

Biannual Journal of Applied  
Counseling  
2014, 4 (1), 104-120  
Received: 02 Feb 2014  
Accepted: 25 Dec 2014

دو فصلنامه مشاوره کاربردی  
۱۳۹۳، ۴ (۱)، ۱۰۵-۱۲۰  
دریافت: ۹۲/۱۱/۱۲  
پذیرش: ۹۳/۱۰/۰۷

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوجها

## Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Distressed Couples

Abbas Amanelahi  
Narges Heydarianfar  
Reza Khojastehmehr  
Mehdi Imani

عباس امان الهی\*  
نرگس حیدریان فر\*\*  
رضا خجسته مهر\*\*\*  
مهدی ایمانی\*\*\*

### Abstract:

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a revolutionary new development in human psychology. Originally developed for treating anxiety and depression, the principles of ACT can be applied to a broad range of human concerns, including marriage and couple therapy. The aim of this study was to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce psychological distress and interpersonal distress among couples of Dezful. The population included all the couples that referred to the counseling center of the Education office. The sample consisted of 3 couples that were selected according to the results of the Outcome Questionnaire 45.2 (45.2-OQ) and the Dyadic Adjustment Scale (DAS). Non-congruent multiple baseline experimental single case study was used as the method of the present study. The Acceptance and Commitment Therapy protocol was carried out in three phases of the intervention (Baseline, 12 sessions, and a one-month follow-up). Participants completed the Outcome Questionnaire 45.2 (45.2-OQ), before the treatment, during the treatment, and one month after the treatment had ended. Data were analyzed using visual inspection, the improvement percentage formula and the reliable change index (RCI) strategies. Results showed that the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has positive effects on all the variables of the study.

**Keywords:** acceptance and commitment therapy, distressed couples, interpersonal distressed

### چکیده

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک پیشرفت انقلابی در روان‌شناسی است که ابتدا برای درمان اضطراب و افسردگی به وجود آمده است. اصول برآمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در دامنه وسیعی از مشکلات انسان از جمله ازدواج و زوج‌درمانی مورد استفاده قرار گیرد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش پریشانی و پریشانی بین فردی زوجها در میان زوج‌های مراجعه‌کننده‌ی شهرستان دزفول بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی زوج‌های مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی اداره آموزش و پرورش شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۲ بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳ زوج (۶ نفر) از افراد مراجعه‌کننده به این کلینیک بود که با توجه به پرسش‌نامه‌ی نتایج (بی‌آمد) ۴۵،۲ (OQ-۴۵،۲) و مقیاس سازگاری زوجی (DAS) جزء زوج‌های پریشان قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند بود، به این صورت که زوجها پس از احراز شرایط ورود و پر کردن پرسش‌نامه‌ها وارد دوره‌ی درمانی می‌شدند. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سه مرحله‌ی خط پایه، مداخله‌ی ۱۲ جلسه‌ای و پیگیری ۱ ماهه اجرا گردید و آزمودنی‌ها قبل از درمان، میانه‌ی درمان، پایان درمان و ۱ ماه پس از پایان درمان به پرسش‌نامه نتایج (برآمد) ۴۵،۲ (OQ-۴۵،۲) پاسخ داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همه‌ی متغیرهای مورد مطالعه تأثیر مطلوب دارد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، پریشانی روانی، پریشانی بین فردی

a.amanelahi@scu.ac.ir

\* استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز  
\*\* کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز  
\*\*\* دانشیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز  
\*\*\*\* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شیراز

### مقدمه

زن و شوهر می‌توانند در روابط زناشویی برای یکدیگر ایمنی و آسایش فراهم کنند و یا اینکه منبعی برای پریشانی قابل توجه برای هم باشند (جانسون، ۱۹۹۹). پریشانی زناشویی<sup>۱</sup> به مشکلاتی اشاره دارد که زوجها به طور مکرر با آن مواجه می‌شوند و در این موقعیت‌ها زوجها مشکلات ارتباطی و حل مسئله، ایجاد مشکل در کار با یکدیگر و نپذیرفتن تفاوت‌های همدیگر را تجربه می‌کنند (جاکوبسن و کریستنسن، ۱۹۹۶). وقتی که یک زوج پریشان وارد بحث در مورد یک موضوع مرتبط با تعارض می‌شوند فرایندهای تعاملی مخربی اتفاق می‌افتد؛ هر یک از آن‌ها تلاش می‌کند تا دیگری را تغییر دهد، بنابراین تفاوت‌های آن‌ها تشدید می‌شود، دچار قطبی شدن<sup>۲</sup> می‌شوند، تلاش بیشتر در تغییر رفتار دیگری موضع آن‌ها را قطبی‌تر می‌کند، و افتادن در دام و گیر کردن نتیجه‌ی فرایند قطبی شدن است، در این گونه مواقع به نظر نمی‌رسد که هیچ چیزی بتواند رفتار شریک دیگر را تغییر دهد، هر یک از زوجها احساس درماندگی و ناامیدی می‌کنند اما به ندرت احساس خود را آشکار می‌کنند و از این که دیگری هم احساس به تله افتادن می‌کند بی‌اطلاع هستند. بنابراین آگاه ساختن هر یک از زوجها از به دام افتادن دیگری و داشتن موقعیت مشابه بخشی از فرایند درمان است (ویلر، کریستنسن و جاکوبسن، ۲۰۰۱). در طول دهه گذشته، تحقیقات قابل ملاحظه‌ای نشان داده‌اند که پریشانی زناشویی با سطح مشکلات جسمی و روانی فرد رابطه‌ی قوی دارد. علاوه بر این شواهد نشان می‌دهد که پریشانی زناشویی نه تنها با این مشکلات رابطه دارد بلکه نقشی علی در تولید و نگهداری آسیب‌شناسی فردی دارد (ویسمن و یوبلاکر، ۲۰۰۶).

