

هم سنجی اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر میزان ادراک انصاف و خود دلسوزی در زوجین متعارض

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۸

خلاصه

مقدمه: مقایسه رویکردهای مختلف روان شناسی در جهت اثربخشی بیشتر از جمله تحقیقات مورد توجه محققان می باشد؛ در این راستا پژوهش حاضر با هدف هم سنجی اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر میزان ادراک انصاف و خود دلسوزی در زوجین متعارض صورت گرفت.

روش کار: در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی و از نوع آزمایش بالینی استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان دارای تعارض زناشویی شهر همدان بودند. با استفاده از روش نمونه-گیری غیر تصادفی در دسترس، از جامعه آماری مورد مطالعه، ۴۵ زوج (۹۰ نفر) متعارض انتخاب شدند که در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. جهت جمع آوری داده‌ها از مقیاس ادراک انصاف پالیری و همکاران (۲۰۰۹) و مقیاس خود دلسوزی اسپاینر (۱۹۷۶) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش معناداری بالینی استفاده شده است.

نتایج: تحلیل یافته‌ها نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بازایی ادراک انصاف همسر زوجین در مقایسه با شناخت درمانی هیجان مدار است. همچنین بین اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان مدار بر خود دلسوزی در زوجین متعارض شهر همدان تفاوت معناداری مشاهده شد.

نتیجه گیری: به نظر می رسد که اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ادراک انصاف و خود دلسوزی در زوجین متعارض نسبت به رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بیشتر است.

کلمات کلیدی: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی هیجان مدار، تعارض زوجین

زینب ایمانی کیا^۱

فیروزه زنگنه مطلق*^۲

محمد رضا بیات^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد اراک، دانشگاه

آزاد اسلامی، اراک، ایران

^۲ استادیار گروه مشاوره و روان شناسی، واحد اراک، دانشگاه

آزاد اسلامی، اراک، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روان شناسی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد

اسلامی، اندیمشک، ایران

Email:

Firoozeh.zangeneh@yahoo.com

مقدمه

خانواده مهمترین منبع تأمین امنیت و سلامت برای افراد جامعه و در عین حال عمده ترین عرصه ایجاد انواع مشکلات اجتماعی است. در سال‌های اخیر شیوع تعارضات زناشویی هم در مطالعات شیوع‌شناسی اجتماعی و هم در پژوهش‌های بالینی نشان داده شده است. آمار طلاق به عنوان معتبرترین شاخص آشفته‌گی زناشویی در سال‌های اخیر در سراسر جهان به دلایل متعددی روند صعودی را تجربه کرده است (۱). در آمریکا اغلب مطالعات میزان طلاق را حدود ۵۰-۴۰ درصد نشان می‌دهند، که نصف این مقدار در هفت سال اول زندگی رخ می‌دهد (۲). جدا از بحث طلاق، نوشته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بسیاری ازدواج‌ها، دوره‌هایی از آشفته‌گی قابل ملاحظه را تجربه می‌کنند که یک یا دو طرف ازدواج را در مرحله‌ای از زندگی‌شان در خطر پدید آمدن اختلالات هیجانی قرار می‌دهد (۳). در این راستا، یکی از حوزه‌های مورد علاقه درمانگران که به رشد و گسترش مداخلات درمانی اختصاصی کمک کرده است، توصیف و تبیین شرایطی که در آن زوجین علاوه بر داشتن مشکلات زناشویی، یکی یا هر دوی آنها از علائم هیجانی یک اختلال، یا فراوانی هیجان‌ات آشفته‌ساز و تنظیم نشده‌ای مانند ناراحتی، اضطراب و عصبانیت رنج می‌برند؛ زوجینی که روان‌شناسان اصطلاحاً به آنها زوجین دشوار می‌گویند (۴، ۵). در واقع پژوهش‌ها حاکی از وجود همبستگی بالا بین مشکلات زناشویی و اختلالات هیجانی بوده و نشان داده شده است که در صورت وجود آشفته‌گی در رابطه‌ی زناشویی، احتمال ابتلا فرد به اختلالات هیجانی افزایش می‌یابد؛ و در ارزیابی‌های بالینی زوجین آشفته، پنج تا شش برابر بیشتر از زوجین غیر آشفته مشکلات هیجانی را گزارش می‌دهند (۵، ۶). علیرغم مطالب یاد شده امروزه یکی از دغدغه‌های حوزه سلامت روانی، به ویژه خانواده و ازدواج یافتن راه‌های مناسب درمان و پیشگیری است. در مورد واکنش‌های هیجانی منفی زوج‌ها در برابر خطاهای یکدیگر و آسیب‌هایی که به زندگی‌شان وارد می‌نماید، شواهد زیادی وجود دارد، اما در مورد کنترل این گونه واکنش‌های مخرب و در عوض برخورد سازنده با خطاها شواهد بسیار کمی

موجود است. از آنجا که بروز تعارض یکی از مقدمات جدایی و طلاق می‌باشد و اگر این مسئله به گونه‌ای کنترل و حل نشود، ازدواج به جدایی ختم می‌شود، روان‌شناسان و مشاوران باید در صدد ارائه راهکارهایی جهت پیشگیری و درمان آن باشند و یکی از راه‌های آن آموزش‌های پیشگیرانه و پُربارسازی زندگی زناشویی است (۷، ۸). در این بین تأثیر آموزش مبتنی بر بخشش بر پُربارسازی زندگی زناشویی از همه روش‌ها جدیدتر است (۹)؛ یکی از دلایل آن، تأثیرات میان فردی مثبتی است که بخشش بر افراد دارد.

