

بررسی و مقایسه آموزش زوج درمانی هیجان مدار و راه حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی زوجین

مهدی رستمی*

نادره سعادتى**

زهرا یوسفی***

چکیده

این پژوهش با هدف حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و راه حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی زوجین انجام شد. این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل ۳۰ زوج مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره (گروه همراه و مهرآور) شهر تهران بود که به‌طور تصادفی به سه گروه زوج درمانی هیجان مدار (۱۰ زوج)، زوج درمانی راه حل مدار (۱۰ زوج) و گروه کنترل (۱۰ زوج) اختصاص یافتند. گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در زوج درمانی هیجان مدار و راه حل مدار شرکت کردند و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دوماهه) در متغیرهای ترس از صمیمیت و رضایت جنسی مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (آمیخته) تحلیل شدند. نتایج نشان داد که زوج درمانی راه حل مدار و هیجان مدار در کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی تأثیر دارند و نیز این تأثیر در گروه زوج درمانی هیجان مدار بیشتر از گروه زوج درمانی راه حل مدار مؤثرتر است. بنابراین، آموزش زوج درمانی گروهی هیجان مدار و راه حل مدار می‌تواند به‌عنوان روش درمانی اثربخش برای افزایش صمیمیت و رضایت جنسی در زوجین مورد استفاده قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: هیجان مدار، راه حل مدار، ترس از صمیمیت، رضایت جنسی، زوجین

مقدمه

نیاز به برقراری و حفظ پیوند و روابط نزدیک با دیگران به‌عنوان انگیزه اساسی و بنیادی بشر قلمداد می‌شود (Miri, Miri, Sharifzade, & Miri, 2014). بیشتر افراد ازدواج را به‌عنوان صمیمانه‌ترین رابطه بزرگ‌سالی محسوب می‌کنند، رابطه‌ای که برای آن‌ها منبع اصلی عاطفه و حمایت است (Falazhade, Sanani Zaker, & Farzad, 2013). از این رو، توانایی ایجاد صمیمیت یک عامل بین شخصی است که اهمیت آن اغلب به خاطر نقش اساسی‌اش در رشد روابط نزدیک و رابطه‌اش با رضایت زناشویی است (Montesi, Conner, Gordon, Fauber, Kim, & Heimberg, 2013). صمیمیت، هم رضایت فردی و هم رضایت ارتباطی را ایجاد می‌کند و به‌عنوان یک عامل اصلی سلامت، سازگاری،

* دانش‌جوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات (نویسنده مسئول)

Ma.rostami@mail.sbu.ac.ir

** دانش‌جوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران

*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران

شادکامی و احساس رضایت در زندگی زوجین است (Popovice, 2005). به‌طور آرمانی، روابط بین فردی نزدیک، به افراد اجازه می‌دهد که نیاز به پذیرفته شدن، مورد توجه بودن، ارزشمند تلقی شدن و دوست داشته شدن را برآورده کنند و به آن‌ها فرصت می‌دهد که چنین نگرش‌ها و رفتارهایی را متقابلاً انجام دهند (Fletcher, 2002). افزون بر این، توانایی برقراری و حفظ صمیمیت با دیگران به افراد کمک می‌کند با مشکلات ارتباطی کنار آیند و روابط زناشویی رضایت‌بخش داشته باشند (Montesi, Conner, Gordon, 2013 Fauber, Kim, & Heimberg, 2013)؛ درحالی‌که اجتناب از صمیمیت مشخصه افرادی است که روابطشان را کمتر رضایت‌بخش توصیف می‌کنند (Phillips, Wilmoth, Wall, Peterson, Buckley, & Phillips, 2013). کسانی که از صمیمیت می‌ترسند یا از صمیمیت اجتناب می‌کنند، احتمالاً نزدیک شدن به دیگران و برقراری روابط گرم و رضایت‌بخش برایشان دشوار است (Szymanski & Hilton, 2013).

سوبرال، تیکسیریا و کوستا (Sobral, Teixeira, & Costa, 2015) به‌منظور درک و مفهوم‌سازی روابط صمیمانه، مفهوم ترس از صمیمیت را مطرح کردند که به قابلیت بازداری شده برای تبادل افکار و احساس‌های مهم شخص با فرد دیگر در نتیجه اضطراب گفته می‌شود. افرادی که ترس از صمیمیت دارند خواهان ارتباط بین شخصی هستند؛ ولی از طرد می‌ترسند، در نتیجه طی ارتباط کلامی و غیرکلامی با دیگران، اضطراب را تجربه می‌کنند. موارد دیگری که دربرگیرنده نیاز به صمیمیت است، ترس از وابسته شدن به دیگران است (Vangelisti & Beck, 2007). افراد با دل‌بستگی ایمن، اضطراب صمیمیت ندارند، زیرا خود را شایسته مراقبت و توجه می‌دانند. سطوح بالای اضطراب در روابط عاشقانه اغلب منجر به وابستگی شدید به‌طرف مقابل و یا سبک بین شخصی کنترل‌کننده و سلطه‌گر می‌شود که ممکن است منجر به عاطفه منفی و سطوح پایین اعتماد و رضایت از رابطه زناشویی شود (Hamedi, Shafi Abadi, 2013 Navabi Nejad, & Delavar, 2013). افزون بر آن، ترس از صمیمیت مفهومی خصیصه‌ای یا خلقی است؛ زیرا می‌تواند در دامنه وسیعی از موقعیت‌ها برای انسان‌ها تجربه شود (Sobral, Matos, & Costa, 2014). گرچه عوامل موقعیتی و طرف مقابل متغیرهای مهمی در تجربه صمیمیت هستند، با این حال محققان به مطالعه ترس از صمیمیت با تمرکز بر فرایندهای روان‌شناختی درون یک فرد پرداخته‌اند و بر قابلیت‌هایی که فرد برای صمیمیت در همه روابط نزدیک دارد تمرکز می‌کنند (Sobral, Teixeira, & Costa, 2015). از این رو، زوج‌ها باید راه‌های جدید برقراری ارتباط با یکدیگر را فراگیرند و فرضیه‌های اساسی پیوند دهنده خود و همسرشان را تغییر دهند. زمانی که زوج‌ها در انجام این امر شکست می‌خورند، صمیمیت و تعهد متقابل گسسته و نارضایتی زناشویی ایجاد می‌شود. در این زمان باید اساس صمیمیت زوج‌ها اصلاح شود. اصلاح صمیمیت نیازمند بررسی پویایی‌های درون فردی و بین فردی است تکسیریا و کوستا (Dahl, Stewart, Martell, & Kaplan, 2015).

