MEJDS. 2022; 12:100.

Published online 2022 Aug. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy With Positive Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional, Cognitive, and Behavioral Disorders in Married Women Referred to Counseling Centers

Emami M[1], *Rahmani MA[2], Ghorban Shiroudi Sh[3], Tarkhan M[4]

Author Address
1. PhD student, Department of Psychology and Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
4. Associate Professor, Visiting Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran; Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), P.O. Box19395-4697, Tehran, Iran.
Corresponding author Email: m_rahmani@toniau.ac.ir

Received: 2021 October 26; **Accepted:** 2022 April 22

Abstract

Background and Objectives: Disruption of family functions and problems caused by incompatibility and marital dissatisfaction, directly and indirectly, put harmful effects on the shoulders of couples, families, children, and society. Many spouses experience couple turmoil in their relationships. Although couple turmoil is not a clinical disorder, it causes psychological and physical pain and turmoil. Cognitive dysfunction refers to the attribution of chronic negative attributions and rejection of the positive behaviors of the spouse. Emotional dysfunction is defined as emotional problems, including chronic sadness, indifference, or anger towards one's spouse, rooted in childhood attachment styles. Behavioral dysfunction is defined as difficulty in resolving conflict and avoidance and excessive involvement. Marital conflict causes dysfunctional behavior in the relationship between couples. It seems that one of the effective interventions for emotional, cognitive and behavioral dysfunction is emotion–oriented therapy. Another treatment is positive cognitive–behavioral therapy. In this treatment, clients and therapists are asked to shift their attention from analysis, explanations, and problems to thoughts, feelings, and actions that help clients flourish. So, this study aimed to compare the effectiveness of emotion–focused and cognitive–positive behavioral therapies on emotional, cognitive and behavioral impairment functions.

Methods: The research method was quasi–experimental with a pretest–posttest design, a three–month follow–up period and a control group. The study population consisted of married women referred to counseling centers of Tehran municipality cultural–artistic organizations during 2017–2018. The sample consisted of 45 married women selected by purposeful and random sampling. Then, they were randomly divided into three groups of 15 people each (emotion–oriented group, positive cognitive–behavioral therapy group, and control group). The inclusion criteria were as follows: going to the counseling center with the intention of solving the problems related to their marital relations, not applying for divorce, not participating in counseling or psychological sessions at the same time, aged 20–45 years. The exclusion criteria included simultaneous participation in another treatment program and absence in more than two treatment sessions. The study data were gathered via Experiences in Close Relationship Scale–Short Form (ECR–S) (Wei et al., 2007), Relationship Attribution Measure (RAM) (Fincham & Bradbury, 1992), and Organizational Conflict Inventory–II (ROCI–II) (Rahim, 1983). In this research, emotion–oriented therapy consisted of nine 90–minute sessions was performed once a week for the first experimental group. Also, positive cognitive–behavioral therapy included eight 90–minute sessions and was performed once a week for the second experimental group. However, no intervention was provided for the control group. In order to describe the data, central and dispersion indices such as mean and standard deviation were used. To analyze the data, the repeated measurements analysis of variance, Tukey's post hoc test and Bonferroni's post hoc test were used. The mentioned statistical analyzes were done using SPSS version 24 software. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: Results showed that the analysis of variance of emotional dysfunctions (anxious attachment and avoidant attachment) and behavioral and cognitive dysfunctions was significant for time effect ($p<0.001$), group effect ($p<0.001$), and interaction of time and group effect ($p<0.001$). Positive cognitive–behavioral therapy and emotion–oriented therapy were effective in reducing emotional, behavioral, and cognitive dysfunctions ($p<0.05$). Positive cognitive–behavioral therapy was more effective in reducing cognitive dysfunction ($p<0.001$) and behavioral dysfunction ($p<0.001$) in the posttest compared to emotion–oriented therapy. Also, according to the comparison of the averages of the two groups of emotion–oriented therapy and positive cognitive–behavioral therapy regarding the variable of emotional dysfunction, emotion–oriented therapy was more effective in reducing emotional dysfunction in the posttest compared to positive cognitive–behavioral therapy (anxious attachment $p=0.021$ and avoidant attachment $p<0.001$). There was a significant difference between the pretest and posttest stages and the pretest and follow–up stages in the mean scores of the emotional dysfunctions (anxious attachment and avoidant attachment) and behavioral and cognitive dysfunctions ($p<0.05$). However, no significant difference was observed in the average scores of the three mentioned variables between the posttest and follow–up stages, which indicates the continuity and sustainability of the treatments in the three–month follow–up period ($p>0.05$).

Conclusion: According to findings, emotion–oriented therapy and positive cognitive–behavioral therapy are effective in reducing emotional, cognitive and behavioral dysfunctions. However, positive cognitive–behavioral therapy is more effective than emotion–focused therapy in reducing cognitive and behavioral dysfunctions in the posttest. Also, emotion–focused therapy is more effective than positive cognitive–behavioral therapy in reducing emotional dysfunction in the posttest.

Keywords: Emotional therapy, Positive cognitive–behavioral therapy, Impaired functions.

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۰۰.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار با درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره

معصومه امامی[۱]، *محمدعلی رحمانی[۲]، شهره قربان شیرودی[۳]، مرتضی ترخان[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۴. دانشیار، مدعو گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ص.پ. ۴۶۹۷ـ۱۹۳۹۵، تهران؛ ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** m_rahmani@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۴ آبان ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۲ اردیبهشت ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال در کارکردهای خانواده، مشکلات ناشی‌از ناسازگاری و نیز نارضایتی‌های زناشویی به‌طرق مستقیم و غیرمستقیم آثار زیانباری را برای زوج‌ها در پی دارد. مطالعهٔ حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار با درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره انجام شد.

روش‌بررسی: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ سازمان فرهنگی‌هنری شهرداری شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۶تا۱۳۹۷ تشکیل دادند. حجم نمونه ۴۵ نفر از زنان واجد شرایط داوطلب بود که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و تصادفی وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده‌نفر). ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، فرم کوتاه مقیاس تجارب در روابط نزدیک (وی و همکاران، ۲۰۰۷)، مقیاس اسنادهای ارتباطی (فینچام و برادبوری، ۱۹۹۲) و ویراست دوم مقیاس مقابله با تعارض (رحیم، ۱۹۸۳) بود. صرفاً گروه‌های آزمایش مداخله‌های درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی توکی و بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام پذیرفت.

یافته‌ها: هر دو درمان بر کاهش کارکردهای مختل هیجانی، رفتاری و شناختی مؤثر بود ($p<۰/۰۵$). درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر درمقایسه با درمان هیجان‌مدار بر کاهش کارکردهای مختل شناختی و رفتاری در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری داشت؛ اما درمان هیجان‌مدار درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش کارکرد مختل هیجانی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری داشت ($p<۰/۰۵$). در میانگین نمرات متغیرهای مذکور بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مراحل پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۵$)؛ اما بین مراحل پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار مشاهده نشد که حاکی از ماندگاری درمان‌ها در دورهٔ پیگیری بود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر درمقایسه با درمان هیجان‌مدار در میزان کاهش کارکردهای مختل شناختی و رفتاری در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری دارد. همچنین درمان هیجان‌مدار درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر در میزان کاهش کارکرد مختل هیجانی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر، کارکردهای مختل.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

