

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی بر کنترل رفتار خانواده و صمیمیت زناشویی زوج‌های دارای فرزند بیش فعال

Compare the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotionally Focused-Meta Cognitive Couple Therapy on the Family Behavior Control and Marital Intimacy of Couples with Hyperactive Children

Fatemeh Yavari

PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Asghar Aghaei (Corresponding author)

Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Email: Aghaeipsy@gmail.com

Mohsen Golparvar

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotionally Focused -Meta Cognitive Couple Therapy on controlling behavior and marital intimacy of couples with hyperactive children. **Method:** The research method was quasi-experimental. Among couples with inactive children in Isfahan, 45 couples were purposefully selected and assigned to research groups. Three groups responded to the Family Assessment Questionnaire (FAD-1983) and the Marital Intimacy Needs Questionnaire (1997). The Mindfulness-Based Cognitive Therapy group underwent eight sessions and the Emotionally Focused -Meta Cognitive Couple Therapy underwent fifteen sessions and the control group received no treatment. **Results:** The results showed that in the family behavior control variable only Emotionally Focused -Meta Cognitive Couple Therapy ($p < 0.01$) and in the marital intimacy variable, Emotionally Focused -Meta Cognitive Couple Therapy ($p < 0.01$) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy ($p < 0.05$) were significantly different from the control group, but there was no significant difference between the two treatment groups. **Conclusion:** It is suggested that emotional-metacognitive couple therapy be used to promote control of family behavior and this treatment along with mindfulness-based cognition therapy to promote marital intimacy by therapists of couples with inactive children.

Keywords: cognitive therapy, mindfulness, couple therapy, emotion-oriented, metacognitive, behavior control, marital intimacy.

فاطمه یآوری

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران

اصغر آقایی (نویسنده مسئول)

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران

Email: Aghaeipsy@gmail.com

محسن گل‌پرور

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی بر کنترل رفتار و صمیمیت زناشویی زوج‌های دارای فرزند بیش‌فعال اجرا شد. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش، سه‌گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. از میان زوجین دارای فرزند بیش‌فعال در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷، ۴۵ زوج به صورت هدفمند انتخاب و در گروه‌های پژوهش گمارده شدند. سه گروه در سه مرحله به پرسشنامه سنجش خانواده (FAD-1983) و پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی (۱۹۹۷) پاسخ دادند. گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تحت هشت جلسه و گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی تحت پانزده جلسه درمان قرار گرفته و گروه گواه هیچ درمانی دریافت ننمود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد که در متغیر کنترل رفتار خانواده فقط زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی ($p < 0.01$) و در متغیر صمیمیت زناشویی، زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی ($p < 0.01$) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ($p < 0.05$) با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار بودند، ولی بین دو گروه درمانی با یکدیگر تفاوت معناداری وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود از زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی برای ارتقاء کنترل رفتار خانواده و این درمان همراه با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای ارتقاء صمیمیت زناشویی توسط درمانگران زوج‌های دارای فرزند بیش‌فعال مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: شناخت‌درمانی، ذهن‌آگاهی، زوج‌درمانی، هیجان‌مدار، فراشناختی، کنترل رفتار، صمیمیت زناشویی.

مقدمه

حضور کودک با مشکلات رفتاری، ساختار و سلامت روان خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می‌دهد (جاسم و دلپورت^۱، ۲۰۱۹). یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین مشکلات رفتاری، اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی^۲ است. این اختلال یک اختلال عصبی و به عبارتی دقیق‌تر زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است (آندرا^۳، ۲۰۱۲) که دامنه شیوع آن از ۲ به ۱ تا ۹ به ۱ گزارش شده است (علی‌جانی، رهنما و قهاری، ۱۳۹۳). ویژگی‌های تشخیصی این اختلال، الگوی پایدار بی‌توجهی یا بیش‌فعالی در عملکرد فرد است که به اختلال در تحول می‌انجامد. خصیصه بیش‌فعالی از نظر رفتاری به عنوان نوعی سرگردانی در تکلیف، نداشتن ثبات، دشواری در نگهداری توجه و آشفته بودن آشکار می‌شود. تکانشگری ممکن است تمایل فرد به پاداش‌های فوری یا ناتوانی در به تاخیر انداختن لذت را منعکس کند و رفتارهای تکانشی ممکن است به عنوان دخالت‌های بی‌مورد اجتماعی یا به عنوان تصمیم مهم گرفتن بدون در نظر گرفتن پیامدهای بلندمدت دیده شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۱۳۹۴). بنابراین این اختلال یک معضل طولانی مدت است که علائم اساسی خود را در طول زندگی، از دوران قبل از مدرسه تا سنین بلوغ نشان می‌دهد (بوسینگ، زیما، ماسون و میر^۵، ۲۰۱۲) و به واسطه این علائم، مشکلات بسیاری را برای خانواده به وجود می‌آورد و والدین آن‌ها تنیدگی بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند. تنیدگی در زمینه خانوادگی، به ویژه زمانی که تنیدگی مزمن و پایدار باشد، اثرات قابل توجهی بر رضایت مندی زناشویی والدین و ارتباطات خانواده دارد (ذوقی پایدار، قاسمی، بیات و صنایعی کمال، ۱۳۹۴).

یکی از نشانه‌های رضایت مندی زناشویی و از ابعاد کارایی و عملکرد مطلوب خانواده، کنترل رفتار خانواده^۶ است که به قواعدی مربوط می‌شود که به توصیف استانداردها و آزادی‌های رفتاری می‌پردازد و شامل مولفه‌های مهارت‌های حل مساله^۷، ارتباط^۸، نقش‌ها^۹، پاسخ‌دهی عاطفی^{۱۰}، آمیختگی رفتار^{۱۱} می‌باشد (جنابادی، ۱۳۹۰). مک مستر^{۱۲}، ۴ شیوه کنترل رفتار را معرفی نمود؛ کنترل رفتار خشک، کنترل رفتار انعطاف پذیر، کنترل رفتار بی تفاوت و کنترل رفتار آشفته. در خانواده‌هایی با کنترل رفتار خشک، نقش‌ها و وظایف روزمره قابل پیش‌بینی و مشخص است و قدرت سازگاری با تغییرات را ندارند (ابراهیم پور، ۱۳۹۵). در خانواده‌هایی با کنترل رفتار انعطاف پذیر، نقش‌ها و وظایف قابل پیش‌بینی و سازنده است و خانواده مشوق و حمایت‌گر است. در خانواده‌هایی با کنترل رفتار بی تفاوت، نقش‌ها و وظایف تا حدودی قابل پیش‌بینی و سازنده است؛ لیکن اغلب در ارتباط با یکدیگر و تشخیص نقش‌ها دچار مشکل هستند. در خانواده‌هایی با کنترل رفتار آشفته، قابلیت پیش‌بینی و قدرت سازندگی ضعیف است به طوری که هیچ عضوی

1. Jasm & Delport

2. attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)

