اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲

مصطفی عرب‌ورنوسفادرانی[۱]، مریم فاتحی‌زاده[۲]، فاطمه بهرامی[۳]، رضوان السادات جزایری[۴]، امراله ابراهیمی[۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) بر سازگاری زناشویی مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، ۳ نفر از مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ و همسرانشان که دارای مشکلات زناشویی بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. آزمودنی‌ها با استفاده از طرح تجربی مورد- منفرد (Single subject) و مقیاس سازگاری زناشویی (Dyadic adjustment Scale یا DAS)) در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به روش تحلیل دیداری (Visual analysis)، درصد داده‌های غیر همپوش (Percentage of non-overlapping data یا PND) و درصد داده‌های همپوش (Percentage of overlapping data یا POD) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات مراحل خط پایه و مداخله وجود داشت. اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر رویکرد ACT، در سازگاری زناشویی مردانی که مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ بودند، تأیید گردید.

نتیجه‌گیری: کاربرد زوج درمانی مبتنی بر رویکرد ACT، می‌تواند منجر به افزایش میزان سازگاری زناشویی مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ شود و میزان طلاق را در این بیماران کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، زوج درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال سازگاری

ارجاع: عرب‌ورنوسفادرانی مصطفی، فاتحی‌زاده مریم، بهرامی فاطمه، جزایری رضوان السادات، ابراهیمی امراله. **اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۳): ۲۷۶-۲۶۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۵/۱۱

مقدمه

موضوع اختلالات دوقطبی در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران را به خود جلب نموده است. بر اساس روش‌های تشخیصی، شیوع این اختلال بیش از گذشته و تبعات عدم تشخیص آن وخیم می‌باشد. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، به طور گسترده‌ای احساس فرسودگی، جدایی و ناامیدی، بی‌ثباتی در ارتباط و عشق، پیش‌بینی تحقیر و سرزنش، احساس کنترل شدن و مورد سوء استفاده قرار گرفتن از جانب دیگران را دارند. شیوع خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ بیشتر از بیماران دوقطبی نوع ۱ و اختلال افسردگی اساسی (Major depressive disorder یا MDD) و شیوع بین‌المللی ۱۲ ماهه این اختلال حدود ۳ درصد است (۱).

از جمله ویژگی‌های اختلال دوقطبی می‌توان به بی‌ثباتی هیجانی (Emotional instability)، رفتار تکانشی (Impulsivity) و بی‌ثباتی اجتماعی (Social instability) اشاره نمود (۵-۲). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلال دوقطبی علاوه بر اثرات شناخته شده نامطلوب که در دوره‌های افسردگی و مانیا بر کیفیت زندگی فرد دارد، بر جنبه‌های عمده‌ای از کیفیت زندگی بیمار نیز تأثیرگذار است (۸-۶). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به این اختلال نسبت به افراد دیگر، متفاوت و سبک عملکرد آن‌ها نسبت به دیگران پایین‌تر می‌باشد؛ حتی زمانی که این افراد در قطب دیگر قرار می‌گیرند، عملکرد پایینی دارند (۹). بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه سرکوب هیجان استفاده می‌کنند (۱۰). نتایج مطالعه بولهری و همکاران نشان داد که ۹۳/۳ درصد طلاق‌ها علل روانی دارد (۱۱). اغلب بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در روابط بین فردی با همسرانشان ناسازگاری و

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران
۲- دانشیار، گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران
۳- استاد، گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران
۴- استادیار، گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران
۵- دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: مریم فاتحی‌زاده Email: fatehizade@gmail.com

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.1.4]

نارضایتی زوجی دارند و فراوانی طلاق در چنین زوج‌هایی، ۳ برابر بیشتر است (۱۲).

وجود ناسازگاری زناشویی در روابط زن و شوهر، علاوه بر ایجاد مشکلات فراوان، باعث اشکال در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی و اخلاقی و افول ارزش‌های فرهنگی در بین زوجین می‌گردد (۱۳). اختلال دوقطبی مانند هر بیماری جدی دیگر، موجب بروز مشکلات شدید با همسر، اعضای خانواده، دوستان و همکاران می‌شود. فرزندان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، مشکلات رفتاری بیشتری نسبت به کودکان هم‌سن خود دارند (۱۴). شواهد نشان می‌دهد که این اختلال در روابط بین فردی، در بروز و شدت اختلالات روانی و روابط زوجی تأثیر بسزایی دارد و بر این اساس، درمان‌های بین فردی با رویکردهای مختلف، در پژوهش‌های اخیر توجه محققان را به خود جلب نموده است. بر اساس عقیده Markowitz و Weissman، افسردگی و اختلالات دیگر در زمینه روابط بین فردی رخ می‌دهد و روابط بین فردی بر خلق و دیگر رفتارهای انسان اثر می‌گذارد (۱۵). از تکنیک‌های متفاوت درمان بین فردی جهت درمان اختلال دوقطبی استفاده شده است. اثربخشی تکنیک‌های روان‌درمانی بین فردی در درمان افسردگی توسط پژوهشگران ثابت شده است (۱۶). Miklowitz و Chung نیز جهت کمک به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، درمان‌های خود را بر خانواده، بزرگسالان، کودکان و مراقبان این بیماران متمرکز نمودند و در روش خود، تکنیک‌های افزایش ارتباط، مهارت‌های حل مسأله و مهارت‌های Emotionally focused therapy (EFT) را به کار بردند (۱۷).

