

## مقایسه اثربخشی درمان مثبت نگر و معنادرمانی بر دشواری تنظیم هیجان زنان

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۱/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۱۵

### خلاصه

**مقدمه:** دشواری تنظیم هیجانی یکی از مسائل زنان است که اثربخشی رویکردهای مختلف بر آن نشان داده شده است؛ اما بین رویکرد مثبت نگر و معنادرمانی بر آن چه تفاوتی وجود دارد؟ هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان تاثیر درمان مثبت نگر و معنادرمانی بر تنظیم هیجانی در زنان متأهل بود.

**روش کار:** پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل والدین مونث و متأهل مدارس ابتدایی منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که با استفاده از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای، تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری جای داده شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴) بود. جلسات درمان مثبت نگر شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مبتنی بر پروتکل چان (۲۰۱۸) و کافمن و سیلبرمن (۲۰۰۹) بود و جلسات معنادرمانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مبتنی بر پروتکل اسچلنبرگ و همکاران (۲۰۱۰) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس و مقایسه زوجی بن‌فرونی تحلیل گردید.

**نتایج:** نتایج نشان داد که درمان مثبت نگر بر تمامی مولفه های تنظیم هیجانی تاثیر معناداری دارد ( $\text{sig} < 0/05$ ) ولی معنادرمانی فقط بر مولفه های عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه و عدم وضوح هیجانی تاثیر معناداری داشت ( $\text{sig} < 0/05$ ) ولی بر فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان تاثر معناداری نداشت ( $\text{sig} > 0/05$ )، با این حال تفاوت بین گروهی دو درمان در هیچ کدام از موارد معنادار نبود ( $\text{sig} > 0/05$ ).  
**نتیجه گیری:** در مجموعه نتایج نشان داد هر دو درمان گزینه مناسبی برای بهبود تنظیم هیجانی در زنان متأهل می‌باشد که می‌تواند مورد توجه و استفاده مشاوران و روان شناسان گردد.

**کلمات کلیدی:** درمان مثبت نگر، معنا درمانی، تنظیم هیجانی، زنان متأهل

راضیه دیدنی<sup>۱</sup>

مصطفی تبریزی<sup>۲\*</sup>

مژگان مردانی راد<sup>۳</sup>

ابوالفضل کریمی<sup>۴</sup>

۱ دانشجوی مقطع دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد

اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۲ استادیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳ استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران

مرکزی، تهران، ایران

۴ دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

Email: dr.mostafatabrizi@gmail.com



## مقدمه

هیجان و کفایت‌مندی در تنظیم و بروز آنها جزء جدایی ناپذیر روابط بین فردی، به ویژه در رابطه زناشویی می‌باشد (۱). استراتژی های تنظیم هیجان‌ات می تواند سازگارانه (مثلا بازبینی مثبت، ارزیابی مجدد) و یا ناسازگارانه (فرونشانی و نشخوار) باشد (۲). تنظیم هیجان فرآیندی است که از طریق آن افراد هیجان های خود را به شیوه های هوشیارانه یا حتی به صورت ناهشیار تنظیم می کنند تا با روشی صحیح به مقتضیات محیطی پاسخ دهند (۳). با توجه به پیشرفت در علم هیجان، درک اینکه چگونه افراد احساسات را به طور کلی تنظیم می کنند، بویژه در پاسخ به تجربیات منفی، تبدیل به یک مولفه مرکزی درک چگونگی رفتار افراد با چالش های زندگی شده است (۴).

مشکلات در تنظیمات هیجان‌ات بر روی صمیمیت دو طرفه، به ویژه درک همسر خود به صورت گشوده برای گفت و گو صمیمی، تاثیر منفی دارد. علاوه بر این، همچنین مشکل در تنظیم هیجان پیش بینی کننده ترس از درگیری عاطفی، ترس از وابستگی و کنترل می باشد؛ به این ترتیب، افرادی که توانایی مدیریت احساسات خود را ندارند تمایل دارند که از ارتباط نزدیک اجتناب کنند و از کنترل گری همسر خود می ترسند (۵). علاوه بر این دشواری در تنظیم هیجان با اختلالات درون ریز و پاسخ گویی بیشتر کورتیزول ارتباط دارد (۶). در همین رابطه نشان داده شده که بهبود تنظیم هیجان می تواند منجر به افزایش سازگاری اجتماعی، کاهش حساسیت بین فردی و افزایش پذیرش اجتماعی و همدلی شود (۷).

در همین راستا درمان‌های مختلفی مانند شناختی- رفتاری (۸) و هیجان مدار (۹) برای بهبود رابطه افراد متأهل و بهبود هیجانی در آنها مورد توجه قرار گرفته است. بخشی از این توجه ها به سمت درمان‌های مانند معنادرمانی و درمان مثبت‌نگر بوده است (۱۰). بخش زیادی از این توجه بخاطر این بوده است که این رویکردهای درمانی شامل رویکردی انسانی و وجودنگر می‌باشند

که فاقد برجسب زدن بیمار به مراجعان می‌باشد (۱۱). همچنین درمان‌های کوتاه مدت یا میان مدتی می‌باشند که برای جمعیت‌های غیربالینی با توجه به ویژگی‌های آموزش محور بودن برای پیشگیری و غنی‌سازی قابل استفاده می‌باشد (۱۲). درمان مثبت نگر مبتنی بر یک فرایند گفت و گو مثبت بین درمانگر و مراجع است. فرد متأهل و درمانگر با یک دیگر بر روی انگیزه‌های مثبت که پشت رفتار منفی، نگرش و ویژگی‌های شخصیتی قرار دارند، تأمل می‌کنند، به گونه ای که منجر به بازتاب رفتار، نگرش و ویژگی‌های شخصیتی مثبت شریک زندگی می‌شود (۱۳). این رویکرد درمانی تا حدودی یک درمان تلفیقی است که کار مشترک درمانگر و مراجع در جلسات درمانی را به همراه دارد و ممکن است بعضی از راه‌حل‌های قبلی شناسایی و مورد استفاده قرار گیرند (۱۴). در این درمان کیفیت رابطه و تبادل مثبت افراد متأهل نسبت به هم بیشتر مدنظر قرار دارد، چرا که توالی‌های تعاملی منفی به احتمال بیشتری منجر به آشفتگی در رابطه زناشویی می‌گردد. سادیکاج، مسکوویتز و زوراف (۱۵) در پژوهش خود نشان داد که افراد متأهل با رضایت‌مندی بالا و رابطه غیر پریشان بیشتر به رفتار مثبت متوسل می‌شوند. نشان داده شده که با افزایش حمایت دوجانبه بین زوجین که مورد تاکید درمان مثبت‌نگر است، تعارض‌های کار- خانواده و همچنین سطح استرس کاهش می‌یابد (۱۶). علاوه بر مواردی که بیان شد نتایج جدیدترین تحقیقات بیانگر این است که مداخلات مثبت نگر در افراد متأهل باعث بهبود رابطه، افزایش صمیمیت و رضایت‌مندی زناشویی و رشد حمایت دوجانبه در روابط می‌گردد (۱۷ و ۱۸).