3. Andrea

4. American Psychiatric Association

5. Bussing, Zima, Mason, Meyer

6. family behavior control

7. problem-solving skills

8. relationship

9. roles

10. emotional response

11. mixing behavior

12. McMaster

نمی‌داند چه چیزی در انتظار اوست (زادمحمدی و ملک خسروی، ۱۳۸۵). پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند که خانواده‌ی کودکان ویژه در مهارت‌های حل مساله (کارگر و اصغری ابراهیم آباد، ۱۳۹۴)، ارتباط (میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری، ۱۳۹۱)، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی و آمیختگی رفتار (بگیان کوله مرز، درتاج و محمدامینی، ۱۳۹۱) و کنترل رفتار خانواده (کارگر و اصغری ابراهیم آباد، ۱۳۹۴؛ میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۱؛ بگیان کوله مرز و همکاران، ۱۳۹۱) دارای اشکالاتی می‌باشند. در همین راستا پژوهش موسوی (۱۳۹۲) نشان داد که بین کنترل رفتار خانواده با نگرش‌های صمیمانه زوجین رابطه معناداری وجود دارد. به همین دلیل صمیمیت^۱ نیز در متن کنترل رفتاری از اهمیت زیادی برخوردار است. صمیمیت یکی از نیازهای عاطفی زوجین و منبع مهمی برای شادی، احساس معنا و رضایت زناشویی در زندگی می‌باشد (پیلیج، لوتینجین و آریندل^۲، ۲۰۰۵). باگاروزی^۳ (۲۰۰۱) اعتقاد دارد صمیمیت یک نیاز اساسی انسانی و به عنوان نزدیکی، تشابه و رابطه شخصی دوست داشتنی با شخص دیگر است که مستلزم آگاهی، درک عمیق، پذیرش و بیان افکار و احساسات می‌باشد. پژوهش امیری مجد، حسینی و جعفری (۱۳۹۳) نشان داد که صمیمیت والدین دارای کودکان ویژه، پایین‌تر از والدین کودکان عادی است. نتایج پژوهش لارکان و کوزوکرا^۴ (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که مسائل یک کودک ویژه، اغلب کارکرد خانواده را تحت تاثیر قرار داده و به موجب وارد شدن استرس بالا به پدر و مادر، می‌تواند تغییرات مهمی از جمله کاهش صمیمیت زناشویی را به همراه داشته باشد. این امر نیز می‌تواند مصرف الکل در این زوجین افزایش یافته، تماس‌های خانوادگی گسترده، کاهش می‌یابد و تعارض زناشویی، جدایی عاطفی، طلاق و افسردگی نیز افزایش می‌یابد (کاکاوند، ۱۳۸۵). مطالعات نشان داده است که آموزش به والدین کودک اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی تاثیر قابل توجهی بر تعاملات والد-کودک و زندگی زناشویی زوجین دارد (امیری، ۱۳۹۴) ولیکن مطالعات اندکی در این زمینه انجام گرفته است. بنابراین به منظور کمک به خانواده‌های درگیر این اختلال با توجه به آثار سوء آن بر کنترل رفتار خانواده و صمیمیت زوجین و با در نظر گرفتن تاثیر این کاستی‌ها بر کیفیت زندگی و تشدید علائم بیش‌فعالی این کودکان و با نگاهی به اینکه بیش‌فعالی تاثیرات منفی زیادی بر تحصیلات و ارتباط با همسالان می‌گذارد و با ملاحظه‌ی اینکه علائم اضطراب و افسردگی در این کودکان بیشتر دیده می‌گردد، می‌بایست بررسی‌های متفاوتی جهت انتخاب مداخله مناسب انجام گیرد.

در این زمینه رویکردها و دیدگاه‌های درمانی مختلفی تاکنون مطرح و آزموده شده‌اند. یکی از دیدگاهی که در سال‌های اخیر در این زمینه توجه زیادی را به خود جلب نموده، درمان هیجان مدار^۵ می‌باشد (ساندربرگ^۶، ۲۰۱۱). مدل هیجان مدار به عنوان حاصل مشاهدات تجربی فرایندهای درمانی زوج‌ها و تعیین‌کننده مداخلات درمانی کلیدی که به طور موفقیت آمیزی به بازسازی تعاملات هیجانی زوج‌ها کمک می‌کرد، پدیدار شد (جانسون^۷، ۱۳۹۳). این مداخلات در یک پروتکل دقیق برای درمان با مراحل و گام‌های ویژه ترکیب یافت. به دلیل وجود این پروتکل ویژه، مدل

1. Intimacy

2. Pielage, Luteinjin & Arrindell

3. Bagarozzi

4. Larcen & Cuzzocrea

5. emotionally focused therapy (EFT)

6. Sandberg

7. Janson

هیجان‌مدار خودش را به عنوان مدلی پاسخگو و دارای اعتبار تجربی مطرح ساخته و یکی از معتبرترین مدل‌های تجربی زوج درمانی شده است (پالمر-السن، گلد و وولی^۱، ۲۰۱۱). درمان هیجان‌مدار ترکیبی از نظریه تجربه‌نگر، سیستم‌ها و دلبستگی است که با هدف پروراندن و رشد تماسی ایمن، در دسترس و پاسخگو که در آن زوجین نسبت به نیازهای دلبستگی‌شان آگاه گردند، شکل گرفته است برای این منظور، زوجین باید پاسخ‌های هیجانی نیرومندی که تعاملاتشان را سازمان می‌دهند، اداره کرده و عناصر مدل‌های فعالیت درونی خودشان را چنانچه مشکل ساز هستند، پیدا کرده و بازسازی نمایند. آنها سپس می‌توانند رفتارهای جدید دلبستگی را داشته باشند. این رویکرد درمانی در اوایل سال ۱۹۸۰ به عنوان پاسخی به کمبود مداخلات زوجی روشن و معتبر خصوصاً مداخلاتی بیشتر انسانی تا رفتاری تنظیم گردید (جانسون، ۱۳۹۳). رنا، کویترو، فرسکو و مینین^۲ (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که رویکرد هیجان‌مدار با ارائه یک چارچوب منسجم منجر به بهبود تمرکز بر پاسخ‌های انگیزشی شده که در نهایت بهبود پریشانی روان‌شناختی زوجین را در پی دارد. نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که زوج‌هایی که در جلسات درمانی هیجان‌مدار شرکت کرده بودند در پایان درمان نسبت به زوج‌های گروه کنترل رضایت‌مندی بیشتری را در ارتباط خود گزارش دادند (لیبو، چامبرز، کریستنسن و جانسون^۳، ۲۰۱۰). جانسون و تالیتمن^۴ (۱۹۹۷) گزارش نمودند که زوج درمانی هیجان‌مدار متغیرهای خاصی از جمله اتحاد درمانی - کیفیت دلبستگی - سطح اعتماد بین فردی به‌ویژه ایمان زوج‌ها، سطح صمیمیت و خودافشایی را افزایش می‌دهد.

هر چند زوج‌درمانی هیجان‌مدار به واسطه تمرکز بر تجربه هیجانی و دلبستگی، یک مداخله‌ی قدرتمند در زمینه بهبود روابط زوجین محسوب می‌شود، لیکن تمرکز صرف بر هیجان‌ها در برخی از افراد (مانند زوجین دارای کودکان بیش‌فعال که هیجان‌ها منفی بسیاری را تجربه می‌کنند)، می‌تواند مشکل‌ساز باشد (جانسون، ۱۳۹۱). در این راستا براساس یافته‌های پژوهش هانتلی و فیشر^۵ (۲۰۱۶) مبنی بر اهمیت تصحیح باورهای فراشناختی در ایجاد تغییرات پایدار در تعدیل هیجان‌ها منفی در افراد، با توجه به تأثیری که بر سطوح شناختی و هیجانی دارند، رفع این نقص درمان هیجان‌مدار ممکن است بتوان از طریق تلفیق دو درمان هیجان‌مدار و فراشناخت^۶ حاصل آید و از مشکل‌زایی تمرکز صرف بر هیجان‌ها بکاهد و اثری مثبت و طولانی مدت بر مشکلات والدین کودکان مبتلا به بیش‌فعالی گذاشت. برنامه آموزشی فراشناخت رویکرد نوظهوری است که در نتیجه‌ی فرضیه آزمایی سیستماتیک به وجود آمده و به کاربرد روش‌های مختلفی منجر شده است. این مدل فرض می‌کند که افراد آسیب‌پذیر اقدام به نگرانی و تفکر نشخوارانه راجع به کارکرد باورها و فراشناخت‌های زیربنایی می‌کنند (ولز^۷، ۲۰۰۰). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن افراد به گونه‌ای است که با افکارشان به گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید،

1. Palmer-Olsen, Gold & Woolley

2. Renna, Quintero, Fresco & Mennin

3. Lebow, Chambers, Christensen & Johnson

4. Talitman

5. Hantly & Fisher

6. Metacognition

7. Wells

جلوگیری نمایند یا به عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به فرد می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف پذیر هیجانی طرح و برنامه ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب پی ریزی کند (ولز و سمبی^۱، ۲۰۰۴).