استفاده از رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) در درمان بین فردی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (۱۸). این رویکرد نوعی مداخله روان‌شناختی مبتنی بر تجربه است که از چهارچوب فلسفی و نظری منسجمی برخوردار می‌باشد و راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای آن است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزش‌های برگزیده، تغییر یا ادامه دهد. روش ACT به عنوان یک مداخله رفتاری، به انسان کمک می‌کند تا بیشتر در لحظات کنونی زندگی کند و به جای افکار، احساسات و تجربیات دردناک، بر ارزش‌ها و اهداف مهم تمرکز نماید. این درمان بر اساس نظریه چهارچوب ارتباطی Relational frame theory (RFT)، به توضیح شیوه‌هایی می‌پردازد که زبان، مراجع را در تلاشی بیهوده برای جنگ با حالات درونی درگیر می‌سازد. مراجع از طریق استعاره، تناقض و تمرین تجربیات می‌آموزد که چگونه می‌توان با افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های فیزیکی ترسناک و مورد اجتناب، تماس سالمی برقرار کرد. همچنین، مهارت‌هایی به دست می‌آورد که این اتفاقات خصوصی را بپذیرد، بافت آن‌ها را تغییر دهد، ارزش‌های شخصی‌اش را مشخص نماید و خود را به تغییرات رفتاری مورد نیاز متعهد سازد.

رویکرد ACT، آسیب‌شناسی را انعطاف‌ناپذیری روانی (Psychological inflexibility) می‌داند که مقوله‌های آن شامل اجتناب تجربه‌ای (Experiential avoidance)، آمیختگی شناختی (Cognitive fusion)، غلبه گذشته و آینده بر حال (Dominance of the conceptualized past and feared)، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده (Attachment to the conceptualized self)، عدم شفافیت ارزش‌ها (Lack of values) و منفعل بودن (Impulsivity) می‌باشد. در این روش، انعطاف‌پذیری روانی (Psychological flexibility) به عنوان درمان شناخته می‌شود که مقوله‌های آن عبارت از پذیرش (Acceptance) و گسلش (Diffusion)، ارتباط به زمان حال (Contact with the present moment)، خود به عنوان زمینه (Self as context)، ارزش‌ها (Values) و عمل متعهدانه (Committed action) است. بر طبق مدل ACT، پرخاشگری و خشونت به عنوان عدم انعطاف‌پذیری، نوعی اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی محسوب می‌گردد که بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی در مقابل بحران‌های استرس‌زای زندگی همچون تغییرات نقش اجتماعی، ورشکستگی مالی و از دست دادن شغل به کار می‌برد و پیامد آن اختلال در روابط بین فردی و بین زوجی مشاهده می‌شود. در واقع، بیمار مبتلا به این اختلال، در احساسات بی‌ثبات و افکار مرتبط با آن چنان غرق می‌شود که گویی تمام این افکار و احساسات بی‌ثبات را واقعیت‌های محیط اطراف او به وجود آورده است؛ یعنی از دیدگاه او، نوع رفتار همسر یا اطرافیان است که احساسات تغییر را در وی شکل می‌دهد. همچنین، این بیماران در توضیح احساسات و وقایع مرتبط با آن‌ها دلایلی با جزییات کامل ارایه می‌نمایند تا به وضعیت ذهنی و روانی خود تبیین منطقی بدهند (۲۵-۱۹).

نتایج مطالعات اخیر نشان می‌دهد که رویکرد ACT می‌تواند بر درمان تعارضات زناشویی (۲۷، ۲۶، ۱۸) و کاهش نگرانی و ناسازگاری زناشویی و اضطراب فراگیر و کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها (۲۸) تأثیرگذار باشد. علاوه بر این، اثربخشی رویکرد ACT در بهبودی و درمان سوء مصرف مواد، اضطراب، افسردگی، درمان‌های مزمن و کنترل خشم تأیید شده است (۳۱-۲۹). اگرچه تحقیقات مذکور اثربخشی رویکرد ACT را بر روی جمعیت‌های بالینی مختلف نشان می‌دهد، اما پژوهش زوج درمانی مبتنی بر ACT در زوج‌هایی که مردان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی نوع ۲ هستند، محدود بوده است. از این‌رو، هدف از انجام تحقیق حاضر، بررسی اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر رویکرد ACT بر سازگاری زناشویی مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ بود.

