



ORIGINAL ARTICLE

Received:2025/04/08

Accepted:2025/06/07

Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Transdiagnostic Therapy on the Agreeableness of Women with Emotional Divorce

Arezo Omidpour(Ph.D.s)¹, Iraj Shakerinia(Ph.D.)², Bahman Akbari(Ph.D.)³

1.Ph.D. Student in General Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

2.Corresponding Author: Associate Professor Department of Psychology, Gilan University, Rasht, Iran

E-mail: irajeshakerinia@guilan.ac.ir Tel: +98-9111382679

3.Professor Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Abstract

Introduction Emotional divorce is a type of separation in which a husband and wife live together under the same roof, but there is no love or affection between them. The present study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and transdiagnostic therapy on the acceptability of women with emotional divorce.

Methods: The research method was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a 3-month follow-up period. The statistical population consisted of 110 women with emotional divorce who referred to psychological counseling centers in Rasht in 2023, from which a sample of 45 people was selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups. Gottman's Emotional Divorce Questionnaire (2008) and Costa and McCrae's Agreeableness Questionnaire (1992) were used to collect data. Greenberg and Johnson's (1988) emotion-focused therapy protocol was implemented for one group and Barlow et al.'s (2011) transdiagnostic therapy protocol was implemented for the other experimental group. A repeated-measures analysis of variance was used to analyze the data.

Results The results showed that emotion-focused ($P<0/001$ and $Eta=0/899$) and transdiagnostic ($P<0/001$ and $Eta=0/906$) treatments were effective on the agreeableness of women with emotional divorce. On the other hand, transdiagnostic treatment had a greater effect on the agreeableness of women with emotional divorce than emotion-focused treatment ($P<0/001$). The persistence of these results was maintained until the follow-up stage.

Conclusion: Based on the aforementioned findings, it can be concluded that the use of emotion-focused and transdiagnostic treatment content and guidelines is useful in increasing the acceptability of women with emotional divorce.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Transdiagnostic Therapy, Agreeableness, Emotional Divorce, Women

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Arezo Omidpour, Iraj Shakerinia, Bahman Akbari. Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Transdiagnostic Therapy on the AgreeablenessTolooebehdasht Journal. 2025;24(2)45-58.[Persian]



اثربخشی درمان هیجان‌مدار و فراتشخیصی بر توافق‌پذیری زنان با طلاق عاطفی

نویسندگان: آرزو امیدپور^۱، ایرج شاکری‌نیا^۲، بهمن اکبری^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

تلفن: ۰۹۱۱۳۸۲۶۷۹ Email: irajeshakerinia@guilan.ac.ir

۳. استاد گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

طلوع بهداشت

چکیده

مقدمه: طلاق عاطفی نوعی از جدایی است که در آن زن و شوهر اگر چه با هم در زیر یک سقف زندگی می‌کنند اما هیچ مهر و محبت و عاطفه‌ای بین آن‌ها حاکم نیست. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان فراتشخیصی بر توافق‌پذیری زنان با طلاق عاطفی انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل تعداد ۱۱۰ نفر از زنان با طلاق عاطفی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روان‌شناختی رشت در سال ۱۴۰۲ بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای به تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه قرار داده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های طلاق عاطفی گاتمن و توافق‌پذیری کاستا و مک‌کری استفاده شد. پروتکل درمان هیجان‌مدار گرینبرگ و جانسون برای یکی از گروه‌ها و پروتکل درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران نیز برای گروه آزمایشی دیگر اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان‌های هیجان‌مدار ($P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/899$) و فراتشخیصی ($P < 0/001$) و $\eta^2 = 0/906$) بر توافق‌پذیری زنان با طلاق عاطفی اثربخش بود. از سوی دیگر درمان فراتشخیصی نسبت به درمان هیجان‌مدار اثر بیشتری بر توافق‌پذیری زنان با طلاق عاطفی داشت ($P < 0/001$). ماندگاری این نتایج تا مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مذکور می‌توان نتیجه‌گیری کرد که استفاده از محتوا و دستورالعمل‌های درمان هیجان‌مدار و فراتشخیصی در افزایش توافق‌پذیری زنان با طلاق عاطفی مفید است.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، درمان فراتشخیصی، توافق‌پذیری، طلاق عاطفی، زنان

این مقاله بر گرفته از رساله دوره دکتری روان‌شناسی عمومی می‌باشد.

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و چهارم

شماره دوم

خرداد و تیر

شماره مسلسل: ۱۱۰

تاریخ وصول: ۱۴۰۴/۰۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۷



مقدمه

طلاق عاطفی نوعی از طلاق است که هیچ‌جا به ثبت نمی‌رسد و مربوط به خانواده‌هایی است که به دلایلی مانند نگرش‌های منفی، باورهای نادرست، ذهن بیمار، استرس و نگرانی، ناتوانی در تأمین نیازهای زندگی تصمیم می‌گیرند به اجبار زیر یک سقف زندگی کنند (۱). طلاق عاطفی را نخستین مرحله فرایند طلاق می‌دانند و این امر رابطه زناشویی رو به زوال را نشان می‌دهد که در آن احساس تلخ بیگانگی با یگانگی و صمیمیت جایگزین شده است. شاید زن و شوهر تا پایان عمر مانند یک گروه اجتماعی در کنار هم بمانند اما جاذبه اعتماد دو طرف در دره عمیق فاصله سقوط کرده است (۲).

