ها بنا به مسائل و مشکلاتی که داشتند از ادامه شرکت در جلسات درمانی خودداری نمودند. در نهایت داده‌های ۳۹ آزمودنی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ در سطح شاخص های آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار، و در سطح شاخص های آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه تعارض زناشویی و پرسشنامه شفقت خود استفاده شد. پرسشنامه تعارض زناشویی (MCQ): این پرسش نامه یک ابزار ۴۲ سوالی است که برای سنجیدن متغیر وابسته تعارض زناشویی بر مبنای تجربیات بالینی توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۹) (۴۷) ساخته و هنجاریابی شده است. این پرسش نامه ۷ بعد از تعارضات زناشویی را می سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای و از هرگز (۱) تا همیشه (۵) می باشد. در این آزمون حداقل نمره فرد ۴۲ و حداکثر آن ۲۱۰ می باشد و هرچه نمره فرد بالاتر باشد به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است. دهقانی (۴۸) پایایی این پرسشنامه را با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد که حاکی از ضریب پایایی خوبی است. پرسشنامه شفقت خود (SCI): این پرسشنامه یک ابزار گزارش دهی ۲۶ گویه ای است که توسط نف (۲۰۰۳) (۱۰) به منظور سنجش متغیر وابسته میزان خود شفقت ورزی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای سه مقیاس دو قطبی: مهربانی با خود در برابر قضاوت و داوری در برابر خود؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ ذهن آگاهی در مقابل همانند سازی افراطی است. سوالات موجود در آن در ۶ زیر مقیاس مهربانی نسبت به خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی قرار می گیرد که کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می سنجد. نمره گذاری در اندازه های ۵ درجه ای لیکرت، از تقریباً هیچ گاه (نمره صفر) تا تقریباً همیشه (نمره ۴)، تعیین می شود. نمره فرد بین ۲۶ تا ۴۴ حاکی از میزان شفقت ورزی به خود پایین است. نمره فرد بین ۴۴ تا ۸۸ نشان دهنده میزان شفقت ورزی به خود در حد متوسط می باشد و نیز نمره فرد بالاتر از ۸۸ دال بر وجود میزان شفقت ورزی به خود در حد بالایی می باشد. نف (۲۰۰۳) پایایی و روایی این پرسشنامه را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ اعلام نموده است (۱۰). در ایران، در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی و روایی پرسشنامه مذکور به روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش شده است (۴۹). در این پژوهش ضریب پایایی بدست آمده این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ است که ضریب پایایی خیلی خوبی می باشد.

پروتکل درمان هیجان مدار (EFCT): این درمان توسط جانسون و گرینمن (۲۰۰۶) (۵۰) ارائه گردیده است. تعداد جلسات درمانی برای

جای اینکه تلاش کنند آنها را متوقف سازند از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزش های شان کار، و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. بنابراین پذیرش و گسلش، می تواند زمینه ساز تغییر هیجانات و شناخت های زوجین نسبت به یکدیگر شود که این امر باعث افزایش سازگاری زوجین با یکدیگر می شود (۳۱). در این درمان زوجین متعارض تلاش می کنند تا از رها سازی ذهن خویش درباره اختلاف های بین فردی اجتناب کرده و شیوه های کنترل بین فردی و خصومت نسبت به یکدیگر را در پیش بگیرند. در روال این درمان، صمیمیت بین زوج ها رو به بهبود می رود و این بهبود بواسطه عدم پذیرش، عدم اجتناب تجربی و عدم استفاده از شیوه های کنترل، افزایش ذهن آگاهی، مشخص شدن ارزش ها و تعدیل انتظارات، کاهش قضاوت و تفکر است. این بهبودی کاملاً برای زوج ها محسوس است و به صورت یک تقویت طبیعی برای اشتیاق به ادامه درمان عمل می کند (۴۲).

مطالعه تبریزی و همکاران حاکی از اثر بخشی معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه بود (۲۲). پیترسون و ایفرت در تحقیقی نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود روابط زوجین دارای مشکل و افزایش رضایت از زندگی آنها می شود (۴۳). اسماعیلی و همکاران در پژوهشی دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت خود بر کاهش اضطراب اجتماعی دختران نوجوان موثر است (۴۴). علوی زاده و همکاران نتیجه گرفتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی می شود (۳۹). هیز در مطالعه ای کاهش انعطاف ناپذیری روان شناختی را نتیجه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دانست (۴۵). یافته ها پژوهشی یاداویا و همکاران نشان می دهند انعطاف پذیری روان شناختی در تغییرات شفقت به خود، پریشانی روانی بطور کلی، افسردگی، اضطراب، و استرس نقش یک میانجی را دارد (۴۶). در همین راستا، با توجه به ماهیت پیچیده روابط زناشویی و تأثیرات هیجانات، نیاز ها، ترس ها و دل بستگی ها بر روابط زوجین و نیز مکانیزم های متفاوت تأثیر دو رویکرد درمان هیجان مدار و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی، مطالعات اثربخشی و مقایسه ای در زمینه مدل های درمانی کمک شایان توجهی به روان درمان گران و متخصصان عرصه پیشگیری از آسیب ها از جمله طلاق خواهد نمود. لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان پذیرش و تعهد بر شفقت خود در زنان دارای تعارض زناشویی انجام گردید.

## روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون و آزمون پی گیری با یک گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۶۰ زن دارای تعارض زناشویی بود که در نیمه دوم سال ۹۶ به مراکز مشاوره تحت نظارت بهزیستی در شهر تایباد برای دریافت مشاوره مراجعه کرده بودند. از بین جامعه آماری ۴۵ زن دارای تعارض زناشویی به روش نمونه گیری در دسترس که ملاک های ورود به پژوهش از جمله داشتن تعارضات زناشویی، داشتن سطح سواد حداقل دیپلم، سپری شدن حداقل دو سال و حداکثر ده سال از زندگی مشترک، حضور مداوم در جلسات درمان، عدم شرکت در برنامه های درمانی دیگر در طول

شد. قبل از شروع جلسات آموزشی هر سه گروه پرسشنامه شفقت خود (SCI) در مرحله پیش آزمون تکمیل کردند. درمانگر برای آزمودنی های گروه آزمایشی اول درمان گروهی پذیرش - تعهد (مدل هیز و همکاران) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در هفته ای دو بار و برای آزمودنی های گروه آزمایشی دوم درمان گروهی هیجان مدار (مدل جانسون و همکاران) طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای دو بار اجرا گردید و گروه سوم بعنوان گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند و هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. پس از پایان دوره آزمایش، هر سه گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند و دو ماه بعد از پس آزمون، آزمون پی گیری اجرا گردید. طرح حاضر دارای کد اخلاق با مشخصات مطالعات کارآزمایی بالینی می باشد. IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1398.017

درمان هیجان مدار ۹ جلسه آموزشی است بطوری که جلسات درمانی هفته ای دوبار به مدت ۹۰ دقیقه برگزار می شد. محتوای هر جلسه درمان در جدول ۱ ارائه شده است. پروتکل درمان پذیرش و تعهد (ACT): این درمان توسط هیز و همکاران (۲۰۰۹) (۵۱) ارائه شده است. تعداد جلسات درمانی برای درمان پذیرش و تعهد ۸ جلسه آموزشی است بطوری که جلسات درمانی هفته ای دوبار به مدت ۹۰ دقیقه برگزار می شد. محتوای هر جلسه درمان در جدول ۲ ارائه گردیده است. جهت رعایت اخلاق در این پژوهش به شرکت کنندگان درباره پژوهش و شرایط آن (تعداد و مدت جلسات، زمان ارزیابی ها، تخصیص تصادفی، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و حق خروج از پژوهش در هر زمانی که مایل هستند و نیز در صورت تمایل اطلاع یافتن شرکت کننده ها از نتایج کلی در خاتمه پژوهش) توضیح داده شد و رضایت آگاهانه اخذ

جدول ۱. محتوای جلسات درمان هیجان مدار - اقتباس از فلاح زاده و همکاران (۲۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	ایجاد همدلی با زوج ها؛ ایجاد اتحاد درمانی بین زوج و درمانگر در مورد اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان؛ ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه و یافتن درکی روشن از مشکل آن ها.
دوم	ارزیابی تاریخچه دلستگی و صمیمیت مراجعان و فرضیه سازی درباره آسیب پذیری هر یک از زوج ها در رابطه؛ یافتن موانع درونی و بیرونی صمیمیت و ردگیری هیجانی در هریک از زوج ها؛ آشنایی زوج ها با چرخه های منفی تعامل.
سوم	دستیابی به هیجان های شناخته شده نهفته در موقعیت های تعاملی و شناسایی احساسات اولیه و ثانویه هر یک از زوج ها، قاب گیری مجدد مشکل و چرخه تعاملی زوج ها.
چهارم	تشدید تجربه هیجانی، افزایش تمایل به درگیری و رویارویی هیجانی، افزایش پاسخگویی به طرف مقابل بر حسب احساسات نهفته و نیاز دلستگی زوجین، توصیف عمیق هیجان ها و چرخه های تعاملی زوجین
پنجم	افزایش شناسایی نیازها و کمک به زوج ها برای افزایش آگاهی، درگیر شدن باهم و پذیرش مالکیت آسیب پذیری ها، صدمات و ترس های دلستگی، و کمک به طرف مقابل برای شنیدن و پذیرش ترس های همسرش، عمیق کردن درگیری هیجانی و بیرون کشیدن آرزوها
ششم	پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط زوج ها، بیان انتظارات خود از طرف مقابل، و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش.
هفتم	تغییر الگوهای تعاملی و بازسازی تعاملات، تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها و ایجاد درگیری هیجانی بین زوج ها
هشتم	تسهیل بروز راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی، باز تعریف رابطه توسط هر یک از زوج ها، پرورش محیطی امن و خلق اعتماد،
نهم	شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوج ها به الگوی ایمن در روابط شان و افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن، تثبیت و یکپارچه سازی موقعیت های تعاملی جدید، مرور تغییرات ایجاد شده در رابطه توسط زوج ها و خاتمه درمان.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - اقتباس از سعادت و همکاران (۵۲)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روشهای درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار / احساسات، کارکردهای روان شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت های حسی مختلف و جدایی از حس هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها، جمع بندی جلسات.

