

The effectiveness of Acceptance and Commitment Based Group Therapy (ACT) on reducing worry and depression in couples on with emotional divorce

Reza Jafari*

Ali Reza Mohammadiarya**

Abstract

This study to aim was conducted the effectiveness of based on acceptance and commitment group therapy (ACT) in reducing worry and depression in couples with emotional divorce referred to Mental Relief Counseling Clinic in Tehran In a quasi-experimental design with pre-test and post-test with control group. Twenty-eight (14 participants in experimental group and 14 participants in control group) couples with emotional divorce problems were selected using voluntarily sampling. The experimental group participants in 8 sessions of acceptance and commitment based on intervention (ACT) sessions and the control group participants did not receive any intervention. Participants responded in two stage to the Beck Depression Inventory and the State of Pennsylvania Questionnaire on two occasions. Findings showed that acceptance and commitment therapy reduced depression and worry in the experimental group. Based on this, it can be said that in the field of treatment and dealing with depressed and anxious people and reduction of emotional divorce in the field of family interventions, acceptance and commitment group therapy (ACT) due to its nature seems very effective and promising.

Keywords: Depression, worry, emotional divorce, acceptance, commitment

* **Corresponding Author:** M.A. of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (adinaclinic20@gmail.com)

** Assistant Professor, Department of Preschool Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی و افسردگی در زوجین با طلاق عاطفی

رضا جعفری *

علیرضا محمدی آریا **

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به شیوه‌ی گروهی بر کاهش نگرانی و افسردگی در زوجین با طلاق عاطفی مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره ندای آرامش روان‌شهر تهران در یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گردید. ۲۸ (۱۴ نفر گروه آزمایش و ۱۴ نفر گروه کنترل) زوج با مشکلات طلاق عاطفی به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) شرکت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت‌کنندگان در دو نوبت به پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و نگرانی ایالت پنسیلوانیا پاسخ دادند. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی و نگرانی در شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش گردید. بنابراین می‌توان گفت، در حوزه درمان و زمینه‌ی کار با افراد افسرده و مضطرب و کاهش طلاق عاطفی در حوزه مداخلات خانوادگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به ماهیت آن، بسیار کارا و نویدبخش به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، نگرانی، طلاق عاطفی، پذیرش، تعهد

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
adinaclinic20@gmail.com

** استادیار گروه آموزشی پیش از دبستان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

خانواده^۱ شالوده اساسی ساختار اجتماعی جوامع است که با ازدواج و آغاز زندگی زناشویی شکل می‌گیرد (نوابی‌نژاد، ۱۳۹۵). به دلیل اینکه رابطه زناشویی زیربنای روابط خانوادگی و تربیت نسل‌های آینده است، به‌عنوان اساسی‌ترین رابطه انسانی تلقی می‌شود. از این رو استحکام و بهبود آن از اهمیت زیادی برخوردار است. با این وجود، گاهی زوجین در روابط زناشویی با مشکلاتی روبرو می‌شوند که آن‌ها را دچار تعارض می‌کند. ارزیابی کلی فرد از رابطه زناشویی و وضعیت برآورده شدن نیازها، خواسته‌ها و آرزوهای شخصی و زوجی، میزان رضایت و یا نارضایتی از رابطه زناشویی را تعیین می‌کند (متسون، روژ، جانسون، دیوید سون و فینچام^۲، ۲۰۱۳). یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی طلاق^۳ است. طلاق یکی از پیامدهای ناگوار و تلخ زندگی است که طبعاً برای گروه کثیری از انسان‌ها اجتناب‌ناپذیر است و متأسفانه در سال‌های اخیر افزایش آمار روزافزون طلاق آن را به یک روند و معضل مهم اجتماعی تبدیل کرده است (ترودل و گلدفورب^۴، ۲۰۱۱). طلاق، فروپاشی فردی، خانوادگی و اجتماعی را در پی داشته و برای زنان نسبت به مردان اثرات منفی بیشتری دارد (ساکاتا و مکزی^۵، ۲۰۱۱). کلانتری، روشنفکر و جواهری (۱۳۹۰) در فرا تحلیلی از آثار و پیامدهای طلاق نشان دادند که نه تنها طلاق به‌طور کلی می‌تواند باعث صدمه به سرمایه انسانی و اقتصادی جامعه شود؛ بلکه در تحلیلی حساس به جنسیت می‌تواند مانع نقش‌آفرینی زنان در فرایند توسعه و در نتیجه به حاشیه راندن و استثمار زنان گردد و تجربه طلاق، سازگاری زوجین و فرزندان آن‌ها را در تمام ابعاد (روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی) تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده پس از طلاق می‌گردد.

طلاق به یک باره به وجود نمی‌آید، بلکه به تدریج و طی مراحل شکل می‌گیرد، در واقع

-
1. family
 2. Matson, Rogge, Johnson, Davidson, & Fincham
 3. divorce
 4. Trudel & Goldfarb
 5. Sakata & McKenzie