از جمله عواملی که در پدیده طلاق عاطفی نقش دارد می‌توان به توافق‌پذیری اشاره کرد. توافق یک ویژگی شخصیتی در خصوصیت‌های رفتاری فردی است که به عنوان خون گرم، قابل اعتماد، همدل، مهربان، دلسوز، نوع‌دوست، متواضع و با ملاحظه شناخته شده است (۳). افرادی که از نظر توافق پذیری بالا هستند، به طور طبیعی همدلی را تجربه می‌کنند و تمایل دارند که از خدمت به دیگران و مراقبت از آن‌ها لذت فوق‌العاده‌ای ببرند. افراد توافق‌پذیر اعتماد و بخشش دارند و ترجیح می‌دهند همکاری کنند تا این‌که با دیگران رقابت کنند. افراد موافق در هر شرایطی به دنبال نقاط مثبت هستند و جنبه خوب همه چیز را می‌بینند. این افراد به احساسات منفی شخصیت خودشان اهمیت می‌دهند و به آن‌ها رسیدگی می‌کنند؛ هم‌چنین از درگیری و دعوا اجتناب می‌کنند (۴). اکبرزاده و زهراکار (۵) در پژوهشی نتیجه گرفتند بین مؤلفه‌های توافق‌پذیری با سازگاری زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

یکی از مداخلات روان‌شناختی که به نظر می‌رسد در درمان ریشه‌ای طلاق عاطفی و عوامل مرتبط با آن مؤثر باشد، درمان هیجان‌مدار است. این درمان رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، تجربه‌گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان است که هیجانات را به عنوان عوامل درون فردی و روابط هیجانی را به عنوان عاملی بین فردی در سازماندهی الگوهای ارتباطی زوجین، محور درمان و تلاش‌های درمانی قرار می‌دهد (۶). از نظر این رویکرد، هر یک از زوجین با انتظارات و تجاربی از گذشته خود وارد رابطه کنونی می‌شوند که نقش مهمی در چگونگی پاسخ دهی آن‌ها به همسر خود دارد. از این رو آشکارسازی هیجانات و نیازهای دلبستگی و نیز پاسخگویی شریک صمیمی به این نیازها برای ایجاد پیوند هیجانی فرایند تغییر در زوج درمانی هیجان‌مدار ضروری است (۷). گیرارد و وولی (۸) اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار را در یک مطالعه موردی بررسی کردند که نتایج کاهش تفاوت در میل جنسی زوجین را نشان داد. هم‌چنین حیدری و اقبال (۹) در پژوهشی نشان داد که بین دشواری در تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زوجین و بین سبک اجتنابی در رضایت زناشویی زوجین رابطه منفی معنادار وجود دارد.

یکی دیگر از مداخلات روان‌شناختی که می‌تواند در درمان طلاق عاطفی مؤثر باشد، درمان فراتشخیصی است. در درمان فراتشخیصی اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای اختلال‌های هیجانی مختلف به کار می‌رود. با این‌که این درمان ریشه در درمان شناختی-رفتاری دارد ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان تأکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی



است (۱۰). از لحاظ نظری، درمان‌های فراتشخیصی باید درمانگر را قادر سازند تا فرآیندهای تداوم بخش مشترک بین اختلالات موجود را مفهوم‌سازی نماید، راهبردهای درمانی مبتنی بر شواهد را در قالب یک پروتکل ارائه نماید، کارآمدی و کارایی درمان را افزایش دهد، نیاز به راهنماهای درمانی چندگانه را کاهش دهد و اجرای راحت آن را تسهیل نماید (۱۱). درمان فراتشخیصی یک پروتکل یکپارچه محسوب می‌شود که با استفاده از توانش‌های تنظیم هیجان، برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی قابلیت کاربرد دارد (۱۲). پورحجازی و همکاران (۱۳) در پژوهشی نشان دادند در اثر آموزش درمان فراتشخیصی، میانگین نمره پس آزمون طلاق عاطفی و دلزدگی زناشویی گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشت.

با توجه به مطالب گفته شده می‌توان گفت در درمان فراتشخیصی اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای اختلال‌های هیجانی مختلف به کار می‌رود. با این‌که این درمان ریشه در درمان شناختی-رفتاری دارد ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان تأکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (۱۴). از سوی دیگر در درمان هیجان‌مدار از رویکردی یکپارچه که تلفیقی از سه دیدگاه سیستماتیک، تجربه‌گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان است استفاده می‌شود. در این درمان هیجانات به عنوان عوامل درون‌فردی و روابط هیجانی به عنوان عاملی بین‌فردی در سازماندهی الگوهای ارتباطی زوجین، محور درمان و تلاش‌های درمانی قرار می‌گیرد (۱۵). بنابراین یکی از چالش‌های موجود، عدم وجود پژوهش‌هایی است که دو روش درمانی هیجان‌مدار و فراتشخیصی را مورد مقایسه قرار داده

باشد، است. همچنین نتایج مطالعات پیشین حکایت از شیوع طلاق عاطفی در جامعه دارد. به‌طور نمونه حبیب‌اله‌زاده و همکاران (۱۶) در پژوهشی گزارش کردند که میزان شیوع طلاق عاطفی در بین همسران ایرانی ۴۰/۹ درصد است که بیانگر شیوع بالای طلاق عاطفی می‌باشد.