در طول چند دهه‌ی گذشته درمان زوجها پریشان در بین محققان و درمانگران توجه قابل ملاحظه‌ای کسب کرده است. بازبینی حجم کار در زمینه‌ی زوج درمانی غیرممکن است. در بازبینی اولیه‌ی تاریخچه‌ی زوج درمانی<sup>۳</sup> گارمن و فرانکل (۲۰۰۲) بیان کردند که بسیاری از درمانگران به طور مکرر با زوجها کار می‌کنند و زوجها با مشکلات رابطه‌ای مختلف شامل: مشکلات ارتباطی، تعارض نقش، مشکلات جنسی، روابط نامشروع و مهارت‌های حل مسئله‌ی ضعیف درمان را طلب می‌کنند. این پیشرفت‌های قابل ملاحظه نشان می‌دهد که در کم‌تر از ۴۰ سال قبل رویکردهای زوج‌درمانی فاقد حمایت تجربی بوده‌اند و عمدتاً بدون یک پایه‌ی نظری انجام می‌شدند (گارمن و فرانکل، ۲۰۰۲).

تعدادی از مطالعات که تأثیر زوج‌درمانی را بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که: زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان<sup>۴</sup> (EFT) که بر تغییر چرخه‌ی تعاملات منفی رابطه با دستیابی به

- 
1. marital distressed
  2. polarized
  3. couple therapy
  4. Emotionally Focused Couple Therapy

احساسات و نیازهای دلبستگی تمرکز می‌کند بالاترین تأثیر را در درمان پریشانی زناشویی داشته است (جانسون و لبوو، ۲۰۰۰). علاوه بر این زوج درمانی رفتاری سنتی<sup>۱</sup> (TBCT) در بیش از ۲۰ آزمایش بالینی تصادفی مؤثر بوده است (جاکوبسن، کریستنسن، پرینس، کوردووا و الدریج، ۲۰۰۰). اگر چه اثربخشی زوج درمانی رفتاری سنتی ثابت شده است اما نگرانی در مورد محدودیت‌های آن و حفظ تغییرات بلندمدت باعث شد که بنیان‌گذاران زوج درمانی رفتاری سنتی یک رویکرد جدید به نام زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر<sup>۲</sup> (IBCT) را به وجود آورند. اما به طور کلی هنوز هم نگرانی‌هایی در مورد اثرات درازمدت زوج‌درمانی وجود دارد و همین امر لزوم به وجود آمدن موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری<sup>۳</sup> (CBT) را نشان می‌دهد (جانسون و لبوو، ۲۰۰۰). نمونه‌هایی از سومین موج مداخلات درمان شناختی رفتاری عبارتند از: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> (ACT)، رفتار درمانی دیالکتیک<sup>۵</sup> (DBT، لینهان، ۱۹۹۳)، شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی<sup>۶</sup> (MBCT، سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۱)، و رویکردهای فراشناختی<sup>۷</sup> (ولز، ۲۰۰۰). به طور مستقیم این مداخلات به جای تمرکز بر تغییر رویدادهای روانی، به دنبال تغییر عملکرد این رویدادها و رابطه‌ی فرد با آن‌ها، از طریق استراتژی‌هایی مثل تمرکز حواس، پذیرش و ناهمجوشی شناختی هستند (تیزدل، ۲۰۰۳).

علل استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بر ارزیابی و توسعه‌ی یک طرح درمانی است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی عملکرد رفتاری مراجع تأکید می‌شود نه علت‌یابی. درمان مبتنی بر پذیرش یک نوع رفتاردرمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزارنده است (هیز، استراسال و ویلسون، ۱۹۹۹). از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسعه و نگهداری پریشانی، تعارض و فاصله‌ی عاطفی در زوجها، ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده‌ی هر یک از آن‌ها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه‌ی زن و شوهر است. واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه‌ی منفی و عمل بر طبق آن‌ها چرخه‌ی رابطه‌ی منفی زوجها را حفظ می‌کند (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون، ۲۰۰۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیرضروری زوجها است که به وسیله‌ی اجتناب‌های تجربی هر یک از آن‌ها ناشی می‌شود. هدف اصلی این نوع از زوج درمانی کمک به هر یک از زن و شوهر است برای این که از فرآیندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود چه به تنهایی و چه در رابطه‌ی دو نفره آگاه

1. Traditional Behavioral Couple Therapy
2. Integrative Behavioral Couple Therapy
3. Cognitive-Behavior Therapy
4. Acceptance and Commitment Therapy
5. Dialectical Behavior Therapy
6. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
7. meta-cognitive approaches

شوند، ارزش‌هایی که آن‌ها را در رابطه نگه داشته است را روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به طور مداوم متناسب با این اهداف هستند حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند. معمولاً زوجها از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد و یا تعارض اجتناب می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوجها نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش می‌دهد. به طور واضح نشان داده می‌شود که وقتی یکی از زوجها از لحاظ عاطفی احساس آسیب و یا ناتوانی و ضعیف شدن می‌کند به فاصله‌ی عاطفی روی می‌آورد. هر چند فاصله‌ی عاطفی از افراد محافظت می‌کند و امکان پریشانی عاطفی در آینده را کاهش می‌دهد. با یادگیری مهار این افکار، پذیرش آگاهانه‌ی این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که به طور مداوم ارتباط و صمیمیت عاطفی زوجها را هدف قرار می‌دهد تمرین می‌شود. همان‌طور که زوجها شروع به به‌کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر می‌شوند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند، و به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد داده می‌شود. و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطه‌ی دوطرفه، این فرصت را برای زوجها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری برقرار کنند (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون، ۲۰۰۹).