پر واضح است وقتی توقعات عاشقانه محقق نشوند، احساس سرخوردگی مستقیماً به همسر نسبت داده می‌شود و سبب تحلیل رفتن عشق و تعهد می‌شود و همین امر بر رضایت جنسی تأثیر می‌گذارد (Bois, Bergeron, Rosen, McDuff, & Gregoire, 2013). اگر به هر دلیلی روابط جنسی سالم بین زن و شوهر ایجاد نشود، یکی از آن‌ها یا هر دو ناراضی، دلخور و دلزده خواهند شد و در نتیجه اگر

سایر شرایط تفاهم فراهم نباشد، امکان فروپاشی زندگی زناشویی و در نهایت جدایی بیشتر می‌شود (Mofid, Fatehi Zadeh, Ahmadi, & Etemadi, 2015). رضایت از رابطه جنسی یکی از عوامل مهم رضایت از زندگی زناشویی است و کسانی که رضایت جنسی بیشتری دارند به‌طور فراوانی کیفیت زندگی بهتری را نسبت به آن‌هایی که رضایت جنسی ندارند، گزارش می‌دهند (Yung & Lurise, 1998). لذا هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه، عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌تواند نارضایتی زناشویی را به همراه داشته باشد (Constantine, Graham, Portman, Rosen, & Kingsberg, 2015). نارضایتی جنسی به همان میزان که می‌تواند در اثر مشکلات روحی و روانی ایجاد شود در به وجود آوردن این مشکلات نیز دخیل است؛ هم‌چنین سرکوب تکانه‌های جنسی می‌تواند مشکلات عاطفی و اختلال در ارتباط بین فردی را ایجاد کند که این مسائل می‌تواند سطوح مختلفی از افسردگی، کناره‌گیری، دلزدگی زناشویی و عدم صمیمیت در نزد زوجین را ایجاد نماید (Glina et al., 2015).

با توجه به گستردگی فرهنگی و در نتیجه تقابل ارزش‌های جدید با ارزش‌های قومی و بومی و جوان بودن هرم سنی جمعیت کشور و به تبع آن مشکلات فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی در ازدواج‌ها، به نظر می‌رسد در آینده نزدیک تقاضا جهت زوج‌درمانی افزایش یابد. لذا نیاز به الگوها و رویکردهای جدید و متنوع جهت مداخلات زوج‌درمانی متناسب با بافت فرهنگی جامعه رو به افزایش است؛ رویکرد زوج‌درمانی راه حل مدار (solution focused therapy) به دلیل ماهیت خاص آن و تمرکز بر راه حل‌ها نه بر مشکلات که یکی از مؤلفه‌های اساسی جمعیت شناختی ایران است؛ می‌تواند به‌عنوان یکی از مفیدترین و کارآمدترین رویکردهای درمانی به کار گرفته شود. در کمتر از دو دهه، درمان راه حل مدار از یک رویکرد غیرمتداول و ناشناخته به رویکردی تبدیل شد که در ایالات متحده و دیگر کشورها به‌طور فزاینده‌ای از آن استفاده می‌شود؛ مشاوران راه حل مدار ادعا کرده‌اند که این روش تغییر سریع و پایدار و همین‌طور درجه بالایی از رضایت‌مندی‌های مراجع را فراهم می‌کند (Stalker, Levene, & Coady, 1999).

این رویکرد دیدگاهی قابلیت محور است که به‌جای تمرکز بر رفتارهای مشکل‌آفرین بر رشد و پرورش راه حل‌ها تمرکز دارد. قابلیت‌های مراجع در جلسه درمان بر اساس تمرکز بر تعاملات و یافته‌های مثبت و غیر مشکل‌زا تشخیص داده می‌شود و مقاومت مراجعین در جلسه درمان به دلیل تمرکز بر موارد مثبت (آنچه باید افزایش پیدا کند) به‌عوض تمرکز بر نقایص از بین می‌رود (Conoley et al., 2003). درمان‌گر راه حل مدار در جلسه مشاوره بر معانی کلمات تأکید دارد و به‌جای تحلیل بیرونی و جستجوی خارجی حقیقت به واقعیت از چشم‌انداز متفاوتی نگاه می‌کند و فرایند محاوره در این روش برای معنی‌سازی به‌کاربرده می‌شود؛ هم‌چنین محاوره درمانی به درمان‌گر و مراجع اجازه می‌دهد که واقعیت‌ها را به‌گونه‌ای ببینند که فضا برای چشم‌اندازهای جدید باز شود و اگر مراجعان بتوانند با موفقیت به یک تغییر شناختی و احساسی برسند توانایی آن‌ها برای حل و کنترل مشکل نشان داده می‌شود (Seyyed Moharrami, Ghanbari Hashem Abadi, & Asghari Ebrahim Abad, 2014).

مفید (Mofid, 2015) نشان داد که مشاوره راه حل مدار برافزایش رضایت جنسی زنان و عملکرد خانواده مؤثر است. حسینی، امیری مجد و قمری (Hoseini, Amiri Majd, & Ghamari, 2013) دریافتند که مشاوره راه حل مدار برای ارتقای صمیمیت کلی، صمیمیت عاطفی، روان‌شناختی و جنسی مؤثر است. نظری و بیرامی (Nazari & Beyrami, 2008) نشان دادند که مشاوره راه حل مدار می‌تواند رضایت زناشویی را در ابعاد پرخاش‌گری، زمان با هم بودن، توافق درباره مسائل مالی و رضایت جنسی در زوج‌های هر دو شاغل بهبود ببخشد. تحقیقات متعدد بیانگر تأثیر مثبت این رویکرد درمانی در ابعاد مختلف خانواده است. قمری (Ghamari, 2009) نشان داد که رویکرد راه حل مدار در کاهش همه ابعاد تعارض زناشویی به‌ویژه رضایت جنسی اثربخش است. هم‌چنین ولون (Wolven, 2009) و استیوارت (Stewart, 2011) دریافتند که رویکرد راه حل مدار تأثیر مثبت زیادی بر روابط زوجین داشته است.

از دیگر روش‌های زوج‌درمانی، رویکرد متمرکز بر هیجان (emotionally focused therapy) است. جانسون و گرینبرگ در سال ۱۹۸۵ راهبردها و مداخلات درمانی خود را در نه گام معرفی کردند؛ در این مدل، فرض بر این است که وضعیت روانی و بین شخصی که زوجین در تعاملات خود دارند به واسطه تجربیات هیجانی فردی هر یک از زوجین سازمان‌دهی می‌شود (Badihi Zeraati & Mousavi, 2016). پایه و اساس روش درمان هیجان‌مدار، خودسازی و رشد فردی بوده و تعادل فرد هدف اصلی درمان است؛ بنابراین درمان هیجان‌مدار دنیای درون فردی و بین فردی را یکپارچه می‌سازد (Johnson, 2007). فرضیه اساسی این رویکرد بیان می‌کند تا زمانی که هر یک از زوجین، قادر نباشند نیازهای دل‌بستگی خود را در حیطه‌های رضامندی و امنیت با یکدیگر، در میان‌گذارند تعارض‌های زناشویی شروع به شکل‌گیری می‌کند (Makinen & Johnson, 2006). بنیان نظریه زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر اساس مفاهیم عشق بزرگ‌سالی، سبک‌های دل‌بستگی و آشفتگی زوجین استوار است (Ghaderi, Refahi, & Baghban, 2015).