طلاق عاطفی^۱ اولین مرحله در فرایند طلاق و بیانگر رابطه‌ی زناشویی است و اگرچه منابع گوناگون آمارهای مختلفی ارائه می‌دهند، ولی نمی‌توان به هیچ‌کدام از این آمارها اطمینان کامل داشت، زیرا طلاق عاطفی به صورت رسمی سنجیده نشده است؛ اما در برخی منابع گفته می‌شود که طلاق عاطفی دو برابر طلاق قانونی است (سالک، ۲۰۰۶، به نقل از لطیفیان، عرشی، علی‌پور، امینی و هارونی، ۱۳۹۵). پژوهش‌گران علت‌های مختلفی را برای طلاق و طلاق عاطفی از جمله اختلافات شدید اعتقادی، تفاوت‌های شخصیتی، تفاوت‌های فرهنگی، تفاوت‌های جنسیتی، تفاوت‌های خانوادگی، تربیت‌های متفاوت، خصوصیات شخصیتی ناسازگار و پافشاری دو طرف در به کرسی نشاندن عقیده یا رأی خود و مشکلات روان‌شناختی ذکر می‌کنند (مالوف، ثور شتاینسون، اسکوت، بولار و روک، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طلاق عاطفی آثار و پیامدهای زیانبار جسمی و روانی بر زوجین دارد. هاشمی و همایونی^۳ (۲۰۱۷) نشان دادند طلاق عاطفی موجب بروز مشکلات و فشارهای روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، ابتلا به بیماری‌های جسمی و روان‌تنی و پرخاشگری رابطه دارد و آثار و پیامدهای طلاق عاطفی بیشتر از طلاق قانونی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که متغیرهای روان‌شناختی زیادی از جمله افسردگی (شاه‌مرادی، ۱۳۹۵)، تعارض‌های زناشویی (صفایی‌راد و وارسته‌فر، ۱۳۹۲)، هوش هیجانی و تاب‌آوری (کریمی‌پور زارع، ۱۳۹۵) می‌توانند طلاق عاطفی را پیش‌بینی کنند. در این میان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرهای روان‌شناختی، می‌توان به افسردگی^۴ اشاره نمود. افسردگی، اختلال عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال معمولاً مزمن، عودکننده و به‌طور بالقوه تهدیدکننده‌ی زندگی است و با علایم نارضایتی، از دست دادن توان و علایق گذشته، اعتماد به خود پایین، احساس غم و گناه، عدم تمرکز، داشتن افکار خودکشی، کندی یا بی‌قراری روان/ حرکتی، افزایش یا کاهش وزن، فقدان لذت، خستگی روانی- جسمی، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است (سادوک و سادوک^۵، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۳). فشار سنگین عاطفی، اجتماعی

-
1. emotional divorce
 2. Malouff, Thorsteinsson, Schutte, Bhullar, & Rookke
 3. Hashemi, & Homayuni
 4. depression
 5. Sadok & Sadok

و اقتصادی، برای مبتلایان به اختلال افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲/۹ تا ۶/۱۲ درصد در جمعیت عمومی باعث شده است که توجه به درمان و یا کاهش میزان نشانگان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته شود (ماهاتی، باگیا، کریستوفر، اسنها و راو^۱، ۲۰۱۵). افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی است که باعث آسیب‌هایی مانند تضاد شناختی، نشخوار فکری، نگرانی در افراد می‌شود (نام، کیم، دویلدر و سونگ^۲، ۲۰۱۶) و معمولاً افراد پس از طلاق؛ عزت نفس پایین؛ سردرگمی نقش؛ خشم؛ اضطراب؛ تردید و افسردگی را تجربه می‌نمایند که غالباً زنان دو برابر بیشتر از مردان احتمال دارد که دچار افسردگی شوند (کرامری، ماهونی و پارگامنت^۳، ۲۰۱۱).

نگرانی^۴ فرایندی شناختی است که افراد، وقایع و نتایج تهدیدزا را پیش‌بینی می‌کند و این پیش‌بینی‌ها به تدریج تبدیل به راهبردی برای کشف و مقابله با تهدیدهای قریب‌الوقوع می‌شوند و در نتیجه این افراد در یک حالت گوش بزنگی زندگی می‌کنند (لی، اورسیلو، رومر و آلن^۵، ۲۰۱۰). نگرانی نتیجه فرایندهای شناختی انتزاعی است که می‌تواند توسط افکار مرتبط با وقایع واقعی یا غیرواقعی به وجود آید. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد نگرانی با افزایش هیجان‌های منفی، تداخل در کارکرد شناختی و بازداری فرایندهای فیزیولوژیکی در افراد نیز همبسته است (آلدو، منین و مک‌لاکلین^۶، ۲۰۱۳). مروری بر ادبیات پژوهش مؤید آن است که نگرانی به‌عنوان جزء شناختی اضطراب، محور مرکزی چندین اختلال اضطرابی است و این مسأله اهمیت آن را از نظر بالینی نشان می‌دهد (لرا و نیومن^۷، ۲۰۱۴). عامل‌های نگرانی و اجتناب شناختی^۸ با توجه به آنچه گفته شد از همبسته‌های روان‌شناختی قدرتمند مرتبط با افسردگی هستند. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که غالب راهبردهای درمانی که طی سال‌های اخیر برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی و

1. Mahati, Bhagya, Christofer, Sneha, & Rao
2. Nam, Kim, DeVlyder, & Song
3. Krumrei, Mahoney, & Pargament
4. worry
5. Lee, Orsillo, Roemer, & Allen
6. Aldao, Mennin, & McLaughlin
7. Llera & Newman
8. cognitive shunting

مکانیسم‌های شکل‌دهنده آن همچون نگرانی و اجتناب شناختی به کار رفته‌اند، درمان پذیرش و تعهد^۱ می‌باشد (هاناهان، فیلد، جونز و دیوی^۲، ۲۰۱۳).