از آنجا که مشکلات و مسائل زوجین دارای تعارض ممکن است خصوصیات روان‌شناختی آنها را تحت تأثیر قرار دهد و با توجه به این مطلب که هر عامل یا مداخله‌ای که بتواند متغیرهای فوق را تحت تأثیر قرار داده و باعث بهبود آنها شود، شرایط بهتری را برای وضعیت زوجین رقم زده و منجر به مقابله مناسب‌تر آنها با مشکلات خواهد شد، پژوهش حاضر در نظر دارد از روش‌های درمانی استفاده کند که از جامعیت بیشتری برخوردار بوده و در صورت‌بندی مشکلات زوجین متغیرهای متنوع تأثیرگذار را در نظر می‌گیرد؛ که در این راستا تحقیقات انجام شده طی سال‌های اخیر نشان داده، گرایش به درمان‌های یکپارچه رو به رشد بوده است؛ به طوری که بیش از ۳۰ درصد روان‌شناسان، ۳۷ درصد مشاوران و ۳۴ درصد از مددکاران اجتماعی از رویکردهای مشابه استفاده می‌کنند (۱۰). خود دلسوزی تعمیم احساس دلسوزی به خود فرد در مواقع شکست، احساس نالایق بودن یا به طور کلی در رنج و سختی است. خوددلسوزی متشکل از سه مؤلف اصلی است: مهربانی به خود، انسانیت مشترک و ذهن آگاهی (۱۱). خوددلسوزی به عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود (۱۲) و با مولفه‌های مثبت روان‌شناختی مانند نوع دوستی، مهربانی و شادی همراه است. نتایج مطالعات بیانگر این است که در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، خود-دلسوزی با سلامت روانی همراه است (۱۳). با بررسی تأثیر خود دلسوزی بر شدت نشانه‌های

دارند که اگر فعال شود، می‌تواند به زوجین کمک کند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند (۲۲). در این پژوهش دو رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد آزمون و مقایسه قرار گرفته‌اند. با توجه به جهان شمول بودن نیاز و تمایل انسان‌ها به برقراری ارتباط (۲۳) و تأثیر چشمگیر هیجان‌ات در ایجاد یک ارتباط غنی، سوال کلی و اساسی در این پژوهش آن است که، آیا آموزش‌ها و کاربرد شناخت درمانی هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌تواند دیدگاه فهمی خود، دیدگاه فهمی همسر، خود دلسوزی و ادراک انصاف زوج‌ها را افزایش دهد؟

روش کار

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی که از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها به صورت همزمان وارد مرحله خط پایه شدند و با قرار گرفتن به صورت تصادفی در یکی از دوره‌های انتظار دو، سه و چهار هفته‌ای در مرحله خط پایه، به ترتیب وارد مرحله درمان ۱۵ جلسه‌ای شناخت درمانی متمرکز بر هیجان و ۱۶ جلسه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دو نوبت پیگیری شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین دارای تعارض زناشویی شهر همدان بودند. جمعیت هدف عبارت بودند از زوجینی که به دلیل تعارضات زناشویی و مشکلات ارتباطی در تابستان ۱۳۹۷، به مرکز مشاوره دولتی بهزیستی شهرستان همدان مراجعه نمودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس، از جامعه آماری مورد مطالعه، ۴۵ زوج (۹۰ نفر) زوج متعارض انتخاب و نمونه آماری این پژوهش را تشکیل دادند که در دو گروه آزمایش (رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ زوج یعنی ۳۰ نفر و گروه آزمایش رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار، ۱۵ زوج یعنی ۳۰ نفر و ۱۵ زوج یعنی ۳۰ نفر به عنوان گروه گواه) به صورت تصادفی جایگزین شدند. لازم به ذکر است جهت تعیین ملاک‌های ورود و خروج، از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور-I (SCID-I)،

آسیب روانی مورد دریافتند که خود- دلسوزی پیش‌بینی کننده‌ی قوی برای سلامت روانی به ویژه افسردگی است (۱۴). در ارتباط با نقش خود-دلسوزی بر سلامت جسمانی و روان شناختی نشان داده شد که دلسوزی برای دیگران می‌تواند ظرفیت دریافت حمایت اجتماعی را فراهم کند و منجر به پاسخ فیزیولوژیکی سازگارانه نسبت به استرس شود (۱۵، ۱۶).

هدف اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش کیفیت زندگی با کاهش تأثیر راهبردهای کنترل ناموثر و حمایت از تغییر رفتاری مبتنی بر ارزش‌هاست (۱۷، ۱۸)، این هدف با استفاده از تمرین‌های تجربه‌ای که انعطاف‌پذیری روانشناختی را هدف قرار می‌دهد به دست می‌آید، انعطاف‌پذیری روانشناختی شامل شش فرآیند اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است: توجه به لحظه‌ی اکنون، ارزش‌ها، پذیرش تجربه‌ای، ناهم‌آمیزی شناختی، چشم‌انداز انعطاف‌پذیری، ارزش‌ها و اعمال متعهدانه (۱۹). در نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سه نوع خویشتن شامل خویشتن به عنوان محتوا (محتوا انگاشتن خویشتن)، خود به عنوان زمینه (بافتار انگاشتن خویشتن) و خود به عنوان فرآیند (فرآیند انگاشتن خویشتن) معرفی شده است (۲۰).