نتایج مطالعه‌ی پترسون و همکاران (۲۰۰۹) که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در زوج‌های پریشان به کار بردند حاکی از آن بود که هر دو زوج پس از پایان درمان، سازگاری خوب و مداومت در بهبود را نشان دادند. همچنین در مطالعه‌ی آن‌ها پریشانی بین فردی هر دو زوج کاهش یافت و زوجین تا پایان درمان به بهبودی ادامه دادند. و در ۶ ماه پیگیری نمراتی در محدوده‌ی غیرپریشان را گزارش دادند. در ضمن هر دو زوج در پایان درمان کاهش پریشانی کلی زناشویی را نشان دادند. مطالعه‌ی آن‌ها همچنین افزایش سطح تمرکز حواس اندازه‌گیری شده به وسیله‌ی MAAS از پیش از درمان تا پیگیری ۶ ماهه را نشان داد. کارسون، کارسون، گیل و باکوم (۲۰۰۴) در پژوهش خود بر روی ۴۴ زوج نشان دادند که سطوح بالاتر تمرکز حواس با بهبود کیفیت زناشویی و کاهش استرس رابطه ارتباط دارد. با توجه به مطالب بیان شده این پژوهش در پی بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روانی و بین فردی زوجها پریشان است.

### فرضیه‌های پژوهش

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش پریشانی روانی زوجها مؤثر است.
۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش پریشانی بین فردی زوجها مؤثر است.

### روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌موردی از نوع طرح خط پایه<sup>۱</sup> چندگانه<sup>۱</sup> استفاده شد. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها به صورت همزمان وارد مرحله‌ی خط پایه<sup>۲</sup> و با قرار گرفتن به صورت تصادفی در یکی از دوره‌های انتظار دو یا سه هفته‌ای در مرحله‌ی خط پایه وارد مرحله‌ی درمان ۱۲ جلسه‌ای و سپس پیگیری (در طی یک دوره‌ی ۱ ماهه) شدند.

### جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی زوج‌های مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی اداره آموزش و پرورش شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۲ بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳ زوج (۶ نفر) از افراد مراجعه‌کننده به این کلینیک بود که با توجه به مصاحبه‌ی اولیه و نمره‌های پرسش‌نامه‌ی نتایج (پی‌آمد) ۴۵,۲ (OQ-۴۵,۲) و مقیاس سازگاری زناشویی (DAS) جزء زوج‌های پریشان قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند بود به این صورت که زوجها پس احراز شرایط ورود و پر کردن پرسش‌نامه‌ها وارد دوره‌ی درمانی می‌شوند. ملاک‌های ورود عبارتند از:

افرادی که شرایط زیر را داشتند وارد پژوهش حاضر شدند.

۱. وجود پریشانی زناشویی برای زوجها براساس: مصاحبه و کسب نمره‌ی ۶۳ و یا بالاتر در مقیاس نتایج.

۲. وجود آشفتگی زناشویی در زوجها براساس کسب نمره‌ی پایین‌تر از ۱۰۰ در مقیاس سازگاری زوجی.

۳. داشتن حداقل مدرک دیپلم.

ملاک‌های حذف عبارتند از:

۱. اگر زوجها (زن یا مرد) دارای یکی از شرایط زیر بودند از پژوهش حاضر حذف شدند.

۲. داشتن هر یک از اختلالات محور I

۳. داشتن هر یک از اختلالات محور II

۴. استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی و روان‌گردان در چهار ماه قبل از اولین جلسه.

۵. استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای برای هر اختلال روانی محور I و II

و مسائل زناشویی در چهار ماه قبل از اولین جلسه‌ی درمان.

۶. خطر آشکار خودکشی در حال حاضر.

- 
1. Multiple baseline
  2. Baseline Phases

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه‌ی نتایج (برآمد) ۴۵,۲ (OO-۴۵,۲)**: پرسشنامه نتایج (برآمد) ۴۵,۲ (OO-۴۵,۲) (لامبرت، بارلینگمی، آمفرس، هندسن، ورماسچ و کلووز، ۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری پریشانی روانی و بین‌فردی زوجها در طول دوره‌ی درمان مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه نتایج (برآمد) به این منظور طراحی شده است تا در طول درمان برای اندازه‌گیری پیشرفت درمان مراجع مورد استفاده قرار گیرد.

این پرسشنامه شامل یک گویه کلی و سه خرده‌مقیاس است که پریشانی مرضی<sup>۲</sup>، پریشانی بین‌فردی و نقش‌های اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کنند و هر کدام به ترتیب شامل ۲۲، ۱۱ و ۹ گویه هستند. نمره بالاتر از ۱۵ در خرده‌مقیاس پریشانی بین‌فردی نشان دهنده‌ی وجود پریشانی بین‌فردی است. نمره‌ی ۶۳ و یا بالاتر در مقیاس کلی، پریشانی روانی را نشان می‌دهد. وقتی که نمرات خرده‌مقیاس‌ها، از ۱۴ پایین‌تر باشند و یا نمره‌ی کل از ۶۳ پایینتر باشد نشان دهنده‌ی بهبود یافتن مراجعان است. در پژوهش لامبرت و همکاران (۱۹۹۶) همسانی درونی (۰/۹۳) و اعتبار بازمایی (۰/۸۴) این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۴ به دست آمد. در این مطالعه از پریشانی روانی کلی و نمره خرده‌مقیاس پریشانی روابط بین‌فردی استفاده خواهد شد. در مطالعه‌ی حاضر انحراف استاندارد این ابزار به صورت کلی ۵/۳۷ و برای خرده‌مقیاس پریشانی بین‌فردی ۱/۰۱ به دست آمد.

