

Comparison of the Effectiveness of Bowenian Family Therapy and Acceptance and Commitment-based Therapy (ACT) on Cognitive Emotion Regulation of Mothers with One Child

Farahnaz Koranian¹, Mokhtar Arefi², Hasan Amiri³

1. PhD student of General Psychology, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran
2. (Corresponding author): m.arefi@iauksh.ac.ir. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran.

ABSTRACT

The article is taken from a doctoral dissertation

Received: 03/04/1400 - Accepted: 14/10/1400

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of Bowenian family therapy and acceptance and commitment therapy on the difficulty in regulating the emotion of mothers with one child. **Methods:** This was a descriptive quasi-experimental study with a pretest-posttest design with two experimental groups and a control group. The statistical population of the study included all mothers with only one child of preschool age in Kermanshah kindergartens in 2019. A total of 45 people were selected through convenience sampling and 15 people were randomly assigned to two experimental groups and one control group. Data were collected in the pretest-posttest stages with a scale of difficulty in emotion regulation (Grotz and Roemer, 2004). After pre-testing, members of the two experimental groups participated separately in eight 1.5-hour weekly sessions of Bowenian family therapy and acceptance and commitment therapy. Analysis of covariance and Bonferroni post-hoc test were used to analyze the data. **Results:** The results of analysis of covariance showed that the effect of Bowenian family therapy and the effect of acceptance and commitment based therapy on difficulty in emotion regulation in individuals is significant ($P < 0.05$). Also, differences in the two treatment groups for the dimensions of emotional rejection, difficulty in performing behavior, difficulty in controlling impulse, lack of emotional awareness, limited access, and lack of clarity, respectively, the amount of F statistic; 4.771, 4.461, 3.524, 3.399 and 5.720 with significant levels were 0.026, 0.005, 0.011, 0.001, 0.003 and 0.009, respectively. The results of Bowenian test showed that due to the size of the differences, the effectiveness of acceptance-based and commitment-based therapy in combining with other interventions on the difficulty of emotion regulation and its related components was higher ($P < 0.05$). **Conclusion:** Psychologists, when faced with problems of mother-child interaction, evaluate the mother in terms of the level of cognitive emotion regulation and other psychological variables affecting emotion regulation and use effective treatment methods if there is a problem.

Keywords: Bowen family therapy, cognitive emotion regulation, acceptance and commitment therapy (ACT).



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۱، شماره ۸۱، بهار ۱۴۰۱
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v21i81.9494

مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان مادران تک فرزند

فرحناز کرانیان^۱، مختار عارفی^۲، حسن امیری^۳

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.
۲. (نویسنده مسئول)، دکتری مشاوره، دانشیار، گروه روان شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران. m.arefi@iauaksh.ac.ir
۳. دکتری روان شناسی، استادیار، گروه روان شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

(صفحات ۱۲۴-۱۴۸)

چکیده

مقاله مستخرج از رساله دکتری می باشد

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان مادران تک فرزند انجام گرفت. **روش:** این پژوهش توصیفی از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران تک فرزند پیش دبستانی مهدکودک‌های کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، به تعداد برابر ۱۵ نفر گمارده شدند. داده‌ها در مراحل پیش آزمون-پس آزمون با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (گروتز و رومر، ۲۰۰۴) گردآوری شد. اعضای دو گروه آزمایش پس از اجرای پیش آزمون بطور جداگانه در هشت جلسه هفتگی ۱/۵ ساعته خانواده درمانی بوئنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد اثر خانواده درمانی بوئنی و اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان در افراد معنادار است ($P < 0/05$). همچنین، تفاوت در دو درمان برای ابعاد عدم پذیرش هیجانی، دشواری در انجام رفتار، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود و عدم وضوح به ترتیب میزان آماره $F: 4/771, 4/461, 3/524, 3/399$ و $5/720$ معنادار بود ($P < 0/05$). نتایج آزمون بونفرونی نشان داد با توجه به اندازه تفاضل‌ها، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هم سنجی با مداخله دیگر بر دشواری در تنظیم هیجان و مولفه‌های مربوط به آن بیشتر بود ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** روان‌شناسان، در هنگام مواجهه با مشکلات تعامل مادر و فرزند، مادر را از نظر سطح تنظیم شناختی هیجان و سایر متغیرهای روان‌شناختی موثر بر تنظیم هیجان ارزیابی و روش‌های درمانی موثر را در صورت وجود مشکل به کار گیرند.

واژه‌های کلیدی: درمان بوئنی، دشواری در تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۴

مقدمه

یکی از عرصه‌هایی که در کشور ایران دستخوش تحول شده، کنش فرزندآوری است. داده‌های آماری حکایت از کاهش نرخ باروری در چند دهه گذشته می‌کند؛ تا جایی که در سال‌های اخیر تعداد فرزندان یک مادر کمتر از شاخص لازم در جایگزینی نسل‌ها (۲/۱) فرزند به ازای هر زن) است (حسینی و بگی، ۱۳۹۳). این تغییر نزولی نرخ باروری، از تحولی در زمینه فرزندآوری خانواده‌های ایرانی و تمایل آنها به تک فرزندی حکایت دارد. از سوی دیگر تک فرزندی نتیجه هر عامل یا عواملی که باشد، تغییر بنیادینی نه فقط در ساختار جمعیت شناختی و روند اجتماعی شدن خانواده بلکه در جنبه‌های مختلف عملکرد مدرسه و همه ابعاد شخصیت فرد در آینده ایجاد می‌کند (خلیلیان شلمزاری، ۱۳۹۶).

از طرفی، وجود برخی ویژگی‌ها در والدین می‌تواند توان مقاومت درونی، در برابر فشارهای روانی را در آنها افزایش دهد و از بروز پیامدهای آن جلوگیری کند (فیض و همکاران، ۱۳۹۰). از جمله این ویژگی‌ها، تنظیم شناختی هیجان در والدین است. تنظیم شناختی هیجان نحوه پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس‌زا می‌باشد (سامانی و همکاران، ۱۳۹۵). تنظیم شناختی - هیجانی، راهبردهایی است که افراد در شرایط پریشانی به کار می‌برند تا هیجان خود را کنترل کنند (سلیمانی و حبیبی، ۱۳۹۳). هنگامی که فرد با یک موقعیت روبه‌رو می‌شود، احساس خوب و خوش بینی، به تنهایی برای کنترل هیجان‌های وی کافی نیست؛ بلکه وی نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد (گروس، ریچارد و جان^۱، ۲۰۱۶). وجود تشابهات هیجانی بین انسان‌ها، باعث می‌شود که الگویی که هر فرد برای تنظیم هیجان‌اتش استفاده می‌کند، نتایج هیجانی متفاوتی به دنبال داشته باشد (سجادی و عسکری زاده، ۱۳۹۴). والدین همه روزه با هیجان‌ات مختلف خود مواجه می‌شوند و با