۲۳/۱ درصد و کارشناسی ۶۹/۲ درصد و در گروه آزمایشی درمان هیجان مدار دیپلم ۲۳/۲ درصد، فوق دیپلم ۱۵/۳ درصد و کارشناسی ۳۰/۹ درصد و در گروه کنترل دیپلم ۳۰/۸ درصد، فوق دیپلم ۳۰/۷ درصد و کارشناسی ۲۳/۱ درصد می باشد. وضعیت نوع ازدواج به ترتیب در گروه آزمایشی درمان پذیرش و تعهد ۲۳/۱ درصد اجباری، ۷۶/۹ درصد اختیاری و در گروه آزمایشی درمان هیجان مدار ۳۰/۸ درصد

## یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی های مورد مطالعه به ترتیب برای گروه آزمایشی درمان پذیرش و تعهد  $22/84 \pm 6/53$  سال و برای گروه آزمایشی درمان هیجان مدار  $20/30 \pm 7/19$  سال و برای گروه کنترل  $19/23 \pm 2/08$  بود. وضعیت تحصیلات آزمودنی ها به ترتیب در گروه آزمایشی درمان پذیرش و تعهد دیپلم ۷/۷ درصد، فوق دیپلم

انحراف استاندارد شفقت خود گروه گواه به ترتیب در پیش آزمون (۳۶/۵) ±۶/۳، پس آزمون (۵/۵±۳۷/۹) و پی گیری (۶±۳۸/۷) بود. در خصوص مقایسه گروه آزمایش و گروه گواه در خط پایه می توان گفت آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تک نمونه ای (Z=۰,۱۵) با سطح معناداری (P=۰,۱۲۳) و شاخص F (F=۱,۷) با سطح معناداری (P=۰,۱۹۰) برای متغیر شفقت خود در خط پایه معنادار نشده است، بنابراین پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در خط پایه وجود دارد و واریانس گروههای آزمایش و گواه در خط پایه همگن است.

اجباری، ۶۹/۲ درصد اختیاری و در آزمودنی های گروه کنترل ۳۸/۵ درصد اجباری و ۶۱/۵ درصد اختیاری می باشد. میانگین و انحراف استاندارد شفقت خود در گروه آزمایشی درمان پذیرش - تعهد به ترتیب در پیش آزمون (۴/۹±۳۵/۸)، پس آزمون (۵±۴۳/۵) و پی گیری (۴/۹±۴۲/۹) بود. میانگین و انحراف استاندارد شفقت خود گروه آزمایشی درمان هیجان مدار به ترتیب در پیش آزمون (۶/۲±۳۶/۲)، پس آزمون (۷/۲±۵۲/۲) و پی گیری (۶/۸±۵۴/۳) بود. میانگین و

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر گروه پذیرش و تعهد برای متغیر شفقت خود

نام آزمون	مقدار شاخص	نسبت F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی	توان آزمون
اثر پیلای	۰/۸۶۱	۷۴/۰۷۲	۲	۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۱	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۹	۷۴/۰۷۲	۲	۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۱	۱
اثر هتلینگ	۶/۱۷۳	۷۴/۰۷۲	۲	۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۱	۱
اثر بزرگترین ریشه	۶/۱۷۳	۷۴/۰۷۲	۲	۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۱	۱

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت خود

مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش آزمون			
پس آزمون	-۷/۹۲	۱/۵۹	۰/۰۰۰۱
پیگیری	-۷/۳	۱/۵۹	۰/۰۰۰۱
پس آزمون	۰/۶۱	۱/۵۹	۰/۹۹
پیگیری			

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر درمان هیجان مدار برای متغیر شفقت خود

نام آزمون	مقدار شاخص	نسبت F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی	توان آزمون
اثر پیلای	۰/۹۱۴	۰/۰۱۲	۲	۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۴	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۸۶	۰/۰۱۲	۲	۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۴	۱
اثر هتلینگ	۱۰/۶۸۸	۰/۰۱۲	۲	۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۴	۱
اثر بزرگترین ریشه	۱۰/۶۸۸	۰/۰۱۲	۲	۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۴	۱

