

اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود صمیمیت و کاهش نارسای هیجانی زوجین

فیروزه زنگنه مطلق^۱، شکوه السادات بنی جمالی^۲ حسن احدی^۳
و حمید رضاحاتمی^۴

دریافت مقاله: ۲۰۱۶، ۵ سپتامبر
پذیرش مقاله: ۲۰۱۷، ۱۸ آوریل

خانواده اصلی‌ترین هسته‌ی هر جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی افراد است و تنها محل تأمین نیازهای عاطفی، مادی، تکاملی و معنوی اعضای خود نیست بلکه مبدأ بروز عواطف انسانی و کانون صمیمانه‌ترین روابط و تعاملات بین فردی نیز است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش نارسای هیجانی و بهبود صمیمیت زوجین شهر اراک بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه ۹۰ نفر از زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و گروه گواه کاربندی شدند. گروه آزمایشی، زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ده جلسه دریافت کرد. گروهها قبل از شروع، بعد اتمام و در مرحله‌ی پیگیری از نظر نارسای هیجانی و صمیمیت مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج نشان داد که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان‌مدار به طور معنی‌داری بر نارسای هیجانی و صمیمیت اثر بخش بوده‌اند. به نظر می‌رسد که توجه به اثر بخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان‌مدار در محیط‌های مشاوره و روان‌درمانی خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

کلید واژه‌ها: پذیرش و تعهد، هیجان‌مدار، صمیمیت، نارسای هیجانی

مقدمه

خانواده را موسسه یا نهاد اجتماعی معرفی کرده‌اند که ناشی از پیوند زناشویی زن و مرد است. رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد

۱. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم تحقیقات، تهران، ایران.

۲. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسوول) banijamal@yahoo.com

۳. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم تحقیقات، تهران، ایران

۴. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه امام حسین، تهران، ایران

شد (وانیک و گولیک، ۲۰۱۱). نتایج مطالعات نشان می‌دهد کارکرد مطلوب خانواده مفهومی است که تأثیر مستقیمی بر نیازها، اهداف، رضایت‌مندی از زندگی و روابط عاطفی خانواده داشته (میلر، رایان، کیتنر بیشاب و اپستاین، ۲۰۰۸) و بر عواملی چون ساختار، نقش، ارتباط ادراک و پویایی‌های شخصیت و شکل‌گیری فرزندان بر کارکرد خانواده، تأثیر مستقیم دارد (والش، ۲۰۰۳). یافته‌های تحقیق چوی و مارکس (۲۰۰۸) نیز نشان داد که اختلاف زناشویی، یک عامل پُر خطر برای سلامت فیزیکی و روانی در بین همسران و فرزندان است که موجب ناکارآمدی خانواده می‌شود.

از سوی دیگر آگاهی اشخاص از احساس‌هایشان و توانایی بیان این احساس‌ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تأثیرگذار است. آگاهی هیجانی ضعیف چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان نارسایی هیجانی^۱ شناخته شده است. مفهوم نارسایی هیجانی که به صورت محاوره‌ای معنای آلکسی‌تایمیا و بی‌احساسی را تداعی می‌کند بر پایه‌ی مشاهده بیماران روان‌تنی استوار است و اولین بار در سال ۱۹۷۳ توسط سیفنون مطرح شده است (هامپر، وود و پارکر، ۲۰۰۹) و اساساً با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیالبافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون‌مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود (سیفنیوس، ۲۰۰۰).

دشواری‌هایی در شناسایی احساس‌ها، دشواری‌های در توصیف احساسها، سبک تفکر برون‌مدار (دودو و ایساک، چاتورودی، ۲۰۰۳) ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتامیز از تجربه‌های هیجانی (اوگدرونی‌کروک، پایپر، جویز، ۲۰۱۱) از جمله ویژگی‌های نارسایی هیجانی هستند. دوی، پاندی و میشر (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای دریافتند که افرادی که از نارسایی هیجانی بالاتری برخوردارند در مقایسه با همتایان خود میزان بیشتری از رفتارهای ناسالم، از جمله اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد و دارو، وابستگی به الکل و قمار بازی را گزارش می‌کنند. افزون بر آن نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی عمده، پر خاشگری اختلالات درد و نابهنجاری جنسی رابطه دارد.