در کنار درمان هیجان مدار-فراشناختی، با توجه به آن‌که در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ نیز به هر دو بعد جسمانی و ذهنی توجه می‌شود و دارای اثربخشی بالایی در بهبود برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی می‌باشد (بیرامی، موحدی و علیزاده گوردال، ۱۳۹۴) و نظر به اینکه در این درمان نیز همانند درمان تلفیقی هیجان مدار-فراشناختی بر ایجاد بینش فراشناختی تاکید فراوان شده است، مورد توجه قرار گرفت. این درمان، از مهمترین درمان‌های شناختی رفتاری نسل سوم است که امروزه بر پذیرش باورها در مقابل چالش با آنها، گسلش شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آنها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارند (فیکس و فیکس^۳، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تکنیک‌های این درمان، موجب فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که بر متغیرهایی از جمله تحمل پریشانی، مدیریت زندگی، تغییر باورها و عوامل منجر به پریشانی در افراد می‌شود (استین، دینز، هولندر، لیکمن^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). تکنیک‌های این درمان شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، تمرین مرور بدن و تمرین‌های شناختی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد و به مراجعان می‌آموزد که چه‌طور با افکار و احساسات غیر منطقی خود ارتباط برقرار کنند و روی تغییر محتوای افکار متمرکز شوند و آنها را تغییر دهند و در چشم اندازی وسیع، به آنها بنگرند (ویلیام، دوگان، کران و فینیل^۵، ۲۰۰۶). ساچس، کویل و فیکنباوم^۶ (۲۰۱۱) گزارش نمودند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش توجه فرد به لحظه حال و کاهش اجتناب از حوادث و خاطرات ناگوار و ناخوشایند و احساسات مرتبط با آنها می‌شود؛ مطالعات گذشته نشان داده‌اند که این درمان بر رضایت زناشویی (عابدی شرق، بخشانی، محبی، محمودیان، اخوان و همکاران، ۲۰۱۶)، مدیریت و حل مشکلات روزمره (هالیس واکر و کولوسیمو^۷، ۲۰۱۱) و صمیمیت (برویی و لانگر^۸، ۲۰۰۵) زوجین اثر مثبت دارد.

به طور کلی نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مشکلات فرزندان، بر والدین و جو خانواده تأثیرات منفی به سزایی می‌گذارند (کوئیست، نیلسن و سیمونسن^۹، ۲۰۱۱؛ علائی، مرادی و علی زاده، ۱۳۸۳) و مشکلات زناشویی والدین (نظیر اختلال در کنترل خانواده و کاهش صمیمیت زناشویی) نیز می‌توانند به تشدید علائم در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی منجر شوند (ازازی، نور-الدین، سالاما و اسماعیل^{۱۰}، ۲۰۱۸؛ ملک پور، شریعت و قمرانی، ۱۳۹۴) و این امر

1. Sembi

2. mindfulness-based cognitive therapy

3. Fix & Fix

4. Stein, Denys, Hollander & Leckman

5. Williams, Duggan, Crane & Fennell

6. Sachse, Keville & Feiqenbaum

7. Hollis-Walker & Colosimo

8. Burpee & Langer

9. Primdal Kvist, Skyt Nielsen & Simonsen

10. Azazy, Nour-Eldein, Salama & Ismail

می‌تواند موجب شکل‌گیری دور باطلی گردد که ثمره آن از هم پاشیدگی نظام خانواده باشد؛ لذا تدوین راهکارهای درمانی مناسب و انتخاب درمانی با اثربخشی بالا حائز توجه است. در این پژوهش از یک سو نظر به اینکه رویکرد هیجان مدار دارای پیشینه‌ی تجربی حمایت شده‌ای است (ویسمن، باتن، ریم، ویب، پاسیلاس^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) و از سوی دیگر به دلیل امکان حمایت باورهای فراشناختی از تغییرات شناختی و اصلاح هیجان‌ات (هانتلی و فیشر، ۲۰۱۶) و بر مبنای فرضیه ماندگاری بیشتر درمان، از طریق تاکید همزمان بر تغییرات فراشناختی، شناختی و هیجانی، دو درمان با یکدیگر تلفیق و رویکرد درمانی زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی، بر اساس عوامل موثر بر بروز و تشدید اختلافات زناشویی والدین دارای فرزند بیش فعال، تدوین و اجرا شد و پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی بسته زوج درمانی تلفیقی هیجان مدار-فراشناختی در مقایسه با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کنترل رفتاری و صمیمیت زوج‌های دارای فرزند مبتلا به بیش‌فعالی کمبود توجه در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه‌آزمایشی با سه گروه شامل یک گروه زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی، یک گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و یک گروه گواه با دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه آماری پژوهش را زوجین در پائیز سال ۱۳۹۷ که دارای کودک بیش فعال در مقطع دبستان بوده و به مراکز مشاوره و کلینیک‌های شهر اصفهان مراجعه نمودند تشکیل دادند. از میان جامعه آماری مورد اشاره، ۴۵ زوج، با احتساب ۱۵ زوج برای هر یک از سه گروه پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه قرار داده شدند. در نظر گرفتن ۱۵ ز برای هر یک از سه گروه پژوهش، بر مبنای توصیه ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌ها در مطالعات آزمایشی بوده است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۶). معیارهای ورود شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن فرزند بیش-فعال در مقطع ابتدایی که بیش‌فعالی کودک توسط روان‌شناس بالینی پس از بررسی دقیق مورد تایید قرار گرفته باشد، عدم ابتلا به اختلال روان شناختی یا روان‌پریشی حاد یا مزمن و عدم شرکت در دوره درمانی موازی در طول زمان انجام پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان، داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن در والدین (که توسط روانپزشک و یا روانشناس بالینی مورد تایید قرار گرفته باشد)، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی همزمان، ابتلا به بیماری جسمانی که موجب ناتوانی در برنامه زوج درمانی باشد و جدا نشدن پدر و مادر بودند. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش بود.

¹. Weissman, Batten, Rheem, Wiebe, Pasillas

ابزار

پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده^۱ اپشتاین، بالدوین و بیشاب^۲ (۱۹۸۳): برای سنجش کنترل رفتار خانواده از پرسشنامه سنجش خانواده اپشتاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) که دارای ۶۰ سوال و با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی، ساختاری خانواده و توانایی خانواده در سازش با حوزه وظایف خانوادگی تهیه شده، استفاده شد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه‌ای از کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۴ است و دامنه نوسان امتیازات در قالب نمره کل بین ۶۰ تا ۲۴۰ است. افزایش نمرات به معنای افزایش سطح عملکرد و کنترل رفتاری خانواده است. این پرسشنامه شش عرصه حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار را پوشش می‌دهد. از بعد کنترل رفتار این پرسشنامه می‌توان به منظور سنجش مرزها استفاده کرد. این بعد چهار نوع مرز خشک، انعطاف پذیر، بی قید و هرج و مرج گرایانه را اندازه‌گیری می‌کند. روایی پرسشنامه عملکرد خانواده به دو طریق مورد تأیید قرار گرفت: اول با استفاده از نمره‌هایی که خانواده‌ها در مقیاس پرسشنامه عملکرد خانواده بدست آورده بودند؛ دوم، در نمونه ۵۰۳ نفری و با استفاده از یک روش تشخیص، نمره پرسشنامه عملکرد خانواده توانست ۶۷ درصد خانواده‌های غیر بالینی و ۶۴ درصد خانواده‌های بالینی را به درستی پیش‌بینی کند. در مجموع نتایج پژوهش مذکور ۰/۰۰۱ معنادار بود (صیادی، ۱۳۸۱). در ایران نجاریان (۱۳۷۴) برای اولین بار پرسشنامه عملکرد خانواده را ترجمه، هنجاریابی و میزان سازی کرد. وی در پژوهشی بر روی نمونه‌ای با حجم ۵۰۱ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۹۳ به دست آورد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه کنترل رفتار خانواده برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی باگاروزی^۳ (۱۹۹۷): به منظور سنجش صمیمیت زناشویی نیز پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی باگاروزی (۱۹۹۷) با ۴۱ سوال و ابعاد صمیمیت زناشویی اعم از صمیمیت عاطفی (سوالات ۱ تا ۵)، صمیمیت روانشناختی (سوالات ۶ تا ۱۰)، صمیمیت عقلانی (سوالات ۱۱ تا ۱۵)، صمیمیت جنسی (سوالات ۱۶ تا ۲۰)، صمیمیت بدنی (سوالات ۲۱ تا ۲۵)، صمیمیت معنوی (سوالات ۲۶ تا ۳۱)، صمیمیت زیباشناختی (سوالات ۳۲ تا ۳۶)، صمیمیت اجتماعی-تفریحی (سوالات ۳۷ تا ۴۱) می‌باشد. طیف پاسخگویی آن در هر سوال از عدد ۱ (به هیچ وجه چنین چیزی وجود ندارد) تا ۱۰ (نیاز بسیار زیادی وجود دارد) مشخص گردیده است و لذا، احتیاجی به محاسبه امتیاز هر گزینه ندارد. پایایی این پرسشنامه را با آزمون آلفای کرونباخ به میزان ۰/۹۴ به دست آورد. علاوه بر این خمسه و حسینیان (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای پایایی هر بعد صمیمیت را با روش آزمون-بازآزمون محاسبه کردند که برای صمیمیت عاطفی، روانشناختی، عقلانی، جنسی، بدنی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی-تفریحی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۹۱، ۰/۸۰، ۰/۶۵، ۰/۷۶ و ۰/۵۱ به دست آمد و حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس می‌باشد. اعتمادی (۱۳۸۴) نیز پایایی این پرسش‌نامه با آزمون آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ گزارش نمود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸ به دست آمد.