برای درمان افسردگی، نگرانی و اضطراب از روش‌های متفاوتی استفاده شده است، با این حال عدم موفقیت روش رایج شناختی- رفتاری^۳ سنتی، لزوم انجام بررسی روی‌آوردهای نوین شناختی- رفتاری برای درمان افسردگی و نگرانی را مشخص می‌کند و در بین درمان‌های روان‌شناختی، الگوهای متنوعی در مورد درمان و کاهش علائم روان‌شناختی بیماران به کار رفته است (مک‌کراکن و ولز^۴، ۲۰۱۴). در حال حاضر درمان‌های شناختی- رفتاری، به‌ویژه شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان روش درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علائم اختلالات روانی به کار رفته است که به‌عنوان یکی از شناخته‌شده‌ترین درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری نیز شناخته می‌شود (جیمenez^۵، ۲۰۱۲). پروتکل درمان پذیرش و تعهد بر شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف، ضمن تأکید بر اشتیاق نسبت به تجربه نمودن همه هیجانات و موقعیت‌ها (راهبردهای اولیه مبتنی بر پذیرش) تمرکز دارد (وترل، لیو، پاترسون، آفری، آیرس، تورپ و پتکوس^۶، ۲۰۱۱). در این شیوه درمان تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد، در واقع هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (لارمار، ویاتروسکی و لويس-درايور^۷، ۲۰۱۱). یکی از اهداف درمان‌های شناختی موج سوم، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای فعال و حل مسئله در بهبود افسردگی، اضطراب و نگرانی است؛ بنابراین کسب مهارت زوجین در این دو دسته مهارت، به واسطه درمان‌های شناختی به شیوه گروهی، منجر به کاهش افکار ناکارآمد می‌گردد و اگرچه که چند سال از معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌گذرد، اما هنوز مطالعاتی که تأثیر مداخله درمان‌های شناختی موج سوم رفتاری را بر نگرانی و افسردگی جمعیت‌های مختلف

1. acceptance and commitment therapy
2. Hanrahan, Field, Jones, & Davey
3. cognitive-behavioral therapy
4. McCracken & Vowles
5. Jimenez
6. Wetherell, Liu, Patterson, Afari, Ayers, Thorp, & Petkus
7. Larmar, Wiatrowski, & Lewis-Driver

بررسی کرده‌اند، نتایج متفاوتی را نشان می‌دهند (بندولفی و همکاران^۱، ۲۰۱۰). مطالعات گذشته همچنین مؤثر بودن این رویکرد درمانی را در کاهش اضطراب و افسردگی (براسینگتون، فریبا، یاتس، فرن، لانزا، کمپ و گیلندرز^۲، ۲۰۱۶؛ براون، ویتینگام، بوید، امسیکینالی و سوفرونف^۳، ۲۰۱۵؛ سلگی، ۱۳۹۶؛ مرمچی‌نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶ و امانی، عیسی‌نژاد و علیپور، ۱۳۹۷) گزارش کرده‌اند. بر اساس ادبیات پژوهشی از آن جایی که افسردگی، نگرانی از جمله مسائل شایع در افراد دارای طلاق عاطفی می‌باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و نگرانی زوجین دارای طلاق عاطفی بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی این تحقیق شامل تمامی زوجین مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی ندای آرامش روان‌شهر تهران بود. ۲۸ زوج به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس نمره برش بالاتر از ۱۸ در پرسش‌نامه با واگذاری تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در نهایت، پس از ریزش تعدادی از زوجها، ۱۲ نفر در گروه آزمایش (۶ زوج) و ۱۲ نفر در گروه کنترل (۶ زوج) شرکت نمودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: گذراندن حداقل دو سال زندگی مشترک، حضور همزمان هر دو زوج در جلسات مداخله، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، علاقه به شرکت در جلسات مداخله و متعهد شدن به حضور در تمامی جلسات درمانی مداخله و شرکت نکردن زوجین همزمان در دیگر برنامه‌های درمانی. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، دریافت روان‌درمانی و یا دارو درمانی همزمان با آموزش، داشتن اعتیاد و اختلال‌ها و بیماری‌های روانی و جسمانی.

1. Bondolfi et al.
2. Brassington, Ferreira, Yates, Fearn, Lanza, Kemp, & Gillanders
3. Brown, Whittingham, Boyd, McKinlay, & Sofronoff

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی نگرانی ایالت پنسلوانیا^۱: پرسش‌نامه‌ی نگرانی ایالت پنسلوانیا یک پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی ۱۶ سؤالی است که توسط میر، میلر، متزگر و بورکووک^۲ (۱۹۹۰) در طراحی‌شده و نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل‌کنترل را اندازه می‌گیرد. پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است که این گزینه‌ها به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. ۱۱ ماده به‌طور مثبت و ۵ ماده (۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) به‌طور منفی نمره‌گذاری می‌شوند (دیوی^۳، ۲۰۰۶). دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی (۱۳۸۸) ساختار تک‌عاملی، ضریب روایی هم‌گرای معنی‌دار این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های اضطراب صفت اسپیلگر و افسردگی بک و ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کردند. در این پژوهش، ضرایب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ به‌دست‌آمد.

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI-II)^۴: این پرسش‌نامه در ابتدا توسط بک در دهه ۱۹۶۰ و به منظور سنجش و ارزیابی وجود یا عدم وجود افسردگی و نیز شدت آن در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است و در سال ۱۹۷۰ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و دارای ۲۱ ماده است که هر پرسش آن چهار گزینه (صفر - ۱ - ۲ - ۳). دامنه‌ی نمرات این پرسش‌نامه از صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد (بک^۵، ۱۹۷۰). کاپسی، یوسلو، تورکاپور و کارگولون^۶ (۲۰۰۸) در نمونه غیربالینی ضرایب همسانی درونی آن با میانگین ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی در نمونه‌ی غیربالینی ۰/۹۴ و کارمودی^۷ (۲۰۰۵) در کل پرسش‌نامه ۰/۹۰ برای عامل‌های شناختی-عاطفی ۰/۸۷ و بدنی ۰/۷۴ ولی تبار، حسین‌ثابت و بهشتیان (۱۳۹۳) ضریب آلفای ۰/۸۳ گزارش داده‌اند. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست‌آمد.