شناخت درمانی هیجان مدار کارهای انجام شده در زمینه رفتار، شناخت و هیجان را یکپارچه کرده تا درک جدیدی از درمان در اختیار درمانگران قرار دهد. شناخت درمانی هیجانی مدار یک راهنمای ارزشمند و به موقع برای متخصصانی است که به دنبال بهبود اثربخشی بالینی خود هستند (۲۱). درمان هیجان مدار فرآیندی است که درمانگر پس از برقراری رابطه کارآمد با مراجع به او مهارت‌های تنظیم هیجان را آموزش می‌دهد. این رویکرد درمانی روی عواطف تمرکز دارد و به افراد در خود تنظیمی هیجانی کمک می‌کند. در این شیوه درمانی از مولف کاری تمرکز بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی و یافتن معانی جدید برای ارتباط بهتر با دیگران بهره می‌گیرند که در نهایت با بهزیستی روانی بیشتر همراه است، چون به تغییر و اصلاح عواطف منفی منجر می‌شود. بر اساس این الگو درمانگری، هیجان‌ات به خودی خود ظرفیت ذاتی سازگارانه‌ای

آزمون بالینی چند محوری میلون-۳، مصاحبه پذیرشی و مقیاس سازگاری زناشویی (DAS)، برای زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره حضوری دولتی بهزیستی شهرستان همدان (توسط پژوهشگر) استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس ادراک انصاف (PEM): این پرسشنامه توسط پری (۲۰۰۴) تهیه شده است ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۸۳ بخ دست آمد و برای خرده مقیاس های آن انگیزه های منصفانه ۰/۸۰ و بی میلی و کینه توزی ۰/۸۶ به دست آمد. مقیاس ادراک انصاف سه نوع مقیاس متفاوت رتبه بندی به دست می دهند. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۶۰ می باشد و نمره پایین نشانه عدم ادراک انصاف و نمرات بالاتر نشان دهنده سطح بالای ادراک انصاف است. به طور کلی نمره بالاتر از ۳۷ نشان دهنده بخشایشگری بیشتر زوجین است.

مقیاس خوددلسوزی فرم بلند (SCS-LF): پرسشنامه خوددلسوزی فرم بلند (SCS-LF) یک پرسشنامه ۳۲ آیتمی خود

گزارش دهی است که به منظور بررسی کیفیت خود دلسوزی یا روابط دو نفره مشابه آن، توسط اسپاینر (۱۹۷۶) ساخته شده است. پایایی کل پرسش نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد که برای هر ۴ خرده مقیاس عبارت است از توافق دو نفره ۰/۹۰، رضایت دو نفری، ۰/۹۴، همبستگی دو نفری، ۰/۷۳ و خود دلسوزی، ۰/۹۶ که حاکی از همسانی درونی آزمون است (ثنایی، ۱۳۹۵). این مقیاس با روش های منطقی روایی محتوی چک شد. به طور کلی نمره بالاتر از ۱۰۱ نشان دهنده خود دلسوزی بیشتر است.

شناخت درمانی متمرکز بر هیجان (EFT): برای شناخت - درمانی متمرکز بر هیجان (EFT) از بسته درمانی که توسط جانسون (۲۰۰۴)؛ به نقل از بهرامی و همکاران، (۱۳۹۵) تهیه شده، استفاده شده است. در این پژوهش با توجه به نیاز زوجین و هماهنگی با مقتضیات دیگر روش های درمانی، تعداد جلسات ۱۵ جلسه در نظر گرفته شد که خلاصه جلسات این رویکرد به ترتیب زیر است.

جدول ۱. خلاصه جلسات زوج درمانی متمرکز بر هیجان (EFT)

ردیف	مرحله	جلسات	خلاصه جلسات درمانی
۱		اول	برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه با زوجها و انعقاد قرارداد درمانی، ایجاد اتحاد درمانی بین زوج و درمانگر در مورد اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان به نحوی که هر یک از آنها احساس امنیت و پذیرش از سوی درمانگر کرده؛ اطمینان از اینکه درمانگر اهداف و نیازهای آنها را درک کرده و قادر به کمک دادن به آنها خواهد بود؛ درک چگونگی شکل گیری رابطه فعلی و آنچه زوج ها را برای درمان برانگیخته است؛ ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه و یافتن درکی روشن از مشکل آنها.
	کلام و رفتار		
	دوم و سوم		تلاش برای ایجاد و حفظ فضایی امن و تسلی بخش با هدف تسریع فرایند تغییر، فراهم کردن فضایی که زوجین بتوانند مشکلات زوجی را چیزی معمولی در روابط زناشویی در نظر بگیرند؛ ارزیابی تاریخیچه دل بستگی و صمیمیت مراجعان و فرضیه سازی درباره آسیب پذیری و موضوعات دل بستگی نهفته هر یک از زوج ها در رابطه؛ رد گیری و توصیف زنجیره های تکرار شونده که آشفتگی زوج ها را تداوم بخشیده و موقعیت هر یک از آنها را در رابطه متبلور می سازد، یافتن موانع درونی و بیرونی صمیمیت و رد گیری هیجانی در هر یک از زوج ها، تحلیل حالت های هیجانی همراه با چرخه های دشوار و آشنایی زوج ها با چرخه های منفی تعامل.
۲		چهارم	فراخوانی و کشف کردن، سعی در ارتقاء بازخوانی مجدد تجارب زوجین، به شکل آگاهانه، تشویق زوجین به بیان هیجانها و آگاهی از حس جسمانی حوادث که قبلاً سرکوب و انکار شده اند، گوش دادن لحظه به لحظه درمانگر به ابراز کلامی و هیجانی زوجین.
	کلام		