۱ مقدمه

بسیاری از همسران در رابطهٔ خود، آشفتگی زوجی[1] را تجربه می‌کنند. به آشفتگی زوجی به‌منزلهٔ اختلالی بالینی اشاره نشده است؛ اما درد و آشفتگی روان‌شناختی و جسمی به‌وجود می‌آورد (۱). ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی[2]، آشفتگی روابط زوجی را باعنوان اختلال کارکرد[3] در حوزه‌های شناختی[4]، هیجانی[5] و رفتاری[6] تعریف می‌کند (۲). کارکردهای مختل شناختی[7] به انتساب اسناد منفی مزمن و رد رفتارهای مثبت همسر اشاره دارد (۳). پژوهش‌های متعددی نشان داد، بین رضایت و سازگاری زناشویی با اِسناد علّی و مسئولیت‌پذیری زنان رابطه معناداری وجود دارد (۴،۵). تعریف کارکرد مختل هیجانی[8] را مشکلات هیجانی شامل ناراحتی مزمن، بی‌تفاوتی یا خشم به همسر بیان می‌کنند که ریشه در سبک‌های دلبستگی در کودکی دارد (۶). کارکرد مختل رفتاری، دشواری در حل تعارض و اجتناب و دخالت بیش‌ازحد تعریف شده است (۷). تعارض زناشویی[9] موجب کارکرد مختل رفتاری در رابطه بین زوجین می‌شود (۸). به‌نظر می‌رسد، یکی از مداخلات مؤثر بر کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری، درمان هیجان‌مدار است (۹).

درمان هیجان‌مدار[10]، پاسخ به کمبود مداخلات معتبر و روشن برای زوجین است؛ به‌خصوص مداخلاتی که بیشتر انسان‌گرایانه باشد تا رفتاری (۱۰). این درمان نشان‌دهندهٔ تمرکز بر هیجان به‌منزلهٔ عاملی قدرتمند برای تغییر است؛ بنابراین بر محوریت هیجان در مشکلات تأکید می‌کند (۱۱). درمان هیجان‌مدار دربرگیرندهٔ مفاهیمی همچون هیجانات، همدلی، صدمات مربوط به دلبستگی، حفظ و بازسازی روابط عاشقانه است (۱۲). مطالعهٔ راتگبر و همکاران دربارهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کارکردهای مختل نشان داد، رویکرد هیجان‌مدار می‌تواند به‌طور معناداری در کاهش الگوهای ارتباطی اجتنابی مؤثر باشد (۱۳). ثناگوی محرر و همکاران در پژوهش خود دریافتند، درمان هیجان‌مدار در کاهش هیجانات منفی، احساس تنهایی، اضطراب، افسردگی، استرس و ناگویی هیجانی تأثیر دارد (۱۴). همچنین شکری و همکاران درمان هیجان‌مدار را بر بخشش، خودتنظیمی عاطفی و دلزدگی زناشویی مؤثر دانستند (۱۵). مطالعهٔ تیموری و همکاران مشخص کرد، زوج‌درمانی هیجان‌مدار موجب بهبود تنظیم هیجان، نشخوار خشم و صمیمیت زناشویی می‌شود (۱۶).

درمان دیگری که در این پژوهش استفاده شده است، درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر[11] است. در درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر از مُراجعان و درمانگران درخواست می‌شود تا توجه خود را از تحلیل‌ها، تبیین‌ها و مسائل و مشکلات به‌سوی افکار، احساسات و اعمالی تغییر دهند که به شکوفایی مُراجعان کمک می‌کند (۱۷). درمانگران در درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر همواره دربارهٔ فرصت‌هایی که در گفت‌وگوهای مسئله‌مدار مطرح می‌شود، گوش به زنگ هستند. این خواسته‌ها شامل خواسته‌های متفاوت مُراجعان از زندگی، استثناها، مهارت‌ها و منابع و امکانات است. همچنین این فرصت‌ها شامل افراد، شرایط و موقعیت‌هایی است که در برداشتن گام‌های بعدی مفید واقع می‌شوند (۱۸)؛ روان‌شناسی مثبت‌نگر و درمان مبتنی‌بر راه‌حل[12]، درمان‌های متفاوتی است؛ اما می‌توان نتیجه گرفت، هدف هر دو درمان این است که به مُراجعان در برخورداری از آینده‌ای بهتر و مطلوب و شکوفایی بیشتر کمک کنند (۱۹). مطالعهٔ گسچویند و همکاران دربارهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کارکردهای مختل نشان داد، رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر باعث بهبود افسردگی می‌شود (۱۷). همچنین نتایج پژوهش مرادی و صادقی مشخص کرد، خانواده‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری بر کنترل خشم و کاهش تعارض زناشویی مؤثر است (۲۰). شکرالله‌زاده و همکاران دریافتند، زوج‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری تأثیر دارد (۲۱).

ضرورت پژوهش حاضر از آن لحاظ بود که موضوع کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری در زنان متأهل مسئلهٔ پراهمیتی است؛ به‌طوری‌که می‌تواند بر کیفیت زندگی و سایر مؤلفه‌ها در ابعاد مختلف زندگی تأثیر بگذارد (۲۲)؛ چراکه خانواده کانون مهر و محبت و تربیت و مبنای شکل‌گیری زندگی اجتماعی افراد است. در بُعد فردی اگر زنان در روابط خود با همسرشان نتوانند به توافقی نسبی و سازگاری برسند، کارکردهای زوجین در خانواده مختل می‌شود. در بُعد اجتماعی نیز اگر خانواده که کوچک‌ترین واحد اجتماعی است، دچار آسیب شود بر کل جامعه اثر می‌گذارد و سلامت جامعه را با مخاطره روبه‌رو می‌کند. ضرورت مقایسهٔ دو روش درمان هیجان‌مدار با درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر از این جنبه است که این دو رویکرد از دو دیدگاه متفاوت به مسائل می‌نگرند؛ درمان هیجان‌مدار به‌دنبال حل مسائل و مشکلات هیجانی است؛ اما درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر با تمرکز بر بُعد شناختی و نیز توجه بر جنبه‌های مثبت شخصیت در پی حل مشکلات است؛ بنابراین ضرورت دارد تا مشخص شود کدام نوع رویکرد می‌تواند برای بهبود مشکلات استفاده شود؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری مطالعه‌شده را زنان متأهلی تشکیل دادند که به‌منظور حل مشکلات زناشویی خود به مراکز مشاورهٔ سازمان فرهنگی‌هنری شهرداری شهر تهران در

1. Couple turmoil
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fifth Edition (DSM-5)
3. Dysfunction
4. Cognitive
5. Emotional
6. Behavioral
7. Cognitive dysfunction
8. Emotional dysfunction
9. Marital Conflict
10. Emotionally Focused Therapy (EFT)
11. Positive Cognitive Behavioral Therapy (PCBT)
12. Solution Focused Therapy (SFT)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