**مقیاس سازگاری زوجی (DAS)**: مقیاس سازگاری زوجی (DAS) رضایت و سازگاری زناشویی با استفاده از مقیاس سازگاری زوجی (DAS) محاسبه شد. یک مقیاس ۳۲ گویه‌ای برای اندازه‌گیری کیفیت سازگاری در ازدواج و روابط دوتایی شبیه آن (اسپانر، ۱۹۷۶؛ اسپانر و فیلسینگر، ۱۹۸۳). DAS یک نمره سازگاری کلی و همچنین نمره‌هایی در ۴ خرده‌مقیاس: رضایت، همبستگی<sup>۳</sup>، توافق عمومی<sup>۴</sup> و بیان عواطف<sup>۵</sup> را به دست می‌دهد. نمرات این مقیاس از ۰ تا ۱۵۱ متغیر است. نمره کلی بیشتر از ۱۰۰ روابط با سازگاری خوب را نشان می‌دهد در حالی که نمرات پایین‌تر از ۱۰۰ پریشانی بالینی قابل‌توجه را نشان می‌دهد. هرچند روی خرده‌مقیاس‌ها نمرات تفسیری برای معنی‌داری بالینی وجود ندارد، در این مطالعه خرده‌مقیاس رضایت با دامنه‌ی ۰-۵۰ با نمرات بالاتر، که سطوح بالاتر رضایت را نشان می‌دهد مورد استفاده قرار گرفته است. اعتبار همزمان و پیش‌بین DAS نشان می‌دهد نمرات پایین‌تر با افزایش احتمال خشونت خانگی، افسردگی بیشتر و ارتباطات ضعیف ارتباط دارد (استوارت، ۱۹۹۲). ضرایب آلفا در دامنه‌ی ۰/۹۵ به دست آمد (همچنین DAS اعتبار خوب با ثبات درونی بالا برای مقیاس کل و ۰/۹۰

1. outcome questionnaire
2. symptomatic distress
3. cohesion
4. consensus
5. affectional expression

بالا و پایین نمرات را نشان داد. اعتبار DAS در محدوده‌ی ۰/۵۸ تا ۰/۹۶ با میانگین ۰/۹۱ تخمین زده شد (اسپانیر و تامپسون، ۱۹۸۲). از این مقیاس برای انتخاب افراد نمونه استفاده شد.

### روند اجرای پژوهش

ابتدا زوج‌های واجد شرایط انتخاب شدند. برای دستیابی به این منظور ابتدا با زوج‌ها مصاحبه و پس از تشخیص اولیه مبنی بر داشتن شرایط ورود به تحقیق، پرسشنامه‌های مزبور به آن‌ها داده شد. با توجه به نمره‌های زوج در پرسشنامه‌ها و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و حذف نمونه‌ی مورد نظر انتخاب شد. سپس همه‌ی آزمودنی‌ها به طور همزمان وارد مرحله‌ی خط پایه، و به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله‌ی یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند.

برای درمان از طرح درمان ۱۲ جلسه‌ای برای درمان پیوسته‌ی زوج‌ها که بر اساس کتابچه‌ی راهنمای ACT ایفرت و فورسایت (۲۰۰۵) توسط پترسون و همکاران (۲۰۰۹) بسط و توسعه داده شده است استفاده شد.

### خلاصه‌ی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	استراتژی	مداخلات
جلسه‌ی اول ارزیابی و جهت‌گیری درمان	گرفتن جزئیات از زوج‌ها معرفی ACT	معرفی تمرکز تمرینات
جلسه‌ی دوم ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی ارزیابی برای منع موارد مصرف: خشونت خانگی، روابط نامشروع روانی غیرقابل درمان	جلسه طرح ریزی زوجی یکپارچه‌سازی ارزیابی فردی و زوجی
جلسه‌ی سوم ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ی بی‌اثر	بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب زوج‌ها توسعه‌ی ناامیدی خلاق	استفاده از استعاره تله انگشت‌چینی و تمرین جنگ و تقلا با همسر
جلسه‌ی چهارم تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس	تمرین پذیرش افکار و احساسات
جلسه‌ی پنجم هم‌جوئی شناختی	تشریح و توضیح رابطه‌ی منفی افکار برای زوج‌ها توسعه‌ی دیدگاه ناظر و مقایسه‌ی واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر	تمرین راننده اتوبوس افکار روی برگه‌های تمرین افکار روی برگه‌های تمرین تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
جلسه‌ی 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 روی سنگ قبر
جلسه‌ی هشتم شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده‌ی خود	بازبینی کاربرد ارزش‌ها بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به مراجعان تا به جای غلبه بر آن‌ها با آن‌ها حرکت کنند.	کاربرگ عمل متعهد بازبینی تمرین راننده اتوبوس
جلسه‌ی نهم ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه جلسه‌ی دهم	معرفی تمایل طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ	کاربرگ عمل متعهد کار برگ اقدام متعهد

جلسه	استراتژی	مداخلات
خود به عنوان زمینه در این رابطه	تجربه داشتن زوج‌ها در خود به عنوان زمینه‌ی رابطه	استعاره‌ی صفحه‌ی شطرنج
جلسه‌ی یازدهم پذیرش و اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه‌ی عمل متعهد	کاربرگ اقدام متعهد
جلسه‌ی دوازدهم کار در جهت پایان	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	گرفتن کاربرگ اقدام متعهد در خانه CD تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه

## جدول ۱

## ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	جنسیت	سن	تحصیلات	مدت ازدواج (برحسب سال)	مدت پریشانی (برحسب سال)	سابقه روان‌درمانی
اول	مرد	۳۷	دیپلم	۱۲	۴	خیر
دوم	مرد	۳۳	فوق دیپلم	۷	۳	خیر
سوم	مرد	۳۰	دیپلم	۵	۳	خیر
	زن	۲۳	دانشجو			

