

اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه‌های افسردگی
و تنظیم هیجانی زوجین آشفته

The Effects of Emotion-Focused Couple Therapy on Depression
Symptoms Reduction and Enhancing Emotional Regulation
in Distressed Couples

Reza Khojasteh Mehr
Khadijeh Shiralinia
Gholamreza Rajabi
Kioumars Beshlideh

رضا خجسته مهر*
خدیجه شیرالی نیا**
غلامرضا رجبی*
کیومرث بشلیده***

Abstract

Studies have shown a strong association between marital distress and depression symptoms and emotional dysregulation. The purpose of this study was to investigate the effects of emotion-focused couple therapy on depression reduction and enhancing emotional regulation in counseling seeking distressed couples in Ahwaz counseling centers. The Randomized Control Clinical Trials (RCTs) with pretest-posttest design was used in this study. Through convenience sampling, 30 couples were selected and randomly assigned to two groups. The Beck Depression Inventory (BDI) and the Difficulties in Emotion Regulation (DERS) were used to gather the data. Couples followed a ten-session weekly treatment. The results of MANOVA showed significant differences between the treatment and control groups. The emotion-focused couple therapy did have an effect on reduction of depression and enhancing emotional regulation in distressed couples. It was also found that this type of therapy which focused on attachment style helped couples to reduce depression symptoms and learn new ways to regulate their emotions.

Keywords: emotion-focused therapy, depression reduction, emotional regulation

چکیده

پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین آشفتگی در رابطه‌ی زناشویی و بروز علائم افسردگی و رفتارهایی مبتنی بر بی‌تنظیمی هیجانی همبستگی بالایی وجود دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره‌ی شهراوه‌ای بود. بدین منظور ۳۰ زوج از زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه با حجم مساوی (۱۵ زوج) گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی مشکلات در تنظیم هیجانی (DERS) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) استفاده شد. جلسات درمانی هفته‌ای یکبار و به مدت ۱۰ هفته برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین زوجین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تأثیر زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی زوجین تأیید شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات زوج درمانی هیجان‌مدار با تأکید بر سبک‌های دلبستگی علائم افسردگی را کاهش داده و باعث می‌شود همسران روش‌های نوینی را برای تنظیم هیجاناتشان پیدا کنند.

واژه‌های کلیدی: زوج درمانی متمرکز بر هیجان، افسردگی، تنظیم هیجانی

* دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)
khojasteh_r@scu.ac.ir

** دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

*** دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

یکی از حوزه‌های مورد علاقه‌ی درمانگران که به رشد و گسترش مداخلات درمانی اختصاصی کمک کرده است، وجود همبستگی بالا بین مشکلات زناشویی و اختلالات رفتاری و هیجانی است. پژوهش‌ها نشان داده است که وجود آشفتگی در رابطه‌ی زناشویی در مقایسه با ناراضی‌تی از سایر روابط عاطفی، همپوشی بالاتری را با اختلالات هیجانی و رفتاری نشان می‌دهد و در ارزیابی‌های بالینی زوجین آشفتگی پنج تا شش برابر بیشتر از زوجین غیرآشفتگی مشکلات خلقی^۱ و اضطرابی^۲ را گزارش می‌دهند (اشنایدر و ویسمن، ۲۰۰۴؛ ابلاکر و ویسمن، ۲۰۰۶ و ویسمن و ابلاکر، ۲۰۰۷).

پژوهش‌های زیادی رابطه بین افسردگی و آشفتگی زناشویی را مطرح کرده است و مشخص ساخته که در افراد متاهل رابطه‌ی قابل ملاحظه و معناداری بین آشفتگی زناشویی و شروع علائم افسردگی و طولانی شدن دوره‌ی بیماری وجود دارد. همچنین همزمان بودن آنها احتمال عود^۳ را بعد از بهبودی افزایش می‌دهد (کوین، تامپسون و پالمر، ۲۰۰۲؛ جوینر و براون و کیسنر، ۲۰۰۶). نظریه‌ها و مدل‌های متعددی همزمانی علائم افسردگی و آشفتگی زناشویی را توصیف و تبیین کرده‌اند. مبتنی بر مدل شکست زناشویی^۴ (بیچ و ساندین و الیری، ۱۹۹۰) علاوه بر نقش آسیب‌پذیری فردی^۵، بروز آشفتگی زناشویی تأثیر عوامل استرس‌زا بر زندگی زناشویی را تشدید کرده و دریافت حمایت قابل دسترس از همسر را محدود می‌سازد. این مدل بر نقش ناسازگاری و آشفتگی زناشویی در شروع و گسترش افسردگی تأکید داشته و عواملی مانند مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای ناسازگارانه را به عنوان عوامل واسطه‌ای در نظر می‌گیرد. در این مدل زوجین افسرده منفی‌گرایی^۶ بیشتری (سرزنشگری و خشونت^۷) را در ابراز هیجان‌ات خود نشان می‌دهند (هولی، ۲۰۰۷). بر اساس نظریه اسناد^۸، تعامل آشفتگی زناشویی و افسردگی به دلیل وجود تحریف‌های شناختی و سبک‌های اسنادی منفی (اسناد رفتارهای منفی همسر به عوامل باثبات درونی و رفتارهای مثبت او به عوامل بیرونی) قابل تبیین است. پژوهش‌ها در مورد سبک‌های اسنادی نشان می‌دهد که افراد افسرده در روبرو شدن با موقعیت‌های بین فردی شناخت‌های منفی‌تری داشته و خود را به خاطر هر اتفاقی سرزنش می‌کنند (فینچام و برادبوری، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳ و جوینر، ۲۰۰۱).