از جمله عواملی که می‌تواند بر افزایش سازگاری زناشویی تأثیرگذار باشد صمیمیت^۲ است. مطالعات و تجارب بالینی نشان می‌دهد که در جامعه معاصر، زوجها مشکلات شدید و فراگیری را در هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه و سازگاری با یکدیگر تجربه می‌کنند. صمیمیت مفهومی پویا در

1. alexithymia

2. intimacy

ارتباطات انسانی و به ویژه در روابط زوجی می‌باشد که به معنای باز بودن و عدم باز داری در روابط و نزدیکی دو یا چند فرد در ابعاد گوناگون عاطفی، منطقی و عملکردی می‌باشد که در بستر روابط ایجاد می‌شود و پویایی آن از این لحاظ می‌باشد که صمیمیت برآیندی است از تمامی و کلیت یک رابطه که در صورت وجود شکاف یا نقص در هر یک از ابعاد یک بی فردی، از این مسئله تأثیر پذیرفته و متقابلاً بر کلیت رابطه تأثیر می‌گذارد (هاتفیلد، بنسمن، و راپسون، ۲۰۱۲). صمیمیت رفتارهایی است که نزدیکی عاطفی را افزایش می‌دهد. نزدیک بودن عاطفی شامل حمایت و درک متقابل، برقراری ارتباط و سهم کردن خود، فعالیت‌ها و دارایی‌هایمان با فرد دیگر است (پیلیچ، لوتین، آریندل، ۲۰۰۵). مطالعات نشان می‌دهد که برخورداری از صمیمیت در میان زوج‌ها متأهل، از عوامل مهم ایجاد ازدواج پایدار است (کرافورد و آنگر، ۲۰۰۴) و اجتناب از روابط صمیمانه، از عواملی است که موجب شکست در زندگی خانوادگی می‌شود (بلوم، ۲۰۰۶).

از جمله درمان‌های که می‌تواند در کاهش نارسایی هیجانی و بهبود صمیمیت زناشویی زوجین مؤثر باشد زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت، ۲۰۰۸). شواهد تجربی درمورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است برای مثال کارآیی این روش درمانی درمورد اختلالاتی مانند: افسردگی (کانتر، باروچ و گاینور، ۲۰۰۶)، سومصرف و وابستگی به مواد (هیز، استراشول و ویلسون، ۱۹۹۹)، فرسودگی شغلی (بوند و باروچ، ۲۰۰۳)، درد مزمن (داهل، ویلسون و نیلسون، ۲۰۰۴) تایید شده است. زوج درمانی هیجان مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی (تجربه‌گرایی)، و نظریه دلبستگی بزرگسالان می‌باشد که در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ (۲۰۰۶) ابداع شد. با توجه به نقش عمده هیجان‌ات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان‌ات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد. استفاده از نظریه دلبستگی بزرگسالان در این رویکرد، چارچوب منسجمی را برای فهم ماهیت عشق بزرگسالی فراهم می‌کند (جانسون، ۲۰۰۴). یافته‌های پژوهشی زاکارینی، جانسون، دالگیش و مکینان (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که زوج درمانی هیجان مدار بر بخشش و آشتی زوجین و

ایجاد همبستگی عاطفی بین آنان مؤثر است. همچنین تای و پولسون (۲۰۱۳) زوج درمانی هیجان مدار را در افزایش سازگاری زناشویی زوجین تأثیرگذار دانستند. گرینبرگ، واروار و مالکولم (۲۰۱۰) در پژوهشی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار را در تسهیل بخشودگی و حل صدمات هیجانی زوج ها، از جمله خشم و رنجش ناشی از خیانت، ترک یا توهین بررسی کردند. با توجه به آنچه گفته شد هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود صمیمیت و کاهش نارسایی هیجانی زوجین بود.