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر درمان هیجان مدار بر شفقت خود

مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش آزمون			
پس آزمون	-۱۴/۳	۲/۴۴	۰/۰۰۰۱
پیگیری	-۱۵/۷	۲/۴۴	۰/۰۰۰۱
پس آزمون	-۱/۴۶	۲/۴۴	۰/۹۹
پیگیری			

جدول ۳ به بررسی میزان تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر شفقت افراد پرداخته است. نتایج نشان داد که تمام آزمون های تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر معنی دار است (P<۰/۰۰۰۱). آزمون لامبدای ویلکز که از دیگر آزمونها از قوت بیشتری برخوردار است با مقدار ۰/۱۳۹ و مقدار F معادل ۷۴/۰۷۲ و مجذور اتای تفکیکی ۰/۸۶۱ معنی دار است. به عبارت دیگر روش درمان پذیرش و تعهد بر شفقت خود موثر بوده است. توان آماری ۱ بود که بیانگر حجم نمونه کافی برای این بررسی بود.

داده های جدول ۴ نشان می دهد که بر اساس آزمون تعقیبی بن فرونی بین شفقت افراد در مرحله پیش آزمون (۳۵/۸) با مراحل پس آزمون (۴۲/۹) و پیگیری (۴۳/۵) تفاوت معنی دار وجود دارد.

(P<۰/۰۰۰۱). اما در مرحله پس آزمون (۰/۶۱) و پیگیری (-۷/۳) تفاوت غیر معنی دار است. در نتیجه اثر مداخله درمانی در طول زمان پایدار بود. بنابراین می توان گفت که درمان پذیرش و تعهد بر شفقت افراد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله آزمون پیگیری تأثیر معناداری دارد. جدول ۵ به بررسی میزان تأثیر درمان هیجان مدار بر شفقت افراد پرداخته است. نتایج نشان داد که تمام آزمون های تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر معنی دار است (P<۰/۰۰۰۱). آزمون لامبدای ویلکز که از دیگر آزمونها از قوت بیشتری برخوردار است با مقدار ۰/۰۸۶ و مقدار F معادل ۷۴/۰۷۲ و مجذور اتای تفکیکی ۰/۹۱۴ معنی دار است. به عبارت دیگر روش هیجان مدار بر شفقت

(۵۶). به عبارت دیگر، شفقت خود همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی ناشی از تعارض زناشویی عمل می کند (۵۷).

با توجه به اندک بودن تحقیقات بالینی مشابه در زمینه اثربخشی درمان هیجان مدار بر شفقت خود می توان گفت این یافته با یافته های بلوث و همکاران (۸)، فلاح زاده و همکاران (۲۹)، جزایری و همکاران (۵۸)، مک کینن و همکاران (۳۴)، یارنل و نف (۳۶) و پرست و همکاران (۳۵) که در آنها اثر بخش بودن درمان هیجان مدار بر شفقت خود، تعارض میان فردی، بهزیستی روانی و مشکلات ارتباط عاطفی آزمودنی های پژوهش بررسی شده همسو می باشد.

در تبیین اثر درمان هیجان مدار بر شفقت خود می توان گفت: درمان هیجان مدار مداخله ای بالقوه برای افزایش شفقت خود و کاهش سرزنش کردن خود و ناتوانی روان شناختی می باشد (۵۹). این درمان به افراد کمک می کند که پردازش و ابراز هیجانی انطباقی داشته باشند؛ این تنظیم هیجانی بارآور با سازگاری روان شناختی مثبت همبسته می باشد (۶۰). درمان هیجان مدار با تحت تأثیر قرار دادن همدلی باعث افزایش میزان شفقت خود می شود و به زنان دارای تعارض زناشویی کمک می کند به راحتی از همسر خود و دیگران به دلیل اشتباهات رخ داده عذرخواهی کنند و در پی بهبود جنبه های آسیب زای رابطه شان با دیگران باشند (۳۲) درمانگر هیجان مدار بر هیجان های آسیب پذیر (مثل ترس یا اضطراب) تمرکز دارد که نقش اساسی در چرخه تعاملات منفی زوج ها دارد. در این رویکرد مهارت های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجان ها و همچنین توانایی همدلی با دیگران باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقاد پذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می دهد که حفظ و تداوم یک ازدواج موفق ضروری است (۶۱).