مواد و روش‌ها

جامعه این پژوهش را زوج‌هایی که مردانشان به اختلال دوقطبی نوع ۲ مبتلا بودند و در بهار سال ۱۳۹۵ با شکایت همسر یا خود به مراکز مشاوره و روان‌درمانی و کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. سه زوج به روش داوطلبانه انتخاب شدند و پس از انجام مصاحبه بالینی با آزمودنی‌ها و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه، به منظور ترسیم خط پایه A-B-A قبل از مداخله، حین مطالعه و مرحله پیگیری پس از مداخله، مقیاس سازگاری زناشویی (Dyadic adjustment Scale یا DAS) در چند مرحله اجرا گردید. با توجه به این که تعداد زوج‌های شرکت کننده، سه زوج ناهمگن بودند، از روش پژوهشی مورد- منفرد (Single subject) A-B-A استفاده شد. در این طرح‌ها به جای گروه شاهد، از موقعیت خط پایه استفاده می‌شود. همچنین، می‌توان مشخص کرد که ممکن است یک مداخله معین برای بعضی از افراد مؤثر و برای بعضی دیگر مؤثر نباشد (۳۴-۳۲).

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.1.4]

معیارهای ورود به پژوهش شامل زوج‌هایی که توسط روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک و یا مشاور خانواده بر اساس Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5)، مردانشان تشخیص اختلال دوقطبی نوع ۲ را گرفته بودند، عدم ابتلا به سایر اختلالات محور ۱، عدم وجود علایم سایکوتیک، عدم سوء مصرف مواد، عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی و یا هر مداخله روان‌شناختی هم‌زمان، داشتن بینش نسبت به بیماری، تشخیص اختلال دوقطبی نوع ۲ بر اساس DSM-5، قرار داشتن در محدوده سنی ۲۷ تا ۳۲ سال، عدم تغییر دوز داروی روان‌پزشکی در طول مداخله و داشتن حداقل دو سال زندگی مشترک، بود. شروع حمله‌ای علایم حاد دوره‌های مانیک یا افسردگی، شروع سوء مصرف مواد، داشتن غیبت بیشتر از سه جلسه در برنامه درمانی و عدم همکاری با برنامه‌های مداخله‌ای نیز به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

داده‌ها با استفاده از ابزار DAS جمع‌آوری گردید. این مقیاس توسط Spanier جهت سنجش کیفیت ادراک رابطه از سوی زوجین طراحی شده است و دارای ۳۲ گزینه می‌باشد که سؤالات آن بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. خرده مقیاس‌های مقیاس DAS شامل توافق نظر زوجی (Dcon)، رضایتمندی زوجی (DS)، همبستگی زوجی (Dcoh) و ابراز محبت (AE) است. پایایی این ابزار به عنوان یک نمره کل با همسانی درونی عالی و ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۶ تأیید گردید. خرده مقیاس‌ها نیز از همسانی درونی نسبی تا عالی برخوردار بود (DS = ۰/۹۴، Dcoh = ۰/۸۱، Dcon = ۰/۹۰ و AE = ۰/۷۳). مقیاس DAS دارای روایی هم‌زمان با مقیاس سازگاری زناشویی Locke-Wallace (Locke-Wallace Marital Adjustment Test یا LWMAT) می‌باشد (۳۵).

پایایی و روایی این آزمون در ایران به روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱۰ روز بر روی نمونه‌ای متشکل از ۱۲۰ زوج (۶۰ زن و ۶۰ مرد) اجرا گردید و برای بررسی میزان همبستگی، روش گشتاوری Pearson مورد استفاده قرار گرفت. ضریب همبستگی کل بین نمرات زنان و مردان طی دو مرحله اجرا ۶۸ درصد و مقیاس فرعی اول ۶۸ درصد، مقیاس فرعی دوم ۷۵ درصد، مقیاس فرعی سوم ۷۱ درصد و مقیاس فرعی چهارم نیز ۶۱ درصد به دست آمد. همچنین، ضریب Cronbach's alpha از ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ برای چهار زیرشاخص و ۰/۹۶ برای کل مقیاس DAS گزارش شد (۳۶).

نمونه‌گیری به روش داوطلبانه انجام شد و طی فراخوانی در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان، از زوج‌هایی که مردانشان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ بودند، دعوت به همکاری گردید. پس از مصاحبه با مراجعه کنندگان و موافقت آن‌ها، سه زوج وارد پژوهش شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از همه شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ گردید و به اطمینان داده شد که مشخصات فردی آن‌ها محرمانه خواهد ماند و شرکت در پژوهش برای آنان هیچ‌گونه خطر و تهدیدی در پی ندارد. همچنین، شرکت کنندگان از طول مدت درمان، مدت پژوهش، روش به کار گرفته شده، فواید و زیان‌های احتمالی و نحوه گزارش نتایج پژوهش آگاه شدند. ابتدا جهت ترسیم خط پایه، میزان سازگاری آزمودنی‌ها پس از گذراندن دوره زمانی بدون مداخله اندازه‌گیری شد و خط پایه هر زوج ترسیم گردید. در مرحله دوم، مشارکت کنندگان وارد مداخله B (روش ACT) شدند و از آن‌ها در سه نوبت ارزیابی به عمل آمد. در مرحله سوم جهت پیگیری دو نوبت دیگر، ارزیابی انجام گرفت. در پژوهش حاضر از مداخله زوج درمان روش ACT که توسط Harris ارایه شده است (۳۷)، استفاده گردید. پروتکل مداخله در جدول ۱ آمده است.