روش

طرح تحقیق این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش، زوج‌های شهر اراک بودند که در سال ۱۳۹۵ به منظور حل مشکلات زناشویی خود به مرکز مشاوره‌ای دانشگاه آزاد اسلامی اراک مراجعه کردند. از این جامعه ۹۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و گروه گواه کاربندی شدند. ملاکهای ورود شامل داشتن تعارضات زناشویی، برخورداری از سلامت جسمانی- روانی، داشتن سطح سواد حداقل دیپلم، عدم اعتیاد، و سپری شدن ۵ سال از ازدواج آنها بود. گروهها قبل از شروع، بعد از اتمام و ۲ ماه بعد از اتمام مداخلات با مقیاس نارسایی هیجانی (TAS-20) و پرسشنامه صمیمیت زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو در سال ۱۹۸۶ به وسیله تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، پارکر و تیلور مورد تجدید نظر قرار گرفت (رجبی و همکاران، ۲۰۱۵). ۲۰ سوال دارد و سه عامل ناتوانی در شناسایی احساسات (هفت ماده)، ناتوانی در توصیف احساسات (پنج ماده) و سبک تفکر عینی (هشت ماده) را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) می‌سنجد (بشارت، ۲۰۰۷). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف تایید شده است (بشارت، ۲۰۰۷).

پرسش نامه صمیمیت زناشویی اولین بار در ایران توسط اولیا (۲۰۰۷)؛ به نقل از فلاح‌زاده، ثنایی ذاکر و فرزاد (۲۰۱۲) ساخته و هنجاریابی شد. این پرسشنامه یک ابزار ۸۷ سؤالی است که نه بعد صمیمیت زناشویی، شامل صمیمیت عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی، تفریحی، ارتباطی، جنسی، مذهبی، روان شناختی و نمره کلی را اندازه گیری می‌کند. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف تایید شده است (فلاح‌زاده و همکاران، ۲۰۱۲).

شیوه ی اجرا

پروتکل جلسات زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان‌مدا بر اساس آموزش پذیرش و تعهد فورمن و هربرت (۲۰۰۸) و پروتکل زوج درمانی هیجان‌مدار براساس دیدگاه جانسون، (۲۰۰۴) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شد

ابتدا برآورده شدن مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری بررسی شد. با تایید مفروضه تحلیل واریانس شامل، فاصله ای بودن، خطی بودن، نرمال بودن واریانس‌ها (آزمون کولموگراف اسمیرنوف- شاپیرو ویلکز)، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. داده ها با بیستمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱ مولفه های توصیفی متغیرها را در گروهها نشان می دهد

جدول ۲. مولفه های توصیفی صمیمیت زناشویی و نارسایی هیجانی در گروهها به تفکیک

پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری

گروه کنترل		زوج درمانی هیجان مدار		زوج درمانی پذیرش و تعهد		جنسیت	صمیمیت زناشویی
sd	M	sd	M	sd	M		
۱۱/۱۷	۲۰۱/۵۶	۱۵/۶۹	۱۸۵/۳۳	۱۷/۵۲	۱۹۵/۱۶	پیش	صمیمیت
۹/۹۹	۱۹۶/۹۰	۹/۶۶	۲۳۹/۵۰	۱۴/۱۵	۲۳۰/۴۰	پس	
۶/۴۸	۱۸۰/۶۲	۱۱/۵۸	۲۳۷/۵۳	۱۲/۱۴	۲۲۳/۴۰	پیگیری	
۱۰/۴۴	۵۰/۳۶	۷/۵۵	۵۳/۷۳	۹	۵۴/۳۶	پیش	نارسایی هیجانی
۱۰/۲۱	۵۱/۸۰	۹/۰۳	۳۸/۴۳	۷/۳۷	۳۹/۶۰	پس	
۸/۴۲	۶۰/۲۳	۱۰/۶۹	۴۱/۲۶	۸/۹۳	۴۷/۱۰	پیگیری	

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، عامل بین آزمودنیها گروه‌های (زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان‌مدار) بر صمیمیت زناشویی در مرحله زمان × گروه ($P < 0/001$)، اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر این فرضیه که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان‌مدار باعث افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش نارسایی هیجانی می‌شود در سطح معنی‌داری $P < 0/001$ تأیید می‌شود.