مطابق نظریه دل‌بستگی^۹ پیوندهای عاطفی و رفتارهای اطمینان بخش با فردی در دسترس و

-
1. mood disorder
 2. anxiety disorder
 3. relapse
 4. marital discord model
 5. individual vulnerability
 6. negativity
 7. criticism & hostility
 8. attribution theory
 9. attachment theory

پاسخگو، بهزیستی روانشناختی افراد را بهبود می‌بخشد. مبتنی بر فرضیه‌های این نظریه، آسیب‌های روان‌شناختی، مانند اضطراب و افسردگی می‌تواند در نتیجه ناکارآمد بودن این پیوندهای هیجانی ایجاد گردد. این نظریه در دهه‌ی اخیر در مفهوم‌سازی فرآیندهای ارتباطی بین زوجین و ساز و کارهایی که همزمان شدن آشفتگی زناشویی و افسردگی را توصیف می‌کند توجه زوج درمانگران را به خود جلب کرده است (داسیلا، جانسون و دانتون، ۲۰۰۳). نظریه دلبستگی کیفیت روابط عاطفی را متأثر از مراقبت، دلبستگی، پاسخگو بودن و کامروایی جنسی می‌داند و بیان می‌دارد که این عوامل در افراد افسرده و ناراضی از زندگی زناشویی، به شدت آسیب می‌بیند (هازن و شاور، ۱۹۹۴). مطابق این نظریه، افسردگی نتیجه‌ی مستقیم ناتوانی در برقراری تماسی ایمن با پیکره‌ی اصلی دلبستگی است. این ناتوانی در ایجاد احساس امنیت موجب می‌شود که شخص احساس آسیب‌پذیری، فقدان و زیان‌دیدگی را تجربه کند و در مورد ارزشمندی ذاتی خود دچار تردید گردد. ارتباط این عناصر (آسیب‌پذیری، فقدان و خودپنداره‌ی ضعیف و درماندگی) با افسردگی در مطالعات مختلف نشان داده شده است. در واقع همانطور که نبود سیستم حمایتی و فقدان رابطه‌ی حمایت‌گرایانه، سایر عوامل تنش‌زا را نیرومندتر کرده و افراد را در برابر استرس‌ها تضعیف می‌کند، احساس داشتن یک تکیه‌گاه امن بهترین تضمینی است که مانع بازگشت نشانگان افسردگی می‌شود (داویلا، بردادبوری و توماس، ۲۰۰۱).

یکی دیگر از مفاهیم جدیدی که در دهه اخیر، علاقه‌ی زوج درمانگران را به خود جلب کرده نقش فرآیندهای تنظیم هیجانی در رضایت زناشویی، کارکردهای خانوادگی و آسیب‌های مرتبط با نقصان در اینگونه فرآیندهاست (اشنایدر، ۲۰۰۶؛ فروزتی، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۸). اگرچه تجربه هیجان‌ات و تنظیم آنها پدیده‌ای شخصی در نظر گرفته می‌شود اما مطالعات مهم و رو به رشدی در زمینه‌ی نقش روابط بین فردی در بهبود حالت‌های هیجانی^۱ صورت گرفته است (دایموند و اسپینوال، ۲۰۰۳). اولین توجه‌ها در زمینه‌ی این موضوع در ارتباط بین نوزاد و مراقب^۲ انجام گرفت و رابطه‌ی صمیمانه‌ی فرزند والد به عنوان بافت مهمی در بهبود تنظیم هیجانی و افزایش بهزیستی روانشناختی افراد در پژوهش‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفت (کاسیپو^۳، ۱۹۹۴ و هافر^۴ ۱۹۸۹ به نقل از لارنت و پاور، ۲۰۰۷). اهمیت این مساله در روابط عاطفی بزرگسالی نیز در پژوهش‌های مبتنی بر رابطه بین تنظیم هیجانی و آشفتگی زناشویی نشان داده شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از زوجینی که برای درمان آشفتگی‌های زناشویی خود به دنبال درمان می‌گردند، مشکلاتی در تنظیم هیجان‌اتشان در بافت ارتباطی زناشویی یا در کل مسائل زندگی‌شان را تجربه می‌کنند (فروزتی، ۲۰۰۴؛ فروزتی، ۲۰۰۸). بدکارکردی تنظیم هیجانی^۵ و آشفتگی زناشویی نیز در سطح فردی و زوجی با یکدیگر رابطه‌ای تعاملی دارند (اشنایدر، ۲۰۰۶). در واقع نحوه‌ی تنظیم هیجانی زوجین در علت‌شناسی آشفتگی و آسیب‌شناسی فردی در ابقاء آشفتگی و اختلال،

-
1. emotional states
 2. infant and caregiver
 3. Cacioppo
 4. Hofer
 5. emotion dysregulation

عود یا حفظ پیشرفت‌های درمانی و پیش آگهی درمان اثر گذار است (فروزتی، ۲۰۰۴؛ اشنایدر و ویسمن، ۲۰۰۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجانی در خودافشایی، پاسخ‌های همدلانه و رفتارهای مهرورزانه‌ی بعدی نقش میانجی را ایفا می‌کند. خودافشایی هیجانی موجب صمیمیت هیجانی بیشتر می‌شود. پاسخ‌های همدلانه و گرم از طرف یک همسر پاسخگو رضایت کلی از رابطه را افزایش داده و رفتارهای حمایت‌گرایانه و عاطفی بعدی را تقویت می‌کند (لارنس، بارت و روین، ۲۰۰۵؛ گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۳).