تأکید زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر روش دل‌بستگی‌های سازگارانه، از طریق مراقبت، حمایت و توجهی متقابل برای نیازهای خود فرد و همسر است؛ از این رو، به نظر می‌رسد که زوجین، به‌جای ابراز هیجان‌های قوی، هیجان‌هایی را بیان می‌کنند که برای آن‌ها کمتر تهدیدکننده باشد (Johnson & Wittenborn, 2012). بنابراین، زوجین آشفته در یک سری الگوهای خشک و چرخه‌های تعاملی که توسط خود آن‌ها تقویت می‌گردد و بارها و بارها تکرار می‌شود، گیر می‌افتند و عدم توانایی آن‌ها برای تحمل هیجان‌هایی که در آن گیر افتاده‌اند منجر به باقی ماندن آن‌ها در آشفتگی و ناسازگاری بیشتر مسائل غیرقابل حل می‌شود (Woldarsky, 2006). در این شرایط، درمان‌گر می‌تواند مشکلات را دوباره قاب‌گیری کرده، از هر دو زوج بخواهد تا مشارکت فعال در درمان داشته و اشکال جدیدی از محاوره‌های ارتباطی را به‌منظور پرورش دل‌بستگی ایمن و افزایش صمیمیت خلق نمایند (Sherma, 2007)؛ به‌طوری که نتایج پژوهش اسدپور و ویسی (Asadpour & Veisi, 2017) نشان دادند که مشاوره هیجان‌مدار افزایش معناداری را در عزت‌نفس جنسی، رضایت جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه دارد. بدیهی زراعتی و موسوی (Badihi Zeraati & Mousavi, 2016) نشان دادند که مشاوره هیجان‌مدار صمیمیت جنسی

را در زوجین افزایش می‌دهد. قادری و همکاران (Ghaderi et al., 2015) و حامدی و همکاران (Hamedi et al., 2013) به این نتیجه دست یافتند که درمان هیجان‌مدار بر میزان صمیمیت زوجها اثر مثبت و معنادار دارد.

جانسون، سیماخوداسکایا و مورن (Johnson, Simakhodskaya & Moran, 2018) نشان دادند که درمان هیجان‌مدار توانست رضایت جنسی را زوجین مضطرب بهبود بخشد. جیرارد و وولی (Girard & Woolley, 2017) و هنرپروان، تبریزی، نوابی‌نژاد و شفیق‌آبادی (Honarparvaran, Tabrizi, Navabi Nejad & Shafi Abadi, 2010) در پژوهش‌های مجزا نشان دادند که درمان هیجان‌مدار در زوجین می‌تواند صمیمیت عاطفی، رضایت جنسی، افزایش میل جنسی و کاهش مشکلات ارتباطی را بهبود ببخشد.

با توجه به اهمیت سلامت خانواده در سلامت جامعه و همین‌طور با در نظر گرفتن نقش اساسی زن در انسجام و شکل‌گیری شخصیت افراد خانواده و نیز رابطه رضایت جنسی و رضایت زناشویی نیاز به انجام مطالعات وسیع‌تر در حوزه افزایش رضایت جنسی زنان و بهبود صمیمیت زوجین احساس می‌شود. زوجین زمانی می‌توانند نقش خود را کامل‌تر انجام دهند که رضایتمندی زناشویی و سلامت روان بیشتری دارند. بنابراین مهم است که با در نظر گرفتن اهمیت رابطه جنسی در زندگی زوجها و رابطه رضایت جنسی و صمیمیت زوجین توجه شود، تا از این طریق بتوان گامی مهم در راستای بهبود رضایت زناشویی زوجین و در نتیجه بهبود عملکرد خانواده برداشت. بنابر این هدف این مطالعه بررسی و مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار و هیجان‌مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی زوجها بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل کلیه زوج‌های در بازه زمانی شهریور تا اوایل آبان ۱۳۹۵ مراکز مشاوره گروه همراه و مهرآور (۳۴۵ زوج) در شهر تهران بود. ۳۰ زوج (۶۰ زن و شوهر) با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش سابقه ازدواج بیش از ۵ سال، سن ۳۰ تا ۴۰ سال، بودن با هم در یک‌خانه، مصرف نکردن داروهای اعصاب و روان، عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی‌های دیگر و تمایل به شرکت در جلسات به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند و ۱۰ زوج به گروه آموزش زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار، ۱۰ زوج به گروه آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ۱۰ زوج به گروه کنترل به‌صورت تصادفی اختصاص یافتند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه تحت آموزش زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار و هیجان‌مدار قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند؛ پس از پایان درمان از هر سه گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و بعد از ۲ ماه مجدداً هر سه گروه در مرحله پیگیری قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس ترس از صمیمیت (Fear of Intimacy Scale). این مقیاس ۳۵ ماده‌ای خود گزارشی توسط دشکاتنر و تلتن (Descutner & Thelen, 1991) ساخته شده است. در این مقیاس از شرکت‌کننده‌ها خواسته می‌شود در حالی که تصور می‌کنند در یک رابطه نزدیک قرار دارند، به تکمیل مقیاس بپردازند و هر یک از ۳۵ ماده را روی مقیاس ۵ درجه‌ای (۱ = به هیچ وجه توصیف‌کننده من نیست تا ۵ = کاملاً توصیف‌کننده من است) درجه‌بندی کنند. شرکت‌کننده‌هایی که در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند، مشکلات متعددی در زمینه صمیمیت دارند. دشکاتنر و تلتن (Descutner & Thelen, 1991) نشان دادند که ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ باز-آزمایی ۰/۸۹ است و نیز تحلیل عاملی این مقیاس نشان داد که این مقیاس یک عامل با ۳۳/۴ درصد واریانس را تبیین می‌کند (Sobral & Costa, 2015). فلاح زاده، فرزاد و فلاح زاده (Falahzadeh, Farzad, & Falahzadeh, 2010) آلفای کرونباخ کل مقیاس (۰/۸۳) و باز-آزمایی ۰/۹۲ و آهنگر، صدق‌پور و اشرفی خوزانی (Ahangar, Sedghpour, & Ashrafi Khozani, 2013). این ضرایب ۰/۷۱ و ۰/۷۷ گزارش کردند.

پرسش‌نامه رضایت جنسی لارسون (Larson Sexual Satisfaction Questionnaire).

پرسش‌نامه رضایت جنسی توسط لارسون، اندرسون، هولمن و نیمن (Larson, Anderson, Holman & Nieman, 1998) ساخته شده و دارای ۲۵ ماده (۱۲ ماده مثبت: ۱، ۲، ۳، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲ و ۲۳) و (۱۳ ماده منفی: ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴ و ۲۵) است. ماده‌های این پرسش‌نامه بر اساس یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (هرگز = ۱، به ندرت = ۲، گاهی اوقات = ۳، بیشتر اوقات = ۴ و همیشه = ۵ نمره‌گذاری می‌شود؛ حداقل و حداکثر نمره این پرسش‌نامه به ترتیب ۲۵ و ۱۲۵ می‌باشد (Mooshkbid- Haghighi, Shams- Mofarahe, Majd- Timory, & Hosseini, 2002). بهرامی، یعقوب‌زاده، شریف‌نیا، سلیمانی و حق‌دوست (Bahrami, Yaghoobzadeh, Sharif Nia, Soliemani, & Haghdooost, 2016) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۴؛ چهار عامل تمایل به برقراری روابط جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی؛ هادسون، هریسون و کروسکاپ (Hudson, Harrison, & Crosscup, 1981) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و باز-آزمایی ۰/۹۳؛ و رضائیان، معصومی و حسینیان (Rezaeian, Massumy, & Hosseinian, 2017) ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند.