جدول ۲. خلاصه ی نتایج مربوط به شاخص های اعتباری آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر متغیر صمیمیت زناشویی و نارسایی هیجانی در مرحله پس آزمون و پیگیری

Eta	P	F	df ₂	df ₁	ارزش	موقعیت	متغیر
۰/۸۱۴	۰/۰۰۱	۱۷/۹۶۲	۸۳	۲	۰/۱۸۶	زمان	
۰/۵۸۹	۰/۰۰۱	۵۸/۷۷۹	۱۶۶	۴	۰/۱۶۹	زمان × گروه	صمیمیت زناشویی
۰/۱۸۸	۰/۰۰۱	۹/۵۰۱	۸۳	۲	۰/۸۱۲	زمان × جنسیت	
۰/۰۷۹	۰/۰۰۹	۳/۴۹۴	۱۶۶	۴	۰/۸۴۹	زمان × گروه × جنسیت	
۰/۷۶۶	۰/۰۰۱	۱۳۲/۶۲	۸۳	۲	۰/۲۳۴	زمان	
۰/۵۳۲	۰/۰۰۱	۴۷/۱۴۱	۱۶۶	۴	۰/۲۱۹	زمان × گروه	نارسایی هیجانی
۰/۰۳۶	۰/۲۱۸	۱/۵۴۹	۸۳	۲	۰/۹۶۴	زمان × جنسیت	
۰/۰۳۹	۰/۰۰۱	۱/۶۸۶	۱۶۶	۴	۰/۹۲۳	زمان × گروه × جنسیت	

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد که اثر اصلی زمان (پس آزمون و پیگیری)، تعامل زمان با گروه و اثر اصلی گروه معنی دار می باشد. بدین ترتیب، میانگین های پس آزمون و پیگیری بین دو گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار و گروه کنترل متفاوت می باشد ($P=0/001$) و $F(2, 84) = 72/026$. ولی تعامل تعامل گروه و جنسیت معنی دار نمی باشد که نشان دهنده اثربخش بودن درمان به یک اندازه بر روی زوجین می باشد به عبارت دیگر با توجه به توان آماری ۱ که هرچه بالاتر باشد نشان دهنده این است که نمونه مورد نظر معرف جامعه است و اندازه اثر هریک از آموزشها با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار در مقایسه با گروه کنترل بر افزایش صمیمیت زناشویی موثر است. با توجه به معذور انا مقدار این تأثیر برای آموزش زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۶ درصد و برای زوج درمانی هیجان مدار ۴۳ درصد می باشد که این نشان دهنده تغییرات در مرحله پس آزمون و پیگیری گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار در مقایسه با گروه گواه بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان مدار بر بهبود صمیمیت و کاهش نارسایی هیجانی زوجین بود. نتایج نشان می دهد که، میانگین های نمرات پس آزمون و پیگیری صمیمیت زناشویی بین دو گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار و گروه کنترل تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت زوج درمانی مبتنی

جدول ۳. خلاصه ی نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پس آزمون و پیگیری متغیر صمیمیت زناشویی و نارسایی هیجانی در گروه های زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار و گروه کنترل

