

بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوجها

A Study On the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Integrated Systemic Couple Therapy on reducing Intimacy Anxiety

H. Falahzade, Ph.D. ✉

B. Sanai Zaker, Ph.D.

V. Farzad, Ph.D.

✉ دکتر هاجر فلاح‌زاده

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی

دکتر باقر ثنائی‌ذاکر

عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت معلم

دکتر ولی‌اله فرزاد

عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت معلم

دریافت مقاله: ۹۰/۴/۱۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۱/۱۰/۱

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۵

Abstract

This study examined the effectiveness of emotionally focused couple therapy (EFT) and integrated systemic couple therapy (IST) on resolving intimacy anxiety. For this purpose, 30 couples were randomly selected and based on their pretests were assigned into two experimental and one control groups. Research instruments were Fear of Intimacy Scale (FIS) (Descutner & Thelen), and The

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوجها صورت گرفته است. نمونه شامل ۳۰ زوج داوطلب شرکت در مطالعه بود، که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای گرفتند. هر سه گروه به مقیاس سازگاری زناشویی (DAS) به عنوان پیش‌آزمون جهت غربال‌گری، و مقیاس ترس از صمیمیت (FIS) به عنوان پیش‌آزمون،

✉ Corresponding author: Shahid Beheshti University, Evin, Tehran, Iran
Tel: +9802129902459
Email: falahzade@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: اوین، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

تلفن: ۲۹۹۰۲۴۵۹

پست الکترونیکی: falahzade@yahoo.com

Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Spanier, 1976).

A Nine-session of EFT was conducted for one experiment group and eight sessions of IST for the other. The control group did not receive any treatment. These three groups completed post test at the end of the experiment, and follow-up test 3 months later. Results indicated that EFT and IST significantly decreased intimacy anxiety in couples, and the treatment effect was consistent after 3 months follow-up.

Keywords: Emotionally Focused Couple Therapy, Integrated Systemic Couple Therapy, intimacy anxiety.

پس‌آزمون و آزمون پیگیری پاسخ دادند و نتایج آن با استفاده از تحلیل واریانس کورت‌های تقسیم شده^۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. هم‌چنین برای تعیین تفاوت بین میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بوون فرونی استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین تأثیر هر دو روش زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی‌تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت در مقایسه با گروه کنترل بود؛ اما بین این دو روش درمانی تفاوت معناداری یافت نشد. هم‌چنین نتایج نشان‌دهنده پایدار بودن اثر درمان بعد از گذشت ۳ ماه بود.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی سیستمی‌تلفیقی، اضطراب صمیمیت

مقدمه

نیاز به برقراری و حفظ پیوند و روابط نزدیک با دیگران به‌عنوان انگیزه اساسی و بنیادی بشر قلمداد می‌شود. بیشتر افراد ازدواج را به‌عنوان صمیمانه‌ترین رابطه بزرگسالی محسوب می‌کنند، رابطه‌ای که برای آن‌ها منبع اصلی عاطفه و حمایت است. توانایی پروراندن صمیمیت یک عامل بین‌شخصی است که اهمیت آن اغلب به خاطر نقش اساسی‌اش در رشد روابط نزدیک و رابطه‌اش با رضایت زناشویی است (گریف و مالهرب^۲، ۲۰۰۱). به نظر می‌رسد که صمیمیت، تعهد را در روابط بهبود بخشیده و سازگاری ارتباطی را افزایش می‌دهد (وارینگ^۳ و دیگران، ۱۹۸۱). به‌طور ایده‌آل، روابط بین‌فردی نزدیک، به افراد اجازه می‌دهد که نیاز خود 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 (فلتچر^۴، ۲۰۰۲). توانایی برقراری و حفظ صمیمیت با دیگران به افراد کمک می‌کند با مشکلات ارتباطی کنار آیند و روابطی رضایت‌بخش داشته باشند؛ در حالی که اجتناب از صمیمیت مشخصه افرادی است که روابطشان را کمتر رضایت‌بخش توصیف می‌کنند. کسانی که از صمیمیت می‌ترسند یا از صمیمیت اجتناب می‌کنند، احتمالاً نزدیک شدن به دیگران و برقراری روابط گرم و رضایت‌بخش برایشان دشوار است (پارگر^۵، ۱۹۸۹).

صمیمیت، یکی از نیازهای اساسی بشر برای حفظ سلامت روانی و سازگاری روان‌شناختی محسوب می‌شود (دسکاتر و تلتن، ۱۹۹۱). روابط خیلی صمیمانه منبع مهمی برای شادی فردی و حس معنا در زندگی است (بارتولومئو، ۱۹۹۰). در مقابل، کمبود صمیمیت با افسردگی، عزت نفس پایین، اضطراب و رضایت ارتباطی پایین مرتبط است (دسکاتر و تلتن، ۱۹۹۱، پیلیج^۷ و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این، اجتناب از روابط صمیمانه می‌تواند اثرات بدی بر سلامت هیجانی داشته باشد که منجر به تنهایی، انزوای هیجانی و پاسخ‌های ناکارآمد به استرس می‌شود (دویی^۸ و تلتن، ۱۹۹۳).

دن دنیو و جانسون^۹ (۱۹۹۴) در تعریفی عملیاتی، صمیمیت را به‌عنوان رویدادی ارتباطی تعریف می‌کنند که در آن بی‌پرده‌گویی واقعی با همدلی پاسخ داده می‌شود. آن‌ها خاطر نشان ساخته‌اند که این بی‌پرده‌گویی ممکن است حس آسیب‌پذیری شخص را افزایش دهد، اما افراد برای کسب صمیمیت، لزوماً باید خطر نشان دادن آسیب‌پذیری‌شان به طرف مقابل را بپذیرند. کسانی که از آسیب‌پذیری می‌ترسند، به احتمال زیاد از صمیمیت نیز خواهند ترسید، و ممکن است این افراد مشکلات بیشتری را در روابط مهم‌شان تجربه کنند (جیمز و جفری^{۱۰}، ۲۰۰۴).

زوج‌ها در جامعه امروزی برای برقراری و حفظ روابط صمیمی به مشکلات شدید و فراگیری دچارند (برنشتاین و برنشتاین، ترجمه پورعابدی، ۱۳۸۴) و اغلب جهت برقراری مجدد سطوح اعتماد و رضایت در رابطه خود، به‌ویژه موضوعات مربوط به پیوندهای ارتباطی - هیجانی با افراد مهم زندگی، برای درمان مراجعه می‌کنند (جانسون و گرینبرگ^{۱۱}، ۱۹۸۵). افرادی که مشکل صمیمیت دارند اغلب به دنبال مشاوره برای مشکل زناشویی‌شان هستند، در حالی که افزایش و بهبود صمیمیت اغلب یکی از اهداف زوج‌درمانی است (لاورنس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵).