داده‌ها با استفاده از تحلیل دیداری (Visual analysis)، نمودارها، شاخص روند (Trending)، ثبات (Stability) درصد داده‌های غیر همپوش (Percentage of non-overlapping data یا PND) و درصد داده‌های همپوش (Percentage of overlapping data یا POD) تجزیه و تحلیل گردید. سپس تفسیر و نتیجه‌گیری از نمودارها به تحلیل درون موقعیتی، بین موقعیتی و تغییرات در موقعیت‌های مشابه هر نمودار انجام شد و فرضیه‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. پروتکل جلسات Acceptance and commitment therapy (ACT) همراه با شرح و نوع مداخله هر جلسه

جلسات	شرح جلسات درمانی	مداخلات
اول	ارزیابی و جهت‌گیری درمان: گرفتن جزییات از زوج‌ها و معرفی ACT	معرفی تمرکز تمرینات
دوم	ارزیابی فردی و یکپارچه سازی ارزیابی فردی و زوجی: مصاحبه فردی، ارزیابی و تحلیل مشکل بر اساس فرمول‌بندی زوج‌ها	طرح‌ریزی زوجی، یکپارچه‌سازی ارزیابی فردی و زوجی
سوم	ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه بی‌اثر: بررسی هزینه‌های تعارض، بررسی هزینه‌های اجتناب زوج‌ها، بررسی تلاش برای تغییر و توسعه امیدی خلاق	استفاده از استعاره تله انگشت چینی، تمرین جنگ و تقلا با همسر
چهارم	ذهن‌آگاهی و پذیرش: معرفی پذیرش و ذهن آگاهی	تمرین پذیرش افکار و احساسات در مورد همسر
پنجم	گسلش شناختی: تشریح رابطه منفی افکار برای زوج‌ها	تمرین شیر، شیر، شیر– راننده اتوبوس و تماشای افکار
ششم	مشاهده افکار: توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط همسر	افکار روی برگه‌های تمرین و تمرین پذیرش استعاره مهمان ناخوانده
هفتم	انتخاب جهت ارزش‌ها: روشن نمودن و شناسایی ارزش‌های رابطه و زندگی و ارزیابی اهداف و عملکرد	تمرین شرکت در تشییع‌جنازه خود و نوشتن روی سنگ قبر
هشتم	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود و بحث در مورد موانع ارزش‌ها و کمک به زوج‌ها برای حرکت همراه با موانع	کاربرد عمل متعهدانه و بازبینی استعاره راننده اتوبوس
نهم	ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه: معرفی تمایل	کاربرگ عمل متعهدانه
دهم	خود به عنوان زمینه در این رابطه: ماهیت انتخاب توانایی پاسخ و تجربه خود به عنوان زمینه	کاربرگ عمل متعهدانه و استعاره صفحه شطرنج
یازدهم	پذیرش و اقدام متعهدانه: بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهدانه	کاربرگ عمل متعهدانه
دوازدهم	کار در جهت پایان: بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهدانه و آمادگی برای اقدام متعهدانه در آینده و پایان درمان	گرفتن کاربرگ عمل متعهدانه در خانه

ACT: Acceptance and commitment therapy

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.1.4]

یافته‌ها

ویژگی جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان

ویژگی‌ها		بیمار	همسر بیمار
جنس	مرد	۳	–
	زن	–	۳
سن (سال)	میانگین	۳۴	۳۱
	دامنه تغییرات	۳۲–۳۹	۲۷–۳۶
تحصیلات	دبیرستان	۱	–
	دیپلم	۱	۲
	کاردانی	–	۱
	کارشناسی	۰	–
	کارشناسی ارشد	۱	–
مدت ازدواج (سال)	میانگین	۶	–
	دامنه تغییرات	۵–۲۲	–
شغل	خانه‌دار	–	۱
	آزاد	۱	
	استخدام	۲	۲
تعداد فرزندان	میانگین	۲/۳	–
	دامنه تغییرات	۱–۳	–

میانگین نمرات شرکت کنندگان در سه مرحله A-B-A با یکدیگر مقایسه شد. تحلیل دیداری نشان دهنده وجود تفاوت معنی‌دار بین سه مرحله (قبل، حین و بعد از مداخله) بود (جداول ۳ و ۴).

میانگین خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی در چهار خرده مقیاس «توافق نظر زوجی، رضایتمندی زوجی، همبستگی زوجی و ابراز عاطفه زوجی» و سه مرحله خط پایه A۱، A۲ و A۳ و سه مرحله مداخله زوج درمانی مبتنی بر ACT با عناوین B۱، B۲ و B۳ و دو مرحله پیگیری ۱ و ۲ در جدول ۳ ارایه شده است.