پنجم	ترسیم موضوعات تعارض برانگیز و ناراضی کننده بین همسران و تمرکز بر رفع آنها، گوش دادن و کشف روایت‌های زوجین از مشکلات موجودشان، گردآوری اطلاعات در مورد تاریخچه‌ی الگوی دلبستگی اولیه و ارتباط فعلی میان آنها.
۳ ششم و هفتم	افزایش دانش در مورد احساسات زیربنایی موقعیت‌های تعاملی و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی، شناسایی جنبه‌های درناک تجارب زوجین، مشاهده‌ی سبک پردازش موضوعات هیجانی آنها، شناسایی موضوعات درون فردی و بین فردی که در ایجاد رنج آنها نقش دارند، تصدیق ادراک فرد، چارچوب‌دهی مجدد مسائل بر حسب موضوعات زیربنایی.
هشتم و نهم	افزایش تشخیص و شناسایی نیازها و جنبه‌های خود ابراز نشده، پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط زوج‌ها، بیان انتظارات خود از طرف مقابل و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش. در اینجا هر یک از زوجین به کمک درمانگر، خود و دیگری را آنگونه که هستند، تجربه می‌کنند.
دهم	افزایش پذیرش هر یک از همسران نسبت به ادراک تجربه‌ی همسرش
یازدهم، دوازدهم و سیزدهم	ربط دادن هیجان‌ات اولیه به هیجان‌ات ثانویه، برون‌ریزی هیجان‌ات ثانویه، پرداختن به هیجان‌ات اولیه و قاب‌گیری مجدد به مشکل، تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، بازتعریف رابطه توسط هر یک از زوج‌ها، پرورش محیط امن و خلق اعتماد، کاوش مشکلات و موضوعات قدیمی که اکنون در پرتو پایه امن ایجاد شده در جلسه میسر شده است. بازسازی تعاملات به سمت اینکه هر یک از زوجین پاسخگو تر باشند. افزایش پذیرش نسبت به تجربه همسر و راه‌های نوین تعامل‌پذیری، کمک به زوجین که به طرف مقابلشان اعتماد کنند، تسهیل در ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی.
چهارده	شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوج‌ها به الگویی ایمن در روابطشان و افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت‌های تعاملی جدید و تشویق زوجین به تازه نگه داشتن پیوند ایمن‌شان از طریق توجه به خواسته‌ها و تمایلات یکدیگر.
پانزده	تسهیل پدیدآیی راه‌حل‌های تازه برای مشکلات قدیم، تقویت و تثبیت مواضع تازه‌ای که همسران نسبت به هم نشان می‌دهند. استفاده‌ی زوجین از مهارت‌هایشان در زمینه حل مسئله به شیوه سودمند، شناسایی و سپس حمایت از الگوهای سالم و سازنده‌ی تعاملی، کمک به زوجین تا فرایندها را مرور نمایند و تغییرات را ارج نهند (حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه پیوند بین آنها). درمانگر همسران را تشویق می‌کند که یک داستان تازه پیرامون رابطه بسازند. این داستان شاد دربرگیرنده‌ی تجربه زوج از فرایند درمان و نیز ادراک جدیدشان از رابطه هست و ابراز احساسات در مورد پایان بخشیدن به جلسات و خاتمه درمان.

مقاله علمی پژوهشی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از بسته درمانی که توسط کریستنسن و جاکویسون (۱۹۹۸) تهیه شده، استفاده شد. در این درمان فنون

زوج‌درمانی رفتاری سنتی با فنون پذیرش ادغام شده است که خلاصه جلسات این رویکرد به ترتیب زیر است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

ردیف	محتوی	جلسات	هدف-تکالیف
۱	آشنایی و تعارف	اول	هدف: معارفه، خلاصه اطلاعات دموگرافیک، چشم انداز زوج‌درمانی، بیان اصول جلسات درمان، اجرای پس‌آزمون. تکالیف: ارائه شکایت، بیان اهداف و مسائل مرتبط، بحث در مورد جذابیت‌های اولیه، تکمیل پس‌آزمون.