1. Penn State Worry Questionnaire
2. Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec
3. Wells
4. Beck Depression Inventory- I I
5. Beck
6. Kapci, Uslu, Turkcapar, & Karaoglan
7. Carmody

جدول ۱

خلاصه‌ی صورت جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسال، ۲۰۰۴)

جلسات	موضوع، هدف و محتوا
اول	در این جلسه اعضای گروه به یکدیگر معرفی شدند و حدود رفتاری و قوانین، اصول و قرار دادهای حاکم بر جلسه‌های مشاوره مطرح و در مورد اهداف درمان و این‌که تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد بحث شد. درماندگی خلاق معرفی و بیان شد که در این شرایط میتوان بر نادیده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش اجتناب و ذهنی بودن مطالب اشاره کرد. سپس علامت‌های اختصاری مهم در زندگی، نظام‌های ناکارآمد گذشته معرفی و اعضای گروه با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف آشنا شدند. تکلیف خانگی نوشتن موقعیت‌هایی بود که درماندگی خلاق را تجربه کرده بودند.
دوم	هدف این جلسه آموزش این نکته بود که کنترل مسئله است؛ نه راه‌حل و این نکته که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته، بی اثر است. در این مرحله این آگاهی در درمان‌جویان تقویت شد که راهبردهای کنترل هیجانی، مسئول بخش بزرگی از مشکلات آنها است و هر چقدر که به مدت طولانی تری در تلاش برای کنترل احساس خود در جا بزنند بیشتر در دور باطل افزایش رنج چرخ خواهند زد. برای این منظور از استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه، پاندول و توپ در استخر استفاده شد. تکلیف خانگی یادداشت تجربه‌های روزانه در مورد نحوه مواجهه شدن با مسائل بود.
سوم	هدف جلسه‌ی آموزش پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل بود. برای معرفی تمایل به‌عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه ای، از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا، تمثیل آشفتنگی پاک و ناپاک و مهمان ناخوانده استفاده شد و سپس یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
چهارم	ابتدا تکالیف جلسه‌ی قبل بررسی و سپس گسلس شناختی به افراد آموزش داده شد که به سادگی و با فاصله از خود آن فکر ناخوشایند را مشاهده و بارها و بارها تکرار کند تا صدایی بی‌معنی شود. در این جلسه از استعاره "مسافران در اتوبوس" و "سربازان در حال رژه" استفاده شد. تکلیف خانگی تمرین دلیل آوری و تمرین تمایل به افکار و احساسات از طریق ذهن آگاهی تعیین شد.

ادامه جدول ۱

خلاصه‌ی صورت جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسال، ۲۰۰۴)

جلسات	موضوع، هدف و محتوا
پنجم	ابتدا تکالیف جلسه‌ی قبل بررسی و سپس خود به‌عنوان زمینه آموزش داده شد. در این جلسه از استعاره خانه با مبلمان و صفحه شطرنج برای آموزش خود مفهوم‌سازی شده، خود به‌عنوان یک فرآیند خودآگاهی پویا و خود مشاهده گر استفاده شد. تمایز خود مفهوم‌سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمان‌جو برای گسست از افکار و احساسات بررسی و نوشتن استعاره‌ها و مثل‌هایی در مورد خود مشاهده گر به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
ششم	هدف این جلسه تصریح ارزش‌ها بود. به درمان‌جویان گفته شد؛ ارزش‌ها عبارت از توصیف‌های هر فرد از آنچه برای وی مهم است و نیز جهتی است که فرد در زندگی می‌خواهد به سمت آن حرکت کند. در مورد تمایز احساسات و ارزش‌ها بحث شد و برای درک بهتر ارزش‌ها و تمایز بین ارزش و هدف از استعاره "مراسم تدفین" استفاده و تعیین ارزش‌ها به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
هفتم	تکالیف جلسه‌ی قبل بررسی و سپس خَلق الگوهای بزرگتر و پایدارتر عمل متعهدانه آموزش داده شد. در این جلسه از مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها استفاده شد. هدف مواجهه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود. در این مرحله موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی در زمینه موانع تجربه‌ای مثل هیجان دشوار، خاطره‌ها و تفکرات و موانع محیطی مثل عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان پشتیبان و منابع حمایتی و شریک غیرحمایت‌کننده تشریح و سپس از درمان‌جویان خواسته شد؛ مثال‌هایی در زمینه مذکور را که در زندگی خود تجربه کرده‌اند؛ در گروه مطرح کنند. موانع عمل متعهدانه و خَلق الگوهای بزرگتر و پایدارتر عمل متعهدانه به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شدند.
هشتم	در آخرین جلسه، ارزیابی عمل متعهدانه و این‌که چگونه درمان‌جو، درمانگر خود باشد تا بتواند مهارت‌های آموخته‌شده را به حداکثر برساند و پس از اتمام جلسات آن‌ها را به کار ببرد؛ آموزش داده شد. نحوه آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان و نیز نحوه شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم تشریح و خلاصه‌ای از محتوای جلسه‌های قبل ارائه و پس از آزمون اجرا شد.