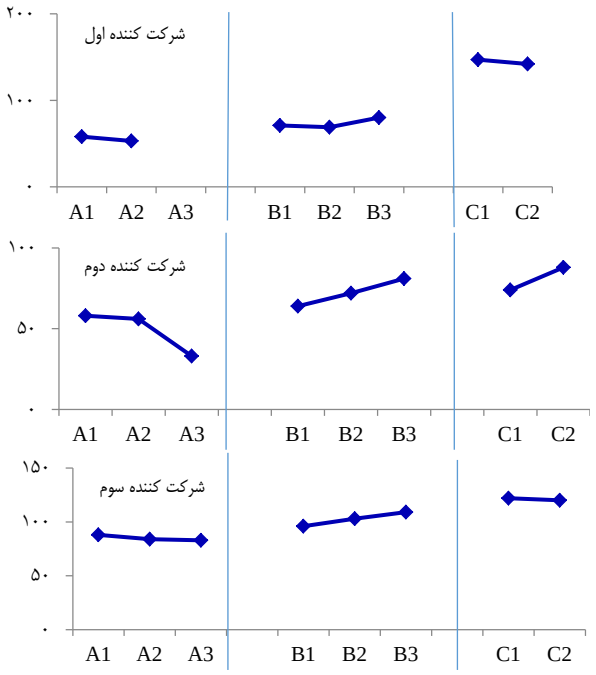
میانگین خرده مقیاس‌های هر سه شرکت کننده نشان داد که تفاوت در مراحل بدون مداخله خط پایه A و مداخله B معنی‌دار بود و مداخله ACT در دو خرده مقیاس توافق زوجی و رضایتمندی زوجی نسبت به خرده مقیاس‌های دیگر تأثیر بیشتری داشت.

نمرات میانگین و میانه هر سه شرکت کننده در موقعیت‌های خط پایه A بدون مداخله و B مداخله (ACT) در وضعیت‌های درون موقعیتی و بین موقعیتی در جدول ۴ ارایه شده است. در وضعیت بین موقعیتی، تأثیر معنی‌دار مداخله ACT نشان داده شده است.

یافته‌های درون موقعیتی جدول ۴ نشان داد که نمرات میانگین (میانه) هر سه شرکت کننده قبل از مداخله در موقعیت (خط پایه A) ناهمگن و در مقایسه با یکدیگر متفاوت بود. در روش پژوهش مورد- منفرد لازم است متغیر وابسته در هر آزمودنی به صورت انفرادی مقایسه شود (۳۳). نمرات میانگین (میانه) هر سه مشارکت کننده از موقعیت مداخله B (رویکرد ACT) نسبت به قبل از انجام مداخله (خط پایه A) تغییر کرد.

همچنین، مقایسه نمرات میانگین (میانه) شرکت کنندگان از موقعیت مداخله C (رویکرد بین فردی و ریتم اجتماعی) نسبت به مداخله B تغییراتی را نشان داد. بدین ترتیب، رشد MPI برای آزمودنی ۱، ۱۰/۷۰ درصد و PND ۶۶ درصد؛ برای آزمودنی ۲، ۱۲/۰۰ درصد و PND ۶۶ درصد و برای آزمودنی ۳، ۲۰/۲۹ درصد و PND ۱۰۰ درصد به دست آمد. با بررسی نوار ثبات سه موقعیت مشخص گردید که دامنه ثبات در شرکت کننده اول از ۱۱/۲ به ۱۶/۲ و در شرکت کننده دوم از ۱۶/۸ به ۲۴/۲ و در شرکت کننده سوم از ۱۰/۶ به ۲۸/۹ سیر صعودی را طی نموده است.

داده‌های شکل ۱ نشان می‌دهد که مداخله ACT بر افزایش سازگاری زناشویی زوج‌هایی که مرد آن‌ها به اختلال دوقطبی نوع ۲ مبتلا بود، مؤثر می‌باشد.



شکل ۱. روند تغییرات در شرکت کنندگان مورد بررسی در مرحله A (خط پایه)، B (مداخله ACT) و C (مرحله پیگیری)

جدول ۳. خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی سه شرکت کننده

خرده مقیاس‌ها		A۱	A۲	A۳	B۱	B۲	B۳	C۱	C۲
میانگین	توافق نظر زوجی	۲۹/۳	۲۷/۱	۲۵/۰	۳۰/۰	۳۳/۳	۳۷/۰	۴۷/۳	۵۰/۰
	رضایتمندی زوجی	۲۳/۳	۱۹/۰	۱۷/۵	۲۵/۷	۲۴/۰	۲۶/۰	۳۷/۰	۳۷/۳
	همبستگی زوجی	۹/۰	۱۲/۳	۱۰/۰	۱۲/۳	۱۳/۳	۱۵/۳	۲۰/۰	۱۹/۰
	ابراز عاطفه زوجی	۶/۳	۶/۳	۹/۰	۹/۰	۱۰/۷	۱۱/۷	۱۰/۰	۱/۳