دوم	هدف: برگزاری جلسات فردی با زوجین، بیان اصول رازداری، فرا رفتن از مشکلات فعلی بر اساس مقیاس‌ها و مصاحبه اول، بررسی مسائل مربوط به خشونت و تعهد، بررسی تاریخچه خانواده اصلی، بررسی تاریخچه ارتباط.	سوم	تکالیف: تکمیل پرسشنامه‌ها و بحث در مورد حساسیت‌های عاطفی و استورس‌های خارجی، بیان دیدگاه راجع تعهد و ادامه رابطه.
چهارم	هدف: ارائه بازخورد به زوجین، ارائه چشم انداز و فرمول‌بندی مشکلات، مشخص کردن موضوعات و زمینه‌های مشکل- ساز عمده (اعتماد، افسردگی، استرس پس از سانحه و ...)، مشخص کردن نقاط قوت رابطه، اجرای پس‌آزمون.	پنجم	هدف: فرمول‌بندی موردی، بحث روی الگوهای تعاملی، مداخلاتی برای جلوگیری، قطع کردن، جهت‌دهی دوباره و یا محدود کردن تعاملات مشکل ساز، ابراز هیجانات نرم.
ششم	هدف: مداخلات مبتنی بر هیجان (الحاق همدلانه): گوش دادن به جزئیات موجود در تعاملات زوجین، فرمول‌بندی موردی مجدد مشکلات زوجین بر اساس تم‌های اصلی شناسایی شده در جلسه بازخورد.	هفتم	تکالیف: شناسایی هیجان‌های اولیه، افشای هیجان‌ها، ایفای نقش جهت ابراز هیجانات، تمرکز بر روی احساسات بجای افکار، همدلی با احساسات همدیگر.
هشتم	هدف: مداخلات مبتنی بر هیجان (کناره‌گیری متحدانه) تشویق زوجین با استفاده از تکنیک‌های پذیرش تا زوجین بتوانند از مشکلات‌شان به درجاتی فاصله هیجانی پیدا کنند، اجرای پس‌آزمون (جلسه هشتم).	نهم	تکالیف: به زوجین کمک می‌کند تا در مورد مشکلات‌شان حرف بزنند تا اینکه بخواهند خود را مستقیماً درگیر این مشکلات کنند، استفاده از صندلی خالی برای مشکل توسط زوجین، تکمیل پس‌آزمون (جلسه دوازدهم).
دهم و یازدهم	هدف: مداخلات مبتنی بر رفتار (با هدف تغییر رفتار): تمرین رفتارهای منفی و شکست‌های احتمالی در جلسات درمان. تکالیف: اجرای دوباره تعاملات در جلسه، مبادله رفتار، تمرین مهارت‌های ارتباطی، تکنیک مواجهه‌سازی زوجین با سناریوهای احتمالی شکست	سیزدهم	هدف: مداخلات مبتنی بر رفتار (با هدف تغییر رفتار): وانمودسازی رفتار منفی در جلسه درمان، استراتژی‌های خود-مراقبتی، آموزش مهارت ارتباطی، اجرای پس‌آزمون (جلسه دوازدهم).
چهاردهم و پانزدهم	هدف: مداخلات مربوط به ایجاد تحمل: تکالیف: تمرین رفتارهای منفی، لیست کردن اقداماتی برای خود مراقبتی.	شانزدهم	هدف: مداخلات مربوط به ایجاد تحمل: تکالیف: تظاهر به رفتارهای منفی در محیط خانه، افزایش تحمل از طریق خویشتن‌نگری.
	هدف: جمع‌بندی، کمک به زوج برای کنار آمدن با عوامل فشار زاء، اجرای پس‌آزمون.		تکالیف: بحث در مورد دستاوردهای درمان و تصمیم راجع به آینده، تکمیل پس‌آزمون.

جلسه بازخورد و فرمول‌بندی

جلسه خانه

نتایج

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش معناداری بالینی استفاده شده است. زوج‌ها پس از احراز شرایط لازم برای ورود به فرآیند پژوهش، در چند مرحله خط پایه (۲ تا ۴ مرحله)، ۱۰ جلسه مداخله درمانی برای رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۸ جلسه مداخله درمانی برای رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار و ۳ مرحله پیگیری شرکت نمودند. در این قسمت فرضیه‌های پژوهش مطرح و یافته‌ی متناظر با آن‌ها با استفاده از روش‌های آماری ارائه می‌شوند.

جدول ۳. مراحل درمان گروه های اول، دوم و سوم گروه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه های چهارم، پنجم و ششم گروه رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار در متغیر ادراک انصاف

تفاوت معنادار	شناخت درمانی هیجان مدار			رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد			گروه های درمانی
	گروه ششم	گروه پنجم	گروه چهارم	گروه سوم	گروه دوم	گروه اول	مراحل درمان گروه ها
	خط پایه						
	۴۱	۳۹	۴۰	۴۰	۴۲	۳۹	خط پایه اول
	۳۹	۴۱	۴۲	۴۲	۴۱	۳۷	خط پایه دوم
	۴۱	۴۳	-	۴۰	۳۸	-	خط پایه سوم
	۴۳	-	-	۴۱	-	-	خط پایه چهارم
	۴۱	۴۱	۴۱	۴۰/۷۵	۴۰/۶۶	۳۸	میانگین خط پایه
	درمان						
	۴۵	۴۴	۴۳	۴۵	۴۳	۳۹	جلسه
	۶۶	۶۳	۶۰	۷۴	۶۱	۵۸	جلسه
	۷۶	۷۸	۷۵	۹۰	۷۸	۸۹	جلسه
	۶۲/۳۳	۶۱/۶۶	۵۹/۳۳	۶۹/۶۶	۶۰/۶۶	۶۲	میانگین مرحله درمان
	۲/۰۴	۱/۹۸	۱/۷۵	۲/۷۷	۱/۹۱	۲/۳	شاخص تغییر پایا
	۵۲	۵۰/۳۹	۴۴/۷۱	۷۰/۹۴	۴۹/۱۸	۶۳/۳۱	درصد بهبودی (درمان)
۱۲/۱۱	۴۹/۰۳					۶۱/۱۴	درصد بهبودی کلی درمان
	پیگیری						
	۷۶	۷۶	۷۴	۸۹	۷۶	۸۴	پیگیری نوبت اول
	۷۴	۷۷	۷۵	۸۸	۷۵	۸۶	پیگیری نوبت دوم
	۷۵	-	-	۹۰	-	۸۳	پیگیری نوبت سوم
	۷۵	۷۶/۵	۷۴/۵	۸۹	۷۵/۵	۸۴/۳۳	میانگین مرحله پیگیری
	۳/۲۶	۳/۴	۳/۲	۴/۶	۳/۳	۴/۴	شاخص تغییر پایا
	۸۲/۹	۸۶/۵	۸۱/۷	۱۱۸/۴	۹۱/۹۶	۱۲۱/۹	درصد بهبودی پیگیری
۲۷/۰۵	۸۳/۷					۱۱۰/۷۵	درصد بهبودی کلی