سال‌های ۱۳۹۶ تا۱۳۹۷ مراجعه کردند. حجم نمونه ۴۵ نفر از زنان واجد شرایط داوطلب بود که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و تصادفی وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در سه گروه پانزده‌نفری (گروه درمان هیجان‌مدار، گروه درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر، گروه گواه) قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰درصد برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد (۲۳). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: مراجعه به مرکز مشاوره به‌قصد حل مشکلات مربوط به روابط زناشویی خود؛ متقاضی طلاق نبودن؛ شرکت‌نکردن هم‌زمان در جلسات مشاوره یا روان‌شناسی؛ قرارگیری در دامنهٔ سنی ۲۰ تا۴۵ سال. ملاک‌های خروج گروه‌های آزمایش از پژوهش شامل شرکت هم‌زمان در برنامهٔ درمانی دیگر و غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات درمانی بود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ فرم کوتاه مقیاس تجارب در روابط نزدیک[1]: فرم کوتاه مقیاس تجارب در روابط نزدیک توسط وی و همکاران در سال ۲۰۰۷ طراحی شد (۲۴). در این پژوهش، فرم کوتاه مقیاس تجارب در روابط نزدیک برای بررسی کارکرد مختل هیجانی به‌کار رفت. فرم کوتاه مقیاس تجارب در روابط نزدیک دارای دوازده گویه است و دو بُعد دلبستگی اضطرابی و اجتنابی را در طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷) ارزیابی می‌کند. کسب نمرات بیشتر در خرده‌مقیاس‌های اضطرابی و اجتنابی، به‌معنای اضطراب و اجتناب در روابط نزدیک و عاشقانه است (۲۴). وی و همکاران در پژوهش خود پایایی این مقیاس را در مطالعهٔ جداگانه با استفاده از روش بازآزمایی برای زیرمقیاس اضطرابی ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس اجتنابی ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس اضطرابی از ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس اجتنابی ۰/۸۶ گزارش کردند (۲۴). در زمینهٔ روایی نیز پژوهش وی و همکاران نشان داد، دو بُعد اضطراب و اجتناب به‌طور مثبت با زیرمقیاس‌های پرسشنامه‌های خوداختفایی و مشکلات شخصی (r=۰/۳۸)، مقابله ناکارآمد (r=۰/۴۴)، کمال‌گرایی ناسازگارانه (r=۰/۳۹)، خُلق منفی (r=۰/۲۹) و افسردگی (r=۰/۳۱) و به‌طور منفی با خودکارآمدی اجتماعی (r=۰/۳۶) و خودآگاهی هیجانی (r=۰/۳۹) همبستگی دارد (۲۴). در پژوهش پناغی و همکاران، روایی همگرای بُعد اضطراب (r=۰/۳۵) با استفاده از خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب از مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس ۲۱ سؤالی[2] و روایی واگرای آن با استفاده از پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس روزنبرگ[3] (r=-۰/۲۹) تأیید شد. روایی واگرای بُعد اجتناب نیز با بررسی رابطهٔ آن با خرده‌مقیاس برون‌گرایی (در پرسشنامه شخصیت پنج‌عاملی) به تأیید رسید (r=-۰/۴۳). ضریب پایایی آزمون‌ـ بازآزمون دوهفته‌ای برای نمرهٔ کل و دو بُعد اجتناب و اضطراب به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۱ و ۰/۸۹ به‌دست آمد (۲۵).

ـ مقیاس اسنادهای ارتباطی[4]: مقیاس اسنادهای ارتباطی توسط فینچام و برادبوری در سال ۱۹۹۲ به‌منظور ارزیابی اسناد ناکارآمد در روابط رمانتیک طراحی شد (۲۶). این مقیاس در پژوهش حاضر برای بررسی کارکرد مختل رفتاری به‌کار رفت. این ابزار دارای ۲۸ گویه است که به‌شکل مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود؛ به‌طوری‌که به کاملاً مخالفم نمرهٔ ۱ و به کاملاً موافقم نمرهٔ ۶ تعلق می‌گیرد. این مقیاس علاوه‌بر ارائهٔ نمرات اختصاصی در هر خرده‌مقیاس، ارائه‌دهندهٔ نمرهٔ کل بین ۲۸ تا۱۶۸ است. کسب نمرهٔ بیشتر به‌معنای وجود مشکل اسنادی و نمرهٔ کمتر به‌معنای نبودن مشکل اسنادی تعبیر می‌شود (۲۶). فینچام و برادبوری پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در ابعاد علّی و مسئولیت‌پذیری برای مردان به‌ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ و برای زنان به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش کردند. روایی همگرای نسخهٔ اصلی این پرسش‌نامه با استفاده از پرسش‌نامهٔ اسنادهای مشکلات زناشویی، ۰/۴۳ محاسبه شد (۲۶). خجسته مهر و همکاران در پژوهش خود ضرایب پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌سازی برای بُعد علّیت به‌ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ و برای بُعد مسئولیت‌پذیری به‌ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۷ به‌دست آوردند. همچنین روایی همگرای این پرسش‌نامه با فرم بلند مقیاس اسنادهای ارتباطی در ازدواج[5] برای بُعد علّیت و بُعد مسئولیت‌پذیری به‌ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۷۸ بود که حاکی‌از روایی مطلوب پرسش‌نامهٔ مذکور است (۲۷).

ـ ویراست دوم پرسش‌نامهٔ مقابله با تعارض[6]: این پرسش‌نامه توسط رحیم در سال ۱۹۸۳ برای اندازه‌گیری سبک‌های حل تعارض طراحی شد (۲۸). این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برای بررسی کارکرد مختل شناختی به‌کار رفت. این پرسش‌نامه شامل ۲۸ گویه و پنج خرده‌مقیاس سبک یکپارچگی، سبک ملزم‌شده، سبک سلطه‌گر، سبک اجتناب‌کننده و سبک حل تعارض مصالحه‌گر است. ماده‌های این پرسش‌نامه به‌شکل لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس لیکرت دربرگیرندهٔ عبارات کاملاً مخالفم (نمرهٔ ۱)، مخالفم (نمرهٔ ۲)، نظری ندارم (نمرهٔ ۳)، موافقم (نمرهٔ ۴) و کاملاً موافقم (نمرهٔ ۵) است. هریک از ماده‌ها می‌تواند نمره‌ای از ۱ تا۵ کسب کند و سپس باتوجه به تعداد ماده‌های آن از ۱ تا۵ خواهد بود. کسب نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ این است که فرد از آن سبک برای حل تعارض خود استفاده می‌کند (۲۸). رحیم، ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های پنج‌گانه را در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا۰/۷۷ گزارش کرد. همچنین روایی همگرای نسخهٔ اصلی پرسش‌نامه با پرسش‌نامهٔ سبک‌های حل تعارض[7]، r=۰/۴۱ به‌دست آمد که حاکی‌از

[1]. Experiences in Close Relationship Scale -Short Form (ECR-S)
[2]. Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21)
[3]. Rosenberg Self-Esteem Questionnaire
[4]. Relationship Attribution Measure (RAM)
[5]. Relationship Attribution Measure in Marriage
[6]. Organizational Conflict Inventory–II (ROCI-II)
[7]. Conflict Resolution Questionnaire (CRQ)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

روایی مناسب این پرسش‌نامه است (۲۸). حقیقی و همکاران، پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه در دامنهٔ ۰/۷۵ تا۰/۷۹ به‌دست آوردند (۲۹).