نظریه‌های مختلفی از قبیل نظریه‌ی دلبستگی ساز و کار تنظیم هیجانی در روابط بین فردی چون ازدواج را تبیین کرده‌اند. نظریه‌ی دلبستگی بر این باور است که دلبستگی ایمن در بزرگسالی و درک این موضوع که چهره‌های دلبستگی در دسترس هستند، عملکرد خوش‌بینانه را بهبود می‌بخشد و احساس تعلق را گسترش داده و افراد با احتمال بیشتری جستجوی حمایت را به عنوان راهبرد تنظیم هیجانی به کار می‌برند. در عوض زمانی که نمادهای دلبستگی در دسترس نیستند، احساس دلبستگی ایمن شکل نگرفته و راهبردهای نامناسب تنظیم هیجانی مانند اضطراب و اجتناب به کار گرفته می‌شود. در واقع دغدغه اصلی روابط صمیمانه، همجواری (وقتی من می‌خواهم تو آنجا هستی)، در دسترس بودن (آیا آن چیزی را که من نیاز دارم را می‌توانی به من بدهی مثل، محبت، حمایت و توجه) و پاسخگو و پذیرا بودن (می‌توانی من و آنچه من می‌خواهم را درک کنی) است (گیلبرت، ۲۰۰۰). در یک ارتباط، زوجین با دلبستگی ایمن در شرایط استرس‌زا به دنبال حمایت بیشتری بوده و از روش‌های سازنده‌تری برای برخورد با تعارضاتشان استفاده می‌کنند، اما زوجینی که سبک دلبستگی مضطرب-دوسوگرا^۱ یا دلبستگی اجتنابی^۲ را نشان می‌دهند، در حین بروز تعارض آشفتگی بیشتری را تجربه کرده و کیفیت زناشویی پایین‌تری را گزارش می‌دهند. در واقع سبک دلبستگی فرد به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی در نظر گرفته می‌شود. سبک دلبستگی از دوران کودکی به روابط بزرگسال کشیده می‌شود و چهره‌های دلبستگی به عنوان تکیه‌گاهی امن برای کمک به افراد در تنظیم هیجان‌ات منفی‌شان به کار می‌رود. (فینی^۳، ۱۹۹۸؛ سیمپسون^۴، ۱۹۹۶ به نقل از لارنت و پاور، ۲۰۰۷).

از آنجایی که مدل‌های درمانی مختلف تحت تأثیر پژوهش‌های متخصصان آن حوزه قرار دارد، به نظر می‌رسد، گروهی از طرح‌های درمانی بتوانند بیشترین اثربخشی را در درمان زوجی داشته باشند که متغیرهای مهم معرفی شده توسط پژوهشگران را در طراحی مداخلات درمانی خود لحاظ کنند. در این راستا زوج درمانگران مدل‌های مختلف درمانی را برای درمان زوجین آشفته با علایم افسردگی و بدکارکردی تنظیم هیجانی معرفی کرده‌اند. زوج درمانی متمرکز بر هیجان^۵ یکی از درمان‌های التقاطی

-
1. anxious-ambivalen attachment
 2. avoidant attachment
 3. Feeney
 4. Simpson
 5. Emotionally Focused Therapy for Couples (EFCT)

معرفی شده توسط درمانگران است. رویکردی درمانی که بر اساس مدل‌های تجربی^۱، ساختارگرایی و شناختی تدوین و توسعه یافته و به شدت تحت تأثیر نظریه دلبستگی و پژوهش‌های مبتنی بر فرایند درمان است. درمان هیجان مدار تأکید خاصی بر یکپارچه‌سازی هیجان با شناخت، انگیزش و رفتار دارد. درمانگر به منظور اصلاح هیجان‌ها، آنها را فعال می‌کند. در این شیوه درمان، شناسایی و بهبود طرحواره‌های هیجانی^۲ اهمیت زیادی دارد. ایجاد اتحاد مشارکتی ایمن، بسط و دسترسی به پاسخ‌های هیجانی که تعاملات زوجین را هدایت می‌کند و بازسازی تعاملات در جهت دسترس‌پذیری و پاسخدهی سه تکلیف عمده زوج درمانی هیجان مدار را تشکیل می‌دهد (جانسون، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۸). مطالعات نشان می‌دهد که زوج درمانی هیجان مدار به اندازه‌ی درمان‌های روانپزشکی یا فردی در کاهش علائم افسردگی موثر است. این موضوع زمانی اهمیت خود را نشان می‌دهد که بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین عامل ناتوانی در همه‌ی رده‌های سنی و همچنین در دو جنس خواهد بود. تاکنون نیز دومین عامل در گروه سنی ۴۴-۱۵ سال قلمداد می‌شود. (کوبین، ۲۰۰۱).

گرینبرگ، واروار و مالکولم (۲۰۰۹) در پژوهش خود رویکرد هیجان مدار را برای التیام آسیب‌های هیجانی زوجین به کاربرند. نتایج نشان داد که گروهی که مداخله دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل بهبود قابل توجهی را در رضایت زوجی، اعتماد، بخشش و همچنین کاهش معناداری را در علائم روانپزشکی گزارش دادند. مکین و هیل (۲۰۱۰) در یک مطالعه‌ی موردی^۳ اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار را در یک زوج که یکی از همسران مبتلا به سرطان بدخیم بود مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان باعث بهبود آشفته‌گی زناشویی، افزایش امید به زندگی، کاهش دردهای فیزیولوژیکی، کاهش افکار خودکشی و درگیر شدن بیشتر در فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی شد. در مطالعه‌ای دیگر، توسط دسالز، جانسون و دنتون (۲۰۰۳) زوج درمانی متمرکز بر هیجان با دارو درمانی روانی^۴ (پسیکو فارمالوژی) مقایسه شد، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر زوج درمانی هیجان مدار و دارودرمانی در کاهش علائم افسردگی زنان و همچنین بهبود سازگاری زناشویی زوجین و مقایسه‌ی این دو رویکرد انجام گرفت. در این پژوهش زوجین گروه زوج درمانی هیجان مدار ۱۶ جلسه درمان هیجان محور دریافت کردند. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی باعث کاهش علائم افسردگی در زن شده بودند، همچنین رویکرد هیجان مدار سازگاری زناشویی را نیز افزایش داده بود اما دارودرمانی تأثیری در بهبود سازگاری زناشویی زوجین نداشت.

دنتون، ویتنبرن و گلدن (۲۰۱۲) در یک طرح پژوهشی خلاقانه برای کمک به زنانی که علاوه بر داشتن افسردگی عمده از ناراضی‌تی زناشویی شکایت داشتند در قالب یک طرح کارآزمایی بالینی تصادفی شده زوج درمانی هیجان مدار را به رژیم دارویی ضدافسردگی آنها اضافه کردند، در این پژوهش یک گروه از

-
1. experiential models
 2. emotion Schemes
 3. case study
 4. psychopharmacology

زوج‌ها به مدت شش ماه فقط از برنامه‌ی مدیریت دارویی^۱ ضد افسردگی^۲ استفاده کردند و گروه دیگر علاوه بر دارو، پانزده جلسه زوج درمانی هیجان مدار دریافت کردند. نتایج نشان داد که در هر دو گروه علائم افسردگی کاهش یافته بود اما گروهی که علاوه بر دارودرمانی از زوج درمانی هیجان مدار نیز بهره برده بودند در مقایسه با گروهی که فقط دارو درمانی دریافت کرده بودند تغییر معناداری را در میزان کیفیت زناشویی گزارش دادند. در حالیکه که گروه دارو درمانی کیفیت زناشویی پایینی را نشان دادند.