تحقق بخشد که نشان دهنده اثربخشی بیشتر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازیابی ادراک انصاف در مقایسه و هم‌سنجی با شناخت درمانی هیجان مدار است. بنابراین، فرضیه نهم پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

طبق یافته‌های جدول‌های (۵) رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۱/۱۴ درصد توانسته ادراک انصاف زوجین متعارض را افزایش دهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان‌مدار بطور متوسط ۴۹/۰۳ درصد توانسته باعث افزایش ادراک در زوجین متعارض گردد یعنی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۲/۱۱ درصد بیشتر از رویکرد شناخت درمانی هیجان‌مدار توانسته اهداف درمانی را

جدول ۴. مراحل درمان گروه‌های اول، دوم و سوم گروه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌های چهارم، پنجم و ششم گروه شناخت درمانی هیجان‌مدار در متغیر خود دلسوزی

گروه‌های درمانی	رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد			شناخت درمانی هیجان‌مدار			تفاوت معنادار
	گروه اول	گروه دوم	گروه سوم	گروه چهارم	گروه پنجم	گروه ششم	
خط پایه	۳۲	۳۲	۳۳	۳۴	۳۶	۲۹	
خط پایه اول	۳۱	۳۴	۳۵	۳۳	۳۵	۳۳	
خط پایه دوم	-	۳۳	۳۴	-	۳۷	۳۵	
خط پایه سوم	-	-	۳۶	-	-	۳۴	
خط پایه چهارم	۳۱/۵	۳۳	۳۴/۵	۳۳/۵	۳۶	۳۲/۷۵	
میانگین خط پایه							
درمان							
جلسه	۴۸	۴۵	۴۹	۴۴	۴۸	۳۹	
جلسه	۵۷	۵۶	۵۸	۵۶	۵۷	۴۷	
جلسه	۶۶	۶۳	۶۷	۶۵	۶۶	۵۳	
میانگین مرحله درمان	۵۷	۵۴/۶۶	۵۸	۵۵	۵۷	۴۶/۳۳	
شاخص تغییر پایا	۲/۳۸	۳/۰۸	۲/۲	۲/۰۱	۱/۹۷	۱/۲۷	
درصد بهبودی (درمان)	۸۰/۹۵	۶۵/۶۵	۶۸/۱۱	۶۴/۱۷	۵۸/۳۳	۴۱/۴۶	
درصد بهبودی کلی درمان	۷۱/۵۷				۵۴/۶۵	۱۶/۹۲	
پیگیری							
پیگیری نوبت اول	۶۲	۶۱	۶۴	۶۳	۶۴	۵۲	
پیگیری نوبت دوم	۶۱	۶۰	۶۳	۶۵	۶۶	۵۰	
پیگیری نوبت سوم	۶۱	۶۲	۶۵	۶۴	۶۴	۵۲	
میانگین مرحله پیگیری	۶۱/۳۳	۶۱	۶۴	۶۴	۶۴/۶۶	۵۱/۳۳	
شاخص تغییر پایا	۲/۷۷	۲/۶۲	۲/۷۶	۲/۸۵	۲/۶۸	۱/۷۳	
درصد بهبودی پس از پیگیری	۹۳/۷۲	۹۷/۶۹	۸۵/۵	۹۱/۰۴	۷۹/۶۲	۵۶/۷۴	
درصد بهبودی کلی	۹۲/۳۰				۷۵/۸	۱۶/۵	

را ۵۴/۶۵ درصد افزایش دهد. بنابراین، فرضیه دوازدهم پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

هدف تحقیق حاضر هم‌سنجی اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان‌مدار بر میزان ادراک انصاف و خود دلسوزی در زوجین متعارض بوده است.

نتایج نشان داد بین اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان‌مدار بر ادراک انصاف در زوجین

طبق یافته‌های جدول‌های (۶) میزان اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود دلسوزی در گروه اول، ۸۰/۹۵؛ گروه دوم، ۶۵/۶۵ و در گروه سوم، ۶۸/۱۱ و بطور متوسط ۷۱/۵۷ درصد می‌باشد یعنی این رویکرد درمانی توانسته خود دلسوزی زوجین متعارض را ۷۱/۵۷ درصد افزایش دهد. از طرفی میزان اثربخشی رویکرد تلفیقی شناخت درمانی هیجان‌مدار بر افزایش خود دلسوزی در گروه چهارم، ۶۴/۱۷؛ گروه پنجم، ۵۸/۳۳ و در گروه ششم، ۴۱/۴۶ و بطور متوسط ۵۴/۶۵ درصد می‌باشد یعنی این رویکرد درمانی توانسته خود دلسوزی زوجین متعارض

زوج‌ها باید به این موضوع توجه شود. به دلیل محدودیت زمان اجرای این پژوهش، پیگیری‌ها سه ماه پس از پایان جلسات مداخله زوج درمانی‌ها انجام شد که بهتر بود پیگیری‌ها ادامه داشته باشد. افرادی که در این پژوهش آورده نشدند و یا ملاک ورود به پژوهش را نداشتند از شروط محقق برای پژوهش حاضر بود. ممکن است از افرادی که کنار گذاشته شدند اطلاعات خوبی حاصل می‌شد. زوج‌درمانگر برای اجرای هر دو رویکرد یک نفر بود و ممکن است اثر تداخل پیش آمده باشد.