1. Gross, J. J., Richards, J. M., & John. O. P

نحوه واکنش خود به هیجان‌ات و الگوسازی، نحوه ابراز هیجان و کنترل هیجان‌ات را آموزش می‌دهند (میرابل^۱، ۲۰۱۵). اهمیت واکنش والدین به هیجان‌ات را از طریق تأثیراتی که این واکنش‌ها روی کودک می‌گذارد، می‌توان دریافت (جنتزلیر، رامسی و بلک^۲، ۲۰۱۵). در خانواده‌های دارای تک فرزند والدین مخصوصاً مادر تمام توان عاطفی خود را معطوف به تنها فرزندشان می‌کنند (محمدی، ۱۳۹۶). بالطبع در چنین حالتی مادر از نظر تعادل عاطفی و همچنین برگشت سرمایه گذاری‌هایی که برای فرزند خود داشته، متوقع تر و کمال گراتر می‌شود که این موجب اضطراب و آشفتگی هیجانی در مادر می‌شود (فرانک و ویلسون^۳، ۲۰۱۸). از طرفی، مادران دارای تک فرزند چون علاوه بر نقش مادری، نقش همبازی، خواهر یا برادر را نیز همزمان برای کودک دارند، دچار دشواری در تنظیم هیجان‌ات خود می‌شوند زیرا کنترل هیجان‌های مادری و تلفیق آن با هیجان‌هایی که ناشی از نقش خواهر یا برادر برای فرزند خود است؛ برایشان دشوار است (کوثری و اسماعیلی نسب، ۱۳۹۷).

امروزه درمان‌های فراوانی برای اختلالات روان شناختی به وجود آمده است که این درمان‌ها شاید هرکدام در زمینه‌ای قوی تر و تخصصی تر نسبت به سایر درمان‌ها باشند به این معنی که هر درمانی دارای نقاط ضعف و قوت خودش می‌باشد. در درمان‌های موج سوم بیشتر تمرکز بر روی خانواده‌ها و ارتباط صحیح متمرکز شده است، چرا که انسان موجودی اجتماعی است و نوع سبک ارتباط او با دیگران تأثیر زیادی بر سلامت روان او و خانواده دارد (لینهال، دیمف، رینولدز و همکاران^۴، ۲۰۱۸). در بین درمان‌هایی که تا امروز برای اختلالات روانی به کار برده شده اند، درمان بوئنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ از جمله درمان‌های موثر بوده اند که برای مولفه تنظیم شناختی هیجان در

1. Mirabile. Scott P

2. Gentzler, A. L., Ramsey, M. A., & Black, K. R

3. Franks, C. M., & Wilson, G. T

4. Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch, & Heagerty

5. Acceptance and Commitment Therapy

خانواده‌ها و خصوصاً روی مادران انجام می‌شود. این درمان‌ها می‌توانند باعث انسجام بیشتر خانواده و تربیت درست فرزندان شوند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴؛ کیائی و همکاران، ۱۳۹۱؛ سعیدپور و همکاران، ۱۳۹۷؛ شاه محمدی مهرجردی و همکاران، ۱۳۹۷؛ گودرزی و همکاران، ۱۳۹۶). در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش سعی می‌شود که پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و این نوع درمان می‌تواند بر تنظیم شناختی هیجانات کمک کند. ACT از دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش می‌دهد که با پذیرش احساسات و هیجانات خود در لحظه حال و اکنون زندگی کنند و به این روش هیجانات خود را تنظیم کنند (باکر^۱، ۲۰۱۵). مفهوم اساسی در ACT این است که درمانجویان به جای مبارزه کردن با نشانه‌های ناراحت‌کننده باید تایید کنند که در برخی موقعیت‌ها، هیجانات ناخوشایند خاصی را احساس خواهند کرد. افراد با پذیرفتن اینگونه موقعیت‌ها به جای اجتناب کردن از آنها می‌توانند بینش کسب کرده و در این جریان احساس کنند که نشانه‌های خود را بیشتر تحت کنترل دارند (ریلی^۲، ۲۰۱۹). از طرفی درمان ACT ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (جانسون و ری^۳، ۲۰۱۶). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز روی شش فرآیند اصلی از جمله ارزش‌ها، ارتباط با زمان حال، گسلش، خود به عنوان زمینه، پذیرش و عمل متعهدانه است. در این درمان سعی می‌شود که پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و این نوع درمان می‌تواند بر تنظیم شناختی هیجانات کمک کند.

همانطور که گفته شد، درمان بوئنی از جمله درمان‌های موثر بر هیجانات می‌باشد که بر اساس ماهیت این درمان می‌توان اظهار داشت که رویکرد آن خانواده درمانی است

1. Baker
2. Reilly, E. D
3. Johnson & Ray

پریست^۱، ۲۰۱۵). رویکرد خانواده درمانی بوئن خانواده را یک واحد عاطفی و شبکه‌ای از روابط در هم تنیده می‌پردازد که برای درک بهتر باید آن را از چهارچوب مختلف یا دیدگاه تاریخی تحلیل می‌شود. بوئن اعتقاد دارد که کل منظومه خانواده یک واحد عاطفی تلقی می‌شوند که نمی‌توانند از یکدیگر مجزا یا به طور موفقیت آمیز تفکیک شوند (اردم و صافی^۲، ۲۰۱۸). هدف اصلی درمان بوئن کاهش سطح اضطراب مزمن به وسیله آگاه کردن از سیستم عاطفی خانواده، افزایش سطح تمایز یافتگی و تمرکز در تغییر خود به جای سعی در تغییر دیگران است (پالمپی^۳، ۲۰۱۶). نظریه بوئن راجع به خانواده در قالب یک نظام ارتباطی عاطفی متشکل از هشت مفهوم به هم پیوسته که عبارتند از: تمایز یافتگی خود، مثلث‌ها، نظام عاطفی خانواده هسته‌ای، فرآیند فرافکنی خانواده، گسلس عاطفی، فرآیند انتقال چند نسلی، جایگاه همشیره‌ها و فرآیند هیجانی-اجتماعی است (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۴، ترجمه حسین شاهی براواتی و نقشبندی، ۱۳۹۸). لذا در درمان بوئن با آموزش این موارد روی سطح تنظیم هیجان افراد کار می‌شود.

تنظیم شناختی هیجان روی خیلی از جنبه‌های زندگی از جمله تعارض مادر با فرزند تأثیرگذار است؛ لذا استفاده از درمان‌ها برای تقویت تنظیم هیجان کمک شایانی به سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد می‌کند (پورمحمدی و همکاران، ۱۳۹۶؛ گرام، ۱۳۹۴؛ متین و همکاران، ۱۳۹۷؛ کمالی و همکاران، ۱۳۹۵). در درمان بوئن که یک درمان کلاسیک است و درمان اکت که یک درمان جدید اما خیلی موفق است، مولفه‌های کاربردی قابل توجهی برای آموزش وجود دارد. مثلاً در درمان بوئن بالابردن سطح تمایز یافتگی افراد، عملکرد خانواده ارتقاء یافته، از خیانت در روابط زناشویی پیشگیری می‌شود (گودرزی، ۱۳۹۸). همچنین آموزش این مولفه اساسی از درمان بوئن یعنی تمایز یافتگی با مهارت‌های تفکیک عقل از احساس را در فرد تقویت می‌کند و

1. Priest

2. Erdem & Safi

3. Palombi, M

4. Goldenberg, H., & Goldenberg, Herbert

باعث می‌شود که فرد برای کنترل و تنظیم هیجان مهارت‌های لازم را کسب کند و در موقعیت‌های شدید عاطفی که در بسیاری از افراد منجر به بروز رفتارهای غیرارادی و گرفتن تصمیمات نافرجام می‌شود، کنترل خود را از دست ندهد و با در نظر گرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری کند (هاشمی و جعفری، ۱۴۰۰). همچنین تمایزیافتگی افراد در رابطه مثبت و معناداری با کیفیت زندگی، شادکامی و احساس انسجام در افراد دارد (کرانیان و کاکابرابی، ۱۳۹۴) و کاهش تمایزیافتگی افراد باعث افزایش استفاده از راهبردهای ناسازگار و به تبع آن، کاهش کیفیت زندگی می‌شود (سلطانی نژاد، ۱۳۹۷). در واقع این درمان، به واسطه ارتقاء سطح تمایزیافتگی افراد، از آنجایی که با آنها امکان مدیریت صحیح هیجان‌اتشان را نشان می‌دهد، لذا توانایی در کاربرد صحیح احساسات و افکار منجر به استفاده از الگوهای سازگارانه تنظیم هیجان و بهبود عملکرد خانواده می‌شود (عسکری، اشرفی و احمدی، ۱۳۹۶).