انجام این پژوهش نیز از آن جهت ضرورت پیدا می‌کند که تعداد کثیری از افراد جامعه را زنان با طلاق عاطفی تشکیل می‌دهند. از طرفی پژوهش‌های قابل توجهی در این خصوص انجام نشده است. بنابراین انجام این پژوهش می‌تواند نتایج بنیادی و کاربردی زیادی داشته باشد. بدین صورت که با مطالعه و بررسی منابع مرتبط با مبانی نظری، مباحث جدیدی در این زمینه ارائه می‌شود. ضمن این‌که یافته‌های حاصل از این تحقیق به‌طور کاربردی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. در همین خصوص سازمان‌ها و افراد حقیقی مختلفی از یافته‌های این تحقیق بهره‌مند خواهند شد که از آن جمله می‌توان به سازمان بهزیستی، کلینیک‌های مشاوره خانواده، روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران، محققان و کلیه افرادی که علاقه‌مند به کسب اطلاعات پیرامون موضوع رساله حاضر باشند، اشاره کرد. بر همین اساس انجام پژوهش حاضر تلاشی برای پوشش خلاء یاد شده بوده و با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان فراتشخیصی بر توافق‌پذیری زنان با طلاق عاطفی انجام شد.

روش بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل تعداد ۱۱۰ از زنان با طلاق عاطفی بودند که در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ به کلینیک‌های روان‌شناختی



بهار، طرحواره نو و ندای مهرگان شهر رشت مراجعه داشتند. در همین رابطه تعداد ۴۵ نفر از زنان یاد شده به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایشی درمان هیجان مدار، ۱۵ نفر در گروه آزمایشی درمان فراتشخیصی و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایدهی شدند. حجم قابل قبول برای پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته می شود (۱۷). برای انتخاب نمونه پژوهشی ابتدا تمامی ۱۱۰ نفر زنان جامعه آماری پرسشنامه طلاق عاطفی را تکمیل کردند. بعد از تجزیه و تحلیل نتایج پاسخ ها مشخص شد که تعداد ۶۱ نفر از آنان شرایط اولیه لازم جهت ورود به مطالعه را دارند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و تأیید فرم رضایت آگاهانه، کسب نمره بیشتر از ۱۲ در پرسشنامه طلاق عاطفی، کسب نمره کمتر از ۳۶ در پرسشنامه توافق پذیری، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۳۵ سال، مدت ازدواج ۱۰ سال و کمتر، حداکثر تعداد فرزندان ۲ نفر و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل؛ غیبت در بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت کردن همزمان در هر نوع مداخله آموزشی دیگر، بی پاسخ گذاشتن حداقل ۵ درصد از سؤالات پرسشنامه ها و تحت نظر روانپزشک و مصرف دارو بود. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق شرکت کنندگان، علاوه بر اخذ فرم رضایت آگاهانه، توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال آن به همه شرکت کنندگان ارائه شد. حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش و نبود اجبار برای همه شرکت کنندگان تصریح شد. هم چنین به همه آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی آن ها طبق اصل رازداری پژوهش محرمانه می ماند و

داده هایی که انتشار می یابد بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی تحلیل می شوند و پس از سه ماه از انتشار مقاله تمامی داده ها از بین خواهد رفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار استنباطی تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی و از نرم افزار SPSS ویراست ۲۶ استفاده شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه طلاق عاطفی: برای سنجش طلاق عاطفی از پرسشنامه طلاق عاطفی گاتمن و گاتمن (۱۸) استفاده شد. این ابزار دارای ۲۴ سؤال بوده و به صورت بله (۱) و خیر (صفر) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره آن به ترتیب صفر و ۲۴ و نقطه برش آن نیز ۱۲ می باشد. گاتمن و گاتمن (۱۸) روایی این ابزار را با استفاده از روش تحلیل عاملی ۰/۷۲ به دست آورده و پایایی آن را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ محاسبه کردند. رضانی فر و همکاران (۲) نیز در پژوهشی ضمن تأیید روایی محتوایی ابزار مذکور با استفاده از نظرات متخصصان روان شناسی، پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه کرده اند. در پژوهش حاضر نیز روایی این ابزار از سوی استادان راهنما و مشاور مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد.

پرسشنامه توافق پذیری: برای سنجش توافق پذیری از پرسشنامه شخصیتی نئو استفاده شد. این پرسشنامه توسط کاستا و مک کری (۱۹) ساخته شده و دارای ۶۰ سؤال است که در طیف ۵ درجه ای لیکرت شامل کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، بی تفاوت (۳)، موافق (۴) و کاملاً موافق (۵) نمره گذاری می شود. در این پژوهش یکی از خرده مقیاس ها یعنی توافق پذیری (سؤالات ۴، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۹، ۳۴، ۳۹، ۴۴، ۴۹،



روان‌شناسی (دکتر سمیه جاهدی) اجرا شد. روایی محتوایی پروتکل درمان هیجان‌مدار از سوی تعداد ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت مورد تأیید قرار گرفت. خلاصه محتوای جلسات درمانی مذکور به شرح جدول ۱ می‌باشد.

