

## مقایسه‌ی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر نظام‌های خانوادگی بوئن با گروه‌درمانی مبتنی بر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه بر صمیمیت زناشویی زنان

نیره جهانبخشیان<sup>۱\*</sup>، محسن رسولی<sup>۲</sup>، عزیزاله تاجیک اسمعیلی<sup>۳</sup>، غلامرضا صرامی فروشانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۱/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۲/۰۵

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانوادگی بوئن و گروه‌درمانی مبتنی بر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه بر صمیمیت زناشویی زنان انجام گرفت.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای تجربی بر اساس طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی زنان دارای تعارض مراجعه‌کننده به مراکز خدمات مشاوره و روانشناسی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. از بین داوطلبان، ۳۶ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس صمیمیت زناشویی واکر و تامپسون (MIS) بود که هر سه گروه به این مقیاس در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه پاسخ دادند. برای گروه آزمایش اول مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده و برای گروه دوم مداخله‌ی گروه‌درمانی مبتنی بر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت روابط ابژه در ۱۶ جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد، درحالی‌که برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نگردید. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS25 و روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره یک راه استفاده شد.

**یافته‌ها:** داده‌های پژوهش حاکی از تفاوت معنادار بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در صمیمیت زناشویی و تأثیر گروه درمانی بر گروه‌های آزمایش بود ( $p < 0/05$ ) ولی بین دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان از گروه‌درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت روابط ابژه در جهت افزایش صمیمیت زناشویی زنان و حل تعارضات زوج‌ها استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** گروه‌درمانی، نظریه‌ی نظام‌های خانوادگی بوئن، زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه، صمیمیت زناشویی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۱۶، خرداد ۱۳۹۸، ص ۲۲۶-۲۱۳

آدرس مکاتبه: تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تلفن: ۰۹۱۲۸۳۰۴۴۲۵

Email: n.jahanbakhshian@yahoo.com

### مقدمه

می‌باشد که در بستر روابط ایجاد می‌شود (۲). اغلب زوج‌درمانگران به این باورند که صمیمیت بخش کلیدی رابطه‌ی زناشویی رضایت‌بخش است. علی‌رغم اهمیت این سازه، تعریف دقیق از آن تقریباً همچون تجربه‌ی آن ملموس نیست. پارادوکس جستجوی صمیمیت، بیشتر شبیه جستجوی یک ظرف طلا در انتهای رنگین کمان است (۳). با توجه به مدل ریس و پاتریک (Reis & Patrick) و ریس و شایور، (Reis & Shaver) از صمیمیت، صمیمیت یک

نیاز به صمیمیت، یک نیاز پیشرفته‌ی جهانی و بیولوژیکی در تمام انسان‌ها است. توانایی ایجاد و حفظ روابط صمیمانه، پایدار و رضایت‌بخش یکی از مهم‌ترین تکالیف رشدی در دوران بزرگسالی است (۱). صمیمیت، مفهومی پویا در ارتباطات انسانی و به‌ویژه در روابط زوجی است، که به معنای عدم بازداری در روابط و نزدیکی دو یا چند فرد در ابعاد گوناگون عاطفی، منطقی و عملکردی

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

متمركز بر خود تأکید می‌ورزد و اضطراب مزمن و عدم تمایز یافتگی را مانعی ارتباطی می‌داند. و به این باور است، فرد تمایز یافته توانایی حفظ استقلال در ضمن ارتباط با دیگران را دارد، عزت نفس او وابسته به تأیید تصمیم او توسط دیگران نیست (۱۰). بنابراین، به جای تمرکز صرف بر رفتارها و تعاملات بین فردی، فرد باید سطوحی از رشد فردی را به دست آورد تا بتواند با دیگری صمیمی شود (۱۱). از دیدگاه بوئن، هدف از درمان، راهنمایی یک یا چند عضو از خانواده است تا به یک خود قوی و یکپارچه دست یابند تا بتوانند با مشکلات هیجانی که در ارتباط با ازدواج، فرزندان و یا خانواده‌ی اصلی به وجود می‌آید، به طور مناسبی مقابله کنند (۱۲). بوئن مراجع را تشویق می‌کند با اعضای خانواده‌ی هسته‌ای ارتباط برقرار کند و مشکلات هیجانی خود را با آن‌ها حل کند. چون او معتقد است تغییر خود از طریق تغییر رابطه با دیگران اتفاق می‌افتد. او بر این باور بود که تعارضات حل نشده با خانواده‌ی اصلی رابطه‌ی کنونی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳).

از دیدگاه زوج درمانگران روابط ایزه صمیمیت از طریق فرآیندی پویا رشد می‌کند که در آن یکی از طرفین احساسات، افکار و اطلاعات شخصی خود را بیان می‌کند و پاسخی از طرف مقابل دریافت می‌کند که احساس درک شدگی، اعتباربخشی و مراقبت را تجربه می‌کند و با درونی سازی تجارب حاصل از این تعاملات، فرد بازنمایی‌های کلی را در درون خود شکل می‌دهد که میزان صمیمیت و معنادار بودن رابطه را منعکس می‌کند (۳). در نتیجه، رابطه‌ی صمیمی، حسی از درک شدن به طرفین می‌دهد. آن‌ها در نشان دادن نگرانی‌های خود نسبت به یکدیگر احساس راحتی می‌کنند و احساس می‌کنند، گشودگی آن‌ها، متقابلاً درک و مهم‌تر از آن پذیرفته می‌شود (۳). کلمن (Colman)، معتقد است، تجارب بین فردی لذت بخش مکرر بین زوج‌ها در طول زندگی منجر به شکل‌گیری یک ایزه‌ی درونی می‌شود که در هنگام نیاز به عنوان یک گیرنده، منعکس کننده و تحلیل کننده، تجربه می‌شود. این "طرف زوجی" (couple container) برای صمیمیت نقشی حیاتی دارد (۳). بدون شناخت هیجانی، زوج‌ها به نوعی از ارتباط تنزل می‌کنند که با توهمات و تخیلات پوشانده شده است (۱۴). زوج‌ها در روابط رمانتیک ایزه‌های سرکوب شده‌ی درونی خود را بر روی یکدیگر فراقنی می‌کنند و همسر خود را وادار به پذیرش این نقش از طریق فرآیند همانندسازی فراقکنانه می‌کنند (۱۵). رشد صمیمیت نیاز به سازماندهی مجدد دنیای بازنمایی شده‌ی دارد که اساساً در دوران کودکی تشکیل شده است (۱۶). زوج‌ها در درمان می‌آموزند با استفاده از خودکنترلی در روابطشان از سیستم فراقکنی متقابل رها شوند و دیگری را آن گونه که هست، بپذیرند.

حس فردی و درونی از تعلق داشتن و ارتباط است که از یک فرآیند بین فردی و متقابل به وجود می‌آید. به عبارت دیگر، صمیمیت زمانی شروع می‌شود که فردی به طور مناسب ارتباط برقرار می‌کند و اطلاعات، افکار و احساسات خود را برای دیگری به صورت کلامی، غیر کلامی و رفتاری آشکار می‌سازد، که در موقعیت مورد نظر، ارتباطی مناسب و بجا است (۴). اریکسون (Erikson)، صمیمیت در برابر انزوا را به عنوان ششمین مرحله از مراحل رشد انسان پس از مرحله‌ی ایجاد هویت در برابر آشفتگی نقش تعریف کرد. بنابراین تعریف، صمیمیت واقعی در بین افراد بالغ زمانی ایجاد می‌شود که هویت هر یک از زوجین به خوبی شکل گرفته باشد که در صورت یکی شدن و اتحاد، در یکدیگر ذوب نشوند و فردیت خود را حفظ کنند (۵). صمیمیت زناشویی رابطه‌ی مستقیم با رضایت زناشویی دارد (۶) و فقدان صمیمیت یکی از مهم‌ترین علل نگرانی‌ها و فروپاشی روابط زوج‌ها به شمار می‌آید و اثرات منفی آن بر روابط همسران باعث ایجاد ناهماهنگی و تنش بین آن‌ها و همچنین بروز مشکلات روان شناختی مانند افسردگی، اختلالات هیجانی و روانی در آنان می‌شود (۷). واینبرگر، هافتاین و وایت بورن (Weinberger, Hofsten, Whitbourne) معتقدند فقدان صمیمیت در روابط زوج‌ها مهم‌ترین عامل پیش‌بینی کننده‌ی طلاق در زوج‌های مسن است (۸). با توجه به اهمیت صمیمیت زناشویی، برنامه‌های درمانی متعددی با استفاده از رویکردهای مختلف زوج درمانی توسط درمانگران و پژوهشگران حوزه‌ی ازدواج و خانواده، در جهت افزایش صمیمیت و کاهش آشفتگی‌های ارتباطی زوج‌ها طرح‌ریزی و به کار گرفته شده است. در این راستا، پژوهش حاضر به مقایسه‌ی اثربخشی دو درمان مبتنی بر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ایزه و نظریه‌ی نظام‌های خانواده بوئن بر صمیمیت زناشویی زنان پرداخته است.