از سوی دیگر در درمان ACT با استناد به اینکه یکی از اهداف اصلی درمان بالابردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است، لذا این درمان به افراد کمک می‌کند با تنظیم هیجان‌ات خود، هیجان‌ات منفی خود را از جمله خشم مدیریت کند و این به نوبه خود موجب بالارفتن کیفیت رفتار میان فردی در افراد می‌شود (سعید پور، اصغری و صیادی، ۱۳۹۹). در این درمان به واسطه آموزش پذیرش افکار و شرایط، تنظیم هیجان بهبود پیدا می‌کند (محمدی، صالح زاده ابرقویی و نصیریان، ۱۳۹۴؛ جهانگیری، شیردل و قره‌چورلو، ۱۳۹۷؛ یراقچی، جمهری، صیرفی و همکاران، ۱۳۹۸؛ حمیدی پور و قطبیان، ۱۳۹۶؛ جلوداری، سوداگرو بهرامی هیدجی، ۱۳۹۸). پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثرگذاری درمان ACT بر انواع مولفه‌های سلامت روان‌شناختی از جمله تنظیم هیجان بسیار زیاد یافت می‌شوند. از آنجا که مقایسه‌ای که هم‌سنجی اثربخشی درمان دو نسل یکی متمرکز بر تغییر و دیگری بر پذیرش است، انجام نشده است و با وجود تمرکز درمان بونئی روی بینش‌افزایی در زمینه هیجان‌ات ناشناخته و واکنش‌پذیری هیجانی شاه

محمدی مهرجردی و همکاران، ۱۳۹۷)، اما مطالعات اندکی در زمینه اثربخشی این رویکرد روی تنظیم شناختی هیجان انجام شده است. نیز از آنجا که در خانواده‌های دارای تک فرزند والدین مخصوصاً مادر، تمام توان عاطفی خود را معطوف به تنها فرزندش می‌کند (محمدی، ۱۳۹۶)، بالطبع در چنین حالتی مادر از نظر تعامل عاطفی و همچنین برگشت سرمایه گذاری‌هایی که برای فرزند خود داشته، متوقع تر و کمال گراتر می‌شود؛ که این خود موجب اضطراب و آشفتگی‌های هیجانی در مادر می‌شود (هاشمی، محمدی و جراه، ۱۳۹۳). لذا نیاز به مقایسه درمان‌ها از جمله درمان بوئنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و استفاده متناسب با موقعیت برای ارتقاء سطح تنظیم شناختی هیجان، در مادران تک فرزند محسوس می‌باشد. در همین راستا با هدف مقایسه اثربخشی درمان بوئنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان انجام شد.

روش

روش پژوهش، نیمه تجربی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران تک فرزند پیش دبستانی مهدکودک‌های کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند. از تعداد ۴ کلاس پیش دبستانی تعداد ۸۴ نفر با برگزاری جلسه اولیاء و تشریح فرآیند کار تعداد ۶۶ نفر پرسشنامه تکمیل کردند که از این تعداد با رعایت ملاک خروج تعداد ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، به تعداد برابر ۱۵ نفر گمارده شدند. سپس افراد در مورد معیارهای ورود به پژوهش توسط پژوهشگر مصاحبه شده و پیش‌آزمون بر روی آن‌ها اجرا شد. معیارهای ورود عبارت بود از: دارا بودن یک فرزند (فرزندی را از دست نداده باشند)، دارا بودن حداقل سواد دیپلم، سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بود از: شرکت در دوره‌های روان‌شناختی و درمان‌های دیگر، وجود اختلالات روان‌شناختی (به منظور سنجش وضعیت روانی از مصاحبه مبنی بر مصرف یا عدم مصرف داروهای

اعصاب و روان استفاده شد). اعضای دو گروه آزمایش پس از اجرای پیش‌آزمون بطور جداگانه در هشت جلسه هفتگی ۱/۵ ساعته خانواده‌درمانی بوئن و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. آزمودنی‌ها در جلسه آخر مداخله، مجدداً به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مداخله‌ها

بسته انجام خانواده‌درمانی بوئن برگرفته از روش بوئن و کر^۱ (۱۹۸۸) در مقاله نبوی حصار، عازفی و یوسفی (۱۳۹۷)، همچنین برای طرح مداخله روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از مقاله ترخان (۱۳۹۶) استفاده شد. مداخله مبتنی بر ارائه تکالیف و مهارت‌های مربوط به تعاملات خانوادگی مانند بررسی رابطه اعضاء با خانواده، مقیاس تنظیم شناختی هیجان، تلاش برای کم‌کردن وابستگی به خانواده مبدأ بود. برای انجام خانواده‌درمانی بوئن ابتدا نظام هیجانی از راه مصاحبه و فنون ارزیابی مورد سنجش و سپس مداخله در هشت جلسه به شرح مختصر ذیل انجام گرفت.

جدول ۱. طرح مداخله خانواده‌درمانی بوئن

جلسات	عنوان جلسات	روش درمان	هدف
۱	برقراری ارتباط و معارفه و ارزیابی اولیه	برقراری ارتباط با اعضا، بیان قوانین گروه، بیان روش کلی و مدت زمان جلسات، جمع‌آوری خلاصه‌ای از اطلاعات در مورد ویژگی‌های رفتاری و شخصیتی افراد گروه.	آشنایی و برقراری ارتباط و ایجاد محیط ارتباطی ایمن، معرفی روش و ساختار درمان
		طرح سوال‌هایی که ذهن اعضا را فعال کند و توضیح تمایز یافتگی خویشتن و بررسی و ارتباط بین مشکلات رابطه‌ای و تمایز یافتگی خویشتن.	تفهم تمایز یافتگی خویشتن و بررسی و ارزیابی میزان تمایز یافتگی خود
۲	تمایز یافتگی چیست؟		