درمانگر هیجان مدار با ترغیب آزمودنی ها به افزایش ظرفیت خود برای یادآوری اینکه همسرش در گذشته در دسترس و پاسخگو بوده است و در آینده نیز دوباره چنین خواهد بود، به او کمک کند تا بی تفاوتی و عدم واکنش همسرش را تا حد زیادی تحمل کند. این اعتقاد به واکنش پذیری و پاسخ دهی کلی همسر، به افراد اجازه می دهد که موقتاً از همسر بی تفاوت فعلی دور شده، و با اینکه از شرایط فعلی راضی نیست، بتواند با شفقت بیشتری به خود مراجعه کند و از خود حمایت درونی کند. اگر افراد بتوانند بعد از گذشت زمانی، بدون احساس رنجش، بلکه با شوخ طبعی، توانایی خندیدن به خود، و پذیرش این فلسفه که تعارض غیرقابل اجتناب است، به همسرشان مراجعه کنند، توانسته اند در راه تقویت پیوند عاطفی و افزایش شفقت به خود گام بردارند (۶۲). در خصوص تبیین میزان بالای اثربخشی درمان هیجان مدار در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد بر روی شفقت خود در زنان دارای تعارض زناشویی می توان گفت: درمان هیجان مدار، درمانی ادغام یافته با محوریت درمان مراجع محوری راجرز، سیستمی خانواده مینوچین و با الحاق ریشه های وجودی و تجربه ای و بر اساس و پایه نظریه دلبستگی می باشد (۶۳). درمان هیجان مدار در واقع در زمینه مشکلات زناشویی توسعه پیدا کرده و شواهد و تحقیقات زیادی روی این روش درمانی انجام شده که نشان می دهد این رویکرد بر روابط تأثیر زیادی دارد (۶۴).

خود موثر بوده است. توان آماری ۱ بود که بیانگر حجم نمونه کافی برای این بررسی بود.

داده های جدول ۶ نشان می دهد که بر اساس آزمون تعقیبی بن فرونی بین شفقت خود افراد در مرحله پیش آزمون (۳۶/۲) با مراحل پس آزمون (۵۲/۲) و پیگیری (۵۴/۳) تفاوت معنی دار وجود دارد ( $P < 0.001$ ). اما در مرحله پس آزمون (-۱/۴۶) و پیگیری (-۱۵/۷) تفاوت غیر معنی دار است. در نتیجه اثر مداخله درمانی در طول زمان پایدار بود. بنابراین می توان گفت که روش هیجان مدار بر شفقت افراد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله آزمون پیگیری تأثیر معناداری دارد.

## بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو مدل درمانی برخاسته از موج سوم رفتار درمانی شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار بر شفقت خود زنان دارای تعارض زناشویی بود. نتایج نشان داد که هر دو مدل درمانی بر شفقت خود تأثیر داشته اما درمان هیجان مدار نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش تعهد اندازه اثر بیشتری بر بهبود شفقت خود زنان دارد. در خصوص اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر شفقت خود زنان دارای تعارض زناشویی نتایج نشان داد اثربخشی این مدل درمانی بر شفقت خود در مقایسه با مدل درمانی درمان هیجان مدار کمتر گزارش شده است. این یافته با یافته های پژوهشی اخوان بی تقصیر و همکاران (۲۰)، اسماعیلی و همکاران (۴۴)، تبریزی و همکاران (۲۲)، پیترسون و ایفرت (۴۳)، هیز (۴۵) همخوانی دارد و با یافته پژوهشی علوی زاده و همکاران (۳۹) همخوانی ندارد.

در تبیین اثر درمان پذیرش و تعهد بر شفقت خود می توان گفت: این درمان با تمرکز بر ذهن آگاهی به فرد کمک می کند ارزش های شخصی را مشخص کرده و با تجربیاتش به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آنها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی شان، در هنگام ظهور بپذیرد (۵۳) تا در موقعیت های تعارضی با دیگران سازش بیشتری (۳۶) و در پی بهبود جنبه های آسیب زای رابطه (۵۴) و بکارگیری رفتارهای مثبت و سازنده در روابط شان باشند (۵۵).

در واقع از طریق فرآیندهایی چون دادن بینش، قدردانی کردن، مثبت بودن، اختصاص دادن زمان برای زوجین، و احساس نزدیکتر و ارتباط بیشتر داشتن زوجین با یکدیگر کمک کند تا احساس مثبت تری در زندگی داشته باشند. در طول درمان پذیرش و تعهد، درمانگر باید زوجین را نسبت به موارد کوچک اما ارزشمند زندگی نظیر لذت بردن از آب و هوا، پیاده روی کردن، استفاده کیفی از زمان در خانواده و گفتگوی خوب آگاه کند. چرا که هرچه آگاهی های زوجین نسبت به تاثیر هیجان ها، مهربانی با خود و آگاهی از ارزش های شخصی بیشتر شود، نگرش های مثبت تری به زندگی خواهند داشت. علاوه بر این، این مداخله به آزمودنیها کمک کرده تا بر اساس فرآیند گسلس شناختی که از فرآیندهای اصلی درمان پذیرش و تعهد محسوب می شود توانایی شان را برای کنترل بیشتر بر افکار مشکل دار با ایجاد یک فاصله بیشتر بین افکارشان و خودشان بهبود بخشند (۵۵) و با تغییر روابط در تجارب درونی شان، کاهش اجتناب تجربی، نیرومندسازی یک ارتباط غیرقضاوتی و مشفقانه و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند

بحران و دادگاههای خانواده برای کمک به زنان دارای تعارض زناشویی بدلیل موثر بودن آنها استفاده گردد.