با توجه به اثربخشی این دو رویکرد (رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان مدار)، هم در فرایند کلی درمان و هم حفظ ماندگاری درمان پس از سه ماه در این مطالعه، به مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران و روانشناسان بالینی پیشنهاد می‌گردد برای کاهش مشکلات زناشویی زوجین و درمان آن‌ها از این دو رویکرد استفاده نمایند. از این رو نتایج این تحقیق می‌تواند به زوج‌درمانگران و مشاوران خانواده کمک کند تا روش مناسب و اثربخش‌تری را در کار با زوجین دارای مشکلات و مسائل زناشویی و متقاضی طلاق به کار گیرند. اجرای این دو رویکرد درمانی با دو درمانگر مجزا بر روی زوجین دیگر با مشکلات زناشویی دیگر مد نظر قرار گیرد و با توجه به این که پژوهش حاضر می‌تواند اطلاعات گسترده‌ای در زمینه رویکردهای هیجان‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تصویر واضح و روشنی از وضع موجود طلاق را ارائه دهد، پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش پیش روی محققان، دست اندرکاران مسائل بهداشت روانی، روان‌شناسان، زوج‌درمانگران و مشاوران مراکز مشاوره قرار داده شود.

تشکر و قدردانی

از اساتید راهنما، مشاور و تمامی زوجین مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولین محترم تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

متعارض شهر همدان تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با یافته‌های اخوان بی‌تقصیر و همکاران (۲۴)، محمدی و همکاران (۲۵)، فیروزی و خرامین (۲۶) سامرز - فلنگان و همکاران (۲۷)، ژانگ و همکاران (۲۸) و پاولوک و همکاران (۲۹) همسو است. می‌توان گفت علت اثربخشی بیشتر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر این است که هم رویکرد هیجان‌مدار و هم مبتنی بر پذیرش و تعهد در اصل "کاربردی" هستند و از آن‌جا که طی دهه اخیر خانواده درمانی و زوج درمانی به سمت درمان‌های تلفیقی و یکپارچه‌نگر در الگوی مداخلات پیش رفته است و این رویکردها دارای مزایای منحصر به فردی از جمله ایجاد پایه وسیع‌تری از مداخله و انعطاف‌پذیری در درمان مراجعان هستند و همچنین این رویکردها می‌کوشند تا خطر مداخله اتفاقی، بی‌ربط و متناقض که از التقاط اصول یا تکنیک‌های مختلف، بدون ملاحظه ناسازگاری بالقوه یا تعاملات ناسازگار آن‌ها حاصل می‌شود را کاهش دهند.

نتایج نشان داد که بین اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان‌مدار بر خود دلسوزی در زوجین متعارض شهر همدان تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های زارع و همکاران (۳۰)، اسدپور و همکاران (۳۱)، داودی و همکاران (۳۲) همسو است.

در تبیین این یافته که رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن نسبت به رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور هم در مراحل مداخله و هم در مراحل پیگیری اثربخشی بیشتری بر افزایش رضایت زناشویی زوجین داشته است، می‌توان گفت که از جمله رویکردهای درمانی مؤثر برای کمک به زوج‌هایی که دچار ناسازگاری در روابط و تنظیم هیجانات هستند، دو رویکرد زوج درمانی هیجان‌محور و گاتمن است که می‌توان از این رویکردها به عنوان یک الگوی درمانی و نیز یک الگوی آموزشی به منظور پیشگیری از تعمیق تعارضات و نیز بهبود روابط زوج‌ها در قالب درمان‌های زوجی و یا کارگاه‌های آموزشی بهره گرفت که نتیجه طبیعی و مستقیم آن کاهش آمار طلاق خواهد.

در مورد محدودیت‌های این تحقیق باید گفت جامعه مورد مطالعه این پژوهش، افراد متعارض بودند در تعمیم نتایج به سایر

References

1. Sanders MR, Halford WK, Behrens BC. Parental divorce and premarital couple communication. *Journal of Family Psychology*. 1999;13(1):60.
2. Westrick-Payne KK, Profile TF. Divorce rate in the US: Geographic variation, 2020. *Family Profiles*, FP-22. 2022;8.
3. Huston TL. What's love got to do with it? Why some marriages succeed and others fail. *Personal Relationships*. 2009;16(3):301-27.
4. Whisman MA. Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of abnormal psychology*. 2007;116(3):638.
5. Snyder DK, Castellani AM, Whisman MA. Current status and future directions in couple therapy. *Annu Rev Psychol*. 2006;57:317-44.
6. Whisman MA, Uebelacker LA, Weinstock LM. Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(5):830.
7. Zuccarini D, Johnson SM, Dalgleish TL, Mäkinen JA. Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2013;39(2):148-62.
8. Dinkmeyer Jr D. A Systematic Approach to Marriage Education. *Journal of Individual Psychology*. 2007;63(3).
9. Muñoz Sastre MT, Vinsonneau G, Neto F, Girard M, Mullet E. Forgiveness and satisfaction with life. *Journal of Happiness Studies*. 2003;4(3):323-35.
10. Norcross JC, Lambert MJ. Relationship science and practice in psychotherapy: closing commentary. *Psychotherapy*. 2014;51(3):398.
11. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*. 2013;69(8):856-67.
12. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2016;60:1-11.
13. Inwood E, Ferrari M. Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2018;10(2):215-35.
14. Whitehead R, Bates G, Elphinstone B, Yang Y. The relative benefits of nonattachment to self and self-compassion for psychological distress and psychological well-being for those with and without symptoms of depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2021;94(3):573-86.
15. Hall CW, Row KA, Wuensch KL, Godley KR. The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of psychology*. 2013;147(4):311-23.
16. Hassani SF, Tizdast T, Zarbakhsh MR. The role of self-compassion and Hope in the relationship between psychological wellbeing, maladaptive schemas, resilience, and social support in women with multiple sclerosis. *Journal of client-centered nursing care*. 2021;7(3):195-204.
17. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-oncology*. 2013;22(2):459-64.
18. Hashemi Z, Afshari A, Einy S. The effectiveness of acceptance and commitment education on improving the mental health and quality of life of elderly people with cancer. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;8(2):160-71.
19. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox J-P, Schreurs KM, Spinhoven P. The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(3):142-51.
20. Marshall SL, Parker PD, Ciarrochi J, Sahdra B, Jackson CJ, Heaven PC. Reprint of "Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample". *Personality and individual differences*. 2015;81:201-6.
21. Power M. *Emotion-focused cognitive therapy*: John Wiley & Sons; 2010.
22. Palmer-Olsen L, Gold LL, Woolley SR. Supervising emotionally focused therapists: A systematic research-based model. *Journal of marital and family therapy*. 2011;37(4):411-26.
23. Junglas I, Watson RT. The u-constructs: four information drives. *Communications of the Association for Information systems*. 2006;17(1):26.
24. Akhavan Bitaghsir Z, Sanaee Zaker B, Navabinejad S, Farzad va. Comparative of Emotional Focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Adjustment and Marital Satisfaction. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017;5(2):121-8.
25. Mohammadi M, Zahrakar K, Jahangiri J, Davarniya R, Shakarami M, Morshedi M. Assessing the Efficiency of Educational Intervention Based on Gottman's Model on Marital Intimacy of Women. *Journal of Health*. 2017;8(1):74-84.

26. Firoozi MR, Kharamin S. Prediction of Marital Satisfaction Based on Personality Traits and Coping Styles in Married People with Extramarital Affairs. 2021.
27. Sommers-Flanagan J, Polanchek S, Zeleke WA, Hood MH, Shaw SL. Effectiveness of solution-focused consultations on parent stress and competence. *The Family Journal*. 2015;23(1):49-55.
28. Zhang A, Franklin C, Currin-McCulloch J, Park S, Kim J. The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of behavioral medicine*. 2018;41:139-51.
29. Pawluk EJ, Koerner N, Kuo JR, Antony MM. An experience sampling investigation of emotion and worry in people with generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2021;84:102478.
30. Saadati Shamir A, Saniee M, Zare E. Effectiveness of Couple Therapy by Gottman Method on Family Function and Marital Adjustment in Divorce Applicant Couples. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2019;5(2):10-7.
31. Asadpour I, Nazari Am, Sanai Zaker B, shaghghi s. An Investigation of Effectiveness of The Emotionally focused Couple Therapy on Increasing Marital Intimacy in couples Entered at Counseling Centers in Tehran. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2012;2(1):-.
32. davoodi Z, Etemadi O, bahrami F. Decreasing Divorce among Divorce-Prone Couple's Using an Intervention Focused on Short-Term Solution. *Social Welfare*. 2011;11(43):121-34.

Original Article

Comparing The Effectiveness Of Education Approach Based On Acceptance And Commitment And Emotion-Oriented Cognitive Therapy Approach On The Level Of Perception Of Fairness And Self-Compassion In Conflicted Couples

Received: 05/01/2022 - Accepted: 19/12/2022

Zeinab Imanikia¹
Firouzeh Zangeneh Motlagh^{2*}
Mohamadreza Bayat³

¹ PhD Student, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

² Assistant Professor, Department of Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran
^{*} Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran
(Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Andimeshk Branch, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran

Email:
Firoozeh.zangeneh@yahoo.com

Abstract

Introduction: Comparison of different psychology approaches in order to be more effective is one of the researches that researchers are interested in; In this regard, the present study was conducted with the aim of measuring the effectiveness of the education approach based on acceptance and commitment and the emotion-oriented cognitive therapy approach on the level of perception of fairness and self-compassion in conflicted couples.

Methods: In this research, a single-case experimental design and a clinical trial type were used. The statistical population included all men and women with marital conflict in Hamadan city. By using the available non-random sampling method, 45 conflicting couples (90 people) were selected from the studied statistical community and were randomly replaced in two experimental groups and one control group. In order to collect data, Paliri et al.'s fairness perception scale (2009) and Spiner's self-compassion scale (1976) were used. Clinical significance method was used for data analysis.

Results: The analysis of the findings shows the greater effectiveness of the approach based on acceptance and commitment on increasing the recovery of the spouse's perception of fairness in Magasieh with emotion-oriented cognitive therapy. Also, a significant difference was observed between the effectiveness of the approach based on acceptance and commitment and emotion-oriented cognitive therapy on self-compassion in the conflicted couples of Hamedan city.

Conclusion: It seems that the effectiveness of the education approach based on acceptance and commitment on the level of perception of fairness and self-compassion in conflicted couples is more than the emotion-oriented cognitive therapy approach.

Keywords: Education Based On Acceptance and Commitment, Emotion-Oriented Cognitive Therapy, Couple Conflict