جلسات	عنوان جلسات	روش درمان	هدف
۳	مثلث‌ها و مثلث سازی	ارائه منطق مثلث سازی در خانواده و اثرات مثلث سازی و کارکرد آن در خانواده و تأثیر آن بر روابط بین زوجین، آموزش مقابله با مثلث سازی در مواقع اضطراب و فشار روانی در خانواده، بررسی تکلیف و بازخورد. ارزیابی و توصیف مدل هیجانی خانواده و تأثیر	درک تأثیرات مثلث سازی
۴	ساختار هیجانی خانواده	هیجان بر روابط زوجین، رابطه هیجان‌ات با مسائل و تعارض‌ها و روابط بین زوجین، تأثیر هیجان‌ات خانواده بر تمایز یافتگی خود، ارائه تکلیف و بررسی تکالیف قبلی و گرفتن بازخوردها.	آگاهی نسبت به هیجان‌ات و ارزیابی واکنش‌های هیجانی و کاهش اثرات
۵	فرآیند فرافکنی خانواده	ارائه تعریف از فرافکنی خانواده، ارزیابی فرافکنی خانواده و ارتباط آن با عدم تمایز یافتگی والدین، ارتباط عدم تمایز یافتگی والدین با فرزندان و انتقال آن و پیامدهای منفی آن.	درک انتقال سبک زندگی والدین به فرزندان و نسل‌های بعدی
۶	گسلش هیجانی	ارائه مفهوم گسلش هیجانی، مثال‌ها و بررسی ارتباط آن بر روابط زوجین، آموزش تکنیک‌هایی برای مقابله با مشکلات هیجانی توسط گسلش، بررسی ارتباط بین گسلش هیجانی و اضطراب و دل‌بستگی با خانواده مبدأ، تکلیف.	درک فرآیندهای گسلش هیجانی و پیامدهای آن
۷	فرآیند انتقال چند نسلی	مفهوم انتقال چند نسلی و پیدا کردن ارتباط آن با مشکلات کنونی مراجع، آموزش تکنیک نسل‌نگار برای روشن شدن مشکلات و عینیت دادن به آن، تکلیف و تمرین و بازخورد.	درک راه و روش‌های تغییر از آمیختگی هیجانی به تمایز یافتگی خویشتن
۸	جمع بندی جلسات	ارائه خلاصه‌ای از مفاهیم جلسات قبل، بررسی تکلیف و تمرین‌ها و پاسخ به سوالات اعضاء، جمع بندی و نتیجه‌گیری نهایی به کمک خود اعضاء گروه و یادآوری انجام تمرینات و تکالیف در خارج از جلسات درمان.	نتیجه‌گیری از جلسات

جدول ۲. خلاصه جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	عنوان جلسات	روش درمان	تکلیف
۱	معارفه و آشنایی اعضا	ایجاد یک محیط جذاب و ایمن که افراد بتوانند با تجارب و رفتارهایشان ارتباط برقرار کنند... بیان اهداف گروه و قوانین. بیان انتظارات اعضا و درمانگر از همدیگر و از جلسات. تعریف روش درمانی مورد نظر و توضیح انعطاف پذیری روان شناختی به عنوان هدف اصلی درمان مورد بحث	آماده کردن لیستی از فعالیت‌ها و رفتارهایی که مادران برای حل مشکلات زوجی و رضایتمندی از رابطه انجام میدهند
۲	فرمول سازی مشکل	بیان مشکل از دیدگاه درمانگر و اعضا (مادران) و ارزیابی رفتارهایی که مادران برای حل مسائل زوجی در مواقع ناراحتی و آشفتگی هیجانی انجام میدهند. و توضیح کارآمدی و ناکارآمدی رفتارها	تشخیص و جدا سازی رفتارهای موقعیتی قبل به ۲ گروه کارآمدی و ناکارآمدی
۳	پذیرش مشکل و عدم آمیختگی	ارزیابی اثربخشی کوتاه مدت اقدامات دور شدن از تجربه ذهنی تاخوشایند. معرفی چرخه باطل گیرافتادن و افتادن در تله شادمانی	دقت و تمرکز روی کارآمدی و ناکارآمدی اقدامات دور شدن
۴	معیارهای زندگی ارزشمند	استعاره سنگ قبر. مدح و ثناهایی که بیشتر مایل به شنیدن آنها هستید. بیان و توضیح و مشخص کردن ارزش‌هایی که تاکنون در مورد آنها فکر نکرده‌اید	تهیه لیستی از ارزش‌ها و اهدافی که معرف این ارزش‌ها هستند و بازنگری هرروز در مورد آنها
۵	معرفی عمل متعهدانه	آماده سازی درمانجویان برای مواجهه احتمالی با موانع و تمیز دادن موانع درونی از موانع بیرونی. آفرینش فرصت‌هایی برای استفاده از تکنیک رویارویی که هدفی مبتنی بر ارزش‌ها را دنبال می‌کند	تعیین چند هدف کوتاه مدت و تمرین عمل کردن به صورت متعهدانه
۶	خود متعالی چیست؟	معرفی خود مشاهده‌گر و خود متفکر و مهارت استفاده از خود مشاهده‌گر و معرف خود به عنوان یک زمینه شامل محتوای احساس و افکار و... .	تمرین و تهیه لیستی از یک هفته فعالیت‌های خود متفکر و خود مشاهده‌گر

جلسات	عنوان جلسات	روش درمان	تکلیف
۷	اینجا و اکنون باشیم	استعاره قلاب‌های توجه دزد و متمایز کردن دنیای واقعی (۵ حس) و تجارب ذهنی	تمرین اینجا و اکنون بودن و یادداشت دفعات در یک روز
۸	یکپارچه کردن جلسات	بررسی تکالیف جلسات و پاسخ به پرسش‌های اعضا. معرفی کتاب‌های خودیاری اکت. آموزش و تمرین گروهی چند تکنیک آرام سازی و آهن آگاهی	پیاده کردن و تمرین آموخته‌ها به زندگی خاج از جلسات آموزشی

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گراتز (۲۰۰۴؛ به نقل از امینیان، ۱۳۸۸) ساخته شده است. این پرسشنامه یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است که عبارتند از: (۱) عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی؛ (۲) دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند؛ (۳) دشواری کنترل تکانه؛ (۴) فقدان آگاهی هیجانی؛ (۵) دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی؛ (۶) فقدان شفافیت هیجانی. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجان است. گراتز، اعتبار این پرسشنامه را به روش اعتبار محتوایی ۰/۹۳ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است. در پژوهش امینیان (۱۳۸۸)، پایایی پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش شد. همچنین برای ارزیابی اعتبار پرسشنامه با همبسته کردن نمره آن با نمره پرسشنامه هیجان خواهی زاگرم، مشخص شد همبستگی معناداری بین آنها وجود دارد (۲۶/۰۲ = r). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ برای ابعاد عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی؛ دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند؛ دشواری کنترل تکانه؛ فقدان آگاهی

هیجانی؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۸۴، ۰/۹۰، ۰/۸۳ و ۰/۷۹ و همچنین میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