Sig	F	MS	DF	SS	منبع	متغیر
۰/۰۰۱	۲۲۵/۸۲۹	۲۲۱۹۹/۹۰۸	۱/۶۷۴	۳۷۱۶۰/۶۵۵	زمان	
۰/۰۰۱	۱۴۱/۳۰۳	۱۳۸۹۰/۶۸۸	۳/۳۴۸	۴۶۵۰۳/۵۳۲	زمان × گروه	درون گروهی
۰/۰۰۱	۱۱/۵۵۹	۱۱۳۶/۳۱۷	۱/۶۷۴	۱۹۰۲/۰۹۲	زمان × جنسیت	
۰/۰۰۱	۴/۹۷۰	۴۸۸/۵۳۹	۳/۳۴۸	۱۶۳۵/۵۴۱	زمان × گروه × جنسیت	
-	-	۹۸/۳۰۴	۱۳۸/۹۳۵	۱۳۶۵۷/۸۳۸	خطا	
۰/۰۰۱	۴۴/۲۶۴	۱۷۸/۱۷	۱	۱۷۸/۱۷	مدل	
۰/۰۰۱	۷۲/۰۲۶	۱۹۱۷۴/۴۴۳	۲	۳۸۳۴۸/۸۸۵	گروه	بین گروهی
۰/۱۹۷	۱/۶۹۵	۴۵۱/۲۹۹	۱	۴۵۱/۲۹۹	جنسیت	
۰/۵۲۲	۰/۶۵۴	۱۷۴/۲۳۶	۲	۳۴۸/۴۷۲	گروه × جنسیت	
-	-	۲۶۶/۲۱۴	۸۴	۲۲۰۹۵/۷۷۱	خطا	
۰/۰۰۱	۱۳۶/۱۵۶	۲۱۱۵/۶۷۸	۲	۴۲۳۱/۳۵۶	زمان	
۰/۰۰۱	۷۵/۹۴۶	۱۱۸۰/۰۸۹	۴	۴۷۲۰/۳۵۶	زمان × گروه	درون گروهی
۰/۱۷۵	۱/۷۶۴	۲۷/۴۱۱	۲	۵۴/۸۲۲	زمان × جنسیت	
۰/۱۳۲	۱/۷۹۶	۲۷/۹۱۱	۴	۱۱۱/۶۴۴	زمان × گروه × جنسیت	
-	-	۱۵/۵۳۹	۱۶۸	۲۶۱۰/۴۸۹	خطا	
۰/۰۰۱	۳۰/۹۳	۶۳۶۲۷۲/۰۳۳	۱	۶۳۶۲۷۲/۰۳۳	مدل	
۰/۰۰۱	۱۰/۹۵۷	۲۲۵۴/۰۷۸	۲	۴۵۰۸/۱۵۶	گروه	بین گروهی
۰/۰۲۱	۵/۵۴۶	۱۱۴۰/۸۳۳	۱	۱۱۴۰/۸۳۳	جنسیت	
۰/۲۲۰	۱/۵۴۳	۳۱۷/۵۰۰	۲	۶۳۵/۰۰۰	گروه × جنسیت	
-	-	۲۰۵/۷۱۸	۸۴	۱۷۲۸۰/۳۱۱	خطا	

اندازه اثر زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰/۳۶ و اندازه اثر زوج درمانی هیجان مدار ۰/۴۳

بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار منجر به بهبود صمیمیت زناشویی زوجین می شود. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ سودن و همکاران، ۲۰۱۶؛ هیترو و همکاران، ۲۰۱۶) همخوانی دارد.

صمیمیت با شناخت خود همراه است، این بدین معنی است فردی که میزان صمیمیت بالایی دارد، قادر است خود را به شیوهی مطلوب تری در روابط عرضه کند و نیازهای خود را به شکل مؤثرتری به

همسر خود ابراز کند. رضایت زناشویی می‌تواند در زوجهایی که میزان صمیمیت بیشتری دارند، بیشتر باشد یا زوجهایی که صمیمیت بالاتری دارند، ممکن است قابلیت بیشتری در مواجهه با مشکلات و تغییرات مربوط به رابطه خود داشته باشند و در نتیجه رضایت زناشویی بالاتری را تجربه کنند (پاتریک، سل و همکاران، ۲۰۰۷). به منظور مشخص نمودن اینکه مولفه صمیمیت زناشویی (زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با هم تفاوت معنی‌داری دارند و کدام درمان اثربخش‌تر است از آزمون‌های تعقیبی (LSD) با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شد. همانطور که نتایج نشان می‌دهد زوج درمانی هیجان مدار، بر مولفه صمیمیت زناشویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است. تفاوت روش درمانی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان دهنده اثر بخش بودن زوج درمانی هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، نارسایی هیجانی به دشواری در خود‌نظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها نیز گفته می‌شود. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجهه، و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (بشارت، ۲۰۰۷؛ سوارت، کورتکاس و آلمن، ۲۰۰۹). وقتی همسری از پاسخگویی هیجانی همسر خود در مواقع استرس یا بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست که او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس ناامنی می‌کند و این ناامنی سبب می‌شود هر یک از زوجین احساس کنند که در زمان‌های دیگر ابراز و بیان هیجان‌ها نشان دهنده ضعف است لذا این بیان هیجانی را سرکوب می‌کند که این امر خود عاملی از نارسایی هیجانی است (جانسون، ۲۰۰۴). لذا در فرایند درمان هیجان مدار، درمانگر اقدام به از بین بردن این احساس ناامنی می‌کند. بنابراین وقتی درمانگر چرخه‌های تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی می‌کند هیجان‌های همراه با این چرخه‌ها هم توسط زوجین شناسایی می‌شوند، این چرخه‌ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته‌ی دلبستگی تنظیم می‌کند و در فرایند درمان زوجها می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر را بپذیرند که این امر باعث کاهش نارسایی هیجانی زوجین می‌شود.

با توجه به نتایج پیگیری و بهتر بودن عملکرد زوج درمانی هیجان مدار در حفظ دستاوردهای درمانی می‌توان به نقش حیاتی هیجان‌ها و پیوندهای دلبستگی اشاره کرد. بحث در مورد این موضوع که چرا این دو مدل درمانی قادر به حفظ چنین اثرات درمانی درازمدتی هستند، در حالی که درمانهای

دیگری همچون زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد فاقد آن می‌باشند، از اهمیت بسزایی برخوردار است. این مدل درمانی پیوندهای بسیار محکمی میان زوجین ایجاد می‌کند که در آن، هردوی زوجین به قدری از نظر هیجانی درگیر نیازهای یکدیگر می‌شوند و به نیازهای یکدیگر پاسخ می‌دهند که بنای اعتماد، صمیمیت، و همبستگی در میان آنها گذاشته می‌شود. ایجاد چنین پیوندهای هیجانی در تعاملات زوجین باعث تعریف مجدد رابطه‌ی آنها در قالب پایگاه مطمئن و پناه امن می‌شود.

References

- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101 (8), 209-222. [Persian].
- Blum, T. W. (2006). *Becoming a family counselor: A bridge to family therapy theory and practice*. Hoboken, NJ, USA: Wiley.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Applied Psychology*, 88, 1057-1067.
- Choi, H., & Marks, N. F. (2008). Marital Conflict, Depressive Symptoms, and Functional Impairment. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 377-390.
- Crawford, M., & Unger, R. (2004). *Women and Gender: A Feminist Psychology. 4th edition*. New York, NY, USA: McGraw-Hill.
- Dahl, J., Wilson, K.G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behav Ther*, 35, 785-801.
- Dubey, A., Pandey, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship an overview. *Journal of Social Science Research*, 7, 20-31.
- Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *J Psychosom Res*, 18 (54), 435-438.
- Fallahzadeh, H., & Sanaee Zakir, B., & Farzad, V. (2012). The effectiveness of emotional focused couple therapy and combined systemic couples therapy on reduction of anxiety and intimacy couples. *Journal Of Family Research*, 8 (32), 484-465. [Persian].
- Forman, E. M., Herbert, J. D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 263-265.
- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion-Focused Couples Therapy and the Facilitation of Forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 28-42.
- Hatfield, E., Bensman, L., & Rapson, R. L. (2012). Love and intimacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd Ed., 2. New York: Academic Press. pp. 550-556.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford. p.165-171.
- Heather, Love. A., & Moore, Rachel. M. (2016). Emotionally focused therapy for couples recovering from sexual addiction. *Sexual and Relationship Therapy*. Volume 31, 2016 - Issue 2.
- Humphre, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personal and Indivi Differ*, 24 (49), 43-47.
- Johnson, S. M., & Greenberg, P. S. (2006). The Path to a Secure Bond: Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Clinical Psychology* : IN Session, Vol, 62(5), 597-609.
- Johnson, S. (2004). *Emotionally Focused Couple Therapy practice*, the translation of Azerbaijani Z, Etemadi A, Samadi SH. Danzheh publication.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy*. Creating connection New York: Brunner/Routledge
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: escription and Comparison. *The Behavior Analyst*, 29, 161-185.
- Miller, L. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2008). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168-189.

- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Res*, 20 (30), 43-48.
- Patrick, S., Sells, J. N., Giordano, F. G., & Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, Differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The Family Journal*, (15), 359_367.
- Pielage, S., Luteinjin, F., & Arrindell, W. (2005). Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 455-464.
- Rajabi, G. R., Hayat Bakhsh, Y., & Taghipoor, M. (2015). structural model of emotional intimacy, satisfaction, marital compatibility. *Journal of Counseling and Psychotherapy family*, 5. [Persian]
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics, and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), 113-116.
- Sowden, Sophie., Brewer, Rebecca. R., Catmur, Caroline., & Bird, Geoffrey. (2016). The Specificity of the Link Between Alexithymia, Interoception, and Imitation. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance* © 2016 The Author(s), 42, 11, 1687–1692.
- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). *Dealing with feelings: Characterizations of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing*. Youth Authority Facilities.
- Tie, S., & Poulsen, Sh. (2013). *Emotionally focused couple therapy with couples marital –a*
- Walsh, F. (2003). *Family resilience: A framework for clinical practice: Family Process*, 42 (1), 1-19.
- Wanic, R., & Kulik, J. (2011). Toward an Understanding of Gender Differences in the Impact of Marital Conflict on Health. *Sex Roles*, 65(5-6), 297-312.
- Zuccarini, D., Johnson, S.M., Dalgeish, T.L., & Makinen, J.A. (2013). Forgiveness and Reconciliation in Emotionally Focused Therapy for Couples: The Client Change Process and Therapist Interventions. *Journal of Marital Fam Ther*, 39(2), 148-62.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 11 (No. 44), pp. 47-56, 2017

The effectiveness of couples therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couples therapy on improvement of intimacy and reduction of Alexithymia among Couples

Zanganeh Motlag, Firoozeh

Islamic Azad University of Science and Research, Tehran, Iran

Bani- Jamali, Shokoh-Sadat

Al Zahra University, Tehran , Iran

Ahadi, Hassan

Islamic Azad University of Science and Research, Tehran, Iran

Hatami, Hamid Reza

Khwarizmi University, Karaj. Iran

Received: Sep 05, 2016

Accepted: Apr 18, 2017

Family is the main core of every community and it is the focus of well-being and mental health, not just a place for providing emotional, physical, and spiritual development of its members, but it is also the origin of human emotions and the heart of the most intimate interpersonal relationships. The aim of this research was the study the effectiveness of couples therapy based on acceptance and commitment and emotional focused couples therapy on reducing alexithymia and improve marital intimacy in Arak City. For this purpose, during a quasi-experimental research in form of pretest-posttest and control group 90 couples who referred to Azad University counseling center with convenience method were selected and were assigned randomly divided into three experimental groups and the control group. Experimental group received couples therapy based on acceptance and commitment for ten sessions. Groups were tested before and after the completion and follow-up in terms of alexithymia and intimacy. The results showed that couples therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couple therapy have been significantly effective on alexithymia and intimacy. It seems that attention to couples therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couple therapy in counseling environment and family psychotherapy are of high importance.

Keywords: Acceptance and commitment, emotionally focused, intimacy, alexithymia

Electronic mail may be sent to: banijamal@yahoo.com