^۱. family assessment device

^۲. Epstein, Baldwin & Bishop

^۳. Bagarozzi Marital Intimacy Needs Questionnaire

روش اجرا

فرایند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت کنندگان در سه گروه، گروه زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل، هر سه به پرسشنامه عملکرد خانواده و پرسشنامه نیازها صمیمیت زناشویی در مرحله پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس گروه زوج‌درمانی هیجان مدار-فراشناختی طی ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه توسط درمانگر مجرب و بیش از ۱۰ سال تجربه درمان و آموزش تحت درمان قرار گرفتند. گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت ننمود. پس از پایان جلسات درمان، هر سه گروه دوباره در مرحله پس‌آزمون و سپس با فاصله دو ماه بعد در مرحله پیگیری، به پرسشنامه عملکرد خانواده و پرسشنامه نیازها صمیمیت زناشویی پاسخ دادند. بسته زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط زوج‌های دارای فرزند بیش‌فعال تهیه و تدوین گردید. ضریب توافق شش داور، در مورد محتوا، زمان، ساختار و کیفیت درمانی بین ۰/۸ تا ۱ در نوسان بود. علاوه بر این طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) تاثیر بسته زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی بر متغیر کنترل رفتار خانواده ($t=-5/05$, $df=5$, $p<0/01$) و صمیمیت زناشویی ($t=-14/41$, $df=5$ و $p<0/01$) بررسی و تایید گردید. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز مطابق با بسته‌های درمانی قبلا آزموده و تایید شده (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵) که در مطالعات قبلی اعتبار آن تایید شده بود، در این پژوهش اجرا شد. در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برای واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین، بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام باکس و بررسی آزمون کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی)، از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی به شناسه ۱۳۹۳۲۶۳ می باشد. خلاصه محتوای جلسات زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دو جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات زوج درمان هیجان مدار-فراشناختی

جلسه	شرح اختصاری جلسه
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضای امن و قابل اعتماد جهت راحتی اعضا و ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط با یکدیگر بود (فنون: برقراری راپورت)، آشنایی با قوانین کلی درمان، آشنایی با اهمیت ارتباط مناسب در زندگی زناشویی.
جلسه دوم	برقراری رابطه درمانی با زوجین، تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران، چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می کنند، تهیه لیستی از روابط مختل و آسیب دیده (اعم از روابط مختل در خانواده و خانواده گسترده)، ارزیابی تاریخچه دلستگی زوجین.
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، مشخص نمودن جایگاه هر همسر در چرخه تعاملی روابط مختل و آسیب دیده و مشخص نمودن موضع گیری زوجین، شناسایی و انعکاس باورهای آسیب زای تعاملات، شناسایی موضوعات دلستگی خاص، شناسایی فرصت های تعامل مثبت و مشارکت هیجانی.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی زوجین با نقش هیجانات در ایجاد روابط مختل و آسیب دیده، شناسایی و معتبر شمردن هیجانات ثانویه و شناسایی هیجانات اولیه مورد غفلت واقع شده در مورد روابط مختل و آسیب دیده، شناسایی رفتارهای غیر کلامی ویژه تشدید کننده روابط مختل و آسیب دیده.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی به راه اندازه ها، فرمول بندی آشکار روابط و تعاملات مختل و آسیب دیده، آشکار نمودن جنبه های درونی هر یک از زوجین، چارچوب دهی مجدد مشکل.
جلسه ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل، ارتقای شناسایی نیازهای دلستگی پذیرش نشده، شناسایی ابعاد خود، ادغام و یکپارچه سازی نیازهای دلستگی در رابطه، افزایش و تقویت پذیرش تجربه همسر و شیوه های جدید ارتباطی، تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها، ایجاد مشارکت هیجانی.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آشنایی با اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی، بررسی چرخه تعاملی منفی در رابطه جنسی، بررسی نیازها و خواسته های جنسی زوجین، درک همدلانه زوجین در مسائل جنسی.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح باورهای فراشناختی مثبت و منفی، شناسایی باورهای فراشناختی و الگوهای غیر مفید خود نظم دهی شناختی در هر یک از همسران (مانند رفتارهای اجتنابی و کناره گیرانه).
جلسه نهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی اهداف و انتظارات هر همسر با در نظر گرفتن باورهای فراشناختی و الگوهای غیر مفید خود نظم دهی شناختی، پذیرش نیازهای هر یک از همسران (تاکید بر مسئولیت پذیری و تعهد).
جلسه دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش موانع ارتباطی، آموزش مهارت های غیر کلامی، آموزش مهارت های گوش دادن، آموزش ابراز وجود و جرات ورزی، معرفی و آموزش فرایندهای حل تعارض و برنامه ریزی برای حل تعارض و پیشگیری از آن.
جلسه یازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، چالش ورزی با باورهای فراشناختی، آموزش به تعویق انداختن نگرانی/تشوخی فکری.
جلسه دوازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، اجرای مواجهه سازی تمرکز یافته به صورت فراشناختی، فعال سازی درگیری هیجانی، خلق و ایجاد تحریکات هیجانی نوین و خاص و تعلق آفرینی، ترغیب زوجین به فرایند حل مساله.
جلسه سیزدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آشنایی با محدودیت های شناختی و ارتباطی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعال، به چالش کشیدن باورها و افکار غلط در مورد محدودیت های کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعال، القای حس پذیرش محدودیت های کودک، آگاهی از اثر مشکلات زناشویی بر مشکلات کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعال.
جلسه چهاردهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش ذهن آگاهی به منظور مدیریت استرس.
جلسه پانزدهم	بررسی اشکالات زوجین در مواجهه سازی تمرکز یافته به صورت فراشناختی، تسهیل پدیدآیی راه حل های تازه برای مشکلات قدیمی، ایجاد طرح های جدید پردازش در الگوی فراشناختی، تقویت و تثبیت مواضع تازه ای که همسران نسبت به هم نشان دادند.

جدول ۲. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (این پروتکل برگرفته از تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) است)

جلسه	محتوای درمان
جلسه اول	معارفه و مفهوم سازی اختلال، آماده سازی گروه برای شروع درمان، توضیح در مورد بیش فعالی و اثرات آن بر خانواده، مفاهیم خانواده و ارتباطات خانوادگی. ایجاد رابطه درمانی، اطمینان بخشی، گرفتن تعهد از مراجع که در صورت تمایل به ادامه، نسبت به انجام تکالیف و تکمیل دوره متعهد شود، پرواز بر روی خلبان خودکار، تمرین خوردن کشمش، ذهن آگاهی خوردن کشمش، ذهن آگاهی تنفس.
جلسه دوم	مبارزه با افکار خودکار، آموزش ذهن آگاهی دقیقه ای فضای تنفس، آموزش ذهن آگاهی قدم زدن، آموزش ذهن آگاهی احساسات ناخوشایند، استفاده از استعاره های مرد درون چاه، فرزند جیغ و جیغو، ثبت وقایع خوشایند یا لذت بخش (هر روز)، مراقبه نشسته ۱۱ تا ۱۵ دقیقه، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	آموزش چند نمونه از ذهن آگاهی فعالیت های روزمره و بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و بازنگری، بازنگری ذهن آگاهانه، قدم زدن ذهن آگاهانه، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	آموزش پذیرش، استفاده از استعاره های مهمانخانه، فرد دست شکسته، فنجان را خالی کن...، ۱۵ دقیقه ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تمرین، افکار خودکار، فضای تنفس ۳ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	ذهن آگاهی نشستن آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار؛ توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش هایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حس های بدنی نشان می دهیم با تجاریمان ارتباط برقرار می کنیم؛ بیان دشواری هایی که در طی انجام تمرین روی می دهد و توجه به تأثیرات آنها بر بدن و واکنش به آنها، بازنگری تمرین، ذهن آگاهی فضای تنفس و بازنگری آن، تعیین تکلیف خانگی.
جلسه ششم	آموزش راهی از طریق بخشش: متافور مرد چاقو خورده، آموزش ذهن آگاهی رها کردن، افزایش خود ارزشمندی: متافور کوزه ترک برداشته، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، قبل از این که نسبت به افکار دید وسیع تری در مورد تنفس، تعیین تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	دوستی و مهربانی با خود و دیگران، ایجاد رابطه با خود، ذهن آگاهی گوش دادن برای بهبود روابط، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که منجر به حس از عهده آبی می شود، برنامه ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای چنین فعالیت هایی، شناسایی نشانگان عود، شناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود / بازگشت، فضای تنفس ۳ دقیقه ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی، دادن تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	صبر کردن قدرانی کردن، تأمل و تغییر، سیاستگذار هر روز باشید، تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن، بازنگری کل برنامه (آنچه که یاد گرفته شده)، بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۷ هفته گذشته؛ چه در تمرین های منظم و چه در تمرین های غیر منظم ایجاد شده ادامه یابد، واریس و بحث در مورد برنامه ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاسها با آخرین تمرین ذهن آگاهی تنفس در پایان این جلسه پس از آزمون و دو ماه پس از آن مرحله پیگیری برای سنجش متغیرهای وابسته (کنترل رفتار، صمیمیت) اجرا شد.