زوج درمانگران بوئنی معتقدند، پدیده‌ی ازدواج نیازمند انطباق‌پذیری بالایی است. اگر میزان متعارف و قابل قبولی از انطباق در ازدواج نباشد، هیچکدام از زوج‌ها احساس امنیت و مراقبت ندارند. علاوه بر این صمیمیت زناشویی به حسی قوی از خود شناسی و خودتمایزسازی نیاز دارد. زوج‌های با سطح تمایز یافتگی پایین و برخوردار از همجوشی بالا قادر نیستند، خواسته‌های خود را در رابطه درک کنند، در نتیجه، این فرآیند بر روی رضایت آن‌ها از زندگی اثر منفی می‌گذارد، زمانی که این زوج‌ها با عواملی مانند تغییر نقش که رضایت‌مندی را کاهش می‌دهد، روبرو می‌شوند، احساس ناکامی می‌کنند (۹). زوج‌هایی که به جای تأیید طلبی قادر به خود اعتباربخشی هستند، در ازدواج از روحیه‌ی همکاری بهتری برخوردارند. این دیدگاه از صمیمیت، مفهوم نظریه‌ی نظام‌های خانواده را منعکس می‌کند که بر صمیمیت

همچنین در زمینه‌ی اثربخشی درمان بوئنی می‌توان به پژوهش‌های یکتاطلب، صدیق‌اسکویی و سودانی(۲۸)، قاسمی و عارفی(۲۹)، سهرابی، اسدی، حبیب‌آبادی، زاده و پناعلی(۳۰)، یوسفی(۳۱)، غفاری، رفیعی و ثنایی ذاکر(۳۲)، گریفین و آپستال (Griffin & Apostol)(۱۳)، هافنر (Haefner)(۳۳) و بارتلی (Bartley)(۳۴) اشاره کرد، که از اثربخشی درمان بوئنی بر کاهش مشکلات بین فردی و درون فردی حمایت می‌کنند ولی در زمینه‌ی مقایسه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر این دو رویکرد پیشینه‌ای یافت نشد.

باتوجه به اهمیت صمیمیت زناشویی به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم تأمین‌کننده‌ی سلامت جسمی و بهزیستی روان‌شناختی افراد متأهل و تأثیرات عمیق آن بر روی زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی آن‌ها و همچنین با توجه به کارآیی درمان‌های مبتنی بر نظام‌های خانواده و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت روابط ابژه در حل تعارضات درون‌فردی و بین‌فردی و اندک بودن تحقیقات بالینی انجام‌شده در این زمینه، انجام پژوهش حاضر ضروری به‌نظر می‌رسد. علاوه بر این به‌علت عدم شرکت بسیاری از مردان در جلسات درمان زناشویی، پژوهش حاضر با تمرکز بر روی یکی از زوج‌ها (زنان) و بدون حضور همسران‌شان در فرآیند درمان، پاسخ به چالشی است که بسیاری از درمانگران این حوزه با آن روبرو هستند. با توجه به مطالب نظری، تجارب بالینی و مطالعات و تحقیقات فوق، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر نظام‌های خانواده بوئن و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت روابط ابژه بر صمیمیت زناشویی زنان انجام شد.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش را کلیه‌ی مراجعان زن متأهل دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات مشاوره‌ی روان‌شناختی شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند که از بین داوطلبان شرکت در جلسات گروه درمانی ۳۶ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و با گمارش تصادفی ساده (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) در گروه‌های آزمایش و کنترل (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند. افت آزمودنی‌ها از جمله مسائلی است که این پژوهش را تحت تأثیر قرار داده است. به‌علت طولانی بودن فرآیند درمان و پیش‌آمدن اتفاقات پیش‌بینی‌نشده برای ۶ نفر از شرکت‌کنندگان در جلسات، آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه به ۳۰ نفر (هر گروه ۱۰ نفر) تقلیل یافتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل

بینش نسبت به الگوهای فرافکنی شده در روابط کنونی در محیط امن درمان، اساس تغییر در نظر گرفته می‌شود(۱۷).

اگرچه زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه و زوج درمانی مبتنی بر نظام‌های خانواده‌ی بوئن هر دو هیجان‌مدارند و از جهاتی به هم شبیه هستند، اما ناهمانندی آن‌ها در زمینه‌ی استفاده از فنون درمانی و تمرکز بر تقدم تغییرات بین فردی و درون فردی، پژوهشگر را بر آن داشت تا افزایش صمیمیت زناشویی زنان را با دو روش زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه و زوج درمانی مبتنی بر نظام‌های خانواده‌ی بوئن مقایسه کند. این دو روش را می‌توان در جلسات درمان فردی و گروهی به کار برد، ولی با توجه به مزایای گروه درمانی، این پژوهش به شیوه گروهی اجرا شد. علت سودمندی گروه‌های درمانی فراهم‌سازی محیطی امن و سالم برای دستیابی به رشد و تغییر شخصی و خودیابی برای اعضا است تا مشکلات خود را کشف کنند(۱۸). از نظر یالوم (Yalom) مهم‌ترین عامل گروه درمانی، مولد بودن و بارآور بودن است که در باز آفرینی پویه‌های خانواده‌ی اولیه همیشه اتفاق نمی‌افتد(۱۹).

در زمینه‌ی تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه به صورت گروهی، تحقیقات اندکی مستقیماً با این رویکرد به صورت گروهی مرتبطانند و بیشتر تحقیقات به صورت تک موردی و کارهای بالینی است که به بیان کیفی میزان تأثیر این روش می‌پردازد و بیان کمی آن‌ها به ندرت مشاهده می‌شود. شدلر (Shedler) در مطالعه‌ی فراتحلیلی که انجام داد، نشان داد گستره‌ی اثربخشی درمان‌های تحلیلی، موقعیت‌ها و جمعیت‌های مختلف را دربر می‌گیرد. علاوه بر این، اثرات درمانی چنین درمان‌هایی پایدارتر است و پس از پایان درمان فرآیند بهبودی ادامه یافته‌است(۲۰). در راستای پژوهش انجام شده، مطالعات مختلفی اثربخشی درمان مبتنی بر روابط ابژه را بر کاهش مشکلات روان‌شناختی، افسردگی (depression)، اضطراب (anxiety)، هراس (panic)، اختلالات جسمانی شکل (somatoform disorders)، اختلالات خوردن (eating disorders)، اختلالات وابسته به مواد (substance related disorders) و اختلالات شخصیت (personality disorders) و مشکلات زناشویی تأیید می‌کنند(۲۰). از آن جمله می‌توان به پژوهش‌های اسنایدر، ویلز و گریدی- فلاچر (Snyder, Wills, & Grady-Fletcher)(۲۱)، لیوسنرینگ (Leichsenring)(۲۰)، میلراد (Milrod) و همکاران(۲۰)، تاتمن (Tuttman)(۲۲)، اسچرمر (Schermer)(۲۳)، احمدی و فاتحی(۲۴)، قادری و همکاران(۲۵)، شکیبیا، محمدخانی، پورشهباز و مشتاق‌بیدختی(۲۶)، شاکر دولق، افروز، نریمانی و امامی پور(۲۷) اشاره کرد.