همچنین معنادرمانی، درمانی است که به دنبال بهبود توانایی برای رسیدن به خود حقیقی، گسترش دید درباره خود، دنیای پیرامون و روشن کردن چیزهای است که به زندگی اکنون و آینده فرد معنا می‌بخشد. معنادرمانی یکی از کاربردی ترین، مردم پسندترین و خوشبینانه‌ترین تئوری‌ها هستی گراست که به اشخاص به عنوان

<sup>1</sup>. Sadikaj, Moskowitz & Zuroff

به پژوهش عبارت بودند از: ۱- متأهل بودن، ۲- محدوده سنی ۲۵ الی ۵۰ سال، ۳- سابقه تاهل حداقل ۲ سال و ۴- تحصیلات حداقل دیپلم. همچنین ملاک های خروج عبارت بودند از: ۱- سابقه طلاق، ۲- عدم تمایل به شرکت در پژوهش، ۳- شرکت نکردن در حداقل دو جلسه از گروه (برای شرکت کنندگان در گروه های آزمایش)، ۴- ابتلا به بیماری جسمی و روانی (طبق اظهار نظر شرکت کنندگان) و ۵- اعتیاد به مواد مخدر و الکل (طبق اظهار نظر شرکت کنندگان). اجرای پژوهش بدین صورت بود که با استفاده از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از جامعه مورد نظر تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جای داده شدند. قبل از مداخله، از شرکت کنندگان پژوهش پیش آزمون متغیر وابسته که شامل پرسشنامه تنظیم هیجان بود، به عمل آمد. بعد از این مرحله شرکت کنندگان در گروه آزمایش اول در ۸ جلسه درمان مثبت نگر شرکت کردند و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه معنادرمانی را دریافت کردند. در این مدت گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نمی کنند. سپس، از شرکت کنندگان گروه های آزمایش و گواه پس آزمون و مجدداً پس از گذشت ۴۵ روز از اتمام دوره های درمان پیگیری به عمل آمد. از جمله ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بودند از: اختیاری بودن شرکت در پژوهش، محرمانه نگه داشتن هویت شرکت کنندگان در پژوهش و رعایت اصل رازداری در مورد محتوا و اعضاء شرکت کننده در پژوهش. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و روش کواریانس انجام گرفت.

ابزار پژوهش شامل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان: این مقیاس توسط گرتز و روئمر در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و یک ابزار ۳۶ گویه ای است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد (۲۴). گستره پاسخ ها بدین صورت است که یک به معنای تقریباً هرگز (۰-۱۰ درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، سه به معنای نیمی از مواقع (۳۶ تا ۶۵ درصد)، چهار به معنای اکثر اوقات (۶۶ تا ۹۰ درصد) و پنج به

افرادی که توانایی فراتر رفتن از محیطشان، آزادی و مسئولیت برای انتخاب کردن را دارند، نگاه می کند که منجر به رشد، علیرغم شرایط محیطی شان می باشد (۱۹). در مورد نتایج اثربخش معادرمانی در مورد متأهلین، نتایج نشان می دهد که این درمان در بهبود مواردی مانند رضایت زناشویی، بی رمقی و بی آلاشی زناشویی، خستگی هیجانی و افسردگی اثربخش بوده است (۲۰) و (۲۱). همچنین نتایج دیگر پژوهش ها نشان می دهد که معنا درمانی منجر به بهبود رضایت زناشویی، بهزیستی روان شناختی، تعامل و همکاری زوجین و همچنین بهبود عملکرد جنسی می شود (۲۲). اگر چه اثربخشی درمان مثبت نگر (۱۷ و ۱۸) و درمان معناگرا (۲۰ و ۲۱) در پژوهش مختلفی مورد بررسی و تایید قرار گرفته است، با این حال مقایسه اثربخشی این دو درمان برای مشخص کردن درمان کارآمدتر و موثرتر مورد غفلت واقع شده است. این درحالی است که امروزه مقایسه اثربخشی درمان های مختلف جهت انتخاب درمان کارآمدتر که می تواند به صرفه تر باشد یک اولویت پژوهشی در بین محققان روان شناسی می باشد (۲۳). بنابراین پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی درمان مثبت نگر و معادرمانی بر دشواری تنظیم هیجان صورت گرفت تا ضمن بررسی اثربخشی هر کدام، اثربخشی رقابتی آنها نیز سنجیده شود. در نتیجه سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا میزان تاثیر درمان مثبت نگر و معادرمانی بر بهبود دشواری تنظیم هیجانی تفاوت دارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی بود و از طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه برای اجرای آن استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی والدین مونث و متأهل مدارس ابتدایی منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. با استفاده از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از جامعه مورد نظر تعداد ۶۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به صورت گروه های ۲۰ نفری جای داده شدند. ملاک های ورود

معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰ درصد) می باشد. سوالات ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس می باشند. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی می باشند. سوال های شش زیر مقیاس عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ های هیجانی سوالات ۱۱-۱۲-۲۱-۲۳-۲۵-۲۹، دشواری در انجام رفتار هدفمند سوالات ۳۳-۲۶-۲۰-۱۸-۱۳، دشواری در کنترل تکانه سوالات ۲۷-۲۴-۱۹-۱۴-۳-۳۲، فقدان آگاهی هیجانی سوالات ۳۴-۱۷-۱۰-۸-۶-۲، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی سوالات ۳۶-۳۵-۳۱-۳۰-۲۸-۲۲-۱۵-۱۶ و عدم وضوح هیجانی سوالات ۹-۷-۵-۴-۱. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل را نشان داده و هر شش زیر مقیاس DERS، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین DERS دارای همبستگی معناداری با پرسشنامه پذیرش و عمل<sup>۱</sup> (AAQ) دارد (۲۴). کرمانی مامازندی و طالع پسند (۲۵) ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در ایران مورد بررسی قرار داده اند. در

پژوهش این نویسندگان: تحلیل عاملی مدل شش عاملی مقیاس را تایید کردند. همچنین شواهد روایی نشان داد که عامل های آگاهی، دشواری کنترل تکانه، عدم پذیرش، شفافیت، دستیابی محدود به راهبردها و رفتارهای هدفمند با خشم انگیزشی رابطه معنی دار دارد. دشواری کنترل تکانه، دستیابی محدود به راهبردها و رفتارهای هدفمند با دامنه موقعیت خشم انگیز رابطه دارد. جلسات مداخله درمان مثبت نگر در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تدارک دیده شد. جلسات مداخله مبتنی بر تمرین ها و فرآیندهای درمان مثبت نگر بود که توسط چان (۱۳) و کافمن و سیلبرمن (۲۶) جهت استفاده از روان درمانی مثبت نگر برای کار کردن با افراد متأهل جهت ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی آنها پیشنهاد شده است. شرح جلسات مداخله در جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مثبت نگر

ردیف	خلاصه جلسه
اول	معرفی و آشنایی اعضای گروه، توضیح در مورد نحوه تشکیل جلسات و قوانین گروه، توضیح مختصر در مورد زوج درمانی مثبت نگر اهداف و فرآیندهای آن و بررسی دیدگاه اعضای در مورد آن.
دوم	اجرای تمرین "از گفتگوی تک نفره به سوی گفتگوی دونفره". هدف از اجرای این تکنیک بالا بردن میزان علاقه، گوش دادن و همدلی افراد نسبت به هم در زمان گفتگو است. بحث گروهی در مورد تکنیک و ارائه بازخورد و رهنمودهای لازم. ارائه تکلیف خانگی جهت اجرای تکنیک.
سوم	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و ارائه بازخورد. اجرای تمرین مقاصد مثبت پشت رفتارها، نگرش و ویژگی های شخصیتی منفی <sup>۳</sup> . هدف اجرای این تمرین قطع انتقاد مداوم از رفتارها، نگرش ها و ویژگی های شخصیتی منفی زوجین نسبت به هم، و توسعه گفت و گو با یکدیگر جهت درک مقاصد مثبت. ارائه تکلیف خانگی جهت شناسایی موقعیت ها و اجرای تمرین.

3. Positive intentions behind negative behaviours, attitudes and personality traits

1. Acceptance and Action Questionnaire

2. From monologue to dialogue

چهارم	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و ارائه بازخورد و بحث گروهی در مورد تمرین جلسه قبل. اجرای تمرین قاب دهی مجدد با همراهی اعضای گروه. هدف از اجرای این تمرین گسترش وسعت نگرش زوجین جهت درک مقاصد مثبت پشت رفتارها و نگرش های مسرشان می باشد. ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و ارائه بازخورد. اجرای تمرین "دیدار قدردانی" و "رهاکردن کینه". ارائه تکلیف خانگی جهت اجرای تکنیک "دیدار قدردانی". هدف از این تکنیک ها ایجاد تعادل در جنبه های مثبت مثبت و منفی زندگی مشترک می باشد.
ششم	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و ارائه بازخورد. اجرای تمرین "سه چیز خوب"، "بهترین آینده ممکن خود" و "مزه کردن در زمان حال". هدف از این سه تمرین افزایش احساسات مثبت و کاهش احساسات منفی در افراد متأهل می باشد. ارائه تکلیف خانگی جهت اجرای تمرین های جلسه.
هفتم	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و ارائه بازخورد. اجرای تمرین "تمرکز بر توانمندیها" و تهیه چک لیستی از آن. هدف این تمرین افزایش توانمندیهای فردی زوجین و غنی کردن رابطه بر پایه این توانمندی های مثبت است. ارائه تکلیف خانگی برای اجرای تمرین.
هشتم	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و ارائه بازخورد. جمع بندی و خلاصه کردن جلسات، دریافت بازخوردهای اعضای گروه، آماده سازی اعضای برای اتمام کارگروه و اتمام جلسات.

برای گروه دیگر آزمایش ۸ جلسه معنادرمانی مهیا گردید. هر جلسه به مدت تقریبی ۹۰ دقیقه به طول می انجامد. جلسات درمانی از اسپچلبرگ و همکاران (۲۲) اقتباس شد. این مداخله اولین بار در ایران توسط ترابی (۲۷) ترجمه و برای افراد متأهل مورد استفاده قرار گرفته است. شرح جلسات مداخله به صورت خلاصه در جدول ۲ آورده شده است:

#### جدول ۲. خلاصه جلسات معنادرمانی

ردیف	خلاصه جلسه
اول	معرفی اعضای گروه و رهبر گروه جهت آشنایی، بیان اهداف و قوانین گروه توسط رهبر گروه، توضیح مختصر در مورد معنادرمانی.
دوم	آماده سازی گروه برای شروع کار با بحث پیرامون معنا و ارزش، اجرای تکنیک تغییر نگرش با همکاری اعضای گروه، ارائه تکلیف خانگی برای تکنیک تغییر نگرش.