دسکاتر و تلتن^{۱۳} (۱۹۹۱)، به منظور درک و مفهوم‌سازی روابط صمیمانه، مفهوم ترس از صمیمیت را مطرح کردند، که به قابلیت بازدارنده برای تبادل افکار و احساسات مهم شخصی با دیگران در نتیجه اضطراب گفته می‌شود. افرادی که ترس از صمیمیت دارند خواهان ارتباط بین شخصی هستند ولی از طرد شدن می‌ترسند، در نتیجه طی ارتباط کلامی و غیرکلامی با دیگران، اضطراب را تجربه می‌کنند. برای خیلی‌ها تجارب سخت دوره کودکی و روابط شکست‌خورده بزرگسالی ترس آن‌ها را از این‌که صمیمیت واهی است و در نهایت آکنده از درد و ناکامی خواهد بود، تقویت می‌کند (وانگلیستی^{۱۴} و بک، ۲۰۰۷). موارد دیگری که با ترس از صمیمیت در ارتباطند عبارتند از: انکار نیاز به صمیمیت، ترس از وابسته شدن به دیگران، و ژست دروغین مصونیت^{۱۵} جاهل مآبانه^{۱۶} (فیرستون و کاتلت^{۱۷}، ۱۹۹۹). یالوم معتقد است که بسیاری از بیماران در زمینه برقراری صمیمیت مشکل دارند. بعضی از صمیمیت می‌هراسند زیرا باور دارند چیزی غیرقابل پذیرش در وجود آن‌هاست، خصوصیتی زنده و نابخشودنی. برخی دیگر به دلیل ترس از استثمار، مورد بهره‌برداری

واقع شدن یا ترک شدن، از صمیمیت می‌گریزند. برای آن‌ها یک رابطه درمانی صمیمانه، تجربه‌ای اصلاح کننده خواهد بود (یالوم، ترجمه حبیب، ۱۳۸۶).

ترس از صمیمیت مفهومی خصیصه‌ای یا خلقی است؛ زیرا می‌تواند در دامنه وسیعی از موقعیت‌ها و زوج‌ها تجربه شود. 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 (شرمن^{۱۸} و تلتن، ۱۹۹۶). مفهوم اضطراب صمیمیت با اضطراب اجتماعی متفاوت است. در اضطراب اجتماعی، اضطرابی که تجربه می‌شود در رابطه با افراد مختلف و بدون تبادل هیجانی مهمی است (دسکاتنر و تلتن، ۱۹۹۱). ترس از صمیمیت، تنها ترس از نزدیک شدن به دیگران نیست، بلکه براساس ترس‌های وجودی نیز هست. نزدیک شدن به فردی دیگر در رابطه عاشقانه، شخص را از این امر آگاه می‌کند که زندگی ارزشمند است، اما در نهایت باید از آن دست بردارد (فیرستون و کاتلت، ۱۹۹۹). اضطراب صمیمیت هنگام افزایش واقعی صمیمیت یا انتظار صمیمیت بین فردی آغاز می‌شود (فلدمن^{۱۹}، ۱۹۷۹).

درک فرایندهای بین فردی سازگارانه، مانند صمیمیت، برای سلامت و زندگی مطلوب به‌طور فزاینده به عنوان یک حوزه مطالعاتی مهمی شناخته می‌شود. علاوه بر این، وقتی زوجها از فقدان صمیمیت و علاقه به یکدیگر شکایت می‌کنند، درک بیشتر فرایندی که زیربنای صمیمیت است می‌تواند در شناخت مشکل آن‌ها کمک کننده باشد (لاورنسو و همکاران، ۲۰۰۵).

صمیمیت، اغلب تعارض‌های حل نشده دوره کودکی را تحریک کرده و چالش‌های ارتباطی جدیدی به وجود می‌آورد. نیروهای ایجادکننده علاقه و پیوند، که در صمیمیت نهفته‌اند، همیشه زوجها را با ابزارهایی جهت حل اختلافات و تعارضاتی که همواره ممکن است بروز کند، تجهیز کنند. زوجها باید راه‌های جدید برقراری ارتباط با یکدیگر را فراگیرند و فرضیات اساسی پیونددهنده خود و همسرشان را عوض کنند. زمانی که زوج‌ها در انجام این امر شکست می‌خورند، صمیمیت و تعهد متقابل گسسته^{۲۰} می‌شود. در این زمان باید اساس صمیمیت زوج‌ها اصلاح شود. اصلاح صمیمیت نیازمند بررسی پویایی‌های درون‌روانی و بین فردی است (سیگل^{۲۱}، ۱۹۹۲). از این رو یکی از راهبردهای درمانی به کار رفته در پژوهش حاضر، زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی (IST) (فلدمن ۱۹۷۹) است. فلدمن اظهار می‌دارد که زوجها ممکن است برای اجتناب از اضطراب از طریق چرخه‌های تکراری تعامل، صمیمیت را محدود کنند (فلدمن، ۱۹۷۹). او این چرخه‌های تکراری تعامل را رقص‌های زناشویی می‌نامد. در روش فلدمن، ۵ نوع رقص تعارضی زناشویی (رقص تعارض، فاصله، تعقیب کننده - اجتناب کننده^{۲۲}، خیلی مسئول - غیرمسئول، مثلث‌سازی) مطرح می‌شود. هم‌چنین به این مسئله پرداخته می‌شود که چگونه زوجها از همانندسازی فرافکنی در رقص‌های خاص‌شان به منظور

محدود کردن صمیمیت استفاده می‌کنند. در این روش، فلدمن مفهوم همانندسازی فرافکن را که یکی از مفاهیم نظریه روابط ابژه^{۲۳} است، با رقص زوجها که یک مفهوم سیستمی است تلفیق کرده است. در این روش درمانی از تکنیک‌های روابط ابژه برای توقف همانندسازی‌های فرافکن استفاده می‌شود و به مراجعان کمک می‌شود عواطف فرافکنی شده و انکار شده خود را بپذیرند و تعارض موجود در سطح درون‌روانی خود را حل کنند، به‌گونه‌ای که دیگر رقص‌زناشویی برای این موضوعات لازم نباشد.

یکی دیگر از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت، درمان هیجان‌مدار جانسون و گرینبرگ (۱۹۸۵) است. زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) جهت کاهش آشفتگی در روابط عاشقانه بزرگسالی و ایجاد پیوندهای دلبستگی ایمن‌تر و بازسازی الگوهای تعاملی زوجها به کار می‌رود (جانسون و همکاران، ۲۰۰۵). عناصر کلیدی تجربه، مانند نیازها و ترس‌های دلبستگی در جلسه درمان آشکار و متبلور می‌شوند. در جریان درمان، گام‌های کوچکی به سمت درگیری هیجانی ایمن برداشته می‌شود که بر اساس آن زوجها می‌توانند برای همدیگر آرامش و امنیت و اطمینان دوباره فراهم کنند. این رویکرد شامل سه مرحله و نه گام است. درمانگر از مداخلات چندی برای فراهم کردن زمینه جهت تسهیل تغییر الگوهای مشکل‌زا استفاده می‌کند و نقشی تسهیل‌کننده جهت کمک به زوجها برای یافتن راه‌حل جدید ایفا می‌کند (کوری^{۲۴}، ۲۰۰۱).

دلیل انتخاب این دو رویکرد این است که هر دو به نحوی بر الگوهای ارتباطی و تعامل زوجها متمرکز می‌کنند. بر اساس یکی از چهار فرض کلیدی EFT، زوجها در الگوهایی منفی گرفتار شده‌اند که از پاسخگویی مورد نیاز برای پیوند ایمن جلوگیری می‌کند. این زوجها نیازمند حمایت برای فرمول‌بندی نیازها و ترس‌های دلبستگی‌شان هستند تا بتوانند به شیوه‌ای درست پیوند ایمن را بهبود بخشند (جانسون و همکاران، ۱۹۹۹).

تاکنون مطالعات زیادی تأثیر EFT را بر زوجهاى آشفته بررسی کرده‌اند. اکثر این تحقیقات، آزمایش‌های بالینی تصادفی بوده‌اند که در آن EFT با دیگر رویکردهای روان‌شناختی یا دارودرمانی، یا گروه کنترل مقایسه شده است (جانسون و همکاران، ۱۹۹۹؛ گلدمن^{۲۵} و گرینبرگ، ۱۹۹۲؛ جیمز، ۱۹۹۱؛ جانسون و گرینبرگ، ۱۹۸۵؛ واکر^{۲۶}، جانسون، منیون^{۲۷}، و کلویتیر^{۲۸}، ۱۹۹۶). هم‌چنین پژوهش‌های صورت گرفته اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار را بر افزایش سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر (عرفان‌منش، ۱۳۸۶)، افزایش صمیمیت زوجها (دن دنیو و جانسون، ۱۹۹۴؛ جانسون و تلیت من^{۲۹}، ۱۹۹۷)، برطرف کردن احساس خشم، گناه، غم و ناامیدی در زوجها (فینی^{۳۰}، ۲۰۰۲)، حل صدمه دلبستگی، بهبود رضایت زناشویی، کاهش اضطراب دلبستگی، و افزایش اعتماد ارتباط (مکینن^{۳۱}، ۲۰۰۴)، نشان داده است.

باتلر^{۳۲} و همکاران (۲۰۰۲)، در مطالعه‌ای نشان دادند که EFT می‌تواند در درمان مشکلات ارتباطی مفید باشد. آن‌ها این تحقیق را بر روی ۳۰ زوج که در برقراری روابط صمیمانه با همسرانشان دچار مشکل بودند انجام دادند و دریافتند که عدم برقراری روابط صمیمانه زنان با مردان مربوط به عدم بیان هیجان و احساسات و یا عدم آگاهی از احساساتشان است. بنابراین این زنان همواره در یک ارتباط صمیمانه و نزدیک با همسرانشان دچار احساس ترس، خجالت و شرم می‌شوند و به این دلیل از ازدواجشان احساس نارضایتی می‌کنند. لذا EFT می‌تواند در مورد زنان در زمینه آگاهی و سازگاری با این احساسات، و در ایجاد روابط صمیمانه و نزدیک با همسرانشان مؤثر باشد.

بایرن، کر، و کلارک^{۳۳} (۲۰۰۴) به منظور مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری (BCT) با درمان هیجان‌مدار (EFT) در زوج‌های آشفته، به بررسی نتایج ۲۰ مطالعه درمانی پرداختند. ۱۳ مورد از آن تحقیقات BCT و ۷ مورد دیگر EFT بود. نتایج این مقایسه نشان داد که BCT منجر به دستاوردهای کوتاه‌مدت و بلندمدت برای آشفتگی زناشویی متوسط تا شدید می‌شود، و احتمالاً در درازمدت منجر به پیامدهای بهتر نمی‌شود. اضافه کردن یک جزء درمان شناختی به BCT یا استفاده از درمان‌های مختلف، اثربخشی BCT را بهبود نبخشد. EFT منجر به دستاوردهای کوتاه مدت و بلندمدت برای آشفتگی زناشویی خفیف تا متوسط می‌شود. نتایج آن‌ها نشان داد EFT ممکن است نسبت به درمان سیستمی تلفیقی اثربخشی کمتری داشته باشد.

گلدمن و گرینبرگ (۱۹۹۲)، در مطالعه‌ای نشان دادند که EFT و درمان سیستمی التقاطی (IST) به‌طور مساوی در بهبود سازگاری زناشویی مؤثرند. در یک پیگیری ۴ ماهه، میانگین گروه IST بیشتر از گروه EFT بود. این محققین خاطرنشان ساختند که زوج‌های مورد مطالعه در این تحقیق آشفته‌تر از زوج‌های تحقیق جانسون و گرینبرگ (۱۹۸۵، به نقل از گلدمن و گرینبرگ، ۱۹۹۲) بودند، و این ممکن است توجیهی برای تفاوت دو گروه IST و EFT در پیگیری بعدی باشد. از این رو ممکن است EFT برای زوج‌های بسیار آشفته در یک دوره طولانی کمتر اثربخش باشد (باوکوم^{۳۴} و همکاران، ۱۹۹۸). گوردون^{۳۵} و همکاران (۲۰۰۴) نیز به نتایج مشابه با نتایج پژوهش گلدمن و گرینبرگ (۱۹۹۲) دست یافتند. کوهن^{۳۶} (۲۰۰۷) نیز از رویکرد تلفیقی در زوج‌درمانی برای حل بن بست درمانی استفاده کرد. او در این رویکرد تلفیقی، از تفکر روابط ابژه، روان‌شناسی خود و تفکر سیستمی استفاده کرد و به این نتیجه رسید که تغییر در شیوه‌های درمانی، کار مورد نیاز روی سیستم‌های خود هر یک از زوجها را که روابط زوجی را بهبود می‌بخشند، امکان‌پذیر می‌سازد.

با توجه به این که اضطراب صمیمیت مفهومی جدید در ادبیات زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی است، تحقیقات انجام شده در این زمینه محدود به چند مطالعه است. هیچ یک از این پژوهش‌ها به طور اختصاصی تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی را در درمان اضطراب صمیمیت زوجها بررسی نکرده و این دو رویکرد را با هم مقایسه نکرده‌اند. پژوهش حاضر با این امید

انجام شده است که خلأ موجود در این زمینه را پر کند. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی بر کاهش اضطراب از صمیمیت زوجها، بررسی تفاوت اثربخشی این دو روش درمانی، و تعیین میزان پایداری این اثربخشی در طول زمان است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر شبه تجربی است و برای انجام آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل زوج‌هایی است که به دلیل داشتن تعارضات و مشکلات ارتباطی، از طریق آگهی‌های منتشر شده در مناطق ۲، ۵، و ۲۲ شهر تهران، از فروردین تا خرداد ۱۳۸۸ داوطلب شرکت در دوره افزایش صمیمیت بودند. سن آن‌ها بین ۲۰ الی ۴۰ سال بوده، حداقل یک و حداکثر ۱۵ سال از ازدواج‌شان گذشته بود و این ازدواج، ازدواج اول‌شان بود؛ در زمان انجام تحقیق در یک خانه و با هم زندگی می‌کردند، متقاضی طلاق نبودند و نمره‌شان در مقیاس سازگاری زناشویی (DAS) بین ۷۵-۹۷ بود، یعنی دارای آشفتگی خفیف تا متوسط بودند. سپس از بین ۱۱۲ زوج داوطلب شرکت کننده در آزمون، تعداد ۷۹ زوج واجد شرایط شرکت در آزمون تشخیص داده شدند و از این تعداد، ۳۰ زوج (۶۰ نفر) به روش تصادفی ساده برای شرکت در این پژوهش انتخاب شده، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای گرفتند. ۱۰ زوج در گروه زوج درمانی هیجان‌مدار، ۱۰ زوج در گروه زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی و ۱۰ زوج در گروه کنترل؛ هر گروه سه بار در معرض اندازه‌گیری‌های آزمایشی قرار گرفت (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و آزمون پیگیری).

ابزارهای اندازه‌گیری

برای گردآوری داده‌ها در این پژوهش از دو ابزار اندازه‌گیری استفاده شد:
الف: مقیاس سازگاری زناشویی^{۳۷} (DAS): مقیاسی ۳۲ آیتمی است که توسط اسپانیر^{۳۸} (۱۹۷۶) به منظور بررسی کیفیت سازگاری رابطه زناشویی یا روابط دونفری مشابه آن تهیه شده است. این مقیاس یک نمره سازگاری کلی و چهار نمره در خرده‌مقیاس‌های رضایت دونفری (۱۰ آیتم)، توافق دونفری (۱۳ آیتم)، همبستگی دونفری (۵ آیتم)، و ابراز محبت (۴ آیتم) به دست می‌دهد. نمره کلی این مقیاس از لحاظ نظری بین ۰ الی ۱۵۰ است. نمرات بالا نشان‌دهنده آشفتگی کمتر و سازگاری بهتر است. نرم‌های رایج، نمره میانگین کل ۱۱۴/۸ را با انحراف معیار ۱۷/۸ نشانگر زوج‌های شاد و

نمره ۷۰/۷ را با انحراف معیار ۲۳/۸ نشانگر زوج‌های مطلقه می‌دانند. به‌طور کلی نمره‌های بالاتر از ۹۷ نشان‌دهنده رضایت زناشویی بیشتر است

نمره پایین‌تر از ۹۷ حداقل یکی از زوجها برای شرکت در مطالعه ضروری است. به‌طور کلی کسانی که در این مطالعه شرکت داشتند، باید نمره کل‌شان بین ۹۷-۷۵ می‌بود، بنابراین در پژوهش حاضر از این پرسشنامه به منظور انتخاب زوج‌های دارای آشفتگی متوسط استفاده شده است.

پایایی چهار خرده‌مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به‌دست آمد که برای هر ۴ خرده‌مقیاس عبارت است از: (۱) توافق دونفری (۰/۹۰؛ ۲) رضایت دونفری (۰/۹۴؛ ۳) همبستگی دونفری (۰/۷۳؛ و ۴) ابراز محبت ۰/۹۶ که حاکی از همسانی درونی آزمون است. روایی وابسته به ملاک با سنجش تفاوت هر یک از آیت‌ها با ملاک خارجی و وضعیت زناشویی (زوج‌های مطلقه در مقابل متأهل) به‌دست آمد. در نمرات کل مقیاس، زوج‌های متأهل و مطلقه به‌طور معنادار ($P < 0.01$) با هم تفاوت داشتند. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی و همبستگی این مقیاس با مقیاس سازگاری زناشویی لاک - والک^{۳۹} به‌دست آمد. همبستگی ۰/۸۶ برای پاسخ‌دهنده‌های متأهل و ۰/۸۹ برای مطلقه‌ها بود (میلیکین^{۴۰}، ۲۰۰۰). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۱) به دست آمد که حاکی از همسانی درونی بالای آن است.

ب: مقیاس ترس از صمیمیت^{۴۱} (FIS): مقیاس ترس از صمیمیت (FIS) دسکاتر و تِلن، (۱۹۹۱)، یک مقیاس ۳۵ آیتمی خودگزارشی است. کارول دسکاتر و مارک تِلن (۱۹۹۱) این مقیاس را به منظور سنجش اضطراب‌های مربوط به روابط نزدیک تهیه کردند؛ خواه افراد در یک رابطه عاشقانه درگیر باشند یا خیر. هم‌چنین این مقیاس ترس افراد را در دامنه وسیعی از موقعیت‌ها و روابط بین‌شخصی آشکار می‌سازد (شرمن و تِلن، ۱۹۹۶). از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود در حالی که تصور می‌کنند در یک رابطه نزدیک قرار دارند، به تکمیل پرسش‌نامه بپردازند و هر یک از ۳۵ آیتم را بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه توصیف‌کننده من نیست) تا ۵ (کاملاً توصیف‌کننده من است) درجه‌بندی کنند.

یافته‌های دسکاتر و تِلن (۱۹۹۱) نشان می‌دهد افرادی که در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند، مشکلات متعددی در زمینه صمیمیت دارند. آن‌ها در مقایسه با افرادی که نمره پایین گرفته‌اند تصدیق می‌کنند که دیگران در شناخت آن‌ها مشکل دارند، روابطشان معمولاً بیش از چند ماه ادامه نمی‌یابد، از کیفیت روابط رمانتیک خود رضایت کمتری دارند، در صمیمی شدن با دیگران احساس راحتی نمی‌کنند، پس از ازدواج یا برقراری روابط بلندمدت انتظار ندارند که احساس رضایت داشته باشند، و معمولاً به مراتب تنهاتر از دیگران هستند. در گروه نمونه دسکاتر و تِلن (۱۹۹۱) نمره آزمودنی‌ها در ۳۵ آیتم FIS بین ۱۳۲-۴۰، با میانگین ۷۸/۷۵ (مردان، ۸۱/۹۰ و زنان، ۷۶/۱۰) و

انحراف معیار ۲۱/۸۲ (مردان، ۲۰/۵۲ و زنان، ۲۲/۶۱) به‌دست آمده است. یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نشان‌دهنده ترس از صمیمیت است.

دسکاتنر و تلن (۱۹۹۱) برای تعیین پایایی و روایی FIS از دانشجویان استفاده کردند. برای تعیین روایی سازه و روایی افتراقی (واگرا)، آزمودنی‌ها نسخه‌های اصلاح شده پرسشنامه خودافشایی جورارد^{۴۲} (JSDQ)، مقیاس صمیمیت اجتماعی میلر (MSIS)، مقیاس تجدیدنظر شده تنهایی یوکلاد^{۴۳} (RULS)، مقیاس جذابیت اجتماعی مارلو - کرون^{۴۴} (M-CSPS)، فرم کوتاه نیاز به شناخت (NCS)، و آیتم خودسنجی دوستی و صمیمیت را تکمیل کردند.

نتایج مطالعه اولیه دسکاتنر و تلن (۱۹۹۱) نشان داد که FIS از همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ، ۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی بالایی (F=۰/۸۹) برخوردار است. به علاوه تحلیل عاملی این آزمون نشان داد که تنها یک عامل که ۳۳/۴٪ واریانس را برآورد می‌کند در مقیاس غالب است، که حاکی از روایی سازه این مقیاس به‌عنوان آزمونی است که ماهیتاً تک‌بعدی است.

این مقیاس در جامعه ایرانی، توسط محقق هنجار شده و روایی و پایایی آن بررسی شده است. حجم نمونه در این پژوهش هنجاریابی شامل ۵۶۷ نفر است که از این تعداد ۳۲۹ نفر (۵۸٪) زن و ۲۳۸ نفر (۴۱/۹٪) مرد بودند. نتایج به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین نمره افراد در مقیاس ترس از صمیمیت ۷۲/۸۲ با انحراف استاندارد ۱۶/۵۲ می‌باشد. یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین به‌عنوان داشتن ترس از صمیمیت در نظر گرفته می‌شود و هرچه نمره بالاتر باشد، ترس از صمیمیت بیشتر است. بین میانگین نمره زنان و مردان از نظر آماری تفاوت معنادار مشاهده نشد. همسانی درونی کل مقیاس ۰/۸۳، عامل ۱، ۰/۸۱ و عامل ۲، ۰/۷۹ است. ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس ۰/۹۲ و برای عامل‌های فرعی ۱ و ۲ به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به‌دست آمد. جهت تعیین روایی ابزار از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. تحلیل عاملی داده‌های پرسشنامه، منجر به استخراج ۲ عامل شد. بدین ترتیب که ۳۰ ماده روی عامل ۱ و ۵ ماده روی عامل ۲ قرار دارند. عامل ۱ «رابطه با همسر» است و میزان ترس از صمیمیت در رابطه با همسر را نشان می‌دهد. ارزش ویژه این عامل برابر با ۶/۷۸۲ بوده و میزان ۳۹/۴ درصد از واریانس را تبیین می‌کند. عامل ۲ «رابطه با دیگران» است و میزان ترس از صمیمیت را در رابطه با دیگران مشخص می‌کند. ارزش ویژه این عامل برابر با ۳/۶۹۹ بوده و میزان ۱۶/۷ درصد از واریانس را تبیین می‌کند. همچنین تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که داده‌ها از برازش خوبی برخوردارند (فلاچ‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰).

شیوه اجرا

برای اجرای این پژوهش ابتدا ۳۰ زوج انتخاب شده در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به ابزارهای اندازه‌گیری پاسخ دادند. سپس متغیرهای مستقل یعنی زوج‌درمانی هیجان‌مدار

و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی بر روی زوج‌های هر دو گروه آزمایشی به صورت زوج‌درمانی انفرادی اعمال شد و پس از پایان جلسات درمانی دو گروه آزمایش و گروه کنترل مجدداً ابزارهای اندازه‌گیری را به‌عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. بعد از گذشت سه ماه از اجرای متغیرهای مستقل، هر سه گروه آزمون‌های مورد نظر را با عنوان آزمون پیگیری تکمیل کردند.

تعداد جلسات درمانی برای زوج‌درمانی هیجان‌مدار ۹ جلسه و برای زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی ۸ جلسه بود. در هر جلسه ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبلی مطرح شده و به این ترتیب دو جلسه به هم ربط داده می‌شد. جلسات درمانی هر دو هفته یک‌بار و به مدت ۹۰ دقیقه برگزار می‌شد. جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار از این قرار است (جانسون، ۲۰۰۴؛ و جانسون و همکاران، ۲۰۰۵).

جلسه اول: ایجاد همدلی با زوج‌ها؛ ایجاد اتحاد درمانی بین زوج و درمانگر در مورد اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان؛ درک چگونگی شکل‌گیری رابطه فعلی و آنچه زوج‌ها را برای درمان برانگیخته است؛ ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه و یافتن درکی روشن از مشکل آن‌ها.

جلسه دوم: ارزیابی تاریخچه دلبستگی و صمیمیت مراجعان و فرضیه‌سازی درباره آسیب‌پذیری و موضوعات دلبستگی نهفته هر یک از زوج‌ها در رابطه؛ ردگیری و توصیف زنجیره‌های تکرارشونده که آشفتگی زوج‌ها را تداوم بخشیده و موقعیت هر یک از آن‌ها را در رابطه متبلور می‌سازد؛ یافتن موانع درونی و بیرونی صمیمیت و ردگیری هیجانی در هر یک از زوج‌ها؛ تحلیل حالت‌های هیجانی همراه با چرخه‌های دشوار و آشنایی زوج‌ها با چرخه‌های منفی تعامل.

جلسه سوم: دستیابی به هیجان‌های شناخته شده نهفته در موقعیت‌های تعاملی و شناسایی احساسات اولیه و ثانویه هر یک از زوج‌ها، قاب‌گیری مجدد مشکل و چرخه تعاملی زوج‌ها.

جلسه چهارم: تشدید تجربه هیجانی، افزایش تمایل به درگیری و رویارویی هیجانی، افزایش پاسخگویی به طرف مقابل به این صورت که مجدداً مشکل برحسب احساسات نهفته و نیازهای دلبستگی شکل داده می‌شد و همان‌گونه که زوج‌ها چرخه تعاملی و عمق هیجان‌ها را توصیف می‌کردند، درمانگر مشکل را برحسب هیجان‌های اولیه و چگونگی تأثیر این هیجان‌ها بر احساسات و میزان دلبستگی و ترس از صمیمیت آن‌ها تعریف می‌کرد.

جلسه پنجم: افزایش شناسایی نیازها و جنبه‌هایی از خود که انکار شده و به عبارت دیگر کمک به زوج‌ها برای افزایش آگاهی، درگیر شدن با هم و پذیرش مالکیت آسیب‌پذیری‌ها، صدمات و ترس‌های دلبستگی، و کمک به طرف مقابل برای شنیدن و پذیرش ترس‌های همسرش، عمیق کردن درگیری هیجانی و بیرون کشیدن آرزوها، ترس‌ها و آسیب‌های دلبستگی و ترس‌ها و اضطراب‌های صمیمیت.

جلسه ششم: پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط زوجها، بیان انتظارات خود از طرف مقابل، و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش. در این‌جا هر یک از زوجها به کمک درمانگر، خود و دیگری را آن‌گونه که هستند تجربه می‌کنند.

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.

جلسه هشتم: تسهیل بروز راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، بازتعریف رابطه توسط هر یک از زوجها، پرورش محیطی امن و خلق اعتماد، کاوش مشکلات و موضوعات قدیمی که اکنون در پرتو پایه امن ایجاد شده در جلسه میسر شده است.

جلسه نهم: شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوجها به الگوی ایمن در روابطشان و افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت‌های تعاملی جدید، مرور تغییرات ایجاد شده در رابطه توسط زوجها و خاتمه درمان.

جلسات زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی (فلدمن، ۱۹۷۹؛ فلدمن و پینسوف^{۴۵}، ۱۹۸۲؛ سیگل، ۱۹۹۲؛ شارف^{۴۶} و شارف، ۱۹۹۱؛ میدل برگ، ۱۹۹۲؛ و دنوان^{۴۷}، ۲۰۰۳) از این قرار است:

جلسه اول: ایجاد همدلی با زوجها، آشنایی زوجها با قواعد و مقررات درمان، ایجاد اعتماد در زوجها برای درمیان گذاشتن افکار و احساساتشان، درک چگونگی شکل‌گیری رابطه زوجها و ارزیابی ماهیت مشکل آن‌ها.

جلسه دوم: کاوش در رابطه کنونی هر یک از زوجها با همسر، خانواده مبدأ، و دیگر افراد مهم زندگی‌شان؛ بررسی تاریخچه خانواده مبدأ و رابطه هر یک از زوجها با خانواده اصلی خود؛ تسهیل بیان احساسات هر یک از زوجها در مورد افراد مهم زندگی‌شان؛ تشکیل جلسات فردی با هر یک از زوجها به منظور کاوش بیشتر در دیدگاه‌های آن‌ها.

جلسه سوم: بررسی و کشف الگوهای ارتباطی ناکارآمد، تمرکز بر خصوصیات شخصی هر یک از زوجها و تسهیل بیان احساسات زوجها در مورد روابط ناکارآمد خود با افراد مهم در زمان حال؛ شناسایی نیروهای مؤثر در تکرار الگوهای تعاملی و آشنایی با جنبه‌های دفاعی رقص‌های زوجها یا همان چرخه‌های تکرارشونده، و شناسایی اضطراب موجود در پشت این دفاع‌ها و مواجهه با آن‌ها توسط هر یک از زوجها.

جلسه چهارم: کار روی مقاومت و تسهیل بیان احساسات و تمایلات نهفته زوجها در مورد افراد مهم زندگی‌شان؛ تخلیه هیجانی زوجها در مورد الگوهای ناکارآمد خود و ارتباطی که تجربه می‌کنند؛ بحث در مورد افکار و رفتارهای خودتخریب‌گری که در مقابله با این اضطراب به کار می‌برند.

جلسه پنجم: تمرکز بر الگوهای تعاملی تکرار شونده یا رقص‌ها؛ کشف دفاع‌ها و مقاومت‌هایی که موجب تثبیت می‌شوند؛ مواجهه همدلانه با این تعارضات و مغایرت‌هایی که میان احساسات نهفته زوجها و رفتار فعلی آن‌ها وجود دارد؛ بررسی و بیان عواملی که مانع برآورده شدن تمایلات نهفته می‌شود و بررسی آن عوامل در خانواده اصلی؛ بررسی همانندسازی‌های فرافکنی که هر یک از زوجها در رابطه با همسرش انجام می‌دهند.

جلسه ششم: تغییر و اصلاح رقص‌ها؛ تغییر اضطراب‌ها، دفاع‌ها و تمایلات پنهانی هر یک از زوجها با توجه به همانندسازی‌های خانواده اصلی و روابط فعلی؛ کار روی مواجهه هر یک از زوجها با اضطراب طرف مقابل، و تشدید زنجیره‌های همانندسازی فرافکنی.

جلسه هفتم: سعی در تعمیم رابطه درمانی به دیگر روابط زندگی فرد به‌ویژه در بیرون از جلسه درمان؛ تشویق اعضا به تعامل‌های صمیمانه.

جلسه هشتم: بررسی و بازبینی روابطی که زوجها در طول جلسات با یکدیگر و با درمانگر داشته‌اند؛ بررسی روش‌ها و تکنیک‌هایی که می‌تواند به تداوم روابط سالم میان زوجها و افراد مهم زندگی‌شان کمک کند؛ قبول مالکیت همانندسازی‌های خود، و آماده کردن زوجها برای پایان دادن به درمان.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس کرت‌های تقسیم‌شده (SPANOVA) یا طرح‌های آمیخته با تکرار سنجش استفاده شد. از این روش می‌توان در تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های آمیخته استفاده کرد (شیولسون، ترجمه کیامنش، ۱۳۸۲). قبل از بررسی داده‌ها ابتدا آزمون Mauchly برای بررسی همگنی کوواریانس‌ها اجرا شد و نتایج در هر سه آزمون نشان داد که این آزمون معنادار نیست و بنابراین فرض همگنی کوواریانس‌ها برقرار می‌باشد. هم‌چنین برای آزمون فرضیه مربوط به وجود تفاوت بین گروه‌ها از آزمون پس از تجربه بون‌فرونی استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

از آن‌جا که تفاوت نمره‌های مردان و زنان در گروه‌ها و آزمون‌ها معنادار نبوده، لذا در ادامه میانگین نمره‌های هر دو زوج جهت بررسی اثربخشی روش‌های درمانی نسبت به گروه کنترل ارائه شده است. جدول ۱ یافته‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری را در هر سه گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۱: داده‌های توصیفی اضطراب از صمیمیت

تعداد نمونه	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	آزمون‌ها
زوج ۱۰	۱۱/۰۹	۱۱۳/۹۰	پیش‌آزمون	زوج‌درمانی هیجان‌مدار
زوج ۱۰	۸/۷۴	۶۵/۳۵	پس‌آزمون	
زوج ۱۰	۸/۷۴	۶۴/۴۰	پیگیری	
زوج ۱۰	۱۰/۸۴	۱۱۵/۳۰	پیش‌آزمون	زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی
زوج ۱۰	۱۰/۷۱	۶۷/۳۵	پس‌آزمون	
زوج ۱۰	۱۱/۵۱	۶۷/۳۰	پیگیری	
زوج ۱۰	۱۰/۸۴	۱۱۵/۷۰	پیش‌آزمون	کنترل
زوج ۱۰	۱۰/۷۱	۱۱۴/۶۵	پس‌آزمون	
زوج ۱۰	۱۱/۵۰	۱۱۳/۹۰	پیگیری	

جهت بررسی معنادار بودن تفاوت بین میانگین‌های فوق از SPANOVA استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آورده شده است.

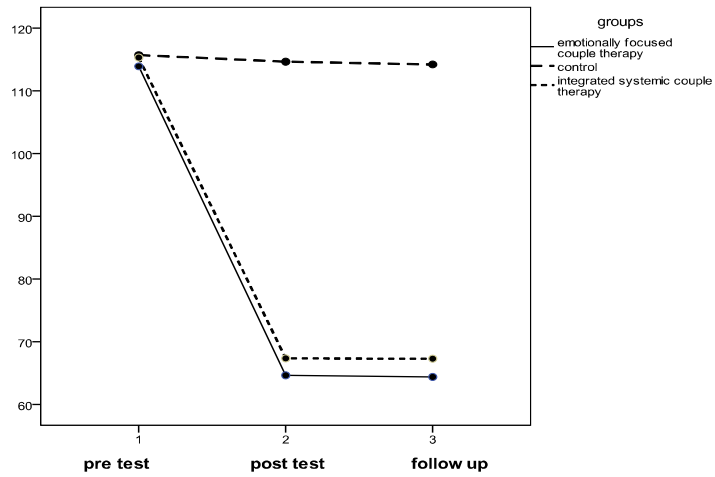
جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس کورت‌های تقسیم شده SPANOVA

سطح معناداری	مجذور اتا	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منابع متغیر
۰/۰۵	۰/۸۷۱	۲۹۳/۱۱۹	۲۰۴۲۲/۳۵۵	۱/۰۵۳	۲۱۵۳۲/۸۳۹	درون آزمودنی‌ها
۰/۰۵	۰/۷۵۷	۶۷/۰۷۷	۴۶۷۷/۹۷۸	۲/۱۰۷	۹۸۵۵/۰۴۴	آزمون‌ها
			۶۹/۷۴۱	۲۸/۴۴۰	۱۹۸۳/۴۵۰	آزمون‌ها* گروه‌ها خطا
۰/۰۵	۰/۶۵۴	۳۸/۲۰۱	۱۰۵۸۴/۷۴۴	۲	۲۱۱۶۹/۴۸۹	بین آزمودنی‌ها
			۲۷۷/۰۷۹	۲۷	۷۴۸۱/۱۲۵	گروه‌ها خطا

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین سطوح مختلف متغیر آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) تفاوت معناداری وجود دارد. $F(1/0.53, 28/440) = 293/119, P < 0/0.5$ هم‌چنین اطلاعات نشان می‌دهد که اثر تعاملی آزمون‌ها و گروه‌ها معنادار است $F(2/1.07, 28/440) = 67/0.77, P < 0/0.5$ تفاوت بین گروه‌ها نیز معنادار است $F(2, 27) = 38/2.01, P < 0/0.5$

اطلاعات نشان می‌دهد که در پس‌آزمون گروه‌های زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی، اضطراب از صمیمیت کاهش یافته است. در آزمون پیگیری در گروه‌های زوج-درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی، مقدار خیلی کمی بازگشت دیده می‌شود، ولی با این حال با پیگیری گروه کنترل تفاوت دارد.

نمودار اضطراب از صمیمیت



اضطراب از صمیمیت در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار، در پس‌آزمون و پیگیری پایین‌تر از گروه زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی و کنترل است. با توجه به این که SPANOVA نشان می‌دهد که اثر تعاملی آزمون‌ها و گروه‌ها معنادار است، برای مشخص شدن میانگین‌هایی که با هم تفاوت دارند، از آزمون پس از تجربه بون‌فرونی (Bonferroni) استفاده شده است.

جدول ۳: نتایج مقایسه‌های پس از تجربه بون‌فرونی در آزمون اضطراب از صمیمیت

سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	
۰/۰۵	۴۹/۲۵	پیش‌آزمون گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار - پس‌آزمون گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار
۰/۰۵	۴۹/۵	پیش‌آزمون گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار - پیگیری گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار
۰/۰۵	-۵۰	پس‌آزمون گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار - پس‌آزمون گروه کنترل
۰/۰۵	-۴۹/۸۰	پیگیری گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار - پیگیری گروه کنترل
۰/۰۵	۴۷/۹۵	پیش‌آزمون زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی - پس‌آزمون زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی
۰/۰۵	۴۸/۴	پیش‌آزمون زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی - پیگیری زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی
۰/۰۵	-۴۷/۳۰	پس‌آزمون زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی - پس‌آزمون گروه کنترل
۰/۰۵	-۴۶/۹۰	پیگیری زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی - پیگیری گروه کنترل
۰/۷۸۴	-۲/۷۰	پس‌آزمون گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار - پس‌آزمون زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی
۰/۷۴۷	-۲/۹۰	پیگیری گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار - پیگیری زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی

جدول ۳ نشان می‌دهد که: الف) هر دو شیوه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی در کاهش اضطراب از صمیمیت مؤثرند و میزان تأثیر هر دو روش درمانی از نظر آماری معنادار است. ب) بین اثربخشی این دو روش درمانی تفاوت معناداری در کاهش اضطراب از صمیمیت یافت نشد. به این معنی که هر دو روش باعث کاهش اضطراب از صمیمیت شده‌اند، اما تفاوتی از نظر ارجح بودن یکی از این دو روش وجود ندارد. ج) اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی در طول زمان و بعد از گذشت ۳ ماه پس از پایان دوره درمان پایدار بوده و از نظر آماری معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی و مقایسه این دو روش در کاهش اضطراب از صمیمیت زوج‌ها صورت گرفت. با توجه به نتایج به‌دست آمده، فرضیه یک در سطح $p < 0.05$ مورد تأیید قرار گرفت. این نتیجه حاکی از آن است که زوج‌درمانی هیجان‌مدار در کاهش اضطراب از صمیمیت زوج‌ها مؤثر است. این نتیجه با نتایج حاصل از یافته‌های عرفان‌منش (۱۳۸۶)، دن دنیو و جانسون (۱۹۹۴)، باتلر و همکاران (۲۰۰۲)، فینی (۲۰۰۲)، مکینن (۲۰۰۴)، جیمز و همکاران (۲۰۰۵)، و جانسون و تلیت من (۱۹۹۷) که دریافتند زوج‌درمانی هیجان‌مدار در افزایش میزان صمیمیت زوج‌ها و توانایی آن‌ها در برقراری روابط صمیمانه مؤثر است، همسو و هماهنگ است.

توانایی شناسایی و توانایی در میان گذاشتن هیجان‌ها، با رضایت زناشویی خود و همسر ارتباط دارد. علاوه‌براین، امنیت صمیمیت زن و شوهر، رابطه بین این مهارت‌های هیجانی و سازگاری زناشویی را میانجی‌گری می‌کند (جیمز و همکاران، ۲۰۰۵). 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 (باتلر و همکاران، ۲۰۰۲)، و درخواست حمایت و آرامش را برای زوج‌های کناره‌گیر، آسان می‌کند (گاتمن، ۱۹۹۱؛ به‌نقل از جانسون و تلیت من، ۱۹۹۷). هم‌چنین درجات صمیمیت زناشویی، اعتماد دونفره، و سازگاری زناشویی آن‌ها افزایش می‌یابد (دن دنیو و جانسون، ۱۹۹۴).

فرضیه دو در سطح $p < 0.05$ مورد تأیید قرار گرفت. تأیید این فرضیه بیانگر این است که زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی در کاهش اضطراب از صمیمیت زوج‌ها مؤثر است. نتایج حاصل از این

پژوهش در این زمینه با یافته‌های گلدمن و گرینبرگ (۱۹۹۲)، گوردون و همکاران (۲۰۰۴)، و کوهن (۲۰۰۷) همخوانی دارد.

رویکرد سیستمی تلفیقی به زوج‌ها کمک می‌کند از منابع موجود برای ایجاد پیوستگی عاشقانه بین فردی استفاده کنند. زمانی که بازنمایی زوج‌ها از خود و دیگران به خوبی رشد کرد، می‌توان از بسیاری از روش‌های سیستمی برای کاهش موانع تغییر استفاده کرد، به رقص (زنجیره تکراری تعاملات یا چرخه‌های معیوب بین زوج‌ها) توجه کرد، و اضطراب از صمیمیت را کاهش داد؛ در نتیجه زوج‌ها بتوانند بدون نیاز به دفاع مشترک، صمیمیت را تحمل کنند. با این حال، زمانی که زوج‌ها به دلیل دارا بودن بازنمایی‌های ضعیف از خود و روابطشان، برای تغییر موانعی پیش‌رو دارند، توانایی‌شان در ایجاد و حفظ تغییر، بدون رشد یک خود منسجم و حل دوپاره‌سازی^{۴۸} و همانندسازی فرافکنی محدود می‌شود (میدل برگ، ۲۰۰۱). بنابراین برای حل تعارضات و آشفتگی‌های زناشویی، باید به زوج‌ها کمک کرد همانندسازی‌های فرافکنی و مشکلات درون‌روانی‌شان را حل کنند تا بتوانند براساس آن مشکلات بین‌فردی‌شان را حل نمایند. حل این مسائل در رویکردی تلفیقی امکان‌پذیر است که بتواند در یک زمان بر هر دو زمینه، یعنی مشکلات درون‌روانی و بین‌فردی، توجه کند.

فرضیه سه در سطح $p < 0.05$ مورد تأیید قرار نگرفت. این نتیجه حاکی از آن است که میزان اثربخشی این دو رویکرد زوج‌درمانی در کاهش اضطراب از صمیمیت زوج‌ها یکسان است و هیچ یک از این دو رویکرد در این زمینه بر دیگری ارجحیت ندارد. این یافته با یافته بایرن، کر، و کلارک (۲۰۰۴) مغایر است که معتقدند زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی در درمان زوج‌های آشفته مؤثرتر از زوج‌درمانی هیجان‌مدار است.

یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه با یافته‌های گلدمن و گرینبرگ (۱۹۹۲) همخوانی دارد. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی به‌طور مساوی در بهبود سازگاری زناشویی، مؤثر و از گروه کنترل برتر است.

دلیل عدم تفاوت این دو روش زوج‌درمانی در کاهش اضطراب از صمیمیت در پژوهش حاضر نیز ممکن است این باشد که زوج‌های دارای سطح آشفتگی خفیف تا متوسط (براساس نمره مقیاس سازگاری دوتایی ۹۷-۷۵) برای گروه نمونه انتخاب شدند. بنابراین اثربخشی این دو رویکرد برای این سطح آشفتگی با توجه به یافته‌های گلدمن و گرینبرگ (۱۹۹۲)، برابر است.

فرضیه چهار در سطح $p < 0.05$ مورد تأیید قرار گرفت. تأیید این فرضیه به این معنا است که اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی در کاهش اضطراب از صمیمیت زوج‌ها با گذشت زمان و سه‌ماه پس از پایان درمان، ثابت باقی مانده و وجود تفاوت معنادار بین گروه‌ها حاکی از قدرت پایداری اثرات درمان است. در مورد اثربخشی این رویکرد در کاهش اضطراب از صمیمیت در طول زمان، تحقیقی یافت نشد. ولی با توجه به تحقیق انجام شده توسط گلدمن و

گرینبرگ (۱۹۹۲) و گوردون و همکاران (۲۰۰۴) درباره اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی در طول زمان، می‌توان انتظار داشت که این روش‌های درمانی برای دیگر مشکلات زناشویی و ارتباطی از جمله اضطراب از صمیمیت نیز اثربخشی پایداری داشته باشد. این روش‌ها و نه تنها EFT در کاهش آشفتگی زناشویی مؤثر واقع می‌شود، بلکه به نظر می‌رسد زوج‌ها مایل‌اند بعد از خاتمه درمان نیز بهبود را ادامه دهند (جانسون و همکاران، ۱۹۹۱). هم‌چنین دن دنیو و جانسون (۱۹۹۴) دریافتند که تأثیر EFT در افزایش صمیمیت زوج‌ها در یک پیگیری ۱۰ هفته‌ای، به‌طور معنادار پایدار بوده است.

این تحقیق، امیدوارانه می‌کوشد به زوج‌ها کمک کرده تا شیوه‌های جدیدی برای کاهش اضطراب از صمیمیت‌شان بیابند و رابطه عمیق‌تری با یکدیگر برقرار کنند.