توسط اعتمادی انجام شد. اعتمادی برای تعیین روایی محتوایی، این مقیاس را در اختیار ۱۵ استاد مشاور و ۱۵ زن و شوهر جهت بررسی قرار داد، روایی محتوایی و صوری آن تأیید شد. ضریب پایایی کل مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد که حاکی از پایایی قابل قبول مقیاس بود. محاسبه پایایی با حذف تک تک سؤالات نیز نشان داد که حذف هیچ یک از سؤالات تأثیر محسوسی در ضریب پایایی ندارد (۳۷). در پژوهش حاضر مقدار ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۵ به دست آمده است. نمره گذاری مقیاس مذکور روی یک مقیاس لیکرتی ۷ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) صورت می‌گیرد. نمره‌ی آزمودنی در این مقیاس از طریق جمع نمرات عبارات و تقسیم آن بر ۱۷ حاصل می‌شود. دامنه‌ی نمرات بین ۱ تا ۷ است و نمره‌ی بالاتر نشانه‌ی صمیمیت بیشتر است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS25 و روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره یک راه استفاده شد.

#### یافته‌ها

از ۳۰ نفر افراد گروه نمونه، ۲۶/۷ درصد (۸ نفر) در گروه سنی ۳۵-۲۵ سال، ۵۰ درصد (۱۵ نفر) در گروه سنی ۴۵-۳۶ سال و ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) در گروه سنی ۵۵-۴۶ سال قرار داشتند. از نظر میزان تحصیلات، ۵۰ درصد (۱۵ نفر) دارای دیپلم، ۱۰ درصد (۳ نفر) دارای فوق دیپلم و ۴۰ درصد (۱۲ نفر) دارای لیسانس بودند. از نظر طول زندگی مشترک ۲۶/۷ درصد (۸ نفر) بین ۱۰-۱ سال، ۵۰ درصد (۱۵ نفر) بین ۲۰-۱۱ سال و ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) بین ۳۰-۲۱ سال سابقه‌ی زندگی مشترک داشتند. از نظر تعداد فرزندان ۱۰ درصد (۳ نفر) بدون فرزند، ۲۰ درصد (۶ نفر) دارای یک فرزند و ۵۶/۷ درصد (۱۷ نفر) دارای دو فرزند و ۱۳/۳ درصد (۴ نفر) دارای سه فرزند بودند.

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه گواه بود، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نمرات اختلافی بهره برده شد و با توجه به اینکه پژوهش حاضر شامل سه گروه بوده است، از تحلیل واریانس یک‌راهه برای نمرات اختلافی استفاده شد. (برای تحلیل داده‌ها در طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون در صورتی که اثر متغیر مستقل قوی باشد، می‌توان از تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون  $D=(y_a-y_b)$  استفاده کرد. اما اگر اثر متغیر مستقل چندان قوی نباشد، به سبب ناپایایی تفاوت نمرات استفاده از این روش توصیه نمی‌شود (۳۸). اما قبل از انجام تحلیل واریانس، پیش‌فرض‌های این روش آماری - نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها متغیرهای وابسته - مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیر

متأهل بودن، داشتن حداقل شش ماه سابقه‌ی زندگی مشترک، دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، متقاضی طلاق نبودن، عدم سابقه‌ی بستری شدن در بیمارستان‌های روانپزشکی، تعهد جهت حضور در تمامی جلسات تا پایان درمان و ملاک‌های خروج افراد از مطالعه، مصرف الکل، مواد مخدر و روانگردان، اختلالات شدید شخصیتی و روان‌پزشکی در نظر گرفته شد. قبل از آغاز جلسات درمانی پژوهشگر در یک جلسه‌ی معارفه در باره‌ی هدف و ضرورت تشکیل جلسات و روند اجرای آن برای شرکت کنندگان توضیحاتی ارائه نمود و به سؤالات داوطلبان پاسخ داد. همچنین به اطلاع شرکت کنندگان رسانده شد که یک پژوهش در حال انجام است. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه مطرح گردید و تمامی شرکت کنندگان اعلام نمودند که با رضایت کامل وارد فرآیند پژوهش خواهند شد. پس از تکمیل مقیاس صمیمیت زناشویی واکر و تامپسون (Walker & Tompson) در مرحله‌ی پیش‌آزمون توسط شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه، هر یک از دو گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به شیوه‌ی گروهی و به صورت هر هفته یک جلسه، در معرض مداخلات درمانی (گروه درمانی مبتنی بر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت روابط ایژه در یک گروه آزمایشی و گروه درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده‌ی بوئن برای گروه آزمایشی دیگر) قرار گرفتند، اما در مورد گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد و در لیست انتظار قرار گرفتند. برای جلوگیری از عدم انتقال آموزش‌های کسب‌شده در جلسات گروه‌درمانی به اعضای گروه گواه، محل آن‌ها لزوماً از محل گروه‌های آزمایشی جدا بود. پس از اتمام جلسات درمانی بلافاصله و پس از دو ماه، سه گروه مجدداً به وسیله‌ی مقیاس مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مرحله‌ی پیگیری، پژوهشگر جهت رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش، جلسات درمانی را برای گروه گواه اجرا کرد. محتوای جلسات بر اساس نیاز شرکت کنندگان، پس از برگزاری اولین جلسه و بنا بر تشخیص محقق و با توجه به مبنای نظری تعیین گردید. شرح مختصری از محتوای جلسات در جدول ۱ و ۲ (۱۲، ۳۵) آمده است. ابتدای هر جلسه به مرور تکلیف‌های جلسه قبل و آخر هر جلسه نیز به پاسخ به سؤالات، بازخورد گرفتن از اعضا و ارائه‌ی تکلیف هفتگی مربوط به موضوع مورد بحث در همان جلسه اختصاص یافت.

ابزار تحقیق و جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، مقیاس صمیمیت زناشویی واکر و تامپسون بود. این پرسشنامه‌ی ۱۷ سؤالی برای سنجش میزان صمیمیت زوجها توسط واکر و تامپسون در سال ۱۹۸۳ ساخته شد که دارای ۱۷ سؤال است و توسط ثنایی ترجمه شده است. این مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی خوبی برخوردار است (۳۶). اعتباریابی این مقیاس

واریانس‌ها حساس نمی‌باشد (۴۱)، که نتایج آن در ادامه ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵ آزمون تعقیبی شفه نشان داد، تفاوت معناداری در سطح ۹۵ درصد اطمینان بین گروه آزمایش اول (گروه درمانی مبتنی بر نظام‌های خانواده‌ی بوئن) و گروه گواه در متغیر صمیمیت زناشویی ( $p=0/001$ ) وجود دارد. علاوه به راین، با توجه به نتایج جدول ۵، میانگین پس‌آزمون صمیمیت زناشویی زنانی که در گروه درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده بوئن شرکت کرده‌اند نسبت به پیش‌آزمون ۲/۵۷۰ واحد افزایش نشان می‌دهد، در حالیکه میانگین پس‌آزمون گروه گواه در صمیمیت زناشویی ۰/۱۰۰- واحد کاهش نشان می‌دهد. با توجه به این مطلب، می‌توان گفت، گروه درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده بوئن بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان مؤثر است. همچنین با توجه به نتایج جدول ۵ تفاوت معناداری در سطح ۹۵ درصد اطمینان بین گروه آزمایش دوم (گروه درمانی مبتنی بر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه) و گروه گواه در متغیر صمیمیت زناشویی ( $p=0/003$ ) وجود دارد. علاوه به راین، با توجه به نتایج جدول ۵، میانگین پس‌آزمون صمیمیت زناشویی زنانی که در گروه درمانی مبتنی بر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه شرکت کرده‌اند نسبت به پیش‌آزمون به ترتیب ۲/۱۸۲ واحد افزایش نشان می‌دهد، در حالیکه میانگین پس‌آزمون گروه گواه در صمیمیت زناشویی ۰/۱۰۰- واحد کاهش نشان می‌دهد. با توجه به این مطلب، می‌توان گفت، گروه درمانی مبتنی بر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان مؤثر است. ولی با توجه به نتایج جدول ۵ تفاوت معناداری در سطح ۹۵ درصد اطمینان بین دو گروه آزمایش (گروه‌درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده‌ی بوئن و گروه‌درمانی مبتنی بر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه) در متغیر صمیمیت زناشویی ( $p=0/015$ ) وجود ندارد. علاوه به راین، با مقایسه‌ی ساده‌ی میانگین‌های افتراقی این دو گروه (جدول ۵) درمی‌یابیم، میانگین پس‌آزمون صمیمیت زناشویی زنانی که گروه‌درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده‌ی بوئن شرکت کرده‌اند نسبت به پیش‌آزمون ۲/۵۷۰ واحد، در حالیکه میانگین پس‌آزمون گروه درمانی مبتنی بر روابط ابژه نسبت به پیش‌آزمون ۲/۱۸۲ واحد افزایش نشان می‌دهد. بدین ترتیب نتیجه می‌گیریم گروه‌درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده‌ی بوئن در افزایش صمیمیت زناشویی اثر مثبت‌تری داشته ولی این تفاوت معنادار نبوده است. با توجه به این مطلب می‌توان گفت، بین دو گروه آزمایشی در افزایش صمیمیت زناشویی زنان تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین، باتوجه به نتایج تحلیل واریانس که در جدول ۶ آمده است عدم معناداری مقدار  $F(2, 119) = 0.47$  و  $\eta^2 = 0.052$  و