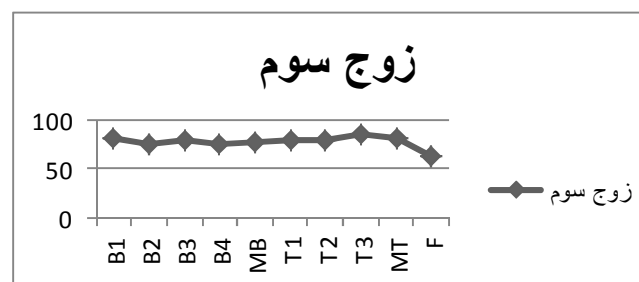
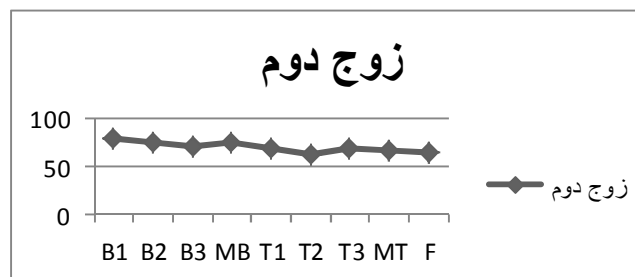
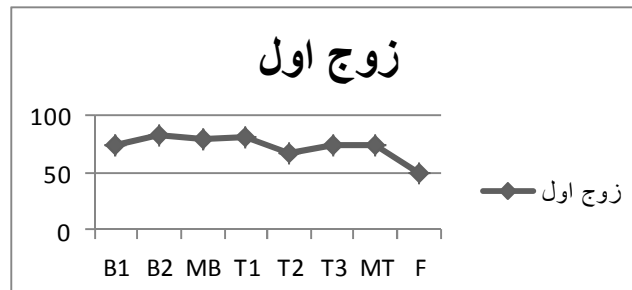
## یافته‌ها

## جدول ۲

## روند تغییر مراحل درمان سه زوج در پرسش‌نامه‌ی نتایج

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد			گروه‌های درمانی آزمودنی‌ها
زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	
			مراحل درمان
۸۲	۸۰	۷۴,۵	خط پایه‌ی اول
۷۴,۵	۷۵,۵	۸۳	خط پایه‌ی دوم
۷۹	۷۱,۵	-	خط پایه‌ی سوم
۷۵,۵	-	-	خط پایه‌ی چهارم
۷۷,۷۵	۷۵,۶۶	۷۸,۷۵	میانگین مراحل خط پایه
۸۰	۶۸,۵	۸۰,۵	جلسه‌ی چهارم
۷۹	۶۱,۵	۶۶,۵	جلسه‌ی هشتم
۸۵,۵	۶۸	۷۴,۵	جلسه‌ی دوازدهم
۸۱,۵	۶۶	۷۳,۸۳	میانگین مراحل درمان
۱,۲۴	۳,۱۹	۱,۶۲	شاخص تغییر پایا (درمان)
-۴,۸۲	۱۲,۷۶	۶,۲۴	درصد بهبودی پس از درمان
	۷,۹۴		درصد بهبودی کلی پس از درمان
پیگیری			
۶۲,۵	۶۳,۵	۴۹,۵	پیگیری یک ماهه
۵,۰۴	۴,۰۲	۹,۶۸	شاخص تغییر پایا (درمان)
۱۹,۶۱	۱۶,۰۷	۳۷,۱۴	درصد بهبودی پس از درمان
	۲۴,۲۷		درصد بهبودی کلی پس از درمان





نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های پرسش‌نامه‌ی نتایج زوج‌ها در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری یک ماهه

جدول ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های پریشانی هر سه زوج با داشتن نوساناتی، در مرحله‌ی پیگیری کاهش یافته است. مقدار شاخص تغییر پایا در زوج اول، دوم و سوم در جلسه‌ی پیگیری به ترتیب ۹,۶۸، ۴,۰۲، ۵,۰۴ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری ( $p > 0.05$ ) نمره‌ی هر سه زوج به بالاتر از  $Z=1.96$  رسیده است. بنابراین می‌توان گفت که تغییرات در هر سه زوج قابل قبول و بیانگر تأثیرات فرایند درمان است. علاوه بر این همان‌طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود زوج اول و دوم و سوم به ترتیب در مرحله‌ی پیگیری دارای درصد بهبودی ۳۷,۱۴، ۱۶,۰۷، ۱۹,۶۱ (با درصد بهبودی کلی ۲۴,۲۷) می‌باشند.