ـ جلسات درمان هیجان‌مدار: در این پژوهش، پروتکل درمان هیجان‌مدار جانسون استفاده شد (۳۰). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن به تأیید رسید و سپس در پژوهش به‌کار رفت. در این پژوهش درمان هیجان‌مدار شامل نُه جلسهٔ نوددقیقه‌ای بود که به‌صورت هفته‌ای یک‌بار برای افراد اجرا شد. محتوای جلسات به‌صورت کلی شامل مراحل زیر بود که در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری رابطهٔ درمانی، توصیف و استخراج مسائل مشکل‌آفرین رابطهٔ زوجی در بستر آسیب‌ها و نیازهای دلبستگی
دوم	جهت‌دهی در راستای تشخیص و توصیف چرخه‌های تعاملی منفی تکرارشونده در رابطهٔ آشفتهٔ زوجی
سوم	جهت‌دهی در راستای شناسایی و دستیابی به هیجانات اولیه و ثانویهٔ زیربنای چرخه‌های تعاملی منفی
چهارم	کمک برای قاب‌دهی مجدد مشکلات ارتباطی در چارچوب آسیب‌ها و نیازهای دلبستگی، هیجانات اولیه و ثانویه و چرخه‌های تعاملی منفی و برونی‌سازی چرخه‌های تعاملی منفی به‌عنوان عامل اصلی آشفتگی زوجی که همسر باید در تلاشی مشارکتی بر آن فایق آید.
پنجم	کمک در راستای گسترش ادراک و پذیرش دوجانبه درخصوص نیازها و آسیب‌های دلبستگی، احساسات و بخش‌هایی از خود رهاشده یا انکارشده توسط فرد
ششم	کمک درخصوص پذیرش و اعتباربخشی به احساسات و تجارب هیجانی همسر دربرابر سرکوب یا بی‌اعتبارسازی آن‌ها
هفتم	کمک درخصوص نیازها و احساسات به‌منظور ساختاردهی مجدد پیوند عاطفی در امتداد رابطهٔ دلبسته‌مدارانهٔ ایمن
هشتم	کمک درزمینهٔ بهبود مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله و یافتن شیوه‌های نوین حل تعارض بردـ برد برای مشکلات کهنهٔ ارتباطی بدون‌حل تاکنون
نهم	استحکام‌بخشی به مواضع تعاملی نوین و پیوندهای هیجانی و دلبسته‌مدارانهٔ نوپا

ـ جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر: در این پژوهش، پروتکل درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر متعلق به بنیک استفاده شد (۳۱). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن به تأیید رسید و سپس در پژوهش به‌کار رفت. در این پژوهش درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر شامل هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای بود که به‌صورت هفته‌ای یک‌بار برای افراد اجرا شد. محتوای جلسات به‌صورت کلی شامل مراحل زیر بود که در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر

جلسه	محتوای جلسه
اول	ایجاد ارتباط درمانی و تعیین چارچوب و بیان اصول کلی مشاورهٔ شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر
دوم	کمک به اعضا به‌منظور تدوین اهداف خود براساس درمان به‌صورت مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری برای پی‌بردن به توانمندی‌های خود و توانایی تحسین یکدیگر در زمان‌های لازم
سوم	کمک به مُراجع برای تغییر دیدگاه باتوجه به شناخت احساسات و گذشته، تغییر توجه به مثبت، سوگیری‌های شناختی
چهارم	کمک به مُراجع برای تغییر تصویرسازی ذهنی، تغییر دورنماها، استفاده از دیدگاه سوم شخص و برون‌یابی مسئله
پنجم	کمک به مُراجع به‌منظور کاربرد استعاره‌ها، تأکید بر خواسته‌های مُراجع در آینده، استفاده از تکنیک فلش رو به بالا، کاربرد دیدگاه معنوی و انعطاف‌پذیری
ششم	کمک به مُراجع برای تغییر الگوی تکراری عملکرد، ایجاد عادت‌های مثبت، استفاده از برانگیزاننده‌های فعالیت عملی، توجه به عملکرد مُراجع در مواقع پیشرفت خوب اوضاع و ایجاد انعطاف‌پذیری
هفتم	کمک به مُراجع برای شکل‌گیری و ایجاد عواطف و هیجان‌های مثبت، تعادل‌بخشیدن به عواطف و هیجان‌های مثبت و منفی
هشتم	کمک به مُراجع به‌منظور ایجاد تجارب رفتاری مثبت‌نگر، کاری متفاوت انجام‌دادن، توجه به چگونگی مفید واقع شدن آن، مشاهده و جمع‌آوری شواهد هماهنگ با افکار و باورهای مثبت‌نگر

به‌منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی توکی و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. شایان ذکر است، به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لون استفاده شد.همچنین به‌منظور مقایسهٔ سن گروه‌ها، آزمون تحلیل واریانس به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

باتوجه به یافته‌های جمعیت‌شناختی، از نظر سن، در گروه درمان هیجان‌مدار، ۶ نفر (۴۰درصد) در دامنهٔ سنی ۴۰تا۴۵ سال، تعداد بیشتر و ۴ نفر (۲۶/۶۷درصد) در دامنهٔ سنی ۳۰تا۴۰ سال، تعداد کمتر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

را تشکیل دادند. در گروه شناختی_رفتاری مثبت‌نگر، ۷ نفر (۴۶/۶۷درصد) در دامنهٔ سنی ۲۰تا۳۰ سال، تعداد بیشتر و ۳ نفر (۲۰درصد) در دامنهٔ سنی ۳۱تا۴۰، تعداد کمتر را داشتند. در گروه گواه، ۷ نفر (۴۶/۶۷درصد) در دامنهٔ سنی ۳۰تا۴۰ سال، تعداد بیشتر و ۲ نفر (۱۳/۳۳درصد) در دامنهٔ سنی ۴۱تا۴۵ سال، تعداد کمتر را تشکیل دادند. در گروه درمان هیجان‌مدار، تحصیلات فوق‌لیسانس و بیشتر با ۶ نفر (۴۰/۰درصد)، تعداد بیشتر و تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم با ۴ نفر (۲۶/۶۷درصد)، تعداد کمتری از افراد را شامل شد. در گروه درمان شناختی_رفتاری مثبت‌نگر، تحصیلات لیسانس با ۷ نفر (۴۶/۶۷درصد)، تعداد بیشتر و تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم با ۳ نفر (۲۰ درصد)، تعداد کمتری از افراد را تشکیل داد. در گروه گواه، تحصیلات لیسانس با ۸ نفر (۵۳/۳۳درصد)، تعداد بیشتر و تحصیلات فوق‌لیسانس و بیشتر با ۳ نفر (۲۰درصد) تعداد کمتری را شامل شد.

میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان هیجان‌مدار ۴۱/۲۰±۹/۳۹ سال، در گروه شناختی_رفتاری مثبت‌نگر ۸۶/۱۱±۴۰/۹ سال و در گروه گواه ۴۰/۱۱±۹/۸ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد، سه گروه از نظر توزیع سن (p=۰/۷۱۱) و تحصیلات (p=۰/۵۶۷) تفاوت معنادار نداشتند.

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات کارکردهای مختل هیجانی، رفتاری و شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار کارکردهای مختل هیجانی، رفتاری و شناختی به‌تفکیک مرحلهٔ سنجش در گروه‌ها

گروه	مرحله		کارکرد مختل هیجانی		کارکرد مختل رفتاری	کارکرد مختل شناختی
			دلبستگی اضطرابی	دلبستگی اجتنابی		
درمان هیجان‌مدار	پیش‌آزمون	میانگین	۲۲/۵۳	۲۲/۸۷	۲۸/۰۷	۸۶/۴۷
		انحراف معیار	۱/۵۷	۱/۳۵	۱/۱۰	۱/۶۰
	پس‌آزمون	میانگین	۱۲/۸۰	۱۳/۰۷	۲۳/۵۳	۷۹/۲۰
		انحراف معیار	۱/۵۷	۱/۵۳	۰/۶۴	۳/۳۲
	پیگیری	میانگین	۱۲/۲۷	۱۱/۲۶	۲۱/۵۳	۷۷/۲۷
		انحراف معیار	۱/۹۱	۱/۷۰	۰/۶۴	۳/۱۵
درمان شناختی_رفتاری مثبت‌نگر	پیش‌آزمون	میانگین	۲۲/۴۰	۲۲/۶۰	۲۷/۶۷	۸۶/۳۳
		انحراف معیار	۱/۴۵	۱/۶۴	۱/۳۰	۱/۹۵
	پس‌آزمون	میانگین	۱۶/۸۷	۱۷/۱۳	۲۰/۵۳	۷۵/۸۰
		انحراف معیار	۰/۷۴	۰/۹۹	۱/۶۸	۲/۹۹
	پیگیری	میانگین	۱۳/۹۳	۱۵/۲۰	۱۸/۴۰	۷۳
		انحراف معیار	۱/۱۶	۱/۰۸	۱/۵۵	۲/۹۵
گواه	پیش‌آزمون	میانگین	۲۱/۵۳	۲۲	۲۷/۶۷	۸۴/۸۷
		انحراف معیار	۱/۱۹	۱/۰۷	۱/۰۵	۱/۲۴
	پس‌آزمون	میانگین	۲۰/۵۳	۲۱	۲۶/۶۷	۸۳/۸۷
		انحراف معیار	۱/۱۹	۱/۱۹	۱/۰۵	۱/۲۴
	پیگیری	میانگین	۱۹/۵۳	۲۰	۲۱/۸۶	۸۲/۸۷
		انحراف معیار	۱/۱۸	۱/۱۹	۳/۲۱	۱/۲۴

