ORIGINAL ARTICLE

Comparing the Efficacy of Emotionally Focused Couple Therapy and Integrative Behavioral Couple Therapy in Improving the Symptoms of Emotional Regulation in Couples with Marital Conflict

Faizollah Poursardar[1],
Masoud Sadeghi[2],
Cyrus Goodarzi[3],
Mehdi Roozbehani[4]

[1] Department of Psychology, Islamic Azad University, Bourjard Branch, Bourjard, Iran
[2] Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran
[3] Department of Psychology, Islamic Azad University, Bourjard Branch, Bourjard, Iran
[4] Department of Corrective Exercises, Islamic Azad University, Bourjard Branch, Bourjard, Iran

(Received December 24, 2018 ; Accepted April 9, 2019)

Abstract

Background and purpose: Current research was carried out to compare the effectiveness of integrative approaches; Emotionally Focused Couple Therapy (EFT) and Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) in improving the symptoms of emotional regulation in couples with marital conflict.

Materials and methods: Statistical population included all couples attending Ahvaz Mehrvaran Psychological Clinic. Six couples were selected using purposive sampling. Single case study was used in this experiment. EFT and IBCT were conducted in two to four stages at base line phase within 16 sessions, and the subjects were followed up for three months. They completed Emotional Regulation dysregulation Scale (DERS). Data were analyzed applying visual inspection, improvement percentage, and reliable change index.

Results: The participants aged 25 to 40 years of age and either completed high school or had higher educations. Improvement rates in subjects at post-treatment and follow-up attending EFT and IBCT were 31.07% and 31.27% and 24.39% and 24.18%, respectively. In two couples attending EFT the RCI values significantly changed at post-treatment and follow-up stage ($P<0.05$).

Conclusion: In this study, Emotionally Focused Couple Therapy was found to be more effective than Integrative Behavioral Couple Therapy on the magnitude and stability of changes.

Keywords: conflict, emotional regulation, emotionally focused, integrative behavioral

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (173): 50-63 (Persian).

*** Corresponding Author: Masoud Sadeghi** - Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran
(E-mail: Sadeghi.m@lu.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۳ خرداد سال ۱۳۹۸ (۶۳-۵۰)

مقایسه اثربخشی رویکردهای تلفیقی، زوج درمانی متمرکز بر هیجان با زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در بهبود علائم تنظیم هیجانی زوج های دارای تعارض زناشویی

فیض اله پورسردار[۱]
مسعود صادقی[۲]
کوروش گودرزی[۳]
مهدی روزبهانی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکردهای تلفیقی، زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج-درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر بهبود علائم تنظیم هیجانی زوج‌های متعارض به انجام رسید.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری مورد مطالعه شامل تمامی زوج‌های مراجعه کننده به کلینیک روان‌شناختی مهرآوران شهر اهواز بود. نمونه مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که شامل ۶ زوج از افراد مراجعه کننده به این کلینیک بودند. در این مطالعه از طرح تجربی تک‌موردی استفاده شد. پروتکل‌های درمانی در دو تا چهار مرحله خط پایه، مداخله ۱۶ جلسه‌ای و پیگیری سه ماهه اجرا شد و آزمودنی‌ها به مقیاس تنظیم هیجانی (DERS) پاسخ دادند. داده ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه در بین ۶ زوج با محدوده سنی ۲۵ الی ۴۰ سال با سطح تحصیلات دیپلم تا کارشناسی ارشد نشان داد که میزان بهبودی زوج‌های متعارض در متغیر تنظیم هیجانی در گروه متمرکز بر هیجان در مرحله پس از درمان و پیگیری ۳۱/۰۷ و ۳۱/۲۷ درصد و در گروه رفتاری یکپارچه‌نگر در مرحله پس از درمان و پیگیری ۲۴/۳۹ و ۲۴/۱۸ درصد بود. هم چنین مقادیر شاخص تغییر پایا درگروه متمرکز بر هیجان در مرحله پس از درمان و پیگیری در زوج اول و دوم در سطح آماری($P<۰/۰۵$) معنی‌دار هستند.

استنتاج: با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه به نظر می‌رسد زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان از نظر اندازه تغییر، کلیت و ثبات، کارایی بیش‌تری نسبت به زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر دارد.

واژه های کلیدی: تعارض، تنظیم هیجان، متمرکز بر هیجان، رفتاری یکپارچه‌نگر

مقدمه

مطالعات نشان داده است که وجود آشفتگی در رابطه زناشویی در مقایسه با نارضایتی از سایر روابط عاطفی، همپوشانی بالاتری را با اختلالات هیجانی نشان می‌دهد؛ به نحوی که پژوهشگران در ارزیابی بالینی زوجین آشفته، پنج تا شش برابر بیش‌تر از زوجین غیرآشفته، مشکلات هیجانی (خلقی و اضطرابی) را گزارش می‌دهند گستردگی این همزمانی‌ها باعث شده است که متخصصان روابط زناشویی در تدوین مدل‌ها و طرح‌های درمانی خود به علایم مبتنی بر آسیب‌شناسی حساسیت بیش‌تری را نشان دهند(۲،۱). از جمله متغیرهای

مولف مسئول: مسعود صادقی–لرستان: دانشگاه لرستان–دانشکده ادبیات و علوم انسانی E-mail: Sadeghi.m@lu.ac.ir
۱. گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
۲. گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
۳. گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
۴. گروه اصلاحی حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۱۰/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۱۱/۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۱/۲۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