1. gratitude visit

2. Letting Go of Grudges

3. Three Good Things

4. Best Possible Future Self

5. savor in the present moment

6. focusing on strengths

سوم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، گفتگو و ارائه بازخورد پیرامون تکلیف خانگی ارائه شده، بحث پیرامون مسئولیت انتخاب های فردی، ارائه تکلیف جهت تهیه چک لیست انتخاب های فردی.
چهارم	شروع جلسه با بررسی تکلیف جلسه قبل، اجرای تکنیک آگاهی از ارزش ها با مشارکت اعضای گروه، ارائه تکلیف خانگی برای تکنیک آگاهی از ارزش ها.
پنجم	بررسی تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، ادامه تکنیک آگاهی از ارزش ها، تکمیل چک لیست ارزش های شخصی به عنوان تکلیف خانگی.
ششم	بررسی تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، اجرای تمرین دامنه کوهستانها با مشارکت اعضا، تکمیل کردن چک لیست ارزش های شخصی به عنوان تکلیف خانگی.
هفتم	بررسی تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، اجرای تمرین فیلم با مشارکت اعضا، تکمیل کردن چک لیست ارزش های شخصی به عنوان تکلیف خانگی.
هشتم	بررسی تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، بررسی کلی چک لیست تهیه شده ارزش های شخصی توسط هر فرد و بحث پیرامون معنای زندگی هر شخص، ارائه خلاصه ای از جلسات و جمع بندی کار گروه، دریافت بازخورد اعضای گروه در مورد عملکرد گروه، اجرای دوباره پرسشنامه ها به عنوان پس آزمون و اتمام کار گروه.

### نتایج

داده‌ها با آزمون کلموگروف - اسمیرنوف و هگنی واریانس‌ها با آزمون لوین مورد بررسی و تایید قرار گرفت ( $\text{Sig} > 0.05$ ) و عدم وجود داده‌های پرت با نمودار جعبه‌ای و خطی بودن رابطه متغیر وابسته با متغیر کوواریت با آزمون همبستگی پیرسون و مورد تایید قرار گرفت. بنابراین بررسی مفروضه‌های آزمون نشان داد که استفاده از کواریانس بلا مانع است؛ در ادامه به تحلیل کواریانس پرداخته می‌شود:

در این پژوهش ۶۰ زن در سه گروه شرکت کرده بودند که میانگین سنی گروه کنترل ۳۸/۷۵ با انحراف معیار ۵/۵، گروه مثبت‌نگر ۳۶/۸۵ با انحراف معیار ۶/۰۰ و گروه معنادرمانی ۳۷/۳۵ با انحراف معیار ۵/۷۱ بود؛ نتیجه مقایسه سنی سه گروه نشان داد که اختلاف معنی‌دار نیست. در ادامه با استفاده از تحلیل کواریانس به بررسی هدف پژوهش پرداخته می‌شود؛ نرمال بودن

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره جهت بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مثبت نگر و معنادرمانی بر تنظیم هیجانی

آزمون	مقدار ازمون	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
آزمون پیلای	۰/۶۹	۴/۱۱	۱۲	۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱
لامبادای ویلکز	۰/۳۸	۴/۷۰	۱۲	۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹
اثر هتلینگ	۱/۴۱	۵/۲۹	۱۲	۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
بزرگترین ریشه روی	۱/۲۶	۹/۸۷	۶	۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹

سه گروه در حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه نتایج تحلیل کواریانس یک متغیره (آنکوا)

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطوح معنی داری در هر چهار آزمون کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد که میان

در متن مانکوا در جدول ۴ جهت بررسی تفاوت متغیرهای وابسته

بین گروه‌های پژوهش ارائه شده است

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در متن مانکوا جهت بررسی تفاوت متغیرهای وابسته بین دو گروه پژوهش با کنترل پیش‌آزمون‌ها

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار F	Sig	اندازه اثر	توان آزمون
گروه (پس‌آزمون)	عدم پذیرش پاسخ هیجانی	۴۱۷/۴۸	۲	۲۰۸/۷۴	۱۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۲۵۵/۴۰	۲	۱۲۷/۷۰	۱۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۹۷
	دشواری در کنترل تکانه	۱۹۹/۲۴	۲	۹۹/۶۲	۱۵/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹۹
	فقدان آگاهی هیجانی	۷۳/۱۳	۲	۳۶/۵۶	۳/۴۴	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۶۲
	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۱۰۹/۷۷	۲	۵۴/۸۸	۳/۶۸	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۶۵
	عدم وضوح هیجانی	۵۸/۹۹	۲	۲۹/۴۹	۴/۷۵	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۷۷
	عدم پذیرش پاسخ هیجانی	۱۳۰/۷۰	۲	۶۵/۳۵	۴/۷۸	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۷۷
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۰۲/۳۲	۲	۵۱/۱۶	۴/۶۷	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۷۶
گروه (پیگیری)	دشواری در کنترل تکانه	۹۲/۱۶	۲	۴۶/۰۸	۶/۲۵	۰/۰۰۴	۰/۲۰	۰/۸۸
	فقدان آگاهی هیجانی	۸۰/۴۸	۲	۴۰/۲۴	۳/۸۴	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۶۷
	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۱۰۱/۷۷	۲	۵۰/۸۸	۳/۶۹	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۶۵
	عدم وضوح هیجانی	۹۷/۹۵	۲	۴۸/۹۸	۴/۸۰	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۹۶

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تفاوت بین گروهی در مرحله پس‌آزمون برای هر شش مولفه تنظیم هیجانی معنادار می‌باشد ( $p < ۰/۰۵$ ) و نتایج بدست آمده در مرحله پیگیری پایدار بوده است ( $p < ۰/۰۵$ ). در ادامه از آزمون مقایسه زوجی بنفرونی برای مشخص کردن نقاط تفاوت استفاده شده است.