قبل از انجام روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به‌منظور رعایت پیش‌فرض‌های آن، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لون، بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس_کوواریانس رد نشد (p>۰/۰۵). همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد، فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد (p>۰/۰۵). درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار بود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد (p<۰/۰۰۱)؛ ازاین‌رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر با ۰/۲۱ (p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی_رفتاری مثبت‌نگر بر کارکردهای مختل هیجانی، رفتاری و شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

براساس نتایج جدول ۴، تحلیل واریانس متغیر دلبستگی اضطرابی برای اثر زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار بود و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی ۰/۱۷ بود. تحلیل واریانس متغیر دلبستگی اجتنابی برای اثر زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار بود و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی ۰/۶۴ به‌دست آمد. همچنین تحلیل واریانس متغیر کارکرد مختل رفتاری برای اثر زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار بود و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی ۰/۶۶ بود. تحلیل واریانس متغیر کارکرد مختل شناختی برای اثر زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار بود و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی ۰/۳۴ به‌دست آمد. این مطلب بدین‌معنا بود که کارکردهای

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

مختل هیجانی، رفتاری و شناختی بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری داشتند که حاکی‌از تأثیر مداخله است. برای بررسی تفاوت در هریک از گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر کارکردهای مختل هیجانی، رفتاری و شناختی

متغیرها	منبع متغیر	منبع اثر	درجهٔ آزادی	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
دلبستگی اضطرابی	درون‌گروهی	زمان	۲	۸/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۱
		زمان*گروه	۴	۹۳/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
	بین‌گروهی	گروه	۲	۵/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۱۷
دلبستگی اجتنابی	درون‌گروهی	زمان	۲	۱۱/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۲
		زمان*گروه	۴	۴۲/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
	بین‌گروهی	گروه	۲	۴۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
کارکرد مختل رفتاری	درون‌گروهی	زمان	۲	۷۲/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۲
		زمان*گروه	۴	۶۷/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
	بین‌گروهی	گروه	۲	۵۵/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
کارکرد مختل شناختی	درون‌گروهی	زمان	۲	۱۵۲/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۴
		زمان*گروه	۴	۶۹/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	بین‌گروهی	گروه	۲	۳۰/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۴

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها		تفاوت میانگین	مقدار احتمال
دلبستگی اضطرابی	مثبت‌نگر	گواه	۴/۳۷	<۰/۰۰۱
	هیجان‌مدار	گواه	۸/۶۹	<۰/۰۰۱
	مثبت‌نگر	هیجان‌مدار	ـ۱/۸۰	۰/۰۲۱
دلبستگی اجتنابی	مثبت‌نگر	گواه	۳/۶۷	<۰/۰۰۱
	هیجان‌مدار	گواه	۸/۹۶	<۰/۰۰۱
	مثبت‌نگر	هیجان‌مدار	ـ۴/۲۰	<۰/۰۰۱
کارکرد مختل رفتاری	مثبت‌نگر	گواه	۶/۸۸	<۰/۰۰۱
	هیجان‌مدار	گواه	۳/۳۴	۰/۰۰۵
	مثبت‌نگر	هیجان‌مدار	۲/۶۰	<۰/۰۰۱
کارکرد مختل شناختی	مثبت‌نگر	گواه	۸/۳۴	<۰/۰۰۱
	هیجان‌مدار	گواه	۴/۱۲	<۰/۰۰۱
	مثبت‌نگر	هیجان‌مدار	۴/۱۳	<۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول ۵ نشان می‌دهد، درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر و درمان هیجان‌مدار بر کارکردهای مختل هیجانی، رفتاری و شناختی مؤثر بود ($p<۰/۰۵$). درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر درمقایسه با درمان هیجان‌مدار در میزان کاهش کارکرد مختل شناختی ($p<۰/۰۰۱$) و رفتاری ($p<۰/۰۰۱$) در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری داشت. همچنین، باتوجه به مقایسهٔ تفاوت میانگین‌های دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر در میزان متغیر کارکرد مختل هیجانی مشخص شد، درمان هیجان‌مدار درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر در میزان کاهش کارکرد مختل هیجانی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری داشت (دلبستگی اضطرابی $p=۰/۰۲۱$ و دلبستگی اجتنابی $p<۰/۰۰۱$).

برای مقایسهٔ زوجی زمان‌ها در دو گروه آزمایش (درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر و درمان هیجان‌مدار) و گروه گواه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

براساس جدول ۶، در میانگین نمرات متغیرهای کارکردهای مختل هیجانی (دلبستگی اضطرابی و دلبستگی اجتنابی)، رفتاری و شناختی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مراحل پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۵$)؛ اما در میانگین نمرات متغیرهای مذکور بین مراحل پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار مشاهده نشد که حاکی از تداوم و ماندگاری درمان‌ها در دورهٔ پیگیری سه‌ماهه بوده است ($p>۰/۰۵$).

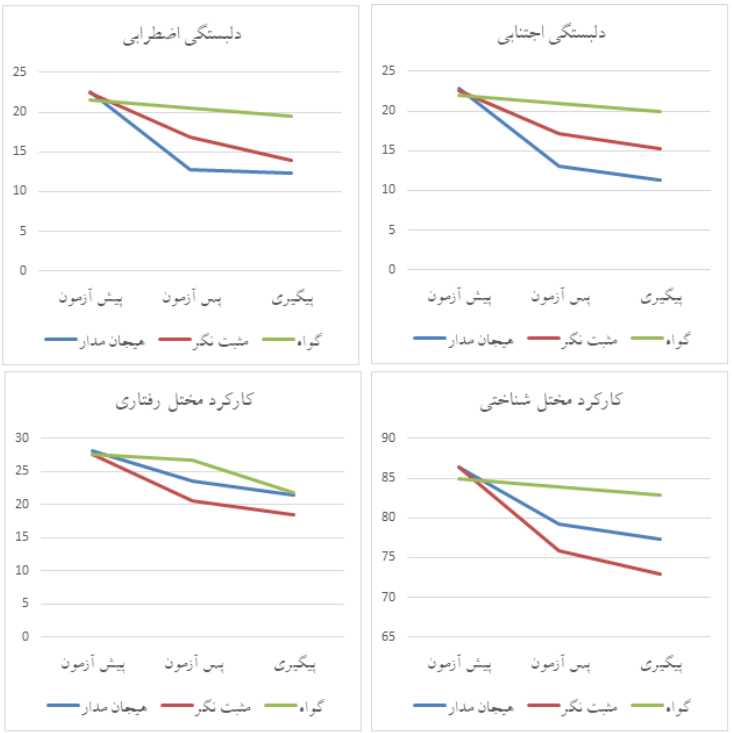
در نمودار ۱، مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کارکردهای مختل هیجانی، رفتاری و شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه ارائه شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ اثر زمان بر متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