یافته ها

یافته‌های توصیفی، از نظر سنی و تحصیلات در سطح مساوی و از نظر مدت زمان ازدواج، در گروه‌های آزمایش و کنترل با هم متفاوت بودند. در میان شرکت کنندگان، تعداد ۲۱ نفر (۴۶/۶ درصد) در رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۸ نفر (۴۰ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال و ۶ نفر (۱۳/۴ درصد) بالاتر از ۴۰ سال سن داشتند. همچنین، ۶ نفر (۱۳/۳ درصد) مدت ازدواج آنها بین یک تا ۵ سال، ۱۴ نفر (۳۱/۱ درصد) بین ۶ تا ۱۰ سال، ۱۷ نفر (۳۷/۸ درصد) بین ۱۱ تا ۱۵ سال و ۸ نفر (۱۷/۸ درصد) بیشتر از ۱۵ سال از مدت ازدواج آنها می‌گذشت. در بین اعضای نمونه ۷ نفر (۱۵/۵ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۴/۴ درصد) فوق دیپلم، ۹ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی، ۱۷ نفر (۳۷/۷ درصد) کارشناسی ارشد و ۱۰ نفر (۲۲/۴ درصد) دکتری بودند. همچنین، شاخص‌های پراکندگی نشان داد که میانگین برای متغیر تنظیم شناختی هیجان به برای پیش‌آزمون به ترتیب برای گروه‌های کنترل، ACT و درمان بوئنی برابر با ۱۰۷/۰۶، ۱۰۴/۱۳ و ۱۰۴/۳۳ و برای پس‌آزمون به ترتیب ۱۰۶/۳۳، ۷۶/۴۶ و ۹۱/۳۳ بود. همچنین انحراف استاندارد برای این متغیر برای پیش‌آزمون به ترتیب برای گروه‌های کنترل، ACT، درمان بوئنی برابر با ۱۶/۹۰، ۳۲/۱۲ و ۲۸/۸۳ بود. این میزان در پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۶/۶۳، ۲۰/۰۱ و ۲۵/۷۰ بود.

قبل از آزمون فرضیه پژوهش ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس بررسی شده و سپس نتایج مربوط به فرضیه ارائه شد. سطح معناداری آماره آزمون شاپیرو-ویلک محاسبه شده برای نرمال بودن توزیع نمرات دشواری در تنظیم هیجان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بوده، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات دشواری در تنظیم هیجان پذیرفته می‌شود ($F=16/975$ و $P=0/124$). همچنین نتیجه آزمون لوین

برای همسانی واریانس ها نشان داد که مقدار آماره بدست آمده برای هر دشواری در تنظیم هیجان در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نیست که تجانس واریانس های هر دو متغیر را در دو گروه نشان می دهد. برای آزمون این فرضیه که بین درمان ACT و درمان بوئنی در دشواری در تنظیم هیجان تفاوت وجود دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی برابری ماتریس های کوواریانس مشاهده شده نمرات پس آزمون دشواری در تنظیم هیجان در بین دو گروه آزمایش (اکت و درمان بوئنی) نشان می دهد سطح معناداری بدست آمده برای $F=0/095$ بزرگتر از $0/05$ است، پس پیش فرض برابری ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته تأیید می گردد.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش (اکت و درمان بوئنی)

اثر	شاخص	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معنی داری
گروه	اثر پیلی	۰/۲۱۶	۷/۱۸۴	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	لامبدای ویکلز	۰/۴۰۷	۷/۱۸۴	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۳۶۵	۷/۱۸۴	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۳۶۵	۷/۱۸۴	۳	۲۵	۰/۰۰۱

جدول ۳ معنی داری اثر متغیرهای مستقل گروه (اکت و درمان بوئنی) و پیش آزمون های دشواری در تنظیم هیجان را نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می شود هر چهار آزمون اثر پیلی، لامبدای ویکلز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی برای نمرات پس آزمون در سطح $P < 0/01$ معنی دار بوده و نتیجه می شود که متغیر مستقل گروه (اکت و درمان بوئنی) در نمرات پس آزمون دشواری در تنظیم هیجان اثر معنی داری دارد.

جدول ۴. آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه میانگین نمرات پس از آزمون دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش (اکت و درمان بوئنی)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	عدم پذیرش پاسخ هیجانی	۱۸/۳۹۶	۱	۱۸/۳۹۶	۴/۷۷۱	۰/۰۲۶	۰/۲۴۸	۰/۶۱۶
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۲۷/۸۵۲	۱	۲۷/۸۵۲	۴/۴۶۱	۰/۰۰۵	۰/۳۰۲	۰/۸۲۰
	دشواری در کنترل تکانه	۱۹/۴۲۱	۱	۱۹/۴۲۱	۳/۵۲۴	۰/۰۱۱	۰/۳۱۳	۰/۹۴۹
	فقدان آگاهی هیجانی	۲۳/۵۵۷	۱	۲۳/۵۵۷	۳/۳۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸	۰/۸۹۹
	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۲۱/۸۳۱	۱	۲۱/۸۳۱	۵/۷۲۰	۰/۰۰۳	۰/۶۷۴	۰/۹۶۵
	عدم وضوح هیجانی	۲۵/۶۶۴	۱	۲۵/۶۶۴	۷/۴۸۶	۰/۰۰۹	۰/۳۹۹	۰/۹۹۱

جدول ۴ نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه میانگین نمرات پس از آزمون ابعاد دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش (اکت و درمان بوئنی) را نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۴ مشاهده می‌شود برای منبع تغییرات گروه، آماره آزمون F برای ابعاد عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی به ترتیب با مقادیر ۴/۷۷۱، ۴/۴۶۱، ۳/۵۲۴، ۳/۳۹۹، ۵/۷۲۰ و ۷/۴۸۶ نشان دهنده تفاوت بین نمرات پس از آزمون در دو گروه آزمایش (اکت و درمان بوئنی) در سطح $P < 0/01$ معنی دار می‌باشند. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مبنی بر تفاوت اثر درمان اکت و درمان بوئنی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان پذیرفته می‌شود که با توجه به مقادیر میانگین نمرات دشواری در تنظیم هیجان در یافته‌های

توصیفی (میانگین نمرات در گروه‌های آزمایش) نتیجه می‌شود که درمان اکت موثرتر از درمان بوئنی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان بوده است. همچنین مشاهده می‌شود که اندازه اثر درمان اکت نسبت به درمان بوئنی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان برای شش بعد اشاره شده به ترتیب برابر ۰/۲۴، ۰/۳۰، ۰/۳۱، ۰/۴۹، ۰/۶۷ و ۰/۳۹ بوده است.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بنفرونی، اثر مداخله گروه‌های آزمایش

درمان ACT، بوئن و کنترل بر تنظیم هیجان افراد

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	میانگین گروه ۱	میانگین گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	معنی داری
تنظیم هیجان	کنترل	ACT	۱۰۴/۶۸۶	۷۶/۹۶۲	۲۷/۵۲۳	۰/۰۰۰
	کنترل	بوئن	۱۰۴/۶۸۶	۹۲/۰۶۹	۱۲/۴۱۷	۰/۰۰۱
	ACT	بوئن	۷۶/۹۶۲	۹۲/۰۶۹	-۱۵/۱۰۷	۰/۰۰۰

آزمون تعقیبی بنفرونی به منظور مقایسه بین گروه کنترل، ACT و بوئن انجام شد. همان‌گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، در نمرات تنظیم هیجان بین گروه ACT و بوئن با اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معنی داری وجود دارد و میانگین نمرات تنظیم هیجان گروه ACT کمتر از گروه بوئن است، بنابراین درمان مبتنی بر بوئن نسبت به درمانی مبتنی بر ACT بر روی تنظیم هیجان افراد موثرتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر خانواده درمانی بوئنی و درمان ACT بر تنظیم شناختی هیجان مادران تک فرزند در مراکز پیش دبستانی شهر کرمانشاه انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که تاثیر خانواده درمانی بوئنی و درمان ACT بر تنظیم شناختی هیجان معنادار است. همچنین آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد با توجه به تفاضل‌ها در مقایسه این دو روش مداخله‌ای، اثربخشی خانواده درمانی بوئنی بر تنظیم شناختی هیجان بیشتر از درمان ACT است.