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی آزمون بنفرونی برای مولفه‌های تنظیم هیجان در گروه‌های پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه مبنا	گروه ثانویه	تفاوت میانگین (پیگیری)	سطح معناداری (پیگیری)
عدم پذیرش پاسخ هیجانی	درمان مثبت	معنا درمانی	۰/۷۱* (۰/۳۲)**	(۱) ۱
	نگر	کنترل	۶/۰۷- (۳/۴۴)-	(۰/۰۴) ۰/۰۰۱
دشواری در انجام رفتار هدفمند	معنادرمانی	کنترل	۶/۷۸- (۳/۷۶)-	(۰/۰۲) ۰/۰۰۱
	درمان مثبت	معنا درمانی	۰/۷۴- (۱/۰۵)-	(۱) ۱
	نگر	کنترل	۵/۳۵- (۳/۵۵)-	(۰/۰۱) ۰/۰۰۱



معیاری	کنترل	۴/۶۱- (۲/۵۱)	۰/۰۰۱ (۰/۱۳)
درمان مثبت	معنا درمانی	۱/۳۱- (۰/۵۷)	۰/۴۶ (۱)
دشواری در کنترل تکانه	کنترل	۴/۹۲- (۳/۲۶)	۰/۰۰۱ (۰/۰۰۵)
معیاری	کنترل	۳/۶۱- (۲/۶۹)	۰/۰۰۱ (۰/۰۳)
درمان مثبت	معنا درمانی	۱/۵۳- (۱/۷۰)	۰/۵۸ (۰/۴۳)
فقدان آگاهی هیجانی	کنترل	۳/۰۶- (۳/۲۰)	۰/۰۳ (۰/۰۲)
معیاری	کنترل	۱/۵۵- (۱/۵۱)	۰/۵۹ (۰/۶۲)
درمان مثبت	معنا درمانی	۱/۵۳- (۲/۰۴)	۰/۷۹ (۰/۳۷)
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	کنترل	۳/۷۴- (۳/۵۹)	۰/۰۳ (۰/۰۳)
معیاری	کنترل	۲/۲۱- (۱/۵۵)	۰/۳۷ (۰/۷۷)
درمان مثبت	معنا درمانی	۰/۱۰ (۰/۲۱)	۱ (۱)
عدم وضوح هیجانی	کنترل	۲/۴۷ (۳/۲۱)	۰/۰۳ (۰/۰۰۳)
معیاری	کنترل	۲/۳۷- (۳)	۰/۰۴ (۰/۰۰۳)

\* = پس آزمون و \*\* = پیگیری

را دارد؛ چرا که رابطه زناشویی سرشار از زمینه های تعارض برانگیز و دگرگونی نقش ها و پذیرش مسئولیت های جدید می باشد، بنابراین تنظیم هیجانات برانگیخته شده یک چالش اساسی می باشد. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان تاثیر درمان مثبت نگر و معنا درمانی بر دشواری در تنظیم هیجان در افراد متأهل صورت گرفت. نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس و مقایسه زوجی نشان داد که درمان مثبت نگر بر تمامی مولفه های تنظیم هیجان که شامل عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، عدم وضوح هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان بود تاثیر معناداری دارد. همچنین نتایج بدست آمده نشان داد که نتایج بدست آمده در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. این یافته پژوهش با یافته پژوهش های پور فرج و رضازاده (۲۸) و کیمرنی و همکاران (۲۹) که بیانگر اثربخشی درمان مثبت نگر بر بهبود هیجان های مثبت مثل شادکامی و امید و همچنین بهبود بهزیستی بود، هم راستا می باشد. همچنین این یافته پژوهش حاضر با یافته پژوهش های گو و همکاران (۳۰) و اسپرانگ و همکاران (۳۱) که بیانگر بهبود

نتایج بدست آمده در جدول ۵ نشان می دهد که درمان مثبت نگر بر تمامی مولفه های تنظیم هیجانی تاثیر معناداری دارد ( $p < 0/05$ ) و در مرحله پیگیری این نتایج پایدار می باشد ( $p < 0/05$ ). همچنین نتایج نشان می دهد اگر چه تفاوت بین گروهی درمان مثبت نگر و معنادرمانی در هیچ کدام از موارد معنادار نمی باشد ( $p > 0/05$ )، با این حال نتایج نشان می دهد که معنادرمانی فقط بر مولفه های عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه و عدم وضوح هیجانی تاثیر معناداری دارد ( $p < 0/05$ ) ولی بر فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان تاثیر معناداری ندارد ( $p > 0/05$ ). نتایج بدست آمده برای گروه معنادرمانی نیز به استثنای دشواری در انجام رفتار هدفمند ( $p > 0/05$ ) در بقیه موارد پایدار بوده است ( $p < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه گیری

رفتن به زندگی زناشویی و متأهل شدن در کنار تجربه های خوشایندی مانند عشق، لذت و آرامش، مخاطرات خاص خودش

شده و محدود می شود (۱۳). همچنین اجرای تمرین قاب دهی مجدد در درمان مثبت نگر منجر به گسترش وسعت نگرش افراد متأهل جهت درک مقاصد مثبت پشت رفتارها و نگرش های همسرشان می شود. به عبارتی قاب دهی مجدد می تواند فرد را از تله شناخت های فکری که منجر به تحریف در درک و آگاهی هیجانی و همچنین اقدام های خارج از کنترل و راهبردهای محدود کننده می شود، رهایی دهد. بنابراین می توان گفت درمان مثبت-نگر تا حدودی توانسته در افراد متأهل از شدت افکار و شناخت های تحریف شده که منجر به ناسازگاری یا اقدام غیرانطباقی در تنظیم هیجانی می شود را بکاهد و از لحاظ رفتاری با گسترش دید محدود و متمرکز بر جنبه های منفی خود و همسر در گروه آزمایش مورد مطالعه به سمت جنبه ها و نقاط مثبت همراه با همدلی و گوش دادن، اقدام های هیجانی مثبت تر و سازگارانه تر را تسهیل نماید.

