

## اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود صمیمیت اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوج‌های ناسازگار

سیده زهرا علوی<sup>۱</sup>  
عباس امان‌الهی<sup>۲</sup>  
یوسفعلی عطاری<sup>۳</sup>  
امین کرایبی<sup>۴</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود صمیمیت اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوج‌های ناسازگار انجام گرفته است. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز در فصل پاییز ۱۳۹۶ بود. نمونه پژوهش شامل ۳ زوج (۶ نفر) از زوج‌های مراجعه‌کننده به این مراکز بودند که با توجه به نتایج مقیاس سازگاری زوجی (اسپانیر، ۱۹۷۶) با خط برش ۱۰۱ و با روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. برای سنجش صمیمیت اجتماعی از خرده مقیاس صمیمیت اجتماعی مقیاس ارزیابی شخصی صمیمیت شافر و السون (۱۹۸۱) و برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از مقیاس پذیرش و اقدام نسخه ۲ (AAQII) استفاده شد. پروتکل زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در سه مرحله خط پایه، مداخله‌ی ۱۲ جلسه‌ای به صورت هفتگی (جلسه‌های ۹۰ دقیقه‌ای) و پیگیری ۲ ماهه اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش‌های تحلیل دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی انجام گردید. یافته‌ها نشان داد که زوج‌ها در مرحله درمان در صمیمیت اجتماعی ۴۱/۹۳٪ و در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ۳۶/۹۶٪ بهبود را تجربه کردند. یافته‌های پژوهش حاضر روشنگر این است که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش پذیرش، ذهن‌آگاهی و رفتارهای متعهدانه از کارایی لازم در بهبود صمیمیت اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در روابط زوجی برخوردار است. لذا درمانگران حوزه زوج و خانواده می‌توانند از این رویکرد جهت بهبود روابط زوجی استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، صمیمیت اجتماعی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، زوج‌های ناسازگار

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۳. مدرس مدعو، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. / دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول: Email: a.amanelahi@scu.ac)
۴. استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، اهواز، ایران.
۴. استادیار گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

## مقدمه

نارضایتی از ازدواج و ناسازگاری زناشویی در بسیاری از خانواده‌ها مشکلات شایعی هستند که نه تنها منجر به افزایش نرخ طلاق در بسیاری از جوامع در حال پیشرفت می‌شوند، بلکه مشکلات و اختلالات روانی را در زوجها و خانواده‌های‌شان افزایش می‌دهند. بر اساس رویکردهای مختلف خانواده و زوج‌درمانی عوامل مختلفی منجر به بروز آشفتگی و ناسازگاری زناشویی می‌گردند (راگبر، بوختر، شیلر و هولینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). از جمله این عوامل می‌توان به الگوهای تعاملی خودکار، به دام افتادن در گذشته یا آینده، درگیر شدن در الگوهای ذهنی آمیخته با محتوای ناسازگارانه، اجتناب از روبه‌رو شدن با رویدادهای استرس‌زای زندگی، عدم شناخت زوجها از فرایندهای درون‌فردی و میان‌فردی‌شان و دلایلی از این دست اشاره کرد (دال، استوارت، مارتل و کاپلان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). مجموعه این عوامل سبب بروز آشفتگی و انعطاف‌ناپذیری در روابط زوجی می‌گردند (راگبر و همکاران، ۲۰۱۸). و فرایندهای میان‌فردی و درون‌فردی همچون صمیمیت و انعطاف‌پذیری روانی را که دو عنصر مهم روابط زوجی هستند، تحت‌تأثیر قرار می‌دهند.

صمیمیت هسته‌ی روابط عاشقانه است و بسیاری از پژوهشگران به مفهوم سازی این سازه پرداخته‌اند (کانستنت، والت، ندرینو و کریستوف<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). براساس تئوری اشتربگ، صمیمیت عنصر هیجانی عشق به ویژه احساساتی از نزدیکی، پیوند و اتصال است (اشترنبرگ<sup>۴</sup>، ۱۹۸۶؛ نقل از لنکولد، جاکوب، تیوسن و دویت و وربین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). از دیدگاه تن‌هاتن<sup>۶</sup> (۲۰۰۶) صمیمیت به صورت الگوی رفتاری بسیار مهمی مفهوم سازی شده، که دارای جنبه‌های عاطفی و اجتماعی نیرومندی است که بر پایه پذیرش، رضایت خاطر و عشق شکل می‌گیرد؛ و پویایی آن به لحاظ برآیندی است که بر کل رابطه اثر می‌گذارد، به صورتی که شکاف یا نقص در هر یک از ابعاد روابط میان‌فردی به طور متقابل بر کلیت رابطه اثرگذار است (هاتفیلد، بنسمن و راپسون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). به اعتقاد باگاروزی<sup>۸</sup> (۲۰۱۳) نیز صمیمیت حاصل یک فرایند تعاملی در ارتباط با ابعاد عقلانی، روان‌شناختی، جنسی، جسمی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی است (باگاروزی، ۲۰۱۳؛ ۲۰۰۱؛ کریمی، حسنی، سلطانی، الوند و زهدی، ۲۰۱۲). صمیمیت اجتماعی نیاز به مشغول شدن در فعالیت‌ها و تجارب لذت‌بخش و مفرح با همسر است و شامل فعالیت‌ها و تجربی مانند طنز، در میان گذاشتن تجارب روزانه، خوردن و آشامیدن با همسر، ورزش، بازی با یکدیگر، گذراندن تعطیلات و ... است (باگاروزی، ۲۰۱۳). مطالعات نشان می‌دهد که صمیمیت زناشویی و ابعاد آن نقش مهمی در سازگاری زناشویی دارد و پیش‌بینی‌کننده مهمی در رضایت عمومی از زندگی است (رنдал و بودنمان، ۲۰۰۹). صمیمیت زناشویی ضعیف یکی از مهمترین دلایل طلاق و از اصلی‌ترین نگرانی‌های حوزه‌های روانشناسی و مشاوره است (کاردان سوراکی، حمزه‌گردشی، آزادپور، محمدپور و خانی، ۲۰۱۶). علاوه بر صمیمیت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز جنبه مهمی از کارکرد رابطه زوجی است.

1. Rathgeber, B€urkner, Schiller, & Holling
2. Dahl, Stewart, Martell, & Kaplan
3. Constant, Vallet, Nandarino, & Christophe
4. Sternberg
5. Lankveld, Jacobs, Thewissen, Dewitte, & Verboon
6. TenHouten
7. Hatfield, Bensman, & Rapson
8. Bagarozzi

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۱</sup>، توانایی فرد برای ارتباط با لحظه حال به صورت کاملاً هوشیارانه و همچنین توانایی فضا دادن به افکار و احساسات و انجام هرآنچه که مهم هستند، است (ژانگ، لمینگ، اسمیت، چانکپیگ، هاگر و هیز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). هرچه توانایی افراد برای هشیاری کامل، باز بودن نسبت به تجاربشان و انجام رفتار متعهدانه مبتنی بر ارزش‌هایشان بالاتر باشد، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه خواهند کرد و به شیوه‌ی مؤثرتری به چالش‌های زندگی پاسخ خواهند داد (هریس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). بنابراین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند نقش مؤثری را در بهبود کیفیت روابط زناشویی ایفا کند (مهین‌ترابی، ۲۰۱۱).

با توجه به اهمیت صمیمت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در روابط زوجی، و در راستای حفظ سلامت و بهداشت روانی زوج‌ها، ضرورت انجام اقداماتی جهت بهبود سازگاری و روابط زناشویی مطرح می‌گردد (محمدی، زهراکار، داورنیا، ۲۰۱۴). این موضوع موجب شکل‌گیری الگوهای زوج‌درمانی متعددی شده است. در این میان زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> (ACT) یکی از الگوهای درمانی است که به بررسی روابط زوجی در حوزه‌های گوناگون می‌پردازد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است که در دهه ۸۰ توسط هیز (۱۹۸۷) در دانشگاه نوادا مطرح شد (هیز و لیلیس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). ریشه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس فلسفه رویکرد چارچوب ارتباطی<sup>۶</sup> (RFT) است و فرایند درمان شامل پذیرش، گسلش شناختی<sup>۷</sup>، خود به عنوان بافتار<sup>۸</sup>، تماس با زمان حال<sup>۹</sup>، ارزش‌ها<sup>۱۰</sup> و اقدام متعهدانه<sup>۱۱</sup> است (هیز و استروسال<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰). زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای بر اساس شواهد رفتاری است که از پذیرش و استراتژی‌های ذهن‌آگاهی همراه با تعهد و راهبردهای تغییر رفتار در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوج‌ها استفاده می‌کند (لو و مک‌کی، ۲۰۱۷). هدف اساسی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد تعادل میان تغییر و پذیرش، آموزش استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه و روابط مشفقانه در زوج‌ها است (گهارت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲). بر اساس زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد رشد و ماندگاری آشفستگی، تعارض و فاصله عاطفی بین زوج‌ها نتیجه ترکیب دو راهبرد کنترل شدید و اجتناب تجربی در روابط زوجی است (بوکهارت، مانیکاواساگار، بات‌رم و هادزی-پاولویک<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها را به زوج‌ها آموزش می‌دهد. نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگاری با ارزش‌های رابطه‌ی متقابل، این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌آورد تا ارتباط

1. Psychological flexibility
2. Zhang, Leeming, Smith, Chung, Hagger, & Hayes
3. Harris
4. Acceptance and commitment therapy
5. Lillis
6. Relational frame Theory
7. cognitive diffusion
8. Self as a context
9. contact with present moment
10. values
11. commitment action
12. Strosahl
13. Gehart
14. Burckhardt, Manicavasagar, Batterham, & Hadzi-Pavlovic

صمیمانه‌تر و انعطاف‌پذیرتری را با یکدیگر برقرار کنند که نتیجه آن افزایش سازگاری و انعطاف‌پذیری در روابط زوجی است. (امان‌الهی، حیدریان‌فر، خجسته‌مهر و ایمانی، ۱۳۹۳). در سال‌های اخیر پژوهش‌های بسیاری از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حیطه‌ی مسائل زناشویی حمایت کرده‌اند. سعادتمند، بساک‌نژاد و امان‌الهی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت و بخشش زوجها پرداختند. نتایج نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با استفاده از انعطاف‌پذیری شناختی موجب افزایش صمیمیت و بخشش زوجین شود. نتایج مطالعه مقتدایی و خوش اخلاق (۱۳۹۴) نیز نشان داد، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همسران جانباز موثر است. باراک، کانکر و بوش<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی به مقایسه زوج‌درمانی سیستمی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفستگی زناشویی پرداختند. نتایج حاکی از اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همه جنبه‌های ارتباطی زوجها، نسبت به زوج‌درمانی سیستمی بود. نوآک<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) در مطالعه خود دریافتند که بودن در روابط متعهدانه، و توانایی پذیرش و مواجهه شدن با هیجانات بالا و پایین منجر به افزایش صمیمیت می‌شود. ساندوز، مویر و آرملی<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) در مطالعه خود دریافتند؛ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ممکن است چارچوب مفهوم‌سازی شده‌ی مفیدی برای درک انسجام خانوادگی، افزایش حمایت و صمیمیت برای خانواده‌ها فراهم آورد. ژانگ، لیمینگ و همکاران (۲۰۱۸) نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای تغییرات رفتارهای مرتبط به سلامت به کار بردند. بر اساس مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاربرد شش فرایند مرکزی ACT افراد می‌توانند تغییرات رفتاری سالم طولانی مدت را در خود بهبود بخشیده و حفظ کنند. طبق این مدل افراد در حالی که افکار، قواعد و هیجان‌ها را به عنوان بخش‌هایی از خودشان پذیرفته و تصدیق می‌کنند؛ اما بر اساس آن‌ها رفتارهای‌شان را ارزیابی نمی‌کنند، بلکه از طریق فعالیت‌های متعهدانه‌ای که بر اساس ارزش‌ها انتخاب شده‌اند، عمل می‌کنند. بر این اساس تغییرات در الگوهای جدید رفتاری مرتبط با سلامت افراد ارتقا یافته و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شکل می‌گیرد.

با توجه به مرور پژوهش‌ها و اهمیت موضوع مبنی بر جهان شمول بودن نیاز انسان‌ها به برقراری و حفظ ارتباطی سالم، صمیمانه و انعطاف‌پذیر، همچنین با تاکید بر اهداف زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در حیطه‌ی مسائل زناشویی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت اجتماعی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوجها ناسازگار شهر اهواز است.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع طرح تک آزمودنی، با خط پایه چندگانه ناهم‌زمان<sup>۴</sup> بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی زوج‌هایی بودند که به دلیل وجود مشکلات زناشویی به مراکز مشاوره شهر اهواز در پائیز سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳ زوج (۶ نفر) از زوج‌های مراجعه‌کننده به این مراکز بودند که با توجه به مصاحبه‌ی اولیه و نتایج مقیاس سازگاری

1. Baruch, Kanker, & Busch

2. Novak

3. Sandoz, Moyer, & Armelie

4. Non-concurrent multiple baseline designs

زوجی<sup>۱</sup> (DAS) اسپانیئر<sup>۲</sup> (۱۹۷۶) با نقطه برش ۱۰۱ ذکر شده برای پرسشنامه و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. علت انتخاب محدود حجم نمونه، نوع طرح پژوهش مورد استفاده در این پژوهش (تک آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه ناهم‌زمان) بود. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، گذشتن حداقل دو سال از شروع زندگی مشترک، نارضایتی حداقل یکی از زوج‌ها از زندگی مشترک، با هم زندگی کردن زوج‌ها در زمان مراجعه و آمادگی زوج‌ها برای شرکت در جلسه‌های درمان. معیارهای خروج عبارت بودند از اعتیاد حداقل یکی از زوج‌ها به مواد مخدر یا الکل در زمان مراجعه، استفاده از داروی تجویز شده توسط روان‌پزشک در زمان مراجعه و سابقه بستری شدن در بیمارستان روان‌پزشکی و شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر.

جهت اجرای پژوهش حاضر ابتدا از طریق یک فراخوان در مناطق مختلف شهر و به ویژه مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز زوج‌های متقاضی شرکت در پژوهش با استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی و نقطه برش ۱۰۱ در پرسشنامه سازگاری زوجی و لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. به منظور کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، از نظر ترتیب ورود، زوج‌ها به طور تصادفی با فاصله یک جلسه وارد مرحله درمان شدند و برای هر زوج ۱۲ جلسه‌ی درمانی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی برگزار شد. طی هفته‌های اول و دوم (خط پایه)، زوج‌ها هر هفته ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند و در هفته سوم، در حالی که سه زوج هنوز در مرحله خط پایه قرار داشتند، زوج اول وارد جلسه‌ی اول مرحله‌ی مداخله شد. جلسه‌ی دوم مرحله‌ی مداخله‌ی زوج اول هم‌زمان با جلسه‌ی اول مرحله‌ی مداخله برای زوج دوم و خط پایه زوج سوم بود. در جلسه‌ی سوم مرحله‌ی مداخله‌ی زوج اول و جلسه‌ی دوم مرحله‌ی مداخله‌ی زوج دوم، زوج سوم وارد جلسه‌ی اول مرحله‌ی مداخله شد. ابزار سنجش در مرحله خط پایه و نیز در پایان جلسه‌های سوم، ششم و نهم و دوازدهم اجرا و تکمیل شد. همچنین پس از اتمام جلسه‌های درمانی، دو نوبت پیگیری با فاصله یک ماه صورت گرفت. فرایند اجرای پژوهش از مهر ماه تا اسفند ماه ۱۳۹۶ به طول انجامید. لازم به ذکر است که به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش و شرکت داوطلبانه برای همه شرکت‌کنندگان در مطالعه شرح داده شد و به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده از آنها محرمانه باقی خواهد ماند. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار اندازه‌گیری ذیل استفاده شده است:

#### الف) مقیاس ارزیابی شخصی صمیمیت<sup>۳</sup> (PAIR):

مقیاس ارزیابی شخصی صمیمیت (شافر و السون<sup>۴</sup>، ۱۹۸۱) یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است و صمیمیت را در شش بعد هیجانی، اجتماعی، جنسی، عقلانی، تفریحی و عرفی در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هیچ‌وقت) تا ۵ (همیشه) اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر از زیر مقیاس صمیمیت اجتماعی (گویه‌های ۲، ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۶، ۳۲) استفاده شده است. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده صمیمیت بیشتر است. شافر و السون (۱۹۸۱) پایایی زیرمقیاس‌های پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برآورد کردند؛ همچنین ضریب همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی، خودآشنایی و بافت خانوادگی موس محاسبه کردند که ضرایب همبستگی به‌دست

1. Dyadic Adjustment Scale
2. Spanier
3. Personal Assessment of Intimacy in Relationship
4. Schaefer & Olson

آمده نشان دهنده روایی مطلوب پرسشنامه بود. اخلاقی امیری (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود روایی هم‌زمان این ابزار را ۰/۷۴ گزارش داد. در پژوهش حاضر نیز پایایی کلی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی زیر مقیاس صمیمیت اجتماعی ۰/۷۶ محاسبه شد.

#### ب) مقیاس پذیرش و اقدام<sup>۱</sup> (AAQ-II)

مقیاس پذیرش و اقدام AAQ-II (باند، هیز، بیر، کارپنتر و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱) یک پرسشنامه ۱۰ گویه‌ای است، که برای ارزیابی انعطاف‌پذیری روانی طراحی شده است. نمره‌های بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. باند و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی اعتبار و پایایی AAQ-II را بررسی کردند. نتایج نشان داد: ساختار، اعتبار و پایایی این مقیاس رضایت بخش است. به عنوان مثال میانگین آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ (۰/۷۸ - ۰/۸۸) و اعتبار بازآزمایی در طی دو دورهی ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. صداقت‌خواه و بهزادی‌پور پایایی این مقیاس را در پژوهش خود با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و روایی ساختاری آن را با روش تحلیلی عامل اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی با مقادیر ۰/۸۶ kmo محاسبه نمودند. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۶۵ محاسبه شد. برای مداخله‌های زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل درمان پیوسته زوج‌ها بر اساس کتابچه راهنمای ACT ایفرت و فورسایت<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) ترجمه امان‌الهی، حیدریان‌فر، خجسته‌مهر و ایمانی (۱۳۹۳) استفاده شد.

#### جدول ۱. خلاصه جلسه‌های زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه‌ها	راهنم‌ها	مداخله‌ها
جلسه اول ارزیابی و جهت‌گیری درمان	بررسی تاریخچه زندگی زوجها و ACT معرفی	معرفی تمرکز تمرینات
جلسه دوم ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی ارزیابی برای منع موارد مصرف مواد، خشونت خانگی و بیماری‌های روانی غیر قابل درمان	یکپارچه‌سازی ارزیابی فردی و زوجی
جلسه سوم ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ای بی اثر	بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب زوجها، توسعه ناامیدی خلاق	استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین جنگ و تقلا با همسر
جلسه چهارم تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس	تمرین پذیرش افکار و احساسات
جلسه پنجم هم‌جوئی شناختی	تشریح و توضیح رابطه‌ی منفی افکار زوجها	استعاره‌ی راننده اتوبوس، افکار روی برگه‌های تمرین
جلسه ششم مشاهده‌ی افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه‌ی واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر	تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
جلسه هفتم انتخاب جهت ارزش‌ها	کمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی	تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می‌خواهم، تمرین نوشتن بر روی سنگ قبر

1. Acceptance & Action Questionnaire –II

2. Bond, Hayes, Baer, Carpenter, & et al

3. Eifert & Forsyth

کاربرگ عمل متعهد، بازبینی استعاره راننده اتوبوس	بازبینی کار برگ ارزش‌ها، بحث در مورد موانع ارزش‌ها ی زندگی و کمک به مراجعان تا به جای غلبه بر آن‌ها با آن‌ها حرکت کنند	جلسه هشتم شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش
کاربرگ عمل متعهد	معرفی تمایل	جلسه نهم ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه
استعاره‌ی صفحه شطرنج	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوج‌ها در خود به‌عنوان زمینه‌ی رابطه	جلسه دهم خود به‌عنوان زمینه در این رابطه
کاربرگ اقدام متعهدانه	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه‌ی عمل متعهد	جلسه یازدهم پذیرش و اقدام متعهدانه
تمرینات تمرکز حواس در خانه	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهدانه، آمادگی برای اقدام متعهدانه در آینده و پایان درمان	جلسه دوازدهم کار در جهت پایان

پس از جمع‌آوری اطلاعات، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش‌های تحلیل دیداری<sup>۱</sup> (رسم نمودار)، معنی‌داری بالینی<sup>۲</sup> (شاخص تغییر پایا<sup>۳</sup>) و فرمول درصد بهبودی<sup>۴</sup> استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

#### جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی زوج‌های شرکت کننده در جلسه‌های درمان

زوج	سن	تحصیلات	تعداد فرزندان	مدت‌زمان ازدواج
اول	زن	لیسانس	-	۱۰ سال
	مرد	لیسانس	-	۱۰ سال
دوم	زن	دیپلم	۲	۹ سال
	مرد	لیسانس	۲	۹ سال
سوم	زن	لیسانس	۱	۶ سال
	مرد	لیسانس	۱	۶ سال

در جداول ۳ و ۴ نتایج روند تغییر مراحل درمان سه زوج در مراحل خط پایه (قبل از مداخله)، حین درمان (مداخله) و پیگیری (پس از مداخله) در مقیاس صمیمیت اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ارائه شده است.

1. visual analysis
2. clinically meaningful
3. reliable change index
4. improvement percentage

جدول ۳. نتایج روند تغییر مراحل درمان سه زوج در صمیمیت اجتماعی زوجها

آزمودنی‌ها									زوج‌ها
زوج سوم			زوج دوم			زوج اول			
میلگین زوج	مرد	زن	میلگین زوج	مرد	زن	میلگین زوج	مرد	زن	مراحل درمان
۱۲/۵۰	۱۳	۱۲	۱۴/۵۰	۱۵	۱۴	۱۴	۱۳	۱۵	خط پایه اول
	۱۳	۱۳	۱۴/۵۰	۱۵	۱۴	۱۵	۱۴	۱۶	خط پایه دوم
۱۳/۵۰	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۴	-	-	-	خط پایه سوم
۱۳/۵۰	۱۴	۱۳	-	-	-	-	-	-	خط پایه چهارم
۱۳/۱۲	۱۳/۲۵	۱۳	۱۴/۶۶	۱۵/۳۳	۱۴	۱۴/۵۰	۱۳/۵۰	۱۵/۵۰	میانگین مراحل خط پایه
۱۴/۵۰	۱۵	۱۴	۱۶/۵۰	۱۷	۱۶	۱۶/۵۰	۱۴	۱۹	جلسه سوم
۱۵/۵۰	۱۶	۱۵	۱۴	۱۷	۱۷	۱۸/۵۰	۱۷	۲۰	جلسه ششم
۱۷/۵۰	۱۸	۱۷	۱۷	۱۸	۱۶	۱۹	۱۸	۲۰	جلسه نهم
	۱۹	۱۹	۱۹/۵۰	۲۱	۱۸	۲۱/۵۰	۲۰	۲۳	جلسه دوازدهم
۱۶/۶۲	۱۷	۱۶/۲۵	۱۷/۵۰	۱۸/۲۵	۱۶/۷۵	۱۸/۸۷	۱۷/۲۵	۲۰/۵۰	میانگین مراحل درمان
۲/۹۹	۲/۹۳	۳/۰۶	۲/۴۲	۲/۸۹	۲/۰۴	۳/۵۶	۳/۳۱	۳/۸۲	شاخص تغییر پایا(درمان)
۴۴/۷۷	۴۳/۳۹	۴۶/۱۵	۳۲/۷۷	۳۶/۹۸	۲۸/۵۷	۴۸/۲۶	۴۸/۱۴	۴۸/۳۸	درصد بهبودی پس از درمان
				۴۱/۹۳					درصد بهبودی کلی
پیگیری									
۱۹/۵۰	۲۰	۱۹	۱۹/۵۰	۲۱	۱۸	۲۰/۵۰	۱۹	۲۲	پیگیری نوبت اول
	۱۸	۱۸	۲۰	۲۱	۱۹	۲۱	۲۰	۲۲	پیگیری نوبت دوم
۱۸/۷۵	۱۹	۱۸/۵۰	۲۰/۲۵	۲۱	۱۸/۵۰	۲۰/۷۵	۱۹/۵۰	۲۲	میانگین مراحل پیگیری
۲/۴۸	۲/۴۲	۲/۵۵	۲/۷۲	۲/۸۹	۲/۵۵	۳/۳۱	۳/۳۱	۳/۳۱	شاخص تغییر پایا(درمان)
۳۷/۱۵	۳۵/۸۴	۳۸/۴۶	۳۶/۳۴	۳۶/۹۸	۳۵/۷۱	۴۵/۰۳	۴۸/۱۴	۴۱/۹۳	درصد بهبودی پس از پیگیری
۳۹/۵۱									درصد بهبودی کلی پیگیری

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نمره‌های صمیمیت اجتماعی زوجها در جلسه‌های درمانی نسبت به خط پایه افزایش یافته است. درصد بهبودی پس از درمان برای زوج اول ۴۸/۲۶، زوج دوم ۳۲/۷۷، زوج سوم ۴۴/۷۷ و درصد بهبودی کلی ۴۱/۹۳ محاسبه شد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) به نقل از اگلز، لانن و بونستیل<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) موفقیت درمان برای هر سه زوج با نوساناتی متوسط بوده است و موفقیت درمان در کل نیز نزدیک به متوسط بوده است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای زوج اول ۳/۵۶، زوج دوم ۲/۴۲ و زوج سوم ۲/۹۹ محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا برای همه زوج‌ها بالاتر از ارزش  $Z$  یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی است. درصد بهبودی پس از پیگیری نسبت به مرحله مداخله برای زوج دوم افزایش و برای زوج اول و سوم اندکی کاهش یافته است. مقدار شاخص پایا نیز

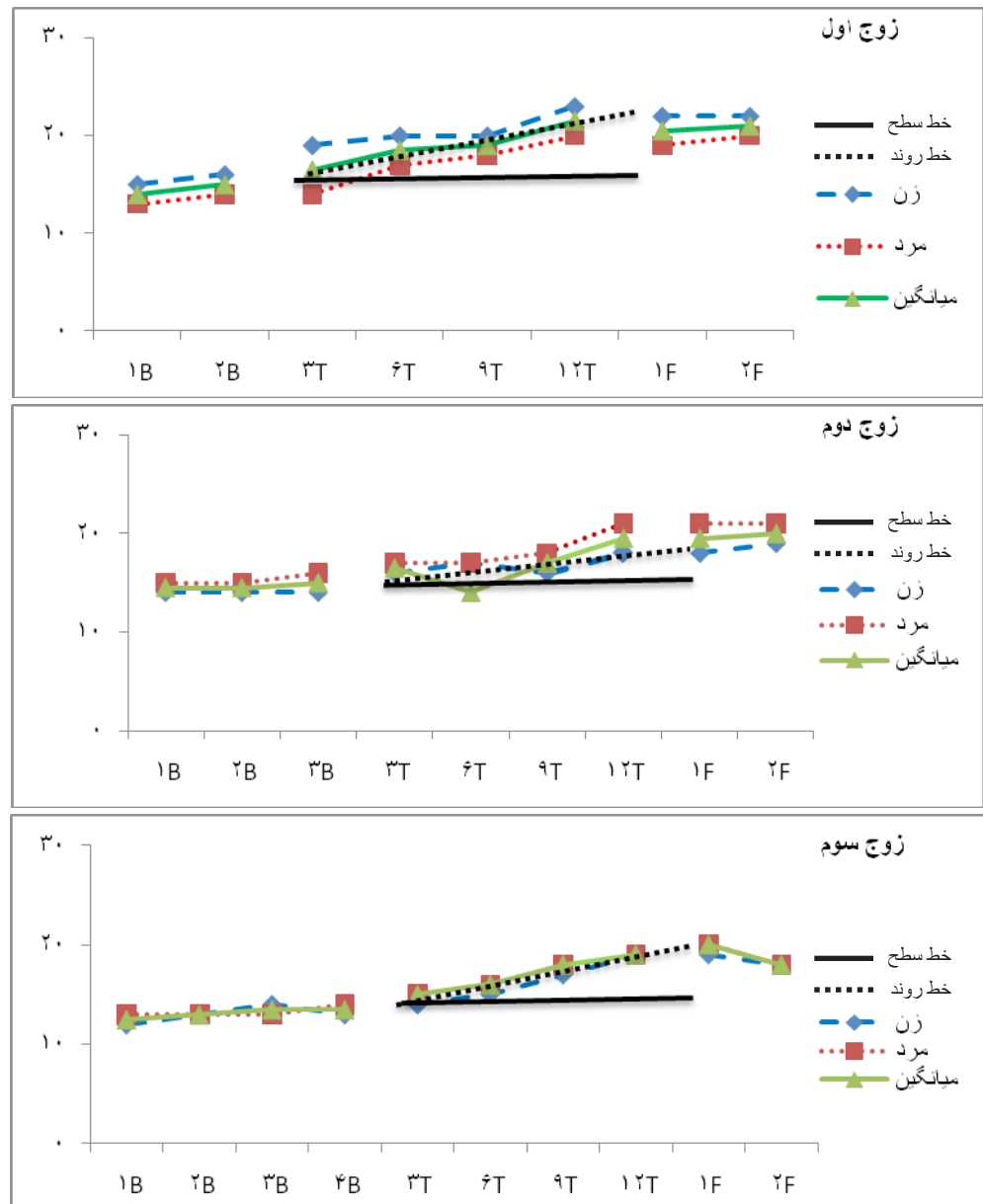
1. Blanchard &amp; Scores

2. Ogles, Lunnen, &amp; Bonesteel



برای هر سه زوج در مرحله پس از پیگیری بالاتر از ۱/۹۶ محاسبه شده است. بنابراین ماندگاری تغییرات مثبت صمیمیت اجتماعی برای هر سه زوج از نظر بالینی معنادار بوده است.

### نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های صمیمیت اجتماعی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



نمودار ۱، روند تغییر نمره‌های صمیمیت اجتماعی را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پی‌گیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر گینور و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) حداقل نقاط داده‌ای مورد نیاز که برای

ارزیابی خط سطح و روند سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر زوج چهار نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه بالای خط سطح و روند قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های تعهد زناشویی به صورت نظام‌دار رخ داده است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های صمیمیت اجتماعی به صورت نظام‌دار رخ داده است. همچنین درصد داده‌های ناهمپوش برای هر سه زوج ۱۰۰ درصد است که بیان‌گر موفقیت‌آمیز بودن درمان است.

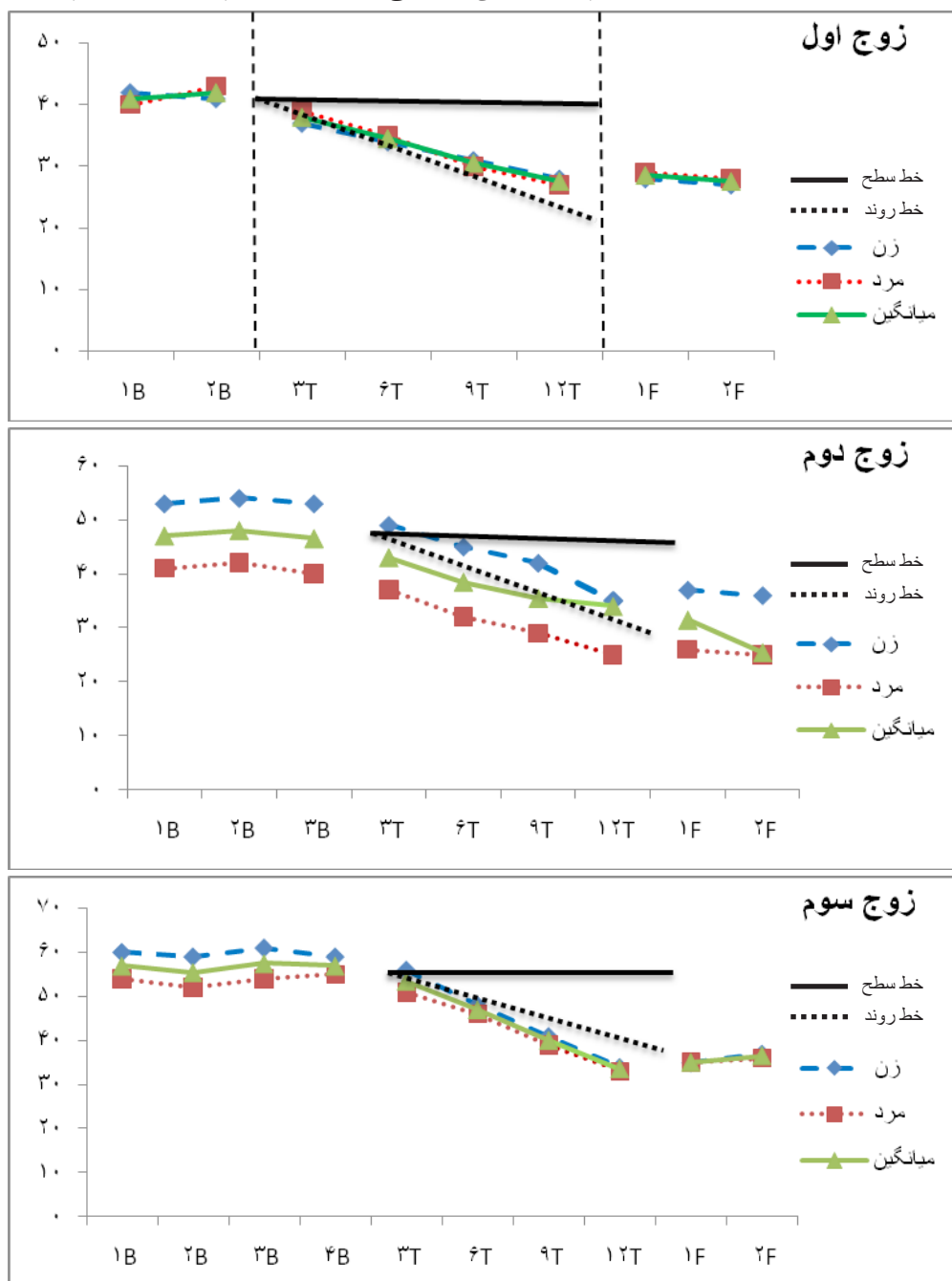
#### جدول ۴. نتایج روند تغییر مراحل درمان سه زوج در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

آزمودنی‌ها									زوج‌ها
زوج سوم			زوج دوم			زوج اول			
میانگین زوج	مرد	زن	میانگین زوج	مرد	زن	میانگین زوج	مرد	زن	مراحل درمان
۵۷	۵۴	۶۰	۴۷	۴۱	۵۳	۴۱	۴۰	۴۲	خط پایه اول
۵۵/۵۰	۵۲	۵۹	۴۸	۴۲	۵۴	۴۲	۴۳	۴۱	خط پایه دوم
۵۷/۵۰	۵۴	۶۱	۴۶/۵۰	۴۰	۵۳	-	-	-	خط پایه سوم
۵۷	۵۵	۵۹	-	-	-	-	-	-	خط پایه چهارم
۵۶/۷۵	۵۳/۷۵	۵۹/۷۵	۴۷/۱۶	۴۱	۵۳/۳۳	۴۱/۵۰	۴۱/۵۰	۴۱/۵۰	میانگین مراحل خط پایه
۵۳/۵۰	۵۱	۵۶	۴۳	۳۷	۴۹	۳۸	۳۹	۳۷	جلسه سوم
۴۷	۴۶	۴۸	۳۸/۵۰	۳۲	۴۵	۳۴/۵۰	۳۵	۳۴	جلسه ششم
۴۰	۳۹	۴۱	۳۵/۵۰	۲۹	۴۲	۳۰/۵۰	۳۰	۳۱	جلسه نهم
۳۳/۵۰	۳۳	۳۴	۳۴	۲۵	۳۵	۲۷/۵۰	۲۷	۲۸	جلسه دوازدهم
۴۳/۵۰	۴۲/۲۵	۴۴/۷۵	۳۶/۷۵	۳۰/۷۵	۴۲/۷۵	۳۲/۶۲	۳۲/۷۵	۳۲/۵۰	میانگین مراحل درمان
۳/۵۸	۳/۴۴	۴/۲۷	۲/۸۴	۲/۶۵	۳/۰۳	۲/۳۱	۲/۴۰	۲/۲۳	شاخص تغییر پایا(درمان)
۴۰/۸۴	۳۸/۶۰	۴۳/۰۹	۳۶/۶۹	۳۹/۰۲	۳۴/۳۷	۳۳/۷۳	۳۴/۹۳	۳۲/۵۳	درصد بهبودی پس از درمان
			۳۶/۹۶						درصد بهبودی کلی
پیگیری									
۳۵	۳۵	۳۵	۳۱/۵۰	۲۶	۳۷	۲۸/۵۰	۲۹	۲۸	پیگیری نوبت اول
۳۶/۵۰	۳۶	۳۷	۲۵/۵۰	۲۵	۳۶	۲۷/۵۰	۲۸	۲۷	پیگیری نوبت دوم
۳۵/۷۵	۳۵/۵۰	۳۶	۳۱	۲۵/۵۰	۳۶/۵۰	۲۸	۲۸/۵۰	۲۷/۵۰	میانگین مراحل پی‌گیری
۳/۴۳	۲/۹۴	۳/۹۳	۲/۷۶	۲/۶۵	۲/۸۷	۲/۳۱	۲/۲۳	۲/۴۰	شاخص تغییر پایا(درمان)
۳۶/۳۸	۳۳/۰۲	۳۹/۷۴	۳۵/۷۵	۳۹/۰۲	۳۲/۴۹	۳۳/۷۳	۳۴/۹۳	۳۴/۹۳	درصد بهبودی پس از پیگیری
۳۵/۲۸									درصد بهبودی کلی پیگیری

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نمره‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوج‌ها در جلسه‌های درمانی نسبت به خط پایه افزایش یافته است. درصد بهبودی پس از درمان برای زوج اول ۳۳/۷۳، زوج دوم ۳۶/۶۹، زوج سوم ۴۰/۸۴ و درصد بهبودی کلی ۳۶/۹۶ محاسبه شد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز (۱۹۸۸) به نقل از اگلز، لانن و بونستیل (۲۰۰۱) موفقیت درمان برای هر سه زوج با نوساناتی نزدیک به متوسط بوده است و موفقیت درمان در کل نیز نزدیک به متوسط بوده است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای زوج اول ۲/۳۱، زوج دوم ۲/۸۴ و زوج سوم ۳/۵۸ محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا برای همه زوج‌ها بالاتر از ارزش  $Z$  یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی است. درصد بهبودی

پس از پیگیری نسبت به مرحله مداخله برای زوج اول بدون تغییر و برای زوج دوم و سوم اندکی کاهش یافته است. مقدار شاخص پایانی نیز برای هر سه زوج در مرحله پس از پیگیری بالاتر از ۱/۹۶ محاسبه شده است. بنابراین ماندگاری تغییرات مثبت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای هر سه زوج از نظر بالینی معنادار بوده است.

نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



نمودار ۲، روند تغییر نمره‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پی‌گیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر گینور و همکاران (۱۹۹۹) حداقل نقاط داده‌ای مورد نیاز که برای ارزیابی خط سطح و روند سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر زوج چهار نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه بالای خط سطح و روند قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های تعهد زناشویی به صورت نظام‌دار رخ داده است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به صورت نظام‌دار رخ داده است. همچنین درصد داده‌های ناهمپوش برای هر سه زوج ۱۰۰ درصد است که بیان‌گر موفقیت‌آمیز بودن درمان است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر بیان‌گر موفقیت زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت اجتماعی در زوج‌های مورد مطالعه بود. این یافته به این معناست که صمیمیت اجتماعی زوج‌ها در پایان مرحله مداخله به اندازه‌ای که از نظر بالینی معنادار محسوب می‌شود، افزایش یافته بود. نتایج حاصل از پیگیری هم‌نشان داد که ماندگاری بهبودی حاصله شده برای هر سه زوج از نظر بالینی معنادار بوده است. بررسی نتایج بر اساس تحلیل دیداری نیز نشان داد که تغییرات درمانی روند صعودی داشته‌اند، که بیانگر اثربخشی مداخله‌های درمانی بر صمیمیت اجتماعی زوج‌های مورد مطالعه بود. این یافته با یافته‌های نواک (۲۰۱۵)، ساندوز و همکاران (۲۰۱۵)، سعادت‌مند و همکاران (۱۳۹۶) هم‌سو و هماهنگ بود. براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رشد و ماندگاری آشفتگی، تعارض و فاصله عاطفی بین زوج‌ها نتیجه ترکیب دو راهبرد کنترل شدید و اجتناب تجربی در روابط زوجی است (بوکهارت و همکاران، ۲۰۱۶). زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کار کردن روی عوامل ایجادکننده انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی (مانند حصار ذهن، انتظارات، ارزش‌های مبهم، قطع ارتباط با زمان حال و تلاش برای اجتناب) و پادزهر آن‌ها یعنی شش فرایند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (رهایی از ذهن، تضعیف انتظارات نه حذف آنها، ارزش‌های واضح، یکی شدن با همسر و پذیرش رنج) بر رشد صمیمیت زناشویی و ابعاد آن از جمله صمیمیت اجتماعی همسران مؤثر واقع می‌شود. از دیدگاه لو و مک‌کی (۲۰۱۷) زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق استعاره‌های خود کمک می‌کند که زوج‌ها به گسلس دست یابند و در تولیدات ذهنی خود گیر نکنند. استفاده از تکنیک‌های گسلس شناختی می‌تواند برای ایجاد فاصله بین افکار برخاسته از الگوهای ناسازگارانه مفید واقع شود، زیرا این افکار، زوج‌ها را به سوی رفتارهای اجتنابی آشنا سوق داده و آن‌ها را وادار به انجام فعالیت‌هایی می‌کند که حاصل آن آشفتگی، تعارض، دور شدن زوج‌ها از یکدیگر و رشد روابط غیرصمیمانه است. گسلس شناختی به زوج‌ها کمک می‌کند تا از افکار ناشی از الگوهای ناسازگار قدیمی جدا شوند و این افکار مانعی برای انجام فعالیت‌های ارزش‌مدار نباشند. همچنین براساس دیدگاه ACT یکی دیگر از موانع صمیمیت زوج‌ها گیر کردن در داستان‌های ذهنی آشنای قدیمی است. این حالت مشکلات مختلفی را برای فرد در روابطش با خود و دیگران به بار می‌آورد. از سوی دیگر خود به عنوان زمینه یعنی رشد خود مشاهده‌گر و مشاهده موضوعات درونی و افکار مربوط به خود و همسر به عنوان پدیده‌های گذرا و دائماً در حال تغییر. فرد به عنوان مشاهده‌گر می‌تواند متوجه تجربه‌های درونی‌اش (افکار و احساسات ناخواسته) باشد، با همه آن‌ها در تماس باشد و فاصله‌اش را با داستانی که ذهنش تعریف می‌کند، حفظ کند. خود به عنوان زمینه به زوج‌ها کمک می‌کند دیدگاه انعطاف‌پذیری نسبت به خودگویی‌های‌شان درباره خود و همسرشان اتخاذ کنند. هدف این فرایند این است که به زوج‌ها کمک

کند دیدگاهی انعطاف‌پذیرتر و مشفقانه‌ای نسبت به یکدیگر داشته باشند. به طور کلی بر طبق رویکرد ACT فرایندهای انعطاف‌پذیری روانی می‌توانند انسان‌ها را در گذر از آستانه دشوار اجتناب تجربی و حفظ صمیمیت در رابطه یاری رسانند.

یافته دیگر پژوهش حاضر بیان‌گر موفقیت زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زوج‌های مورد مطالعه بود. این یافته به این معناست که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوج‌ها در پایان مرحله مداخله به اندازه‌ای که از نظر بالینی معنادار محسوب می‌شود، افزایش یافته بود. نتایج حاصل از پی‌گیری هم‌نشان داد که ماندگاری بهبودی حاصله شده برای هر سه زوج از نظر بالینی معنادار بوده است. بررسی نتایج بر اساس تحلیل دیداری نیز نشان داد که تغییرات درمانی روند صعودی داشته‌اند، که بیانگر اثربخشی مداخله‌های درمانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوج‌های مورد مطالعه بود. این یافته با یافته‌های ژانگ و همکاران (۲۰۱۸)، ساندوز و همکاران (۲۰۱۵) و مقتدایی و خوش اخلاق (۱۳۹۴) هم‌سو بود. براساس مدل آسیب‌شناسی ACT الگوهای رفتاری انعطاف‌ناپذیر و ناسازگار زمانی بوجود می‌آیند که اشخاص تلاش به اجتناب و ثابت نگه‌داشتن رویدادهای شخصی ناخوشایندشان (برای مثال افکار، احساسات بیرونی و درونی) می‌کنند (هیز، ویلسون، گیفورد، فلوت<sup>۱</sup> و استروسال، ۱۹۹۶). آمیختگی شناختی شامل تجربیات یا قوانین انعطاف‌ناپذیر، اعتقادات، انتقادات و قضاوت‌ها و استدلال‌های محدود به خود می‌شود. ترکیبی از آمیختگی شناختی با اجتناب تجربه‌ای و فقدان عمل متعهد با ارزش، منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین می‌شود که نقشی اساسی را در ایجاد و حفظ دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی شامل افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، اختلال وسواس فکری و عملی، اختلال درد و خودکشی ایفا می‌کند (هیز، لوما<sup>۲</sup>، باند، ماسودا<sup>۳</sup> و لیلیس، ۲۰۰۶) در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌ناپذیری روانی به منزله‌ی فرایند آسیب‌شناختی اصلی در نظر گرفته می‌شود. هنگامی که افراد برحسب عادت درگیر رفتارهای اجتنابی خاصی شوند، علائمی مشکل‌ساز و یک روش زندگی محدود ظهور خواهند کرد. درمان ACT با کمک شش فرایند مرکزی‌اش به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد منجر می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقطه مقابل همجوشی شناختی، اجتناب تجربی، خود ادراکی، توجه افراطی به گذشته یا آینده، ارزش‌های مبهم، بی‌عملی، تکانشی بودن یا اجتناب مداوم است (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). ACT با رشد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثرات مثبتی روی توان فرد در مقابله با استرس‌زاهای درونی و بیرونی و نیز اثرات مثبتی روی رفاه و آسایش افراد در محیط تعاملی خانواده دارد (مارتین، استاجرز و اندرسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). هرچه توانایی زوج‌ها برای هشیاری کامل، باز بودن نسبت به تجارت‌شان و انجام عمل مبتنی بر ارزش‌های‌شان بالاتر باشد، کیفیت زندگی آن‌ها نیز بالاتر خواهد بود. همچنین، از راه درگیر شدن کامل با زندگی و اجازه دادن به این که ارزش‌های‌شان آن‌ها را هدایت کنند، می‌توانند زندگی هدفمندتری به همراه حس سرزندگی را تجربه کنند.

به طور کلی بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش پذیرش، ذهن‌آگاهی و رفتارهای متعهدانه از کارایی لازم در بهبود صمیمت اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در روابط زوجی برخوردار است. درمان ACT با

1. Wilson, Gifford, Follette
2. Luoma
3. Masuda
4. Martin, Staggars & Anderson

افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثرات مثبتی روی رفاه و آسایش افراد در محیط تعاملی خانواده دارد. همچنین نقش مهمی در شکل‌گیری و تحول توان‌مندی‌های مختلف در تعاملات میان زوجها ایفاء می‌کند. زوج‌هایی که از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برخوردارند می‌توانند مشکلات و موقعیت‌های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده و ایده‌های جدیدتری را ارائه کنند؛ همچنین تحمل تعارض در آن‌ها بیشتر شده و سازگاری بالاتری را در مرادات خود تجربه نمایند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: محدود بودن جامعه‌ی آماری به زوج‌های ناسازگار و تعداد محدود شرکت‌کنندگان در طرح که ناشی از محدودیت‌های روش‌شناختی این پژوهش بود، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌ساخت. به لحاظ روش‌شناختی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های آزمایشی حقیقی بین آزمودنی، از جمله طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر، به ارزیابی دقیق‌تر روایی این روش در بهبود صمیمیت اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوجها پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تأثیر درمان مورد استفاده در پژوهش حاضر بر علائم مختلف آسیب‌شناختی زوجها مانند علائم افسردگی، اضطراب و سایر علائم آسیب‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین از لحاظ کاربردی با توجه به مزایای مختلف مدل زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به مشاورها و روانشناس‌های حوزه زوج و خانواده‌درمانی پیشنهاد می‌شود که از این رویکرد درمانی برای بهبود کارکردهای زناشویی زوجها بهره‌مند شوند.

### منابع

- اخلاقی امیری، صفیه (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر خودنظم‌بخشی در افزایش صمیمیت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- امان‌الهی، عباس؛ حیدریان فر، نرگس؛ خجسته‌مهر، رضا؛ ایمانی؛ مهدی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوجها. دو فصلنامه مشاوره کاربردی. ۴ (۱): ۱۰۳-۱۱۹.
- سعادت‌منند، خدیجه؛ بساک‌نژاد، سودابه؛ امان‌الهی، عباس. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت و بخشش زوجها. روان‌شناسی خانواده، ۴ (۱)، ۴۱-۵۲.
- صداقت‌خواه، عاطفه؛ بهزندی‌پور، ساره (۱۳۹۶). پیش‌بینی کیفیت روابط زناشویی بر اساس باورهای ارتباطی، ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی. فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه. ۸ (۲). ۵۷-۷۶.
- مقتدایی، مسعود و خوش‌اخلاق، حسن (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری در همسران جانبازان. اولین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین علوم تربیتی و روان‌شناسی ایران. مرکز مطالعات اسلامی سروش حکمت رضوی.

- Bagarozzi, D. A. (2001). *Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Handbook*. Brunner-Routledge.
- Bagarozzi, D. A. (2013). *Working With Primitive Defenses in Couple Therapy. Cade exaples of Borderline and Narcisctic Dynamics*. In: *Couples in Coullusion. Short-Term Assessment-Based Strategies for Helping Couples Disarm Their Defenses*. Rouledge.
- Baruch, D., Kanker, J., Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: Enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8(3): 241-257.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R.

- D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4): 676-688.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of school psychology*, 57: 41-52.
- Constant, E., Vallet, H. Nandarino, J. L., Christophe, V. (2016) Personal assessment of intimacy in relationships: Validity and measurement invariance across gender. *Revue Europeenne psychologie appliquee*, 66: 109-116.
- Dahl, J., Stewart, I., Martell, C., & Kaplan, J. S. (2014). *ACT and RFT in relationships: Helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory*. New Harbinger Publications.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications.
- Gaynor, S. T., Baird, S. C., & Nelson-Gray, R. O. (1999). Application of time series (single-subject) designs in clinical psychology. In P. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 297-329). New York: John Wiley & Sons.
- Gehart, D. R. (2012). *Mindfulness and acceptance in couple and family therapy*. Springer Science & Business Media.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Lillis. (2012). *Acceptance and commitment therapy (Theory Psychotherapy)*. American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1): 1-25.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 43-58). New York, NY: Springer, 2004 edition.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 64(6): 1152-1168.
- Hatfield, E., Bensman, L., & Rapson, R. L. (2012). Love and intimacy. In V. S. Ramachandran(Ed), *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd Ed., 2 New York: Academic Press. 550-556.
- Kardan-Souraki M, Hamzehgardeshi Z, Asadpour I, Mohammadpour RA, Khani, S. (2016). A review of marital intimacy-enhancing interventions among married individuals. *Global Journal of Health Science*, 8(8): 74-93.
- Karimi, S., Hasani, M., Soltani, Z., Dalvand, M. R., Zohdi, M. H. (2012). Effects of communication skills training on increasing intimacy between male teachers and their spouses: A case study in Baane City. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2(3): 3653-3659.
- Lankveld, J., V., Jacobs, N., Thewissen, V., Dewitte, M& Verboon, P. (2018). The associations of intimacy and sexuality in daily life: Temporal dynamics and gender effects within romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(4): 557-576.
- Lev, A., & McKay, M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A Clinician's Guide to Using Mindfulness, Values, and Schema Awareness to Rebuild Relationships*. New Harbinger Publications.
- Mahin Torabi, S. (2011). The effects of cognitive-behavioral training on adjusting expectations, irrational, emotional maturity and marital dissatisfaction in women. *Journal of Behavioral Sciences*, 2: 2-10.

- Martin, M. M., Staggars, S. M., & Anderson, C. M. (2011). The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency, and self-compassion. *Communication Research Reports*, 28(3): 275-80.
- Mohammadi, B., Zaharakar, K., & Davarniya, R. (2014). Investigation into the Role of Religiosity and its Dimensions in Predicting of Marital Commitment of Personnel of State Welfare Organization of North Khorasan. *Journal of Religion and Health*, 2(1): 15-23.
- Novak, J. (2015). Book Reviews: ACT and RFT in Relationships: Helping Client Deepen Intimacy and Maintain Healthy Commitments Using Acceptance and Commitment Therapy and Relational Frame Therapy, by Dahl, J., Stewart, I., Martell, C., & Kaplan, J. S (2013). Oakland, CA: New Harbinger Publications. *Journal of Couple and Relationship Therapy*. 14(3): 298-299.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review*, 21(3): 421-446.
- Randall AK, Bodenmann G.(2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*. 29:105–15.
- Rathgeber, M., B€urkner, P. C., Schiller, E. M., & Holling, H. (2018). The Efficacy of Emotionally Focused Couples Therapy and Behavioral Couples Therapy: A Meta-Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. Doi: 10.1111/jmft.12336.
- Sandoz, E. K., Moyer, D. N., & Armelie, A. P. (2015). Psychological flexibility as a framework for understanding and improving family reintegration following military deployment. *Journal of marital and family therapy*, 41(4): 495-507.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the family*, 38: 15-28.
- TenHouten, Warren, D. (2007). *A General Theory of Emotions and Social Life*. London, UK: Rutledge.
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8: 2350.