یافته‌های پژوهش حاضر درباره اثربخشی مداخله‌های خانواده درمانی بوئنی بر تنظیم

شناختی هیجان دور از انتظار نبوده و با برآیند تعداد زیادی از پژوهش‌های پیشین هماهنگ است (کیانی چلمردی و همکاران، ۱۳۹۶؛ سعیدپور و همکاران، ۱۳۹۷؛ دابسون و ختری^۱، ۲۰۱۷؛ توربرگ و لیورس^۲، ۲۰۱۷). همچنین نتیجه این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های چلمردی و همکاران (۱۳۹۶)، گاتفیلد^۳ (۲۰۱۷)، گلدیاموند^۴ (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. درمان بوئنی کاهش اضطراب مزمن را از طریق آگاه کردن فرد از سیستم عاطفی خانواده، افزایش سطح تمایز یافتگی و تمرکز بر تغییر خود به جای سعی در تغییر دیگران هدف قرار می‌دهد. همچنین این درمان در تنظیم هیجان‌ات ناخوشایند و واکنش‌پذیری هیجانی مناسب موفق عمل می‌کند (گونزالس فرناندز^۵، ۲۰۱۹). درمان بوئنی با آگاه‌سازی و بینش‌دهی در مورد هیجان‌ات ناشناخته و تهییج طلبی به مراجع کمک می‌کند منابع شدید هیجان را بشناسد و در کنترل آن بهتر عمل کند (سعیدپور و همکاران، ۱۳۹۷). هدف درمان بوئن راهنمایی یک یا چند عضو خانواده است تا به یک خود قوی و یکپارچه دست یابند، تا بتوانند با مشکلات هیجانی مرتبط با ازدواج، فرزندان و یا خانواده اصلی به وجود می‌آید، به طور مناسبی مقابله کنند. این درمان به نوبه خود با بالابردن سطح تمایز یافتگی افراد، موجب تفکیک بین عقل و هیجان در مواقع تصمیم‌گیری می‌شود که در پژوهش حاضر، با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که کاربرد پروتکل‌های درمان بوئنی در حوزه پیشبرد تنظیم هیجان و کاهش دشواری در تنظیم هیجان نقش مهمی داشته است که این نتیجه با پژوهش‌های هاشمی و اصغری (۱۴۰۰) همسو بوده است. اگرچه درمان بوئنی در کاهش دشواری در تنظیم هیجان اثرگذار بوده، ولی در مقام مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کارایی کمتری دارد، در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر روی پایین آوردن سطح دشواری در تنظیم هیجان با تفاوت معناداری موثرتر است که این نتیجه موید پژوهش‌های پیشین که کارایی درمان

1. Dabson & Khatri

2. Thorberg, F. & M

3. Gatfield, E

4. Goldiamond, I

5. González-Fernández

مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان را تأیید کرده اند (محمودی و همکاران، ۱۴۰۰؛ پورعبدل و همکاران، ۱۳۹۹؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۴؛ کاریگان^۱، ۲۰۱۸ و دیندو و آرچ^۲، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان بوئنو به طور دقیق تری هیجان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به اینکه افرادی که دچار مشکل در تنظیم هیجان‌ها خویشت هستند، عموماً در پذیرش پاسخ هیجانی، کنترل تکانه و عدم آگاهی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان به طور اساسی مشکل دارند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فنون کاربردی خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، پذیرش، گسلش و عمل متعهدانه در این تنظیم هیجان به طور موثر عمل می‌کند. یکی از تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده از تشبیه و استعاره است که به فرد کمک می‌کند با تصویرسازی ذهنی، خود را به عنوان زمینه و محتویات ذهن خود را در قالب کلمات و تصاویر مشاهده کند که فرآیندهای گسلش، پذیرش و خود به عنوان زمینه هر سه در این مثال به کار برده شده و به فرد کمک می‌کند که بتواند هیجان‌ها را تنظیم کند و یا بهتر عمل کند. در این مثال به مراجع گفته می‌شود که ذهن خود را یک رودخانه تصور کند و هر کدام از افکار خود را به یک برگ که در رودخانه با حرکت آب در جریان است تصور کند. هر کدام از این برگ‌ها یک داستان هستند و روی هر کدام عنوان داستان را بنویسید. از این قبیل استعارات در این درمان کمک می‌کند که افکار منفی که موجب هیجان‌ها منفی و رفتار ناکارآمد می‌شوند توسط فرد مدیریت شوند. اما در تبیین کارایی محدودتر درمان بوئنو نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که برخلاف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که درمانگر با رویکرد پذیرا احساسات مراجع را می‌پذیرد اما بوئنو در جلسات خویش چنان بهایی به واکنش‌پذیری نمی‌دهد.

از آنجا که تمرکز درمان بوئنو روی افزایش سطح تمایز یافتگی فرد در سیستمی که در

1. Corrigan, P. W

2. Dindo, L., & Arch, J. J

آن زندگی می‌کند است؛ با ارتقاء سطح تمایزیافتگی و به تبع آن تمایز قائل شدن فرد بین افکار و احساساتش، به فرد کمک می‌کند که در تنظیم هیجانات خود موفق عمل کند. اما این امر در درمان اکت بطور وسیع تری اتفاق می‌افتد. چنانچه درمان اکت با آموزش فرایندهای شش گانه و ارتقاء سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، مستقیماً تعامل موثر و کارآمد عقل با هیجان را هدف قرار می‌دهد که نتیجه آن تنظیم شناختی هیجان است. مثلاً در فرایند "خود به عنوان زمینه" و "اینجا و اکنون" با آموزش متمایزسازی ذهن از محتویات موجود در آن که همان افکار خودآیند هستند، به فرد تکنیک‌ها و تمرین‌هایی ارائه می‌شود که تمایزی بین واقعیت بیرونی و آنچه در ذهن وی می‌گذرد قائل شود و فرد به عنوان یک شخص ثالث مشاهده‌گر اتفاقاتی که در قالب باورهایش می‌افتد باشد و بتواند با ذهن آگاهی و تفکیک خود از این محتواها که موجب هیجانات ناخوشایند و رفتارهای ناکارآمد می‌شود؛ نیز با اقدام متعهدانه که یکی از شش فرایند زیربنایی اکت است، هیجان‌اتش را مدیریت و تنظیم نماید و سطح کیفی زندگی روانی خود را ارتقاء بخشد. لذا فرد هیجانات خود را که برگرفته از همان افکار و باورهای ذهنی هستند تحت کنترل و مدیریت از طریق شناخت خود تنظیم می‌کند. با کاربست تکنیک‌های هر دو درمان؛ درمان بوئنی با بینش‌افزایی در مورد "توده متمایز من" به معنی چسبندگی و و امتزاج عاطفی فرد با دیگر اعضای خانواده و آسیب‌های روانی ناشی از آن، و در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارتقاء خودآگاهی فرد از فرایندهای "خود به عنوان زمینه" "گسلش" و "ارزش‌ها" و ممارست در انجام تکنیک‌های استعاره‌ای مادر را در رصد کردن مسیر ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی و در نتیجه حرکت در مسیر ارزش‌ها یاری کرد که این خود موجب کاهش اضطراب و افزایش سطح تنظیم شناختی هیجان در مادر می‌شود که در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این هدف به میزان بیشتری محقق گردید، لذا استفاده از آن یا تلفیقی از دو درمان می‌تواند به مادران در تنظیم هیجانات در تعامل با فرزند خود کمک کند.