روند اجرای پژوهش

بعد از کسب مجوز و هماهنگی با مدیر مراکز مشاوره و توضیح اهداف پژوهش برای زوج‌های شرکت‌کننده و اطمینان بخشی به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، مداخله در مورد گروه‌های آزمایش با رعایت اصول اخلاقی و با توجه به محدودیت زمانی، به شکل گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار در روزهای شنبه و گروه آزمایشی زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار در

روزهای یکشنبه در مرکز مشاوره مهرآور انجام شد. هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پس از گذشت دو ماه در مرحله پیگیری به مقیاس ترس از صمیمیت و پرسشنامه رضایت جنسی پاسخ دادند. به دلیل رعایت موازین اخلاقی به گروه کنترل تعهد داده شد که پس از پایان تمامی مراحل پژوهش، آن‌ها نیز تحت آموزش قرار خواهند گرفت؛ از این‌رو، زوج‌های گروه کنترل نیز به دو گروه تقسیم و به مدت ۸ جلسه مداخلات زوج‌درمانی هیجان‌مدار و راه‌حل‌مدار را دریافت کردند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (آمیخته) و نرم افزار آماری SPSS-۲۱ انجام گرفت.

خلاصه جلسات آموزشی زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار مک دونالد (Macdonald, 2007) و هیجان‌مدار جانسون (Johnson, 2004)

محتوای جلسات آموزشی هیجان مدار	محتوای جلسات آموزشی راه‌حل مدار
جلسه اول: ایجاد همدلی با زوج‌ها، ایجاد اتحاد درمانی بین زوجین و درمانگر درباره اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان، درک چگونگی شکل‌گیری رابطه فعلی و آنچه زوج‌ها را برای درمان برانگیخته است.	جلسه اول: آشنایی اعضا با همدیگر، معرفی قواعد گروه، سنجش و ارزیابی سطح ارتباط، معرفی درمان راه‌حل مدار ذوب‌یخ‌ها و آشنایی اعضا به اهداف و منطق کار
جلسه دوم: ردگیری و توصیف زنجیره‌های تکرار شونده که آشفتگی زوج‌ها را تداوم بخشیده، یافتن موانع درونی و بیرونی دلبستگی ایمن و ردگیری هیجانی با هر یک از زوج‌ها، تحلیل حالت‌های هیجانی همراه با چرخه‌های دشوار و آشنایی زوج‌ها با چرخه‌های منفی تعامل.	جلسه دوم: آشنایی با اصول اساسی مشاوره راه‌حل مدار و کاربرد آن - بررسی پذیرش فعالانه مسؤلیت در یک رابطه- فرمول‌بندی حلقه‌های راه‌حل مشکلات توصیف مشکل به‌طور عینی و به‌دور از تمایلات و رفتارهای ناراحت‌کننده
جلسه سوم: دستیابی به هیجان‌های شناخته‌نرفته در موقعیت‌های تعاملی و شناسایی احساس‌های اولیه و ثانویه هر یک از زوج‌ها، قاب‌گیری مجدد مشکل و چرخه تعاملی زوج‌ها.	جلسه سوم: شناسایی راه‌حل‌های شرکت‌کنندگان در زمینه‌های مختلف مشکل- آشنایی آن‌ها با راه‌حل‌های مفید و تکرار آن و رها کردن راه‌حل‌های نامناسب- پیدا کردن یک داستان مثبت
جلسه چهارم: تشدید تجربه هیجانی، افزایش تمایل به درگیری و رویارویی هیجانی، افزایش پاسخگویی به‌طرف مقابل به این صورت که مجدداً مشکل برحسب احساس‌های نهفته و نیازهای دلبستگی شکل داده می‌شد.	جلسه چهارم: متعهد و امیدوار ساختن شرکت‌کنندگان برای حل مشکل - شناسایی و حل مقاومت‌های شرکت‌کنندگان- حرف زدن در مورد آینده - حرف زدن درباره کارها - استفاده از فن سؤال‌های مقیاسی
جلسه پنجم: کمک به زوج‌ها برای افزایش آگاهی، درگیر شدن با هم و پذیرش مالکیت آسیب‌پذیری‌ها، صدمات و ترس‌های دلبستگی و کمک به‌طرف مقابل برای شنیدن و پذیرش آن‌ها و عمیق کردن درگیری هیجانی.	جلسه پنجم: آشنایی اعضا با استثناات مشکل- تقویت و برجسته کردن استثناات مشکل- پی بردن شرکت‌کنندگان به قابلیت‌ها و توانمندی‌های خود

محتوای جلسات آموزشی هیجان مدار	محتوای جلسات آموزشی راه حل مدار
جلسه ششم: پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط زوج‌ها، بیان انتظارات خود از طرف مقابل و تسهیل پذیرش فرد از طرف همسرش.	جلسه ششم: کمک به شرکت‌کنندگان برای شناسایی راه‌های دیگر تفکر، احساس و رفتار به جای تفکر، احساس و رفتار مشکل‌ساز کنونی- کمک به شرکت‌کنندگان برای تحسین کردن بجای ایراد گرفتن از یکدیگر- اجرای فن شاه کلیدها
جلسه هفتم: تغییر الگوهای تعاملی و بازسازی تعاملات، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی بین زوج‌ها و تسهیل پاسخ به درخواست‌های طرف مقابل، تسهیل بروز راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی.	جلسه هفتم: کمک به شرکت‌کنندگان برای تصور آینده مورد علاقه و دنیای بهتر- کمک به شرکت‌کنندگان برای خارج شدن از چارچوب مشکل و شناسایی تغییرات عینی و مطلوب- استفاده از فن تکالیف وانمودی- فن طراحی تکلیف پیش‌بینی کننده- آشنایی با فرایند حل تعارض به خصوص (حل مسأله) و عوامل بازدارنده حل تعارض
جلسه هشتم: بازتعریف رابطه توسط هر یک از زوج‌ها، پرورش جوی امن و خلق اعتماد، شناسایی و حمایت الگوهای تعاملی سالم، افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت‌های تعاملی جدید و خاتمه درمان	جلسه هشتم: جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری - استفاده از سؤال‌های مقیاسی- اجرای پس‌آزمون- تشکر و قدردانی از اعضا به خاطر شرکت در جلسه

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زوجین شرکت‌کننده در گروه‌های آزمایش راه‌حل مدار ۳۴ و ۴/۸۲؛ هیجان مدار ۳۳/۹۵ و ۳/۲۱ و کنترل ۳۲/۴۰ و ۲/۳۹؛ شرکت‌کننده‌های گروه راه‌حل مدار ۵٪ (۱ نفر) دارای مدرک دیپلم، ۱۵٪ (۳ نفر) دارای مدرک کاردانی، ۵۵٪ (۱۱ نفر) دارای مدرک لیسانس و ۲۵٪ (۵ نفر) دارای مدرک بالاتر از لیسانس؛ شرکت‌کننده‌های گروه هیجان مدار ۵٪ (۱ نفر) دارای مدرک دیپلم، ۲۰٪ (۴ نفر) دارای مدرک کاردانی، ۵۵٪ (۱۱ نفر) دارای مدرک لیسانس و ۲۰٪ (۴ نفر) دارای مدرک بالاتر از لیسانس؛ و شرکت‌کننده‌های گروه گواه ۱۰٪ (۲ نفر) دارای مدرک دیپلم، ۴۰٪ (۸ نفر) دارای مدرک کاردانی، ۴۰٪ (۸ نفر) دارای مدرک لیسانس (و ۱۰٪ (۲ نفر) دارای مدرک بالاتر از لیسانس؛ زوجین گروه راه‌حل مدار ۱۵٪ خانه‌دار (۳ نفر)، ۲۵٪ شغل آزاد (۵ نفر) و ۶۰٪ کارمند (۱۲ نفر)؛ زوجین گروه هیجان مدار ۲۵٪ خانه‌دار (۵ نفر)، ۶۰٪ شغل آزاد (۱۲ نفر) و ۱۵٪ کارمند (۳ نفر)؛ و زوجین گروه گواه ۲۰٪ خانه‌دار (۴ نفر)، ۳۰٪ شغل آزاد (۶ نفر) و ۵۰٪ کارمند (۱۰ نفر)؛ میانگین طول مدت ازدواج زوجین گروه راه‌حل مدار ۶/۴۵ سال و انحراف معیار ۱/۱۹؛ میانگین طول مدت ازدواج زوجین گروه