همچنین نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس و مقایسه زوجی نشان داد که معنادرمانی بر مولفه های عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه و عدم وضوح هیجانی تاثیر معناداری دارد، ولی بر فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان تاثر معناداری ندارد. این یافته پژوهش با یافته پژوهش های جمشیدی و همکاران (۲۰)، سوتویک، لوتورک و گرابر (۳۸) که بیانگر اثربخشی معنادرمانی بر بهزیستی روان شناختی و بهبود هیجانی و سلامت روان افراد بود، هم راستا می باشد. همچنین با یافته پژوهش های یولیسازک، راشید، ویلیامز و گلامانی (۳۹) و کلافت و پسیرا (۴۰) که بیانگر اثربخشی معنادرمانی و ارتباط معنا با علائم روان شناختی و اختلال های هیجانی بود، هم راستا می باشد. در تبیین نتایج بدست آمده مبنی بر اثربخشی بدست آمده برای معنادرمانی می-توان گفت که معنی در زندگی اغلب به عنوان یک مفهوم وسیع شامل اجزای شناختی (به عنوان مثال، درک اینکه چه کسی هستیم)، مولفه های هدایت کننده انگیزشی (به عنوان مثال، شناسایی و پیگیری هدف) و اجزای عاطفی (به عنوان مثال، احساس سرزندگی) است؛ بر همین اساس در معنادرمانی تا

علائم روان شناختی و افزایش توانمندی جمعیت های بالینی و عادی می باشد، هم راستا است. در تبیین نتایج بدست آمده می-توان گفت که تنظیم هیجانی، شامل استفاده از استراتژی های رفتاری و شناختی برای مدیریت هیجان از نظر مواردی همچون تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه ی یک هیجان است که افراد در رویارویی با رویدادهای استرسزا استفاده می کنند (۳۲). بنابراین می توان گفت که تنظیم هیجانی شامل یکسری مهارت ها و توانمندی های رفتاری و شناختی است که بر نحوه ی شناخت، تجربه، و ابراز هیجان تاثیر می گذارد. با این توصیف عدم توانمندی در ارائه رفتار درست یا شناخت معیوب عملا منجر به تنظیم هیجانی ناکارآمدی می شود که نتیجه آن مواردی همچون عدم وضوح هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی و ... می شود (۳۳). در نتیجه اعمال مداخله برای اصلاح این شناخت ها و رفتارها می تواند بهبود دهنده تنظیم هیجانی باشد. در همین راستا درمان مثبت نگر روی ترکیب جنبه های مثبت تجربیات انسانی و همچنین بهبود عواطف تمرکز دارد (۳۴). بر همین مبنا درمان مثبت نگر با بررسی روایتی متعادل از مراجع و اکتشاف نقاط قوت وی از دیدگاه های مختلف زمینه بهبود شناخت را فراهم می آورد و در بعد رفتاری به اهداف معنادار شخصی عملیاتی می شوند، تا ایجاد احساسات مثبت و مقابله با خاطرات منفی میسر گردد. به عبارتی در این فرآیند به یاد آوردن خاطرات مثبت نقش مهمی در تنظیم هیجان و خلق و خو بازی می کند (۳۵). بر همین اساس در پروتکل تدارک دیده شده از تکنیک های اجرای تمرین از گفتگوی تک نفره به سوی گفتگوی دونفره و تمرین مقاصد مثبت پشت رفتارها، نگرش و ویژگی های شخصیتی منفی با هدف بالا بردن میزان علاقه، گوش دادن، همدلی و قطع انتقاد مداوم از رفتارها، نگرش ها و ویژگی های شخصیتی منفی افراد متأهل نسبت به همسرشان استفاده شد. در همین رابطه نشان داده شده است که همدلی و درک نقاط مثبت در زوجین نسبت به هم با تجارب و تنظیم هیجانی مثبت رابطه دارد (۳۶ و ۳۷). به عبارتی درک نقاط مثبت در خود و دیگری و رابطه همدلانه منجر به گسترش تجربه هیجانی و همچنین رهایی از شناخت های تحریف

با گروه کنترل تاثیر معناداری ندارد. تا حدودی این برتری نسبی درمان مثبت نگر را می توان نتیجه تاکید بیشتر این درمان بر هیجان و بهبود هیجانی از طریق اصلاح شناخت ها و رفتار دانست (۳۴). این درحالی است که معنادرمانی بیشتر متوجه معنا و ارزش های شخصی می باشد، ولی در مجموع با توجه به عدم معناداری تفاوت بین گروهی این دو درمان نمی توان تمایزی در اثربخشی برای این دو درمان قائل شد.

درمان های مثبت نگر و معنادرمانی با توجه به خاصیت آموزشی بودن و قابلیت اجرای گروهی بالا و همچنین اثربخشی آن برای جمعیت های غیربالینی، از پتانسیل خوبی برای بهبود شرایط رابطه زناشویی و سلامت روان شناختی افراد می باشد. نتایج بدست آمده نشان داد که درمان مثبت نگر بر تمامی مولفه های تنظیم هیجانی تاثیر معناداری دارد و در مرحله پیگیری این نتایج پایدار می باشد. همچنین نتایج داد اگر چه تفاوت بین گروهی درمان مثبت نگر و معنادرمانی در هیچ کدام از موارد معنادار نبود، با این حال نتایج نشان داد که معنادرمانی فقط بر مولفه های عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه و عدم وضوح هیجانی تاثیر معناداری دارد، ولی بر فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان تاثیر معناداری ندارد. بنابراین تا حدودی درمان مثبت نگر نتایج بهتری بدست داد. همچنین با توجه به اینکه پروتکل های درمانی قابلیت آموزشی دارند و بر روی جمعیت غیربالینی طبق نتایج بدست آمده اثربخش می باشد، بنابراین می توان برنامه های آموزشی مرتبط در رسانه های دیداری و شنیداری مورد توجه قرار گیرد. با این حال نتایج بدست آمده محدود به زنان متأهل می باشد و قابل تعمیم به مردان متأهل نمی باشد، بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی نمونه ای متشکل از مردان مورد توجه قرار گیرد.