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان هیجان مدار با تحت تأثیر قرار دادن همدلی و تصحیح تجارب هیجانی در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر روی میزان شفقت خود در زنان دارای تعارض زناشویی داشت. شفقت خود احتمال سازگاری به هنگام طلاق و جدایی عاطفی را افزایش داده و احساسات اعتمادپذیری و صحت را که منجر به آشفتگی عاطفی کمتر و سطح بالاتری از بهزیستی عاطفی می شوند را هم ارتقاء می بخشد. مطابق با یافته های پژوهش حاضر، می توان از بسته آموزش درمان هیجان مدار برای افزایش میزان شفقت خود از طریق ابراز هیجان، توانایی همدلی با دیگران و انتقادپذیری در زنان دارای تعارض زناشویی بهره برد.

### سپاسگزاری

این مطالعه حاصل نتایج رساله مقطع دکتری روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور می باشد که بدینوسیله از زحمات و حمایت های اساتید محترم دانشگاه آزاد نیشابور بخصوص مراکز مشاوره ای ارجاع دهنده و زوجین شرکت کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می نمایم. (طرح حاضر دارای کد اخلاق با مشخصات IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1398.017 مطالعات کارآزمایی بالینی می باشد.)

### تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منفعی بین نویسندگان وجود ندارد.

### References

- Wilson SJ, Andridge R, Peng J, Bailey BE, Malarkey WB, Kiecolt-Glaser JK. Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;85:6-13. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.07.489 pmid: 28783508
- Galinsky AM, Waite LJ. Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(3):482-492. doi: 10.1093/geronb/gbt165 pmid: 24470175
- Besharat MA, Mohammadi hasel K, Nikfarjam MR, Zabihzadeh A, Fallah MH. A Comparison Of Attachment Styles in Individuals with Depression, Anxiety Disorders, and those without these Disorders. *Developmental Psychol*. 2013;9(35):227.
- Downs T, Downs J. The seven conflicts: Resolving the most common disagreements in marriage: Moody Publishers 2009.
- Aalami M, Taimory S, Ahi G. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Conflicts and Improvement of Intimacy in Divorce Applicant Couples. *Quarterly Journal of Social Work*. 2020;9(3):12-19.
- Pahlavan M, Mootabi F, Mazaheri M. Reaction to Marital Conflict: An Intergenerational Study. *Iran J Psychiatr Clin Psychol*. 2015;21(3):202.
- Inwood E, Ferrari M. Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Appl Psychol Health Well Being*. 2018;10(2):215-235. doi: 10.1111/aphw.12127 pmid: 29673093
- Svensden JL, Osnes B, Binder PE, Dundas I, Visted E, Nordby H, et al. Trait Self-Compassion Reflects Emotional Flexibility Through an Association with High Vagally Mediated Heart Rate Variability. *Mindfulness (N Y)*. 2016;7(5):1103-1113. doi: 10.1007/s12671-016-0549-1 pmid: 27642372
- Bluth K, Roberson PN, Gaylord SA. A Pilot Study of a Mindfulness Intervention for Adolescents and the Potential Role of Self-Compassion in Reducing Stress. *Explore (NY)*. 2015;11(4):292-295. doi: 10.1016/j.explore.2015.04.005 pmid: 26005198
- Tandler N, Petersen LE. Are self-compassionate partners less jealous? Exploring the mediation effects of anger rumination and willingness to forgive on the association between self-compassion and romantic jealousy. *Current Psychol*. 2020;39(2):750-760. doi: 10.1007/s12144-018-9797-7
- Neff KDS. The development and validation of a scale to measure self-compassion. 2003;2(3):223. doi: 10.1080/15298860309027
- Hollis-Walker L, Colosimo K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*. 2011;50(2):222-227. doi: 10.1016/j.paid.2010.09.033
- Gilbert P. Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy: Routledge 2005.
- Muris P, Petrocchi N. Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. *Clin Psychol Psychother*. 2017;24(2):373-383. doi: 10.1002/cpp.2005 pmid: 26891943
- Borjali M, Naseri Nia S. The Effectiveness of Emotion Regulation Strategies Training on Mental Health, Self-compassion and Craving in The Addicts. *Counseling Culture and Psychotherap*. 2019;10(40):133. doi: 10.22054/qccpc.2019.45570.2194
- Shackelford R, Besser M, Goetz D. For better or for worse: Marital well-being of newlyweds. *J Counsel Psychol*. 2007;14:223 doi: 10.22086/gmj.v0i0.641



17. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol.* 2014;**53**(1):6-41. doi: 10.1111/bjc.12043 pmid: 24588760
18. Baker DA, Caswell HL, Eccles FJR. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2019;**90**:154-161. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.11.025 pmid: 30557784
19. Marks OM. Self-Compassion and Marital Satisfaction: Regent University 2017.
20. Noori imamzade H, Pahlavan A. Investigating the role of self-compassion personality trait in predicting marital commitment and intimacy. World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the beginning of the third millennium: undefined1395.
21. Terry ML, Leary MR, Mehta S. Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity.* 2013;**12**(3):278 doi: 10.1080/15298868.2012.667913
22. Gilbert P, Miles JN. Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and individual differences.* 2000;**29**(4):757. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00230-5
23. Tabrizi F, Ghamari M, Bazzazian S. The comparison of effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Integrating Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focus Therapy on psychological well-being of Divorced Women. *J counseling research.* 2020;**19**(75):65-87. doi: 10.29252/jcr.19.75.65
24. Dalgleish T. Examining predictors of change in emotionally focused couples therapy [Dissertation]. Ottawa: School of Psychology Faculty of Social Sciences, University of Ottawa. 2013.
25. Halamova J, Kanovsky M, Varsova K, Kupeli N. Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Curr Psychol.* 2021;**40**(1):333-343. doi: 10.1007/s12144-018-9933-4 pmid: 33488040
26. Dillon DG, Ritchey M, Johnson BD, LaBar KS. Dissociable effects of conscious emotion regulation strategies on explicit and implicit memory. *Emotion.* 2007;**7**(2):354-365. doi: 10.1037/1528-3542.7.2.354 pmid: 17516813
27. Karris M, Caldwell BE. Integrating emotionally focused therapy, self-compassion, and compassion-focused therapy to assist shame-prone couples who have experienced trauma. *Family J.* 2015;**23**(4):346 doi: 10.1177%2F1066480715601676
28. Goldman RN, Greenberg L. Working with identity and self-soothing in Emotion-Focused Therapy for Couples. *Fam Process.* 2013;**52**(1):62-82. doi: 10.1111/famp.12021 pmid: 25408090
29. Palmer-Olsen L, Gold LL, Woolley SR. Supervising emotionally focused therapists: a systematic research-based model. *J Marital Fam Ther.* 2011;**37**(4):411-426. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00253.x pmid: 22007776
30. Fallahzadeh H, Sanai ZB. Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Integrated Systemic Couple Therapy. *J wommen socio psychological stud.* 2013;**4**(10):87. doi: 10.22051/jwps.2012.1434
31. Akhavan Bitaghsir Z, Sanaee Zaker B, Navabinejad S, Farzad V. Comparative of Emotional Focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Adjustment and Marital Satisfaction. *Iranian Journal of Health Education and Health Promot.* 2017;**5**(2):121-128. doi: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.121
32. Honarparvaran N. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on forgiveness and marital adjustment among women damaged by marital infidelity. *Sociology women J Woman and Societ.* 2014;**5**(3):19.
33. Zuccarini D, Johnson SM, Dalgleish TL, Makinen JA. Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. *J Marital and Family Therap.* 2013;**39**(2):148 doi: 10.1111/j.752-0606.2012.00287.x
34. Nemati M, Dokaneheefard F, Behboodi M. Comparing Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Emotion-Focused Therapy (EFT) and Combining ACT & EFT in the Spiritual Well-being of Couples Referring to Counseling Centers in Sari: An Experimental Study. *Journal of Pizhuhish dar din va salamat.* 2020;**6**(1):87-99. doi: 10.22037/jrrh.v6i1.1369
35. Makinen JA, Johnson SM. Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: steps toward forgiveness and reconciliation. *J Consult Clin Psychol.* 2006;**74**(6):1055-1064. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1055 pmid: 17154735
36. Priest JB. Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *J Couple & Relationship Therap.* 2013;**12**(1):22 doi: 10.1080/15332691.2013.749763
37. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *J Self and Identit.* 2013;**12**(2):146 doi: 10.1080/15298868.2011.649545
38. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Counseling Psychol.* 2012;**40**(7):976-1002. doi: 10.177%2F0011000012460836
39. Brockman C, Snyder J, Gewirtz A, Gird SR, Quattlebaum J, Schmidt N, et al. Relationship of service members' deployment trauma, PTSD symptoms, and experiential avoidance to postdeployment family reengagement. *J Fam Psychol.* 2016;**30**(1):52-62. doi: 10.1037/fam0000152 pmid: 26437144
40. Alavizadeh F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing stress, anxiety and depression in married females experiencing infidelity (emotional-sexual). *Iran J psychiatric nurs.* 2017;**4**(6):8. doi: 10.21859/ijpn-04063
41. Ciarrochi J, Kashdan TB, Harris R. The foundations of flourishing: Context Press/New Harbinger Publications 2013.
42. Lutz A, Brefczynski-Lewis J, Johnstone T, Davidson RJ. Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PLoS One.* 2008;**3**(3):e1897. doi: 10.1371/journal.pone.0001897 pmid: 18365029
43. Saadatmand K, Basak Nejad S, Amanollahi A. The effectiveness of an Acceptance and Commitment-based Couple Therapy in intimacy and forgiveness among couples. *Family Psychol.* 2017;**4**(1):41.
44. Tabrizi F, Ghamari M, Bazzazian S. The comparison of effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Integrating Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focus Therapy on psychological well-being of Divorced Women. *J counseling res.* 2020;**19**(75):65 doi: 10.29252/jcr.19.75.65
45. Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Pract.* 2011;**18**(4):577 doi: 10.1016/j.cbpra.2010.03.004
46. Esmaili L, Amiri S, Abedi MR, Molavi H. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Self-Compassion on Social Anxiety of Adolescent Girls. *Clinical Psychology Stud.* 2018;**8**(30):117. doi: 10.22054/jcps.2018.8605
47. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therap.* 2004;**35**(4):639. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
48. Yadavaia JE, Hayes SC, Vilaridaga R. Using Acceptance and Commitment Therapy to Increase Self-Compassion: A Randomized Controlled Trial. *J Contextual Behav Sci.* 2014;**3**(4):248-257. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.09.002 pmid: 25506545
49. Omidianfar M, Refahi J, Ghaderi Z, Afshoon EJAd. The effectiveness of enriching relations between spouses to reduce marital conflict between employees in different offices in Yasouj. *J Armaghan danesh.* 2015;**20**(6):538.
50. Sadeghi MA, Mousavi J, Mootabi F, Dehghani M. Couple's personality similarity and marital satisfaction. *J Contemporary Psychol.* 2016;**10**(2):67.
51. Khosravi SSM, Yabandeh M. Adequacy of Self-Compassion Scale (SCS). *J Psychological Methods and Model.* 2013;**4**(13):47.

52. Johnson SM, Greenman PS. The path to a secure bond: emotionally focused couple therapy. *J Clin Psychol*. 2006;**62**(5):597-609. doi: [10.1002/jclp.20251](https://doi.org/10.1002/jclp.20251) pmid: [16523499](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16523499/)
53. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. second edition ed. the Guilford press American Psychological Association 2012.
54. Saadati N, Rostami M, Darbani SA. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. *J Family psychol*. 2017;**3**(2):45.
55. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive Behavioral Pract*. 2009;**16**(4):368 doi: [10.1016/j.cbpra.2009.06.001](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001)
56. Dyrenforth PS, Kashy DA, Donnellan MB, Lucas RE. Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: the relative importance of actor, partner, and similarity effects. *J Pers Soc Psychol*. 2010;**99**(4):690-702. doi: [10.1037/a0020385](https://doi.org/10.1037/a0020385) pmid: [20718544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20718544/)
57. Kohle N, Drossaert CHC, Jaran J, Schreurs KMG, Verdonck-de Leeuw IM, Bohlmeijer ET. User-experiences with a web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2017;**17**(1):225. doi: [10.1186/s12889-017-4121-2](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4121-2) pmid: [28245794](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28245794/)
58. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008;**76**(6):1083-1089. doi: [10.1037/a0012720](https://doi.org/10.1037/a0012720) pmid: [19045976](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19045976/)
59. Herbert MS, Afari N, Liu L, Heppner P, Rutledge T, Williams K, et al. Telehealth Versus In-Person Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Randomized Noninferiority Trial. *J Pain*. 2017;**18**(2):200-211. doi: [10.1016/j.jpain.2016.10.014](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.10.014) pmid: [27838498](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27838498/)
60. Jazayeri R, Khanehi D, Bahrami F, Montazeri N, Etemadi O. Comparison of the Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Emotionally Focused Therapy (EFT) on Marital Conflict in Cardiac Patients with a History of Coronary Artery Bypass. *J family res*. 2020;**15**:519 doi: [10.29252/jfr.15.04.05](https://doi.org/10.29252/jfr.15.04.05)
61. Shahar B, Carlin ER, Engle DE, Hegde J, Szepeswol O, Arkowitz H. A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clin Psychol Psychother*. 2012;**19**(6):496-507. doi: [10.1002/cpp.762](https://doi.org/10.1002/cpp.762) pmid: [21710579](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21710579/)
62. Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol*. 2000;**68**(5):875-882. pmid: [11068973](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11068973/)
63. SM J. The practice of emotionally focused couple therapy. : New York: Brunner- Routledge 2004.
64. Greenberg LSG. Rwanda emotion-focused therapy: Publishing, first edition 2018.
65. Mauss IB, Evers C, Wilhelm FH, Gross JJ. How to bite your tongue without blowing your top: implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Pers Soc Psychol Bull*. 2006;**32**(5):589-602. doi: [10.1177/0146167205283841](https://doi.org/10.1177/0146167205283841) pmid: [16702153](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16702153/)