متغیرها	گروه	مراحل	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			پس‌آزمون	پیگیری
دلبستگی اضطرابی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰/۴۰*	۱۰/۵۳*
		پس‌آزمون	–	۰/۳۳
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۱۱	۰/۱۷
		پس‌آزمون	–	۰/۲۱
دلبستگی اجتنابی	آزمایش	پیش‌آزمون	۹/۲۰*	۱۱/۱۳*
		پس‌آزمون	–	۰/۴۶
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۱۵	۰/۲۷
		پس‌آزمون	–	۰/۳۹
کارکرد مختل رفتاری	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۳۰*	۷/۱۹*
		پس‌آزمون	–	۰/۶۴
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۲۲	۰/۳۴
		پس‌آزمون	–	۰/۱۸
کارکرد مختل شناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۳۰*	۹/۱۲*
		پس‌آزمون	–	۰/۵۹
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۲۸	۰/۱۱
		پس‌آزمون	–	۰/۳۳

$p<۰/۰۵$ *



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کارکردهای مختل هیجانی، رفتاری و شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار با درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ سازمان فرهنگی‌هنری شهرداری شهر تهران انجام شد. یافته‌ها نشان داد، بین میانگین‌های نمرات دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر با میانگین نمرات گروه گواه در کاهش متغیر کارکرد

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

مختل هیجانی تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که هر دو گروه درمانی در پس‌آزمون اثربخشی داشت؛ اما بین میانگین‌های نمرات دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر در میزان متغیر کارکرد مختل هیجانی نیز تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که درمان هیجان‌مدار درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش کارکرد مختل هیجانی (دلبستگی اضطرابی و دلبستگی اجتنابی) در پس‌آزمون دارای اثربخشی بیشتری بود. لازم به ذکر است، تاکنون دربارهٔ این یافته‌ها، پژوهشی انجام نشده است.
دربارهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش کارکرد مختل هیجانی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه، این یافته با مطالعات جلالی و همکاران (۳۲) و بهرادفر و همکاران (۳۳) همسوست. نتایج پژوهش جلالی و همکاران نشان داد، رویکرد هیجان‌مدار می‌تواند به‌طور معناداری در کاهش الگوهای ارتباطی‌اجتنابی مؤثر باشد (۳۲). بهرادفر و همکاران نیز دریافتند، رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌محور موجب بهبودی کارکردهای مختل هیجانی می‌شود (۳۳).
تأکید درمان هیجان‌مدار بر روش دلبستگی‌های سازگارانه، ازطریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل به نیازهای خود فرد و همسر است. درمان هیجان‌مدار آشکارا بر تغییر سبک دلبستگی و افزایش صمیمیت جنسی زوجین تأثیر دارد؛ ازاین‌رو، کاربرد این رویکرد درمانی منجربه کاهش دلبستگی اضطرابی و دلبستگی اجتنابی از یک سو و افزایش دلبستگی ایمن از سوی دیگر شد و کارکرد مختل هیجانی را در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره کاهش داد.
در زمینهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش کارکرد مختل هیجانی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، این یافته را می‌توان همسو با مطالعهٔ تیرپک و همکاران دانست. آن‌ها نشان دادند، درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش اختلالات اضطرابی مؤثر است (۱۸). همچنین این یافته با پژوهش استاوارز و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر باعث بهبودی مشکلات رفتاری و عاطفی در افراد می‌شود (۳۴). با اینکه مطالعه‌ای مربوط به اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش کارکرد مختل هیجانی یافت نشد، قره‌داغی و کمیلی‌پور از پژوهش خود نتیجه گرفتند، رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر باعث افزایش عاطفهٔ مثبت و کاهش عاطفهٔ منفی در جامعهٔ مطالعه‌شده می‌شود (۳۵). درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر از تکنیک‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌منظور ایجاد پیامدهای روانی مطلوب بهره می‌گیرد و عواطف، افکار و هیجانات مثبت را افزایش می‌دهد؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد، این رویکرد درمانی از یک سو با اصلاح باورهای ناکارآمد و شناخت‌های معیوب و از سوی دیگر با اصول روان‌شناسی مثبت‌نگر سبب افزایش عاطفهٔ مثبت و کاهش کارکرد مختل هیجانی می‌شود. همچنین این مداخله با تکنیک‌های رفتاری و رویکرد راه‌حل‌محور، مشکلات در روابط زناشویی را کاهش می‌دهد.
یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد، بین میانگین‌های نمرات دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر با میانگین نمرات گروه گواه در کاهش متغیر کارکرد مختل رفتاری تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که هر دو گروه درمانی در پس‌آزمون اثربخشی داشت؛ اما بین میانگین‌های نمرات دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر در میزان متغیر کارکرد مختل رفتاری تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر درمقایسه با درمان هیجان‌مدار بر کاهش کارکرد مختل رفتاری در پس‌آزمون دارای اثربخشی بیشتری بود. لازم به ذکر است، تاکنون دربارهٔ این یافته‌ها، پژوهشی انجام نشده است.
در زمینهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش کارکرد مختل رفتاری در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، می‌توان به نتایج پژوهش نامان و همکاران اشاره کرد. در پژوهش آن‌ها مشخص شد، درمان هیجان‌مدار موجب کاهش تعارض در روابط زوجین می‌شود (۳۶). درمان هیجان‌مدار با طی مراحلی همچون شناسایی چرخهٔ تعاملات منفی و هیجانات زیربنایی، نگریستن به چرخه به‌عنوان مشکلی ارتباطی، بررسی ترس‌های ناشی‌از ارتباط و تسهیل ابراز نیازها، به تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی می‌پردازد. سپس رفتارهای دلبستگی را تحکیم می‌بخشد و تعارض و کارکردهای مختل رفتاری را در روابط همسران کاهش می‌دهد.
در زمینهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش کارکرد مختل رفتاری در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، این یافته با پژوهش گسچویند و همکاران همسوست. آن‌ها نشان دادند، درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر باعث بهبود افسردگی می‌شود (۱۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت، کارکرد مختل رفتاری به‌عنوان دشواری در حل تعارض، اجتناب و دخالت بیش‌ازحد تعریف می‌شود. مشکلات مربوط به تعارضات زوجین، به‌طور اولیه نتیجهٔ شکست در برقراری روابط صحیح است. توانایی زوجین در برقراری ارتباط مؤثر به انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد. تکنیک‌های شناختی‌ـ رفتاری در درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر مبتنی‌بر آموزش مهارت‌ها است و سعی دارد که مهارت‌های شناختی، حل مسئله و تعارض، برقراری ارتباط مؤثر و اصول رفتار و مبادلهٔ درست را آموزش دهد. آموزش‌های شناختی به اصلاح برداشت‌ها و اسناد غلط از رفتار یکدیگر می‌پردازد و باعث رفع سوءتفاهم، کاهش رنجش و خشم و توجه به جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر می‌شود. از سویی دیگر، اصول روان‌شناسی مثبت‌نگر در درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر به‌منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود و همسر به‌کار می‌رود که کاهش تعارضات زناشویی و کاهش کارکرد مختل رفتاری را در پی دارد (۳۷).
همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد، بین میانگین‌های نمرات دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر با میانگین نمرات گروه گواه در کاهش متغیر کارکرد مختل شناختی تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که هر دو گروه درمانی در پس‌آزمون اثربخشی داشت؛ اما بین میانگین‌های نمرات دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر در میزان متغیر کارکرد مختل شناختی تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که درمان شناختی‌ـ رفتاری مثبت‌نگر درمقایسه با درمان هیجان‌مدار بر کاهش کارکرد مختل شناختی در پس‌آزمون دارای اثربخشی بیشتری بود. لازم به ذکر است، تاکنون دربارهٔ این یافته‌ها، پژوهشی انجام نشده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

در زمینهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش کارکرد مختل شناختی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه می‌توان گفت، کارکرد مختل شناختی به اسناد منفی به رفتارهای همسر اشاره می‌کند و ناشی‌از تجمع تجارب ذهنی در روابط بین‌شخصی افراد است. اسناد و الگوهای ارتباطی ناکارآمد موجب می‌شود مسائل مهم زندگی حل‌نشده باقی بماند. الگوهای ارتباطی ناکارآمد که حاصل شناخت‌های معیوب است، باعث می‌شود رفتار یک زوج بر دیگری تأثیر بگذارد. در مدل درمان هیجان‌مدار، فرض بر این است که وضعیت روانی و بین‌شخصی که زوجین در تعاملات خود دارند به‌واسطهٔ تجربیات هیجانی فردی هریک از زوجین سازماندهی می‌شود. چنین رویکردی وضعیت‌هایی را که الگوهای تعاملی آشفته را شکل داده است، هدف قرار می‌دهد و موجب بهبود شناخت‌ها و اسناد معیوب و کاهش کارکرد مختل شناختی می‌شود.

در زمینهٔ اثربخشی درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش کارکرد مختل شناختی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، می‌توان این یافته را همسو با مطالعات قره‌داغی و همکاران (۳۵) و صادقی و همکاران (۳۸) است. قره‌داغی و همکاران نشان دادند، درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر بر تنظیم شناختی زوجین تأثیر معنادار دارد (۳۵). صادقی و همکاران دریافتند، درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر باعث افزایش دید خوش‌بینانه و کاهش دید بدبینانه در زنان گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل می‌شود (۳۸). درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر بعضی از تمرینات درمان شناختی_ رفتاری را با چشم‌انداز مثبت‌نگرانه انجام می‌دهد و نقطهٔ مقابل آنچه درمان شناختی_ رفتاری به آن توجه نمی‌کند یا کم‌اهمیت جلوه می‌دهد، برجسته می‌سازد و آن را تقویت می‌کند. تأکید درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر، تنها بر آسیب‌شناسی، مشکلات و مسائل مُراجع و اصلاح بدترین شرایط نیست؛ بلکه ابتدا و پیش از هر چیز به جنبه‌های مثبت، نقاط قوت و عملکردهای صحیح و خلق بهترین چیزها می‌پردازد و فقط به کاهش ناراحتی‌ها تأکید نمی‌کند؛ بلکه به دستیابی و ایجاد موفقیت نیز نظر دارد (۳۷). در این درمان، تکنیک‌های شناختی با اصلاح اسناد ارتباطی موجب کاهش کارکرد مختل شناختی و ایجاد پیامدهای مثبت و موفقیت‌آمیز در روابط همسران می‌شود. درمان موفقیت‌آمیز این رویکرد، زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره را در استفاده از تکنیک‌های آن تشویق کرده است؛ به‌علاوه ازآنجاکه درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر، راه‌حل‌مدار نیز است، حل مشکلات در روابط همسران سبب تقویت الگوهای رفتاری منجربه این نتایج می‌شود و پیامدهای آن در دورهٔ پیگیری نیز دوام دارد (۳۵).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت؛ باتوجه به اینکه مطالعهٔ حاضر صرفاً روی زنان انجام شد، در تعمیم یافته‌ها به مردان باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آینده نقش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بررسی شود. لازم است زوجین متعارض و افکار و رفتارهایی که روابط بین‌فردی‌شان را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، شناسایی شوند و ازطریق درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر و اصلاح شناخت معیوب و رفتارهای ناکارآمد، سبب کاهش تعارضات زناشویی و کارکردهای مختل رفتاری و شناختی آن‌ها شد. باتوجه به اثربخشی هر دو مداخلهٔ به‌کاررفته در این پژوهش در مقایسه با گروه گواه، توصیه می‌شود فنون و روش‌های درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر برای حل تعارضات زناشویی، سازگاری، همدلی و دیدگاه فهمی، کاهش هیجانات منفی و شناخت‌های ناکارآمد توسط مشاوران خانواده به‌کار گرفته شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر، هردو بر کاهش کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری مؤثرند؛ اما در مقام مقایسه، درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر در مقایسه با درمان هیجان‌مدار در میزان کاهش کارکردهای مختل شناختی و رفتاری اثربخشی بیشتری دارد؛ همچنین درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان شناختی_ رفتاری مثبت‌نگر در میزان کاهش کارکرد مختل هیجانی اثربخشی بیشتری دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1399.024 از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافع ندارند.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دانشجویی در مقطع دکتری مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن بوده و اعتبار برای مطالعهٔ گزارش‌شده از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول جمع‌آوری داده و نگارش نسخهٔ اول مقاله را انجام داد. نویسندهٔ دوم روش‌شناسی را تدوین کرد و بازنویسی نسخهٔ اولیهٔ مقاله را انجام داد. نویسندهٔ سوم تحلیل داده‌ها را بر عهده داشت و نسخهٔ اولیهٔ مقاله را بررسی انتقادی کرد. همهٔ نویسندگان مقاله را خواندند و تأیید کردند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