روند اجرای پژوهش

پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از افراد نمونه، برنامه‌ی مداخله برای گروه آزمایش اجرا شد و در پایان گروه آزمایش و کنترل، مجدداً پرسش‌نامه را تکمیل کردند. لازم به ذکر است تقریباً تمامی کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا مانند جلب رضایت‌نامه کتبی افراد نمونه، محرمانه ماندن اطلاعات به‌دست‌آمده، و ترک جلسه بر اساس ملاک‌های ورود و خرج، در این پژوهش رعایت شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کواریانس) و نرم‌افزار آماری SPSS-21 تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول ۲

میانگین، انحراف معیار و شاخص شاپیرو-ویلکز متغیرهای نگرانی و افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین	۴۳/۵۷	۳۲/۳۵	۴۱/۴۰	۴۱/۱۳
انحراف معیار	۷/۹۹	۲/۶۵	۹/۷۲	۲/۶۴
شاخص شاپیرو-ویلکز	($p = ۰/۵۷۲$)	($p = ۰/۵۰۹$)	($p = ۰/۰۸۹$)	($p = ۰/۸۴۰$)
	۰/۹۵۱	۰/۹۴۷	۰/۸۹۸	۰/۹۶۹
میانگین	۲۱/۲۰	۱۶/۵۰	۲۳/۸۷	۲۲/۲۰
انحراف معیار	۴/۸۰	۲/۸۷	۴/۱۷	۵/۲۴
شاخص شاپیرو-ویلکز	($p = ۰/۵۵۲$)	($p = ۰/۰۹۸$)	($p = ۰/۴۷۵$)	($p = ۰/۸۲۱$)
	۰/۹۴۹	۰/۸۹۶	۰/۹۴۷	۰/۹۶۸

شاخص‌های شاپیرو-ویلکز در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه معنی‌دار نیستند و نشان می‌دهند که توزیع داده‌های دو گروه نرمال هستند. آزمون همگنی واریانس لون و آزمون همگنی شیب خط رگرسیون نیز رعایت شده‌اند.

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای نگرانی و افسردگی پس از کنترل پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	p	partial η^2
نگرانی	گروه	۵۳۲/۸۲	۵۳۲/۸۲	۷۶/۴۸	p < ۰/۰۰۱
	خطا	۱۸۱/۱۵	۶/۹۷		
افسردگی	گروه	۱۶۱/۵۸	۱۶۱/۵۸	۹/۳۹	p < ۰/۰۰۵
	خطا	۴۴۷/۲۳	۱۷/۲۰		

درجه آزادی گروه برابر با ۱ و درجه آزادی خطا برابر با ۲۶.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای نگرانی ($P < ۰/۰۱$)، مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که میانگین نمرات نگرانی و افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. ۷۴/۶ درصد از واریانس نگرانی و ۲۶/۵ درصد از واریانس افسردگی تحت تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به روش گروهی بر کاهش نگرانی و افسردگی زوجین دارای طلاق عاطفی بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش نگرانی و افسردگی در زوجین دارای طلاق عاطفی می‌شود که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (نام و همکاران، ۲۰۱۶؛ هاناها و همکاران، ۲۰۱۳؛

گلدفرین و ون-هرینگ^۱، ۲۰۱۰؛ امانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ و محتشمی، ذوقی پایدار و یعقوبی، ۱۳۹۷) همسو است. به نظر می‌رسد مداخلات در حوزه شناختی در ایجاد بینش، شناخت و تغییر نگرش زوجین در طی زمان مداخله تأثیر داشته باشد. از آنجا که نگرانی و افسردگی احساس نامطلوبی است که زوجین با طلاق آن را تجربه می‌کنند و نیز با توجه به این‌که منشأ احساس در فرد، تفکرات اوست، در این پژوهش با هدایت زوجین در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شناخت افکار خودآیند و انجام آموزش‌ها و ایجاد بحث با رویکردهای شناختی، آن‌ها تشویق شدند تا در جهت شناسایی و تغییر افکار ناکارآمد و جایگزینی افکار متعادل و درنهایت تغییر در برداشت و احساس خود تلاش کنند. هدف اصلی درمان تعهد و پذیرش، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی، ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشافته‌ساز انجام، یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز، لوین، پلامب-ویلاردگا، ویلات، پیستوریلو^۲، ۲۰۱۳).

در تبیین تأثیر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم روان‌شناختی در افراد با طلاق عاطفی می‌توان گفت که ممکن است علت این تأثیر، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی، تغییر در نگرش مراجعان در جلسه نخست نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درمان‌دیگخلی نسبت به راه‌حل‌های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز استقبال زوجین از این نگرش جدید بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، چون متغیر پذیرش، پیش از کاهش معنی‌دار نشانگان اختلالات روان‌شناختی افزایش یافت، درمان‌دگی خلقی نسبت به راه‌حل‌های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز استقبال زوجین از این نگرش جدید بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، چون متغیر پذیرش، پیش از کاهش معنی‌دار نشانگان اختلالات روان‌شناختی افزایش یافت، نتیجه می‌گیریم که، متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش‌ها در درمان افسردگی و نگرانی به روش درمانی پذیرش

1. Godfrin & Van-Heeringen

2. Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello

و تعهد، به‌عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند. می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق ایجاد و توسعه‌ی پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند که با نتایج پژوهش یاداوایا، هیز و ویلدراگا^۱ (۲۰۱۴) و پترز، دوناس و جوینر^۲ (۲۰۱۷) مبنی بر مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی در افراد هم‌راستا است. با این روش به زوجین آگاهی از تفکر، احساس و عملکرد آموزش داده شد. زیرا در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر در یک چارچوب ناهماهنگ شناختی به سوی یک نظم همه‌جانبه حرکت می‌کند. در نتیجه در یک ساختار درمانی زوجین به درمانگر پاسخ مثبت می‌دهند، و در این فرایند آگاهی و شناخت زوجین افزایش می‌یابد. همچنین اصل بنیادی این درمان آن است که تفکر، مقدم بر خلق است و هر دو به محیط، واکنش فیزیکی و رفتار بعدی فرد وابسته‌اند. همچنین درمان پذیرش و تعهد قادر است، ساختارهای شناختی منفی را که تثبیت شده‌اند، تغییر دهد (دوزویس، بیلینگ، پاتلیس، هوار، چودزیک، مک‌کابی^۳، ۲۰۰۹). هدف درمان پذیرش و تعهد این است که توانایی‌های بیمار را برای فراهم کردن ارزیابی‌های واقع‌گرایانه و دقیق از موقعیت‌هایی که با آن‌ها مواجه است به کار گیرد (کلین^۴ و همکاران، ۲۰۱۱).

در فرایندهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد این احتمال بسیار بالاست که فرد همزمان در عرصه‌های مختلف، اعمال متعهدانه و معطوف به ارزشمندی زندگی را دنبال کند (هیز، ۲۰۰۸). از چنین منظری با درگیر شدن فرد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که متمرکز بر حل تدریجی تعارضات زناشویی و مشکلات عاطفی ایجادشده بر اثر ناتوانی در غلبه بر اجتناب از تجربه و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بوده، فرد به خوبی قادر خواهد بود تا نگرش و سطح رضایت خود را از ویژگی‌های شخصی همسر، ارتباط زناشویی، حل تعارض، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه‌ی جنسی، امور فرزندان، خانواده و دوستان، جهت‌گیری مذهبی و رضایت زناشویی و سلامت روانی خود را به‌طور کلی بالا ببرد. تبیین دیگر در باب ساز و کار درگیر در نحوه‌ی تأثیرگذاری تعهد و پذیرش درمانی بر طلاق عاطفی در زوجین به توان بالقوه و

1. Yadavaia

2. Petts, Duenas, & Gaynor

3. Dozois, Bieling, Patelis-Sioti, Hoar, Chudzik, & McCabe

4. Klein

پایدار این نوع درمان بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مربوط می‌شود. همان‌طور که نتایج حاصل از بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده، در درجه‌ی اول بسیاری از تعارضات و نارضایتی‌های زناشویی در اثر انعطاف‌ناپذیری رفتاری و زوج‌ها با یکدیگر ایجاد می‌شوند. در کنار این دست شواهد، افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ پژوهشی هدف و نتیجه‌ی با ثبات برای پذیرش و تعهد درمانی است (فولک، پارلینگ و ملین^۱، ۲۰۱۲؛ فورمن، شاو، گاتر، هربرت، پارک و یون^۲، ۲۰۱۲). در متن بسیاری از تعامل‌های آسیب‌زا بین زوج‌ها که اغلب به کاهش سطح عواطف در بینش‌شان منجر می‌شود، باورهای منفی و رفتارهای منفی و غیرقابل انعطاف بسیار برجسته هستند، در واقع نارضایتی در فرایند تعامل بین زوج‌ها با یکدیگر، خود دارای بار محتوایی عدم انعطاف نسبت به مسائل زندگی زناشویی و بازنمودهای آن در سطح شناختی است. این باورهای منفی درباره‌ی خود و همسر بدون تردید به‌عنوان یک هسته‌ی مقاوم به تغییر عمل کرده و موجب کاهش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و به دنبال آن موجب کاهش سطح سلامت روان‌شناختی (مشکلات خلقی و اضطرابی) می‌شود. در واقع، هدف پذیرش و تعهد درمانی، رفع دوره‌های نگرانی و افسردگی و پیشگیری از عود آن‌ها از طریق شناسایی شناخت‌های منفی، ایجاد روش‌های اندیشیدن متفاوت، انعطاف‌پذیر، مثبت و نیز تمرین پاسخ‌های شناختی و رفتاری در گذر زمان است (ایورسون، گرادوس، رسیک، سوواک، اسمیت، مانسون^۳، ۲۰۱۱) و از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک فرایند درمانی است که به زوجین کمک می‌کند تا باورهای شخصی نادرست که منجر به خلق‌ها و رفتارهای معین می‌شوند را اصلاح نماید، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نگرانی و افسردگی زوجین با طلاق عاطفی مؤثر واقع شود. استفاده از درمان‌های شناختی با توجه به این که به واسطه آن‌ها می‌توان باورها و افکار منفی و نگران‌کننده در خصوص نگرانی و افسردگی را در زوجین تغییر داد، از اقدام‌های مهم برای آن‌ها به شمار می‌آید که این نتایج همخوان با پژوهش‌های (پوتز، فلیدیروس، مولنیک، کلستر، اسپرورز و

-
1. Folke, Parling, & Melin
 2. Forman, Shaw, Goetter, Herbert, Park, & Yuen
 3. Iverson, Gradus, Resick, Suvak, Smith, & Monson

بولم‌جی^۱، ۲۰۱۶؛ براسینگتون و همکاران، ۲۰۱۶) است.

از آنجایی که درمان پذیرش و تعهد با فرهنگ شرقی مثل آیین بودا پیونده خورده و از طرفی هم با فرهنگ معنوی و مذهبی ایران رابطه عمیقی دارد که باورهای معنوی را در آزمودنی‌ها به‌عنوان یک سازه روان‌شناختی مفهوم‌سازی می‌کند و پذیرش و انعطاف‌پذیری به‌عنوان یکی از اصول زیربنایی آن محسوب می‌شود، می‌تواند به کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای سلامت روان کمک کند. به نظر می‌رسد پذیرش، که به معنی روبرو شدن با دردها و مشکلات در مسیر رسیدن به ارزش‌ها به جای اجتناب تجربه‌ای است، نقش زیادی در کاهش علائم افسردگی و نگرانی دارد؛ ظاهراً اجتناب تجربه‌ای در طولانی مدت موجب بروز بیشتر نشانه‌های افسردگی و نگرانی می‌شود. در واقع می‌توان گفت که حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی، دردها و سختی‌هایی به دنبال دارد که با اجتناب کردن از تجربه این دردها نمی‌توان به یک زندگی ارزشمند دست یافت؛ در درمان پذیرش و تعهد، منظور از پذیرش، تمایل به روبرو شدن با این دردهاست.