مرتبط با آشفتگی رابطه که در دو دهه اخیر، علاقه زوج درمانگران را به خود جلب کرده، نقش‌آفرینی‌های تنظیم هیجانی (*regulation emotion*) در رضایت زناشویی، کارکردهای خانوادگی و آسیب‌های مرتبط با نقصان در این گونه فرآیندهاست(۲،۱). طبق مدل تنظیم هیجانی، تنظیم هیجانی فرآیندی منحصر به فرد و یگانه برای تعدیل تجربه هیجانی به قصد دستیابی به مطلوبیت اجتماعی و قرار گرفتن در یک وضعیت جسمانی و روانی آماده، برای پاسخ گویی مناسب به تقاضاهای درونی و بیرونی است(۳) که شامل توانایی‌هایی در زمینه آگاهی، نام‌گذاری و تفسیر صحیح هیجانات، درک برانگیزاننده هیجانات، تغییر فعالانه کیفیت، شدت و یا سختی یک هیجان ناخوشایند، پذیرش و تحمل هیجانات منفی، مواجهه با موقعیت‌های پریشان‌کننده و حمایت دلسوزانه از خود است(۴). مطالعات نشان می‌دهد تنظیم هیجان با توجه به پیامدهای اجتماعی خاصی که فراهم می‌کند، به عنوان تعیین کننده‌ای از یک ازدواج موفق نیز مورد توجه قرار می‌گیرد(۶،۵). زوج‌ها در روند زندگی زناشویی با بحران‌ها و مسائل متعددی روبرو می‌شوند که در آن‌ها هیجاناتی تولید می‌کنند(۷). تلاش‌های هریک از زوج‌ها در زمینه نظارت بر احساسات و افکارشان نقش مهمی در مقابله با واکنش‌های شدید تولید شده توسط این رویداد دارد(۷) به طوری که عدم مهارت در نظارت تنظیم هیجانات می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود که مخل تداوم یک رابطه صمیمانه است(۹،۸). در این راستا شواهد فراوانی گویای آن است که زوج‌ها در جامعه امروزی اغلب برای برقراری مجدد سطوح اعتماد و رضایت در رابطه خود، به ویژه موضوعات مربوط به پیوندهای هیجانی با افراد مهم زندگی، برای درمان مراجعه می‌کنند(۱۰). به همین خاطر نیاز ما به رویکردهای موثر و به طور تجربی حمایت شده برای زوج درمانی مورد تاکید قرار گرفته است(۱۰). یکی از رویکردهای درمانی که در سال‌های اخیر توجه زیادی را برای کمک به زوجین در کار با آشفتگی‌های هیجانی- ارتباطی به خود جلب نموده، درمان متمرکز بر هیجان (*emotion focused couple therapy*) می‌باشد(۱۱). رویکرد EFCT (emotion focused couple therapy) به عنوان حاصل مشاهدات تجربی فرایندهای درمانی زوج‌ها و تعیین‌کننده مداخلات درمانی کلیدی که به طور موفقیت‌آمیزی به بازسازی تعاملات هیجانی زوج‌ها کمک می‌کرد، پدیدار شد(۱۱). این رویکرد، روابط آشفته را نتیجه چالش و نبرد سخت همسران در چرخه‌های تعامل منفی که از نیازهای دلبستگی نامناسب همسران در روابط ایجاد شده، می‌داند و بر تنظیم هیجان و عواطف منفی همسران آسیب دیده تاثیر می‌گذارد(۱۲). رویکرد EFCT تاکید خاصی بر یکپارچه‌سازی هیجان با انگیزش و رفتار دارد. درمانگر به منظور اصلاح هیجان‌ها آن ها را فعال می‌کند. در این شیوه درمان، شناسایی و بهبود طرحواره‌های هیجانی اهمیت زیادی دارد. ایجاد اتحاد مشارکتی ایمن، بسط و دسترسی به پاسخ‌های هیجانی که تعاملات زوجین را هدایت می‌کند و بازسازی تعاملات در جهت دسترس‌پذیری و پاسخ‌دهی، سه تکلیف عمده رویکرد EFCT را تشکیل می‌دهد(۱۳). یافته‌ها از لحاظ تجربی اثربخشی رویکرد EFCT (۱۴)، تغییر مداوم در طول زمان(۱۵)، دوره بعد از درمان و بهبود مداوم(۱۶) را نشان داده است. به علاوه، این مدل درمانی در مداوای اضطراب رابطه در بسیاری از افراد از جمله بازماندگان ضربه روانی(۱۷) و زوجین درگیر سرطان(۱۸) موفق بوده است. هم‌چنین در مطالعات دیگر درباره رویکرد EFCT اثربخشی این رویکرد در تسهیل دوره نقاهت بعد از اعتیاد جنسی زوجین(۱۹)، سازگاری و صمیمیت زوج‌ها(۲۰) و کاهش نشانه‌های افسردگی(۲۱)، بررسی و تایید شده است. یکی دیگر از رویکردهای درمانی که مطالعه حاضر درصدد مطالعه آن است، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر (*integrity behaviour couple therapy*) است(۱۰). این رویکرد به منظور رفع برخی از محدودیت‌های زوج‌درمانی رفتاری سنتی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

(*traditional behaviour couple therapy*)، مفاهیم و تکنیک‌های "پذیرش هیجانی" را به کار گرفت(۱۰).

Jacobson &Christensen (۱۹۹۸) به عنوان نظریه پردازان این رویکرد معتقدند که نمی‌توان همه مسائلی را که بر اثر تفاوت میان زوجین پدید آمده است با تغییرات رفتاری حل کرد. زوج‌ها به مرور زمان تحمل خود را نسبت به تفاوت‌هایشان از دست می‌دهند. هم‌چنین تفاوت‌ها اگر به نقاط ضعف هر یک از آن‌ها آسیب برساند، می‌تواند منشاء برانگیختگی عاطفی و هیجانی جدی شود. راهبردهای مداخله‌ای که در IBCT (integrity behaviour couple therapy) به کار می‌رود هماهنگ با چنین مفهوم‌سازی که از روابط مختل می‌شود، بیش‌تر بر واکنش‌های هیجانی زوج‌ها در برابر تفاوت‌ها و تعارض‌های ناشی از آن تاکید دارد(۲۲). مطالعات زیادی اثربخشی درمان IBCT را بر تعدیل هیجانات و بهبود الگوهای تعاملی(۲۳)، صمیمیت و ارتباط سازنده با همسران(۲۴)، کاهش هیجانات منفی و صمیمیت عاطفی زوج‌ها(۲۵)، اصلاح و غنی‌سازی روابط بین زوج‌ها و بهره‌مندی جنسی زوج‌ها از یکدیگر(۲۶) و افزایش احساس امنیت و حمایت، در دسترس بودن و پاسخ‌دهی مناسب به نیاز همسر(۲۷) را نشان داده است. حجم و تنوع گسترده مشکلات زوجین و خانواده‌ها و سیر به نسبت صعودی آمار طلاق، نیاز به کاربرد درمان‌های اثربخش‌تر را می‌طلبد. در این میان رویکردهای EFCT و IBCT از جمله درمان‌های یکپارچه‌نگر هستند که در دهه‌های اخیر مورد توجه درمانگران خانواده و زوج واقع شده‌اند. از این رو مطالعه حاضر با هدف هم‌سنجی اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر هیجان با زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در بهبود علائم تنظیم هیجانی زوج‌های متعارض انجام شد.

مواد و روش ها

در این مطالعه از طرح آزمایشی تک موردی (*Single-case experimental design*)، استفاده شد(۲۸). جامعه آماری در مطالعه حاضر شامل زوج‌هایی است که به دلیل داشتن تعارضات زناشویی و مشکلات ارتباطی، در فاصله زمانی ۵ تیرماه تا ۱۵ مرداد ماه سال ۱۳۹۷ به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مهرآوران شهر اهواز مراجعه کردند، می‌شود. از جامعه فوق ۶ زوج (۱۲ نفر) بر اساس نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و در دو گروه (هر گروه ۳ زوج) تحت درمان (EFCT) و (IBCT)، قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد عبارت است از: وجود آشفتگی زناشویی بر اساس مصاحبه و نیز کسب نمره بین (۱۰۱-۷۵) از پرسشنامه سازگاری زناشویی(DAS)، نداشتن سابقه اختلال‌روانی بر اساس مصاحبه بالینی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، داشتن سن حداقل ۲۵ سال و حداکثر ۴۰ سال، گذشتن حداقل ۳ سال و حداکثر ۱۵ سال از زندگی مشترک و در نهایت زوجین در زمان اجرای مطالعه در یک خانه و با هم زندگی کنند. معیارهای خروج نمونه از مطالعه عبارت است از: اختلال شخصیت، سایر اختلالات بالینی محور I، اختلال سایکوتیک، سابقه سوء مصرف یا وابستگی به مواد در حال حاضر، استفاده از داروی تجویز شده روان‌پزشک. لازم به ذکر است جهت تعیین ملاک‌های ورود و خروج، از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*)، آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳ (*Million Clinical Mutiaxial Inventory-III (MCMI-III*) ، استفاده شد. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر دارای کد اخلاق اخذ شده از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بروجرد IR.IAU.B.REC.1397.055 مورخه ۹۷/۸/۲۶ و شماره کارآزمایی بالینی IRCT20181114041662N1 می‌باشد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-I)، مقیاس سازگاری زناشویی (DAS) و مقیاس دشواری تنظیم هیجانی (DERS) بود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیص اختلالات محور I (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*):

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I، مصاحبه ای انعطاف‌پذیر است که توسط First, Spitzer, Gibbon & Williams(۱۹۹۶)تهیه شد(۲۹). Tran & Smith(۲۰۰۴)، ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای مصاحبه بالینی ساختاریافته گزارش کرده‌اند(۲۹).