References

1. Wickrama KAS, O'Neal CW, Klopack ET. Couple-level stress proliferation and husbands' and wives' distress during the life course. J Marriage Fam. 2020;82(3):1041–55. https://doi.org/10.1111/jomf.12644
2. Vahia V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: a quick glance. Indian J Psychiatry. 2013;55(3):220.
3. Srisurapanont M, Mok YM, Yang YK, Chan HN, Della CD, Zainal NZ, et al. Cognitive complaints and predictors of perceived cognitive dysfunction in adults with major depressive disorder: findings from the cognitive dysfunction in asians with depression (CogDAD) study. J Affect Disord. 2018;232:237–42. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.014
4. Saggino A, Martino M, Balsamo M, Carlucci L, Ebisch S, Innamorati M, et al. Compatibility quotient, and its relationship with marital satisfaction and personality traits in Italian married couples. Sex Relation Ther. 2016;31(1):83–94. https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1070952
5. Derrick JL, Houston RJ, Quigley BM, Testa M, Kubiak A, Levitt A, et al. (Dis)similarity in impulsivity and marital satisfaction: A comparison of volatility, compatibility, and incompatibility hypotheses. J Res Pers. 2016;61:35–49. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.02.001
6. Dixon-Gordon KL, Weiss NH, Tull MT, DiLillo D, Messman-Moore T, Gratz KL. Characterizing emotional dysfunction in borderline personality, major depression, and their co-occurrence. Compr Psychiatry. 2015;62:187–203. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.07.014
7. Biondo J, Gerber N, Bradt J, Du W, Goodill S. Single-session dance/movement therapy for thought and behavioral dysfunction associated with schizophrenia: a mixed methods feasibility study. J Nerv Ment Dis. 2021;209(2):114–22. https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001263
8. Warmuth KA, Cummings EM, Davies PT. Child behavioral dysregulation as a mediator between destructive marital conflict and children's symptoms of psychopathology. J Child Fam Stud. 2018;27(6):2004–13. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1038-z
9. Wittenborn AK, Liu T, Ridenour TA, Lachmar EM, Mitchell EA, Seedall RB. Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: outcomes and mechanisms of change. J Marital Fam Ther. 2019;45(3):395–409. http://dx.doi.org/10.1111/jmft.12350
10. Naghinasab Ardehaee F, Jajarmi M, Mohammadipour M. Effectiveness of emotion focused couple therapy on marriage function and psychological well-being of women with marital conflicts. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2018;20(3):1–10. [Persian] http://goums.ac.ir/journal/article-1-3449-en.html
11. Johnson SM, Simakhodskaya Z, Moran M. Addressing issues of sexuality in couples' therapy: emotionally focused therapy meets sex therapy. Curr Sex Health Rep. 2018;10(2):65–71. https://doi.org/10.1007/s11930-018-0146-5
12. Nightingale M, Awosan CI, Stavrianopoulos K. Emotionally focused therapy: a culturally sensitive approach for african american heterosexual couples. J Fam Psychother. 2019;30(3):221–44. https://doi.org/10.1080/08975353.2019.1666497
13. Rathgeber M, Bürkner P, Schiller E, Holling H. The efficacy of emotionally focused couples' therapy and behavioral couples therapy: a meta-analysis. J Marital Fam Ther. 2019;45(3):447–63. https://doi.org/10.1111/jmft.12336
14. Sanagavi Moharrar G, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodloo F. Effectiveness of Emotional Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019;61(Special Issue):190–200. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_14605.html?lang=en
15. Shokri M, Rahmani MA, Abolghasemi S. The effect of emotion-oriented couple therapy on forgiveness, emotional self-regulation and marital boredom of couples seeking divorce referring to family social emergencies. Journal of Islamic Life Style. 2022:6(1):145–55. [Persian] http://islamiclifej.com/article-1-516-en.html
16. Teymouri Z, Mojtabaie M, Rezazadeh SM. The effectiveness of emotionally focused couple therapy on emotion regulation, anger rumination, and marital intimacy in women affected by spouse infidelity. Caspian J Health Res. 2020;5(4):78–82. http://cjhr.gums.ac.ir/article-1-177-en.html
17. Geschwind N, Arntz A, Bannink F, Peeters F. Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. Behav Res Ther. 2019;116:119–30. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.03.005
18. Wilner Tirpak J, Cassiello-Robbins C, Ametaj A, Olesnycky OS, Sauer-Zavala S, Farchione TJ, et al. Changes in positive affect in cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders. Gen Hosp Psychiatry. 2019;61:111–5. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.06.008
19. Novella JK, Ng KM, Samuolis J. A comparison of online and in-person counseling outcomes using solution-focused brief therapy for college students with anxiety. J Am Coll Health. 2022;70(4):1161–8. https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1786101

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

20. Moradi Z, Sadeghi M. The effect of cognitive-behavioral family therapy on anger control and marital conflict reduction in couples referring to the police counseling centers: a single-subject study. Military Psychology. 2020;10(4):67–82. [Persian] https://jmp.ihu.ac.ir/article_205107.html?lang=en
21. Shokrolahzadeh M, Forozash M, Hosseini H. The effect of cognitive behavioral couple therapy on marital conflicts and marital burnout. Family Pathology, Counseling & Enrichment. 2017;3(1):115–31. [Persian] http://fpcej.ir/article-1-148-en.html
22. Klemp JR, Myers JS, Fabian CJ, Kimler BF, Khan QJ, Sereika SM, et al. Cognitive functioning and quality of life following chemotherapy in pre- and peri-menopausal women with breast cancer. Support Care Cancer. 2018;26(2):575–83. https://doi.org/10.1007/s00520-017-3869-3
23. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. Int J Clin Health Psychol. 2018;18(1):60–8. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002
24. Wei M, Russell DW, Mallinckrodt B, Vogel DL. The experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess. 2007;88(2):187–204. https://doi.org/10.1080/00223890701268041
25. Panaghi L, Maleki G, Zabihzadeh A, Poshtmashhadi M, Soltaninezhad Z. Validity, reliability, and factor analysis of experiences in Close Relationship (ECR) Scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2014;19(4):305–13. [Persian] https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2086-en.html
26. Fincham FD, Bradbury TN. Assessing attributions in marriage: the relationship attribution measure. J Pers Soc Psychol. 1992;62(3):457–68. https://doi.org/10.1037//0022-3514.62.3.457
27. Khojasteh Mehr R, Koochaki R, Rajabi Gh. Mediating role of relationship attributions and destructive conflict resolution strategies on the relationship between attachment styles and marital quality. Contemporary Psychology. 2013:7(2):3–14. [Persian] http://bjcp.ir/browse.php?a_id=62&sid=1&slc_lang=en
28. Rahim MA. A measure of styles of handling interpersonal conflict. Acad Manag J. 1983;26(2):368–76. https://doi.org/10.2307/255985
29. Haghighi H Zarei E, Foadi F. Factor structure and psychometric characteristics conflict resolution styles questionnaire Rahim (ROCI-II) in Iranian couples. Family Counseling and Psychotherapy Journal. 2012;2(1):534–61. [Persian] https://fcp.uok.ac.ir/article_9506.html?lang=en
30. Johnson SM. The contribution of emotionally focused couples' therapy. J Contemp Psychother. 2007;37(1):47–52. https://doi.org/10.1007/s10879-006-9034-9
31. Bannink FP. Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? Journal of Happiness & Well-Being. 2013;1(2):61–9.
32. Jalali N, Heidari H, Davoudi H, Aleyasin SA. The comparison of the effectiveness of emotion focused therapy and Gottman's relationship enrichment on woman's communication patterns. J Res Behav Sci. 2019;17(2):265–79. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/article-1-664-en.html
33. Behrad Far R, Jazayeri R, Bahrami F, Abedi MR, Etemadi O, Fatemi SM. A comparative scrutiny of the effectiveness of emotionally-focused couple therapy (EFCT) and narrative couple therapy (NCT) in the marital quality and emotional, cognitive and behavioral impaired functioning of distressed couples. Journal of Family Psychology. 2016;3(1):3–16. [Persian] https://www.ijfpjournal.ir/article_245507.html?lang=en
34. Stawarz K, Preist C, Tallon D, Wiles N, Coyle D. User experience of cognitive behavioral therapy apps for depression: an analysis of app functionality and user reviews. J Med Internet Res. 2018;20(6):e10120. https://doi.org/10.2196/10120
35. Ghareh Daghi A, Komeylipour F. The effectiveness of positive cognitive behavioral therapy on the positive and negative affect of women with spouse with mental disorders. Culture of Counseling Quarterly and Psychotherapy. 2019;10(38):177–94. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_9671.html?lang=en
36. Naaman S, Pappas JD, Makinen J, Zuccarini D, Johnson–Douglas S. Treating attachment injured couples with emotionally focused therapy: a case study approach. Psychiatry. 2005;68(1):55–77. https://doi.org/10.1521/psyc.68.1.55.64183
37. Ashrafian F, Sadeghi M, Rezaei F. The effect of integrative positive cognitive behavioral therapy on infertility stress and hope in infertile women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019;8(3):436–45. [Persian] http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-1101-en.html
38. Sadeghi F, Abolghasemi A, Kazemi R, Narimani M. The effectiveness of positive cognitive -behavioral therapy on orientation of life in female teachers with chronic fatigue syndrome. Journal of Clinical Psychology. 2019;11(2):23–31. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_4132.html?lang=en

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]