اقدامات مداخله‌ای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه راهبردهای تغییر رفتاری و تعهد به مراجع کمک می‌کند تا یک زندگی سرزنده، هدفمند و با مفهوم را برای خود ایجاد کند و با داشتن چنین زندگی با اهداف و ارزش‌های مشخص شده، مادر می‌تواند با تنظیم حالات هیجانی خود و تعدیل واکنش‌های تکانشی، در فرزندپروری خود موفق تر عمل نماید. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و نیز با نگاهی به پژوهش‌های مشابه می‌توان گفت درمان‌های مذکور اثربخشی بسزایی در ابعاد گوناگون سلامت روانی فرد و خانواده و اجتماع و به دنبال آن ارتقاء سطح کیفی روابط فرد با خود و دیگران دارند، لذا با کنار هم گذاشتن این نتایج و تجارب اتاق درمان می‌توان گفت که کاربرد پروتکل‌های درمان ACT در حوزه تنظیم هیجان نقش مهمی دارد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که نتایج باید با احتیاط تعمیم شود و همچنین به علت شیوع بیماری کرونا انجام مرحله پیگیری و کنترل بعضی عوامل تاثیرگذار در تنظیم شناختی هیجان مانند وضعیت اقتصادی و مقیاس تحصیلات آزمودنی‌ها میسر نبود. در انتها پیشنهاد می‌شود به روان‌شناسان و متخصصین روان‌شناسی کودک، که با مراجعه مادران جهت مشکلات رفتاری فرزندشان، ابتدا یک ارزیابی از سطح تنظیم شناختی هیجان در مادر بعمل آورند و در صورت نیاز بسته‌های درمانی اکت برای ارتقاء این ویژگی در والدین، ارائه شود که در کیفیت تعامل والد با فرزندش تاثیرگذار باشد. همچنین با توجه به عدم همکاری پدرها در جلسات تربیتی فرزند خود، به مشاوران و روان‌شناسان مراکز پیش دبستانی پیشنهاد می‌شود فرهنگ سازی و الزاماتی در این مورد قائل شوند؛ چراکه تمام درمان‌ها و آموزش‌های مربوط به خانواده و کودک با مشارکت هر دو والد نتایج بهتری به دست می‌دهند. نیز به دلیل اشتراکاتی که دو درمان در فرایندهای خود نسبت به اثربخشی بر تنظیم هیجان داشته‌اند، پیشنهاد می‌شود که متناسب با شرایط درمان و موقعیت درمانجو تلفیقی از دو درمان در جهت تسریع و تاثیر بیشتر ارائه شود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: تمامی کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آنها داده شده است

سهم نویسندگان: نویسنده مسئول تمامی مراحل فرایند پژوهشی را به تنهایی مدیریت نموده و مسئول نگارش مقاله است.

حمایت مالی: این مقاله همسوبا برنامه‌ی هسته‌ی پژوهشی نویسنده مسئول تحت عنوان « مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان مادران تک فرزندی» تحت حمایت مالی - معنوی جایی نبوده و نویسندگان هزینه‌های را تقبل نموده‌اند.

تعارض منافع: یافته‌های این مطالعه هیچ گونه تضاد با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

قردانی: از کلیه‌ی زنان دارای تک فرزند که با شرکت خود در پژوهش، به روند اجرای طرح کمک کردند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- بشارت، م.ع؛ خلیلی خضرآبادی، م؛ رضازاده، م. ر. (۱۳۹۵). نقش واسطخ‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین روان سازه‌های ناسازگار اولیه و مشکلات زناشویی. *مجله روان‌شناسی خانواده*. ۳ (۲)، ۲۷-۴۴.
- پورعبدل، س؛ روشن چسلی، ز؛ یعقوبی، ح؛ صبحی قراملکی، ن؛ غلامی فشارکی، م. (۱۳۹۹). نقش انعطاف‌پذیری روان شناختی و بدتنظیمی هیجان در پیش‌بینی شدت خشم ورزشکاران رقابتی. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*. انجمن مشاوره ایران. ۱۹ (۷۵)، ۱۹۱-۲۱۳.
- پورمحمدی، پ؛ صالحی، ب؛ تقوایی، د. (۱۳۹۶). *اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان عقب مانده ذهنی*. کنگره بین‌المللی بهداشت روان و علوم روان‌شناختی. ۱۳-۱.
- جلوداری، س؛ سوداگر، ش؛ بهرامی هیدجی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۱۳ (۴)، ۵۲۷-۵۴۸.

- جهانگیری، ع؛ شیردل، م؛ قره چورلو، س. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان و خود کارآمدی مقابله با مشکلات در افراد وابسته به مصرف مواد تحت درمان با متادون. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*. ۱۰ (۲)، ۴۱-۴۹.
- حسینی، ح؛ بگی، ب. (۱۳۹۳). تعیین کننده های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جمعیت شناختی تمایلات فرزندآوری زنان همسر دار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی همدان در سال ۱۳۹۱: *نشریه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*. ۱ (۱۸)، ۳۵-۴۳.
- حمیدی پور، ر؛ قطبیان، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه شهراراک. *چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روان شناسی، مشاوره و علوم رفتاری*. ۱-۷.
- خانزاده، م؛ سعیدیان، م؛ حسین چاری، م؛ ادریسی، ف. (۱۳۹۱)، ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. *مجله علوم رفتاری*. ۶ (۱)، ۲۴-۳۳.
- خلیلیان شلمزاری، م. (۱۳۹۶). بررسی پژوهش های روان شناختی داخلی در تک فرزندی: مرور سیستماتیک. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*. ۶ (۱۰)، ۹۹-۱۲۵.
- سامانی، س؛ سهرابی شگفتی، ن؛ منصور، س. (۱۳۹۵). نقش میانجیگری شیوه فرزند پروری در مشکلات شناختی و هیجانی. *مجله روش ها و مدل های روان شناختی*. ۸ (۳)، ۱۱۱-۱۲۴.
- سجادی، م؛ عسکری زاده، ق. (۱۳۹۴). نقش ذهن آگاهی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش بینی علائم روان شناختی دانشجویان علوم پزشکی. *راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*. ۸ (۵)، ۳۰۱-۳۰۸.
- سعیدپور، ف؛ اصغری، ف؛ صیادی، ع. (۱۳۹۷). هم سنجی اثربخشی رویکرد خانواده درمانی بوئنو و مدل مک مستربری آلایشی، تنظیم شناختی هیجان و کارکرد خانواده در زوجین درخواست کننده طلاق. *مشاوره و روان درمانی خانواده*. ۸ (۲)، ۱۹۱-۲۱۴.
- سلطانی نژاد، م. (۱۳۹۷). بررسی راه خودتمایز سازی و تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*. ۱۱ (۱)، ۵۹-۶۶.
- سلیمانی، ا؛ حبیبی، ی. (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب آوری با بهزیستی روان شناختی در دانش آموزان. *مجله روان شناسی مدرسه*. ۳ (۷)، ۵۱-۷۲.
- شاه محمدی مهرجردی، م؛ دوکانه ای فرد، ف؛ شفیع آبادی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد خانواده درمانی بوئنو بر دل بستگی هیجانی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهری. *مجله روان شناسی اجتماعی*. ۱۳ (۴۹)، ۶۱-۷۱.
- عسکری، ر؛ اشرفی، ع؛ احمدی نوده، خ. (۱۳۹۶). پیش بینی عملکرد خانواده بر مبنای تمایز یافتگی، تنظیم شناختی هیجان و سلامت روان. *پایان نامه کارشناسی ارشد*. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. دانشگاه علم و فرهنگ. ۱-۱۹.
- فیض، آ؛ نشاط دوست، ح؛ نائلی، ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین سرسختی و تکنیک های مقابله. *مجله*

روان‌شناسی، ۲۰ (۳)، ۳۰۴-۳۱۵.