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.1.4]

جدول ٤. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کنندگان

وضعیت	متغیرها		شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم
درون موقعیتی	میانگین (میانه) خط پایه A		۴۹ (۵۶)	۸۵ (۴۸)	۵۵/۳۳ (۵۳)
	میانگین (میانه) مداخله B		۷۲/۳۳ (۷۲)	۱۲۰/۶۶ (۱۰۳)	۷۳/۳۳ (۷۱)
	میانگین (میانه) پیگیری (C)		۸۱ (۸۱)	۱۲۱ (۱۲۱)	۱۴۵ (۱۴۵)
بین موقعیتی	میانگین درصد بهبودی (MPI)	A-B	۳۲/۲۵	۱۷/۲۰	۲۴/۵۴
	درصد افزایش نمره (MPR)	A-B	۴۷/۰۰	۲۰/۷۷	۳۳/۷۵
	PND	A-B	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
	POD	A-B	۰	۰	۰
نوار ثبات	اندازه نوار ثبات خط پایه A		۱۱/۲	۱۶/۸	۱۰/۶
	اندازه نوار ثبات مداخله B		۱۴/۴	۲۰/۶	۱۴/۲
	اندازه نوار ثبات مرحله پیگیری (C)		۱۶/۲	۲۴/۲	۲۸/۹

MPI: Means percentage improvement; MPR: Maximum parent of improvement; PND: Percentage of non-overlapping data; POD: Percentage of overlapping data

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر رویکرد ACT بر سازگاری زناشویی مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که زوج درمانی به روش ACT، تأثیر مناسبی در افزایش سازگاری زناشویی زوج‌هایی که مردانشان مبتلا به اختلال دوقطبی هستند، دارد. در تبیین جلسات درمان (جدول ۱) مشاهده شد که نحوه تأثیر روش ACT بر خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه زناشویی، تکنیک گسلش و ذهن‌آگاهی، می‌تواند مانع استفاده از روش‌های کنترل و اجتناب زناشویی گردد و خاطرات تلخ و افکار، احساسات و امیال نگران کننده آن‌ها را که منجر به نوسانات خلقی، رفتاری و شناختی شده است، به روش غیر قضاوتی پذیرش نماید و تماشاگر آن‌ها باشد و در جهت ارزش‌های خودفعالانه با تعهد عمل کند. اجرای تکنیک‌های این رویکرد در زوج‌ها باعث شد اجتناب‌های آن‌ها از پیامد اختلال دوقطبی به پذیرش و تعهد تغییر یابد و توافق زوجی حاصل گردد (جدول ۲).

یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات مشابه این رویکرد در زمینه اثربخشی بهبودی روابط زوجی (۳۷)، همخوانی داشت. Forman و همکاران در پژوهش خود، تأثیر روش ACT بر افسردگی و اضطراب را نشان داده‌اند (۳۸). نتایج بررسی حاضر با نتایج تحققاتی که در ایران صورت گرفته است (۳۹، ۲۶)، همسو بود. مطالعات صبوحی و همکاران (۲۶) و محبت‌بهار و همکاران (۳۹) تأثیر روش ACT بر کیفیت زندگی را تأیید کردند. همچنین، تأثیر این رویکرد بر درمان وسواس توسط ایزدی و همکاران (۴۰) نشان داده شده است. خرده مقیاس توافق زوجی، بیشترین تأثیر را بر افزایش سازگاری زناشویی داشت. بر اساس عقیده Gottman، زوج‌های دارای عقاید هماهنگ، در زندگی زوجی خود سازگاری بیشتری دارند (۴۱) که مشابه یافته‌های پژوهش حاضر بود.

در زمینه سازگاری زناشویی، داوودی و همکاران به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی راه‌حل محور، تأثیر معنی‌داری بر سازگاری زناشویی دارد، اما بررسی خرده مقیاس‌ها نشان داد که تأثیر توافق زوجی و رضایتمندی زوجی معنی‌دار نبود (۴۲). در پژوهش رجبی و همکاران، کارایی بیشتر زوج درمانی مبتنی بر ACT نسبت به کارایی رفتار درمانی مبتنی بر ACT، مورد تأیید قرار گرفت (۴۳). شواهد فوق نشان می‌دهد که اغلب تحقیقات مرتبط با روش ACT در زمینه‌های مختلف مورد توجه پژوهشگران بوده، اما به اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر ACT بر سازگاری زوجین مردان مبتلا به اختلال دوقطبی کمتر توجه شده است که در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفت.