بررسی و مقایسه آموزش زوج درمانی هیجان مدار و راه حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش ... ۱۳

هیجان مدار ۵/۳۰ سال و انحراف معیار ۱/۵۲؛ و میانگین طول مدت ازدواج زوجین گروه کنترل ۶/۳۰ سال و انحراف معیار ۱/۱۲ بود.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار متغیرهای ترس از صمیمیت و رضایت جنسی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مراحل		گروه	
	راه حل مدار		هیجان مدار	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
پیش‌آزمون	۸۳/۹۵	۲/۶۰	۸۴/۶۰	۳/۸۸
ترس از	۷۲/۹۵	۲/۷۲	۷۳/۳۵	۴/۳۴
صمیمیت	۷۲/۰۵	۲/۹۶	۷۲/۷۵	۴/۴۳
پیش‌آزمون	۷۴/۹۵	۹/۳۲	۷۵/۷۵	۸/۰۷
رضایت	۸۶/۹۰	۶/۶۸	۸۸/۵۵	۶/۷۶
جنسی	۸۷/۲۵	۶/۶۶	۸۹/۱۵	۶/۳۶

اطلاعات مشاهده شده در جدول ۱ نشان می‌دهد، که میانگین نمره‌های ترس از صمیمیت در گروه‌های آزمایش راه حل مدار و هیجان مدار نسبت به گروه کنترل کاهش و در متغیر رضایت جنسی افزایش داشته است.

جدول ۲

خلاصه نتایج آزمون لون و آزمون کرویت موخلی

گروه	آزمون لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری موخلی	مقدار ۲	مقدار آزادی	درجه آزادی	سطح p
ترس از	۱/۳۲	۲	۵۷	۰/۲۹۳	۱۷/۹۰	۲	۰/۰۰۱	
صمیمیت	۱/۰۴	۲	۵۷	۰/۳۶۰	۰/۷۲	۲	۰/۰۰۱	
رضایت جنسی	۰/۴۱	۲	۵۷	۰/۵۱۲	۷۷/۲۴	۲	۰/۰۰۱	

در جدول ۲ نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لون در گروه‌های مورد آزمایش نشان می‌دهد که واریانس‌های متغیرهای ترس از صمیمیت و رضایت جنسی در این سه گروه برابر هستند. هم‌چنین نتایج نشان داد که پیش‌فرض همگنی کوواریانس‌ها رد می‌شود؛ در نتیجه بر اساس عدم تأیید این آزمون از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-گیسر استفاده گردید.

دوفصلنامه مشاوره کاربردی، دانشگاه شهید چمران اهواز (دوره ۸، سال هشتم، پاییز و زمستان ۹۷ شماره ۲)

جدول ۳

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر (آمیخته) در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	P	میزان توان تأثیر آماری
رضایت از صمیمیت	درون گروهی	مراحل مداخله	۲۲۳۲/۰۷	۱/۵۷	۱۴۲۱/۴۹	۶۱۰/۶۹	< ۰/۰۰۱	۰/۹۱
		مراحل × گروه	۱۳۱۱/۵۸	۳/۱۴	۴۱۷/۶۴	۱۷۹/۴۲	< ۰/۰۰۱	۰/۸۶
		خطا	۲۰۸/۳۳	۸۹/۵۰	۲/۳۲			
	بین گروهی	گروه	۳۱۱۳/۶۷	۲	۱۵۵۶/۸۳	۴۱/۳۷	< ۰/۰۰۱	۰/۵۹
		خطا	۲۱۴۴/۹۶	۵۷	۳۷/۶۳			
		مراحل مداخله	۲۷۳۰/۴۱	۱/۱۴	۲۳۸۶/۷۴	۳۸۹/۰۵	< ۰/۰۰۱	۰/۸۷
رضایت از آزادی جنسی	درون گروهی	مراحل × گروه	۱۵۲۵/۵۵	۲/۲۸	۶۶۶/۷۷	۱۰۸/۶۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۹
		خطا	۴۰۰/۰۳	۶۵/۲۰	۶/۱۳			
		گروه	۲۵۰۱/۸۷	۲	۱۲۵۰/۹۳	۸/۰۹	< ۰/۰۰۱	۰/۲۲
	بین گروهی	خطا	۸۸۰۵/۷۶	۵۷	۱۵۴/۴۸			
		مراحل مداخله	۲۷۳۰/۴۱	۱/۱۴	۲۳۸۶/۷۴	۳۸۹/۰۵	< ۰/۰۰۱	۰/۸۷
		مراحل × گروه	۱۵۲۵/۵۵	۲/۲۸	۶۶۶/۷۷	۱۰۸/۶۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۹

جدول ۳ نشان می‌دهد، که تعامل مراحل با گروه‌های آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمرات ترس از صمیمیت و رضایت جنسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). بنابراین میزان این تأثیر «معتادار بودن عملی» در متغیر ترس از صمیمیت ۰/۸۶ و رضایت جنسی ۰/۷۹ است، یعنی، ۸۶ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در کاهش ترس از صمیمیت و ۷۹ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در افزایش رضایت جنسی در زوجین از طریق آموزش قابل تبیین است. این یافته حاکی از این است که ترس از صمیمیت در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش و رضایت جنسی افزایش یافته است.

جدول ۴

نتایج مقایسه آزمون‌های پیگیری توکی گروه‌های مداخله راه حل محور و هیجان محور به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای ترس از صمیمیت و رضایت جنسی

متغیرها	مرحله	گروه راه حل مدار مرحله		گروه هیجان مدار مرحله	
		تفاضل میانگین‌ها	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها	خطای استاندارد
ترس از صمیمیت	پیش‌آزمون	۵/۶۲*	۰/۲۹	۵/۶۰*	۰/۳۲
	پیش‌آزمون پیگیری	۵/۲۰*	۰/۲۹	۵/۳۲*	۰/۳۳
	پس‌آزمون پیگیری	۰/۴۲	۰/۲۰	۰/۲۷	۰/۲۱
رضایت جنسی	پیش‌آزمون	۵/۷۷*	۰/۴۵	۶/۲۰*	۰/۴۶
	پیش‌آزمون پیگیری	۵/۹۰*	۰/۴۳	۶/۴۵*	۰/۴۴
	پس‌آزمون پیگیری	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۲۵	۰/۱۷

جدول ۴ نشان می‌دهد، که در متغیر ترس از صمیمیت در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، میانگین‌ها کاهش معنی‌داری و در متغیر رضایت جنسی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، میانگین‌ها افزایش معنی‌داری را نشان می‌دهند.