یافته‌ها

سه گروه پژوهش از نظر سن مرد، سن زن همراه با تحصیلات زن و مرد با یکدیگر از طریق آزمون کای اسکور مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه این تحلیل نشان داد که در متغیرهای سن و تحصیلات زن و مرد بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در سن و تحصیلات ($n_3=15$ و $n_2=15$, $n_1=15$)

معناداری	مقدار کای اسکور	گروه کنترل (گواه)	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی		تحصیلات
			زوج درمانی هیجان مدار فراشناختی	مرد (زن)	
		مرد (زن)	مرد (زن)	مرد (زن)	تا دیپلم
	۰/۴۲ (۰/۹۵)	۴/۱۸ (۰/۶)	۰ (۰)	۱ (۰)	فوق دیپلم و لیسانس
			۹ (۱۰)	۸ (۹)	فوق لیسانس و بالاتر
			۶ (۵)	۶ (۶)	
سن					
			۰ (۱)	۰ (۳)	تا ۳۰ سال
	۰/۶۵ (۰/۰۷)	۱/۸۶ (۸/۵۶)	۷ (۱۴)	۸ (۱۰)	۳۱ تا ۴۰ سال
			۸ (۰)	۷ (۰)	۴۱ سال و بالاتر

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین و آزمون ام باکس بر قرار بود ($p > 0/05$)؛ لیکن آزمون ماکلی (ماچلی) برقراری پیش‌فرض کرویت را تایید نمود ($p < 0/05$). به دلیل عدم تایید پیش فرض کرویت، در جدول تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده از نتایج آزمون گرین‌هاوس گیزر استفاده شد. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار کنترل رفتار خانواده و صمیمیت زناشویی به تفکیک سه گروه پژوهش و سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. نتایج بررسی میانگین کنترل رفتار خانواده و صمیمیت زناشویی نشان داد که در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی نسبت به گروه کنترل تغییرات افزایشی بیشتری اتفاق افتاده است (جدول ۴).

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار کنترل رفتار خانواده و صمیمیت زناشویی در سه گروه پژوهش در دو مرحله زمانی

متغیر	زمان اجرا	زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل (گواه)
	پیش‌آزمون	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
	پس‌آزمون	۱۰/۶۷ \pm ۷۵/۰۳	۶/۹۴ \pm ۷۵	۶/۲۶ \pm ۷۳/۹
کنترل رفتار خانواده	پس‌آزمون	۵/۹۹ \pm ۸۴/۰۷	۴/۲۲ \pm ۸۰/۳۳	۳/۲۴ \pm ۷۵/۳۷
	پیگیری	۶/۵۷ \pm ۸۶/۱۷	۳/۷۲ \pm ۸۱/۹۷	۳/۳۹ \pm ۷۴/۶۷
	پیش‌آزمون	۸/۶۲ \pm ۹۰/۷۷	۶/۷۳ \pm ۹۱/۷۰	۶/۳۱ \pm ۹۱/۳۰
صمیمیت زناشویی	پس‌آزمون	۱۱/۲۴ \pm ۱۰۶/۴۳	۱۰/۸۸ \pm ۱۰۳/۱۳	۴/۲۱ \pm ۹۰/۰۷
	پیگیری	۱۰/۵۱ \pm ۱۰۵/۷۷	۱۱/۰۹ \pm ۱۰۳/۶۰	۲/۸۰ \pm ۹۰/۲۷

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که برای متغیر کنترل رفتار خانواده، در عامل آزمون ($F=۴۶/۰۲$ ، $df=1/۴۱$ و $p < 0/01$) و در تعامل آزمون و عضویت گروهی ($F=۹/۸۱$ ، $df=۲/۲۸$ و $p < 0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۵ و جدول ۶). تفاوت در عامل آزمون و تعامل آزمون با عضویت گروهی در کنترل رفتار خانواده حاکی از آن است که حداقل بین یکی از دو گروه زوج‌درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

با گروه کنترل (گواه) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که برای صمیمیت زناشویی، در عامل آزمون ($F=78/63$, $df=1/30$, $p<0/01$) و در تعامل آزمون و عضویت گروهی ($F=25/61$, $df=2/61$, $p<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۵ و جدول ۶). تفاوت در عامل آزمون و تعامل آزمون با عضویت گروهی در صمیمیت زناشویی حاکی از آن است که حداقل بین یکی از دو گروه زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل (گواه) تفاوت معناداری در صمیمیت زناشویی وجود دارد.

جدول ۵: نتایج آزمون‌های چندمتغیری در تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای کنترل رفتار و صمیمیت زناشویی

اثر	شاخص آماری	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	معناداری		
کنترل رفتار خانواده	آزمون	اثر پیلاهی	۲۸/۷۵	۲	۴۱	۰/۰۰۱		
		لامبدای ویلکس	۲۸/۷۵	۲	۴۱	۰/۰۰۱		
		اثر هتلینگ	۲۸/۷۵	۲	۴۱	۰/۰۰۱		
		بزرگترین ریشه روی	۲۸/۷۵	۲	۴۱	۰/۰۰۱		
		اثر پیلاهی	۶/۹۱	۴	۸۴	۰/۰۰۱		
		لامبدای ویلکس	۸/۰۴	۴	۸۲	۰/۰۰۱		
	آزمون×گروه	اثر هتلینگ	۹/۱۷	۴	۸۰	۰/۰۰۱		
		بزرگترین ریشه روی	۱۸/۷۶	۲	۴۲	۰/۰۰۱		
		صمیمیت زناشویی	آزمون	اثر پیلاهی	۴۴/۳۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
				لامبدای ویلکس	۴۴/۳۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
				اثر هتلینگ	۴۴/۳۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
				بزرگترین ریشه روی	۴۴/۳۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
اثر پیلاهی	۹/۲۰			۴	۸۴	۰/۰۰۱		
لامبدای ویلکس	۱۱/۷۲			۴	۸۲	۰/۰۰۱		
آزمون×گروه	اثر هتلینگ	۱۴/۳۶	۴	۸۰	۰/۰۰۱			
	بزرگترین ریشه روی	۲۹/۶۴	۲	۴۲	۰/۰۰۱			

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای کنترل رفتار و صمیمیت زناشویی

توان آزمون	مجدور سهمی اتا	معناداری	ضریب F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	نوع تحلیل	اثر	تفسیر
۱	۰/۵۲	۰/۰۰۱	۴۶/۰۲	۸۹۹/۵۷	۱/۴۱	۱۰۲۶/۴۱	گرین هوس-گیزر	آزمون	کنترل رفتار خانواده
۰/۹۹	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۹/۸۱	۱۹۱/۸۴	۲/۲۸	۴۳۷/۷۸	گرین هوس-گیزر	تعامل آزمون×گروه	
۱	۰/۶۵	۰/۰۰۱	۷۸/۶۳	۱۸۴۴/۱۶	۱/۳۰	۲۴۰۶/۰۶	گرین هوس-گیزر	آزمون	صمیمیت زناشویی
۱	۰/۵۵	۰/۰۰۱	۲۵/۶۱	۶۰۰/۷۶	۲/۶۱	۱۵۶۷/۶۱	گرین هوس-گیزر	تعامل آزمون×گروه	

نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در متغیر کنترل رفتار خانواده فقط زوج درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار است ($p<0/01$) (جدول ۷). همچنین نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در متغیر صمیمیت زناشویی زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی ($p<0/01$) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ($p<0/05$) با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند، ولی دو گروه درمانی با یکدیگر دارای تفاوت معنادار نیستند ($p>0/05$) (جدول ۷).

جدول ۷: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر کنترل رفتار خانواده و صمیمیت زناشویی

مقایسه	زمان مبنا	زمان مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
کنترل رفتار	زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲/۶۵	۱/۹۹	۰/۵۷
	زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی	کنترل (گواه)	۷/۱۱ ^{oo}	۱/۹۹	۰/۰۰۳
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل (گواه)	۴/۴۵	۱/۹۹	۰/۰۹
صمیمیت زناشویی	زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱/۸۴	۲/۹۱	۱
	زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی	کنترل (گواه)	۱۰/۴۴ ^{oo}	۲/۹۱	۰/۰۰۳
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل (گواه)	۸/۶۰ ^{oo}	۲/۹۱	۰/۰۱۵

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی منجر به بهبود کنترل رفتار زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی می‌گردد و اثر این درمان در طول دوره پیگیری نیز همچنان ماندگار بوده است؛ لیکن درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کنترل رفتار زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی تاثیر نداشته است. همچنین یافته‌های پژوهش حکایت از تاثیر مثبت و ماندگار بسته تلفیقی زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر صمیمیت زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی دارد. اثرات این دو درمان در طول دوره پیگیری نیز همچنان ماندگار بوده است.

با توجه به آنکه بسته تلفیقی زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی برای نخستین بار در پژوهش حاضر تدوین و اعتباریابی شده است، پژوهشی که مستقیماً اثربخشی آن را بر سازه‌های مختلف روان‌شناختی مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد تا استنادی به همسویی و یا ناهمسویی اثربخشی آن صورت گیرد که این موضوع جنبه نوآوری پژوهش را نشان می‌دهد، لیکن می‌توان گفت این بخش از نتایج به صورت غیرمستقیم با یافته‌های پژوهش رنا و همکاران (۲۰۱۸)، لیو و همکاران (۲۰۱۰)، بدیهی زراعتی و موسوی (۱۳۹۵)، شریعت و همکاران (۱۳۹۴)، جاویدی (۱۳۹۳)، جاویدی و همکاران (۱۳۹۲)، حامدی و همکاران (۱۳۹۲) و فلاح زاده و همکاران (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. به علاوه نتایج پژوهش مبنی بر عدم اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کنترل رفتار زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی ناهمسو با نتایج پژوهش شاه بیک و همکاران (۱۳۹۷) بود.

در مورد مکانیسم اثر، بسته تلفیقی زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی بر کنترل رفتار زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی می‌توان بیان نمود از نظر بارکر (۱۳۸۸) کنترل رفتار در برگیرنده میزان تاثیر و نفوذی است که اعضای خانواده بر یکدیگر دارند و یکی از نشانه‌های رضایت زناشویی و از ابعاد کارایی و عملکرد مطلوب خانواده است. مینوچین و فیشمن (۱۳۸۷) معتقدند خانواده به عنوان یک سیستم زنده به مبادله اطلاعات و انرژی با محیط خارج می‌پردازد و به واسطه این ارتباطات، نوسان‌هایی را، خواه بیرونی یا درونی، به دنبال خواهد داشت و طبعاً زمانی که این نوسان‌ها شدت یابند، بحران در خانواده و الگوهای ارتباطی شکل می‌گیرد که ناشی از عدم منعطف بودن الگوهای ارتباطی در خانواده و ناتوانی در کنترل هیجان‌هاست که مانع از کشف راه‌های جدید برای

برخورد با شرایط استرس‌زای جدید می‌شود. بنابراین الگوی درمانی مبتنی بر هیجان‌ات با هدف منعطف نمودن الگوهای ارتباطی زوجین در این زمینه کارساز خواهد بود. در همین راستا طی جلسات بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی، بر اساس رویکرد هیجان‌مدار شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی و برون ریزی آن از طریق تصویرسازی آخرین مشاجره و چگونگی نقش این چرخه بر بقاء نایمنی‌های دل‌بستگی و آشفتگی‌های زناشویی از طریق تحلیل الگوهای ارتباطی درون جلسه، توانست موانع منعطف بودن ارتباطات را برای زوجین برجسته نماید. درمانگر سعی نمود تمرکز زوجین را از اینکه دیگری مقصر آشفتگی‌ها و یا مشکل کودک بیش‌فعال‌شان هست، برداشته و چگونگی ارتباط با یکدیگر را متهم کند و از طریق پردازش چرخه تعاملی منفی و ترغیب زوجین به شناخت هیجان‌ات خود، روش درست ابراز هیجان‌ات و ارتباط کارآمد را آموزش دهد که این امر موجب، ایجاد احساساتی نظیر امنیت، حس همراه بودن و پیوستگی و حرکت زوجین به سمت الگوی رفتار انعطاف پذیر گردید. این راهکارها موجب تعدیل شدت نوسانات درونی یا بیرونی تحمیل شده بر خانواده و شکل‌گیری رابطه‌ای منعطف و در نهایت بهبود کنترل رفتار در خانواده شد.

در این رویکرد درمانی بر اساس مصاحبه‌های انجام شده تاکید زیادی بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و روابط جنسی بود و به نظر می‌رسد عدم تمرکز بر مهارت‌های ارتباطی و روابط جنسی، دلیلی بر عدم اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر این سازه بوده است. هرچند در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اصولی چون ماندن در زمان حال، مشاهده گری بدون قضاوت، پذیرش، بالا بردن آگاهی از تجربه به ایجاد واکنش سازگارانه منجر می‌گردد (فیکس و فیکس، ۲۰۱۳)، لیکن با توجه به طیف گسترده‌ای از مشکلات زوجین دارای فرزند مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی و نواقصی که در این خانواده‌ها وجود دارد به منظور ایجاد امنیت، حس همراه بودن و پیوستگی و ایجاد الگوی رفتاری انعطاف پذیر، درمانی همه‌جانبه نیاز است تا علاوه بر شناسایی، تغییر و بازسازی الگوهای تعاملی و هیجان‌ات زوجین، با آموزش مهارت‌های ارتباطی و رفع مشکلات جنسی، و ایجاد باورهای مثبت در راستای بازسازی تعاملات و ایفای نقش زوجین به سمت تغییرات ماندگار حرکت نمایند.

در مورد مکانیسم اثر، بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی بر صمیمیت زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی می‌توان بیان نمود راپسون^۱ (۱۹۸۷؛ نقل از بائومیستر^۲، ۲۰۰۷) سه سطح از صمیمیت را توصیف نموده است؛ صمیمیت هیجانی که به معنای آشکارسازی عمیق احساسات برای همسر است. صمیمیت شناختی، که از بی‌پرده‌گویی افکار درونی ناشی می‌شود و صمیمیت رفتاری، که نتیجه مجاورت و نزدیکی زوجین و اختصاص دادن وقت برای یکدیگر است. به نظر می‌رسد بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی با اثر گذاری بر دو سطح هیجانی و شناختی، صمیمیت رفتاری را نیز به همراه داشته است. در زمینه این اثر، می‌توان به قابلیت آن در بسترسازی تسهیل تغییر در موقعیت‌های تعاملی اشاره کرد. درمانگر طی جلسات بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی، زوجین را ترغیب نمود تا از طریق شناسایی تجارب هیجانی، تعاملات میان فردی و بازپردازش پاسخ‌های هیجانی خاص، الگوهای محدود کننده و یکنواخت ارتباطات خود را در موقعیت‌های تعاملی،