بر اساس یافته‌های موجود و نتایج به دست آمده، عدم سازگاری زناشویی در بین مردانی که به اختلال دوقطبی نوع ۲ مبتلا هستند، یکی از موضوعات مهم شکایات آنان در مراجعه به مراکز مشاوره خانواده می‌باشد و در نهایت، بیشتر این ناسازگاری‌ها منجر به طلاق و یا فروپاشی خانواده می‌گردد. به کارگیری تکنیک‌هایی که در جهت سازگاری زناشویی و روابط بین فردی زوجین باشد، ضروری به نظر می‌رسد. استفاده از تکنیک‌های رویکرد ACT در روابط بین فردی زوجین، می‌تواند جایگزین نگرش تنش‌زای این زوج‌ها شود و منجر به سازگاری زناشویی گردد که اثربخشی رویکرد ACT بر سازگاری زناشویی توسط رجبی و ستوده ناورودی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (۴۴). نتایج تحقیق حاضر نشان داد که زوج درمانی مبتنی بر ACT، کارایی درمان زوج‌هایی که مردانشان به اختلال دوقطبی مبتلا هستند را افزایش می‌دهد و با توجه به یافته‌های موجود، پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاوران تخصصی خانواده، این رویکرد را در مشاوره و درمان‌های زناشویی برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به کار گیرند. همچنین، پیشنهاد می‌گردد مطالعات آینده بر روی زوج‌هایی که زنان آن‌ها مبتلا به اختلال دوقطبی هستند و نیاز به مداخلات درمانی دارند، انجام شود.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری رشته مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از استادان پژوهشکده سایکوسوماتیک و کارکنان بخش روان‌پزشکی بیمارستان نور دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و همچنین، گروه مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان که با همکاری و راهنمایی‌های علمی خود راهگشای پژوهش حاضر بودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
2. Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DH. Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? Harv Rev Psychiatry

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.1.4]

2004; 12(3): 133-9.
3. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: A review and meta-analysis of the evidence. Bipolar Disord 2010; 12(1): 1-9.
4. Meltzer H. The challenges of conducting national surveys of disability among children. In: Altman BM, Editor. International measurement of disability: Purpose, method and application. Berlin, Germany: Springer International Publishing; 2016. p. 137-49.
5. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: A prospective, comparative, longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(12): 1322-30.
6. Toubaei S, Hadi N, Hedayati A, Montazeri A. Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy controls. J Fundam Ment Health 2012; 14(1): 54-63.
7. Rajagopalan K, Bacci ED, Ng-Mak D, Wyrwich K, Pikalov A, Loebel A. Effects on health-related quality of life in patients treated with lurasidone for bipolar depression: Results from two placebo controlled bipolar depression trials. BMC Psychiatry 2016; 16: 157.
8. Calabrese J, Rajagopalan K, Ng-Mak D, Bacci ED, Wyrwich K, Pikalov A, et al. Effect of lurasidone on meaningful change in health-related quality of life in patients with bipolar depression. Int Clin Psychopharmacol 2016; 31(3): 147-54.
9. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. Bipolar Disord 2005; 7(2): 159-65.
10. Fakhari A, Minashiri A, Khazaee S, Movahedi Y, Fallahi A, Taher Panah M. Study of deficiency in theory of mind and emotion regulation in bipolar disorder and depressed patients compared with normal subjects. J Urmia Univ Med Sci 2014; 25(6): 511-20. [In Persian].
11. Bolhari J, Ramezanzadeh F, Abedinia N, Naghizadeh M, Pahlavani H, Saberi S. To explore identifying the influencing factors of divorce in Tehran. Iran J Epidemiol 2012; 8(1): 83-93.
12. Afshar Zanjani H, Masaeli N, Barekateyn M, Kiani F. The relative frequency and socio-demographic correlates of bipolar spectrum disorders in divorced volunteers. J Res Behav Sci 2008; 6(1): 45-50.
13. Durana C. Enhancing marital intimacy through psychoeducation: The PAIRS program. Fam J 1997; 5(3): 204-15.
14. Panaghi L, Hakim Shooshtari M, Sharafi SE, Abbasi M. Behavioral and emotional problems in offsprings of bipolar parents and the control group. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2009; 15(2): 201-7.
15. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: Past, present and future. Clin Psychol Psychother 2012; 19(2): 99-105.
16. Keller MB, Klerman GL, Lavori PW, Coryell W, Endicott J, Taylor J. Long-term outcome of episodes of major depression. Clinical and public health significance. JAMA 1984; 252(6): 788-92.
17. Miklowitz DJ, Chung B. Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. Fam Process 2016; 55(3): 483-99.
18. McKay M, Lev A, Skeen M. Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2012.
19. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2007.
20. Rehfeldt RA, Barnes-Holmes Y. Derived relational responding: Applications for learners with autism and other developmental disabilities: A progressive guide to change. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2009.
21. Luoma JB, Hayes SC, Walser RD. Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2007.
22. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Publications; 1999.
23. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther 2013; 44(2): 180-98.
24. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2001.
25. Hayes S, Kohlenberg B, Melancon S. Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. In: Hayes SC, Editor. Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control. New York, NY: Plenum Press; 1989. p. 359-85.
26. Sobouhi R, Fatehizade MA, Ahmadi SA, Etemadi O. The effect of counseiing-based on acceptance and commitment therapy (ACT) on the quality of life of women attending the cultural centers of the city. Shenakht Journal of Psycology and Psychiatry 2015; 2(1): 42-53.
27. Hayes S, Jacobson N, Follette V, Dougher M. Acceptance and change: Content and context in psychotherapy. Reno, NV:

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.1.4]

Context Press; 1994.
28. Morshedi M, Davarniya R, Zahrakar K, Mahmudi M, Shakarami M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing couple burnout of couples. Iran J Nurs Res 2016; 10(4): 76-87.
29. Wilson KG, Hayes SC, Byrd MR. Exploring compatibilities between acceptance and commitment therapy and 12-step treatment for substance abuse. J Ration Emot Cogn Behav Ther 2000; 18(4): 209-34.
30. Eifert GH, McKay M, Forsyth JP. ACT on life not on anger: The new acceptance and commitment therapy guide to problem anger. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2006.
31. Dahl J, Lundgren T. Living beyond your pain: Using acceptance and commitment therapy to ease chronic pain. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2006.
32. Cipani E. Practical research methods for educators: Becoming an evidence-based practitioner. Berlin, Germany: Springer Publishing Company; 2009.
33. Ledford JR, Gast DL. Single subject research methodology in behavioral sciences. London, UK: Routledge; 2009.
34. Guest G, MacQueen KM, Namey EE. Applied thematic analysis. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2011.
35. Spanier GB. Manual for the Dyadic Adjustment Scale. North Tonowanda, NY: Multi-Health Systems; 1989.
36. Soltani M, Shaeiri M, Roshan R. The effects of emotional focused therapy on increasing the marriage suitability of barren couples. J Res Behav Sci 2012; 6(4): 23-4. [In Persian].
37. Harris R. ACT with love: Stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitment therapy. New York, NY: Read How You Want; 2010.
38. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behav Modif 2007; 31(6): 772-99.
39. Mohabat Bahar S, Akbari ME, Maleki F, Moradi-Joo M. The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer. Journal of Clinical Psychology Andishe and Raftar 2015; 9(34): 17-26. [In Persian].
40. Izadi R, Asgari K, Neshatdust H, Abedi M. The effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of symptoms of obsessive compulsive disorder. Zahedan J Res Med Sci 2012; 14(10): 107-12. [In Persian].
41. Gottman JM. Toward a process model of men in marriages and families. In: Booth A, Crouter AC, Editors. Men in families: When do they get involved? What difference does it make? New York, NY: Psychology Press; 2016.
42. Davoodi Z, Etemadi O, Bahrami F, Shahsiah M. The effect of brief solution-focused couple therapy approach on couples' marital adjustment in men and women prone to divorce in 2010-2011 in Isfahan. J Fundam Ment Health 2011; 14(55): 190-9. [In Persian].
43. Rajabi G, Imani M, Khojasteh Mehr R, Beirami M, Boshlideh K. The study of the efficacy of acceptance based behavior therapy and integrative behavioral couple therapy on women with distressed couples and general anxiety disorder. J Res Behav Sci 2013; 11(6): 600-19. [In Persian].
44. Rajabi G, Sotodeh Navrodi S. A study of impact of group mindfulness-based cognitive therapy on depression reduction and increase of marital satisfaction in married women. J Guilan Univ Med Sci 2012; 20(80): 83-91. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.1.4]

The Effects of Acceptance and Commitment Therapy for Couples on Marital Adjustment in Men with Bipolar II Disorder

Mostafa Arab-Varnousfaderani[1], Maryam Fatehizade[2], Fatemeh Bahrami[3], Rezvanossadat Jazayeri[4], Amrollah Ebrahimi[5]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of present study was investigating the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) for couples on marital adjustment in men with bipolar II Disorder.

Methods and Materials: Participants (3 couples) were selected using purposeful sampling. Nonconcurrent multiple baseline experimental single subject study was used as the method. The efficacy of couples' ACT protocol was carried out in three phases of intervention (baseline, 12-session treatment and 3-month follow-up) by using dyadic adjustment scale (DAS). Data were analyzed by visuals analysis and percentage of non-overlapping data (PND) and percentage of overlapping data (POD) strategies.

Findings: There was a significant difference between the mean values of the baseline and intervention scores. The effectiveness of couples-based ACT in men with bipolar II disorder was validated to improve the marital adjustment.

Conclusions: ACT for couples can improve the marital adjustment in men with bipolar II disorder and decrease the rate of divorce.

Keywords: Bipolar disorder, Couples therapy, Acceptance and commitment therapy, Adjustment disorder

Citation: Arab-Varnousfaderani M, Fatehizade M, Bahrami F, Jazayeri R, Ebrahimi A. **The Effects of Acceptance and Commitment Therapy for Couples on Marital Adjustment in Men with Bipolar II Disorder.** J Res Behav Sci 2017; 15(3): 269-76.

Received: 29.05.2017 Accepted: 02.08.2017

1- PhD Candidate, Department of Family Counseling, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2- Associate Professor, Department of Family Counseling, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3- Professor, Department of Family Counseling, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
4- Assistant Professor Department of Family Counseling, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
5- Associate Professor, Psychosomatic Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Maryam Fatehizade, Email: fatehizade@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.1.4]