پروتکل درمان فراتشخیصی: برای مداخله درمانی فراتشخیصی از پروتکلی که توسط بارلو و همکاران (۲۲) ساخته شده استفاده شد. این برنامه درمانی در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا می‌شود. زمان اجرای این پروتکل از ۱۸ فروردین ۱۴۰۲ لغایت ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۲ از ساعت ۱۰ الی ۱۱ در محل کلینیک روان‌شناختی طرحواره نو بود. دوره پیگیری بعد از گذشت ۳ ماه در تاریخ ۱ شهریور ۱۴۰۲ ساعت ۱۰ الی ۱۱ در همان کلینیک انجام شد. پروتکل مذکور توسط دانشجوی نویسنده رساله پیش‌رو (آرزو امیدپور) اجرا شد. روایی محتوایی پروتکل درمان فراتشخیصی از سوی تعداد ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت مورد تأیید قرار گرفت. خلاصه محتوای جلسات درمانی مذکور به شرح جدول ۲ می‌باشد.

۵۴ و ۵۹) استفاده شد. حداقل و حداکثر نمره آن به ترتیب ۱۲ و ۶۰ و نقطه برش آن نیز ۳۶ می‌باشد. کاستا و مک‌کری (۲۱) روایی این ابزار را با استفاده از روش تحلیل عاملی ۰/۸۶ به دست آورده و پایایی آن را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ محاسبه کردند. رستمی و همکاران (۲۰) نیز در پژوهشی نیز ضمن تأیید روایی محتوایی ابزار مذکور با استفاده از نظرات متخصصان روان‌شناسی، پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز روایی این ابزار از سوی استادان راهنما و مشاور مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد. پروتکل درمان هیجان‌مدار: برای مداخله درمانی هیجان‌مدار از پروتکلی که توسط گرینبرگ و جانسون (۲۱) ساخته شده استفاده شد. این برنامه درمانی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا می‌شود. زمان اجرای این پروتکل از ۱۸ فروردین ۱۴۰۲ لغایت ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۲ از ساعت ۱۰ الی ۱۱ در محل کلینیک روان‌شناختی طرحواره نو بود. دوره پیگیری بعد از گذشت ۳ ماه در تاریخ ۱ شهریور ۱۴۰۲ ساعت ۱۰ الی ۱۱ در همان کلینیک انجام شد. پروتکل مذکور توسط یکی از متخصصان

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار گرینبرگ و جانسون (۲۱)

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی با مراجعان (رابطه مبتنی بر همدلی و بازخورد احساسات)
دوم	شروع آگاهی هیجانی و توزیع برگه‌های ثبت هیجانی، شناسایی افکار هوشمند به لحاظ هیجانی
سوم	بیان پیامدهای عمل خشونت‌آمیز و قلدری و موانع و محدودیت‌های پشیمانی و بخشش خود
چهارم	بیان و آشکار کردن جنبه‌های متضاد شناسایی شده در تکالیف خانگی
پنجم	ادامه تکنیک مبتنی بر ذهن آگاهی و هوشیاری
ششم	اجازه به مراجعان جهت ابراز ندامت و پشیمانی خود از عمل قلدری و تعیین رفتارهای جبرانی
هفتم	جایگزین کردن احساسات بخشش خود با احساسات منفی باقی‌مانده
هشتم	شناسایی موارد پیشرفت و نحوه حفظ این عایدات و مراسم پایانی



جدول ۲: خلاصه محتوای جلسات درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران (۲۲)

جلسات	محتوای جلسات
اول	افزایش انگیزه با مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری آزمودنی‌ها در طول درمان و ارائه منطق درمان
دوم	ارائه آموزش روانی در خصوص بازشناسی هیجان‌ها و رد پای تجارب هیجانی
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها)
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی
ششم	اجتناب از هیجان
هفتم	رفتارهای ناشی از هیجان
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی
نهم، دهم و یازدهم	رویارویی‌های احساسی و هیجان مبتنی بر موقعیت
دوازدهم	پیشگیری از عود

یافته ها

برخوردار شدند.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت رعایت فرض‌های آن از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، ام‌باکس و لوین استفاده شد. فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمره متغیر توافق‌پذیری تأیید شد. به عبارت دیگر سطح عدم معناداری شاخص شاپیرو-ویلک بیانگر نرمال بودن توزیع نمره در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای متغیر توافق‌پذیری ($P=0/101$) بود.

بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کوواریانس برای متغیر توافق‌پذیری ($P=0/889$ ، $F=0/210$ ، $BOX=0/683$) به درستی رعایت شد. بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نیز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیر توافق‌پذیری ($P<0/001$ ، $F=48/335$ ، $\lambda=0/205$) معنادار بود.

مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی) نشان داد که تفاوت بین دو گروه با

در پژوهش حاضر تعداد ۴۵ نفر از زنان با تجربه طلاق عاطفی (۱۵ نفر گروه درمان هیجان‌مدار، ۱۵ نفر گروه درمان فراتشخیصی و ۱۵ نفر گروه کنترل) شرکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان هیجان‌مدار $29/87 \pm 2/58$ ، گروه درمان فراتشخیصی $30/75 \pm 1/47$ و در گروه کنترل $30/14 \pm 2/33$ سال بود. نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین سن، تحصیلات، مدت ازدواج و تعداد فرزندان آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل وجود نداشت.

از سوی دیگر نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین (و انحراف معیار) متغیر توافق‌پذیری در گروه آزمایشی هیجان‌مدار، پیش‌آزمون $32/00$ (و $1/81$)، پس‌آزمون $38/73$ (و $1/94$) و پیگیری $37/06$ (و $1/79$)؛ در گروه فراتشخیصی، پیش‌آزمون $31/46$ (و $1/35$)، پس‌آزمون $40/06$ (و $1/90$) و پیگیری $32/66$ (و $1/67$) و در گروه کنترل پیش‌آزمون $37/06$ (و $1/79$)، پس‌آزمون $39/40$ (و $1/84$) و پیگیری $31/73$ (و $1/70$) می‌باشد. به عبارت دیگر گروه‌های آزمایشی پس از دریافت درمان هیجان‌مدار و درمان فراتشخیصی از توافق‌پذیری بالاتری



توجه به متغیر وابسته در مجموع معنادار بود و میزان این تفاوت برای متغیر توافق پذیری ۰/۷۹۵ بود. بنابراین آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر قابل اجرا بود.

نتایج جدول ۳ نشان داد در گروه آزمایشی هیجان مدار، اثر زمان ($P < ۰/۰۰۱$ و $\text{Eta} = ۰/۶۹۹$) و اثر متقابل گروه $\times$ زمان ($P < ۰/۰۰۱$ و $\text{Eta} = ۰/۸۹۹$) معنادار بود. بنابراین می توان گفت درمان هیجان مدار بر توافق پذیری زنان با طلاق عاطفی اثربخش است. از سوی دیگر در گروه آزمایشی فراتشخیصی، اثر زمان ($P < ۰/۰۰۱$ و $\text{Eta} = ۰/۵۱۰$) و اثر متقابل گروه $\times$ زمان ($P < ۰/۰۰۱$ و $\text{Eta} = ۰/۹۰۶$) معنادار بود.

بنابراین می توان گفت درمان فراتشخیصی بر توافق پذیری زنان با طلاق عاطفی اثربخش است. جهت مقایسه تأثیر هر یک از درمان ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار درمان های هیجان مدار و فراتشخیصی با گروه کنترل برای متغیر توافق پذیری است ($P < ۰/۰۰۱$). میانگین های مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری در جدول ۴ و نمودار ۱ نشان دهنده تأثیر درمان های هیجان مدار و فراتشخیصی برای متغیر توافق پذیری و نیز ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری است. از سوی دیگر نتایج نشان می دهد که بین اثربخشی درمان های هیجان مدار و فراتشخیصی بر متغیر توافق پذیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). در همین رابطه از آنجایی که میانگین درمان فراتشخیصی (۴/۹۵۶) بیشتر از میانگین درمان هیجان مدار (۴/۲۴۴) می باشد، بنابراین می توان گفت تأثیر درمان فراتشخیصی بر متغیر توافق پذیری بیشتر از درمان هیجان مدار است.

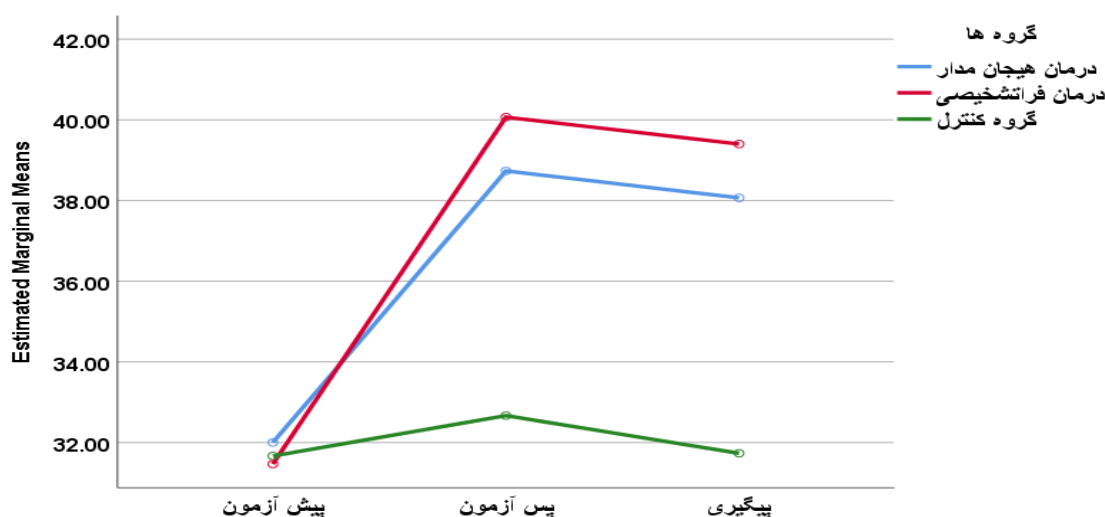
جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در زنان با طلاق عاطفی (تعداد در هر گروه = ۱۵ نفر)

گروه آزمایشی	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
هیجان مدار	زمان	۶۴/۵۳۳	۱	۶۴/۵۳۳	۶۲/۸۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
	تعامل زمان * گروه ها	۲۴۷/۵۱۰	۱	۲۴۷/۵۱۰	۲۴۰/۹۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
	خطا	۲۷/۷۳۳	۲۷	۱/۰۲۷			
فراتشخیصی	زمان	۴۶/۰۰۹	۱	۴۶/۰۰۹	۲۸/۰۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱۰
	تعامل زمان * گروه ها	۴۲۷/۸۴۵	۱	۴۲۷/۸۴۵	۲۶۱/۰۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
	خطا	۴۴/۲۵۸	۲۷	۱/۶۳۹			



جدول ۴: نتایج آزمون بنفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین‌های توافق‌پذیری در اثر گروه‌ها و زمان‌ها

متغیر	تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
توافق‌پذیری	درمان هیجان‌مدار	درمان فراتشخیصی	۰/۷۱۱-	۰/۵۹۴	۰/۰۰۱
	کنترل		۴/۲۴۴	۰/۵۹۷	۰/۰۰۱
	درمان فراتشخیصی	کنترل	۴/۹۵۶	۰/۵۹۴	۰/۰۰۱
متغیر	تفاوت زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
توافق‌پذیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۴۴۴-	۰/۱۹۶	۰/۰۰۱
	پیگیری		۴/۶۸۹-	۰/۱۹۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۵۶	۰/۰۷۱	۰/۰۰۱



نمودار ۱. میانگین‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان فراتشخیصی بر توافق پذیری زنان با طلاق عاطفی بود. نتایج نشان داد درمان هیجان‌مدار بر توافق پذیری زنان با طلاق عاطفی اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های اکبرزاده و زهراکار (۵)، گیرارد و وولی (۸) و حیدری و اقبال (۹) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت زوجینی که توافق پذیری بالایی دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب

فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که توافق‌پذیری نیستند، سازگاری روانی بیشتری دارند (۳). ویژگی و نیمرخ شخصیت افراد توافق‌پذیر به گونه‌ای است که واقعیت را می‌پذیرند، باور عمیق دارند که زندگی با معنی است و توانایی بهبود و سازگاری معنادار با تغییرات زندگی را دارند می‌توانند در راه خود شکوفایی، مسیر خود را ادامه بدهند و این خصایص می‌تواند به سلامت روانی آنها



کمک کند (۶). از سوی دیگر از آنجایی که در برنامه‌های درمانی هیجان‌مدار بحث‌هایی راجع به حمله، خشم و قلدری، افسردگی، مهارت‌های هیجانی، کنترل رفتارهای پرخاشگرانه، مهارت‌های حل مسأله، اقرار به اشتباهات خود، شناسایی افکار هوشمند به لحاظ هیجانی و ... صحبت می‌شود بدیهی است زنانی که در معرض چنین درمانی قرار می‌گیرند، میزان توافقی‌پذیری آنان افزایش می‌یابد (۸). بنابراین انتظار می‌رود این زنان در همدلی از همسر، درک وی، دلسوزی برای او و اعتماد به برنامه‌هایش از نمره بالاتری برخوردار باشند، در حالی که چنانچه این ویژگی‌ها در فرد کاهش یابد، وی خودخواه، مرموز، متکبر، بی‌رحم و خودرأی می‌شود. در این حالت چنین فردی نمی‌تواند در یک رابطه زوجی از گذشت لازم برخوردار باشد و برای رسیدن به اهدافش ممکن است از روش‌های مخرب هیجانی استفاده کند.

در بخش دیگری نتایج نشان داد درمان فراتشخیصی بر توافقی‌پذیری زنان با طلاق عاطفی اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های لیو و همکاران (۱۰)، نیوبای و همکاران (۱۱) و پورحجازی و همکاران (۱۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به منطق پدیدایی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی همزمان در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، افکار تکرار شونده و عاطفه منفی باشد که در مدل‌های پروتکل روی آن‌ها تأکید می‌شود (۱۱). به عبارتی بهبود در نظم‌جویی شناختی هیجان احتمالاً به‌طور غیرمستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک باشد (۱۳) و این امر با توجه به تجمع

مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش بر این عوامل مشترک یا فراتشخیصی برای مورد هدف قرار دادن علایم کلیدی تمام اختلال‌های طیف هیجانی، تعاملی و ارتباطی انجام می‌پذیرد (۱۲).

در تبیینی دیگر می‌توان به وجود برخی تکنیک‌ها و مهارت‌ها در تعدادی از جلسات درمانی پروتکل اشاره کرد. چنانکه در طی جلسات این درمان، تلاش می‌شود تا مراجعان الگوهای اجتناب از هیجان و رفتارهای تعاملی را آموخته و با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان آشنا شوند (۱۱). بر این اساس، درمان فراتشخیصی با تأکید ویژه بر نقش هیجان‌ها و شیوه پردازش آن‌ها سبب مدیریت و پردازش بهتر هیجان‌ها شده و از این طریق می‌تواند منجر به افزایش توافقی‌پذیری زنان با طلاق عاطفی شود.

یافته دیگری که از این پژوهش حاصل شد بدین‌گونه بود که بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان فراتشخیصی بر توافقی‌پذیری زنان با طلاق عاطفی تفاوت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های رابینسون و همکاران (۶) و کبریت چی و همکاران (۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر رابطه عاطفی زوجین به رفع مشکل آن‌ها می‌پردازد، زوجینی که در زمینه توافقی‌پذیری مشکل دارند تمایل دارند که بیشتر ارتباطات منفی و آسیب‌پذیر مانند انتقاد، تحقیر، سرزنش کردن و عصبانیت را نشان دهند و زمانی که همسرشان سعی دارد مشکلی را حل کند، پایین‌ترین سطح توافقی‌پذیری و همدلی را ابراز می‌کنند. این نوع از روابط منفی، استفاده از مهارت حل مسئله مثبت مانند تشویق و بحث باز



را کاهش می‌دهد. بنابراین درمان هیجان مدار با شناسایی هیجان‌های ابراز نشده و سرکوب شده و شناسایی نیازهای هیجانی و عاطفی زوجین، باعث بهبود تعاملات و بالطبع آن افزایش میزان ابراز محبت در آنان می‌شود (۷). درمان هیجان مدار با تکیه بر آزادسازی صحیح و مناسب هیجان‌ها، تثبیت سبک دلبستگی زوجین و کاهش مشکلات عاطفی هیجانی و اضطرابی زوجین باعث افزایش سلامت جسمانی آن‌ها می‌شود. در درمان هیجان مدار، افراد یاد می‌گیرند که احساسات و هیجانات همسر خود را درک کنند، با او از احساسات و هیجانات مثبت و منفی خودشان صحبت کنند و شنونده خوبی برای همسر خود باشند. اصلاح این موارد به ظاهر ساده، قدم بسیار مهمی در درک متقابل زوجین از یکدیگر و بهبود ارتباط و توافق پذیری بین آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر از آنجایی که در محتوای پروتکل فراتشخیصی از تکنیک‌هایی ذهن آگاهی استفاده می‌شود که باعث می‌شود افراد قادر باشند در هر لحظه از احساسات و افکار خود آگاهی داشته باشند و با داشتن تمرکز بر خصلت توافق پذیری بتوانند در جهت بهبود ویژگی‌های مذکور اقدام نمایند. یعنی این درمان با استفاده از تمرین‌های مواجهه شخص را از احساسات جسمانی خود آگاه کرده و با بالا بردن افزایش تحمل و استفاده از منطق رویارویی‌های هیجانی موجب تغییر رفتار در آنان می‌شود (۱۶). در حالی که در درمان هیجان مدار صرفاً به شناسایی و تعدیل هیجان‌ها پرداخته ولی برای تغییر رفتار به مثابه درمان فراتشخیصی تکنیک‌های شناختی-رفتاری ارائه نمی‌دهد. بر همین اساس تأثیر درمان فراتشخیصی نسبت به

درمان هیجان‌مدار در افزایش توافق پذیری زنان با طلاق عاطفی

بیشتر بوده و از نظر آماری معنادار است.

بر اساس یافته‌های مذکور می‌توان نتیجه‌گیری کرد که استفاده از محتوا و دستورالعمل‌های درمان هیجان مدار و فراتشخیصی در افزایش توافق پذیری و تعادل عاطفی زنان با طلاق عاطفی مفید است.

این مطالعه با محدودیت‌هایی روبرو بود که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: هر چند در این پژوهش، با انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایشی و کنترل تلاش شد متغیرهای مزاحم و سوگیری احتمالی کاهش یابد، اما برخی از ویژگی‌های روان‌شناختی نظیر مهارت‌های حل مسئله، تنظیم هیجان، تاب‌آوری و کمال‌گرایی کنترل نشد. هم‌چنین درمانگر یکی از مداخلات و پژوهشگر یکی بود که این امر ممکن است نتایج مربوط به پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. از سوی دیگر برای انتخاب نمونه‌های پژوهشی از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد.

برای رفع محدودیت‌های یاد شده پیشنهاد می‌شود اثر متغیرهای مداخله‌گر نظیر مهارت‌های حل مسئله، تنظیم هیجان، تاب‌آوری و کمال‌گرایی مورد مطالعه و کنترل قرار گیرد. در پژوهش‌های بعدی جهت برای انتخاب نمونه‌های پژوهشی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. با توجه به اثربخش بودن درمان‌های هیجان‌مدار و فراتشخیصی در افزایش توافق‌پذیری در زنان با طلاق عاطفی، پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره روان‌شناسی از هر دو درمان برای مداخلات روان‌شناختی زنان دارای طلاق عاطفی استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

برای انجام این مطالعه کد IR.IAU.TON.REC.1403-178



از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن اخذ شد.