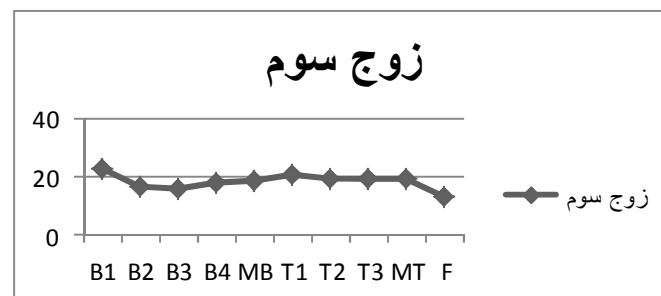
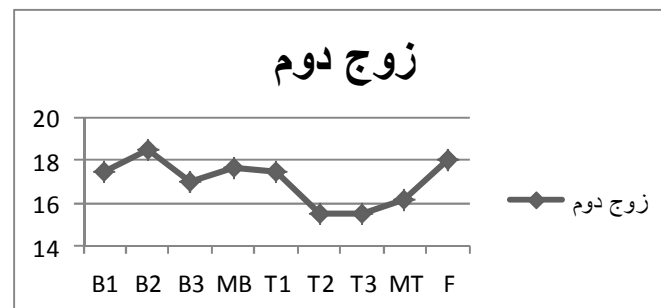
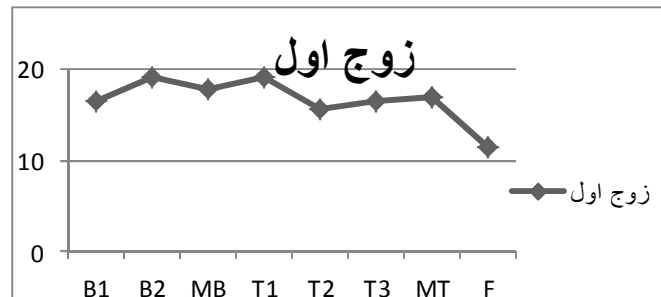
نمودار ۱ میانگین و سطح نمره‌های پریشانی روانی هر سه زوج را نشان می‌دهد. نمودار زوج اول حالت نزولی داشته و در مرحله‌ی پیگیری شیب کاهش بیشتر می‌شود. در زوج دوم نیز روند نزولی در مرحله‌ی خط پایه و با شروع درمان تا جلسه‌ی هشتم به صورت منظم و پیوسته ادامه دارد. و در مرحله‌ی پیگیری کاهش و شیب نزولی نمودار محسوس‌تر است. در زوج سوم نمودار نوسانات بیشتری را نشان می‌دهد به صورتی که شیب نمودار با شروع درمان حالت صعودی پیدا می‌کند و در طول درمان نیز به صعودی بودن ادامه می‌دهد ولی با مرحله‌ی پیگیری حالت نزولی دارد و حتی به پایین‌تر از خط پایه می‌رسد.

بنابراین براساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که نمره‌های پریشانی هر سه زوج تا پایان مرحله‌ی پیگیری کاهش یافته است. علاوه بر این چنانچه جدول ۲ نشان می‌دهد در مرحله‌ی پیگیری میزان شاخص تغییر پایا در هر سه زوج بیانگر تأثیرات و موفقیت درمانی است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روانی زوجها مؤثر بوده است.

### جدول ۳

روند تغییر مراحل درمان سه زوج در پرسش‌نامه‌ی نتایج (خرده مقیاس پریشانی بین فردی)

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد			گروه‌های درمانی
زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	آزمودنی‌ها
مراحل درمان			
۱۸,۵	۱۷,۵	۱۶,۵	خط پایه‌ی اول
۱۶,۵	۱۸,۵	۱۹	خط پایه‌ی دوم
۱۶	۱۷,۵	-	خط پایه‌ی سوم
۱۸	-	-	خط پایه‌ی چهارم
۱۷,۲۵	۱۷,۸۳	۱۷,۷۵	میانگین مراحل خط پایه
۱۹,۵	۱۷,۵	۱۸	جلسه‌ی چهارم
۱۹	۱۵,۵	۱۵,۵	جلسه‌ی هشتم
۱۹	۱۵,۵	۱۷	جلسه‌ی دوازدهم
۱۹,۱۶	۱۶,۱۶	۱۶,۸۳	میانگین مراحل درمان
۳,۴۱	۲,۹۸	۱,۶۴	شاخص تغییر پایا (درمان)
-۱۱,۰۷	۹,۲۶	۵,۱۸	درصد بهبودی پس از درمان
۸,۵۳			درصد بهبودی کلی پس از درمان
پیگیری			
۱۳	۱۸	۱۱,۵	پیگیری یک ماهه
۷,۵۸	۰,۳۰	۱۱,۱۶	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۴,۶۳	-۰,۹۵	۳۵,۲۱	درصد بهبودی پس از درمان
۲۰,۲۶			درصد بهبودی کلی پس از درمان



نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های زوج‌ها در خرده مقیاس پریشانی بین فردی (پرسش‌نامه‌ی نتایج) در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری یک ماهه جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره‌های پریشانی بین فردی هر سه زوج با داشتن نوساناتی، در پایان درمان کاهش یافته است و این کاهش در مرحله‌ی پیگیری (به جز زوج دوم) نیز ادامه داشته است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در زوج اول، دوم و سوم در جلسه‌ی پیگیری به ترتیب ۱۱،۱۶، ۰/۳۰، ۷،۵۸ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری ( $p > 0/05$ ) فقط نمره‌ی زوج دوم به دلیل افزایش نمره‌ها در مرحله‌ی پیگیری پایین‌تر از  $Z=1,96$  است.

بنابر این می‌توان گفت که تغییرات در زوج اول و سوم قابل قبول و بیانگر اثرات درمانی است. ولی تغییرات زوج دوم فاقد معناداری بالینی است. علاوه بر این همان‌طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود زوج اول و دوم و سوم به ترتیب در مرحله‌ی پیگیری دارای درصد بهبودی (۳۵,۲۱، ۳۰,۹۵، ۲۴,۶۳) (با درصد بهبودی کلی ۲۰,۲۶) می‌باشند.

همچنین نمودار ۲ میانگین و سطح نمره‌های پریشانی بین فردی هر سه زوج را نشان می‌دهد. نمودار زوج اول با داشتن نوساناتی پس از درمان کاهش در نمره‌ی زوج را نشان می‌دهد و در مرحله‌ی پیگیری شیب کاهش بیشتر می‌شود. در زوج دوم نیز اگر چه در مرحله‌ی خط پایه نمره‌های زوج نوساناتی را نشان داده‌اند اما با ورود به درمان کاهش در نمره‌ها دیده می‌شود و نمودار روند نزولی پیدا می‌کند. با این حال در مرحله‌ی پیگیری افزایش محسوسی در نمره‌ی زوج دیده می‌شود. در زوج سوم نمودار نوسانات بیشتری را نشان می‌دهد به صورتی با شروع مرحله‌ی سنجش یا خط پایه کاهش قابل ملاحظه‌ای در نمره‌ی زوج مشاهده می‌شود ولی با شروع درمان مقداری افزایش در نمره‌ی زوج مشاهده می‌شود و این افزایش تا پایان درمان ثابت است. با این حال در مرحله‌ی پیگیری شیب نمودار حالت نزولی پیدا می‌کند و حتی به پایین‌تر از خط پایه اول می‌رسد.