کرانیان، ف؛ کاکابرابی، ک. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین متغیرهای تمایز یافتگی باشادکامی در پرستاران شهرکروان‌شاه. سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی، ۱-۱۸.

کمالی، ا؛ واقعی، س؛ اصغری پور، ن؛ بهنام وشانی، ح. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران دارای کودک بیش فعال-نقص توجه. مجله‌تین سلامت، ۴ (۳)، ۱۶-۲۳.

کوثری، ف؛ اسماعیلی نسب، م. (۱۳۹۷). رابطه سبک تنظیم شناختی هیجان مادران با نحوه واکنش آن‌ها به هیجان‌ات منفی کودکان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۴ (۵۴)، ۲۳۷-۲۵۱.

کیانی چلمردی، ا؛ خاکدال، س؛ قمری گیوی، ح؛ جمشیدیان، ی. (۱۳۹۶). اثربخشی خانواده درمانی کوتاهمدت ستیر بر حساسنجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار، پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸ (۱)، ۵-۲۰.

کیانی، ا؛ قاسمی، ن؛ پورعباس، ع. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه. اعتبارپذیری، ۶ (۲۴)، ۱۳-۲۷.

گرام، ک (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجانی مادران دارای فرزند اتیسم با مادران دارای فرزند عادی. کنفرانس بین‌المللی یافته‌های نوین پژوهشی در روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۱۳-۲۸.

گلدنبرگ، ا؛ گلدنبرگ، ه. (۱۳۹۸). خانواده درمانی. ترجمه‌ی حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقش‌بندی و الهام ارجمند. تهران: انتشارات روان، ۱-۴۶۴.

گودرزی، ف؛ سلطانی، ز؛ حسینی صدیق، م؛ همدی، م؛ قاسمی جوبنه، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم توان ذهنی. مجله مطالعات ناتوانی، ۲ (۷)، ۱-۶.

گودرزی، م. (۱۳۹۹). پیش‌بینی میزان احتمال پیمان شکنی در روابط زناشویی براساس سطح تمایز یافتگی، عملکرد خانواده و دلزدگی زناشویی. مجله فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره، ۱۸ (۷۱)، ۸۰-۹۹.

متین، ح؛ اخوان غلامی، م؛ احمدی، ص. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تعامل والد-کودک مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۸ (۱)، ۷۱-۸۹.

محمدی، ل؛ صالحی ابرقویی، م؛ نصیریان، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ۲۳ (۹)، ۸۵۳-۸۶۱.

محمدی، م. (۱۳۹۶). بررسی پیامدهای تک فرزندی از دیدگاه روان‌شناسی. اولین همایش ملی کودک و نوجوان، ۱-۲۳.

محمودی، ف؛ بلیاد، م؛ ژیان باقری، م؛ شاه نظری، م؛ زهراکار، ک. (۱۴۰۰). بررسی مدل بهزیستی روان‌شناختی بر اساس رویدادهای منفی زندگی و ذهن آگاهی با میانجی‌گری سبک‌های مقابله‌ای. فصلنامه علمی

- پژوهش‌های مشاوره. انجمن مشاوره ایران. ۲۰ (۷۷)، ۳۸-۶۰.
- هاشمی، ا؛ جعفری، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودمتمایزسازی در بهبود فرآیند و محتوای خانواده در زوج‌های متقاضی طلاق توافقی. فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره. انجمن مشاوره ایران. ۲۰ (۷۷)، ۶۱-۸۸.
- هاشمی، س. م؛ محمدی، ع؛ جراره، ج. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم رویکرد سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی مادران. مجله روان‌شناسی کاربردی. ۱ (۳)، ۲۱-۳۶.
- یراقچی، آ؛ جمهری، ف؛ صیرفی، م. ر؛ کراسکیان موجمباری، آ؛ محمدی فارسانی، غ. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران. ۷ (۲)، ۱۹۲-۲۰۱.

- Baker, K. G (2015). Bowen family systems couple coaching. *Clinical handbook of couple therapy*, 246-267.
- Bowen, M., & Kerr, M.E (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*, New York: W.W. Norton. 7: 345 -374.
- Corrigan, P. W (2018). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The ACT, RFT, and the Third Wave of Behavior Therapy*. *Behavior Therapist*. 24: 189-193.
- Dindo, L., & Arch, J. J. (2019). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*. 14 (3): 546-553.
- Dobson, K. S., & Khatri, N (2017). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology*. 56: 907-923.
- Erdem, G., & Safi, O. A (2018). The cultural lens approach to Bowen family systems theory: Contributions of family change theory. *Journal of Family Theory & Review*. 10 (2): 469-483.
- Franks, C. M., & Wilson, G. T (2018). *Annual review of behavior therapy: Theory and practice*. New York: Brunner/Mazel.
- Gatfield, E (2017). Augmenting Bowen family of origin work: Using the genogram and therapeutic art-based activity. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 38 (2): 272-282.
- Gentzler, A. L., Ramsey, M. A., & Black, K. R (2015). Mothers' attachment styles and their children's self-reported security, as related to maternal socialization of children's positive affect regulation. *Attachment and Human Development*. 17 (4): 376-398.
- Goldiamond, I (2018). Toward a constructional approach to social problems. *Behaviorism*. 2: 1-79.
- González-Fernández, S (2019). Acceptance and commitment therapy in cancer: Review of applications and findings. *Behavioral Medicine*. 45 (3): 255-269.

- Gross, J. J., Richards, J. M., & John. O. P (2016). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: pathways to dysfunction and health*. Washington, DC: American Psychological Association.6: 13-35.
- Johnson, B. E., & Ray, W. A (2016). Family systems theory. *Encyclopedia of family studies*, 1-5.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., & Heagerty, P (2018). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*. 67: 13-26.
- Mirabile. Scott P (2015): Ignoring Children's Emotions: A novel ignoring subscale for the Coping with Children's Negative Emotions Scale, *European Journal of Developmental Psychology*.12 (4): 459-471.
- Palombi, M. (2016). Separations: A personal account of Bowen family systems theory. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 37 (3): 327-339.
- Priest, J. B (2015). A Bowen family systems model of generalized anxiety disorder and romantic relationship distress. *Journal of marital and family therapy*. 41 (3): 340-353.
- Reilly, E. D (2019). A systematic review of values measures in acceptance and commitment therapy research. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 12: 290-304.
- Thorberg, F., & M. Lyvers (2017). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive behaviors* 31 (4): 732-737.