در پژوهشی دیگر هالچوک (۲۰۱۲) رویکرد هیجان مدار را برای هجده زوج که از آشفتگی زناشویی شکایت داشتند به کار برد. سپس واکنشهای آنها نسبت به شرایط تهدید کننده‌ای مانند وارد کردن شوک الکتریکی و غیره را قبل از مداخله و بعد از مداخله مورد بررسی قرار داد و دریافت که زوجین بعد از دریافت زوج درمانی هیجان مدار بی‌تنظیمی هیجانی کمتر، سازگاری زناشویی بالاتر، اعتماد و حمایت بیشتر و سبک دلبستگی ایمن‌تری را از خود بروز می‌دهند. رسولی، اعتمادی، شفیع آبادی و دلاور (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان، به شیوه زوجی و فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوجین دارای فرزند با بیماری مزمن پرداختند. نتایج نشان داد درمان توانست درماندگی رابطه را در زنان و شوهران به شیوه فردی و نیز به شیوه زوجی کاهش دهد. همچنین این درمان توانست رضایت، همبستگی، توافق و ابراز مهرورزی زناشویی را در زنان و شوهران در دو گروه آزمایش افزایش دهد با توجه به اینکه اثر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفتته در ایران کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفتته شهر اهواز صورت گرفته است. و بر این اساس، فرضیه‌های پژوهش به این شرح بررسی می‌شوند: ۱- زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش نشانه‌های افسردگی زوجین می‌شود؛ ۲- زوج درمانی هیجان مدار باعث بهبود تنظیم هیجانی زوجین می‌شود.

روش

جامعه نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی بالینی تصادفی شده^۳ (RCTs) است که در آن از طرح پیش آزمون- پس‌آزمون - پیگیری با گروه آزمایش و گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، شامل زوجین آشفتته‌ی شهر اهواز بود که از مهرماه ۱۳۹۰ تا اردیبهشت ۱۳۹۱ به مراکز مشاوره این شهر مراجعه کردند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که قبل از شروع درمان پژوهشگر به کلینک‌های تخصصی مشاوره و روان شناسی شهر اهواز مراجعه کرده و مسئولین را در جریان روند پژوهش قرار داده و ضمن توجیه آنها از مسئولین مراکز خواسته شد که

1. medication management
2. antidepressant
3. randomized control clinical trials (RCTs)

زوجین آشفته را به درمانگر ارجاع دهند. حداقل ۶ ماه سابقه‌ی زندگی مشترک، حداقل تحصیلات ۱۰ کلاس، حداقل سن زوج ۲۰ و حداکثر سن برای زوج زن ۵۰ سال و نداشتن تصمیم به جدایی در شروع درمان از ملاک‌های ورود به درمان در نظر گرفته شد. همچنین زوجینی که با توجه به مصاحبه‌ی بالینی تشخیص اختلالات سایکوتیک، دو قطبی و وابستگی به مواد مخدر و اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی را دریافت کرده بودند در مرحله‌ی غربالگری از گروه کنار گذاشته شدند. همچنین برای سنجش آشفتگی زناشویی علاوه بر مصاحبه‌ی بالینی از پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی انریچ^۱ فرم کوتاه ۴۷ سؤالی (سلیمانیان، ۱۳۷۳) استفاده شد. بعد از مرحله‌ی غربالگری، ۳۰ زوج داوطلب که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه گماشته شد. برای درمان از راهنمای درمان زوج درمانی هیجان مدار (جانسون، ۲۰۰۴) استفاده شد که شامل ۱۰ جلسه‌ی هفتگی یک ساعته بود. گروه آزمایش تحت درمان زوج درمانی هیجان مدار قرار گرفت و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد.

خلاصه جلسات زوج درمانی هیجان مدار در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱

صورت جلسه‌های زوج درمانی هیجان مدار

اهداف جلسه	
اهداف جلسه : برقراری رابطه‌ی درمانی با هر دو همسر و ایجاد اتحاد درمانی ، ارزیابی ماهیت مشکل و نوع رابطه ، ارزیابی اهداف و انتظارات هر همسر از درمان ، برقراری توافق درمانی ، تکنیک‌های ارایه شده در جلسات (۱ انعکاس ۲) اعتبار بخشی (۳) سؤالات و انعکاسهای فراخوان (۴) ردگیری و انعکاس تعاملات	اول و دوم
اهداف جلسه : پرداختن به هیجانات اولیه و قاب دهی مجدد به مشکل، تکنیک‌های ارایه شده در جلسات ، (۱) معتبرسازی (۲) شدت بخشی (۳) سؤالات و انعکاسهای فراخوان (۴) گمانه زنیهای همدلانه (۵) ردگیری و انعکاس الگوها و چرخه‌های تعاملی (۶) قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به بافتار و چرخه‌ی تعاملی	سوم و چهارم
اهداف جلسه : عمق بخشیدن به ردگیری ، تکنیک‌های ارایه شده در جلسات ، (۱) سؤالات فراخوان ، (۲) شدت بخشی (۳) گمانه زنی همدلانه	پنجم و ششم
اهداف جلسه : ایجاد درگیری هیجانی، فعال سازی و تعلق آفرینی ، ایجاد تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری ، تکنیک‌های ارایه شده در جلسات (۱) پاسخدهی فراخوان (۲) گمانه زنی همدلانه (۳) قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به بافتار و چرخه‌ی تعاملی (۴) قاب دهی مجدد (۵) بازساختاردهی به تعاملات	هفتم و هشتم
اهداف جلسه : تقویت و تثبیت مواضع تازه ، یکپارچه سازی تغییرات درمانی با زندگی واقعی، تکنیک‌های ارایه شده در جلسات ، (۱) انعکاس تغییرات کنونی (۲) اعتباربخشی به پاسخها و الگوهای نوین (۳) سؤالات فراخواننده (۴) قاب دهی مجدد (۵) بازساختاردهی به تعاملات	نهم و دهم

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک- ویراست دوم: پرسشنامه افسردگی بک- ویراست دوم^۱ که برای سنجش شدت افسردگی استفاده می شود در سال ۱۹۶۳ توسط بک ساخته شد و در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر^۲ و براون^۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۲؛ به نقل از موتابی، جزایری، محمدخانی و پورشهباز، ۱۳۸۵). این مقیاس شامل ۲۱ ماده است و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. فتی و همکاران (۱۳۸۲)، به نقل از موتابی، محمدخانی و پورشهباز، ۱۳۸۵) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه را با روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۹۴ تا ۰/۸۹، گزارش دادند. دابسون و محمدخانی (۱۳۸۵) ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی را ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۳ گزارش دادند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسشنامه‌ی مشکلات در تنظیم هیجانی (DERS): پرسشنامه‌ی مشکلات در تنظیم هیجانی^۴ که توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) ساخته شد یک ابزار خودگزارشی ۳۶ ماده‌ای است که الگوهای رفتاری افراد در تنظیم هیجانانشان را می‌سنجد. در این پرسشنامه آزمودنی در پاسخ به هر کدام از ۳۶ ماده یکی از گزینه‌های هرگز (۱) تا همیشه (۵) را انتخاب می‌کند. که برای نمره‌گذاری ماده‌ها از یک مقیاس ۵ درجه ای به سبک لیکرت (۱ تا ۵) استفاده می‌شود. دامنه‌ی نمره‌ی کل این مقیاس بین ۳۶ تا ۱۸۰ است. نمره‌های بالاتر نشانگر مشکلات بیشتر در تنظیم هیجانی است. در پژوهش حاضر نمره‌ی کل پرسشنامه وارد تحلیل شد. رومر و گراتز (۲۰۰۴) پایایی پرسشنامه را با روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ گزارش دادند. عسکری، پاشا و امینیان (۱۳۸۸) نیز پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ و به روش تنصیف ۰/۸۰ برآورد کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد. در پژوهش حاضر به منظور سنجش روایی پرسشنامه‌ی مشکلات در تنظیم هیجانی، این پرسشنامه به طور همزمان با خرده مقیاس کنترل هیجانی^۵ رجبی^۶ (۱۹۸۹)، به نقل از خجسته مهر، شکرکن و امان الهی، ۱۳۸۶) همبسته و ضریب همبستگی بین این دو مقیاس ۰/۳۶ به دست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنا دار بود.

یافته ها

در پژوهش حاضر برای تعیین نمره‌های زوجی محاسبه‌های مقدماتی روی داده‌ها انجام گرفت. برای این منظور در ابتدا برای هر دو گروه آزمایش و کنترل به طور جداگانه تفاضل نمره‌ی پیش آزمون و

1. Beck Depression Inventory-II
2. Steer
3. Brown
4. Difficulties in Emotion Regulation (DERS)
5. emotional control
6. Riggio

پس‌آزمون زن در هر کدام از متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی و نیز تفاضل نمره‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون مرد در هر کدام از متغیرها محاسبه و سپس مجموع تفاضل نمره‌های زن و شوهر به عنوان نمره‌های زوجی در هر کدام از متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی تعیین شد. در نهایت برای آزمون فرضیه‌های پژوهش تحلیل‌های اصلی روی نمره‌های زوجی انجام گرفت. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مجموع نمره‌های زوجی در مرحله‌ی اصلی و پیگیری در متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی را در گروه آزمایش و گروه کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد مجموع نمره‌های زوجی در مرحله‌ی اصلی و پیگیری در متغیرهای

افسردگی و تنظیم هیجانی در گروه آزمایش و گروه کنترل

مرحله	متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اصلی	افسردگی	-۱۰/۵۰	۲/۷۳	۴/۰۳	۳/۹۶
	تنظیم هیجانی	۱۲/۱۴	۵/۳۸	۰/۰۳۵	۳/۷۸
پیگیری	افسردگی	-۱۰	۲/۶۲	۵/۰۷	۴/۴۱
	تنظیم هیجانی	۱۴/۸۹	۵/۰۸	۱/۳۹	۴/۰۱

با ملاحظه‌ی جدول ۲ می‌توان به تفاوت مجموع نمره‌های زوجی در مرحله‌ی اصلی و پیگیری در متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی در گروه‌های آزمایش و کنترل پی برد. پیش از آزمون فرضیه‌های پژوهش (مرحله‌ی اصلی) ابتدا یک تحلیل واریانس چند متغیری روی داده‌ها انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳

نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) روی نمره‌های زوجی متغیرهای

افسردگی و تنظیم هیجانی در مرحله‌ی اصلی

آزمون	ارزش	f	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۶۸۸	۲۷/۶۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۱۲	۲۷/۶۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲۰	۲۷/۶۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۲۰	۲۷/۶۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، سطوح معنی‌داری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می‌شمارند. این امر بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی

از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا نمره‌های پس آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۴
نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا مربوط به نمره‌ی تفاضل متغیرهای پژوهش در مرحله ی اصلی

منبع	متغیرهای تحقیق	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	افسردگی	۲۹۲/۵۰	۱	۲۹۲/۵۰	۴۷/۳۰	۰/۰۰۱
	تنظیم هیجانی	۱۰۲۶/۰۸	۱	۱۰۲۶/۰۸	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین زوجینی که زوج درمانی هیجان مدار را دریافت کرده‌اند و زوجین گروه کنترل که هیچگونه درمانی را دریافت نکردند از لحاظ افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۲۵/۱۶$ و $P=۰/۰۰۱$). بنابراین فرضیه‌ی اول تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش افسردگی زوجها شده است. همچنین بین زوجینی که زوج درمانی هیجان مدار را دریافت کرده‌اند و زوجین گروه کنترل که هیچگونه درمانی را دریافت نکردند از لحاظ تنظیم هیجانی تفاوت معناداری ($F=۴۷/۳۰$ و $P=۰/۰۰۱$) وجود دارد. بنابراین فرضیه‌ی دوم پژوهش نیز تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر زوج درمانی هیجان مدار باعث بهبود تنظیم هیجانی زوجها شده است.

برای بررسی تداوم اثر درمان در گروه آزمایش، همین تحلیل‌ها بر روی تفاضل نمره‌های پیگیری پیش آزمون انجام شد و مشخص شد، بین زوجینی که زوج درمانی هیجان مدار را دریافت کرده‌اند و زوجین گروه کنترل که هیچگونه درمانی را دریافت نکردند از لحاظ افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۱۲/۹۱$ و $P=۰/۰۰۱$). همچنین بین زوجینی که زوج درمانی هیجان مدار را دریافت کرده‌اند و زوجین گروه کنترل که هیچگونه درمانی را دریافت نکردند از لحاظ تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۶۰/۷۸$ و $P=۰/۰۰۱$). بنابراین اثر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی زوجها در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که زوج درمانی متمرکز بر هیجان باعث کاهش نشانه‌های افسردگی زوجین می‌شود. یافته‌ی به دست آمده نشان داد که گروه زوج درمانی متمرکز بر هیجان و کنترل از لحاظ نشانه‌های افسردگی با یکدیگر متفاوت بودند. به این معنا که زوج درمانی متمرکز بر هیجان در کاهش نشانه‌های افسردگی زوجین مؤثر واقع شده است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که اثرات درمانی این رویکرد در کاهش نشانگان افسردگی در مرحله پیگیری همچنان تداوم داشت. این نتایج که اولین فرضیه‌ی پژوهش را تأیید می‌کند با پژوهش‌های داسیلا و همکاران (۲۰۰۳)، مک‌لین و هیل (۲۰۱۰)، و

دنتون و همکاران (۲۰۱۲) مطابقت دارد. مطابق نظریه‌ی دلبستگی، افسردگی نتیجه‌ی مستقیم ناتوانی در برقراری تماسی ایمن با پیکره‌ی اصلی دلبستگی است و رویکرد هیجان مدار در راستای این نگرش، افسردگی را به چرخه‌ی تعاملی منفی مرتبط می‌کند. ناتوانی در ایجاد احساس امنیت، موجب می‌شود که شخص احساس آسیب‌پذیری، فقدان و زیان‌دیدگی را تجربه کند و در مورد ارزشمندی ذاتی خود دچار تردید گردد. ارتباط این عناصر (آسیب‌پذیری، فقدان و خودپنداره‌ی ضعیف و درماندگی) با افسردگی در مطالعات مختلف نشان داده شده است. همان طور که نبود سیستم حمایتی، افراد را در برابر استرسورها تضعیف می‌کند، احساس داشتن یک تکیه‌گاه امن بهترین تضمینی است که مانع بازگشت نشانگان افسردگی می‌شود (داویلا و همکاران، ۲۰۰۱).

نظر به تأکید رویکرد هیجان مدار بر اهمیت پیوندهای هیجانی، این رویکرد در مورد برون‌ریزی نیازهای بیان نشده تدابیر ویژه‌ای دارد. لذا زمانی که زوجین علاوه بر تعارض زناشویی به نشانگان همچون افسردگی نیز دچار باشد مداخلات درمان هیجان‌مدار در هر دو زمینه مفید واقع می‌شود. یکی از نگرانی‌های شدیدی که زوجین آشفته‌ی دارای علائم افسردگی گزارش می‌دهند این است که عشق در رابطه‌ی آنها از بین رفته است یا حداقل هیجان‌ات مثبت را نسبت به همسرانشان تجربه می‌کنند. در درمان هیجان مدار برای کمک به زوج‌ها، ضمن آگاهی دادن به آنها مبنی بر اینکه نداشتن احساس عشق بخش طبیعی افسردگی می‌باشد، در روند درمان به آنها کمک می‌شود تا با برآورده کردن نیازهای روانشناختی یکدیگر به حمایت، امنیت، مشارکت، دلجویی و صمیمیت جنسی، کارکردهای زوجی خود را بهبود ببخشند. انتظار می‌رود در روند افزایش تجارب مثبت زوجین با یکدیگر، احساسات مثبت نیز به رابطه‌ی آنها برگردد. همچنین امید آنها به داشتن تعاملات مثبت در آینده افزایش یافته و خاطرات مثبت گذشته را نیز راحت‌تر به یاد می‌آورند. (هزن و شاور، ۱۹۹۴، داسیلا و همکاران، ۲۰۰۳).

فرضیه دوم پژوهش بیانگر این بود که زوج درمانی متمرکز بر هیجان باعث بهبود تنظیم هیجانی زوجین می‌شود. یافته‌ی به دست آمده نشان داد که گروه زوج درمانی متمرکز بر هیجان و کنترل از لحاظ تنظیم هیجانی با یکدیگر متفاوت بودند. به این معنا که زوج درمانی متمرکز بر هیجان در تنظیم هیجانی زوجین موثر واقع شده است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که اثرات درمانی این رویکرد در بهبود تنظیم هیجانی زوجین در مرحله‌ی پیگیری همچنان تداوم دارد. این یافته با پژوهش‌های گرینبرگ، و همکاران (۲۰۰۹) و هالچوک (۲۰۱۲) همسو می‌باشد و بر حسب چارچوب زوج درمانی هیجان مدار قابل تبیین می‌باشد. یکی از مؤلفه‌های اصلی مدل زوج درمانی هیجان مدار تأکید بر درمان فردی و ارتقای رشد شخصی افراد است. در درمان هیجان مدار تجربه‌هایی نوینی که در جلسات درمان رخ می‌دهد، الگوهای فعال ذهنی فرد که خود انعکاس‌هایی از تجارب گذشته‌اند را به چالش می‌کشند و همین زیر سؤال بردن الگوهای قبلی باعث می‌شود که همسران نسبت به هم انتظارات تازه‌ایی پیدا کنند. نتیجه‌ی روند مذکور این خواهد شد که همسران روش‌های نوینی را برای تنظیم هیجان‌اتشان پیدا می‌کنند. از طرفی اعتباربخشی به هیجان‌ات هرچند ناخوشایند، موجب می‌شود که مراجع احساس پذیرش و در نتیجه آسودگی کند. اطمینان خاطردهی درمانگر و آرامش او از این مزیت برخوردار است که زوج‌ها ضمن درگیر

ماندن با تجارب هیجانی، مغلوب آن نیز نمی‌شوند. توانایی درمان برای انعکاس صحیح، دقیق، پذیرش و شفاف سازی تجارب دردناک، همچنین باعث می‌شود که مراجع بتواند تجربه‌اش را منظم و سپس دوباره سازماندهی کند. به طور کلی وقتی تجربه افراد در محیطی ایمن و توسط یک متخصص درک شود، تحمل راحت‌تر خواهد شد. پژوهش‌های حمایت شده‌ی تجربی تأیید کرده‌اند که از میان برداشتن چرخه‌های منفی هیجانی و برقرار ساختن دوباره‌ی پیوندهای هیجانی در درمان مهمترین عناصر افزایش دهنده‌ی توان درمانی هستند. از طرفی تغییر در نحوه‌ی ابراز دلبستگی می‌تواند از طریق ایجاد تغییر در پاسخ‌های رفتاری میسر شود. این پاسخ‌های رفتاری عبارتند از: تمرین خودافشایی توام با احترام، باز بودن و همدل بودن، فراگیری روش‌هایی جهت اداره‌ی هیجانات، اصلاح الگوهای ذهنی در مورد خود و دیگران - مثلاً باز بودن و همدلی کردن می‌توانند در شیوه‌های تنظیم هیجانات دخل و تصرف کرده و الگوهای ذهنی در مورد خود و دیگران را تحت تأثیر قرار دهند و راه‌های سازماندهی کردن اطلاعات در روابط دلبسته مدار را متحول کنند (جانسون، ۲۰۰۸). در واقع یکی از فرض‌های اساسی این رویکرد این است که خلق تجارب هیجانی تازه اما پر قدرت که الگوهای ذهنی ناکارساز را بی‌ارزش می‌کنند، مهمترین شیوه، جهت پاسخ‌های عاطفی ناکارآمد و عودکننده‌ی قبلی است. در واقع اگر درمان بتواند با در نظر گرفتن روابط عاطفی کنونی میان زوج‌ها، تجارب هیجانی جدید و رضایت بخشی را ایجاد کرده و به واسطه‌ی این تجارب جدید قادر باشد مدل‌های ذهنی منفی گذشته را نقض کند، می‌تواند باعث بهبود پاسخ‌های دلبسته گونه‌ی زوجین نسبت به یکدیگر گردد. این تجارب هیجانی تازه این توان را دارند که ترس‌های گذشته و یادگیری نادرست قبلی را مورد چالش قرار داده و از اعتبار ذهنی آنها بکاهند. از طرفی در مراحل چندگانه‌ی رویکرد هیجان مدار درمان گر با ارائه کردن روشی مفید جهت به چنگ آوردن، بر زبان جاری کردن و سپس توصیف عناصری که رابطه را به سوی آشفتگی هدایت می‌کنند (مانند ترس‌ها، هیجانات ناکارساز دلبستگی مدار و تسلیم شدن به ذهنیت‌هایی که آشفتگی‌ها را حفظ و ابقاء می‌کنند) به همسران کمک می‌کند که نایم‌نی‌های مربوط به نیازهای دلبسته گونه‌شان را به زبان بیاورند و در باب محرومیت‌ها و فقدان اعتماد و بهم پیوستگی، روش‌های سازنده‌تری را بیازمایند. (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۰۸ و گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۳).

نتیجه‌گیری

از نتایج این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد: در سطح نظری، نتایج این پژوهش می‌توانند نتایج پژوهش‌های پیشین و نظریه‌های مربوط به نقش سبک‌های دلبستگی و طرح‌واره‌های هیجانی در بروز علائم افسردگی و مشکلات تنظیم هیجانی در زوجین آشفته را تایید کند. در سطح نتایج عملی یافته‌های پژوهش حاضر می‌توانند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و بهداشتی در چارچوب روابط والد-فرزندی مورد استفاده قرار گیرد. به عنوان مثال با توجه به نقش سبک‌های دلبستگی در آشفتگی‌های زناشویی و شیوه برخورد والدین از ابتدای تولد در چگونگی

شکل‌گیری این سبک‌ها توصیه می‌شود که والدین به منظور پرورش سبک دلبستگی ایمن تحت آموزش قرار گیرد. جامعه‌ی آماری پژوهش محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی تعمیم یافته‌ها مطرح می‌کند. نمونه‌ی پژوهش حاضر از نوع در دسترس بوده و و اعضای نمونه از بین داوطلبانی که به مراکز مشاوره مراجعه کردند انتخاب شده‌اند، به همین دلیل تعمیم نتایج به تمامی زوجین شهر اهواز باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی به مشاوران و متخصصانی که در زمینه‌ی خانواده و ازدواج مشغول به فعالیت هستند آموزش داده شود. با توجه به این که اکثر روانپزشکان استفاده از دارو را بهترین شیوه‌ی کاهش علائم افسردگی می‌دانند، پیشنهاد می‌شود اطلاع‌رسانی لازم جهت آگاهی از روش‌های درمانی غیردارویی مانند زوج درمانی هیجان مدار صورت گرفته و در پژوهش‌هایی زوج درمانی هیجان مدار و درمان‌های دارویی چه به عنوان درمان‌های انتخابی و چه به عنوان درمان‌های الحاقی با یکدیگر مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران تأثیر این درمان را بر سایر علائم آسیب‌شناسی مانند علائم اضطرابی مورد پژوهش قرار داده و همچنین تأثیر این درمان بر روی ابعاد دیگر زندگی زوجین آشفته مانند سلامت عمومی و کاهش تعارض‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- خجسته مهر، رضا، شکرکن، حسین، و امان اللهی، عباس (۱۳۸۶). پیش بینی موفقیت و شکست رابطه زناشویی براساس مهارت‌های اجتماعی. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، ۶، ۳۳-۵۲.
- دابسون، کیت استفان؛ محمدخانی، پروانه (۱۳۸۵). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک -۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره ی بهبودی نسبی. فصلنامه ی توانبخشی، ۲۹، ۸۸-۸۲.
- رسولی، رویا، اعتمادی، احمد، شفیع آبادی، عبدا... و دلاور، علی (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان به شیوه زوجی و فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوجین دارای فرزند با بیماری مزمن. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۱، ۶۸۳-۷۰۱.
- سلیمانیان، علی اکبر (۱۳۷۳). بررسی تأثیر تفکرات غیر منطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی. پایان نامه ی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم.
- عسکری، پرویز، پاشا، غلامرضا و امینیان، مریم (۱۳۸۸). رابطه ی تنظیم هیجانی، فشارزاهای زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان. فصلنامه ی اندیشه و رفتار، ۱۳، ۶۵-۷۹.
- موتابی، فرشته، جزایری، علیرضا، محمدخانی، پروانه، پورشهباز، عباس (۱۳۸۵). مقایسه ی روان سازه‌های مربوط به عود در بیماران افسرده با سابقه ی عود، بدون سابقه ی عود و افراد بهنجار. دوفصلنامه ی روانشناسی معاصر، سال اول، شماره ی ۲.

Beach S.R.; Sandeen, E.E., & O'Leary K.D. (1990) *Depression in Marriage*. The Guilford Press, New York, NY.

Cordova, J. V., & Geç C. B. (2001). *Couples therapy for depression: Using healthy relationships to treat depression*. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 185-204). Washington, DC: APA Books.

- Coyne, J. C. (2001). *Association. Not agent blue: Effects of marital functioning on depression and implications for treatment*. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 25-43). Washington, DC: American Psychological
- Coyne, J.C., Thompson, R, & Palmer, S.C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology* 16(1), 26-37.
- Davila, Joanne, & Bradbury, Thomas N. (2001). Attachment Insecurity and the Distinction between unhappy spouses who do and do not divorce. *Journal of Family Psychology* [electronic version], 1. 15 (3), 440-449.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 124, 2, 197-229.
- Denton, W.H., Wittenborn, A.K., & Golden, R.N. (2012) Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 23-38
- Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. (2003). The treatment of clinical depression in the context of marital distress. *American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353.
- Diamond LM, Aspinwall LG (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27, 125-156.
- Feeney, J. A. (2004a). Hurt feelings in couple relationships: Towards integrative models of the negative effects of hurtful events. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21, 487-508.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1992). Assessing Attributions in Marriage: The personality traits and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 457-468.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1993). Marital satisfaction, depression, and attributions: A Relationship Attribution Measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 3, 442-452.
- Fruzzetti, A. E. (2004). *Couple and Family DBT intervention to augment outcomes in individual DBT*. Manuscript under review.
- Fruzzetti, A. E. (2005). *Dialectical behavior therapy adapted for couples and families: A pilot group intervention for couples*. Manuscript submitted for publication.

- Fruzzetti, A. E. (2006). *The high conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. Oakland, CA: New Harbinger Press.
- Fruzzetti, A. E. (2008). *The high conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. Oakland, CA: New Harbinger Press.
- Gilbert, P. (2000). *Varieties of submissive behavior: Their evolution and role in depression*. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders* (pp. 3-46). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Goldman, R.N. , & Greenberg, L.(2013). Working with Identity and Self-soothing in Emotion-Focused Therapy for Couples. *Journal of Family Process*,52, 62-82
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation and difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion and power*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L., Warwar, S. & Malcolm, W. (2009). Emotion-Focused Couples Therapy and the Facilitation of Forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36: 28–42.
- Halchuk, R.(2012). *Functional and Structural Neural Effects of Emotionally Focused Therapy for Couples* , Unpublished Doctoral Dissertation, University of Ottawa.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Authors' response: Deeper into attachment theory. *Psychological Inquiry*, 5, 68–79.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329–352.
- Johnson, S. M. (2004). *Attachment theory as a guide for healing couple relationships*. In W. S. Rholes & J.A. Simpson (Eds.), *Adult attachment* (pp. 367–387) New York. Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2008). *Emotionally focused couple therapy: Creating secure connections*. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* ,(3rd ed., pp. 221–250). New York: Guilford Press.

- Joiner, T. E. (2001). Nodes of consilience between interpersonal-psychological theories of Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). Assessing longitudinal change in marriage: An introduction to the analysis of growth curves. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 4, 1091-1108.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Kistner, J. (2006). *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Laurenceau, J., Barrett, L.F, & Rovine, M. J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 19, 314-323.
- Laurent, H., & Powers, S. (2007). Emotion regulation in emerging adult couples: Temperament, attachment, and HPA response to conflict. *Biological Psychology*, 76, 61-71.
- Makinen, J. A., & Johnson, S. (2008). Resolving attachment injuries in couples using EFT: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74 (6), 1055-1064.
- McLean, LM & Jones, M (2008). A couple's intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: outcomes of a pilot study, *Psycho-oncology*, 17, 1152-1156.
- McLean, LM, S Hales, S. (2010). *Childhood trauma, attachment style, and a couple's experience of terminal cancer: Case study, Palliative & Supportive Care*, Cambridge University Press.
- Snyder, D. K., & Whisman, M. A. (2004). Treating distressed couples with coexisting mental and physical disorders: Directions for clinical training and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 1-12.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317-344.
- Snyder, D.K. (2006). *Emotion Regulation in Families: Pathways to Dysfunction and Health*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc. In press.
- Uebelacker, L. A., & Whisman, M. A. (2006). Moderators of the association between relationship discord and depression in a national population-based sample. *Journal of Family Psychology*, 20, 40-46
- Uebelacker, L. A., & Whisman, M. A. (2005). Relationship beliefs, attributions, and partner behaviors among depressed married women. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 143-154.

Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2007). *Maladaptive schemas and core beliefs in treatment and research with couples*. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 199-220). Washington, DC: American Psychological Association