بنابراین براساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که دو زوج از سه زوج تا پایان درمان کاهش معناداری را در نمره‌های پریشانی بین فردی خود نشان دادند. زوج سوم با شروع درمان در سطح نمره‌های پریشانی بین فردی خود افزایشی را نشان داد ولی در مرحله‌ی پیگیری این افزایش کاهش یافت و به زیر سطح خط پایه رسید. علاوه بر این چنان‌چه جدول ۳ نشان می‌دهد در مرحله‌ی پیگیری میزان شاخص تغییر پایا در دو زوج از نظر بالینی بیانگر موفقیت درمانی است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی بین فردی زوجها در حد مطلوبی بوده است.

### بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روانی و پریشانی بین فردی زوجها بود. همان‌طور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روانی زوجها مؤثر است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که زوجها در حفظ اثرات درمانی تا مرحله‌ی پیگیری یک ماهه موفق بوده‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات پترسون و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زوجها پریشان با تلاش برای کنترل واکنش‌های عاطفی و شناختی در رفتار شریک و عمل به شیوه‌ای که باعث ایجاد واکنش‌های شناختی و عاطفی آشنا در شریک شود در تعاملات ناخواسته گیر می‌کنند. این

تلاش‌های کنترلی به رفتارهایی مثل: کناره‌گیری عاطفی، ارتباطات پر از تعارض و یا برای رهایی از افکار و احساسات ناخواسته‌ی حاصل از تعاملات رابطه به کناره‌گیری جسمی از دیگری منجر می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض می‌کند که وقتی زوج‌ها ناهمجوشی با واکنش‌های خصوصی را تمرین می‌کنند تغییر اتفاق می‌افتد. این ناهمجوشی به زوج‌ها کمک می‌کند تا کشمکش با واکنش‌ها و افکار منفی را کاهش و پذیرش فکر را افزایش دهند. این امر در نهایت ماهیت فراگیر رفتارها و الگوهای رابطه‌ای منفی را کاهش می‌دهد. با وارد شدن به درمان و آشنایی زوج‌ها با تمرینات پذیرش و تمرکز حواس حساسیت‌ها و کنترل‌های آن‌ها کاهش می‌یابد و روابط آن‌ها شکل جدیدی به خود می‌گیرد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زوج‌ها یاد می‌گیرند افکار را خنثی (مشاهده‌ی ساده افکار، بدون این‌که با کشمکش و یا طور دیگری واکنش نشان دادن به آن‌ها درگیر شوند) ببینند و پذیرش را تمرین کنند. این تمرینات باعث می‌شوند زوج‌ها نسبت به تفاوت‌های یکدیگر دید خنثی‌تری پیدا می‌کنند. افزایش شناخت و آگاهی از افکار و واکنش‌های خود احتمالاً به زوج‌ها کمک می‌کند که از واکنش‌های منفی درونی‌شان آگاه شوند و بنابراین کشمکش با الگوهای قدیمی اجتناب و رفتارهای متعارض را انتخاب نکنند. براساس چشم‌انداز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش ناهمجوشی شناختی و پذیرش فکر به زوج‌ها کمک می‌کند واکنش‌ها و افکار منفی را به شیوه‌های جدید تجربه کنند و مهار و پذیرش موقعیت‌ها و افکاری که قبلاً از آن‌ها اجتناب کرده‌اند و مانعی در رابطه محسوب می‌شدند، را یاد بگیرند. در نتیجه درگیری و به تبع آن پریشانی آن‌ها کاهش می‌یابد.

همچنین همان‌طور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی بین فردی زوج‌ها مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات پترسون و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در یک رابطه‌ی پریشان، به میزانی که زوج‌ها به افکار ارزیابی‌کننده در مورد شریک و رابطه مشغول شوند (مثل: او دقیقاً همان‌طوری است که من فکر می‌کنم) بر شدت مشاجرات تأثیر می‌گذارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر تکنیک‌های پذیرش و تمرکز حواس میزان پذیرش در زوج‌ها را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود زوج‌ها کم‌تر درگیر مشاجرات و بعد از آن کنترل یکدیگر می‌شوند. از طرف دیگر روشن‌سازی ارزش‌های رابطه و تعهد به عمل به شیوه‌هایی سازگار با این ارزش‌ها، فرصتی را برای زوج‌ها فراهم می‌کند تا رفتاری که به رضایت رابطه‌ای منجر می‌شود و باعث کاهش پریشانی روانی و بین فردی می‌شود را انتخاب کنند. زوج‌ها در این مطالعه روشن‌سازی ارزش‌ها را از طریق تمرینات تجربی درون جلسه‌ای و از طریق کامل کردن کاربرگ‌ها در بیرون جلسه تمرین کردند و گزارش دادند که روشن‌سازی ارزش‌ها در افزایش رضایت از رابطه‌ی آن‌ها خیلی مؤثر بوده است زیرا آن‌ها شروع به واضح‌تر

دیدن اهمیت رابطه در زندگی خود کرده‌اند. آن‌ها همچنین به آن‌چه که از نظر شریک خود در زندگی و در رابطه‌ی آن‌ها مهم است آگاهی پیدا کردند. این برای زن و شوهر فرصتی را فراهم می‌کرد تا متوجه‌ی رفتارهایی که واکنش‌های ناخوشایند شریک را برمی‌انگیزد باشند و در نتیجه رفتارهای مشکل‌زا را انتخاب نکنند و با آرامش بیشتری به رفتارهای شریک پاسخ دهند. به نظر می‌رسد بازشناسی ارزش‌های رابطه، با افزایش در رضایت و عمل در جهت ارزش‌ها مرتبط باشد و به احتمال بیشتری می‌تواند تغییرات بلندمدت مشاهده شده در داده‌ها را توضیح دهد. انجام تمرینات تجربی بین جلسه‌ای توسط هر یک از زوجها بخش مهمی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. با انجام این تمرینات توسط زوجها، هر عضو بینش و بازخورد فوری از تجربه‌ی خود و شریک را دریافت می‌کند.