جدول ۵

نتایج مقایسه آزمون‌های پیگیری توکی گروه‌های آموزشی و کنترل در متغیرهای ترس از صمیمیت و رضایت جنسی

گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
ترس از صمیمیت	راه حل مدار	گواه	۱/۱۹	< ۰/۰۰۰۱
	هیجان مدار	گواه	۱/۱۹	< ۰/۰۰۰۱
	راه حل مدار	هیجان مدار	۰/۴۰	۰/۹۴۰
	راه حل مدار	گواه	۱۳/۶۰*	< ۰/۰۰۱
پیگیری	هیجان مدار	گواه	۱/۲۰	< ۰/۰۰۱
	راه حل مدار	هیجان مدار	۰/۷۰	۰/۸۳۱
	راه حل مدار	گواه	۱۱/۰۵*	< ۰/۰۰۱
	هیجان مدار	گواه	۱۲/۷۰*	< ۰/۰۰۱
رضایت جنسی	راه حل مدار	هیجان مدار	۲/۱۶	< ۰/۷۲۹
	راه حل مدار	گواه	۲/۱۰	< ۰/۰۰۱
	هیجان مدار	گواه	۱۳/۴۰*	< ۰/۰۰۱
	راه حل مدار	هیجان مدار	۱/۹۰	۰/۶۴۰

نتایج مقایسه آزمون‌های پیگیری توکی در جدول ۵ نشان می‌دهد که آموزش‌های زوج‌درمانی راه حل مدار و هیجان مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و بهبود رضایت جنسی بر دیگری برتری ندارند؛ اما این دو روش نسبت به گروه کنترل در کاهش ترس از صمیمیت و بهبود رضایت جنسی مؤثرند (P = ۰/۰۰۱).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار و راه حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی زوجین انجام شد. نتایج نشان داد که زوج‌درمانی‌های راه حل مدار و هیجان مدار هر دو بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی زوجین مؤثراند، که این یافته‌ها با پژوهش‌هایی مثل مفید و همکاران (Mofid et al., 2015)، قادری و همکاران (Ghaderi et al., 2015)، حسینی و همکاران (Hoseini et al., 2013)، نظری و بیرامی (Nazeri & Beyrami, 2008)، قمری (Ghamari, 2009) و لون

(Wolven, 2009)، اسدیپور و ویسی (Asadpour & Veisi, 2017)، بدیهی زراعتی و موسوی (Badihi Zeraati & Mousavi, 2016)، هنرپروران و همکاران (Honarparvaran et al., 2010)، حامدی و همکاران (Hamedi et al., 2013)، جیرارد و وولی (Girard, & Woolley, 2017)، جانسون و همکاران (Johnson et al., 2018) همخوان است. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر این گونه می‌توان بیان کرد که درمان راه‌حل مدار از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می‌کند. به طوری که حس خودکفایی و خودمختاری در مراجعان تقویت می‌شود (Hoseini et al., 2013). این کار از طریق توانمندسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌شود. از این رو، درمان‌گران راه‌حل مدار معتقدند که مشکلات زوجی به‌وسیله روشی که زوج برای حل آن‌ها به‌کار می‌برند، باقی می‌ماند و بدتر می‌شوند. زوج‌درمانی راه‌حل مدار مهارت‌های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد زوجین می‌آورد، آن‌ها را قادر می‌سازد تا چرخه نامعیوب مشکل را نابود کنند و راه‌حل‌های طولانی‌مدت را توسعه دهند. تغییر یکی از زوجین موجب تغییر افراد دیگر در سیستم می‌شود (Johnson et al., 2018).

افزون بر آن، شناسایی، تعیین، استخراج و تقویت استثنائات توسط مراجعان در مورد مشکلات، یکی از عوامل مهم تغییر در زوج‌درمانی راه‌حل مدار است. در رویکرد راه‌حل مدار، شناسایی استثنائات همراهی مراجع را در جهت مثبت تا انتهای فرایند درمان حفظ می‌کند. همان‌طور که دشارز توضیح داده برای مراجعان، اولین چیزی که به نظرشان می‌آید، خود مشکل است درحالی که برای درمان‌گران، اولین چیز، استثنائات است؛ به‌عنوان مثال درمانگر از زوج می‌پرسد آخرین بار چه زمانی به همسر خود گوش داده‌اید؟ چه زمانی برای برایتان آسان‌تر است که با همسر خود بحث نکنید؟ چه زمانی‌هایی بوده که شما و همسرتان از یکدیگر لذت برده‌اید؟ فرم سؤالات استثنا می‌رساند که همیشه استثنائی وجود دارد (Shakarami, Davarniya, Zahrakar, & Talaieian, 2015). در زوج‌درمانی راه‌حل مدار زوج‌ها تشویق می‌شوند تا بیشتر کارهایی را که در زمان‌های مثبت نسبت به زمان‌های منفی انجام می‌دادند، انجام دهند. استثنائات می‌توانند حتی از بحث‌های زوج‌ها تشخیص داده شوند و استخراج گردند. از زوج‌هایی که در تشخیص استثنائات جاری مشکلاتی دارند، خواسته می‌شود به یاد بیاورند که در گذشته چه کاری انجام می‌دادند که باعث رضایت زناشویی آن‌ها می‌شده و سپس همان رفتارها و فعالیت‌هایی که یک‌بار انجام داده‌اند را دوباره برقرار کنند (Honarparvaran et al., 2010). پرسش‌های معجزه‌آسا نیز یکی از پرسش‌های مداخله‌ای درمان‌گران راه‌حل مدار است. سؤال معجزه‌آسا به‌منظور هدایت مراجع به سمت توصیف موضوعات برجسته در حال و برای ترسیم آینده‌ای بدون مشکل، به کار گرفته می‌شود. سؤالات معجزه‌آسا به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند مواد لازم برای متفاوت بودن را استخراج کنند. پرسش معجزه‌آسا به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند موضوعات جدیدی را کشف کنند و نیز بتوانند تفاوت‌های رفتاری را به‌صورت شناختی در خود و دیگران شرح دهند درمان‌گر راه‌حل مدار از مراجع سؤال می‌پرسد اگر امروز یک معجزه اتفاق بیافتد و مشکل تو حل شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چطور تشخیص می‌دهی که مشکل حل شده است؟ استفاده از این‌گونه سؤالات به مراجعان برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن به مسائلشان کمک می‌کند و می‌تواند گام مهمی در فرایند تغییر باشد (Capouzzi & Stauffer, 2015).