اسدی، شریفی و محمدی (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی(کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود. در این مطالعه از این ابزار فقط به‌عنوان تایید تشخیصی روان‌پزشک استفاده شد(۳۰).

مقیاس دشواری تنظیم هیجان (*emotion regulation dysregulation Scale*)

این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی ۳۶ سوالی است که توسط Gratz و Roemer (۲۰۰۴) تنظیم شده و دشواری تنظیم هیجانی را به لحاظ بالینی می‌سنجد(۳۱). هر ماده این مقیاس دارای ۵ گزینه لیکرتی (۱=تقریبا هرگز، ۲=گاهی اوقات، ۳=نیمی از اوقات، ۴=اکثر اوقات، ۵=همیشه) است و شامل ۶ خرده مقیاس عدم پذیرش، اهداف، تکانه‌ها، آگاهی، استراتژی و شفافیت می‌باشد(۳۱). علاوه بر نمره خرده مقیاس‌ها، یک نمره کل نیز از این مقیاس به دست می‌آید که دامنه آن بین ۳۶ تا ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشانگر مشکلات بیش‌تر در تنظیم هیجانی است. این مقیاس همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی خوبی دارد (r=۰/۸۸). روایی سازه و پیش‌بین آن نیز مطلوب گزارش شده است(۳۱). خجسته مهر، شیرالی‌نیا، رجبی و بشلیده (۱۳۹۲) نیز پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶برآورد کردند(۳۲).

مقیاس سازگاری زناشویی (Dyadic Adjustment Scale)

این مقیاس یک ابزار ۳۲ سوال است که در سال (۱۹۷۶) توسط Spiner ساخته شده است و برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند(۳۳). هم چنین می‌توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه صمیمانه، استفاده کرد. نمره کل این مقیاس نشانگر رضایت و سازگاری کلی زوجین است(۳۳). این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت است. این مقیاس در نهایت ۵ نمره به دست می‌دهد و مشتمل بر نمرات حاصل از ۴ خرده مقیاس و یک نمره کل که دامنه آن بین ۴ تا ۱۵۱ می‌باشد. دامنه نمرات برای خرده مقیاس‌ها به شرح زیر است: خرده مقیاس رضایت‌زناشویی(۱۰سوال) صفر تا ۵۰، خرده مقیاس همبستگی(۵ سوال) ۴ تا ۲۴ ؛ خرده مقیاس توافق(۱۳ سوال) صفر تا ۶۵؛ خرده مقیاس ابراز محبت(۴ سوال) صفر تا ۱۲. نمرات بالاتر سازگاری زناشویی بیش‌تر را منعکس می‌سازند. نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ گزارش شده است(۳۴).

مداخله بر پایه رویکرد EFCT در پانزده نشست ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. Johnson (۲۰۰۴) فرایند تغییر در رویکرد EFCT را در سه مرحله طبقه‌بندی کرده است که در مجموع شامل ۹ گام است(۱۰). هم‌چنین برای رویکرد درمانی IBCT از بسته درمانی که توسط Jacobson و Christensen (۱۹۹۸) تهیه شده، استفاده شد(۲۲). در پژوهش‌های بالینی حوزه زوج‌درمانی IBCT از طرحی استفاده شده است که شامل ۱۶ نشست پنجاه دقیقه‌ای می‌باشد که سه جلسه صرف ارزیابی اولیه و بیش‌تر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

جلسات باقی مانده صرف مداخلات درمانی می‌شود(۲۲). ساختار و محتوای مداخلات انجام شده در گروه (EFCT) و (IBCT) در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: محتوی جلسات زوج درمانی متمرکز بر هیجان (EFCT) و رفتاری یکپارچه نگر (IBCT)

(EFCT)	(IBCT)
نشست اول: برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه با زوج ها و انعقاد قرارداد درمانی، ایجاد اتحاد درمانی بین زوج و درمانگر در مورد اهداف درمانی.	نشست اول: معارفه، خلاصه اطلاعات دموگرافیک، ارائه چشم انداز زوج درمانی، بیان اصول نشست های درمانی.
نشست دوم و سوم: تلاش برای ایجاد و حفظ فضایی امن و تسلی‌بخش با هدف تسریع فرایند تغییر، فراهم کردن فضایی که زوجین بتوانند مشکلات زوجی را چیزی معمولی در روابط زناشویی در نظر بگیرند؛ ارزیابی تاریخچه دلبستگی و صمیمیت مراجعان و فرضیه سازی درباره آسیب پذیری.	نشست دوم: برگزاری جلسات فردی با زوجین، بیان اصول رازداری، فرا رفتن از مشکلات کنونی بر اساس سنجه‌ها و مصاحبه نخست، بررسی مسائل مربوط به خشونت و تعهد؛ جلسه سوم: بررسی تاریخچه خانواده اصلی، بررسی تاریخچه ارتباط، بحث درباره حساسیت‌های عاطفی.
نشست چهارم: فراخوانی و کشف کردن (سعی در ارتقاء بازخوانی مجدد تجارب زوجین، به شکل آگاهانه، تشویق زوجین به بیان هیجانات و آگاهی از حس جسمانی حوادث که قبلا سرکوب و انکار شده اند.	نشست چهارم: ارائه بازخورد به زوجین، ارائه چشم انداز و فرمول بندی مشکلات، مشخص کردن موضوعات و زمینه های مشکل ساز عمده (اعتمادافسردگی، استرس پس از سانحه و ...).
نشست پنجم: ترسیم موضوعات تعارض برانگیز و ناراضی کننده بین همسران و تمرکز بر رفع آن ها، گوش دادن و کشف روابط‌های زوجین از مشکلات موجودشان، گردآوری اطلاعات در مورد تاریخچه ی الگوی دلبستگی اولیه.	نشست پنجم: پیدا کردن نقاط قوت رابطه، بحث بر سر دیدگاه و فرمول بندی دیدگاه و فرمول بندی درمانگر و همخوانی آن با نظر زوجین.
نشست ششم و هفتم: افزایش دانش در مورد احساسات زیربنایی موقعیت های تعاملی و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی، شناسایی جنبه‌های دردناک تجارب زوجین، مشاهده سبک پردازش موضوعات هیجانی آن‌ها، شناسایی موضوعات درون فردی و بین فردی که در ایجاد رنج آن ها نقش دارند.	نشست ششم: بحث درباره الگوهای تعاملی‌بارائه مداخلاتی برای جلوگیری، قطع کردن، جهت دهی دوباره و یا محدود کردن تعاملات مشکل ساز . نشست هفتم: مداخلات مبتنی بر هیجان (الحاق همدلانه): گوش دادن به جزئیات موجود در تعاملات زوجین، فرمول بندی مورددی مجدد مشکلات زوجین بر اساس تم های اصلی شناسایی شده.
نشست هشتم و نهم: افزایش تشخیص و شناسایی نیازها و جنبه های خود ابراز نشده، پذیرش مسوولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط زوج ها، بیان انتظارات خود از طرف مقابل و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش. جلسه دهم: افزایش پذیرش هریک از همسران نسبت به تجربه همسرش.	نشست هشتم: تشویق زوجین با استفاده از تکنیک‌های پذیرش تا زوجین بتوانند از مشکلات شان به درجاتی فاصله هیجانی پیدا کنند جلسه نهم و دهم: مداخلات مبتنی بر رفتار(با هدف تغیر رفتار): اجرای دوباره تعاملات در جلسه مبادله رفتار و مهارت های ارتباطی.
نشست یازدهم، دوازدهم و سیزدهم: ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه، برون ریزی هیجانات ثانویه، پرداختن به هیجانات اولیه و قاب گیری مجدد به مشکل، تسهیل راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی.	نشست یازدهم و دوازدهم: مداخلات مبتنی بر رفتار(با هدف تغیر رفتار): اجرای دوباره تعاملات در جلسه، تمرین مهارتهای حل مساله.
نشست چهاردهم: شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوج ها به الگویی ایمن در روابط شان و افزایش در دسترس بودن و پاسخ گو بودن، تثبیت و یکپارچه سازی موقعیت های تعاملی جدید و تشویق زوجین به تازه نگه داشتن پیوند ایمن شان.	نشست سیزدهم وچهاردهم:مداخلات مربوط به ایجاد تحمل :تکالیف: تمرین رفتارهای منفی، لیست کردن اقداماتی برای خود مراقبتی.
نشست پانزدهم: تسهیل پدیدآیی راه حل‌های تازه برای مشکلات قدیم، تقویت و تثبیت مواضع تازه ای که همسران نسبت به هم نشان می‌دهند. استفاده زوجین از مهارت‌هایشان در زمینه حل مساله به شیوه سودمند.	نشست نشست پانزدهم : مداخلات مربوط به ایجاد تحمل: تظاهر به رفتارهای منفی در محیط خانه، افزایش تحمل از طریق خویشتن نگری. نشست شانزده:جمع بندی، کمک به زوج برای کار آمدن با عوامل فشار زا، بحث در مورد دستاوردهای درمان و تصمیم راجع آینده .

بعد از مصاحبه تشخیصی و مشخص کردن زوجینی که ملاک‌های ورود را دارند، زوجین در یکی از دو گروه درمان (EFCT) و (IBCT) قرار گرفتند. برای اجرای روش درمانی ابتدا زوج اول در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و در هر مرحله خط پایه تمام ابزارهای مطالعه بر روی زوج اول اجرا شد. زوج اول، دو بار، زوج دوم، سه بار و زوج سوم، چهار بار مورد سنجش قرار گرفتند. سپس درمان به مدت ۱۵ جلسه برای گروه درمان (EFCT) و ۱۶ جلسه برای گروه درمان (IBCT)، ارائه شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در جلسه دوم مداخله برای زوج اول در هر دو گروه (زوج شماره ۱ و۴)، طرح درمان در مورد زوج دوم هر دو گروه (زوج شماره ۲ و ۵)، آغاز شد و به همین ترتیب در جلسه سوم زوج اول هر دو گروه (زوج شماره ۱ و۴) و جلسه دوم زوج دوم هر دو گروه(زوج شماره ۲ و ۵)، طرح درمان در مورد زوج سوم در هر دو گروه(زوج شماره ۳ و ۶) آغاز شد. تمامی پرسشنامه‌ها در جلسات ۱، ۴، ۸، ۱۲ و بلافاصله پس از اتمام درمان تکمیل شد. به منظور پیگیری نیز افراد سه ماه پس از درمان مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند.

در پایان این مطالعه، برای تحلیل داده‌ها از معناداری بالینی استفاده شده است. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی‌داری بالینی عبارتند از رویکرد شاخص تغییر پایا (*reliable change index*) و رویکرد مقایسه هنجارین (*normativ comparisions*). هم‌چنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش ترسیم دیداری (*visual inspection*) یا تحلیل نمودار گرافیکی (*graphic analysis*) و بهبود تشخیصی (*diagnostic improvment*) استفاده به‌عمل آمده است(۲۸).

تکنیک‌ها و مداخلات درمانی توسط درمانگر خانواده و زوج (دانشجوی دکتری مشاوره خانواده) که دوره‌های مقدماتی تربیت درمانگر خانواده‌درمانی و رویکرد (IBCT) را زیر نظر متخصصین سازمان نظام مشاوره با گواهی معتبر (سازمان نظام مشاوره) گذرانیده بود، اجرا شد و تمام مراحل تحت نظارت استاد راهنما (استادیار گروه مشاوره دانشگاه لرستان) بود.

یافته ها

جدول شماره ۲ به بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

همسرهای شرکت‌کننده می‌پردازد. در گروه EFCT سه نفر دیپلم و سه نفر دانش‌آموختگی دانشگاهی داشتند. سه نفر از آن‌ها کارمند و سه نفر خانه‌دار بودند. میانگین سنی و طول مدت ازدواج و شمار فرزندان آن‌ها به ترتیب ۳۴، ۹ و ۱/۳ بود. در گروه IBCT سه نفر دیپلم و سه نفر دانش‌آموختگی دانشگاهی داشتند. چهار نفر از آن‌ها کارمند و دو نفر خانه‌دار بودند. میانگین سنی و طول مدت ازدواج و شمار فرزندان آن‌ها به ترتیب ۳۲/۳۳، ۸/۶۶ و ۱/۶۶ بود.

جدول شماره ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	جنسیت	سن	تحصیلات	مدت ازدواج	نوع درمان	سابقه درمان
الف	زن	۳۰	لیسانس	۵ سال	(EFCT)	مشاوره
	مرد	۳۰	لیسانس		(EFCT)	—
ب	زن	۳۳	لیسانس	۷ سال	(EFCT)	—
	مرد	۳۷	دیپلم		(EFCT)	—
ج	زن	۳۵	دیپلم	۱۵ سال	(EFCT)	—
	مرد	۳۹	دیپلم		(EFCT)	مشاوره
د	زن	۳۳	فوق لیسانس	۶ سال	(IBCT)	—
	مرد	۳۳	فوق دیپلم		(IBCT)	—
ه	زن	۲۷	دیپلم	۱۰ سال	(IBCT)	مشاوره
	مرد	۳۰	دیپلم		(IBCT)	مشاوره
و	زن	۳۳	دیپلم	۱۰ سال	(IBCT)	مشاوره
	مرد	۳۸	فوق دیپلم		(IBCT)	—

جدول شماره ۳ و ۴ نمره‌های شش زوج در مقیاس دشواری تنظیم هیجانی را در مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری (مرحله خط پایه دو تا چهار بار، در مرحله مداخله پنج با و در مرحله پیگیری سه بار) همراه با شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی را بر حسب مراحل مختلف درمان و روش‌های درمانی دوگانه EFCT و IBCT نشان می‌دهد.

نمودار شماره ۱ تا ۳ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های تنظیم هیجانی هر سه زوج گروه زوج درمانی EFCT یعنی زوج اول، دوم و سوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. اگرچه براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه Fisher ، Kelley و Lomas(۳۵)، تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۵ نقطه) از تعداد مورد نیاز(۵ نقطه) در زیر خط پیش بین سطح و روند تغییرات در زوج سوم می‌تواند معنادار باشد اما مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده برای زوج سوم در مرحله بعد از درمان ۱/۸۴ و در مرحله پیگیری ۱/۶۸ است که این مقدار درسطح P<۰/۰۵ معنی‌دار نیست. درصد بهبودی کلی بعد از درمان ۲۱/۳۵ و پس از پیگیری ۱۹/۴۱ است. بنابراین به دلیل پایین بودن مقادیر تغییر شاخص پایا در زوج اول، گروه زوج درمانی EFCT از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ می‌توان معنادار نبودن این یافته‌ها را از لحاظ آماری در تایید نتیجه ملاک دوگانه محافظه‌کارانه Fisher و همکاران(۳۵) ملاحظه کرد. اما نمودار شماره ۱ تا ۲ هم چنین نشان می‌دهد علاوه بر این که میانگین و سطح نمره‌های تنظیم هیجانی زوج اول و دوم گروه زوج درمانی EFCT در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است، تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۵ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) زوج اول و دوم در زیر خط پیش بین سطح و روند تغییرات قرار دارد. با توجه به این که مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده زوج اول و دوم به ترتیب در مرحله پس از درمان ۳/۰۲ و ۳/۶۳ و در مرحله پیگیری ۳/۲۷ و ۳/۸۰ به دست آمده است، این دو مقدار در سطح آماری P<۰/۰۵ معنی‌دار هستند. درصد بهبودی این دو زوج نیز به ترتیب، پس از درمان ۳۳/۳۳ و۳۸/۵۳ و در مرحله پیگیری ۳۴/۲۲و ۴۰/۳۵ است هم‌چنین با توجه به پایین بودن نمرات زوج دوم و سوم از نقطه برش این پرسشنامه(۷۲) می‌توان گفت که تغییرات از نظر بالینی معنی‌دار است. بنابراین بر اساس درصد بهبودی کلی این سه زوج در مرحله درمان (۳۱/۰۷) و پیگیری (۳۱/۲۷)، می‌توان گفت که میزان اثربخشی زوج درمانی EFCT بر تنظیم هیجانی زوج‌ها بر اساس طبقه‌بندی Blanchard (۳۶) در مرحله درمان و در مرحله پیگیری، در طبقه بهبودی با موفقیت اندک قرارمی‌گیرد و به‌طور کل حاکی از موفقیت زوج‌درمانی EFCT در زوج‌های متعارض است. نمودار شماره ۲ و ۳ هم‌چنین نشان می‌دهد با وجود این که میانگین و سطح نمره‌های تنظیم هیجانی زوج پنجم و ششم گروه زوج‌درمانی IBCT در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است، تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۴ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) زوج ششم در زیر خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارد. با توجه به این که مقادیر شاخص تغییر پایا به دست آمده زوج‌های پنجم و ششم به ترتیب در مرحله پس از درمان ۱/۹۵ و ۱/۵۹ و در مرحله پیگیری ۱/۹۵ و ۱/۵۱ به دست آمده است، این دو مقدار در سطح آماری P<۰/۰۵ معنی‌دار نیستند. درصد بهبودی این دو زوج نیز به ترتیب، پس از درمان ۲۰/۳۸ و ۱۹/۷۹ و مرحله پیگیری ۱۹/۵۱ و ۱۸/۷۵ است. بنابراین تغییر حاصله در زوج پنجم و ششم تصادفی است و نتیجه مداخله درمانی نبوده و معنی‌دار نمی‌باشد. نمودار شماره ۱ هم‌چنین نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های تنظیم هیجانی زوج چهارم گروه زوج‌درمانی IBCT در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه Fisher و همکاران(۳۵)، به دلیل پایین بودن تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۵ نقطه) از تعداد مورد نیاز(۵ نقطه) در زیر خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در زوج چهارم، تغییر حاصله در این زوج تصادفی نیست و نتیجه مداخله درمانی است. جدول شماره شماره ۴ نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده برای زوج چهارم در مرحله بعد از درمان ۲/۹۴ و در مرحله پیگیری ۳/۰۲ است که این مقدار در سطح P<۰/۰۵ معنی‌دار است؛ با توجه به پایین بودن نمرات زوج چهارم از نقطه برش این پرسشنامه(۷۲) می‌توان گفت که تغییرات از نظر بالینی معنادار است. درصد بهبودی بعد از درمان ۳۳ و پس از پیگیری ۳۴/۲۸ است. بنابراین بر اساس درصد بهبودی کلی سه زوج گروه زوج‌درمانی IBCT در مرحله درمان (۲۴/۳۹) و پیگیری (۲۴/۴۵)، می‌توان گفت که زوج‌درمانی IBCT بر تنظیم هیجانی زوج‌های متعارض اثربخش نبوده است و میزان اثربخشی این درمان بر تنظیم هیجانی زوج‌های متعارض براساس طبقه‌بندی Blanchard(۳۶) در مرحله درمان و در مرحله پیگیری در طبقه شکست درمانی قرار می‌گیرد.

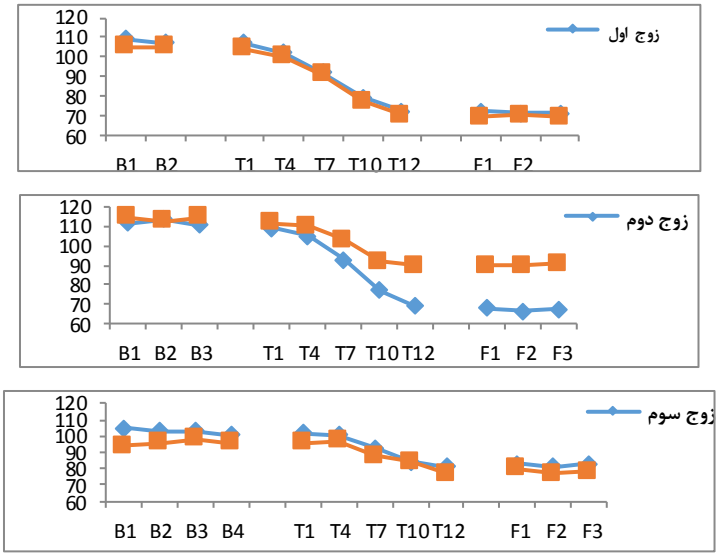
جدول شماره۳: روند تغییر مراحل درمان سه زوج متعارض گروه زوج درمانی متمرکز بر هیجان درمقیاس دشواری تنظیم هیجانی (DERS)

گروه های درمانی		زوج درمانی متمرکز بر هیجان		
مراحل درمان	زوج ها	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم
			خط پایه	
خط پایه اول		۱۰۹	۱۱۲	۱۰۵
خط پایه دوم		۱۰۷	۱۱۴	۱۰۳
خط پایه سوم		-	۱۱۱	۱۰۳
خط پایه چهارم		-	-	۱۰۱
میانگین مرحله خط پایه		۱۰۸	۱۱۲/۳	۱۰۳
			درمان	
جلسه اول		۱۰۷	۱۰۹	۱۰۲
جلسه چهارم		۱۰۲	۱۰۵	۱۰۱
جلسه هشتم		۹۲	۹۳	۹۳
جلسه دوازدهم		۷۹	۷۷	۸۴
جلسه شانزدهم		۷۲	۶۹	۸۱
میانگین مرحله درمان		۹۰/۴	۹۰/۶	۹۲/۲
شاخص تغیر پایا (درمان)		۳/۰۲	۳/۶۳	۱/۸۴
درصد بهبودی پس از درمان		۳۳/۳۳	۳۸/۵۵	۲۱/۳۵
درصد بهبودی کلی			۳۱/۰۷	
			پیگیری	
پیگیری نوبت اول		۷۲	۶۸	۸۳
پیگیری نوبت دوم		۷۱	۶۶	۸۱
پیگیری نوبت سوم		۷۱	۶۷	۸۳
میانگین مرحله پیگیری		۶۹/۶۶	۶۷	۸۲/۳
شاخص تغیر پایا پیگیری		۳/۲۷	۳/۸۰	۱/۶۸
درصد بهبودی پس از پیگیری		۳۴/۲	۴۰/۳	۱۹/۴۱
درصد بهبودی کلی			۳۱/۲۷	

جدول شماره ۴ : روند تغییر مراحل درمان سه زوج متعارض گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در مقیاس دشواری تنظیم هیجانی(DERS)