### نتیجه‌گیری

هیچ یک از دو زوج شبیه یکدیگر نیستند، بنابراین بروز اختلاف سلیقه در زندگی زناشویی امر بدیهی به نظر می‌رسد. اما آن‌چه که یک زوج را از دیگری متمایز می‌کند شیوه‌ی برخورد با این اختلاف سلیقه‌ها است (توماس، ۱۹۷۶). اگرچه هنوز هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان جدید محسوب می‌شود. ادبیات نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دامنه‌ی گسترده‌ای از مشکلات و مراجعان مؤثر است. و پژوهش حاضر نشان داد که اقتباس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوجها می‌تواند نویدبخش باشد. اطلاعات حاصل از این مطالعه می‌تواند برای زوج‌درمانگران جهت بهبود ارتباطات، افزایش ارتباط عاطفی و افزایش صمیمیت زوجها مفید باشد. همچنین مطالعات آینده می‌توانند ارتباط میزان فرایندهای تمرکز حواس و نقش تغییر رفتار را در تغییر زوجها از رضایت زناشویی مورد ارزیابی و بررسی قرار دهند. محدود بودن نمونه پژوهش به زوجها‌ی پریشان شهر دزفول تعمیم یافته‌ها را به سایر زوجها با محدودیت روبرو می‌کند. به‌خاطر چنین محدودیت‌هایی واضح است که قبل از هر گونه نتیجه‌گیری محکم در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوجها، طرح‌های تحقیقاتی دقیق دیگر مورد نیاز است. پژوهش در زمینه به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زوجهای پریشان در نمونه‌های بزرگتر از پیشنهاد‌های دیگر پژوهش حاضر است.

### منابع

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.

- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). *Mindfulness-based relationship enhancement*. *Behavioral Therapy, 35*, 471–494.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 139–152.
- DeGenova, M. K., Patton, D. M., Jurich, J. A., & MacDermid, S. M. (1994). Ways of coping among HIV-infected individuals. *Journal of Social Psychology, 134*, 655–663.
- Fincham, F. D., Reis, H. T., & Rusbult, C. E. (2004). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: *Responsibility for marital problems*. In H. T. Reis & C. E. Rusbult (Ed.), *Close relationships: Key readings* (pp. 427–434). Philadelphia PA: Taylor & Francis.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1995). Post-traumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science, 4*, 61–z65.
- Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: *A millennial review*. *Family Process, 41*, 199–260.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *Behavior Analyst, 17*, 289–303.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: *Model, processes and outcomes*. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (1999). Emotionally focused couple therapy: Straight to the heart. In J. M. Donovan (Ed.), *Short-term couple therapy* (pp. 1242). New York Guilford.
- Johnson, S., & Lebow, J. (2000). The “coming of age” of couple therapy: A decade of review. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 23–38.
- Koster, E. H. W., Rassin, E., Crombez, G., & Naring, G. W. B. (2003). The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts

during imminent threat. *Behaviour Research & Therapy*, 41(9), 1113–1120.

- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351–355.
- Lambert, M., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., & Clouse, G. C., (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249–258.
- Leitenberg, H., Greenwald, E., & Cado, S. (1992). A retrospective study of longterm methods of coping with having been sexually abused during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 16, 399–407.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261–276.
- Moser, A. E., & Annis, H. M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: A prospective study of treated alcoholics. *Addiction*, 91, 1101–1114.
- Norton, R., (1983). Measuring marital quality—a critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family* 45, 141–151.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 430–442.
- Polusny, M., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 143–166.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. T. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Smari, J., & Holmsteinsson, H. E. (2001). Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusion, and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 13–20.
- Spanier GB, Thompson L. A. (1982) confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale *Journal of Marriage and the Family*, 44:731–738.



- 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.
- Spanier, G. B., & Filsinger, E. E. (1983). The dyadic adjustment scale. In E. E. Filsinger (Ed.), *Marriage and family assessment: A sourcebook for family therapy* (pp. 155–168). Beverly Hills: Sage Publications.
- Stuart, R. B. (1992). Review of the dyadic adjustment scale. In J. J. Kramer, & J. C. Conoley (Eds.), *The eleventh mental measurement yearbook* (pp. 297–298). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Teasdale, J. T. (2003). Mindfulness and the third wave of cognitive-behavioural therapies. Paper presented at the European Association for behavioural and cognitive therapies annual congresses, Prague, Czech Republic. therapy: What do we know? Where are we going. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85–93.
- Thomas, K. W. (1976). Conflict and conflict management. In M. D. Dunnette (Ed.), *The handbook of organizational and industrial psychology* (pp. 839-935). Chicago: Rand Mc Nally.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615–640.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wheeler, J. G., Christensen, A., & Jacobson, N. S. (2001). In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (3rd ed.) (pp. 609-630). New York: The Guilford Press.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology*, 20, 369–377.
- Wilson, G. T. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*, 27, 417–439.