صمیمیت زناشویی با استفاده از آزمون کولمروف - اسمیرنوف (Kolmogorov Smirnov test) بررسی شد و آماره‌ی  $Z$  برای متغیر صمیمیت زناشویی در مرحله‌ی پس‌آزمون ( $p=0/200$ )،  $Z=0/129$  و پیگیری ( $p=0/200$ )،  $Z=0/119$  به دست آمد که در سطح ( $0/05$ ) معنادار نبود، یعنی توزیع متغیر صمیمیت زناشویی در نمونه در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نرمال بود. برای بررسی همگنی واریانس گروه‌ها در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون لوین (Leven's test) استفاده شد. (مرحله‌ی پس‌آزمون،  $F(2, 118) = 4.018$ ،  $p=0/030 < 0/05$ ، و مرحله‌ی پیگیری،  $F(2, 118) = 1.132$ ،  $p=0/051 > 0/05$ )، باتوجه به نتایج آزمون لوین، نسبت  $F$  در مقیاس صمیمیت زناشویی در مرحله‌ی پس‌آزمون در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار است و این یافته گویای آن است که فرضیه همگنی واریانس‌ها در این مقیاس در گروه‌ها برقرار نمی‌باشد. سرمد (۳۹) و هومن (۴۰) خاطر نشان می‌کنند که چنانچه حجم گروه‌های مورد مطالعه برابر و یا تقریباً برابر باشد، با اطمینان می‌توان از تحلیل واریانس استفاده کرد حتی اگر واریانس آن‌ها برابر نباشد و تحلیل واریانس نسبت به عدم همگنی واریانس‌ها مقاوم است. پس از بررسی پیش‌فرض‌های مذکور، انجام تحلیل واریانس بلا مانع است.

ابتدا با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه به مقایسه‌ی میانگین‌های گروه‌های شرکت‌کننده در پژوهش در متغیر صمیمیت زناشویی در مرحله‌ی پیش‌آزمون پرداخته شد تا وجود و یا عدم وجود تفاوت بین گروه‌ها قبل از اجرای مداخله‌ی آزمایشی بررسی شود.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با توجه به  $F$  محاسبه شده برای صمیمیت زناشویی ( $F(2, 118) = 2.071$ ،  $P=0/146$ ) تفاوت‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نیستند. این نتیجه مبین این است که در مرحله‌ی پیش‌آزمون بین نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر مورد نظر (صمیمیت زناشویی) تفاوتی وجود ندارد و تفاوت مشاهده شده ناشی از خطای نمونه‌گیری و اندازه‌گیری است.

نتایج جدول ۴ گویای آن است که مقدار  $F$  محاسبه شده برای صمیمیت زناشویی [ $F(2, 118) = 11.389$  و  $p=0/000$ ] در سطح ۹۵ درصد معنادار است. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمره‌های این سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد و گروه درمانی به طور معناداری موجب افزایش صمیمیت زناشویی در مرحله‌ی پس‌آزمون شده است. اما برای این که به طور مشخص تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه‌ی دو به دوی میانگین‌ها انجام شود از آزمون تعقیبی شفه (Scheffe post hoc test) استفاده شد، چون نسبت به انحراف از مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی

۰۱۶۶۶ = (۲۷ و ۲) F [ نشان‌دهنده‌ی پایداری اثر هر دو مداخله‌ی

درمانی در مرحله‌ی پیگیری است.

**جدول (۱): پروتکل جلسات گروه‌درمانی بر اساس نظریه‌ی سیستم‌های خانواده‌ی بوئن: تایتلمن (۱۲)**

ردیف	محتوا و اهداف جلسه
جلسات اول و دوم	برقراری ارتباط اعضا با رهبر گروه و ایجاد ارتباط درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قواعد کلی گروه توسط درمانگر، تعیین اهداف، بررسی انگیزه‌ی اعضا برای شرکت در گروه.
جلسات سوم و چهارم	مرحله اول: آموزش چگونگی عملکرد سیستم هیجانی خانواده آشنایی اعضا با اضطراب مزمن و اثرات جسمانی، رفتاری و اجتماعی آن، تشویق اعضا به شناسایی علائم اضطراب در خود و خانواده، مانند مشاجرات زناشویی، فاصله عاطفی از همسر، روابط مثلی، واکنش‌های هیجانی منفی، مشکلات رفتاری فرزندان، مشکلات جسمانی و روان شناختی اعضای خانواده
جلسات پنجم و ششم	مرحله دوم: تعریف و روشن سازی روابط زوجها بررسی ارزش‌ها و الگوهای حل تعارض در خانواده گسترده اعضا و تأثیر آن بر روی عملکرد کنونی فرد در خانواده هسته‌ای، شناسایی جزئیات مشاجرات ( شناخت عوامل ایجاد کننده و تداوم دهنده درگیری‌ها)، بررسی تفاوت واکنش‌های هیجانی با واکنش‌های عقلانی و توجه به پیامدهای هر یک از آن‌ها، بحث در مورد استفاده از گزینه‌های رفتاری انتخابی جدید به جای هدایت شدن توسط هیجانات منفی خود، یادگیری مدیریت هیجان‌ها در زمان مشاجره و اضطراب، مثل گوش دادن فعال، فکر کردن به پیامدهای رفتار، تأکید بر فرآیند ارتباط برقرار کردن با همسر بدون واکنش هیجانی
جلسات هفتم و هشتم	آشنایی با فرآیند مثلث سازی و فاصله گیری عاطفی از همسر و خانواده مبدأ - اعضا از چرابی و چگونگی شکل گیری روابط مثلثی آگاه می‌شوند و پی می‌برند، چطور اضطراب و هیجانات منفی باعث فرار کردن از یک رابطه و چسبیدن به رابطه‌ای دیگر می‌شود. روابط مثلثی چطور باعث فاصله‌ی عاطفی آن‌ها از همسرشان می‌شود.
جلسات نهم و دهم	مرحله سوم: مثلث زدایی و کم کردن فاصله عاطفی از همسر مثلث زدایی و کم کردن فاصله عاطفی - آگاهی از مثلث سازی های آسیب زا که با هدف دلسوزی، جلب طرفدار و ائتلاف با فردی دیگر در برابر همسر به وجود می‌آیند و مثلث سازی مؤثر با درمانگر برای حل مشکلات، مثلث زدایی با خانواده‌های مبدأ و همسر از طریق دوباره ارتباط برقرار کردن با آن‌ها بدون درگیر شدن در واکنش‌های هیجانی و برقراری رابطه شخص به شخص به جای رابطه با شخص سوم.
جلسات یازدهم و دوازدهم	کار کردن بر روی مسئولیت‌پذیری به جای مقصریابی و تمرکز بر خود - آشنایی اعضا با ویژگی‌های رابطه‌ی بالغانه و نقش مسئولیت‌پذیری در رابطه و علیت حلقوی برای درک بهتر نقش خود در چگونگی شکل گیری و تداوم تعارض، تمرکز بر نقش خود در حل مشکل به جای تلاش در جهت تغییر دیگران. آگاهی از اثرات مخرب مسئولیت‌پذیری افراطی در مورد همسر و دیگران بر عملکرد خانواده.
جلسات سیزدهم و چهاردهم	مرحله چهارم: تعریف و تقویت موضع "من" یادگیری نحوه‌ی درست بیان احساسات، باورها و نیازهای خود، کم کردن سرزنش و انتقاد، از جانب خود حرف زدن و بیان موضع شخصی به جای کلی گویی و بیان قوانین درست و نادرست، مطرح کردن شکایت‌ها به صورت درخواستی از جانب خود
جلسات پانزدهم و شانزدهم	مرور مطالب کار شده در طول فرآیند درمان و دریافت بازخورد در مورد جلسات از اعضای گروه، ارزشیابی از نتایج جلسات، تکمیل پرسشنامه توسط اعضا، درخواست از اعضا برای گزارش نویسی به مدت دو ماه برای تثبیت تغییرات و تقویت مسئولیت‌پذیری