## Reference

1. Rusu PP, Bodenmann G, Kayser K. Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2019 Jan;36(1):359-76.

حدودی بر اصلاح شناخت های ناسازگار که شامل افکار یا نگرش هایی منفی، محدود کننده و مخرب هستند به سمت نگرش هایی توانمند، مثبت و فعال وجود دارد. این فرآیند تغییر نگرش یک وسیله برای تسهیل اصلاح نگرش است و شبیه بازسازی شناختی و تکنیک های تغییر ادراکی است که می تواند بر بهبود حالات و تنظیم های هیجانی موثر واقع شود (۴۱). بنابراین می توان گفت تمرکز بر تغییر نگرش در گروه معنادرمانی در پژوهش حاضر در تغییر تمرکز مراجع از مشکل یا علامت به سمت حوزه ی معنای زندگی موثر بوده و با بهبود دید و نگرش گروه آزمایش توانسته زمینه اصلاح و بهبود تنظیم هیجانی را تا حدودی فراهم آورد. در همین رابطه نشان داده شده است که نگرش مثبت با تنظیم هیجانی سازگارانه تر و کارآمدتر رابطه مثبت دارد و برای نگرش منفی چنین رابطه ای منفی می باشد (۴۲ و ۴۳). همچنین استفاده از تکنیک آگاهی از ارزش ها، دامنه کوهستانها و اجرای تمرین فیلم که به روشن شدن اهداف، ارزش ها و معنای زندگی کمک می کنند می تواند در بهبود هیجانی گروه معنادرمانی موثر بوده باشد؛ چرا که این تکنیک ها در افراد متأهل می تواند از زمینه های تعارض ها و اخلاص های هیجانی کاسته و رفتار هدفمند و قابل کنترل تر همراه با پذیرش جنبه های منفی را فراهم آورد. همچنین نتایج بیانگر این بود که معنادرمانی بر فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان تاثیر معناداری ندارد، که تا حدودی می توان این نتیجه بدست آمده را محصول تعداد کم بودن جلسات ارائه شده دانست؛ چرا که مداخله به صورت گروهی اجرا گردید و در اجرای تعداد جلساتی که با تمامی اعضاء صورت گیرد محدودیت وجود داشت.

نتایج حاصل از مقایسه زوجی نشان داد که در هیچ کدام از مولفه های تنظیم هیجانی بین دو گروه درمان مثبت نگر و معنادرمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین نمی توان تفاوت معناداری بین این دو درمان قائل شد. با این حال نتایج گویای این بود که درمان مثبت نگر بر تمامی مولفه ها در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معنادار دارد، ولی معنادرمانی بر دو مولفه فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان در مقایسه

13. Chan E. Positive Psychology Couple Therapy. *International Journal of Psychiatry*, 2018; 3(2): 1-2.
14. Anderson H, Gehart D, editors. Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference. Routledge; 2012 Oct 12.
15. Sadikaj G, Moskowitz DS, Zuroff DC. Negative affective reaction to partner's dominant behavior influences satisfaction with romantic relationship. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2017 Dec;34(8):1324-46.
16. Rosen- Grandon JR, Myers JE, Hattie JA. The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of Counseling & Development*. 2004 Jan;82(1):58-68.
17. Dockray S, Steptoe A. Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2010 Sep 1;35(1):69-75.
18. ZareeiMahmoodAbadi H. The effectiveness of the training of the positive psychology on the growth of devotion and trust to the life in the normal women of bafq city. *TB*. 2017; 16 (2) :98-109
19. Wong PT. Meaning Therapy: Assessments And Interventions. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*. 2015 Jan 1;26(1).
20. Jamshidi S, Tarkhan M, Akbari B, Zare H. Effectiveness of group therapy on depression and marital satisfaction of women with marital conflicts in Rasht. *Quarterly Journal of Modern Psychological Research*, 2013; 27, 60-30.
21. Karimi Otari B, Khalatbari J, Rezay Ostovar Zh. Symmetry of the effectiveness of cognitive-behavioral intervention with therapeutic meaning on marital infertility, marital satisfaction and marital infertility. *Pathology, Family Counseling and Enrichment*, 2018; 3 (2): 81-102.
22. Schulenberg SE, Schnetzer LW, Winters MR, Hutzell RR. Meaning-centered couples therapy: Logotherapy and intimate relationships. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2010 Jun 1;40(2):95-102.
23. Kiropoulos L, Kilpatrick T, Kalincek T, Cherulov L, McDonald E, Wijeratne T,
2. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*. 2012 Aug 1;50(7-8):493-501.
3. John OP, Gross JJ. Individual differences in emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*. 2007:351-72.
4. Marroquín B, Tennen H, Stanton AL. Coping, emotion regulation, and well-being: Intrapersonal and interpersonal processes. In *The happy mind: Cognitive contributions to well-being 2017* (pp. 253-274). Springer, Cham.
5. Tani F, Pascuzzi D, Raffagnino R. Emotion regulation and quality of close relationship: The effects of emotion dysregulation processes on couple intimacy. *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*. 2015 Jan 1;63(272).
6. Quirin M, Kuhl J, Düsing R. Oxytocin buffers cortisol responses to stress in individuals with impaired emotion regulation abilities. *Psychoneuroendocrinology*. 2011 Jul 1;36(6):898-904.
7. Ghasemi Jobaneh R, Mousavi S V, Zanipoor A, Hoseini Seddigh M A. The relationship between mindfulness and emotion regulation with academic Procrastination of Students . *Educ Strategy Med Sci*. 2016; 9 (2) :134-141
8. Fischer MS, Kirby JS, Raney TJ, Baucom DH, Bulik CM. Integrating couple-based interventions into the treatment of adult anorexia nervosa: A case example of UCAN.
9. Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. Routledge; 2019 Jul 26.
10. Kalantarkousheh SM, Hassan SA, Kadir RA, Talib MA. Effects of existential issues training on marital satisfaction among Iranian women. *The New Educational Review*. 2012 Jan 1;28(2):29-38.
11. Walsh S, Cassidy M, Priebe S. The application of positive psychotherapy in mental health care: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*. 2017 Jun;73(6):638-51.
12. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*. 2015 Jan 2;10(1):25-40.

- trial. *International journal of mental health nursing*. 2017 Aug;26(4):375-83.
31. Schrank B, Brownell T, Jakaite Z, Larkin C, Pesola F, Riches S, Tylee A, Slade M. Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomised controlled trial. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2016 Jun;25(3):235.
  32. Gross J & Thompson, R. Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. 2007: New York: Guilford Press.
  33. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*. 2017 Feb 1;46(2):261-76.
  34. Rashid T, Baddar MK. Positive psychotherapy: Clinical and cross-cultural applications of positive psychology. In *Positive Psychology in the Middle East/North Africa 2019* (pp. 333-362). Springer, Cham.
  35. Joormann J, Dkane M, Gotlib IH. Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior therapy*. 2006 Sep 1;37(3):269-80.
  36. Pietrzak T, Hauke G, Lohr C. Connecting Couples Intervention: Improving couples' empathy and emotional regulation using embodied empathy mechanisms. *European psychotherapy*. 2016 Jun 13;13:66-98.
  37. Lord SA. Mindfulness and spirituality in couple therapy: The use of meditative dialogue to help couples develop compassion and empathy for themselves and each other. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2017 Mar;38(1):98-114.
  38. Southwick SM, Lowthert BT, Graber AV. Relevance and application of logotherapy to enhance resilience to stress and trauma. In *Logotherapy and existential analysis 2016* (pp. 131-149). Springer, Cham.
  39. Uliaszek AA, Rashid T, Williams GE, Gulamani T. Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive  
Threder J, Rozenblat V, Simpson-O'Brien N, Van Der Walt A, Taylor L. Comparison of the effectiveness of a tailored cognitive behavioural therapy with a supportive listening intervention for depression in those newly diagnosed with multiple sclerosis (the ACTION-MS trial): protocol of an assessor-blinded, active comparator, randomised controlled trial. *Trials*. 2020 Dec 1;21(1):100.
  24. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004 Mar 1;26(1):41-54.
  25. Kermani Mamazandi Z, TalePasand S. Psychometric characteristics of the difficulty scale of emotion regulation in students of Semnan University. *Journal of Education and Evaluation*, 2019; 11 (42), 117-142.
  26. Kauffman C, Silberman J. Finding and fostering the positive in relationships: Positive interventions in couples therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2009 May;65(5):520-31.
  27. Torabi b. The effectiveness of group therapy in a positive way on positive feelings towards the spouse, marital intimacy and marital adjustment of married students of Mahshahr Branch of Azad University. Master Thesis, Department of Family Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University - Ahvaz Branch. 2019.
  28. PourFaraj M, Reza zadeh H. The effectiveness of positive psychotherapy on happiness and life expectancy of cancer patients. *Culture of Counseling and Psychotherapy*, 2018; 9 (33): 119-136.
  29. Kiyamarsi A, Narimani M, SobhiGharamaleki N, Mikaeli N. The effectiveness of positive and cognitive-behavioral therapies on the psychological well-being of perfectionist students. *Psychological Studies*, 2018; 14 (2): 143-160.
  30. Guo YF, Zhang X, Plummer V, Lam L, Cross W, Zhang JP. Positive psychotherapy for depression and self- efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled

43. Vafapoor H, Zakiei A, Hatamian P, Bagheri A. Correlation of Sleep Quality with Emotional Regulation and Repetitive Negative Thoughts: A Casual Model in Pregnant Women. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2018 Sep;22(3).
40. Kleftras G, Psarra E. Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: A comparative study. *Psychology*. 2012 Apr 17;3(04):337.
41. McMullin RE. *The new handbook of cognitive therapy techniques*. WW Norton & Company; 2000.
42. Mahali SC, Beshai S, Feeney JR, Mishra S. Associations of negative cognitions, emotional regulation, and depression symptoms across four continents: International support for the cognitive model of depression. *BMC psychiatry*. 2020 Dec 1;20(1):18.

*Original Article***Compare Effectiveness Positive Therapy and Logo Therapy on women's Emotional Regulation**

Received: 23/03/2020 - Accepted: 05/08/2020

Raziyeh Didani<sup>1</sup>  
Mostafa Tabrizi<sup>2\*</sup>  
Mozhgan MardaniRad<sup>3</sup>  
Abolfazl Karami<sup>4</sup>

<sup>1</sup> PhD student, Department of  
Counselling, Islamic Azad University,  
Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of  
Counselling, Allameh Tabatabaei  
University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of  
Counselling, Islamic Azad University,  
Central Tehran Branch, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of  
Counselling, Allameh Tabatabaei  
University, Tehran, Iran.

Email:  
dr.mostafatabrizi@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** Decreased emotional regulation is one of the issues of women and the effectiveness of different approaches has been shown on it; But what is the difference between a positive and Logo Therapy approach to it? The aim of the present study was to compare the effect of positive and Logo Therapy on emotional regulation in married women.

**Methods:** The research was conducted on a quasi-experimental basis with pre-test, post-test and follow-up with the control group. The statistical population included all female and married parents of primary schools in District 8 of Tehran in 2019. Using multi-stage cluster sampling, 60 people were selected as a sample and randomly assigned to three groups of 20 Subjects. The research instruments included Difficulty Emotion Regulation scale (Gartz and Roemer, 2004. Positive therapy intervention included 8 sessions 90-minute were based on positive therapy presented by Chan (2018), Kaufman, and Silberman (2009), and meaningful therapy included 8 sessions 90 minute sessions based on the Schellenberg et al. (2010) protocol. The control group did not receive any intervention during the research. In addition to descriptive statistics, covariance analysis and Ben Ferroni pair were used to analyze the data using SPSS statistical software version 25.

**Results:** The results showed that positive therapy had a significant effect on all components of emotional regulation (sig <0.05), but Logo therapy had a significant effect only on the components of lack accepting emotional response, difficulty in purposeful behavior, difficulty in controlling impulse and lack of emotional clarity (sig < 0.05) but not significant effect on lack of emotional awareness and limited access to emotion regulation strategies (sig >0.05), However, the difference between the two treatment groups was not significant in any of the cases (sig >0.05).

**Conclusion:** The results showed that both treatments are a good option for improving emotional regulation in married women, which can be considered and used by counselors and psychologists.

**Keywords:** Positive Therapy, Logo Therapy, Emotional Regulation, Married Women