گروه های درمانی		زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر(IBCT)		
مراحل درمان	زوج ها	زوج چهارم	زوج پنجم	زوج ششم
			خط پایه	
خط پایه اول		۱۰۵	۱۱۵	۹۴
خط پایه دوم		۱۰۵	۱۱۳	۹۶
خط پایه سوم		-	۱۱۵	۹۸
خط پایه چهارم		-	-	۹۶
میانگین مرحله خط پایه		۱۰۵	۱۱۴/۳	۹۶
			درمان	
جلسه اول		۱۰۴	۱۱۲	۹۶
جلسه چهارم		۱۰۰	۱۱۰	۹۷
جلسه هشتم		۹۱	۱۰۳	۸۸
جلسه دوازدهم		۷۷	۹۲	۸۴
جلسه شانزدهم		۷۰	۹۱	۷۷
میانگین مرحله درمان		۸۸/۴	۱۰۱/۴	۸۸/۴
شاخص تغیر پایا (درمان)		۲/۹۴	۱/۹۵	۱/۵۹
درصد بهبودی پس از درمان		۳۳	۲۰/۳۸	۷۹/۱۹
درصد بهبودی کلی			۲۴/۳۹	
			پیگیری	
پیگیری نوبت اول		۶۹	۹۱	۸۰
پیگیری نوبت دوم		۷۰	۹۱	۷۷
پیگیری نوبت سوم		۶۹	۹۲	۷۸
میانگین مرحله پیگیری		۶۹/۳	۹۰/۳	۷۸/۳
شاخص تغیر پایا پیگیری		۳/۰۲	۱/۸۷	۱/۵۱
درصد بهبودی پس از پیگیری		۳۴/۲۸	۱۹/۵۱	۱۸/۷۵
درصد بهبودی کلی			۲۴/۱۸	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]



نمودار شماره ۱ تا ۳: روند تغییر نمره های مقیاس دشواری تنظیم هیجانی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری شش زوج گروه های درمان EFCT و IBCT

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برگزاری جلسات مشاوره‌ای با رویکرد EFCT و IBCT سبب بهبود علائم تنظیم هیجانی در زوجین متعارض می‌شود. هم‌چنین نتایج نشان داد که زوج‌های تحت درمان EFCT نسبت به IBCT میزان بهبودی بیش‌تری در متغیر تنظیم هیجانی نشان داده است. هم‌چنین یافته‌ها بیانگر این بود که میانگین نمره‌های تنظیم‌هیجانی دو گروه EFCT و IBCT در قبل از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ولی این میزان در مرحله پس از درمان و سه ماهه پیگیری درگروه EFCT افزایش یافته است. این نتایج تاثیر مثبت EFCT بر بهبود علائم تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از این مطالعه با یافته‌های تحقیقات Halchuk و همکاران (۲۰۱۰) که رویکرد EFCT را برای ۱۸ زوج که از آشفتگی زناشویی و بی‌تنظیمی هیجانی شکایت داشتند، به کار بردند و دریافتند که زوجین پس از دریافت درمان EFCT، بی‌تنظیمی هیجانی کم‌تر، سازگاری زناشویی بالاتر، اعتماد و حمایت بیش‌تر و سبک دلبستگی ایمن‌تری را از خود بروز دادند(۱۴)، Johnson (۲۰۱۹) که در پژوهش خود نشان داد رویکرد EFCT در بهبود سبک دلبستگی ناایمن، ترمیم روابط ناخوشایند و کاهش استرس زوجین موثر است(۳۷)، خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۹۲) که در پژوهش خود اثربخشی رویکرد EFCT بر کاهش نشانگان افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته را بررسی کردند و نشان دادند که درمان EFCT موجب کاهش نشانگان افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی زوجین گروه مداخله شده است(۳۲) و Greenberg و همکاران(۲۰۱۰) که در پژوهش خود گزارش کردند EFCT در حل صدمات هیجانی زوج‌ها، از جمله خشم و رنجش ناشی از خیانت، ترک یا توهین، رضایت زناشویی، اعتماد و بخشش زناشویی موثر بوده است(۳۸)، همخوان می‌باشد. هم‌چنین یافته‌های این مطالعه همسو و در تایید نتایج تحقیقات Greenberg (۲۰۱۷) (۲۱)، McKinnon ، Greenberg و Vulnerable (۲۰۱۷) (۱۳)، Wiebe و Johnson (۲۰۱۶) (۱۷)، Love، Moore و Stanish (۲۰۱۶) (۱۹) می‌باشد که اثربخشی EFCT را تایید نموده بودند. در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت، به طور کلی درمان EFCT شیوه درمانی است که تاکید اصلی آن بر مشارکت هیجانات در الگوهای دائمی ناسازگاری در زوجین آشفته می‌باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر در هرکدام از زوجین

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد هیجانات به شیوه ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجانات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباط رضایت‌بخش‌تر می‌باشد(۳۹). همان‌طورکه هیجان یکی ازعوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش‌بینی، تبیین، نحوه واکنش و کنترل تجارب زندگی به ما کمک می‌کند. هیجان‌ها در حافظه ما ذخیره نمی‌شود بلکه به وسیله ارزیابی موقعیت‌هایی که باعث فعال شدن چارچوب هیجانی خاصی می‌شود دوباره احیا می‌شوند و منجر به مجموعه رفتارهای به‌خصوصی می‌شوند. در طول درمان EFCT، چنین موقعیت‌هایی دوباره طراحی می‌شود تا زوجین به اکتشاف و گسترش هیجانات خود بپردازند و سپس آن‌ها می‌توانند طی این تجربه جدید هیجانات خود را اصلاح کنند(۴۰). در گروه EFCT، کم‌ترین میزان بهبودی در تغییر تنظیم هیجانی مربوط به زوج سوم و بیش‌ترین میزان بهبودی را زوج دوم به دست آوردند. نکته قابل توجه درباره زوج اول و دوم این است که این دو زوج علاوه بر این متغیر، در اکثر هدف‌های درمانی میزان بهبودی بالایی را نشان داده و در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که این دو زوج بیش‌ترین سود و بهبودی را داشته‌اند. در تبیین این مورد باید گفت زوج اول و دوم از سطح انتظار مثبت و واقع‌بینانه از درمان برخوردار بودند و این عامل خود یکی از تأثیرگذارترین عوامل در نتایج روان‌درمانی‌ها می‌باشد. همان‌طور که Prochaska و Norcross (۴۱) از بررسی ۱۵۰ مطالعه نتیجه گرفتند که هر چه انتظار مراجع از نتایج درمان بیش‌تر باشد، درمان بیش‌تر و بهتر نتیجه خواهد داد. علاوه بر این، زوج اول و به خصوص دوم در انجام تکالیف خانگی نهایت همکاری را با درمانگر نشان دادند این امر هم شاید یکی دیگر از دلایل بهبودی این زوج باشد؛ به طوری‌که حمیدپور و همکاران(۳۶) نشان داده‌اند که همکاری نکردن در انجام تکالیف خانگی منجر به نتیجه نگرفتن از نتایج روان درمانی می‌شود.

این که در این مطالعه زوج‌های تحت درمان IBCT میزان کم‌تر بهبودی را در متغیر تنظیم هیجانی نشان دادند، بدیهی به نظر می‌رسد چرا که در اصل این درمان برای کاهش هیجانات نرم و تغییرات وسیع در رفتار زوج‌ها گسترش یافته است(۱۳). اگر چه زوج‌های تحت درمان IBCT، نسبت به EFCT بهبودی کم‌تری را نشان دادند به طوری که هیچ کدام از آزمودنی‌های گروه IBCT، به استثنای زوج چهارم به سطح معنی‌داری بالینی دست نیافتند اما با توجه به نمودار شماره ۱ تا ۳، متوسط میزان تنظیم هیجانی زوج‌ها در این گروه نسبت به خط پایه کم‌تر شده که نشان می‌دهد این درمان تا حدودی در کاهش علائم دشواری تنظیم هیجانی زوج‌های متعارض مؤثر می‌باشد. یافته‌های این مطالعه همسو و در تایید نتایج تحقیقات Baucom و همکاران (۲۰۱۱) (۲۳)، Yoo و همکاران(۲۰۱۴) (۲۵)، Sevier و همکاران (۲۰۱۱) (۳۷) می‌باشد که اثربخشی IBCT را تایید نموده بودند. Montesi, Conner, Fauber& Heimberg (۲۰۱۳) در اثربخشی IBCT بر زوج‌های آسفته دریافتند، این رویکرد از طریق بازسازی روابط زوج‌ها، امنیت و رفتارهای امن آن‌ها را افزایش و تعارض‌ها وکشمکش‌های موجود زناشویی، میل به ترک رابطه و طلاق را کاهش می‌دهد و موجب ارتقای سلامت جسمی و روان‌شناختی آن‌ها می‌شود. افزون بر این به علت تاکیدی که IBCT بر اصلاح و غنی‌سازی روابط بین زوج‌ها و نحوه بیان نیازها و برآوردن نیازها و میزان بیان بهره‌مندی جنسی زوج‌ها از یکدیگر و تاثیر آن بر خودارزشمندی هر یک از زوج‌ها دارد، موجب مراقبت کردن زن و شوهر از همدیگر می‌شود و در مجموع می‌تواند بر صمیمیت و رضایت زناشویی زوج‌ها تاثیر بسزایی بگذارد(۲۶). نتایج تحقیقاتی که Baucom و همکاران (۲۰۰۹) انجام دادند نشان می‌دهد که درمان IBCT تاثیرات متفاوتی نسبت به TBCT بر روی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

هیجانات و سطح ارتباطات زوج‌ها در جلسات درمان می‌گذارد که عبارتند از: افزایش بیش‌تر در فراوانی صحبت کردن درباره مشکلات حل نشدنی‌شان بدون این که همدیگر را مورد سرزنش قرار دهند یا بدون این که برای تغییر کردن به همدیگر فشار وارد کنند می‌پردازند. علاوه بر این نتایج هم‌چنین اشاره می‌کنند زوج‌های تحت درمان IBCT نسبت به زوج‌های تحت درمان TBCT در حالی درمان را تمام می‌کنند که به بیان بارزتر و روشن‌تر هیجان ملایم و پرهیز از ابراز هیجانات شدیدتر می‌نمایند(۲۴). این نتایج همراستا با نتیجه مطالعه ما می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که یکی از تکنیک‌های عمده در IBCT تشویق زوج‌ها به ابراز هیجانات نرم است که در پس هیجانات سخت نهفته است. این تکنیک یکی از تکنیک‌های اساسی در ایجاد "اتحاد همدلانه" است(۹) که برای پرورش دلسوزی، درک کردن و صمیمیت ابداع شده است. ابراز هیجانات سخت مانند خصومت، خشم و عدم تحمل به صورت مکرر باعث می‌شود که زوج مقابل به صورت تدافعانه و تلافی‌جویانه پاسخ دهد. از سوی دیگر، ابراز هیجانات نرم مانند تنهایی، احساس ناایمنی، ترس، تمایل و عشق به احتمال زیاد می‌تواند همدلی و صمیمیت هیجانی زوج‌ها را برانگیزد. بنابراین زوج‌درمانی IBCT فرض می‌کند پرورش پذیرش از طریق افشاگری نرم یک جنبه اساسی در درمان موفق است(۹).

افزون بر این، این مطالعه همخوان با نتایج مطالعه Sobral, Matos& Costa(۲۰۱۴)(۲۷)، رویکرد IBCT موجب شد زوج‌های متعارض، که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی زناشویی خود بودند، بتوانند آگاهی خود را نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی‌شان بالا ببرند و باورها، انتظارات نامعقول و استنادهای اشتباه خود از رفتار یکدیگر را که باعث دلخوری‌های بی‌مورد می‌شد اصلاح کنند و شناخت خود را نسبت به جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر افزایش دهند.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان‌درمانگران در مورد اثربخشی زوج‌درمانی EFCT و IBCT فراهم کند. از دستاوردهای این مطالعه می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. درسطح نظری، نتایج این مطالعه می‌توانند نتایج مطالعات پیشین و نظریه‌های مربوط به نقش دلبستگی و طرح‌واره‌های هیجانی در بروز تعارضات زناشویی را تایید کند. با توجه به نتایج پیگیری و بهتر بودن عملکرد زوج‌درمانی EFCT و IBCT در حفظ دستاوردهای درمانی می‌توان به نقش حیاتی هیجانات و پیوندهای دلبستگی اشاره کرد. بحث در مورد این موضوع که که چرا این دو مدل درمانی قادر به حفظ چنین اثرات درمانی درازمدت هستند در حالی که درمان‌های دیگر فاقد آن می‌باشند، از اهمیت بسزایی برخوردار است. این دو مدل درمانی پیوند محکمی میان زوجین ایجاد می‌کنند که در آن هر دوی زوجین به قدری از نظر هیجانی درگیر نیازهای یکدیگر می‌شوند و به نیازهای یکدیگر پاسخ می‌دهند که بنای اعتماد، صمیمیت و همبستگی در میان آن‌ها گذاشته می‌شود. ایجاد چنین پیوند هیجانی در تعاملات زوجین باعث تعریف مجدد رابطه آن ها در قالب پایگاه مطمئن و پناه امن می‌شود. هم‌چنین سطوح بالای دلبستگی ایمن باعث شکل‌گیری عوامل مثبتی مثل انعطاف‌پذیری، گفتگوی صریح و روشن، توانایی پردازش موثر اطلاعات و توانایی همدلی با همسر می‌شود. در سطح نتایج عملی یافته‌های مطالعه حاضر می‌توانند در تدوین برنامه‌های آموزشی و بهداشتی در چارچوب روابط والد- فرزندی مورد استفاده قرار گیرد. به عنوان مثال با توجه به نقش سبک‌های دلبستگی در آشفتگی زناشویی و شیوه‌های برخورد والدین از ابتدای تولد در چگونگی شکل‌گیری این سبک‌ها، توصیه می‌شود که زوجین به منظور پرورش سبک دلبستگی ایمن تحت آموزش قرار گیرد.

محدودیت‌های عمده این مطالعه این است که به دلیل ماهیت طرح تک موردی، عدم استفاده از گمارش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

تصادفی یا همتا کردن آزمودنی‌ها، پیشنهاد می‌شود این مدل با نمونه‌های بزرگ‌تر و با گمارش تصادفی همراه با گروه کنترل انجام شود تا کارایی آن با روش تحلیل واریانس نیز مورد بررسی قرار گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود استفاده از فنون آموزشی نظیر مهارت‌های درک همدلانه، مهارت‌های ارتباطی و حل مساله که قابلیت کاربرد در گروه‌های کوچک درمانی را دارا هستند، در تحقیقات بعدی نیز مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به این که اکثر روان‌پزشکان، استفاده از دارو را بهترین شیوه کاهش مشکلات هیجانی می‌دانند، پیشنهاد می‌شود اطلاع‌رسانی لازم جهت آگاهی از روش‌های درمانی غیردارویی مانند درمان‌های EFCT و IBCT صورت گرفته و در پژوهش‌هایی این دو رویکرد درمانی با درمان‌های دارویی چه به عنوان درمان‌های انتخابی و چه به عنوان درمان‌های الحاقی با یکدیگر مقایسه شوند. امروزه زوج‌ها اغلب در جریان آشفتگی‌های هیجانی خاصی وارد درمان می‌شوند و سطوح پایینی از رضایت زناشویی، اعتماد، صمیمیت و هم‌چنین احساس منفی نسبت به طرف مقابل را گزارش می‌کنند. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی رویکردهای EFCT و IBCT در حل این مسائل چنان که پژوهش‌های مختلف و پژوهش‌های حاضر نشان می‌دهند، آموزش این دو شیوه درمانی در لیست برنامه‌های آموزشی زوج‌درمانی و خانواده درمانی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل رساله دکتری مشاوره خانواده مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بروجرد می‌باشد. پژوهشگر بر خود لازم می‌داند که از تمام زوج‌های محترم که با وجود مشکلات فراوان در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و تشکر نماید.

References

1. Snyder DK, Castellani AM, Washman MA. Current status and future directions in couple therapy. Annual Rev Psychol 2006; 57(4): 417-344.
2. Holley R, Claudia M, Claudia M, Irene C. Depression, emotion regulation&the demand/ withdraw pattern during intimate relationship conflict. J Soc Person Relat 2018; 35(3): 408-430.
3. Hwang J. A processing model of emotion regulation: insights from the attachment system. Doctoral Dissertation: College of Arts and Sciences, Georgia State University. 2006.
4. Berking M. Training Emotionaler Kompetenzen. Heidelberg, Springer. (English translation: The Affect Regulation Training. New York: Springer Ltd; (in press). 2010.
5. English T, John O, Gross J. Emotion regulation in relationships. In JA Simpson & L. Campbell (Eds.), Handbook of close relationships (pp. 500–513). Oxford, UK: Oxford University Press; 2013.
6. Wilson S, Jaremka L, Glaser J. Shortened sleep fuels inflammatory responses to marital conflict: Emotion Relution matters. J psychoneuroendocrin. 2018; 79(3): 74-83.
7. Boden M, Westermann S, McRae K, Kuo J, Alvarez J, Kulkarni M. Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: a prospective investigation. J Soc Clin Psychol 2013; 32(3): 296-314.
8. Campbell-Sills L, Ellard K, Barlow D. Emotion regulation in anxiety disorders. In Gross J.J, (ed). Handbook of emotion regulation. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2014. pp. 393-412.
9. Helbig-Lang S, Rusch S, Lincoln T. Emotion Regulation Difficulties in Social Anxiety

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

Disorder and Their Specific Contributions to Anxious Responding. J Clin Psychol 2015; 71(3): 241-249.

10. Gurman A, Jacobson N. Therapy with couples: A Coming of age. Clinical Hand book of Couple Therapy. 2nd ed. New York: Guilford press; 2015. pp. 255-330.
11. Johnson S. The practice of emotionally focused couple therapy. The practice of emotionally focused couple therapy. 2nd ed. New York: Brunner Rutledge. 2004.
12. Burgess Moser M, Johnson SM, Dalgleish TL, Lafontaine MF, Wiebe SA, Tasca GA. Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused couple therapy. J Marital Fam Ther 2016; 42(2): 231-245.
13. Johnson SM, Greenberg LS. Emotionally Focused Marital Therapy: An overview. Psychotherapy 1987; 4(35): 552-560.
14. McKinnon JM, Greenberg LS. Vulnerable emotional expression in emotion focused couples therapy: Relating interactional processes to outcome. J Marital Fam Ther 2017; 43(2): 198-212.
15. Halchuk R, Makinen J, Johnson S. Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionaly Focused Therapy: A Three-Year Folow-Up. J Couple Relationship Therapy 2010; 9(2): 31-47.
16. Johnson SM, Talitman E. Predictors of success in emotionally focused marital therapy. J Marital Fam Ther 1997; 23(2): 135-152.
17. Geanina C. Emotionally focused therapy in posttraumatic stress Desorder: A Clinical Case. J Social Behav Sci. 2015; 205: 13-17.
18. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. Family Process 2016; 55(3): 390-407.
19. Love HA, Moore RM, Stanish NA. Emotionally Focused Therapy for couples recovering from sexual addiction. Sex Relat Ther 2016; 31(2): 176-189.
20. Wiebe SA, Johnson S M, Lafontaine MF, Burgess M, Dalgleish T L, Tasca G A. Two-year follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. J Marit Fam Ther 2017; 43(2): 227-244.
21. Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. Emotion-focused therapy of depression. Person-Centered and Experiential Psychotherapies 2017; 16(2): 106-117.
22. Jacobson NS, Christensen A, Prince SE, Cordova J, Eldridge K. Integrative behavioral couple therapy: Anacceptance-based, promising new treatment for couple discord. J Consult Clin Psychol 2000; 68(2): 351-355.
23. Baucom B, Sevier M, Eldridge K, Doss B, Christensen A. Observed Communication in Couples Two Years after Integrative and Traditional Behavioral CoupleTherapy: Outcome and Link with Five-Year Follow-Up. J Consult Clin Psychol 2011; 79(5): 565-576.
24. Baucom B, Atkins D, Simpson L, Christensen A. Prediction of Response toTreatment in a Randomized Clinical Trial of Couple Therapy:A 2-Year Follow-Up. J Consult Clin Psychol 2009; 77(1): 160-173.
25. Yoo H, Bartle S, Day RD, Gangamma R. Couple communication, emotional and intimacy, and relationship satisfaction. J Sex Marit Ther 2014; 40(4): 275-293.
26. Montesi JL, Conner BT, Gordon EA, Fauber RL, Kim KH, Heimberg E. On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual sommunication, and sexual satisfaction in young couples. Arch Sex 2013; 42(1): 81-91.
27. Sobral MP, Matos PM, Costa ME. Fear of intimacy among couples: Dyadic and

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

mediating effects of parental inhibition of exploration and individuality and partner attachment. J Fam Sci 2014; 6(1): 380-388.

28. Gall M, Borg W, Gall G. Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology. Translated by: Nasr AR, Aristi HR, Abolghasemi M, Bagheri K, et al. Samt Pub; 2016. (Persian).
29. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IVAxis I Disorders: SCID-1 clinician version. USA: Washington DC, American Psychiatric Association; 1996.
30. Mohammadi M, Sharifi V, Asadi SM, Amini M, Kavyani H, Samnani H, et al. The reliability and feasibility of implementing the English version of the diagnostic structured interview for DSM-IV .Cognitive Science New Magazine 2004; 6(1): 22-10 (Persian).
31. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Asses 2004; 26(3): 41-54.
32. KhojastehMehr R, Shalilinia R, Rajabi B, Bashlida K. The Effectiveness of Emotional-Circuit Therapy on Decreasing Depression Symptoms and Distressed Couple's Emotional Regulation. Quart J Appl Counsel 2013; 3(1): 1-18 (Persian).
33. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marrige and similar dyads. J Marriage Fam 1976; 38(1): 15-28.
34. Sanayee B, Alagheband S, Human A. Measures of family and marriage. Tehran: Besat; 2017. Persian.
35. Fisher WW, Kelley ME, Lomas JE. Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. J Appl Behav Anal 2003; 36(3): 387-406.
36. Hamidpour H. The importance of methodology in studies of cognitive - behavioral. Baztabe Danesh 2000; 3(1): 49-56 (Persian).
37. Johnsona S. Attachment in Action-Changing The Face of 21 St Century Couple Therapy. Curr Opin Psychol 2019; 25: 101-104.
38. Greenberg L, Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. J Marital Fam Ther 2010; 36(1): 28-42.
39. Peluso PR. Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis. New York: Routledge, 2001, pp. 330.
40. Amani R, Majzubi MR. Comparing the effectiveness of emotionally-focused couple therapy, cognitive-behavioral and cognitive-behavioral- emotional on depression and marital satisfaction in women. J Fam Couns Psychother. 2013; 3(3): 440-467. Persian.
41. Prochaska J, Norcross J. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. 7th ed. Hardcover: Belmont; Cengage Learning Pub; 2017.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]