**جدول (۲): پروتکل جلسات گروه‌درمانی براساس زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه: دنوان (۳۵)**

ردیف	محتوا و اهداف جلسه
جلسات اول و دوم	جلسات اولیه درمان به برقراری ارتباط اعضا با رهبر گروه و ایجاد ارتباط درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قواعد کلی گروه، تعیین اهداف، آشنایی کلی اعضا با نظریه روابط ابژه اختصاص داده می‌شود.
مرحله اول: مطالعه درگیری	
جلسات سوم، چهارم و پنجم	معمولاً دو یا سه جلسه به بررسی تخصصی و جزئیات مشاجرات بین زوج‌ها می‌گذرد. چه فضاها، نشانه‌ها و یا علائمی نشان دهنده‌ی به راه افتادن مشکل هستند؟ هر یک، چه اقداماتی انجام می‌دهند و یا چه حرف‌هایی می‌زنند که آتش مشاجره شعله ور می‌شود و ادامه پیدا می‌کند؟
مرحله دوم: جستجوی مثلث تمرکز	
جلسات ششم و هفتم	در این قسمت هر یک از زوجین یک سری اطلاعات مربوط به خودشان را مورد توجه قرار داده و در یک مثلث قرار می‌دهد: ۱- اطلاعات مربوط به محتوای مشاجره ۲- اطلاعات مربوط به ویژگی‌های شخصیتی خود ۳- اطلاعات مربوط به خانواده‌ی اصلی خود در این مرحله درمانگر به هر یک از اعضا کمک می‌کند که یافته‌های این مثلث را کشف و دسته بندی کنند. در این مرحله هر یک از اعضا از تکرار یک سری مسائل در گذشته و حال در زندگی خود آگاه می‌شوند.
مرحله سوم: شناسایی و کشف مثلث تعارض (اضطراب، احساسات پنهان، مکانیسم‌های دفاعی)	
جلسات هشتم و نهم	در این قسمت درمانگر به هریک از اعضا کمک می‌کند که به دنیای ذهن و احساسات خود توجه کنند و افکار و احساسات پراکنده‌ی خود را یافته، نامگذاری و به هم وصل کنند. با پیدا شدن ارتباط بین احساسات، افکار و اقداماتی که بر اساس آن‌ها انجام می‌دهند، هر یک از اعضا متوجه می‌شوند که در هر موقعیت، هر حرکت همسر چه اضطرابی را برای او زنده می‌کند. بر اساس این اضطراب چه افکاری پیدا می‌کند و بعد چه اقداماتی در رابطه با همسر انجام می‌دهد.
مرحله چهارم: تغییر و اصلاح مثلث تعارض	
جلسات دهم، یازدهم و دوازدهم	این مرحله مستلزم یادگیری مهارت‌های جدید، خودشناسی هریک از اعضا و حل و فصل اضطراب‌های مربوط به زندگی گذشته یا حال می‌باشد که در فضایی نسبتاً امن برای هر یک از اعضا در حضور درمانگر میسر می‌شود. اصلاح مثلث تعارض از طریق کاهش شیوه‌های دفاعی مخرب و ناپخته زوج‌ها و استفاده از روش‌های دفاعی پیشرفته و پخته‌تر و کشف راه‌های جدید رفتار عملی می‌شود.
مرحله پنجم: حل و فصل درگیری یا بحران (بینش یابی بحران) و ایجاد ابزارهایی برای حل آن (بررسی محتوای مشاجره‌های مختلف در گذشته و کاربرد راه حل‌های مؤثر در موقعیت‌های جدید)	
جلسات سیزدهم و چهاردهم	در این مرحله اعضا محتوای مشاجره‌های قبلی را بر اساس آنچه یاد گرفته‌اند، بازسازی می‌کنند. در اکثر موارد علت شروع و تداوم مشاجره این است که مثلث تعارض هر یک از زوج‌ها حل نشده باقی مانده است و هر یک دیگری را مجبور به ایفای نقشی در تعارض می‌کند. اعضا با آگاهی‌هایی که به دست می‌آورند، قادر می‌شوند به جای وادار کردن همسر خود به ایفای نقش، از اضطراب‌ها و مشکلات خود صحبت کنند و به جای جنگیدن از راه حل‌های جدید استفاده کنند.
جلسات پانزدهم و شانزدهم	در این جلسه به مرور مطالب کار شده در طول فرآیند درمان و دریافت بازخورد از اعضای گروه در مورد جلسات اختصاص داده‌شد. در جلسه‌ی پایانی به ارزشیابی از نتایج جلسات، تکمیل پرسشنامه توسط اعضا، درخواست از اعضا برای گزارش نویسی به مدت دو ماه برای تثبیت تغییرات پرداخته‌شد.

**جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس یک راه جهت مقایسه میانگین‌های گروه‌ها قبل از اجرای مداخله‌ی آزمایشی**

متغیر	منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح معناداری
صمیمیت زناشویی	بین گروهی	۵/۰۹۷	۲	۲/۵۴۸	۲/۰۷۱	۰/۱۴۶
	درون گروهی	۳۳/۲۲۰	۲۷	۱/۲۳۰	--	--

**جدول (۴): تحلیل واریانس یک راهه برای نمره‌های افتراقی پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیر صمیمیت زناشویی**

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
صمیمیت زناشویی	بین گروهی	۴۱/۶۴۴	۲	۲۰/۸۲۲	۱/۳۸۹	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۴۹/۳۶۴	۲۷	۱/۸۲۸	---	--

**جدول (۵): نتایج آزمون شفه جهت مقایسه‌ی میانگین‌های افتراقی پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمرات صمیمیت زناشویی گروه‌های آزمایشی و گروه گواه**

گروه‌ها	گواه	روابط ابژه	بوئنی
تفاوت میانگین‌ها	-۰/۱۰۰	۲/۱۸۲	۲/۵۷۰
گواه	-	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱
روابط ابژه	۰/۰۰۳	-	۰/۸۱۵
بوئنی	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵	-

**جدول شماره (۱): مقایسه میانگین تفاضل نمرات متغیر صمیمیت زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری**

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۴۸/۶۰۰	۲	۲۴/۳۰۰	۰/۶۶۶	۰/۵۲۲	۰/۰۴۷
خطا	۹۸۴/۶۰۰	۲۷	۳۶/۴۶۷	-	-	-

## بحث و نتیجه‌گیری

توجه به تعریف اشنارو (Schnaroh)، صمیمیت فرآیندی دو مولفه‌ای است، که بررسی خود و بیان و ابراز خود به همسر را شامل می‌شود (۹). بنابراین، فرد برای ایجاد و حفظ رابطه‌ی بین فردی پایدار و صمیمی باید توانایی شناخت خود در حال ارتباط با دیگری را داشته باشد و از احساسات، انتظارات، نیازها، ترس‌ها و آرزوهای خود آگاه باشد تا بتواند در رابطه‌ای بالغانه بدون همجوشی با دیگران در ضمن حفظ فردیت، خود را ابراز کند و در یک رابطه‌ی متقابل با همسر به تبادل حمایت و مراقبت بپردازد. رسیدن به این شرایط، به تعریف صمیمیت متمرکز بر خود مالون و مالون (Malone & Malone) شبیه است که به جای تمرکز صرف بر تعاملات بین فردی، فرد باید به سطحی از رشد فردی برسد تا بتواند چنین صمیمیتی را در رابطه با همسر تجربه کند (۱۱).