پیشنهادها

زوج‌ها اغلب در جریان آشفتگی‌های هیجانی خاصی وارد درمان می‌شوند و سطوح پایینی از رضایت زناشویی، اعتماد و صمیمیت، و هم‌چنین احساسی 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، دفاعی‌بودن، و چرخه‌های دفاعی با هم ارتباط برقرار می‌کنند. با توجه به اثربخشی رویکردهای زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی در حل این مسائل چنانکه پژوهش‌های مختلف و پژوهش حاضر نشان می‌دهند، لذا پیشنهاد می‌شود که آموزش این دو شیوه‌درمانی در لیست برنامه‌های آموزشی زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی قرار گیرد تا درمانگران بتوانند با توجه به این دو رویکرد به درمان مشکلات زوج‌ها و خانواده‌ها بپردازند.

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی، میزان اثربخشی این دو رویکرد درمانی با توجه به متغیرهای مدت ازدواج، جنس، و سن آزمودنی‌ها بررسی و مقایسه شود.

به منظور صرفه‌جویی در وقت و هزینه، پیشنهاد می‌شود اثربخشی دو روش درمانی به‌کار رفته در پژوهش حاضر به‌صورت گروهی نیز در کاهش اضطراب از صمیمیت مورد بررسی قرار گیرد و با نتایج اجرای فردی سنجیده شود تا به انتخاب بهترین روش بینجامد.

پی‌نوشت‌ها

1. Split Plot Design ANOVA
2. Greeff & Malherbe
3. Waring
4. Fletcher
5. Parger
6. Bartholomew
25. Goldman
26. Walker
27. Manion
28. Clutier
29. Talitman
30. Feeny

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 7. Pielage | 31. Makinen |
| 8. Doi | 32. Butler |
| 9. Dandeneau & Johnson | 33. Byrne, Carr, & Clark |
| 10. James & Jeffrey | 34. Baucom |
| 11. Greenberg | 35. Goordon |
| 12. Laurenceau | 36. Cohn |
| 13. Descutner & Thelen | 37. Dyadic Adjustment Scale |
| 14. Vangelisti | 38. Spanier |
| 15. Invulnerability | 39. Locke_Wallace |
| 16. Macho | 40. Millikin |
| 17. Firestone & Catlett | 41. Fear of Intimacy Scale |
| 18. Sherman | 42. Jourard |
| 19. Feldman | 43. UCLA |
| 20. Rupture | 44. Marlowe-Crowne |
| 21. Siegle | 45. Pinsof |
| 22. Pursuer-avoider | 46. Scharff |
| 23. Object relations | 47. Donovan |
| 24. Corey | 48. Splitting |

منابع

- برنشتاین، ف؛ برنشتاین، م. (۱۳۸۴). زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری ارتباطی. (ترجمه ح. پورعابدی نایینی و غ. ر. منشی). تهران: انتشارات رشد
- شیولسون، ر. (۱۳۸۲). *استدلال آماری در علوم رفتاری* (ترجمه و نگارش ع. ر. کیامنش، جلد دوم). تهران: جهاد دانشگاهی واحد علامه طباطبائی.
- عرفان‌منش، ن. (۱۳۸۶). *اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سازگاری زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات، تهران.
- فلاح‌زاده، ه.، فرزاد، و.، و فلاح‌زاده، م. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ترس از صمیمیت. *نشریه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۵(۱ و ۲)، ۷۹-۷۰
- یالوم، ا. (۱۳۸۶). *هنردرمانی* (ترجمه س. حبیب). تهران: نشر کاروان.

- Bartholomew, K., (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Butler, M. H., Dahlin, S. K., & Fife, S. T. (2002). "Languaging" factors affecting clients' acceptance of forgiveness intervention in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 285-298.
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of behavioral couples therapy and emotionally focused therapy for couple distress. *Contemporary Family Therapy*, 26(4), 361-387.
- Cohn, B. R. (2007). An integrative approach to couple therapy: Altering the treatment modality to resolve an impasse. *British Journal of Psychotherapy*, 3(3), 226-238.
- Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. New York: Brooks/ Cool Publishing Company.

- Dandeneau, M., & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: A comparative outcome study of emotionally focused and cognitive interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 20*, 17-33.
- Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear of intimacy scale. *Psychological Assessment, 3*(2), 218-225.
- Doi, S., & Thelen, M. (1993). The Fear of Intimacy Scale: Replication and extension. *Psychological Assessment, 5*, 377-383.
- Donovan, J. M. (2003). *Short-term object relations couples therapy, the five-step model*. New York: Brunner-Routledge.
- Feeney, J.A. (2002). The role of husbands and wives emotional expressivity in the marital relationship. *Journal of Family Therapy, 7*, 515-520
- Feldman, L. B. (1979). Marital conflict and marital intimacy: An integrative psychodynamic-behavioral-systemic model. *Family Therapy, 18*, 69-79.
- Feldman, L. B., & Pinsof, W. M. (1982). Problem maintenance in family systems: An integrative model. *Journal of Marital and Family Therapy, 8*, 295-308.
- Firestone, R. W., & Catlett, J. (1999). *Fear of intimacy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fletcher, G. (2002). *The new science of intimate relationships*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 962-969.
- Goordon, K. C., Baucom, D. H., & Synder, D. K. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*(2), 213-231.
- Greeff, A. P., & malherbe, H. L. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 247-257.
- James, P. (1991). Effects of a communication training component added to an emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 17*, 263-276.
- James, L. M., & Jeffrey, S. A. (2004). Perfectionism and fear of intimacy: Implications for relationships. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 12*(4), 368-374.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). The differential effectiveness of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 175-184.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*, 135-152.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. S., & Schlinder, D. (1999). Emotionally focused couple therapy: Statues and challenges. *Clinical Psychology Science and Practice, 6*, 67-79.
- Johnson, S.M., Makinen, J., & Millikin, J. (2001) Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 27*, 145-155.
- Johnson, S.M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner – Rutledge.

- Johnson, S. M., Bradley, B., Furrow, J., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D., & Woolley, S. (2005). *Becoming an emotionally focused couple therapist: The workbook*. New York: Brunner-Routledge.
- Laurenceau, J. P., Barrett, L. F., & Rovine, M. J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology, 19*(2), 314-323.
- Makinen, J. (2004). *Treating attachment injuries: Process and outcome*. Unpublished doctoral dissertation, University of Ottawa, Ontario, Canada. Alliant University, www.coursedelivery.com
- Middelberg, C. V. (2001). Projective identification in common couple dances. *Journal of Marital and Family Therapy, 27*(3), 341-352.
- Millikin, J. W. (2000). *Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: A process study*. Unpublished doctoral dissertation, Blacksburg, Virginia. <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd>
- Parger, K. J. (1989). Intimacy status and couple communication. *Journal of Social and Personal Relationships, 6*, 435-449.
- 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.
- Scharff, D. E., & Scharff, J. S. (1991). *Object relations couple therapy*. London: Jason Aronson.
- Sherman, M., & Thelen, M. (1996). Fear of Intimacy Scale validation and extension with adolescents. *Journal of Social and Personal Relationships, 13*(4), 507-521.
- Siegel, J. (1992). *Repairing intimacy: An object relations approach to couples therapy*. New York: Aronson.
- 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.
- Walker, J., Johnson, S. M., Manion, I., & Cloutier, P. (1996). An emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1029-1036.
- Waring, E., McElrath, D., Lefcoe, D., & Weisz, G. (1981). Dimensions of intimacy in marriage. *Psychiatry, 44*, 169-175.