علاوه بر آن، پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد با سبک دل‌بستگی ایمن ارتباط‌های عاشقانه بهتر و رضایت‌بخش‌تری را گزارش می‌کنند (Zimmer-Gembeck & Ducut, 2010) و همچنین بر اساس، تحقیقات، نارسایی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارند (Badihi Zeraati & Mousavi, 2016) به نظر می‌رسد بسیاری از زوج‌های ایرانی از عدم صمیمیت و نارضایتی جنسی رنج می‌برند؛ اما از مطرح نمودن و صحبت کردن درباره آن احساس شرم و گناه دارند و از تأثیر آن بر عدم رضایت زناشویی و در نتیجه عدم رضامندی از زندگی خود غافل‌اند (Mofid et al., 2015). در این پژوهش هدف ایمن‌سازی سبک دل‌بستگی زوجین و افزایش صمیمیت و رضایت جنسی با استفاده از مداخله هیجان مدار بود. یافته‌های پیشین بیان می‌کنند که درمان هیجان‌مدار، اندازه اثری نویدبخش و قانع‌کننده را در پی دارد و میزان بهبودی زوج‌های با آشفتگی‌های زناشویی ۷۰ تا ۷۳ درصد گزارش شده است (Johnson, 2007). افزون بر آن، عدم برقراری روابط صمیمانه زنان با مردان مربوط به عدم بیان هیجان، احساسات و عدم آگاهی از احساساتشان است؛ بنابراین زنان همواره در یک ارتباط صمیمانه و نزدیک با همسرانشان دچار احساس ترس، خجالت و شرم می‌شوند و به این دلیل از ازدواج احساس نارضایتی می‌نمایند. لذا کاربرد رویکرد هیجان‌مدار در مورد زنان در زمینه سازگاری با این احساسات و آگاهی از آن‌ها می‌تواند در ایجاد روابط صمیمانه و نزدیک با همسرانشان مؤثر باشد (Ghaderi et al., 2015) و درخواست حمایت و آرامش را برای زوج‌های کناره‌گیر، آسان می‌کند؛ همچنین درجات صمیمیت زناشویی، اعتماد دوفره و سازگاری زناشویی آن‌ها افزایش می‌یابد (Falahzade et al., 2013).

بنابراین، آموزش رویکرد هیجان‌مدار در زوج‌ها دل‌بستگی ایمن ایجاد می‌کند که زوج‌ها با این دل‌بستگی، در رابطه خود راحت هستند، ارتباط نزدیکی با همسر یا شریک خود دارند و خود افضایی می‌کنند و به خود افضایی همسر نیز واکنش نشان می‌دهند. نظریه دل‌بستگی که از اصول رویکرد هیجان‌مدار است، بر صمیمیت تأکید بسیاری دارد. بنابراین ایجاد دل‌بستگی صمیمیت را بیشتر می‌کند. انسان‌ها بنده محبت هستند؛ زن و شوهر در خانه به دنبال محبت و در ازدواج با کسب صمیمیت به دنبال آرامش و زندگی بهترند. این صمیمیتی که همسران به دنبال آن می‌گردند چیزی بیشتر از درک کردن و دل‌بستگی ایمن در روابط نیست که از ابتدای کودکی تا بزرگسالی به دنبال ما و سرنوشتمان می‌آید. برای ایجاد و ابراز صمیمیت یادگیری بسیار مؤثر و نتیجه‌بخش است تا آنجا که می‌تواند جادو کند (Ghaderi et al., 2015). صمیمیت در بین افراد خانواده به خصوص زن و مرد باعث ایجاد رضایت از زندگی می‌شود و خانواده را مستحکم می‌کند. در این میان رویکرد هیجان‌مدار با توجه به دل‌بستگی‌ها و هیجان‌ها و همچنین از بین بردن چرخه‌های تعاملی منفی این صمیمیت را ایجاد می‌کند.

نتیجه‌گیری

زوج‌ها اغلب در جریان آشفتگی‌های هیجانی خاصی وارد درمان می‌شوند و سطوح پایینی از رضایت زناشویی، اعتماد و صمیمیت، رضایت جنسی و همچنین احساس منفی نسبت به طرف مقابل را گزارش می‌کنند. بسیاری از آن‌ها احساس شکست هیجانی دارند و تلاش‌هایشان در احیای صمیمیت با شکست روبه‌رو شده است و با شیوه‌های محدود شده‌ای مانند اجتناب و کناره‌گیری، سرزنش و انتقاد، دفاعی بودن

دوفصلنامه مشاوره کاربردی، دانشگاه شهید چمران اهواز (دوره ۸، سال هشتم، پاییز و زمستان ۹۷ شماره ۲)

و چرخه‌های دفاعی با هم ارتباط برقرار می‌کنند. با توجه به اثربخشی رویکردهای زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار و هیجان‌مدار در حل این مسائل چنانکه پژوهش‌های مختلف و پژوهش حاضر نشان می‌دهند، لذا پیشنهاد می‌شود که آموزش این شیوه درمان در فهرست برنامه‌های آموزشی زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی قرار گیرد تا درمان‌گران بتوانند با توجه به این رویکردها به درمان مشکلات زوجها و خانواده‌ها بپردازند. در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت، این پژوهش در شهر تهران انجام شد و تعمیم آن به جمعیت‌ها و موقعیت‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. همین‌طور از آنجا که در این پژوهش آزمودنی‌ها به‌صورت داوطلب انتخاب نشده‌اند، در تعمیم‌پذیری آن باید احتیاط کرد. از این‌رو، پیشنهاد می‌گردد، به‌منظور تعمیم مطمئن‌تر نتایج، پژوهش حاضر در مناطق جغرافیایی مختلف و به‌صورت تصادفی انجام شود.

سپاسگزاری

نویسندگان از مدیر مهرآور و کلیه زوجین شرکت‌کننده که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند تشکر می‌نمایند.

References

- Ahangar, A., Sedghpour, B. S., & Ashrafi Khozani, H. (2013). Reform, validating, stabilization and normalization scale fear of intimacy women. *Cultural-Educational Quarterly of Women and Family*, 8(24), 47-65. (Persian)
- Asadpour, E., & Veisi, S. (2017). The effectiveness of emotionally focused couple therapy on sexual self-esteem and sexual function in women with multiple sclerosis. *Arak Medical University Journal*, 20(7), 1-12. (Persian)
- Bahrami, N., Yaghoobzadeh, A., Sharif Nia, H., Soliemi, M., & Haghdoost, A. (2016). Psychometric properties of the persian version of larsons sexual satisfaction questionnaire in a sample of Iranian infertile couples. *Iranian Journal of Epidemiology*, 12 (2), 18-31. (Persian)
- Badihi Zeraati, F., & Mousavi, R. (2016) Efficacy of emotion-focused couple therapy on the change of adult attachment styles and sexual intimacy of couples. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 7(25), 71-90. (Persian)
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., McDuff, P., & Gregoire, A. B. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 2024-2035.