1. Rapson

2. Baumeister

کشف و تعریف نمایند و از طریق نمایان سازی پیکره‌های بنیادین دلبستگی ایمن، بستر تسهیل تغییر در موقعیت‌های تعاملی را ایجاد کنند. در حقیقت پردازش مجدد تجارب درونی همسران در طول جلسات، توسعه موقعیت‌های میان‌فردی به کار گرفته شده، ساختاردهی به وقایع تعاملی جدید را به همراه داشت که به واسطه‌ی این تغییرات، موجبات توسعه و باز آفرینی تجارب درونی هر همسر فراهم آمد و باعث شد تا مرد به جای تمرکز دوباره و تکراری‌اش بر فاصله‌گزینی و در دسترس نبودن، بی مسئولیتی و عدم تعهد، طعم پاسخ گو بودن هیجانی را تجربه نماید و بنابراین هر همسر، منبع آرامش، حمایت و تماس‌های فیزیکی لذت بخش برای دیگری گردید؛ این مسیر، راه طی شده زوجین برای حرکت از سمت صمیمیت عاطفی به صمیمیت شناختی و در نهایت رسیدن به صمیمیت رفتاری است. هر همسر با یاری کردن دیگری در تنظیم ساماندهی به هیجان‌ات منفی‌اش و نیز ایجاد احساسی مثبت و نیرومند نسبت به خود، در نیل به صمیمیت عاطفی توفیق یافت. درمانگر از طریق طراحی و اجرای وقایع الفت ساز و پیوند جویانه‌ای در طول جلسات به شکل موثری به افزایش صمیمیت زوجین منتج شد. به علاوه بر اساس مشاهدات محقق، رفع مشکلات جنسی زوجین به واسطه اصلاح باورهای منفی و ناکارآمد و واکنش‌های غلط هر یک از زوجین در این زمینه، موضع‌گیری‌های تازه‌ای را بر اساس سبک‌های دلبستگی، نیازها و انتظارات شناخته شده‌ی هر یک از همسران به وجود آورد که موجب تنش زدایی و تضعیف چرخه منفی و جایگزینی مشارکت و درگیر شدن زوجین به جای اجتناب از روابط شد که این موضوع نیز در برگشت صمیمیت زوجین بی‌تأثیر نبود. همچنین دستیابی و فرمول بندی مجدد هیجان‌ها، دسترسی و درگیر کردن زوجین در تجربه هیجانی‌شان برای ایجاد تغییر در رابطه، تسهیل بیان تجربه هیجانی جدید یا بسط یافته برای تغییر الگوهای مشکل آفرین زوجین، ایجاد فرصت‌های جدیدی برای پاسخ دادن به همدیگر به منظور دستیابی حس‌های همدلانه و خودافشگری موثر بوده است.

در مورد مکانیسم اثر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر صمیمیت زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی می‌توان بیان نمود این مداخله از طریق آگاهی از حس‌های بدنی، احساسات و افکار، گسترش راه‌های ارتباط با حواس و افکار و همچنین آموزش پاسخدهی ماهرانه به افکار و احساسات خود و دیگران، به زوجین کمک نمود تا نسبت به افکار و احساساتشان خود و همسرانشان هوشیارتر شوند و آنها را صرفاً به صورت رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند که می‌توان با آنها ارتباط برقرار کرد (هایز^۱، ۲۰۱۲). به این ترتیب به دلیل تفکیک افکار و احساسات از خود، پذیرش آنها و تقویت جنبه غیرقضاوتی بودن در زوجین (یونسی و رحیمیان بوگر، ۱۳۸۷)، و همچنین آگاهی فزون یافته از پاسخ‌های استرس‌زای خود (کابات زین^۲، ۱۹۸۲)، آشکار سازی افکار و احساسات و بی‌پرده گویی آنها تسهیل شد و زوجین به راحتی به برون ریزی افکار و احساسات اولیه و ثانویه خود پرداختند و جنبه عاطفی و شناختی صمیمیت شکل گرفت. از سوی دیگر معمولاً زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد یا تعارض، اجتناب می‌کنند. این درمان به این زوجین نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش داد و زوجین آموختند که فاصله عاطفی واکنش صحیح پاسخدهی به احساس آسیب و ناتوانی دیگری نیست و می‌بایست به یکدیگر

^۱. Hayes

^۲. Kabat-Zinn

فرصت مواجهه و چالش با احساسات و افکار و همچنین پذیرش موقعیت داده شود چراکه رابطه بین پذیرش و تغییر یک مفهوم محوری است (هایز، جاکوبسن، فولت و داگر^۱، ۱۹۹۴). نزدیک شدن به افکار و احساسات خود و همسر و سازگاری با ارزش‌های رابطه دو طرفه، این فرصت را برای این زوجین فراهم نمود تا با یکدیگر ارتباطی قوی‌تر و صمیمی‌تر برقرار نمایند.

از آنجایی که به طور معمول هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌است، بنابراین پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بوده که شناخت این محدودیت‌ها محققان دیگر را در اجرای سایر پژوهش‌هایی از این دست را یاری می‌رساند. از آنجایی که جامعه‌ی آماری این پژوهش محدود به زوج‌های دارای فرزند بیش فعال بوده لذا، امکان تعمیم نتایج به کل جامعه نیز با محدودیت‌هایی روبه‌روست. از جمله محدودیت‌های دیگر می‌توان به عدم امکان هم‌تاسازی گروه‌ها از لحاظ شدت علائم بیش‌فعالی کودکان، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زوجین اشاره نمود. در مجموع با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به متخصصان پیشنهاد می‌شود بسته تلفیقی زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی طی جلساتی برای زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی که به دلیل عملکرد ناکارآمد خانواده به مراکز مشاوره بالانحصار مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مراجعه می‌کنند، مورد استفاده قرار گیرد. منظور از این پیشنهاد کاربردی این است که چنانچه درمانگر در طی جلسات درمانی زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی تشخیص داد که مشکلات ناشی از مراجع ناشی از عملکرد ناکارآمد خانواده وی می‌باشد، می‌توان برای حل و فصل آن از راهکارهای ارائه شده در بسته تلفیقی زوج درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی استفاده نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود که این بسته آموزشی به منظور افزایش صمیمیت زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، به عنوان درمانی موثر مورد استفاده قرار گیرد. به علاوه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز می‌تواند به منظور افزایش صمیمیت زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی کاربردی باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش، کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

منابع

- ابراهیم پور، م. (۱۳۹۵). کنترل رفتار خانواده بر اساس مدل مک مستر. پرتال تخصصی مددکاری اجتماعی ایران.
- اعتمادی، ع. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه اثربخش رویکرد روانی-آموزشی مبتنی بر شناختی-رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان، پایان‌نامه دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.
- امیری، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش رفتار والدین بر بیش‌فعالی/تکانشگری و رفتارهای قانون‌شکنانه در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (نوع عمدتاً بیش‌فعالی/تکانشگر). پژوهش در سلامت روان شناختی، ۹(۴): ۳۷-۵۰.
- امیری، مجد، م؛ حسینی، ف؛ جعفری، ا. (۱۳۹۳). مقایسه‌ی کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین کودکان دارای سندرم داون، والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری و والدین کودکان عادی. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۴(۱)، ۳۸-۵۵.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه: آوادیس یانس، ه؛ هاشمی میناباد، ح و عرب قهستانی، د. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات رشد، چاپ اول.