با توجه به فضای امن و آرام گروه و ویژگی‌های حاکم بر آن - از جمله همبستگی بین اعضا، فضای عاری از قضاوت و سرزنش، فراهم سازی شرایط تبادل اطلاعات و تخلیه‌ی هیجانات، دریافت همدلی از سوی دیگران، احساس تعلق - شرایطی برای اعضا ایجاد

هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر زوج‌درمانی کوتاه مدت روابط ابژه و گروه‌درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده‌ی بوئن و مقایسه‌ی اثربخشی این دو شیوه‌ی درمانی بر صمیمیت زناشویی زنان متأهل بود. نتایج این پژوهش نشان داد، گروه درمانی مبتنی بر نظام‌های خانواده‌ی بوئن بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان مؤثر است و بین زنان گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ صمیمیت زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج حاکی از آن است که تأثیر مداخلات درمانی با گذشت دو ماه از پایان جلسات درمانی و در مرحله‌ی پیگیری نیز از پایداری و ثبات لازم برخوردار بوده‌است. این یافته با نتایج پژوهش‌های یکتاطلب و همکاران (۲۸)، سهرابی و همکاران (۳۰)، غفاری و همکاران (۳۲)، قاسمی و عارفی (۲۹)، یوسفی (۳۱)، هافنر (۳۳)، بارتلی (۳۴) و گریفین و آپستال (۱۳) که از اثربخشی درمان‌های بوئنی بر کاهش مشکلات ارتباطی و درون فردی حمایت می‌کنند، همسو است. در تبیین این اثربخشی می‌توان گفت، با



پذیر نیست. در گروه درمانی، با توجه به فضای مراقبت و پذیرش که بر گروه‌های تحلیلی حاکم است، به افراد کمک می‌شود تا بفهمند آنچه آن‌ها را مضطرب می‌سازد، "خود" تهدیدشده‌ی آن‌ها است. افراد از طریق حمایت و تفسیری که در گروه دریافت می‌کنند، نسبت به الگوهای فراقکنی شده به روابط کنونی خود بینش پیدا می‌کنند و می‌آموزند با همسر خود بر اساس فردی با واقعیت کنونی، نه اشباحی از ابژه‌های گذشته تعامل کنند و با ایجاد فضایی اشتراکی که احساسات در آن، به راحتی تجربه و مدیریت می‌شود، بتوانند با شناخت هیجانی متقابل، نه بر اساس فرضیات و پیش‌پنداشته‌ها با یکدیگر ارتباط برقرار کنند.

از یافته‌های دیگر این پژوهش که در زمینه‌ی مقایسه‌ی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر نظریه‌ی نظام‌های خانواده‌ی بوئن و گروه درمانی مبتنی بر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه بر صمیمیت زناشویی زنان بود، نتایج گویای آن بود، اگرچه گروه بوئن بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان اندکی مؤثرتر بود ولی این تفاوت چشمگیر و قابل توجه نبود. همچنین داده‌های به دست آمده در مرحله‌ی پیگیری بیان‌کننده‌ی پایداری نتایج درمان پس از دو ماه در هر دو روش درمانی بود. در تبیین تأثیر مثبت این دو روش درمانی بر صمیمیت زناشویی زنان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. با توجه به اینکه صمیمیت یک حس درونی و ذهنی از تعلق داشتن و ارتباط است که ماهیتی هیجانی و عاطفی دارد و از فرآیند بین فردی و متقابل ناشی می‌شود. احساسات درونی و بین فردی در رشد و گسترش صمیمیت از اهمیت فوق‌العاده‌ی برخوردار است، شاید بتوان گفت درمان‌های متمرکز بر هیجان از جمله درمان مبتنی بر نظام‌های خانواده‌ی بوئن و روابط ابژه، رویکردهای مناسبی برای کارکردن بر روی صمیمیت زناشویی هستند. رویکرد بین نسلی بوئن بر نظام هیجانی خانواده و پیشینه‌ی آن تأکید دارد که ریشه‌هایش به سازوکارهای خانوادگی خانواده‌های هر یک از زوج‌ها برمی‌گردد (۴۳) و رویکرد تحلیلی روابط ابژه هم بر تصورات ذهنی و بازنمایی‌های روانی مربوط به روابط مهم گذشته تمرکز دارد و به تأثیر این تجارب بر کارکرد ابعاد مختلف زندگی هیجانی و عاطفی فرد در بزرگسالی اهمیت خاصی قائل است.

دیگر اینکه، در این دو روش درمانی، درمانگران بر دستیابی زوج‌ها به هویت شخصی تأکید می‌ورزند تا آن‌ها بتوانند خواسته‌ها و اهداف شخصی را در حین داشتن زندگی مشترک بشناسند و آن‌ها را دنبال کنند. خصیصه‌های فردی، محدودیت‌ها و نقاط قوت خود و همسران‌شان را بشناسند و با پذیرش این تفاوت‌ها، توانایی تحمل شنیدن نظرات مخالف و دریافت عدم تأیید در تصمیم‌گیری‌ها را درخود بالا ببرند، چون یکی از مهمترین قراردادهای بین افراد در یک رابطه‌ی صمیمی اجازه مخالفت کردن با یکدیگر

می‌شود تا بر هر دو جنبه‌ی صمیمیت (خودشناسی و آموزش روش‌های سازنده‌ی ابراز خود همچون گفتگو، بیان احساسات، همدلی) متمرکز شوند و بتوانند به جای پذیرش نقش انفعالی و تأیید طلبانه از سوی همسر و افراد مهم زندگی، بر روی اعتباربخشی به خود و نیازهای درونی خویش کار کنند و بیاموزند در ضمن حفظ فردیت با دیگری رابطه‌ی عاطفی برقرار کنند. و از این طریق به یک "خود" قوی و مستحکم دست یابند تا بتوانند در حین حفظ پیوند با همسر به خود بیانی بپردازند و عزت نفس خود را وابسته به دریافت تأیید از سوی دیگران ندانند.

از یافته‌های دیگر این پژوهش می‌توان به تأثیر مثبت گروه درمانی مبتنی بر زوج درمانی کوتاه مدت روابط ابژه بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان اشاره کرد. این برآیند با نتایج پژوهش‌های احمدی و فاتحی (۲۴)، قادری و همکاران (۲۵)، شکیبا و همکاران (۲۶)، شاکر دولق و همکاران (۲۷)، اسنایدر و همکاران (۲۱)، لیوسنرینگ (۲۰)، میلراد و همکاران (۲۰)، تاتمن (۲۲)، اسپرمر (۲۳) که از سودمندی درمان‌های مبتنی بر روابط ابژه بر کاهش مشکلات روان شناختی و بین فردی حمایت می‌کنند، همخوان است. در تبیین این اثربخشی می‌توان گفت، با توجه به مدل صمیمیت ریس و پاتریک و ریس و شیور که صمیمیت را محصول فرآیندهای بین فردی و تبادل می‌دانند که خودبیانی و پاسخ‌دهی بودن زوج‌ها از عناصر کلیدی آن محسوب می‌شود (۳)، زوج‌ها برای ایجاد رابطه‌ی صمیمی نیازمند کسب توانایی در دستیابی به احساسات و هیجانات خود در زمان ارتباط با دیگری و ایجاد تمایز بین رابطه‌ی فعلی و تجربه‌های ناکام گذشته هستند. همچنین یادگیری مهارت‌های مراقبت و نگهداری از یکدیگر (containing) در موقعیت‌های هیجانی و تعارض برانگیز، زوج‌ها را قادر می‌سازد تا به طور مؤثر با نیازهای متقابل و چالش‌های زندگی مواجه شوند و یکدیگر را افرادی با نقاط ضعف و قوت (whole object)، نه افرادی کامل و بی نقص (part object) ببینند. ولی در روابط زناشویی، اگر همسران به جای اینکه نقش یک مراقبت‌کننده‌ی زوجی را برای یکدیگر ایفا کنند، هر کدام درون فکنده‌های مربوط به ابژه‌های بد خود را بر روی دیگری فراقکنی کند و همسر خود را وادار به پذیرش این نقش از طریق فرآیند همانندسازی متقابل کند، به جای ایجاد رابطه‌ی صمیمی بین زوج‌ها، ارتباطی حاصل از پیش فرض‌های درونی، بین آن‌ها شکل می‌گیرد. میدل برگر (Middleberg) تعارض زناشویی را حرکتی در خدمت جلوگیری از بروز اضطراب صمیمیت و ترس از دست‌دادن، می‌داند (۴۲). بنابراین، درک پویایی‌های روابط زوج‌ها بدون توجه به روش‌هایی که آن‌ها جهت مشاهده، تفسیر و انتساب معانی به روابط‌شان در تجربه‌های اولیه و همچنین در روابط کنونی به کار می‌گیرند، امکان