- Capouzzi, D., & Stauffer, M. (2015). *Foundation of couples: marriage and family counseling*. Translated by: Shokouh Navabi Nejad, Nadereh Saadati and Mehdi Rostami. Tehran: Publishing, Jungle. (Persian)
- Conoley, C., Graham, J. M., Neu, T., Craig, M. C., O'pry, A. M. Y., Cardin, S. A., & Parker, R. I. (2003). Solution- focused family therapy with three aggressive and oppositional-acting children: An empirical study. *Family Process*, 42(3), 361-374.
- Constantine, G., Graham, S., Portman, D. J., Rosen, R. C., & Kingsberg, S. A. (2015). Female sexual function improved with ospemifene in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: Results of a randomized, placebo-controlled trial. *Climacteric*. 18(2), 226-32.
- Dahl, J., Stewart, I., Martell, C. H., & Kaplan, J. S. (2015). *Act & Rft in relationships; helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory*. Translation: Navabinejad, Saadati and Rostami. Tehran: Jangal. (Persian)
- Descutner, C. J., & Thelen, M.H. (1991). Development and validation of a fear of intimacy scale. *Psychological Assessment*, 3(2), 218-225.
- Falahzadeh, H., Sanani Zaker, B., & Farzad, V. (2013). A study on the effectiveness of emotionally focused couple therapy and integrated systemic couple therapy on reducing intimacy anxiety. *Journal of Family Research*, 8(4), 465-484. (Persian)
- Falahzadeh, H., Farzad, V., & Falahzadeh, M. (2010). A study of the psychometric characteristics of fear of intimacy scale (FIS). *Journal of Research in Psychological Health*, 5(1), 70-80. (Persian)
- Fletcher, G. (2002). *The new science of intimate relationships*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Ghaderi, Z., Refahi, Z.H., & Baghban, M. (2015). The effect of emotion focused method training approach on marital intimacy. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 16(2), 77-83. (Persian)
- Ghamari, M. (2009). The effectiveness of solution-focused counseling in decreasing different dimensions of marital conflict of dual-career couples. *Journal of Family Research*, 5(3), 347-359. (Persian)
- Glina, S., Roehrborn, C.G., Esen, A., Plekhanov, A., Sorsaburu, S., Hennes, C., Büttner, H., & Viktrup, L. (2015). Sexual function in men with lower urinary tract symptoms and prostatic enlargement secondary to benign prostatic hyperplasia: results of a 6-month, randomized, double-blind, placebo- controlled study of tadalafil coadministered with finasteride. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 129-138
- Girard, A., & Woolley, SR. (2017). Using emotionally focused therapy to treat sexual desire discrepancy in couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(8), 720-735.

- Hamed, B., Shafi Abadi, A., Navabi Nejad, Sh., & Delavar, A. (2013). The effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital intimacy and self- efficacy in students. *Journal of Educational Administration Research Quarterly*, 4(15), 43-56. (Persian)
- Honarparvaran, N., Tabrizi, M., Navabi Nejad, SH., & Shafi Abadi, A. (2010). The effectiveness of emotion-oriented approach on sexual satisfaction of couples. *Journal of Clinical Psychology Andishe VA Raftar*, 4(15), 59-70. (Persian)
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17(2), 74-157.
- Hoseini, T., Amiri Majd, M., & Ghamari, M. (2013). The effectiveness of solution-focused group counseling in enhancing marital intimacy of married women. *Journal of Health Breeze*, 1(4), 52-58. (Persian)
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection* (2nd Ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M. (2007). The contribution of emotionally focused couple therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 47-52.
- Johnson, S. M., & Wittenborn, A. K. (2012). New research findings on emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 18-22.
- Johnson, S. M., Simakhodskaya, Z., & Moran M. (2018). Addressing issues of sexuality in couples therapy: emotionally focused therapy meets sex therapy. *Current Sexual Health Reports*, 10(2), 65-71.
- Larson, J. H., Anderson, S.M., Holman, T. B., & Niemann, B. K. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24, 193-206
- Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment in couple using emotionally focused therapy insteps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 1055- 1064.
- Macdonald, A. J. (2007). *Solution focused therapy theory, research & practice*. SAGE Publications Asia-Pacific Pte Ltd.
- Mofid, V., Fatehi Zadeh, M., Ahmadi, A., & Etemadi, O. (2015). The effect of solution-focused counseling on sexual satisfaction and family function among women in isfahan. *Knowledge & Research in Applid Psychology*, 17(3), 73-80. (Persian)
- Montesi, J. L., Conner, B.T., Gordon, E.A., Fauber, R.L., Kim, K.H., & Heimberg, E. (2013). On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 81-91.

- Mooshkbid Haghghi, M., Shams Mofarahe, Z., Majd Timory, M. M. V., & Hosseini, F. (2002). The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples. *Iran Journal of Nursing*, 15 (32 & 33), 15-19 (Persian)
- Miri, M., Miri, M., Sharifzade, G., & Miri, M. (2014). Evaluating the impact of relationship enrichment education on marital satisfaction of primary school female teachers in Birjand, *Modrn Care Journal*, 11 (3), 177-185. (Persian)
- Nazari, A. M., & Beyrami, M. (2008). The study of effects of solution-focused counseling on subscales of aggression, togetherness, financial issues, and sex of marital satisfaction of dual-career couples. *Journal Management System*, 3(9), 93-117. (Persian)
- Rezaeian, H., Massumy, S., & Hosseinian, S. (2017). The study and comparison self-differentiation, communication patterns, and sexual satisfaction in divorce-applicant and normal couples. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 7(2), 17-32.
- Seyyed Moharrami, I., Ghanbari Hashem Abadi, B.A., & Asghari Ebrahim Abad, M.J. (2014). The effect of solution-focused group counseling on family function and marital satisfaction. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 5(1), 23-40. (Persian)
- Shakarami, M., Davarniya, R., Zaharakar, K., & Talaeian, R. (2015). Effectiveness of brief solution-focused group couple therapy on improving marital quality in women. *Razi Journal Medical Sciences*, 22 (131), 1-13. (Persian)
- Sherma, R. (2007). *A task analytic examination of dominance in emotionfocused couple therapy*. Thesis for degree of doctor of psychology of York University, Toronto.
- Sobral, M. P., & Costa, M.E. (2015). Development of the fear of intimacy components questionnaire (FICQ) embracing a dependence component. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(4), 302-309.
- Sobral, M. P., Teixeira, C. P., & Costa, M. E. (2015). Who can give me satisfaction? partner matching in fear of intimacy and relationship satisfaction. *The Family Journal*, 23(3), 247-253.
- Sobral, M. P., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2014). Fear of intimacy among couples: dyadic and mediating effects of parental inhibition of exploration and individuality and partner attachment. *Journal Family Science*, 6 (1), 380-388.
- Stalker, C., Levene, J., & Coady, N. (1999). Solution-focused brief therapy-one model fits all? Families in society: *The Journal of Contemporary Social Services*, 80(5), 468-477.
- Szymanski, D. M., & Hilton, A. N. (2013). Fear of intimacy as a mediator of the internalized heterosexism-relationship quality link among men in same-sex relationships. *Contemporary Family Therap*, 35(4), 760-772.
- Stewart, J.W. (2011). *A pilot study of solution focused brief therapeutic intervention for couples*. [Dissertation]. Utah State University.

- Phillips, T. M., Wilmoth, J. D., Wall, S.K., Peterson, D. J., Buckley, R., & Phillips, L.E. (2013). Recollected parental care and fear of intimacy in emerging adults. *The Family Journal*, 21(3), 335-341.
- Popovice, M. (2005). Intimacy and its relevance in human functioning. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(1), 31-49.
- Vangelisti, A. L., & Beck, G. (2007). *Intimacy and fear of intimacy*. In L. L. Abate, D. D. Embry, & M. S. Baggett (Eds.), *Handbook of low-cost interventions to promote physical and mental health: Theory, research, and practice* (pp. 395-414). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Wolven, L. J. (2009). Real estate and divorce: Breaking up is hard to do. Tax management real estate *Journal Washington & Lee University of Law*, 25(9), 203-211.
- Woldarsky, C. (2006). *A task analysis of forgiveness in emotion-focused couple therapy*. Thesis for degree of Master of Arts of York University, Toronto.
- Young, M., & Lurise, R. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(3), 115-127.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Ducut, W. (2010). Positive and negative romantic relationship quality: Age, familiarity, attachment and wellbeing as correlates of couple agreement and projection. *Journal of Adolescence*, 33(4), 981-910.