سهیم نویسندگان

آرزو امیدپور گردآوری داده‌ها، جمع‌آوری پیشینه نظری و پژوهشی و کمک در اجرای پژوهش، دکتر ایرج شاکری‌نیا تحلیل آماری و دکتر بهمن اکبری امور مربوط به نگارش و ویراستاری نهایی را بر عهده داشتند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی از طرف هیچ سازمانی دریافت نکرده است.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و تمامی شرکت‌کنندگان ارجمند تشکر و قدردانی نمایند.

References

- 1-Feyzikhah F, Hassanzadeh R, Abasi GA. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with resilience training on the sense of personal coherence and emotional divorce in women seeking divorce. *Journal of Social Health*. 2021; 8(2): 152-166.[Persian]
- 2-Ramazanifar H, Kaldi A, Gadimi B. Analysis of factors affecting emotional divorce among married women in Tonekabon city. *Journal of Women in Development and Politics*. 2021; 19(2): 167-191.[Persian]
- 3-Sohrabi F, Mamsharifi P, Rafezi Z & et al. Predicting addiction readiness based on mental health, social support, and personality dimensions of neuroticism and agreeableness. *Journal of Psychiatry*. 2018; 6(6): 66-57.[Persian]
- 4-Radnia M, Dortaj F, Nasralahi B & et al. Presenting a model of wise adjustment in couples based on marital adjustment and sense of coherence with the mediating role of mindfulness. *Scientific-Research Quarterly Journal of Islamic Lifestyle with a Health Focus*. 2022; 6(2): 141-152.[Persian]
- 5-Akbarzadeh S, Zaharakar K. Predicting marital adjustment based on cognitive flexibility and self-compassion in couples. *Journal of New Ideas in Psychology*. 2022; 12(16): 1-18.[Persian]
- 6-Robinson MD, Irvin R, Fereidouni H, Klein R. Feelings as a currency of care: A role for agreeableness in emotional reactivity. *National Library of Medicine*. 2024; 93(3): 553-566.



- 7-Kebritchi A, Abolghasemi Sh, Shahriari-Ahmadi M. The effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive flexibility and distress tolerance married women with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2024; 23(143): 97-113.[Persian]
- 8-Girard A, Woolley SR. Using emotionally focused therapy to treat sexual desire discrepancy in couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2019; 43(8): 720-735.
- 9-Heydarie A, Egbal F. The relationship between difficulty in emotion regulation, attachment styles and intimacy with marital satisfaction in couples. *Journal of New Findings in Psychology*. 2019; 5(15): 115-134.[Persian]
- 10-Liu X, Cao J, Xie C. Finite-time and fixed-time bipartite consensus of multi-agent systems under a unified discontinuous control protocol. *J Franklin Instit*. 2019; 51(2): 256-274.
- 11-Mathersul DC, Byrne JM, Lau JJ & et al. Yoga versus transdiagnostic cognitive behavioural therapy for emotional disorders in community-dwelling adults: Study protocol for a non-inferiority randomised controlled trial. *Advances in Integrative Medicine*. 2025; Available online, 100484.
- 12-Prowse G, Conroy E, Mogensen L. Brief transdiagnostic group Acceptance and Commitment Therapy for acute inpatients with complex mental health conditions: A randomised pilot study using an active social control. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2024; 33: 100821.
- 13-Pourhejazi M, Khalatbari J, Ghorban-Shiroudi SH & et al. The effectiveness of a transdiagnostic therapy training package based on the McMaster model, compassion-focused therapy, and mindfulness on emotional divorce and marital burnout in women with marital conflict. *Journal of Social Health*. 2020; 8(1): 65-77.[Persian]
- 14-Benuto LT, Farchione T, Cardona ND & et al. Exploring the Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders With Latinxs: A Record-Review Study at a Culturally Specific Clinic for Latinxs. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2024; 31(4): 469-481.
- 15-Greenman PS, Campbell TL, Allan R. Corrigendum to Attachment, emotion, and change: Emotionally focused individual therapy (EFIT) within a process-based therapy (PBT) framework. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2024; 32: 100771.
- 16-Habibzadeh H, Shafiabadi A, Gamari M. Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy with self-regulatory couple therapy on reducing emotional divorce in couples. *Journal of Women*. 2020; 11(1): 43-63. [Persian]



- 17-Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Editorial Publications. 2024. [Persian]
- 18-Guttman D. Finding meaning in life, at midlife and beyond: wisdom and spirit from logo therapy (social and psychological issues: challenges and solutions). USA: Greenwood publishing group. 2008.
- 19-Costa PT, McCrae RR. The NEO-PI-3: A more readable revised neo personality inventory. Journal of Personality Assessment. 1992; 84(3): 261-270.
- 20-Rostami B, Saadati A, Mohamadi Aria A. The effectiveness of mindfulness training on psychological flexibility and agreeableness of students with low emotional intelligence. Journal of Disability Studies. 2022; 12(1): 1-9. [Persian]
- 21-Greenberg LS, Johnson SM. Emotionally focused therapy for couples: Guilford Press; 1988: 600-603.
- 22-Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP & et al The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. New York: Oxford University. 2011.