بکارگیری استعارات، تمرین‌ها، تناقض‌ها و قراردادهای زبانی پذیرش و تعهد درمانی در این زمینه به منظور توصیف این‌که ذهن نمیتواند تمام پاسخ‌ها را داشته باشد و این‌که بین خود و افکارش تمایز قائل شود، استفاده شد. در مهارت‌های گسیختگی شناختی بر روی مواردی چون قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها کار شد و در حقیقت عملکرد پنهان زبان برای آزمودنی‌ها آشکار گردید و به آزمودنی‌ها آموزش داده شد تا خودشان را از افکار و هیجانات و احساسات جدا ببینند. آموزش محدودیت‌های زبان در کشف دوباره تجارب در درمان به منظور ایجاد تمایز بین فرد و افکارش استفاده شد. همچنین تمریناتی به منظور حذف قدرت افکار افسرده‌کننده مراجعان هنگامی که آن‌ها این افکار را به‌عنوان واقعیت درک کردند، ارائه شد. همچنین می‌توان گفت چون از یک سو افراد افسرده و نگران دائماً در گذشته و آینده و مخصوصاً در آینده سیر می‌کنند و به خاطر فکر کردن به اتفاق‌های ناگواری مثل طلاق که ممکن است در آینده برایشان رخ دهد معمولاً دچار افسردگی و نگرانی می‌شوند و از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل این‌که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار

1. Pots, Fledderus, Meulenbeek, Klooster, Schreurs, & Bohlmeije

می‌سازد و همچنین منجر به عمل به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود، این درمان می‌تواند به‌عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای کاهش افسردگی در و نگرانی افراد دچار طلاق عاطفی مورد استفاده قرار گیرد. پس از بحث درباره تکنیک‌های مختلف رویکرد پذیرش و تعهد و اثربخشی هر یک از این تکنیک‌ها بر روی کاهش نگرانی و افسردگی افراد درگیر طلاق عاطفی، این نتیجه گرفته شد که به‌طور کلی با توجه به ویژگی‌های افراد افسرده و مضطرب (مخصوصاً افراد دارای طلاق عاطفی) که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار افسرده‌کننده، کوشش جهت کنترل افکار و احساسات، آمیختگی شناختی، نشخوار کردن و الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشد، مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است در تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، حذف قدرت افکار افسرده‌کننده، کاهش نشخوار فکری، به دست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌های آزمودنی‌ها تأثیرگذار باشد و منجر به کاهش افسردگی و نگرانی در این گروه از افراد گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر در دو سطح نظری و عملی می‌توانند مفید باشند. به لحاظ نظری، یافته‌های پژوهش حاضر، شواهد تجربی مناسبی در تأیید نقش مشکلات اضطرابی و خلقی در طلاق عاطفی فراهم آورد. یافته‌های پژوهش حاضر دارای تلویحات کاربردی است. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در وهله اول مورد استفاده خانواده‌ها، روان‌شناسان، مشاوران و درمان‌گران قرار گیرد. همچنین سیاست‌گذاران امر خانواده و ازدواج و سازمان بهزیستی نیز می‌توانند از نتایج حاصل از این پژوهش بهره‌مند شوند. از این‌رو می‌توان از طریق تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب در چارچوب آموزش‌های پیش از ازدواج، توانمندسازی زوجین و مداخله‌های قبل از طلاق، در جهت نحوه ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی و انتظارات زناشویی، به بهبود عملکرد خانواده اقدام نمود و از این جهت گام مؤثری در کاهش طلاق عاطفی زوجین برداشت. این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که باید در تعمیم نتایج با احتیاط عمل کرد؛ از جمله عدم استفاده از مرحله پیگیری به دلیل کمبود وقت و عدم

استفاده از نمونه‌گیری کاملاً تصادفی در همه‌ی مراحل انتخاب نمونه. در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه، به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش نگرانی و افسردگی در افراد دارای طلاق عاطفی می‌شود. با توجه به یافته‌های پژوهش، این نوع درمان می‌تواند به‌عنوان درمان انتخابی و مکمل درمان‌های دیگر در جهت کاهش اضطراب و افسردگی افراد با مشکلات زناشویی به کار رود. باشد که نتایج این پژوهش توجه متخصصان مربوطه را به جوانب روان‌شناختی طلاق عاطفی بیشتر جلب کرده و از این طریق فرایند مداخلات و درمان مشکلات زناشویی نیز بهبود و تسریع یابد. همچنین، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی، اجرا نمایند. ضمناً به صورت مقایسه‌ای این روش را با سایر روش‌های درمان روان‌شناختی جهت پایداری اثربخشی بر مشکلات زناشویی و طلاق عاطفی مقایسه نمایند.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

فارسی

امانی، احمد؛ عیسی‌نژاد، امید و علیپور، الهه. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه‌ی گروهی بر آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی کمیته امداد شهر کرمانشاه. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۵(۱)، ۶۴-۴۲.

دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز. (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانش‌جویان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۴)، ۷۵-۶۷.

سادوک، بنجامین جیمز، و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۷). *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری؟*

- روان‌پزشکی بالینی (جلد ۱). ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند.
- سلگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۴۴)، ۵۳۵-۵۵۵.
- شاه‌مرادی، سمیه. (۱۳۹۵). پیش‌بینی طلاق بر اساس صفات شخصیتی، اختلالات روانی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی. فرهنگ‌تربیتی زنان و خانواده، ۱۱(۳۵)، ۱۷-۲۳.
- صفایی‌راد، سوری و وارسته‌فر، افسانه. (۱۳۹۲). رابطه بین تعارض‌های زناشویی با طلاق عاطفی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه‌های شرق تهران. مجله پژوهش اجتماعی، ۶(۲۰)، ۸۵-۱۰۶.
- کریمی‌پور زارع، فرزاد. (۱۳۹۵). پیش‌بینی طلاق عاطفی بر اساس هوش هیجانی، سلامت معنوی، تاب‌آوری و سبک‌های دفاعی در زوجین شهر بوشهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر.
- کلانتری، عبدالحسین؛ روشنفکر، پیام و جواهری، جلوه. (۱۳۹۰). آثار و پیامدهای طلاق: مرور نظامند تحقیقات انجام‌شده در ایران با تأکید بر ملاحظات جنسیتی. مجله زن در توسعه و سیاست، ۹(۳)، ۱۱۱-۱۳۱.
- لطیفیان، مریم؛ عرشی، ملیحه؛ علی‌پور، فردین؛ قائد، امینی و هارونی، غلامرضا. (۱۳۹۵). بررسی رابطه خشونت خانگی و طلاق عاطفی در میان زنان متأهل شهر تهران. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۵(۲)، ۵-۱۲.
- محتشمی، فروزنده؛ ذوقی پایدار، محمدرضا و یعقوبی، ابوالقاسم. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طلاق عاطفی و تعارض‌های زناشویی زنان ناخرسند. پنجمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، دانشگاه قزوین، قزوین.
- مرمچی‌نیا، مژگان و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۴۲)، ۱۷۴-۱۵۷.
- نوایی‌نژاد، شکوه. (۱۳۹۵). مشاوره ازدواج و خانواده درمانی. تهران: انجمن اولیاء و مربیان.
- ولی‌تبار، زهرا؛ حسین‌ثابت، فریده و بهشتیان، محمد. (۱۳۹۳). اثر آموزش مدیریت حافظه هیجانی بر واکنش به خاطرات ناخوانده در افسردگی خفیف. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۶(۴)، ۴۳-۵۱.

لاتین

- Aldao, A., Mennin, D. S., & McLaughlin, K. A. (2013). Differentiating worry and rumination: Evidence from heart rate variability during spontaneous regulation. *Cognitive Therapy and Research, 37*(3), 613-619.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy, 1*(2), 184-200.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Van der Linden, M., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., ..., & Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: Replication and extension in the swiss health care system. *Journal of Affective Disorder, 122*(3), 224-231.
- Brassington, L., Ferreira, N. B., Yates, S., Fearn, J., Lanza, P., Kemp, K., & Gillanders, D. (2016). Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. *Journal of Contextual Behavioral Science, 5*(4), 208-214.
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does stepping stones triple plus acceptance and commitment therapy improve parent, couple, and family adjustment following pediatric acquired brain injury? A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 73*, 58-66.
- Carmody, D. P. (2005). Psychometric characteristics of the beck depression inventory-II with college students of diverse ethnicity. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 9*(1), 22-28.
- Davey, G. C. L. (2006). A mood as input account of perseverative worrying. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Dozois, D. J., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1078-1088.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 583-594.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Journal of Behavior Therapy, 43*(4), 801-811.
- Godfrin, K. A., & Van-Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behavior Research and Therapy, 48*(8), 738-746.
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 33*(1), 120-132.

- Hashemi, L., & Homayuni, H. (2017). Emotional divorce: Child's well-being. *Journal of Divorce & Remarriage*, 58(8), 631-644 .
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical psychology: Science and Practice*, 15(4), 286-295 .
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F., & Monson, C. M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 193-202.
- Jimenez, F. J. R. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 333-358.
- Kapci, E. G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck depression inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population, *Depression and Anxiety*, 25(10), 104-110.
- Klein, D. N., Leon, A. C., Li, C., D'Zurilla, T. J., Black, S. R., Vivian, D.,, & Kocsis, J. H. (2011). Social problem solving and depressive symptoms over time: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, brief supportive psychotherapy, and pharmacotherapy. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 79(3), 342-352.
- Krumrei, E. J., Mahoney, A., & Pargament, K. L. (2011). Spiritual stress and coping model of divorce: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 973-985.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*, 7(3), 216-221.
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behavior Therapy*, 39(2), 126-136.
- Llera, S. J., & Newman, M.G. (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*, 45(3), 283-299 .
- Mahati, K., Bhagya, V., Christofer, T., Sneha, A., & Rao, B. S. (2016). Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. *Neurobiology of Learning and Memory*, 134, 379-391.

- Malouff, J. M., Thorsteinnsson, E. B., Schutte, N. S., Bhullar, N., & Rookke, S. E. (2010). The five-factor model of personality and relationship satisfaction of intimate partners: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality, 44*(1), 124-127 .
- Matson, R. E., Rogge, R. D., Johnson, M. D., Davidson, E., K., & Fincham, F., D. (2013). The positive and negative semantic dimensions of relationship satisfaction. *Personal Relationship, 20*(2), 328-355.
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist, 69*(2), 178-187 .
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy, 28*(6), 487-495
- Nam, B., Kim, J. Y., DeVlyder, J. E., & Song, A. (2016). Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. *Psychiatry Research, 245*, 451-457.
- Petts, R. A., Duenas, J. A., & Gaynor, S. T. (2017). Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(2), 134-144 .
- Pots, W. T., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A., Peter, M., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: Randomised controlled trial. *The British Journal Psychiatry, 208*(1), 69-77.
- Sakata, K., & McKenzie, C. R. (2011). Social security and divorce in japan. *Mathematics and Computers in Simulation, 81*(7), 1507-1517.
- Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital a sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Journal of Sexologies, 19*(3), 137-142.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy, 42*(1), 127-134.
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, New Hope*. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(4), 248-257.