¹. Jacobson, Follette & Dougher

- بارکر ف. (۱۳۸۸). *خانواده درمانی پایه*. ترجمه: دهقانی، م و دهقانی، ز. تهران: انتشارات رشد.
- بدیهی زراعتی، ف و موسوی، ر. (۱۳۹۵). اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۷(۲۵): ۷۱-۹۰.
- بگیان کوله مرز، م.ج؛ درتاج، ف؛ محمد امینی، م. (۱۳۹۱). مقایسه ی ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ی ناتوانی های یادگیری*، ۲(۲): ۲۴-۶.
- بهرامی، م؛ موحدی، ی و علیزاده گوردال، ج. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش های ناکارآمد نوجوانان، *دو فصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۴(۱): ۵۳-۴۱.
- جانسون، س. (۲۰۰۳). *زوج درمانی هیجان مدار (درمان گم به گام جراحی های عاطفی)*. ترجمه بیتا حسینی. ۱۳۹۳. اصفهان: جنگل.
- جانسون، س. (۲۰۰۸). *تمرین های زوج درمانی هیجان مدار "ایجاد رابطه"*. آذریان، ز؛ اعتمادی، ع؛ بهرامی، ف؛ صمدی، ش و میرزاده، م. ۱۳۹۱. تهران: دانژه.
- جاویدی، ن. (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش راهبردهای مدیریت احساسات با توجه به احساسی متمرکز بر زوج درمانی (EFT) برای افزایش رضایت جنسی زوج و بهبود عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی زوج*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علم و فرهنگ تهران.
- جاویدی، ن؛ سلیمانی، ع؛ احمدی، خ و صمد زاده، م. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۵): ۴۰۲-۴۱۰.
- جنابادی، ح. (۱۳۹۰). *اثربخشی مشاوره زناشویی بر کاهش تعارضات زناشویی والدین کودکان کم توان ذهنی مراجعه کننده به مرکز مشاوره بهزیستی شهر زاهدان*. فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی، ۴(۱): ۷۳-۵۳.
- حامدی، ب؛ شفیق آبادی، ع؛ نوایی نژاد، ش و دلاور، ع. (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی رویکرد درمان هیجان مدار بر افزایش میزان صمیمیت زناشویی و خود کارآمدی زوج های دانشجو. *فصلنامه علمی-پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی*، ۴(۳): ۵۷-۴۳.
- خمسه، ا و حسینیان، س. (۱۳۸۷). بررسی تفاوت های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. *فصلنامه مطالعات اجتماعی*، ۶(۱): ۱۴۷-۱۲۹.
- ذوقی پایدار، م.ر؛ قاسمی، م؛ بیات، الف و صنایعی کمال، س. (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم توجهی-بیش فعالی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۵(۸): ۱۵-۵.
- زاده محمدی، ع و ملک خسروی، غ. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی های روان سنجی و اعتبار یابی مقیاس کارکردخانواده. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۲(۵): ۶۹-۸۹.
- شاه بیگ، س؛ تقوی جورابچی، ف؛ آب روشن، ف و ناصری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد خانواده و سازگاری زناشویی زوجین مبتلا به دیابت نوع دو. *پژوهش پرستاری*، ۱۳(۶): ۱-۱۲.
- شریعت، ا؛ ملک پور، م و قمرانی، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر عملکرد خانواده های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی. *روان شناسی افراد استثنایی*، ۵(۱۷): ۲۵-۱.
- صیادی، ع. (۱۳۸۱). *بررسی اثرات متقابل کارآیی خانواده در بروز مشکلات روانی نوجوانان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- علائی، و؛ مرادی، ا و علی زاده، س. (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین ویژگی های روانی- اجتماعی خانواده و بروز علایم اختلال کمبود توجه و بیش فعالی کودکان. *اصول بهداشت روانی*، ۶(۲۲): ۱۳-۱۸.
- علیچانی، الف؛ رهنما، م؛ قهاری، ش. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری گروه مادر بر روی تعدادی از مشکلات رفتاری ADHD کودکان. *مجله علوم رفتاری و اجتماعی*، ۸۴، ۸۷۴-۸۷۸.
- فلاح زاده، ه؛ ثنایی ذاکر، ب و فرزاد، و. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی سیستمی تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوج ها. *خانواده پژوهی*، ۸(۳۲): ۴۸۴-۴۶۵.
- کارگر، م و اصغری ابراهیم آباد، م.ج. (۱۳۹۴). مقایسه سبک حل مسئله و سازگاری زناشویی در مادران کودک استثنایی و عادی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۵(۲): ۴۵-۳۷.
- کاکاوند، الف. (۱۳۸۵). *ADHD (نظریه و درمان)*. کرج: انتشارات سرافراز.

- ملک پور، م؛ شریعت، ا و قمرانی، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر میزان علائم نقص توجه و بیش فعالی دانش آموزان سنین ۹-۴ سال. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۵(۱): ۲۵۲.
- موسوی، ف. (۱۳۹۲). نقش عملکرد خانواده در پیش بینی نگرش های صمیمانه و توافق زوجین در خانواده های شهر قزوین. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۳(۲): ۴۱۹-۴۰۱.
- میکائیلی، ن؛ گنجی، م و طالبی جویباری، م. (۱۳۹۱). مقایسه تاب آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانی های یادگیری*، ۲: ۱۴۰-۱۲۰.
- مینوچین، س و فیضمن، ج. (۱۹۹۶). *فنون خانواده درمانی*. ترجمه فرشاد بهاری و فرح سیا. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد
- نجاریان، ب. (۱۳۸۴). *روان شناسی مرضی*. تهران: انتشارات پیام نور.
- یونسی، س. ج و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۸۷). *جان تیزدیل دریچه ای به فراشناخت*. تهران: ناشر دانژه.

- Abedi Shargh N, Bakhshani M, Mohebbi M.D, Mahmudian K, Ahovan M, Mokhtari M, and Gangali A. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy on Marital Satisfaction and General Health in Woman with Infertility. *Glob J Health Sci*; 8(3), 230-235.
- Andrea, B. (2012). ADHD: Paying Enough Attention. The National Attention Deficit Disorder Information and Support Service. UK. Associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Interacting with Maternal Use of Alcohol During Pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 63 (2), 68-74.
- Azazy S., Nour-Eldein H., Salama H., Ismail M. (2018). Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *East Mediterr Health J*; 24(6):579-587. <https://doi.org/10.26719/2018.24.6.579>
- Bagarozzi, D. (1997). Marital intimacy needs questionnaire: Preliminary report. *American Journal of Family Therapy*, 25(3), 285-290.
- Bagarozzi, D. A. (2001). *Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Handbook*. Brunner-Routledge.
- Baumeister, R.F. (2007). Social psychology and human sexuality. *Journal of Psychological Bulletin*. 126: 347-374.
- Burpee LC, Langer EJ. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *J Adult Dev*; 12(1):43-51.
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Meyer, J. M., White, K., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 51(6): 593-600.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Fix, R.L. & Fix, S.T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: a critical review. *Aggression Violent Behavioural*, 18(2), 219-227.
- Hollis-Walker, L. & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*; 50(2), 222-227.
- Huntley CD & Fisher PL. (2016). Examining the role of positive and negative metacognitive beliefs in depression. *Scand J Psychol*, doi: 10.1111/sjop.12306.
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J. (1994). Acceptance and change. *Content and Context in Psychotherapy*, 203-217.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Jasem, J & Delpont, S. (2019). Mothers' Perspectives on the Play of Their Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Occupational Therapy International*, 605, 10.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of marital and family therapy*, 23:135-152.
- Kabat-Zinn J. (1982). *Full catastrophe living*. "Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. 1st ed. New York: Delacorte. 231-32
- Kvist, A P., Nielsen, H & Simonsen, M. (2011). The Effects of Children's ADHD on Parents' Relationship Dissolution and Labor Supply. IZA Discussion Paper No. 6092, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1958748>
- Larcan, R. & Cuzzocrea, F. (2011). Funzionamento della famiglia e sviluppo psico-sociale dei fratelli di individui con disabilità intellettive. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 15 (1), 123-153
- Lebow, J; Chambers, A; Christensen, A; Johnson, T. (2010). *Marital Therapy*. AAMFT Research Conference, Alexandria VA, July 15-17.

- Palmer-Olsen, Lisa., Gold, Lisa L., Woolley, Scott R.(2011). Supervising Emotionally Focused Therapist: A Systematic Research-Based Model. *Journal of Marital and Family Therapy* 37(4): 411.
- Pielage, S., Luteinjin, F. & Arrindell, W. (2005). Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sampel. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 455- 464.
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Mennin, D. S., & Fresco, D.M. (2017). Emotion Regulation Therapy: A mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology* (Research Topic on Emotion Science, Advances in Emotion Regulation: from neuroscience to psychotherapy), 8(98):1-14.
- Sachse, S., Keville, S. and Feiqenbaum, J. (2011). A feasibility study of mindfulnessbased cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 84 (2),184-200.
- Sandberg, J. G. (2011). The Experience of Learning Emotionally Focused couples Therapy. *Journal Of Marital and Family Therapy*, 37(4): 393-410
- Stein, A., Denys, M., Hollander, F., Leckman, B., Pollock, C. L., Mikami, A. Y., Pfiffner, L. and McBurnett, K. (2009). Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 6(4): 47-55.
- Weissman, N., Batten, S. V., Rheem, K. D., Wiebe, S. A., Pasillas, R. M., Potts, W., & Dixon, L. B. (2018). The effectiveness of emotionally focused couples therapy with veterans with PTSD: A pilot study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 17(1), 25-41.
- Wells A, Sembi S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 35(3), 307-18.
- Wells .A. (2005). The meta-cognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder, *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- Williams, J.M.G., Duggan, D.S., Crane, C. and Fennell, M.J.V. (2006). Mindfulness-basedcognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior, *Journal of Clinical Psychology*, 6 (2), 201-210.