تفسیرهای به جا و مناسب باید به سطحی از رشد هیجانی برسند که در یابند این دفاع‌ها ضرورتی ندارد و آن‌ها می‌توانند تجارب هیجانی خود را بدون احساس شرم، گناه، سرزنش، خشم و بدون تلاش برای تغییر دیگری، با یکدیگر در میان بگذارند. توانایی برقراری ارتباط صمیمی با دیگری، با میزان خودفهمی ایجاد شده در زوجها رابطه‌ای مستقیم دارد. شاید علت تفاوت اندک این دو روش درمانی، ناشی از این باشد که درمان‌های متمرکز بر تغییرات درون فردی در فرآیندهای زمانی بلند مدت مؤثرتر است که این مسئله مستلزم انجام تحقیقات بیشتر توسط پژوهشگران در آینده است.

هر پژوهش در روند اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است. محدودیت‌های عمده‌ی این پژوهش این بود که نمونه‌ی پژوهش حاضر را زنان متأهل در محدوده‌ی سنی ۲۵-۵۵ سال ساکن تهران تشکیل می‌دادند، با این وجود، تعمیم نتایج این پژوهش به مردها و زنان در سایر رده‌های سنی و با پیشینه‌ی فرهنگی متفاوت با احتیاط صورت گیرد. افت آزمودنی‌ها، امکان وقوع رخداد‌های همزمان با اعمال متغیر مستقل بر گروه‌های آزمایش، خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده، شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، کم بودن حجم نمونه و کوتاه بودن مدت پیگیری از محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر است که لازم است تعمیم یافته‌های پژوهش با احتیاط صورت پذیرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی مشابه پژوهش حاضر بر روی مردان و زوجها در شهرهای دیگر با پیگیری بلند مدت انجام شود و نتایج آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. زوج‌درمانگران و درمانگران خانواده از این دو رویکرد درمانی جهت مشکلات درون‌فردی و بین‌فردی و افزایش صمیمیت زناشویی در درمان‌های گروهی و فردی زوجها استفاده کنند.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مستخرج از رساله‌ی دکتری نویسنده‌ی اول در دانشگاه خوارزمی تهران است که در شورای پژوهشی دانشکده به تصویب رسیده است. پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از مسئولین کلینیک خشم و کلینیک ایرانمهر و مراجعان زن شرکت کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

است (۴۴). با ایجاد چنین رشد شخصی، زوجها کمتر به طور هیجانی به یکدیگر واکنش نشان می‌دهند و یا دچار برش هیجانی و همجوشی با دیگران می‌شوند و بهتر می‌توانند "موضع من" را در روابط به کار گیرند. وجود یک هویت شخصی، اجازه‌ی داشتن مرزهای انعطاف پذیر برای تجربه‌ی صمیمیت هیجانی با همسر بدون ترس از دست دادن فردیت و استقلال را به فرد می‌دهد.

دیگر اینکه، اغلب زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز سلامت روانی جهت حل مشکلات زناشویی، دیگران را مقصر اصلی ایجاد و تداوم آشفتگی‌ها و نابسامانی‌های زندگی خویش می‌دانند و نقش خود را در این زمینه نادیده می‌گیرند و به آن توجهی ندارند. درمانگران در این دو رویکرد بر تمرکز فرد بر خودش در ایجاد و حفظ مشکلات تأکید دارند تا فرد توانایی دیدن نقش خود و احساسات ناشی از بازنمایی‌های ابژه‌های اولیه و الگوهای بین‌فردی انتقال یافته از نسل‌های قبل در زمینه‌ی ازدواج، صمیمیت و حل تعارض را به دست آورد و دریابد بسیاری از تعارضات بین فردی می‌تواند نتیجه‌ی بیرونی‌سازی تعارضات درون روانی افراد (۴۲) و یا انتقال الگوها، نقش‌ها و موضوعات یک مثلث از نسلی به نسل دیگر از طریق فرافکنی از والد به فرزندی با سطح تمایز پایین باشد (۴۵). بنابراین، فرد فرصت پذیرش این واقعیت را دارد که خود، نویسنده جریان زندگی خویش باشد و مسئولیت تغییر را شخصاً به عهده گیرد و در صدد رفع موانع آن باشد.

این دو روش درمانی با داشتن وجوه اشتراک، دارای وجوه تمایزی هم هستند که مهم‌ترین آن‌ها تفاوت در تمرکز بر تغییرات بین فردی و تغییرات درون فردی است. بوئن و درمانگران بوئنی، به راین باورند تغییرات بین فردی باید مقدم بر تغییرات فردی باشد و تغییر فرد از تغییر روابطش با دیگران حاصل می‌شود (۱۳). این درمانگران بر فرآیند مثلث‌زدایی و برقراری رابطه‌ی شخص به شخص، بازگشت به خانواده‌ی اصلی و حل مشکلات بین‌فردی باقی‌مانده از گذشته تأکید دارند ولی از دیدگاه نظریه پردازان روابط ابژه از جمله اسکارف‌ها، تغییرات شخص باعث تغییراتی در خانواده می‌شود (۴۵). این درمانگران بر درون‌فکنی‌های آسیب‌زای زوجها تمرکز دارند، که حاصل روابط هر همسر در گذشته با افراد مهم زندگی اوست. وظیفه‌ی درمانگران، تجدید سفر رشدی هر یک از اعضا با کشف تعارضات درونی آن‌هاست که با دفاع‌ها پوشانده شده است. افراد در جریان درمان از طریق رابطه‌ی درمانی و تعبیر و

### References:

1. Lawler-Row KA, Younger JW, Piferi RL, Jones WH. The Role of Adult Attachment Style in Forgiveness

Following an Interpersonal Offense. J Couns Dev 2006;84(4):493-502.

