

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقهالهام ظهرا ب نیا^۱، باقر ثنائی^۲، علیرضا کیامنش^{۳*}، کیانوش زهراکار^۴**چکیده**

مقدمه: سازگاری پس از طلاق و سایر متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری، سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی این زنان، مانند تنظیم هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس اهمیت دارد. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه بود.

روش پژوهش: تحقیق حاضر مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش متشکل از زنان مطلقه تحت پوشش پایگاه‌های خدمات اجتماعی منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه این مطالعه ۶۰ زن بودند که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس از میان زنان مطلقه تحت پوشش پایگاه‌های خدمات اجتماعی منطقه ۲ شهر تهران انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی بودند. برای گروه آزمایشی اول، درمان هیجان‌مدار و برای گروه آزمایشی دوم درمان شناختی-رفتاری در ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برگزار گردید، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی بانفرونی استفاده گردید.

یافته‌ها: هر دو درمان باعث بهبود تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه در پایان مداخلات و دوره پیگیری شدند ($p < 0/01$)، ولی درمان هیجان‌مدار در بهبود تنظیم هیجان آنان نسبت به درمان شناختی-رفتاری اثربخش‌تر بود ($p < 0/01$). بین این دو روش درمانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه تفاوتی مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: این دو درمان مداخلات مفیدی جهت بهبود تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه می‌باشند.

واژه کلیدها: بهزیستی روان‌شناختی "تنظیم هیجان" درمان هیجان‌مدار "درمان شناختی-رفتاری" زنان مطلقه

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۵/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۹

استناد: ظهرا ب نیا، کیامنش ع، زهراکار ک. مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه، خانواده و بهداشت، ۱۱(۲): ۴۴-۶۰

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

Zohrabnia.elham@gmail.com ORCID: 0000-0003-0173-384X

۲ - استاد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

ORCID:0000-0002-1727-9808 drarkia@gmail.com

۴ - دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران ORCID: 0000-0003-4803-1511

مقدمه:

جامعه حاضر ایران مدتی است که به عنوان جامعه در روند گذار تاریخی-اجتماعی شناخته می‌شود و در این گذار با مسائل اجتماعی ویژه‌ای مواجه است (۱). این روند گذار تاریخی-اجتماعی باعث شده است که نظام خانواده در ایران به دلیل‌هایی مانند گسترش زندگی شهرنشینی، توجه به ظاهر زندگی، تغییر در شیوه زندگی مردم و ورود و توسعه و گسترش وسیله‌های ارتباطی جدید، تغییرهایی کرده و این تغییرها، مسئله‌های اجتماعی متنوعی را به دنبال داشته است (۲). یکی از این مسائل اجتماعی، طلاق^۱ است که متأسفانه در سال‌های اخیر، با افزایش روز افزون آن، این مسئله به یک روند و معضل مهم اجتماعی تبدیل شده است (۳). طلاق مهمترین عامل فروپاشی و از هم‌گسیختگی ساختار بنیادیترین بخش جامعه، یعنی خانواده است (۴) که می‌تواند منشأ بسیاری از آسیب‌های اجتماعی باشد (۵). در واقع این فروپاشی، آنقدر قدرتمند است که سبب افسردگی و خشم، احساس ناامنی عمیق، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، بدبینی، بیقراری و آسیب‌پذیری می‌شود (۶). بر پایه آمارهای منتشر شده توسط سازمان ثبت احوال در سال ۱۳۹۳ تعداد ۱۶۳۵۶۹ طلاق ثبت شده است و بر پایه آمارهای منتشر شده سازمان مذکور در سال ۱۳۹۴ در کل کشور و هم در استان تهران طلاق روند افزایشی داشته به طوری که ۱۶۳۷۶۵ مورد طلاق در کشور و ۳۰۴۵۹ مورد طلاق در تهران به ثبت رسیده است (۳). در ادامه این روند رو به رشد گزارش شده است که در سال ۱۳۹۵، بیست و پنج درصد ازدواج‌ها در کل کشور به طلاق ختم شده است (۷)؛ این در حالی است که براساس آمار سازمان ثبت احوال، تعداد ازدواج‌های ثبت‌شده در سال ۱۳۹۶ نسبت به سال ۱۳۹۵، حدود ۸ درصد (۵۱ هزار مورد) کاهش داشته، در حالی که تعداد طلاق‌ها به حدود ۱۷۵ هزار مورد رسیده که بیشترین آمار ثبت شده در تاریخ ایران است. به این ترتیب نسبت طلاق‌ها به ازدواج‌های ثبت‌شده در یک سال به ۲۹ درصد رسیده است که بالاترین آمار در تاریخ ثبت احوال ایران از سال ۱۳۴۴ است (۸). طلاق، که اتمام قانونی رابطه زوجی و زناشویی است، به‌عنوان یکی از حوادث ناگوار در زندگی فردی، بیشترین استرس را به فرد تحمیل می‌کند، تا حدی که برخی متخصصین و محققین مانند ونگ و آماتو آن را بزرگترین استرسی می‌دانند که فرد می‌تواند در طول زندگی با آن روبرو شود، چرا که تأثیرات ناگوار طلاق مدت زمانی طولانی با فرد خواهد ماند. تحقیقات نشان داده‌اند که اثرات طلاق بر روی زنان نتایج پایدارتری دارد و زنان مطلقه در مقایسه با مردان مطلقه شرایط حادث اجتماعی را در زمان طلاق تجربه می‌کنند بدین معنی که آن‌ها با احساس طرد شدن، سردی و سرزنش بیشتر از سوی اطرافیان روبه‌رو هستند. همچنین پیامدهای طلاق از نظر اقتصادی، اجتماعی و روانی عاطفی در بین زنان مطلقه نامطلوب‌تر از مردان است (۹، ۱۰).

مسئله مهمی که پس از طلاق، دامن‌گیر زنان مطلقه می‌شود کاهش تنظیم هیجان^۲ بوده به نحوی که در تحقیقی جعفری ندوشن، زارع، حسینی، پورصالحی و زینی نشان دادند که زنان مطلقه در سلامت‌روان، سازگاری و تنظیم هیجان با زنان متأهل، تفاوت معنی‌داری دارند و نتایج مطالعه از پایین بودن سطوح سلامت‌روان، سازگاری و تنظیم هیجانی در بین زنان مطلقه حکایت داشت (۱۱). تنظیم هیجان فرآیندی است که به افراد کمک می‌کند زمانی که با چالش‌های تهدیدکننده و فشارزای زندگی مانند طلاق مواجه می‌شوند، بتوانند هیجان‌هایشان را به‌خوبی مدیریت و تنظیم کنند در نتیجه به احتمال کمتری تحت تأثیر منفی هیجانات ناخوشایند قرار می‌گیرند و میزان بیشتری از تسلط و کنترل بر هیجان‌اتشان را تجربه می‌کنند. در واقع تنظیم هیجان، نحوه پردازش شناختی افراد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار زندگی اجتماعی است (۱۲) و دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد؛ لذا، تنظیم هیجان به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا اطلاق می‌شود. تنظیم هیجان شامل ۹ راهبرد می‌باشد که عبارتند از نشخوارگری فکری^۳،

¹ divorce

² emotion regulation

³ rumination

پذیرش^۱، سرزنش خود^۲، توجه مثبت مجدد^۳، تمرکز به برنامه‌ریزی^۴، بازنگری^۵، ارزیابی مجدد به صورت مثبت^۶، فاجعه‌سازی^۷ و سرزنش دیگران^۸. نتایج مطالعات متعدد نشان داده‌اند که یادگیری مهارت‌های سازنده تنظیم هیجانی با عملکرد بهتر در زندگی روزمره همراه است و افراد برخوردار از مهارت‌های تنظیم هیجان از آسیب‌پذیری روان‌شناختی، هیجانی و بین فردی کمتری رنج می‌برند. بر این اساس، با توجه به ارتباط منفی و معناداری که بین تنظیم هیجان با مولفه‌های درماندگی روان‌شناختی همچون افسردگی، اضطراب و استرس مزمن وجود دارد (۱۳)، می‌توان گفت که برخورداری زنان مطلقه از مهارت‌های تنظیم هیجانی با بهبود عملکرد روان‌شناختی و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی و افزایش سازگاری آنان همراه خواهد بود.

مورد دیگری از موضوعات روان‌شناختی بسیار مهم که احتمالاً به دلیل وجود طلاق در زوجین مختل می‌شود، بهزیستی روان‌شناختی^۹ آنان است (۱۴). اساساً شاخص‌های سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی از عمده مسائل روان‌شناختی است که طلاق دچار افت می‌شود ریف^{۱۰} با تأکید بر اینکه سلامت روانی چیزی فراتر از فقدان بیماری است، اظهار می‌دارد که بهزیستی روان‌شناختی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد، اشاره می‌کند. از نظر ریف بهزیستی روان‌شناختی به معنای تلاش برای ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود و از شش بعد اصلی پذیرش خود (نگرش مثبت نسبت به رفتارهای حال و گذشته خود)؛ هدفمندی در زندگی (داشتن باورهای هدایت‌کننده فرد)؛ رشد شخصی (تأکید بر اهمیت پایداری و بالفعل کردن پتانسیل‌های خود)؛ داشتن ارتباط مثبت با دیگران (داشتن عشق و روابط بین فردی متقابل)؛ تسلط بر محیط (توانایی فرد برای انتخاب با خلق محیطی مناسب برای مواجه شدن با نیازهای روان‌شناختی) و خودمختاری (توانایی حفظ استانداردهای شخصی خود به صورت مقاومت در برابر انطباق و منبع کنترل درونی) تشکیل شده است. لذا، اهمیت ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه این است که می‌تواند سازگاری با شرایط را افزایش دهد؛ نگرش فرد را نسبت به دنیای اطرافش بهبود بخشد و موجب کاهش احساسات منفی، تنش‌ها و ایجاد حس استقلال و قدرت شود (۱۵). همچنین، در مطالعات خانواده، ارتباط بین کیفیت ازدواج و سلامت روان یکی از حوزه‌های اساسی برای تحقیق است (۱۶).

از آنجا که آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از طلاق در زنان، به صورت مزمن بروز پیدا می‌کند و سازگاری و تنظیم هیجان و در نتیجه بهزیستی و عزت نفس را در آنان تحت تأثیر قرار می‌دهد، معرفی و بررسی میزان اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی و مقایسه آنها با هم از اهمیت بسزایی برخوردار است. در همین رابطه، از جمله درمان‌هایی که بر تنظیم هیجان و عواطف منفی زنان مطلقه می‌تواند تأثیرگذار باشد، درمان هیجان‌مدار^{۱۱} است (۱۷). درمان هیجان‌مدار درمانی نوانسان‌گرا و تجربی است در درمان هیجان‌محور تمرکز درمانگر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، که ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد. از منظر رویکرد هیجان‌محور، انسان‌ها به عنوان سیستم‌های پویایی عمل می‌کنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، از سطح عصب شیمیایی تا سطوح آگاهانه و مفهومی یکپارچه می‌کنند و این یکپارچه‌سازی، پیوند جدایی‌ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می‌آورد؛ بنابراین افراد دائماً با ترکیب و مدیریت بر ترکیب اطلاعات بیولوژیکی و یادگیری‌های فرهنگی که به ظاهر متضاد

¹ acceptance

² self-blame

³ positive refocusing

⁴ planning

⁵ recovery

⁶ positive reappraisal

⁷ catastrophizing

⁸ catastrophising & blaming others

⁹ psychological well-being

¹⁰ Ryff

¹¹ Emotion-Focused Therapy

هستند، با کارآمدی بیشتری زندگی می‌کنند (۱۸). نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجعان غالباً فرایندی دشوار و طاقت فرسا است. رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است. مبدعان درمان هیجان‌مدار عقیده دارند که تنظیم هیجان بیش از آنکه برنامه‌ای آموزشی با پروتکلی مشخص باشد، یک فرایند است و از این نظر کار درمانگر بیش از آنکه به یک کار یک معلم شبیه باشد، به کار یک مربی شبیه است. مسأله اصلی درمان متمرکز بر هیجان، این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می‌باشد، اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روانشناختی می‌شود (۱۹). فرایند درمان هیجان‌مدار در نه گام و سه مرحله می‌باشد که می‌توان به صورت گروهی یا فردی از ۸ تا ۱۰ جلسه صورت پذیرد که به افراد کمک می‌کند به توانایی حل تعارضاتشان نائل شوند شواهد آشکار کرده‌اند که درمان هیجان محور در رقابت با تمام رویکردهایی که تاکنون بررسی شده‌اند صلاحیت خود را به اثبات رسانده است. پژوهش‌های متعددی اثربخشی این روش درمانی در حیطه‌های مختلف را نشان داده‌اند. براساس یافته‌های فراتحلیل انجام شده توسط چیلینگ^۱ و همکاران حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش علائم هیجانی نابهنجار مختلف می‌باشد (۲۰). نصری، کاکابرایی و شریفی و اندوزی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه را مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان‌دهنده این بود که این نوع درمان بر سازگاری و بهبود توان سازش و کاهش پیامدهای منفی پس از طلاق مؤثر بوده است.

علاوه‌براین، یکی دیگر از مداخله‌های درمانی که طی مطالعات متعدد اثربخشی آن در زمینه‌های گوناگون تأیید شده، گروه درمانی شناختی-رفتاری^۲ است. اوی و دینگل^۳ در مطالعه‌های خود نتیجه گرفتند که درمان شناختی-رفتاری یک مداخله اثربخش است (۲۱). این روش منطقی است زیرا در آن، فرد می‌آموزد که افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرد که باید اعتبار آنها آزموده شود. این درمان، رویکردی آموزشی دارد که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق تمرینات مواجهه‌سازی^۴ درون جلسات، بازسازی شناختی قبل و در نهایت تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود (۲۲). در واقع، در این درمان بر پیوستگی افکار، احساسات و رفتار تأکید می‌شود و اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند. در واقع در این رویکرد افراد تشویق می‌شوند تا با توجه به افکار خودآیند منفی و شناسایی تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن آنها و در ادامه با بازسازی افکار، احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسب‌تری از خود بروز دهند. نتایج تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری پرداخته‌اند، نشان می‌دهد که این رویکرد بر مدیریت اضطراب، افسردگی و افزایش سطح رضایت از زندگی، بهبود علائم خلقی و اضطرابی، افزایش تحمل و بهبود کیفیت زندگی، بهبود ارتباط با اطرافیان، کاهش افسردگی، افزایش رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان مؤثر است. همچنین، اثرگذاری این روش درمانی در تقویت خودپنداره، بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و سلامت روان زنان پس از طلاق مؤثر است. در مقابل اوی و دینگل تحقیقات زیادی در مورد تأثیر درمان شناختی-رفتاری به‌صورت گروهی انجام دادند و به دلیل عدم سازگاری یافته‌ها اعلام داشتند، این روش نیاز به بررسی بیشتری دارد. آنان با مقایسه انواع روش‌های درمان افسردگی، درمان‌های فردی را از درمان گروهی مفیدتر دانستند؛ بنظر آنان فرایندهای گروهی از جمله وابستگی بین اعضای گروه می‌تواند پیامدهای منفی در روان‌درمانی داشته باشد. آنها به این نتیجه رسیدند که شواهد تجربی در زمینه نقش فرایندهای گروهی در روان‌درمانی گروهی به ویژه درمان شناختی-رفتاری هنوز ضعیف بوده و نیاز به مطالعه و تحقیق بیشتری دارد. بنابراین، با توجه به مطالب ذکر شده و تناقضاتی که در پژوهش‌های گذشته وجود داشته است، تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود سازگاری و سلامت روان‌شناختی و هیجانی افراد به ویژه زنان مطلقه به عنوان قشر آسیب‌پذیر جامعه و مقایسه آن با درمان هیجان‌مدار به عنوان درمانی متمرکز بر فرایندهای هیجانی از اهمیت بسزایی برخوردار است.

¹ Chilling

² cognitive-behavior Group therapy

³ Oei & Dingle

⁴ exposure

بنابراین، با توجه به افزایش طلاق و به تبع آن افزایش زنان مطلقه‌ای که با مشکلات عدیده‌ای در خانواده و در سطح اجتماع مواجه هستند و لزوم توجه به سلامت روان‌شناختی این زنان به عنوان قشری از جامعه که در معرض آسیب هستند، اتخاذ روش درمانی مناسبی برای بهبود سازگاری پس از طلاق و سایر متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری، سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی این زنان، مانند تنظیم هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس اهمیت دارد. برای این منظور پژوهش حاضر سعی دارد ضمن بررسی میزان اثربخشی هر یک از رویکردهای درمانی هیجان‌مدار و شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه با مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی گامی در جهت کمک به درمانگران در تصمیم‌گیری برای انتخاب درمان مناسب برای بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و متعاقب آن افزایش بهزیستی روان‌شناختی این زنان بردارد و در صورت کارآمدی هر یک از این رویکردها، نتایج و روش آموزشی در اختیار مراکز بهداشتی-درمانی قرار گیرد. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه انجام گرفت.

روش پژوهش:

تحقیق حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مطلقه تحت پوشش پایگاه‌های خدمات اجتماعی منطقه ۲ شهرداری شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد. نمونه پژوهش ۶۰ زن سرپرست خانوار بودند که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دارای حداقل تحصیلات دیپلم، سابقه ازدواج رسمی دائم و زندگی مشترک با همسر حداقل به مدت یک سال، طلاق رسمی، سرپرستی حداقل یک فرزند، گذشت دو تا چهار سال از طلاق‌شان بود؛ دوره سازگاری پس از طلاق از دو تا پنج سال طول می‌کشید و زنان برای غلبه بر بحران طلاق حداقل به یکسال زمان نیاز دارند (۳). اعتیاد به مواد مخدر و مصرف الکل و مواد روان‌گردان، سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و مصرف داروهای روان‌پزشکی، غیبت بیش از دو جلسه، وجود اختلالات شخصیتی و روانی به غیر از افسردگی و دریافت خدمات مشاوره فردی خارج از جلسات گروه درمانی نیز به عنوان معیارهای خروج افراد از مطالعه در نظر گرفته شد.

پس از مراجعه به پایگاه‌های خدمات اجتماعی انتخاب شده با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان پایگاه‌ها و کسب اجازه برای انجام پژوهش با همکاری مدیران اجرایی مراکز، لیست زنان مطلقه مراجعه‌کننده به پایگاه‌ها تهیه و شماره تماس و آدرس آنان جهت انجام هماهنگی‌های لازم و جلب همکاری‌شان برای شرکت در پژوهش، ثبت شد. ابتدا با استفاده از تماس تلفنی و توضیح اهداف پژوهشی و اطمینان به آنان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات‌شان، اطمینان به آنان در مورد اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان اعلام انصراف در هر مرحله از پژوهش، اطمینان به آنان که در صورت تمایل نتایج مطالعه در اختیار آن‌ها قرار داده خواهد شد و خودداری از درج نام آنان در کلیه مدارک مربوط به پژوهش که از شروط کمیته اخلاق بود، رضایت آنان برای شرکت در پژوهش فراهم گردید. از ۱۲۸ زن مطلقه‌ای که با آنان برای شرکت در پژوهش تماس گرفته شده بود، حدود ۹۶ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند، سپس از این تعداد، ۶۰ نفر از زنان مطلقه‌ای که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آن‌ها دعوت به عمل آمد. پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت آنان، در مرحله بعدی زنان مطلقه‌ای انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس، پرسشنامه‌های مد نظر بر روی آنان اجرا شد. در ادامه پژوهش، افراد گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار طی ۳ مرحله و ۹ گام و افراد گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری طی ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت جداگانه مداخله‌های مورد نظر را دریافت نمودند. بعد از اتمام جلسات درمان مجدداً پرسشنامه‌ها جهت بررسی پس‌آزمون و پیگیری به روی آن‌ها اجرا شد و نتایج مورد مقایسه قرار

گرفتند. از آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد، و از آماره‌های استنباطی شامل روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بانفرونی برای تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد. شرح ساختار جلسات مداخله‌های آزمایشی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ساختار جلسات درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری

Table 1. Structure of emotion therapy and cognitive-behavioral therapy sessions

جلسات	درمان هیجان‌مدار	درمان شناختی-رفتاری
اول	شامل آشنایی کلی با اعضاء، معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آن‌ها از شرکت در کلاس، ارائه تعریف درمان هیجان‌مدار، آشنایی اولیه با مشکلات اعضا.	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون
دوم	در این جلسه درمانگر مراجعین را تشویق می‌کند که ترس‌های خود را مانند ترس از طرد شدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابطشان را به عقب می‌راند را بیان کنند.	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمان‌جویان از شرکت در طرح پژوهشی، توانمندسازی اعضاء در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، ارزش‌ها و هویت خود
سوم	در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند، خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با جدایی و طلاق منعکس شده و به آن‌ها ارزش داده می‌شود.	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره مشکلات درمان‌جویان در مسیر خودآگاهی و بررسی نیازها و خواسته‌ها، اعضا با رابطه بین فکر، احساس و رفتار و آشنایی با افکار خودآیند، تحریفات شناختی و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی
چهارم	در این جلسه اعضای گروه به کمت درمانگر به برون‌سازی مشکل می‌پردازند و به احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق‌نیافته به طریقی که چرخه به صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می‌کنند.	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تحریف‌های شناختی شناسایی شده و تأثیر آن‌ها در افکار، احساسات و رفتار درمان‌جویان، آشنایی با مفهوم اسناد و بررسی علل سوءبرداشت‌ها و آموزش شیوه تغییر اسنادها
پنجم	در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست یافته و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند.	بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر تغییر اسنادها در احساسات، افکار و رفتار درمان‌جویان، آموزش مهارت حل مسأله شامل تعریف مشکل، ارائه راه‌حل‌های جایگزین، ارزیابی راه‌حل‌ها، انتخاب و اجرای راه‌حل انتخابی و ارزیابی راه‌حل انتخابی اجرا شده
ششم	در این جلسه اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌هایی که به تازگی آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه کنند.	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر بکارگیری مهارت حل مسأله در زندگی شخصی و اجتماعی، تعریف ارتباط و عناصر آن، آشنایی اعضا با مهارت ارتباط موثر و ویژگی‌های آن و آموزش شیوه‌های موثر مذاکره و رفع اختلاف
هفتم	در این جلسه هیجان‌های اولیه که در مرحله قبل شناسایی شده بودند به صورت کامل‌تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر بکارگیری شیوه‌های ارتباط موثر در زندگی شخصی و اجتماعی، آشنایی

طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از درمان جویان با رفتار جرأت‌مندانه و انجام فعالیت‌های عملی و ارتباط به صورت تقریباً واضح بیان می‌کند. ایفای نقش در جهت آموزش این مهارت

بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر بکارگیری رفتار جرأت‌مندانه در زندگی شخصی و اجتماعی درمان جویان، بررسی تغییرات سازنده‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته‌سازی موفقیت‌های درمان جویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده

تسهیل راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات خلق می‌کنند و حکایت جدیدی از مشکلاتشان را بیان می‌کنند و تلاش می‌کنند آن را از نو طراحی کنند.

هشتم

مرحله

سوم:

تقویت و

ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمان جویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی

در این جلسه مراجع ابتدا مسیری را که قبلاً حرکت می‌کردند و اینکه چگونه راه برگشتشان را یافتند را به یاد می‌آورند.

نهم

یکپارچگی

ابزار مورد استفاده عبارت بودند از:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ (CERQ): این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایچ طراحی شده است و یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: نشخوارگری فکری، پذیرش، سرزنش خود، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، کم اهمیت شماری^۲، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود (۲۳). راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نیافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی؛ راهبردهای سازش‌یافته و زیرمقیاس‌های سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری فکری و فاجعه‌سازی؛ راهبردهای سازش‌نیافته را تشکیل می‌دهد. از مجموع نمره مربوط به زیرمقیاس‌های کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی تقسیم بر ۱۰ (تعداد ماده‌ها)، نمره راهبردهای سازش‌یافته؛ و از مجموع نمره زیرمقیاس‌های سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری فکری و فاجعه‌سازی تقسیم بر ۸ (تعداد ماده‌ها) نمره راهبردهای سازش‌نیافته به دست می‌آید بشارت و بزازیان در پژوهشی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه را مورد تایید قرار داد. همسانی درونی ماده‌های زیرمقیاس‌ها بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه و مورد تایید قرار گرفت. پایایی بازآزمایی پرسشنامه بر حسب محاسبه ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله‌ی دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌ها در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار محاسبه شد. این ضرایب، نشانه‌ی پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان است. روایی محتوایی بر اساس داوری متخصصان مورد تایید قرار گرفت. روایی همگرا و تشخیصی از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی اضطراب استرس و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. ضرایب همبستگی میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در زیرمقیاس‌های نه‌گانه با شاخص‌های افسردگی، اضطراب، استرس و درماندگی روان‌شناختی، مثبت معنی‌دار و با شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی، منفی و معنی‌دار بود. بر اساس این نتایج، پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان از روایی کافی برخوردار است (۲۳، ۲۴، ۲۵).

¹ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

² putting into perspective

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- فرم کوتاه^۱ (RSPWB-SF): مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی، ۱۲۰ سؤال داشت، ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سؤالی آن نیز پیشنهاد شد. در این پژوهش از فرم ۱۸ سؤالی آن استفاده می‌شود. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای شش خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خود مختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است (۲۶). مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر، نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. از بین کل سوالات، ۱۰ سوال به صورت مستقیم و ۸ سوال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش‌های متعددی مناسب گزارش گردیده است. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است. دیرنونک^۲ همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. روایی نسخه فارسی پرسشنامه در مطالعه بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) ۰/۸۷ گزارش شده است. ضریب پایایی به‌روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود. همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد؛ بر این اساس، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- فرم کوتاه (RSPWB-SF) از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است (۲۷).

یافته‌ها:

در هر سه گروه درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی-رفتاری و کنترل درصد بیشتری از زنان مطلقه در دامنه سنی ۳۵-۳۱ سال قرار داشتند، ۲ سال از زمان طلاق اکثریت آنان گذشته بود و اکثراً دارای فقط ۱ فرزند بودند. به علاوه، از نظر وضعیت اشتغال، در دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری و کنترل، درصد بیشتری از زنان مطلقه شاغل بودند، در حالی که در گروه کنترل نیمی از آنان شاغل و نیمی دیگر بیکار بودند. از نظر تحصیلات در گروه درمان هیجان‌مدار درصد بیشتری از زنان مطلقه دارای تحصیلات فوق‌دیپلم بودند، در حالی که در گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل درصد بیشتری از آنان دارای تحصیلات لیسانس بودند. در نهایت، از نظر وضعیت اقتصادی در هر سه گروه وضعیت اقتصادی درصد بیشتری از زنان مطلقه در حد متوسط بود.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار راهبردهای سازگاران در زنان مطلقه گروه درمان هیجان‌مدار $21/05 \pm 3/83$ ، در زنان مطلقه گروه درمان شناختی-رفتاری $22/30 \pm 3/36$ ، در زنان مطلقه گروه کنترل $20/50 \pm 3/05$ می‌باشد، ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار راهبردهای سازگاران در زنان مطلقه گروه درمان هیجان‌مدار $30/35 \pm 3/89$ ، در زنان مطلقه گروه درمان شناختی-رفتاری $28 \pm 3/83$ ، در زنان مطلقه گروه کنترل $20/20 \pm 2/24$ به دست آمد؛ در مرحله پیگیری نیز میانگین و انحراف معیار راهبردهای سازگاران در زنان مطلقه گروه درمان هیجان‌مدار $30/70 \pm 3/61$ ، در زنان مطلقه گروه درمان شناختی-رفتاری $27/65 \pm 3/92$ ، در زنان مطلقه گروه کنترل $21/45 \pm 2/74$ به دست آمد. این در حالی است که در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار راهبردهای ناسازگاران در زنان مطلقه گروه درمان هیجان‌مدار $26/90 \pm 6/65$ ، در زنان مطلقه گروه درمان شناختی-رفتاری $25/10 \pm 4/46$ ، در زنان مطلقه گروه کنترل $26/35 \pm 6/59$ می‌باشد، ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار راهبردهای ناسازگاران در زنان مطلقه گروه درمان هیجان‌مدار $18/75 \pm 5/37$ ، در زنان مطلقه گروه درمان شناختی-رفتاری $21 \pm 4/95$ ، در زنان مطلقه گروه کنترل $27/75 \pm 5/55$ به دست آمد؛ در مرحله پیگیری نیز میانگین و انحراف معیار راهبردهای ناسازگاران در زنان مطلقه

¹ Ryff Psychological Well-Being Scale-Short Form (RSPWB-SF)

² Dierendonck

گروه درمان هیجان‌مدار $18/80 \pm 4/94$ ، در زنان مطلقه گروه درمان شناختی-رفتاری $20/65 \pm 5/68$ ، در زنان مطلقه گروه کنترل $28/05 \pm 6/03$ به دست آمد.

به علاوه، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی در زنان مطلقه گروه درمان هیجان‌مدار $48/20 \pm 5/83$ ، در زنان مطلقه گروه درمان شناختی-رفتاری $44/85 \pm 6/29$ ، در زنان مطلقه گروه کنترل $52/55 \pm 7/20$ می‌باشد، ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی در زنان مطلقه گروه درمان هیجان‌مدار $60/15 \pm 7/40$ ، در زنان مطلقه گروه درمان شناختی-رفتاری $55/15 \pm 6/82$ ، در زنان مطلقه گروه کنترل $52/10 \pm 6/38$ به دست آمد؛ در مرحله پیگیری نیز میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی در زنان مطلقه گروه درمان هیجان‌مدار $58/80 \pm 6/93$ ، در زنان مطلقه گروه درمان شناختی-رفتاری $55/45 \pm 5/94$ ، در زنان مطلقه گروه کنترل $52/35 \pm 6/30$ به دست آمد.

جدول ۲. آمار توصیفی سازگاری پس از طلاق و عزت نفس به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل سه گانه اندازه‌گیری

Table 2. Descriptive statistics of post-divorce adjustment and self-esteem by experimental and control groups in the three stages of measurement

متغیر	گروه	مرحله اندازه‌گیری			
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	انحراف
		میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
		انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار
راهبردهای سازگارانه	گروه درمان هیجان‌مدار	21/05	3/83	30/35	3/89
	گروه درمان شناختی-رفتاری	22/30	3/36	28	3/83
راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	گروه کنترل	20/50	3/05	20/20	2/24
	گروه درمان هیجان‌مدار	26/90	6/65	18/75	5/37
راهبردهای ناسازگارانه	گروه درمان شناختی-رفتاری	25/10	4/46	21	4/95
	گروه کنترل	26/35	6/59	27/75	5/55
بهزیستی روان‌شناختی	گروه درمان هیجان‌مدار	48/20	5/83	60/15	7/40
	گروه درمان شناختی-رفتاری	44/85	6/29	55/15	6/82
گروه کنترل	52/35	7/20	52/10	6/38	

در ادامه به منظور تحلیل استنباطی یافته‌های پژوهش از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی دو گروه، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش در جامعه و از آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موخلی استفاده شد که نتیجه این آزمون نیز معنی‌دار نبود؛ بنابراین داده‌ها مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای

وابسته را رد نکرد و می‌توان کروییت ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقادیر F با درجه آزادی استفاده کرد. بنابراین، داده‌ها پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را زیر سوال نبرده‌اند. لذا با توجه به رعایت مفروضه‌ها، می‌توان از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر تعامل زمان و گروه برای راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان ($F=24/13$, $p<0/01$)، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان ($F=18/74$, $p<0/01$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F=19/40$, $p<0/05$) معنی‌دار بود. مجذور اتا نیز نشان داد که ۴۶ درصد، ۴۰ درصد و ۴۱ درصد واریانس نمرات برای این متغیرها به ترتیب ذکر شده مربوط به عضویت گروهی است. نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

Table 3. Summary of results of repeated measures analysis of variance for intragroup and intergroup effects

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	Eta (اندازه اثر)
راهبردهای سازگارانه	عامل	۸۴۸/۰۱	۱	۸۴۸/۰۱	۱۵۰/۵۷**	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	درون‌گروهی	۳۷۸/۴۷	۲	۱۸۹/۲۳	۳۳/۶۰**	۰/۰۰۱	۰/۵۴
راهبردهای ناسازگارانه	خطا	۳۲۱/۰۳	۵۷	۵/۶۳			
	بین‌گروهی	۱۴۷۷/۴۸	۲	۷۳۸/۷۴	۲۶/۵۸**	۰/۰۰۱	۰/۴۸
بهزیستی روان‌شناختی	خطا	۱۵۸۴/۴۳	۵۷	۲۷/۸۰			
	درون‌گروهی	۳۹۰/۹۵	۲	۱۹۵/۴۸	۴۱/۸۱**	۰/۰۰۱	۰/۶۰
بهزیستی روان‌شناختی	خطا	۲۶۶/۴۸	۵۷	۴/۶۸			
	بین‌گروهی	۱۰۹۲/۳۱	۲	۵۴۶/۱۶	۶/۳۶**	۰/۰۰۳	۰/۱۸
بهزیستی روان‌شناختی	خطا	۴۸۹۶/۴۲	۵۷	۸۵/۹۰			
	درون‌گروهی	۷۷۷/۶۰	۲	۳۸۸/۸۰	۳۹/۱۳**	۰/۰۰۱	۰/۵۸
بهزیستی روان‌شناختی	خطا	۵۶۶/۴۰	۵۷	۹/۹۴			
	بین‌گروهی	۵۳۸/۴۸	۲	۲۶۹/۲۴	۲/۳۵	۰/۱۰۵	۰/۰۸
بهزیستی روان‌شناختی	خطا	۶۵۴۴/۵۰	۵۷	۱۱۴/۸۲			

** $p < 0/01$, * $p < 0/05$

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، در اثر زمان با توجه به اینکه راهبردهای تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی معنادار شده‌اند ($p<0/01$)، بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بانفرونی صورت گرفته است و نتایج آن در ادامه ارائه گردیده است. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($p<0/01$)، مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، بین گروه‌های درمانی و کنترل در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد که بررسی آن ارائه شده است. در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می‌گردد در راهبردهای تنظیم هیجان بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0/01$)، ولی در بهزیستی روان‌شناختی این تفاوت

معنادار نبود ($p > 0/05$) برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام مراحل اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین سه گروه در متغیرهای پژوهش تفاوت وجود دارد آزمون تعقیبی بانفرونی انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل سه گانه اندازه گیری

Table 4. Results of Banferroni post hoc test for pairwise comparison of mean research variables in the three stages of measurement

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
راهبردهای سازگارانه	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۹۰**	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۵/۳۲**	۰/۴۳	۰/۰۰۱
راهبردهای ناسازگارانه	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۶۲**	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۳/۹۵**	۰/۴۰	۰/۰۰۱
بهزیستی روان شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۲۷**	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۷**	۰/۵۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۷	۰/۳۴	۱/۰۰۰

$p < 0/05^*$, $p < 0/01^{**}$

جدول ۴ نشان می دهد که تفاوت میانگین بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون ($p < 0/01$) و پیگیری ($p < 0/01$) برای راهبردهای تنظیم هیجان و بهزیستی روان شناختی معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس آزمون و پیگیری این متغیرها معنادار نیست ($p > 0/05$). این نتایج ضمن تأیید اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه نشان می دهد نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر اجرای درمان هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری پس از طلاق و عزت نفس آنان پایدار بوده است. از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تأثیر ایجاد شده در مرحله پس آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش تر بوده است، در ادامه به بررسی تفاوت اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری با استفاده از آزمون تعقیبی بانفرونی پرداخته شده است (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

Table 5. Results of Banferroni post hoc test for pairwise comparison of the mean of experimental and control groups in research variables

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
راهبردهای سازگارانه	درمان هیجان مدار	درمان شناختی-رفتاری	۳/۲۱**	۰/۹۶	۰/۰۰۱
		کنترل	۶/۶۵**	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	کنترل	۵/۲۷**	۰/۹۶	۰/۰۰۱

۰/۰۰۳	۱/۶۹	۲/۶۸**	شناختی- درمان رفتاری	درمان هیجان‌مدار	راهبردهای ناسازگارانه
۰/۰۰۱	۱/۶۹	۵/۵۷**	کنترل	کنترل	
۰/۰۰۱	۱/۶۹	۴/۸۰**	کنترل	درمان شناختی-رفتاری	بهزیستی روان‌شناختی
۰/۱۵۳	۱/۹۶	۳/۹۰	شناختی- درمان رفتاری	درمان هیجان‌مدار	
۰/۰۰۱	۱/۹۶	-۴/۹۳**	کنترل	کنترل	بهزیستی روان‌شناختی
۰/۰۰۱	۱/۹۶	-۵/۲۰**	کنترل	درمان شناختی-رفتاری	

** $p < 0/01$, * $p < 0/05$

جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین گروه‌های درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری در راهبردهای تنظیم هیجان معنادار است ($p < 0/01$)، که نشان می‌دهد درمان هیجان‌مدار در بهبود تنظیم هیجان زنان مطلقه اثربخش‌تر از درمان شناختی-رفتاری عمل کرده است. این در حالی است که تفاوت میانگین بین این دو گروه درمانی در بهزیستی روان‌شناختی معنادار نیست ($p > 0/05$). البته تفاوت میانگین‌های بین گروه‌های درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل در راهبردهای تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی معنی‌دار است ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف این پژوهش پژوهش مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه بود. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه بود. ولی درمان هیجان‌مدار در بهبود تنظیم هیجان زنان مطلقه نسبت به درمان شناختی-رفتاری اثربخش‌تر بود، در حالی که بین این دو روش درمانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه تفاوتی مشاهده نشد.

در زمینه اثربخشی درمان هیجان‌مدار در بهبود تنظیم هیجان زنان مطلقه، این یافته با نتایج پژوهش‌های امین و کرمی‌نژاد و همکاران که اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و همچنین نتایج پژوهش پریست و گرینبرگ و همکاران که اثربخشی این روش درمانی را بر کاهش پریشانی ارتباطی زوجین و افزایش ارتباطات عاطفی مثبت آنان نشان دادند، همسو است. یکی از پیش‌فرض‌های رویکرد هیجان‌مدار این است که جلوگیری از ابراز هیجان‌های اولیه موجب آسیب زدن به مرزگذاری سالم، خشم ناشی از احترام قائل شدن به خود و سوگواری در مواقع لازم می‌شود و اینکه پردازش کافی و مناسب هیجان‌های حل نشده منجر به تبدیل و استحاله آن می‌شود (۲۸). گرینبرگ پیشنهاد نمود که در خلال درمان گاهی لازم است مراجعان را به صحبت کردن درباره خیال‌پردازی‌هایشان درباره انتقام‌گیری ترغیب نمود. بنابراین در تبیین فرضیه فوق باید گفت اجرای صندلی خالی و گفتگو با فرد آسیب‌رسان و انتقام‌خیالی از فرد آسیب‌رسان موجب رهاشدگی از احساس‌های در خود فرورفتگی شد (۲۸). از آنجاکه زنان مطلقه به دلیل طرد شدن از سمت معشوق عزت نفس‌شان به شدت کاهش یافته بود لذا پذیرش این احساس‌ها و اجرای صندلی خالی به نوبه خود کمک شایانی جهت استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجان در این افراد نمود. از طرف دیگر سازوکار اصلی تغییر در روان‌رمانی هیجان‌مدار عبارت است از پردازش هیجانی و فرایندهای مبرم معناسازی. از دیدگاه هیجان‌مدار تغییر هنگامی روی می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و دگرگونی هیجان معنا می‌یابند (۲۹)؛ که همه این عوامل در بستر یک رابطه همراه با همدلی، اتحاد درمانی و اعتباربخشی به تجربه توانست کمک شایانی در کاهش استفاده از راهبردهای منفی مقابله‌ای به آزمودنی‌ها بنماید.

در زمینه اثربخشی درمان هیجان‌مدار در افزایش بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه، این یافته با نتایج پژوهش‌های همسو است. در تبیین چرایی نتایج حاصل از این یافته می‌توان گفت شناسایی چرخه تعاملی منفی، ترس‌ها و ناایمنی‌های اساسی بعد از طلاق، افزایش شناخت خود، راه‌های نوین تعامل‌گری با دنیای بیرون و سایر مداخلات مربوطه باعث افزایش رضایت از زندگی و افزایش سازگاری شده و با در نظر گرفتن پیش‌بینی‌کنندگی این عوامل در بهزیستی روان‌شناختی؛ مداخله هیجان‌مدار می‌تواند علاوه بر سازگاری و تنظیم هیجانات، بهزیستی روان‌شناختی را نیز افزایش دهد. درمانگر هیجان‌مدار به مشکلات ارتباطی و رفتاری و تجارب دردناک هیجانی مراجع گوش نموده تا سبک پردازش هیجانی و داستان زندگی مبتنی بر هیجان او را که با دلبستگی و هویتش مرتبط است، آشکار گردد و مراجع را هدایت کند تا نشانه‌ها، هیجانات اصلی (سازگار یا ناسازگار)، نیازها، هیجانات ثانویه، موانع دستیابی به هیجانات اصلی، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و موضوعات وجودی را تشخیص دهد. سپس به مراجع کمک می‌کند برای حل مشکلات ارتباطی و رفتاری مطرح شده با تمرکز بر هیجانات اصلی شیوه‌های جدیدی بیابد. در نهایت، مراجع می‌تواند با کمک درمانگر نشانگرهای در حال ظهور را شناسایی نموده و معانی جدیدی بسازد. سپس ارزیابی نماید که معانی جدید چگونه بازسازی مجدد داستان‌های جدید را تحت تاثیر قرار می‌دهند و به مشکلات مطرح شده مربوط می‌شوند (۳۰).

در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود تنظیم هیجان زنان مطلقه، این یافته با نتایج پژوهش‌های رضایی و همکاران و شوستری و همکاران که اثربخشی این درمان را بر کنترل و تنظیم هیجانی زنان مطلقه نشان دادند، همسو است. در این درمان زنان مطلقه فراگرفتند که شناخت‌ها، احساسات و واکنش‌های خود را نسبت به حالت هیجانی و ارتباط با جامعه را ارتقا دهند و با نگرستن به طرف روشن‌قضا و ارزیابی واقع‌بینانه و مثبت به دلیل شرایطی که دارند، تحمل و انعطاف آنان در برابر چالش‌های فردی و اجتماعی بیشتر شود. به علاوه، گروه درمانی شناختی-رفتاری، از طریق تشخیص خطاهای شناختی، چالش با آن‌ها و آزمایش رفتاری، محتوای افکار منفی زنان مطلقه درباره خود و اجتماع را تغییر داد و این نوع درمان، هیجانات منفی درباره خود و اجتماع را تعدیل کرد و با کشف و اصلاح افکار منفی و تفکرات غیر منطقی این افراد، از طریق سازمان‌دهی فرآیند افکار و باورهای ناکارآمد مانند نیازمندی به تأیید دیگران، انتظارات بالا از خود، سرزنش کردن خود به دلیل طلاق، مشکلات هیجانی، نگرانی‌های همراه با اضطراب و درماندگی نسبت به تغییر را کاهش داد.

در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه، این یافته با نتایج پژوهش‌های همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری از طریق بهبود سبک‌های مقابله‌ای، توانایی فرد را در سازگاری با موقعیت‌های استرس‌زا افزایش داده و در نتیجه یادگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و کارآمد اضطراب افراد را کاهش می‌دهد. به علاوه، درمان شناختی-رفتاری از طریق ایجاد تغییر در نگرش، باورها، افزایش اعتماد به نفس و ایجاد تفکر منطقی منجر به کاهش افسردگی می‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری را می‌توان به‌عنوان یک روش درمانی مستقل و یا موازی با سایر روش‌های درمانی برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه به کار برد. در مجموع، درمان شناختی-رفتاری یکی از مدل‌های کارآمد در تغییر افکار ناکارآمد و در نتیجه رفتار و برداشت فرد از رویدادهاست. چون در این روش به جنبه‌های رفتاری و عملی در ارزیابی و درمان اهمیت داده می‌شود. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی-رفتاری در بهبود تنظیم هیجان زنان مطلقه نگاهی به گستره اثرگذاری هر یک از رویکردها بر مسائل زناشویی روشن‌گر خواهد بود. مفروضه‌های اصلی درمان هیجان‌مدار، تأکید آن بر مشارکت هیجانات در الگوهای دایمی ناسازگاری زوج‌های آشفته است. تلاش در این درمان بر آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر و تسهیل توانایی زوج‌ها در ایجاد این هیجانات به شیوه ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. در این رویکرد اعتقاد بر آن است که پردازش هیجانات در بافتی ایمن، الگوی تعاملی سالم‌تر و جدیدتری ایجاد می‌کنند که سبب آرام شدن سطح آشفستگی و افزایش دوست داشتن و در نهایت، افزایش سازگاری و رضایت زناشویی می‌شود (۳۱). ولی رویکردهای شناختی رفتاری به نقش هیجان در درمان توجه محدودی دارند. در حالی که مشکل اغلب افراد این است که نمی‌توانند به قدر کافی ابراز احساسات کنند، در واقع، احساس بیگانگی زیادی دارند تا اینکه طر حواره منفی داشته باشند. بیگانگی عبارت است از ناتوانی

خیلی از افراد در تجربه کردن هیجان‌های نیرومندی که جزئی از انسان بودن است (۳۲). این در حالی است که از آنجایی که رویکرد هیجان‌مدار بر روی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن‌پنداری مثبت سعی در خودنظم‌بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد و در جلسه‌های درمانی به صورت گسترده از روش‌های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می‌کند. از سویی شیوه هیجان‌مدار تلفیقی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تاکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیدا کردن راهحل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می‌شود و با توجه به این که بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص این رویکرد می‌توان باعث تغییر و اصلاح عواطف مثبت و منفی افراد شود. به طور کلی، رسالت درمانگر در درمان هیجان‌مدار علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است و افراد با قدرت تنظیم هیجان می‌توانند اتفاقات استرس‌زا را در رابطه با تهدیدآمیز بودن و یا نبودن ارزیابی نمایند و راه‌های برخورد با این استرس‌زاها را خلق نمایند و از این طریق در شرایط و موقعیت‌های گوناگون به درستی هیجان‌ها خود را تنظیم کنند و با تجارب استرس‌زا مقاومت کنند و شادی را تجربه کنند و این خود باعث برتری این روش نسبت به درمان شناختی-رفتاری در تنظیم هیجان زنان مطلقه است.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد مورد مطالعه به زنان مطلقه تحت پوشش پایگاه‌های خدمات اجتماعی منطقه ۲ شهر تهران اشاره نمود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. به علاوه، داده‌های این تحقیق با استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شده است و ممکن است این ابزارها به سوءگیری پاسخ در شرکت‌کنندگان منجر شود. با وجود این محدودیت‌ها، تحقیق حاضر نشان داد که درمان‌های هیجان‌مدار و شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه مؤثر هستند. با توجه به این نتایج، به کارگیری این دو درمان روان‌شناختی با اولویت‌گذاری استفاده از درمان هیجان‌مدار می‌تواند در کلینیک‌های مشاوره خانواده توسط درمانگران استفاده شود.

کاربرد پژوهش

همچنین از جمله پیشنهاد های کاربردی پژوهش حاضر می‌توان به موارد مقابل اشاره کرد: با توجه به اثربخش بودن درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری بر سازگاری پس از طلاق، تنظیم هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس زنان مطلقه پیشنهاد می‌شود از این روش‌های در مراکز درمانی - آموزشی و کلینیک‌های مشاوره زناشویی و طلاق به ویژه برای زنان مطلقه ای که دارای اختلال در تنظیم هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس هستند، به منظور سازگاری پس از طلاق آنان استفاده شود. همچنین با توجه به اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی رفتاری در بهبود سازگاری پس از طلاق و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پیشنهاد می‌شود که در درمان این اختلالات زنان مطلقه، مداخله درمان هیجان‌مدار بر درمان شناختی-رفتاری ترجیح داده شود. و در آخر پیشنهاد می‌گردد با فراهم نمودن امکانات تصویری و صوتی کیفیت بالا، سی دی های آموزشی از جلسات درمانی توسط پژوهشگران و درمانگران با حمایت های مالی سازمان های مربوطه تهیه گردد و در اختیار متخصصین، زنان مطلقه و خانواده های آنان به صورت بسته آموزشی درمانی قرار گیرد تا مراجعان، مشاوران، روان‌مداران و خانواده های آنها و سایر زنان مطلقه ای که دارای اختلال در تنظیم هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس هستند و هنوز با طلاق سازگار نشده اند، استفاده بهینه ایی از این تحقیقات به عمل آورند.

References

1. Akhundi-Darzi M., Ismaili M. Kazemian S.. Predicting positive psychological states in post-divorce adjustment of divorced women *Women's Psychological Studies*, 2017; 15 (2): 154-137.
2. Haghghatian M., Hashemian S.A. Aghababaei A.. The typology of divorce and its social consequences (Case study: Divorced women under the auspices of the Imam Khomeini Relief Committee in Chaharmahal and Bakhtiari Province). *Applied Sociology*, 2018; 29 (2): 92-65.

3. Yahya Zadeh Pirsarai H., Shokri K., Rashidi F.. The effect of group social work interventions with cognitive-behavioral approach on mental health of divorced women. *Social Work Quarterly*, 2017; 6 (3): 21-14.
4. Sotoudeh H.. *Social pathology (sociology of deviations)*. Tehran: Avaye Noor, 2016.
5. Amato P R.. Research on Divorce: Continuing Trends and New Developments. *Journal of Marriage and the Family*, 2010; 72(3):650-666.
6. Bringle R.G., Winnick T., Rydell R. J.. The prevalence and nature of unrequited love. *SAGE Open*, 2013; 3(2):1-15.
7. Asanjarani F., Jazayeri R .S., Fatehizadeh M., Etemadi A. Dumol J.. The effectiveness of Fisher's post-divorce life reconstruction training seminar on post-divorce adjustment and life satisfaction in divorced women. *Social Work Quarterly*, 2017; 6 (2):13-5.
8. Shahbek S., Khanakashi A. Khan Mohammadi A.. A comparative study of coping strategies and resilience in divorced and non-divorced women. *Health Promotion Management*, 2018; 7 (2):50-44.
9. Mandemakers J.J., Monden C .W., Kalmijn M.. Are the effects of divorce on psychological distress modified by family background? *Advances in Life Course Research*, 2010; 15(1): 27-40.
10. Sakata K., McKenzie C .R.. Social security and divorce in Japan. *Mathematics and Computers in Simulation*, 2011; 81(7): 1507-1517.
11. Jafari Indushan A., Zare H., Hosseini A., Poursalehi M. Zeini M.. Study and comparison of mental health and adjustment and emotional regulation of divorced women with married women in Yazd. *Women and Society Quarterly*, 2015; 6 (2): 16-1.
12. Shoushtari A., Rezaei A. M. Taheri E.. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on emotional regulation, metacognitive beliefs and rumination of divorced women. *Journal of Mental Health Principles*, 2015; 18 (6): 328-321.
13. Joormann J., Stanton C.. Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 2016; 86: 35-49.
14. Narimani M. Bakhshaish R. The effectiveness of acceptance-commitment training on psychological and emotional well-being and marital satisfaction of couples at risk of divorce. *Consulting Research*, 2014; 23 (52): 123-108.
15. Girard A., Woolley S.R.. Using emotionally focused therapy to treat sexual desire discrepancy in couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2017; 43(8):720-735.
16. Norlin D., Broberg M.. Parents of children with and without intellectual disability: couple relationship and individual wellbeing. *Journal of intellectual disability research*, 2013; 57(6): 552-566.
17. Namani E., Mohammadi-Pour M. Nouri J. .The effectiveness of group-centered emotion therapy on interpersonal forgiveness and hope in divorced women. *Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 2017; 8 (29): 78-57.
18. Pascual-Leone J., Johnson J.. Affect, self-motivation, and cognitive development: A dialectical constructivist view. In Y. D. Dai & R. J. Sternberg (Eds.), *Motivation, emotion, and cognition: Integrative perspectives on intellectual functioning and development*, 2004: 197-236). Mahwah, NJ: Erlbaum.
19. Greenberg L. S, Warwar S .H., Malcolm W. M.. Differential Effects of Emotion- focused therapy and psycho education in facilitating psychology, 55, z, 158- 196. forgiveness and letting Go of emotional injuries. *Journal of counseling*, 2008; 12: 56-87.
20. Chilling E., Baucom D., Burnet C.K, Ragland D.. Altering the course of marriage: The effect of PREP communication skills acquisition on couple's risk of becoming maritally distressed. *Journal of Family Psychology*, 2013; 17: 41-53.
21. Oei T. P., Dingle G.. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 2008; 107(1-3): 5-21.

22. Nolen-Hoeksema S., Wisco B.E., Lyubomirsky S.. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 2008; 3: 400-424.
23. Garnefski N., Kraaij V.. Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item .version (CERQshort). *Pers Individ Diff*, 2006; 41(6): 1045-53.
24. Besharat M.A., Bazazian S.. A study of psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian society. *Scientific-research journal of the Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*, 2014; 24 (84): 70-61.
25. Frey M.. Group cognitive therapy. Translation: Ali Sahebi, Hassan Hamidpour and Zahra Andouz, Mashhad: Mashhad University Jihad, first edition (year of publication in the original language, 1999), 2003.
26. Sadoughi M., Hesampour F.. Predicting the psychological well-being of medical students based on appreciation and meaning in life. *Journal of Medical Ethics*, 2017; 11 (42): 89-79.
27. Bayani A.A., Mohammad Kouchaki A. Bayani A.. Validity and reliability of Reef Psychological Well-Being Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2008; 14 (2): 151-146.
28. Greenberg L.S.. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association, 2015.
29. Greenberg L., Watson J.. *Emotion focused therapy for depression*. Washington: American Psychological Association, 2006.
30. Goldman R.N.. Case formulation in emotion-focused therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2017; 16(2): 88-105.
31. Johnson S., Zuccarini D.. Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of marital and family Therapy*, 2010; 36(4): 431-445.
32. Prochaska J.O., Norcross J.C.. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press, 2018.