2. Ramachandran VS. Encyclopedia of human behavior. Oxford: Elsevier/Academic Press; 2012.
3. Scharff DE. Psychoanalytic Couple Therapy : Foundations of Theory and Practice. Karnac Books; 2014; Available from: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1589061>.
4. Laurenceau J-P, Rivera LM, Schaffer AR, Pietromonaco PR. Intimacy as an Interpersonal Process: Current Status and Future Directions. Handbook of closeness and intimacy. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004. p. 61-78.
5. Birtchnell J. The imperfect attainment of intimacy: A key concept in marital therapy. J Fam Ther 1986;8(2):153-72.
6. Greeff AP, Malherbe HL. Intimacy and marital satisfaction in spouses. J Sex Fam Ther 2001;27(3):247-57.
7. Kardan-Souraki M, Hamzehgardeshi Z, Asadpour I, Mohammadpour RA, Khani S. A Review of Marital Intimacy-Enhancing Interventions among Married Individuals. Glob J Health Sci 2016;8(8):53109.
8. Weinberger MI, Hofstein Y, Whitbourne SK. Intimacy in Young Adulthood as a Predictor of Divorce in Midlife. Pers Relatsh 2008;15(4):551-7.
9. Clinical handbook of couple therapy, 5th ed. In: Gurman AS, Lebow JL, Snyder DK, editors. Clinical handbook of couple therapy, 5th ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2015. p. 169,226.
10. Skowron EA, Friedlander ML. The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. J Couns Psychol 1998;45(3):235-46.
11. Patrick S, Sells JN, Giordano FG, Tollerud TR. Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. Fam J 2007;15(4):359-67.
12. Titelman P. Clinical applications of Bowen family systems theory. New York: Haworth Press; 1998.
13. Charles R. Is there any empirical support for Bowen's concepts of differentiation of self, triangulation, and fusion? Am J Fam Ther 2001;29(4):279-92.
14. Nathans S, Schaefer M. Couples on the couch : psychoanalytic couple psychotherapy and the Tavistock model 2018.
15. Glick ID, Rait DS, Heru AM, Ascher MS. Couples and family therapy in clinical practice. 2016; Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1082444>.
16. Zaharakar K, Jafari F. Family Counselling(Concept, History, Process & Theories)(5th Ed). Tehran: Arassbaran; 2015. P.140,57.
17. Mobassem S, Delavar A, Karami A, Sanai B, Shafiabadi A. Evaluating the Effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in Decreasing Marital Conflict in Women. J Clin Psychol 2013;3(9):77-97.
18. George R, Cristiani T. Counselling; Theory and Practice (8th Ed.). Tehran: Roshd; 2015. P.7,36.
19. Jacobs EE, Schimmel CJ, Masson RL, Harvill RL. Group counseling : strategies and skills 2018.
20. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol 2010;65(2):98-109.
21. Morrison TL. Object Relations Theory and Marital Interaction. J Couples Ther 1998;7(2-3):33-56.
22. Tuttmann S. Applications of object relations theory and self-psychology in current group therapy. Group 1984;8(4):41-8.
23. Schermer VL. Contributions of Object Relations Theory and Self Psychology to Relational

- Psychology and Group Psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2000;50(2):199-217.
24. Ahmadi Z, Ahmadi A, Fatehi M. Study of effectiveness of short-term object relations couple therapy on the couple's relational patterns. *J Fam Res* 2006;2(6):105,17.
25. Ghaderi H, M T, J Y, A A. Efficacy of short-term object relations couple therapy on the couple's adjustment and improvement of their relational patterns 'function. (Dissertation). Tehran: University of social welfare and Rehabilitation Sciences; 2007.
26. Shakiba S, Mohammad-Khani P, Pour-Shahbaz A, Moshtagh-Bidokhti N. The efficacy of object relations Psychotherapy on reduction of depression severity and interpersonal problems of women suffer from Major depressive disorder comorbid with cluster C personality disorders. *J Clin Psychol* 2011;2(4):29-40.
27. Shaker devlag A, Afroz G, Narimani M, Emami-poor S. Effectiveness of short-term object relations couple therapy of family functioning in clients filing for divorce. *Noormags* 2015;8(2).
28. Yektatalab S, Seddigh Oskouee F, Sodani M. Efficacy of Bowen Theory on Marital Conflict in the Family Nursing Practice: A Randomized Controlled Trial. *Issues Ment Health Nurs* 2017;38(3):253-60.
29. Ghasemi S, Arefi M. Efficacy of family therapy based on Bowen emotional system on the marital conflicts of women referring to Kermanshah counselling centers. 7<sup>th</sup> Conference on Research in Psychology & Behaviour Sciences 2017.
30. Sohrabi R, Asadi M, Habibollahzade H, PanaAli A. Relationship Between Self-differentiation in Bowen's family Therapy and Psychological Health. *Procedia - Soc Behav Sci* 2013;84:1773-5.
31. Yousefi N. Comparison of the Effectiveness of Family Therapy Based on Schema Therapy and Bowen's Emotional System Therapy on Divorce Tendency Among Applicant Clients. *J Clin Psychol* 2011;3(11):53,64.
32. Ghaffari F, Rafiey H, MB. The Effectiveness of "Bowen's Family System Therapy" on Differentiation and the Functions of Families with Addicted Child. *J Res Addict* 2010;3(12).
33. Haefner J. An application of Bowen family systems theory. *Issues Ment Health Nurs* 2014;35(11):835-41.
34. Bartley D. The Application of Emotional Focused Therapy and Bowen Family Systems Theory in Family therapy with Adolescence (Dissertation). The Manitoba University; 2002.
35. Donovan JM. Short Term Object Relations Couples Therapy. Hoboken: Taylor and Francis; 2013; Available from: [http://www.123library.org/book\\_details/?id=108039](http://www.123library.org/book_details/?id=108039).
36. Sanai Zaker B. Family & Marriage Scales. Tehran: Besat Publishing Co; 2000. P.51,150.
37. Etemadi O, Navvabinezhad S, Ahmadi S, Farzad V. A Study on the Effectiveness of Cognitive-Behaviour Couple Therapy on Couple's Intimacy That Refer to Counselling Centers in Esfahan. *J Psychol* 2006;2(1):69,87.
38. Sharifi H, Sharifi N. Research Methods in Behavioral Sciences. Tehran: Sokhan; 2016. P.61,111.
39. Sarmad Z. Inferential Statistics: selected topics in univariate analyses. Tehran: Samt; 2017. P.254,362.
40. Hooman H. Statistical Inference in Behavioral research. Tehran: Samt; 2016. P.325,410.
41. Sharifi P, Najafi Zand J. The Statistical Methods for Behavioural Sciences. Tehran: Sokhan; 2014. P.54,223.

42. Mackenzie A. OBJECT RELATIONS THEORY and Implications in Couples Therapy. [https://works.bepress.com/alan\\_mackenzie](https://works.bepress.com/alan_mackenzie) 2005.
43. Sharf R. Theories of Psychotherapy and Counseling (Concepts and Cases). 2017:427.66.
44. Brown J. Bowen Family Systems Theory and Practice: Illustration and Critique. *J Fam Ther* 1999;20(2):94-103.
45. Goldenberg I, Goldenberg H. Family Therapy (21th Ed.). Tehran: Ravan; 2018. P.139,69.

## COMPARISON OF THE EFFECT OF GROUP THERAPY BASED ON FAMILY SYSTEMS THEORY AND SHORT-TERM OBJECT RELATIONS COUPLE THERAPY ON THE WOMEN'S MARITAL INTIMACY

Nayereh Jahanbakhshian<sup>\*1</sup>, Mohsen Rasouli<sup>2</sup>, Azizollah Tajikesmaeli<sup>3</sup>, Gholam Reza Sarrami Foroushani<sup>4</sup>

Received: 07 Feb, 2019; Accepted: 25 Apr, 2019

### Abstract

**Background & Aims:** The aim of present study was to compare the effect of group therapy based on family systems theory and short-term object relations couple therapy on the women's marital intimacy.

**Material & Method:** The research design in this study was pre-test, post-test experimental method with control group. The statistical population was included female clients of 25-55 years old with marital conflict referring to two Tehran psychological counseling centers in 2017. Sampling was done by selecting 36 volunteer women who answered to MIS scale, randomly assigned to two experimental and one control groups. One of experimental groups attended 16 sessions group therapy based on family system theory and the other one, group therapy based on short-term object relations couple theory that lasted nearly 90-120 minutes, hold once a week. Collected data was analyzed by using one way analysis of variance.

**Results:** Research findings demonstrated both of interventions were effective on the women's marital intimacy in post-test and follow up test of experimental groups ( $p < 0.05$ ) and there was no significant difference between two experimental groups ( $p > 0.05$ )

**Conclusion:** Research findings indicated that group therapy based on Bowen family systems theory and short-term object relations couple therapy leads to improvement of women's marital intimacy in the both of experimental groups and these results have been also consistent enough in the follow-up period ( $p < 0.05$ ) and there was no significant difference between two experimental groups ( $p > 0.05$ ).

**Keywords:** group therapy, Bowen family systems theory, short-term object relations couple therapy, marital intimacy

**Address:** Tehran, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University

**Tel:** +989128304425

**Email:** n.jahanbakhshian@yahoo.com

<sup>1</sup> PhD student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding author)

<sup>2</sup> Assistant Professor of Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor of Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor of Educational Psychology Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran