

## Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Marital Adjustment of Married Women with Experience of Complex Childhood Trauma

Najme Balali  
Dehkordi 

Department of Counseling, Faculty of education and psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Maryam  
Fatehizade 

Department of counseling, Faculty of education and psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

### Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of ISTDP and EFT therapies on marital adjustment of married women with experience of complex childhood trauma. The study population consisted of married women with a history of complex childhood trauma and distressed marital relationships in Shahrekord in 1400. sampling was done by call and voluntarily. After reviewing the inclusion criteria, finally six people were selected and randomly assigned to ISTDP and EFT treatments. After implementation, the approaches were compared. Research data were analyzed by a single case method. The results of visual analysis between the intervention and baseline positions including PND, mean and mean changes, relative and absolute level changes, showed the effectiveness of both treatments on marital adjustment. Mean and average changes for ISTDP and EFT therapies indicated the effectiveness of both approaches on increasing marital adjustment in the middle and end of treatment sessions. Relative level changes for both treatments also indicated an increase in marital adjustment in the early stages of treatment. Results for absolute changes for ISTDP and EFT therapies indicated that both treatments were able to lead to immediate changes in marital adjustment scores. The percentage of


\* Corresponding Author: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir


**How to Cite:** Balali Dehkordi, N., Fatehizade, M. (2022). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Marital Adjustment of Married Women with Experience of Complex Childhood Trauma, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 13(51), 31-57.

overlapping for both treatments indicated the high effectiveness of these two treatments for marital adjustment. Considering the values obtained from the average changes, mean, level changes and percentage index of overlapping data, the results show that EFT treatment was more effective than ISTDP treatment in increasing marital adjustment.

**Keywords:** Emotion-Focused Therapy, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Marital Adjustment, Complex Childhood Trauma.

## مقایسه اثربخشی رویکردهای هیجان‌مدار و روان‌درمانی پوشی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی زنان متأهل با تجربه ترومای پیچیده دوران کودکی

دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. \*  **نجمه بلالی دهکردی**

دکتری مشاوره خانواده، استاد دانشگاه اصفهان، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.  **مریم فاتحی‌زاده**

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و روان‌درمانی‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی زنان متأهل با تجربه ترومای پیچیده دوران کودکی انجام شد. جامعه پژوهش را زنان متأهل دارای سابقه ترومای پیچیده دوران کودکی و روابط زوجی آشفته در شهرستان شهرکرد در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری پژوهش از طریق فراخوان و به‌صورت داوطلبانه انجام شد. پس از بررسی ملاک‌های ورود به نمونه، درنهایت شش نفر انتخاب و به شکل تصادفی در هر مداخله قرار گرفتند. پس از اجرا، رویکردها مورد مقایسه قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با روش مورد منفرد تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل دیداری بین دو موقعیت مداخله و خط پایه شامل داده‌های ناهمپوش، تغییرات میانه و میانگین، تغییرات سطح نسبی و مطلق، بیانگر اثربخشی هر دو درمان بر سازگاری زناشویی بود. تغییرات میانه و میانگین برای درمان‌های هیجان‌مدار و روان‌درمانی‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده بیانگر اثربخشی هر دو رویکرد بر افزایش سازگاری زناشویی در اواسط و پایان جلسات درمانی بود. همچنین تغییرات سطح نسبی برای هر دو درمان نشان‌دهنده افزایش سازگاری زناشویی در مراحل اولیه درمان بود. نتایج در مورد تغییرات مطلق برای روان‌درمانی پوشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان هیجان‌مدار بیانگر آن بود که هر دو درمان توانسته‌اند منجر به تغییرات فوری در نمره سازگاری زناشویی شوند. درصد ناهمپوشی نیز برای هر دو درمان بیانگر اثربخشی بالای این دو درمان برای سازگاری زناشویی بود. با توجه به مقادیر به‌دست آمده از تغییرات

\* نویسنده مسئول: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

میان، میانگین، تغییرات سطح و شاخص درصد داده‌های ناهمپوش، نتایج نشان‌دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار نسبت به روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در افزایش سازگاری زناشویی مؤثرتر عمل کرده است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان هیجان‌مدار، روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، سازگاری زناشویی، ترومای پیچیده دوران کودکی.

## مقدمه

یکی از نیازهای بنیادین بشر برقراری رابطه، داشتن احساس تعلق و دلبستگی با یک شریک مراقب و دوست‌داشتنی می‌باشد که موجب احساس امنیت شده و بهزیستی وی را افزایش می‌دهد (واژاپیلی و ری یز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). ازدواج آیینی است که به این نیاز پاسخ می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا تکامل یافته و به معنای زندگی دست یابند (عبدالعزیز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). با این وجود، علی‌رغم تأکید پژوهش‌ها و مطالعات قبلی بر فواید ازدواج، اما برخی از ازدواج‌ها نیز به جای ایجاد آرامش برای زوجین منبعی برای آشفتگی و نارضایتی آن‌ها می‌شوند (رابرت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد که آسیب‌ها و پیامدهای منفی ناشی از یک زندگی آشفتنه بیشتر متوجه زنان می‌شود چراکه عدم وجود حمایت‌های اجتماعی و عاطفی لازم برای زنان می‌تواند در آسیب‌پذیری آن‌ها نسبت به شرایط نامطلوب زندگی زناشویی تأثیر جدی داشته باشد. رضایت زناشویی پایین با ویژگی‌های شخصیتی هر یک از همسران، عوامل استرس‌زایی که با آن مواجه شده‌اند و تبادل ارتباط و رفتار بین زوجین رابطه دارد (سوز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳؛ حسینی حسین‌آباد و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی پیشینه بالینی و تجربی موجود نشان‌دهنده پیامدهای زیانبار و طولانی‌مدت ترومای بین‌فردی دوران کودکی بر عملکرد زوجی می‌باشند. به نظر می‌رسد که تجربه خشونت و بدرفتاری در اوائل زندگی به‌طور خاصی بر توانایی بازماندگان برای ایجاد یک رابطه صمیمانه و رضایت‌بخش بادوام تأثیر می‌گذارد (گادبوت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). تروما به تجارب دردناک هیجانی گفته می‌شود که آثار زیان‌بار روانی، جسمانی و اجتماعی بسیاری به دنبال دارد (پایویو و پاسکال لئون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). ترومای پیچیده به‌عنوان یکی از انواع تروما، اغلب به روابط دلبستگی آزاردهنده در اوایل زندگی اشاره دارد

- 
1. Vazhapilly, J. J. & Reyes, M. E. S.
  2. Abdul Azeez, E. P.
  3. Robert, B. W.
  4. South, S. C.
  5. Godbout, N.
  6. Paivio, S. C. & Pascual-Leone, A.

(کورتویز و فورد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) و شامل مواجهه مکرر با خشونت، عهدشکنی و بی‌اعتمادی در رابطه با مظاهر دل‌بستگی است که منجر به آشفتگی‌های طولانی‌مدت می‌شود (پایویو و پاسکال لئون، ۲۰۱۰). ترومای پیچیده دوران کودکی به شکل بدرفتاری جسمی، آزار جنسی، آزار عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی می‌باشد که توسط مراقبین یا افراد آشنا برای کودک اتفاق می‌افتد (ملوتک و پایویو، ۲۰۱۷). دوران کودکی یکی از آسیب‌پذیرترین دوران زندگی هر فردی است و وقایع این دوران می‌تواند تا آخر عمر زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. تجربه منفی ترومای پیچیده می‌تواند موجب شکل‌گیری بی‌اعتمادی و باورهای منفی نسبت به دیگران شده و در روابط بین‌فردی افراد مانند روابط زناشویی تأثیر مخربی داشته باشد. افرادی که سابقه ترومای پیچیده دارند، در مواجهه با مشکلات واکنش‌های انعطاف‌ناپذیرتری از خود نشان می‌دهند و گاهی در برابر تعارضات خود با دیگران به‌خصوص شریک زندگی، قادر به حل تعارض نیستند. درواقع، آنچه باعث می‌شود که آزار دوران کودکی منجر به پیامدهای منفی در روابط بزرگ‌سالی شود، ارتباط نابهنجار است. بسیاری از بزرگ‌سالانی که در کودکی ترومای پیچیده را تجربه کرده‌اند، مهارت‌های ارتباطی ضعیف‌تری دارند و قادر به ایجاد روابط صمیمانه نیستند (کری ویکاس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). این افراد اطمینان و آمادگی کمتری برای ازدواج دارند، سطح رضایت از روابط و ارتباط با آنها پایین‌تر است و به‌احتمال زیادتری شریک خود را مراقب نمی‌دانند (لارسون و لامونت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). زنانی که از خشونت جنسی، جسمی و روانی مزمن رنج می‌برند، اغلب درگیر تروما شده، اضطراب و ترس کل زندگی آنها را احاطه می‌کند و با هر ماشه چکانی، ترومای آنها مجدداً فعال می‌شود (اورزک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). زنان و مردانی که قرار گرفتن در معرض ترومای پیچیده را در دوران کودکی خود تجربه کرده‌اند، در روابط زناشویی دچار مشکلاتی می‌شوند. وجود هیجان‌های منفی، دفاع‌های بیش‌ازحد، افکار خودکار منفی در فرد آسیب‌دیده، موجب

- 
1. Courtois, C. A. & Ford, J. D.
  2. Krivickas, K. M.
  3. Larson, J. H. & LaMont, C.
  4. Orzeck, T. L.

می‌شود که برقراری روابط سازگارانه با شریک زندگی به بن‌بست بخورد. رفتارهای فرد آسیب‌دیده موجب شکل‌گیری یک چرخه تعاملی منفی بین وی و همسرش شده و منجر به تشدید آشفتگی در روابط زوجی می‌شود. از نظر گاتمن (۱۹۹۳) اغلب زوجینی که از یکدیگر جدا می‌شوند، قبلاً یک دوره آشفتگی روابط را طی کرده‌اند و پس از آن اقدام به جدایی می‌کنند. آشفتگی روابط زوجی زمانی اتفاق می‌افتد که زوجین موانع ارتباطی دارند و در مواجهه با مشکلات قادر به حل مسئله نیستند، همچنین تفاوت‌های فردی یکدیگر را انکار می‌کنند (جاکوبسن و کریستینسن، ۱۹۹۶، به نقل از رجبی و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به این که زنان در هنگام مواجهه با تعارضات و آشفتگی‌ها در زندگی زناشویی به لحاظ عاطفی و اجتماعی آسیب‌پذیرتر از مردان هستند و به داشتن روابط عاطفی سازگارانه با همسر نیاز شدیدتری دارند؛ به خاطر حفظ زندگی مشترک زوجین، در صورت ظهور مشکلاتی که منجر به آشفتگی روابط بین آنها می‌شود، اقدام به گرفتن کمک از متخصصان و مشاوران حوزه خانواده می‌کنند. تاکنون مداخلات بی‌شماری همچون زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره‌درمانی هیجانی زوجی، زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و غیره در جهت کاهش آشفتگی زوجی و بهبود سازگاری زناشویی به کار رفته است که بیانگر اهمیت این متغیر در زندگی زناشویی می‌باشد؛ چراکه زوجین سازگار زندگی بادوام‌تری خواهند داشت؛ اما با توجه به پیامدهای منفی مواجهه با حوادث آسیب‌زا به‌خصوص ترومای پیچیده دوران کودکی بر ساختار روان افراد آسیب‌دیده و آثار این آسیب‌ها بر روابط زناشویی، ضرورت اجرای مداخلات متمرکز بر آثار این تجارب دردناک اهمیت زیادی دارد. از آنجا که پژوهشگر قصد نداشت که ناسازگاری زناشویی را از جایگاه زوج‌درمانی حل و فصل کند و در این پژوهش بیشتر بر ناسازگاری‌هایی تأکید می‌شود که به خاطر وجود زخم‌ها و آسیب‌های دوران کودکی یکی از زوجین، ایجاد شده و زندگی زناشویی آنها را تحت تأثیر قرار داده است، لذا پژوهشگر بر آن شد تا از درمان‌های فردی به‌منظور مداخله استفاده کند. در این راستا، با

توجه به پیشینه موجود در رابطه با اثربخشی مطلوب رویکردهای هیجان‌مدار<sup>۱</sup> و روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده<sup>۲</sup> بر تروما و پیامدهای آن، پژوهشگر این دو رویکرد درمانی را جهت مداخله در این پژوهش انتخاب نمود. پیش‌از این نیز، مبسم و همکاران (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان «اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان» انجام دادند که نتایج آن بیانگر تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی زنان است. همچنین در مورد درمان هیجان‌مدار نیز صاحبی بزاز و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود با عنوان «اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و سازگاری زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت» که بر روی ۳۰ زوج که به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند، انجام شد؛ دریافتند که درمان هیجان‌مدار منجر به بهبودی تحمل ناکامی و ابعاد آن و بهبود سازگاری زناشویی و ابعاد آن در زوجین گروه آزمایش شد و این اثر تا مرحله پیگیری ادامه داشت. همچنین واژاپیلی و ری یز (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی برنامه ارتباطی زوج‌درمانی هیجان‌مدار برای غنی‌سازی روابط زوجین و رضایت زناشویی در میان همسران آشفته» را بر روی دو گروه آزمایشی و کنترل، برای ۳۲ زوج هندی با طبقه اجتماعی متوسط انجام دادند. این برنامه پنج هفته طول کشید و نتایج نشان‌دهنده تأثیر معنادار این برنامه بودند. برنامه ارتباطی زوج‌درمانی هیجان‌مدار یک ابزار مؤثر برای غنی‌سازی ارتباط و رضایت زناشویی در روابط زوجی می‌باشد.

اگرچه پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی انجام شده است، اما اغلب این پژوهش‌ها به سازگاری زناشویی از جایگاه زوج‌درمانی و به‌عنوان یک مشکل زناشویی پرداخته‌اند؛ همچنین پژوهش‌هایی که به اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی انجام شده باشد، بسیار محدود هستند چراکه این رویکرد درمانی یک درمان فردی است و برای مشکلات زوجی مورد استفاده زیادی ندارد. با این وجود، چون پژوهشگر در این پژوهش به‌طور غیرمستقیم

- 
1. Emotion-Focused Therapy
  2. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy



برافزایش سازگاری زناشویی (از طریق بهبود آسیب‌های ناشی از ترومای پیچیده)، متمرکز بود، رویکرد روان‌پویایی کوتاه‌مدت فشرده به‌عنوان یکی از مداخلات انتخاب شد. با توجه به این که تروما یک تجربه هیجانی دردناک است؛ به نظر می‌رسد مداخلاتی که به‌جای پردازش‌های شناختی یا رفتاری بر پردازش‌های هیجانی متمرکز هستند- مانند درمان هیجان‌مدار گرینبرگ و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده- برای حل و فصل آثار مخرب تروما مؤثرتر باشند. از طرفی، در اغلب پژوهش‌های انجام‌شده از درمان هیجان‌مدار سوزان جانسون استفاده‌شده و پژوهش‌های اندکی درمان هیجان‌مدار گرینبرگ را به‌کاربرده‌اند. از دیگر خلأهای موجود در این زمینه می‌توان به این امر اشاره کرد که سایر پژوهش‌های انجام‌شده در راستای بررسی اثربخشی هر یک از این رویکردها با استفاده از روش نیمه آزمایشی انجام‌شده و از آنجا که این نوع روش پژوهش اعتبار درونی بالایی ندارد و قادر به کنترل متغیرهای مزاحم در زمان اجرا نیست، لذا دانش موجود در رابطه با اثربخشی این دو رویکرد درمانی محدود بوده و استفاده از روش پژوهش مورد منفرد که در آن هر آزمودنی با در نظر گرفتن سایر متغیرهای مزاحم در زمان اجرا مورد مطالعه قرار می‌گیرد، می‌تواند این خلأ را پر کرده و اطلاعات جامع‌تری از میزان اثربخشی این رویکردهای درمانی بدهد. از سوی دیگر پژوهشگر نتوانست، پژوهشی که به مقایسه رویکردهای هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده پرداخته باشد، پیدا کند. بدین منظور پژوهشگر در این پژوهش بر آن شد تا خلأهای موجود در این زمینه را برطرف کند. هدف از انجام پژوهش حاضر این بود که تأثیر این دو مداخله پویایی درمان هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی در زنان متأهل با تجربه ترومای پیچیده دوران کودکی مورد مقایسه قرار گیرد.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعه مورد منفرد بود. مطالعه مورد منفرد که گاهی از آن با عنوان سری‌های زمانی یاد می‌شود، به بررسی تعداد محدودی از افراد می‌پردازد که یا به‌صورت فردی یا به شکل یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند. در این شکل از

پژوهش پایایی درونی ارزیاب، مشاهده مکرر رفتار هدف و تکرار اثر آزمایشی موردبررسی قرار می‌گیرد. در پژوهش مورد منفرد تعداد آزمودنی‌ها می‌تواند از ۲-۳۰ نفر متغیر باشد. در این نوع از پژوهش هر آزمودنی در هر دو موقعیت خط پایه و موقعیت آزمایشی موردبررسی قرار می‌گیرد و این دو موقعیت با یکدیگر مقایسه می‌شوند. در واقع تعیین تأثیر مداخله برای هر آزمودنی به صورت جداگانه انجام می‌شود. در موقعیت خط پایه رفتار هدف آزمودنی قبل از ارائه مداخله اندازه‌گیری می‌شود. این موقعیت برای اندازه‌گیری رفتار موردنظر قبل و بعد از مداخله به کار برده می‌شود (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۶).

جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان متأهل دارای سابقه ترومای پیچیده دوران کودکی با روابط زوجی آشفته در شهرستان شهرکرد در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. به منظور انتخاب نمونه، فراخوانی جهت شرکت در پژوهش حاضر به سایر مراکز مشاوره سطح شهرکرد داده شد تا بدین وسیله زنان متأهلی که شرایط لازم را داشتند، در صورت تمایل و به صورت کاملاً داوطلبانه جهت مشارکت اعلام آمادگی کنند. رابطه ناسازگار با همسر از طریق پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر و آسیب‌های ترومای پیچیده از طریق پرسشنامه آسیب‌های شخصیتی ناشی از ترومای پیچیده (بلالی، ۱۴۰۰) محرز شد. پس از اعلام آمادگی ۹ نفر و بررسی ملاک‌های ورود به نمونه در این افراد، در نهایت ۶ نفر انتخاب و به شکل تصادفی در درمان‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند. نمونه انتخاب‌شده در طیف سنی ۲۶-۳۹ سال با تحصیلات لیسانس-فوق لیسانس قرار داشتند. همه افراد نمونه بیشتر از یک سال از زمان ازدواجشان می‌گذشت. ملاک‌های ورود به نمونه شامل تشخیص ناسازگاری زناشویی با نمره کمتر از ۱۰۱ از پرسشنامه سازگاری زناشویی برنشتاین، عدم ابتلای اختلالات طیف روان‌پریشی و سایر اختلالات روانی مهم و اختلالات شخصیت که از طریق مصاحبه تشخیصی محرز شد، عدم اعتیاد به سایر مواد اعتیادآور، عدم دریافت سایر درمان‌های روان‌شناختی در حین اجرای مداخله پژوهشی و عدم تقاضای طلاق بودند. همچنین ملاک‌های خروج از نمونه

شامل غیبت بیش از دوبار آزمودنی در جلسات درمانی و عدم همکاری آزمودنی در فرایند درمان بودند.

### روش اجرای مداخلات

پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزینی آن‌ها در درمان‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و درمان هیجان‌مدار، برای آزمودنی‌ها توضیحاتی در خصوص موازن اخلاقی و شیوه اجرای مداخلات داده شد. قبل از اجرای مداخله، آزمودنی‌ها در موقعیت خط پایه، چهار بار با پرسشنامه سازگاری زناشویی موردسنجش قرار گرفتند. سپس، در حین اجرای مداخلات نیز این پرسشنامه چهار بار بر روی آن‌ها اجرا شد. پس از اتمام مداخله نیز طی یک دوره پیگیری دو ماهه، آزمودنی‌ها مجدداً موردسنجش قرار گرفته تا میزان ثبات تأثیر هر درمان اندازه‌گیری شود. الگوی این طرح در پژوهش حاضر طبق نمادهای قراردادی به شکل O1O2O3O4X5X6X7X8O9O10O11O12 بود. این طرح از نوع آزمایش‌های مکرر است و در طی آن پژوهشگر رفتار آزمودنی را چندین بار مورد مشاهده قرار می‌دهد و مشاهدات خود را قبل و بعد از انجام مداخله با یکدیگر مقایسه می‌کند. در این طرح -O1 (خط پایه اول تا چهارم) ارزیابی قبل از اعمال متغیر مستقل (انجام مداخله) هستند که طی یک ماه (هر هفته یک‌بار)، اندازه‌گیری شدند. X مربوط به موقعیت آزمایشی و اجرای مداخله است که طی ۱۶ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) برگزار می‌شود. مداخله اندازه‌گیری شد. O9-O12 موقعیت پیگیری است که دو هفته بعد از اتمام مداخله انجام شد و تا یک ماه (هفته‌ای یک‌بار) ادامه یافت. شرح جلسات درمان‌های هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده به صورت خلاصه در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی درمان هیجان‌مدار تروما (پایویو و پاسکال لئون، ۲۰۱۰).

تکلیف	محتوا	هدف	فاز درمانی
تمرین شناسایی هیجان‌ها به لحاظ نوع و عملکرد در امور روزانه	ایجاد رابطه / آشنایی درمانگر و مراجع / تأیید تردیدهای مراجع درباره قرار گرفتن در فرایند درمان و اعتباربخشی به آن‌ها (تردید برای	هدف: ایجاد امنیت و اعتماد بین درمانگر و مراجع	اول: ایجاد اتحاد درمانی سوم

تکلیف	محتوا	هدف	فاز درمانی
جهت افزایش آگاهی و تمرکز مراجعان نسبت به هیجانات و نقش آن‌ها در زندگی	اعتماد به درمانگر، افشای تجربه تروما، زیر بار احساسات دردناک رفتن / طرح مشکل توسط مراجع / بررسی فعلی نشانه‌های پریشانی مراجع / بررسی سطح عملکرد مراجع / آموزش تجربی و بیان منطق درمان برای مراجع اتحاد درمانی، جلسه با سؤالاتی از قبیل «احساست از این که امروز در جلسه درمان قرار گرفتی چیه؟» / «امروز میخوای درباره چی صحبت کنی؟» می‌تواند آغاز شود / پاسخ‌دهی همدلانه به احساسات دردناک مراجع / استفاده از تصدیق همدلانه در پاسخ به نشانگر آسیب‌پذیری مراجع اتحاد درمانی / بررسی احوالات مراجع طی هفته گذشته / مطرح کردن مشکل حاضر / کاوش همدلانه / افشاسازی و کاهش انزوا / تکنیک بازگویی آسیب		
نوشتن نامه به خود جهت تسکین خود و دست‌یابی به آرامش درونی	اجرای پرسشنامه سازگاری زناشویی در جلسه چهارم و هشتم / کاهش پردازش‌های مرتبط با خود (مثل خودانتقادی، خودسرزنشگری، عدم آگاهی نسبت به تجربه درونی، ترس و اجتناب از تجربه هیجانی) / استفاده از تکنیک دو صندلی / تمرکز تجربی / کاوش همدلانه	تقویت احساس مراجع نسبت به خود از طریق دستیابی به منابع جایگزین سالم مانند خودمراقبتی و خودتسکینی و تغییر رفتار اجتنابی ناسازگار	دوم: کاهش ترس و شرم
ابراز هیجانات و تمرین قاطعیت در مواجهه با امور آزاردهنده زندگی، تمرین شفقت با خود	اجرای پرسشنامه سازگاری زناشویی در جلسه دوازدهم / دستیابی به خشم و غم ناسازگار و معناهای مرتبط با آن‌ها / اعتباربخشی به خشم مراجع / فراهم کردن فرصتی برای تجربه خشم / اعتباربخشی به غم مراجع / ایجاد فرصتی برای تجربه غم / کاوش همدلانه / پاسخ‌دهی همدلانه به احساسات دردناک / تصدیق همدلانه / انعکاس فراخوانی کننده / مواجهه تجسمی	دستیابی به دید متفاوت‌تر نسبت به شخص آزارگر	سوم: حل تروما و آسیب‌های دلبستگی

تکلیف	محتوا	هدف	فاز درمانی
تهیه لیستی از معناهای تازه مراجع	اجرای پرسشنامه سازگاری زناشویی در جلسه شانزدهم / استفاده از مواجهه تجسمی برای دسترسی به تغییرات و تحکیم آن‌ها / مقایسه تجربیات فعلی مراجع از افراد آسیب‌رسان با تجربیات وی در اوایل درمان / پردازش تجربه مراجع از درمان (مشکلات، موفقیت‌ها و جنبه‌های مفید) / بازخورد دوطرفه درمانگر و مراجع	حمایت از اهداف آینده مراجع	چهارم: یکپارچه‌سازی تجارب درمانی

جدول ۲. پروتکل درمان روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده (مالان و دلاسلوا، ۱۳۹۹/۲۰۰۷)

تکلیف	محتوای جلسه	هدف	جلسه
شناسایی و ثبت مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده در مواجهه با موقعیت‌های محرک زندگی	آشنایی با بیمار / مطرح کردن مشکل / ارزیابی احساس بیمار از حضور در جلسه درمانی / درخواست از مراجع جهت تجربه این احساس / واریسی اضطراب مراجع و مشخص کردن مسیر اضطراب بیمار / شناسایی دفاع‌های بیمار / تثبیت و تحکیم بیش‌بیمار نسبت به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی به‌جای تجربه احساسات (مثلت تعارض) / بررسی رابطه بیمار با والدین و همشیرها در دوران کودکی و در زمان حال / واریسی الگوی رفتار انتقالی (مثلت شخص).	ایجاد رابطه درمانی، مصاحبه مقدماتی و ارزیابی مراجع	جلسه اول و دوم: جلسه آزمایشی
شناسایی دفاع‌های مراجع در روابط بین فردی، شناسایی احساسات مرتبط با موقعیت‌های محرک و تمرین ابراز و تجربه آن‌ها به‌جای استفاده از دفاع	اجرای پرسشنامه سازگاری زناشویی در جلسه چهارم و هشتم / پرداختن به مشکل مراجع / بررسی مقاومت بیمار در مقابل نزدیکی هیجانی در انتقال / ارزیابی دفاع‌های اصلی بیمار (مشخص کردن این مسئله که آیا این دفاع‌ها برای اجتناب از احساسات اضطراب برانگیز است و یا عدم تمایل به تماس هیجانی با درمانگر) / بررسی احساس بیمار نسبت به درمانگر / مشخص کردن رابطه بین احساسات، اضطراب ناشی از آن‌ها و دفاع‌هایی که برای مقابله با آن‌ها به کار می‌رود / مشخص کردن مثلث‌های شخص و تعارض	فقل گشایی‌های مکرر	جلسه سوم تا یازدهم

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
جلسه دوازدهم تا چهاردهم	دستیابی به تجربه احساسات و استفاده از آن‌ها به جای به کارگیری دفاع‌ها و حل و فصل تعارضات	بررسی وضعیت بیمار و تأثیر جلسات درمانی قبل بر وی / پرداختن به مشکل مراجع / ایجاد بینش در بیمار درباره سرکوب احساسات و سردردهای میگرنی وی / بررسی موقعیت‌هایی که منجر به سردرد می‌شود / واری احساسات مرتبط با این موقعیت‌ها / شناسایی دفاع‌های مورد استفاده در این موقعیت‌ها (مثلث تعارض) / تجربه احساس / درهم شکستن دفاع‌ها / اجرای پرسشنامه سازگاری زناشویی در جلسه دوازدهم	شناسایی موقعیت‌های محرک سردردهای میگرنی و تمرین ابراز و تجربه احساس مرتبط با موقعیت به جای سرکوب آن‌ها
جلسه پانزدهم و شانزدهم	اختتام جلسات درمانی	بررسی وضعیت بیمار پس از دریافت درمان / مشاهده تغییرات اساسی در بیمار / اجرای پرسشنامه سازگاری زناشویی در جلسه شانزدهم	-

## ابزار پژوهش

### مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر

مقیاس سازگاری زناشویی در سال ۱۹۷۶ توسط اسپانیر طراحی شد و ۳۲ گویه را در بر می‌گرفت که کیفیت رابطه زناشویی زوجین را از دیدگاه زوجین موردسنجش قرار می‌دهد. این مقیاس شامل ابعاد سازگاری متقابل (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴)، رضایت متقابل (سؤالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲)، همبستگی متقابل (سؤالات ۲۴-۲۸) و ابراز محبت (سؤالات ۴، ۶، ۲۹، ۳۰) می‌باشد. اسپانیر (۱۹۷۶) اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کرد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای این مقیاس می‌باشد. همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها نیز به ترتیب برای سازگاری متقابل ۰/۹۰، رضایت متقابل ۰/۹۴، همبستگی متقابل ۰/۸۱ و ابراز محبت ۰/۷۳ گزارش شد که بیانگر همسانی درونی خوب برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها می‌باشد (صدیقی و همکاران، ۱۳۹۳). در ایران نیز فلاح زاده و ثنایی (۱۳۹۱) و مسرت مشهدی و دولتشاهی (۱۳۹۶) در پژوهش‌های خود پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (فلاح زاده و ثنایی، ۱۳۹۱؛ مسرت مشهدی و

دولت‌شاهی، ۱۳۹۶). نمره کل سؤالات بین ۰ تا ۱۵۱ است. نمره بالاتر بیانگر رابطه بهتر بین زوجین است. برای افزایش اطمینان این مقیاس، برخی از سؤالات به صورت مثبت و برخی دیگر به صورت منفی تدوین شده‌اند. به همین دلیل نمره گذاری برخی از سؤالات به صورت معکوس انجام می‌شود. از دیدگاه اسپانیر رابطه افرادی که نمره آن‌ها ۱۰۱ یا کمتر باشد ناسازگار بوده و رابطه افرادی که نمرات آن‌ها از ۱۰۱ بالاتر باشد، سازگار است میانگین نمرات زوجین سازگار در پژوهش اسپانیر ۱۱۴/۷ و برای زوجین ناسازگار ۷۰/۷ بود (صدیقی و همکاران، ۱۳۹۳). پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۴ به دست آمد.

### مقیاس آسیب‌های شخصیتی ناشی از ترومای پیچیده دوران کودکی (فرم متأهلین)

مقیاس آسیب‌های شخصیتی ناشی از ترومای پیچیده در سال ۱۴۰۰ توسط بلالی (۱۴۰۰) ساخته شد و مورد اعتبار سنجی قرار گرفت. این مقیاس شامل ۴۳ گویه می‌باشد که آسیب‌های روان‌شناختی و شخصیتی ناشی از تجربه ترومای پیچیده دوران کودکی را در افراد متأهل موردسنجش قرار می‌دهد. این مقیاس شامل ابعاد ترس‌های چندگانه، ناامنی درونی، نارزنده سازی خود، خودمقصرپنداری، مهرطلبی، نارسایی هیجانی، افسرده خویی، واکنش‌های مقابله‌ای ناسازگار و بدبینی می‌باشد. بلالی (۱۴۰۰) اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و پایایی ترکیبی ۰/۸۹ به دست آورد که بیانگر همسانی درونی مطلوب برای این مقیاس می‌باشد. همسانی درونی هر بعد به ترتیب برای ترس‌های چندگانه ۰/۹۳، ناامنی درونی ۰/۸۸، نارزنده سازی خود ۰/۹۳، خودمقصرپنداری ۰/۷۹، مهرطلبی ۰/۸۹، نارسایی هیجانی ۰/۷۹، افسرده خویی ۰/۹۲، واکنش‌های مقابله‌ای ناسازگار ۰/۸۵ و بدبینی ۰/۸۰ گزارش شد. روایی واگرایی این مقیاس با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون با بعد رضایت از زندگی و عاطفه مثبت پرسشنامه بهزیستی ذهنی دینر و همکاران (۱۹۸۵) به ترتیب ۰/۵۱- و ۰/۴۴- به دست آمد که بیانگر روایی واگرایی مطلوب این مقیاس می‌باشد. روایی همگرایی این مقیاس نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون

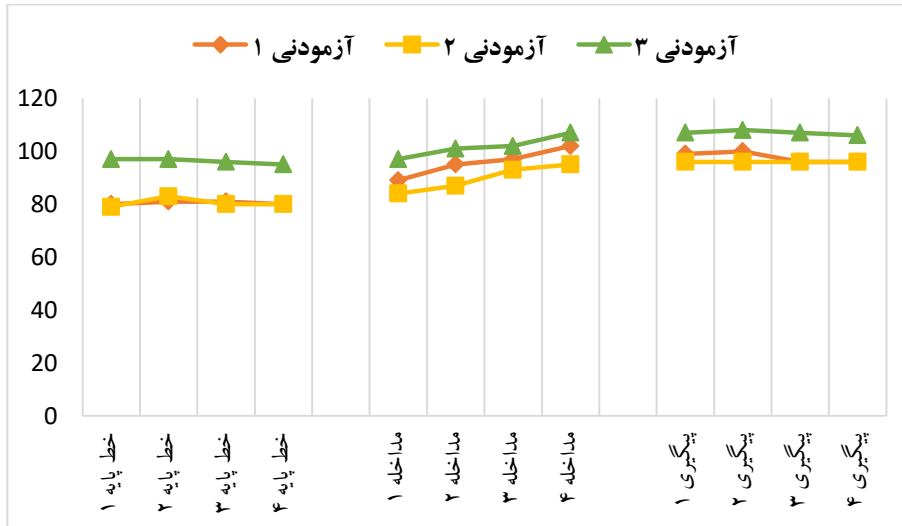
برای بعد عاطفه منفی پرسشنامه بهزیستی ذهنی دینر و همکاران (۱۹۸۵)، ۴۸٪ و برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس از مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی لایونند (۱۹۹۵) به ترتیب ۴۶٪، ۵۱٪ و ۵۴٪ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی همگرایی مطلوب این مقیاس می‌باشد. این مقیاس نمره کل نداشته و نمره بالا در هریک از ابعاد نشان‌دهنده آسیب شخصیتی و روان‌شناختی است که فرد تجربه می‌کند. پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در این پژوهش ۹۵٪ به دست آمد.

### یافته‌های پژوهش

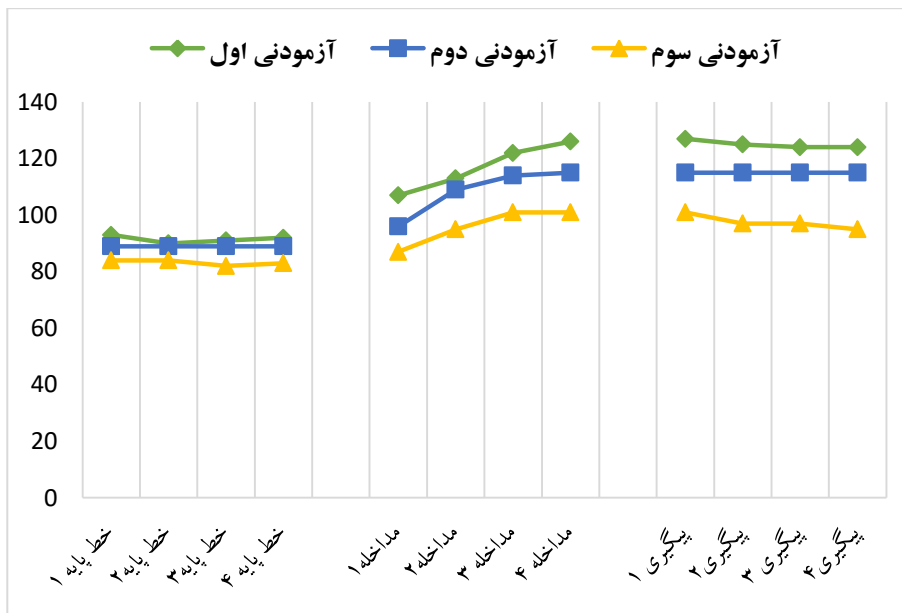
فرضیه پژوهش حاضر عبارت بود از: اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی متفاوت است.

این پژوهش با روش مطالعه مورد منفرد از نوع خط پایه چندگانه A-B با پیگیری و باهدف بررسی اثربخشی مداخلات روان‌پریشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان هیجان‌نما بر روی آزمودنی‌ها انجام شد. در این روش ابتدا رفتار هدف، چهار جلسه موردبررسی قرار گرفت و پس‌از آن مداخلات درمانی ارائه شد. سپس جلسات پیگیری دو هفته بعد از اجرای مداخلات طی یک ماه به‌صورت هفتگی انجام شد. در این روش پژوهش به‌جای تحلیل آماری از تحلیل دیداری استفاده می‌شود. در پژوهش‌های مورد منفرد باهدف مقایسه اثربخشی دو متغیر مستقل بر یک متغیر وابسته، لازم است ابتدا تأثیر هر متغیر مستقل به‌صورت جداگانه بر متغیر وابسته بررسی شود و پس‌از آن از مجموع شاخص‌های تحلیل دیداری به مقایسه تأثیر دو متغیر مستقل پرداخته شود. به‌منظور سنجش این فرضیه ابتدا اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی سنجیده شد که در نمودارهای ۱ و ۲ ترسیم شده است. تمامی شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی مانند تغییرات میانه، میانگین، تغییرات سطح نسبی و مطلق و درصد داده‌های همپوش و ناهمپوش برای هر کدام از آزمودنی‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.





نمودار ۱. نمرات سازگاری زناشویی آزمودنی‌های گروه‌درمانی ISTDP در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری



نمودار ۲. نمرات سازگاری زناشویی آزمودنی‌های گروه‌درمانی EFT در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۳. شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی نمره سازگاری زناشویی آزمودنی‌ها در دو

گروه‌درمانی EFT و ISTDP

POD	PND		درصد بهبودی	تغییرات مطلق		تغییرات نسبی		تغییرات میانگین		تغییرات میانه		مداخله درمانی	
	C/B	B/A		C/B	B/A	C/B	B/A	C/B	B/A	C/B	B/A		
%۱۰۰	۰	۰	%۱۰۰	۰/۱۹	۳	۹	۰	۱۱/۵	۲	۱۵/۲۵	۱/۵	۱۵/۵	درمان ISTDP
%۱۰۰	۰	۰	%۱۰۰	۰/۱۱	۱	۴	۲	۵/۵	۶/۲۵	۹/۲۵	۶	۱۰	
%۷۵	%۲۵	%۲۵	%۷۵	۰/۰۵	۰	۲	۳	۳/۵	۵/۲۵	۵/۵	۵/۵	۵	
%۷۵	۰	%۲۵	%۱۰۰	۰/۱۵	۱	۱۵	۲	۱۸/۵	۸	۲۵/۵	۷	۲۶	درمان EFT
%۱۰۰	۰	۰	%۱۰۰	۰/۲۱	۰	۷	۰/۵	۱۳/۵	۶/۵	۱۹/۵	۳/۵	۲۲/۵	
%۱۰۰	۰	۰	%۱۰۰	۰/۲۷	۰	۴	-۲	۸/۵	۱/۵	۱۲/۷۵	-۱	۱۴/۵	

جدول ۴. میانگین شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی نمره سازگاری زناشویی در دو

گروه‌درمانی EFT و ISTDP

POD	PND		درصد بهبودی	تغییرات مطلق		تغییرات نسبی		تغییرات میانگین		تغییرات میانه		مداخلات درمانی	
	C/B	B/A		C/B	B/A	C/B	B/A	C/B	B/A	C/B	B/A		
۹۱٪/۶۶	۸٪/۳۳	۸٪/۳۳	۹۱٪/۶۶	۰/۱۱	۱/۳۳	۵	۱/۶۶	۶/۸۳	۴/۵	۱۰	۴/۳۳	۱۰/۱۶	ISTDP
۹۱٪/۶۶	۰	۸٪/۳۳	%۱۰۰	۰/۲۱	۰/۳۳	۸/۶۶	۰/۱۶	۱۳/۵	۵/۳۳	۱۹/۲۵	۳/۱۶	۲۱	EFT

همان‌گونه که در جدول ۴ گزارش شده است، شاخص PND برای روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده (۹۱٪/۶۶) و درمان هیجان‌مدار (۱۰۰٪) است که نشان‌دهنده تأثیر هر دو درمان بر سازگاری زناشویی می‌باشد. همچنین در مورد هر دو مداخله درمانی افزایش نمره میانه، میانگین و تغییرات سطح نسبی و مطلق نسبت به خط پایه بیانگر اثربخشی درمان‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و هیجان‌مدار بر روی متغیر سازگاری زناشویی می‌باشد. با این وجود، همان‌گونه که در جدول آمده است، در مرحله مداخله نسبت به پایه میانگین میانه سازگاری زناشویی در روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، ۱۰/۱۶ و در

درمان هیجان‌مدار، ۲۱ نمره افزایش داشته است. از طرفی میانگین سازگاری زناشویی در مرحله مداخله نسبت به خط پایه در روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، ۱۰ و در درمان هیجان‌مدار، ۱۹/۲۵ نمره افزایش داشته است. مقایسه تغییرات میانه و میانگین این دو گروه نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار توانسته است در اواسط و پایان درمان تأثیر بیشتری بر سازگاری زناشویی داشته باشد. بررسی تغییرات نسبی در مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه نیز بیانگر آن است که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در مراحل اولیه درمان، ۶/۸۳ نمره سازگاری زناشویی را افزایش داده است و این تغییر در درمان هیجان‌مدار، ۱۳/۵ نمره افزایش بوده است. همچنین بررسی تغییرات مطلق در مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه نشان می‌دهد درمان هیجان‌مدار منجر به اثربخشی فوری در متغیر سازگاری زناشویی شده است (۸/۶۶) ولی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده تأثیر فوری کمتری بر متغیر سازگاری زناشویی داشته است (۵ نمره). درصد بهبودی برای روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده ۰/۱۱ به دست آمد، درحالی‌که این درصد برای درمان هیجان‌مدار ۰/۲۱ بود که نشان‌دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار توانسته است بهبودی بیشتری را در متغیر سازگاری زناشویی ایجاد کند. شاخص مربوط به داده‌های ناهمپوش نشان می‌دهد که درصد داده‌های ناهمپوش مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه برای روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، ۹۱٪/۶۶ و برای درمان هیجان‌مدار ۱۰۰٪ می‌باشد. از نظر این شاخص بین دو گروه تفاوت قابل توجهی وجود ندارد، اما از مجموع یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری بر سازگاری زناشویی زنان متأهل با تجربه ترومای پیچیده دوران کودکی داشت.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل دیداری بین موقعیتی بین دو رویکرد درمانی EFT و ISTDP نشان می‌دهد که هر دو رویکرد مدعی افزایش سازگاری زناشویی هستند. با این وجود، با توجه به درصد بهبودی به‌دست‌آمده از درمان EFT (۰/۲۱) نسبت به درمان ISTDP (۰/۱۱) می‌توان گفت که درمان EFT توانسته است تأثیر بیشتری بر متغیر سازگاری زناشویی داشته

باشد. پیش‌ازاین نیز، از اثربخشی درمان ISTDP بر سازگاری زناشویی یا به‌طور غیرمستقیم بر رضایت از زندگی و یا کاهش تعارضات زناشویی در پژوهش‌های مرادیان و همکاران (۱۳۹۷)، رنجبر و همکاران (۱۳۹۶)، مبسم و همکاران (۱۳۹۱) حمایت شده است. همچنین در مورد درمان EFT نیز پژوهش‌ها نشان‌دهنده آن است که این رویکرد درمانی تأثیر زیادی بر افزایش سازگاری زناشویی و متغیرهای مشابه با آن دارد (واژاپلی و ری یز (۲۰۱۸)؛ پریست (۲۰۱۳)؛ صاحبی بزاز و همکاران (۱۳۹۸)؛ و صنم نژاد و همکاران (۱۳۹۹))؛ اما در این میان پژوهشی که به مقایسه این دو رویکرد درمانی پرداخته باشد، یافت نشد.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی می‌توان گفت که تروما می‌تواند منجر به اختلال در توانایی فرد برای صمیمیت، دل‌بستگی و وابستگی بین‌فردی شود. افرادی که تجربه تروما دارند، ممکن است در روابط زوجی خود کناره‌گیر یا عصبانی بوده و نشانه‌های گناه و افکار مزاحم همواره خود را بروز دهند. آشفتگی زوجی می‌تواند ناشی از آسیب‌های دل‌بستگی در گذشته فرد باشد که باعث می‌شود فرد نتواند با دیگران صمیمی شده و به آن‌ها اعتماد کند. درمان هیجان‌مدار به نقش مهم هیجان‌ات و روابط هیجانی در سازمان دادن به الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان‌ات را عامل تغییر می‌داند (جانسون، ۲۰۰۴).

از آنجا که برخی از تعارضات و یا آشفتگی‌های زوجی ریشه در مشکلات دوران کودکی یکی از زوجین یا هر دو دارد، بررسی و حل‌وفصل این موضوعات می‌تواند در ایجاد سازگاری زناشویی اثربخش باشد. درمان هیجان‌مدار با استفاده از تکنیک‌های مختلف در حل‌وفصل آسیب‌های گذشته افراد که روابط فعلی، از جمله روابط زناشویی آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار داده سعی در ایجاد آرامش و سازگاری زوجین دارد. یکی از تکنیک‌های کاربردی این رویکرد در درمان تروماهای گذشته-زمانی که فرد مورد سوءاستفاده دوران کودکی قرار گرفته و یا سال‌ها به‌طور مکرر قربانی خشونت بوده است- استفاده از سندلی خالی می‌باشد. ابراز هیجان‌ات ثانویه به‌خصوص سرزنش یا شکایت از

دیگری و هیجان‌ات سرکوب‌شده اولیه مانند بی‌زاری از مراقب اصلی از جمله نشانگرهایی است که استفاده از این تکنیک درمانی را توجیه می‌کند. گاهی مواقع کار ناتمام زمانی خود را نشان می‌دهد که مراجع درباره یک رابطه فعلی صحبت می‌کند که به این دلیل به مشکل برخورد کرده است که احساسات گذشته وی تحریک می‌شوند و مراجع درد می‌کشد. زمانی که فرد دارای ترومای حل‌نشده باشد، خاطرات مزاحم به‌طور مداوم در عملکرد وی دخالت می‌کنند. در این شرایط مشکلات شدیدی در زندگی فرد وجود دارد و خاطرات ناخواسته، درد هیجانی و آسیب‌پذیری بیشتر است. در این شرایط افراد برای انجام کار ناتمام با منشاء آسیب دچار تردید می‌شوند. از یک‌سو آن‌ها تمایل دارند که از شر این خاطرات مزاحم رها شوند و از سوی دیگر درد شدیدی وجود دارد که وی را به تجربه مجدد آسیب تهدید می‌کند. به همین دلیل فن‌سندلی خالی زمانی به کار می‌رود که یک رابطه ایمن قوی بین درمانگر و مراجع رخ داده باشد و مراجع نیز برای مواجهه تجسمی با فرد آزارگر آمادگی کافی داشته باشد. درواقع فن‌سندلی خالی فرصتی است برای ابراز و پردازش مجدد هیجان برای فرد فراهم می‌کند. نتیجه کار ناتمام در رابطه با مشکلاتی مثل سوءاستفاده یا تروما، نسبت دادن مسئولیت اشتباه به دیگری و برداشتن سرزنش از خود است، مراجع کسی آزارگر را که موجب آسیب شده مسئول می‌داند ولی ابراز بخشش هم نمی‌کند و حتی ممکن است ابراز درک هم نکند. در این مرحله درمانگر در مسئول دانستن دیگری به خاطر آسیب از مراجع حمایت می‌کند. نتیجه نهایی این تکلیف یک حس تجربی از پایان و تکمیل در رابطه با کار ناتمام است که با حسی از قدرت بخشی، خوش‌بینی و تصدیق خود همراه است که درمانگر در کاوش و پذیرش آن زمانی که از مراجع حمایت می‌کند و او را اعتباربخشی می‌کند، یاری می‌رساند (الیوت و همکاران، ۱۴۰۰/۲۰۱۳). بدین ترتیب درمان هیجان مدار به‌صورت فردی منجر به کاهش آشفتگی‌های زوجی ناشی از آسیب‌های دوران کودکی شده و موجب افزایش سازگاری زناشویی می‌شود.

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده می‌توان گفت همان‌طور که

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، خاطرات دردناک و حل‌نشده گذشته زوجین، یکی از عوامل مؤثر بر ایجاد تعارضات زوجی است. به نظر می‌رسد که در برخی از مواقع، تعارضات زوجین در تجارب اولیه آن‌ها ریشه دارد، این تجارب شبیه تعارضات فعلی زوجین می‌باشد (مالوک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳؛ میسم و همکاران، ۱۳۹۱). یکی از اهداف روان‌درمانی‌های پویشی، افزایش آگاهی و تحمل بیماران درباره احساسات متعارض نسبت به افراد مهم زندگی‌شان می‌باشد (گلاسر، ۲۰۱۰). در این رویکرد درمانی بر معانی و مفاهیمی تمرکز می‌شود که فرد درباره تجارب اولیه زندگی خود شرح می‌دهد و مبنای تعارضات زناشویی هستند. مثلاً آیا نشانه‌ای بین وقایع گذشته و وقایع فعلی وجود دارد؟ آیا خاطرات گذشته با اضطراب همراه‌اند؟ (مالوک، ۱۹۸۳؛ میسم و همکاران، ۱۳۹۱). در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، فرایند درمان به شکل حلزونی از بیرونی‌ترین لایه‌های دفاعی در مقابل نزدیکی هیجانی تا خشم که لایه زیرین درد و سوگ است و در نهایت تمایل به نزدیکی هیجانی، پیش می‌رود. هدف درمان پذیرش، تسلط و یکپارچه کردن گستره وسیعی از هیجانات آدمی توسط بیمار است. طی درمان بیماران باید بتوانند به همه لایه‌های احساسات خود دست‌یافته، آن‌ها را تجربه کرده و طوری آن‌ها را ساماندهی کند که به درک روشنی از خود و دیگران برسند (دل‌اسلوا، ۲۰۱۸). در واقع روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده منجر به چالش در مقابل دفاع‌های ناکارآمد شده به طوری که مسیر تجربه و ابراز هیجانی باز می‌شود و بدین ترتیب باعث می‌شود فرد به شکل آگاهانه افکار، رفتار و هیجاناتش را کنترل کرده و هیجانات خود را آگاهانه مدیریت کند (مامی و همکاران، ۱۳۹۹).

در کل می‌توان گفت از آنجا که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده یک درمان فردی است و به صورت زوج‌درمانی انجام نمی‌شود به همین دلیل لازم بود درمان هیجان‌مدار نیز به صورت فردی به کار گرفته شود. هر دو درمان هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده منحصراً بر روی متغیر سازگاری زناشویی متمرکز نبودند و بیشتر به آسیب‌های دوران کودکی که روابط بین فردی آن‌ها با همسر را نیز تحت تأثیر قرار داده

---

1. Mallouk, T. H.

بود، پرداختند و از طریق حل‌وفصل این آسیب‌ها منجر به افزایش سازگاری زناشویی و بهبود روابط زوجی شدند. در رابطه با اثربخشی درمان هیجان‌مدار می‌توان گفت با توجه به اینکه افرادی که مورد آسیب‌های دوران کودکی قرار گرفته‌اند، معمولاً به سرکوب هیجان‌های خود می‌پردازند و از مواجهه با آن‌ها اجتناب می‌کنند، درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر هیجان‌های درونی افراد و تأکید بر تجربه هیجانی مرتبط با رویداد آسیب‌زا در جلسه درمان، به مراجعین کمک می‌کند تا با هیجان‌های سرکوب‌شده خویش روبرو شده و نسبت به آن‌ها به آگاهی هیجانی برسند که خود یک عامل شفابخش در درمان می‌باشد. از طرفی با استفاده از تکنیک‌های مرتبط با نشانگرهای مراجعان، به حل دوبارگی‌های درونی مراجع - که در اثر تجارب دردناک کودکی به وجود آمده‌اند- و تکمیل کار ناتمام وی با افراد آسیب‌رسان در دوران کودکی می‌پردازد. به نظر می‌رسد که درمان هیجان‌مدار به این دلیل توانسته اثربخش‌تر از درمان روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده باشد که نسبت به آن ملایم‌تر بوده و تأکید بر اتحاد درمانی به حدی است که تا زمانی که اتحاد درمانی شکل نگرفته به استفاده از تکنیک‌های درمانی پرداخته نمی‌شود. از طرفی تأکید بر همدلی و پاسخ‌های همدلانه موجب می‌شود مراجع احساس کند که به خوبی درک می‌شود و نسبت به افشاسازی مشکلات خویش راحت‌تر عمل می‌کند و بدین ترتیب درمان متناسب با مشکل را دریافت می‌کند. درنهایت به نظر می‌رسد که برقراری رابطه درمانی بهتر با این رویکرد درمانی توسط مراجعان در اثربخشی آن نیز تأثیر مثبتی داشته است.

#### محدودیت پژوهش

با توجه به استفاده از روش مطالعه مورد منفرد در بخش کمی پژوهش و اجرای مداخلات درمانی هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر روی تعداد محدودی از آزمودنی‌ها، امکان تعمیم نتایج به‌دست‌آمده به‌صورت گسترده وجود ندارد. از این‌رو به پژوهشگران در پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود تا در پژوهش‌های خود در زمینه موضوع پژوهش حاضر از روش‌های نیمه آزمایشی برای بررسی دقیق‌تر میزان اثربخشی رویکردهای هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده استفاده کنند.

### ملاحظات اخلاقی پژوهش

در این پژوهش با مشارکت داوطلبانه شرکت‌کنندگان و همچنین کسب رضایت آگاهانه از آنها، تعهد مبنی بر محرمانه بودن محتوای جلسات درمانی و رعایت اصل رازداری و تعیین قرارداد درمانی موازین اخلاقی به‌طور کامل رعایت شد. این پژوهش با شناسه اخلاق پژوهش IR.UI.REC.1399.114 تصویب شد.



## منابع

- الیوت، رابرت؛ واتسون، جین؛ گلدمن، روآندا؛ و گرینبرگ، لزلی. (۲۰۱۳). آموزش درمان هیجان‌مدار. ترجمه نینا جمشیدنژاد و محمدآرش رضائی، ۱۳۹۸، ویرایش پنجم، تهران: انتشارات ارسباران
- بلالی، نجمه. (۱۴۰۰). «کشف آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از ترومای پیچیده دوران کودکی در زنان متأهل با رابطه زوجی آشفته و مقایسه اثربخشی رویکردهای روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و درمان هیجان‌مدار بر آسیب‌های کشف‌شده و سازگاری زناشویی»، پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.
- رجبی، غلامرضا؛ نادری نوبندگانی، زهرا؛ و امان الهی، عباس. (۱۳۹۴). «اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-سازه‌گرا بر رابطه متقابل زناشویی در همسرهای آشفته». فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۵(۳)، ۱-۲۱.
- صاحبی بزاز، لیلا؛ سودانی، منصور؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۸). «اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و سازگاری زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت»، پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۴(۳۴)، ص ۵۹-۸۳
- صدیقی، اکرم؛ صفریگی، شهناز؛ محبی، سیامک؛ و شاه سیاه، مرضیه. (۱۳۹۳). «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با سازگاری زناشویی»، مجله دین و سلامت، ۲(۱)، ص ۴۹-۵۶.
- فراهانی، حجت‌اله؛ عابدی، احمد؛ آقامحمدی، سمیه؛ و کاظمی، زینب. (۱۳۹۷). مبانی کاربردی طرح‌های مورد‌منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی، تهران: روان‌شناسی و هنر
- فلاح زاده، هاجر؛ و ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۱). «تعیین میزان اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی در افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های دارای صدمه دل‌بستگی»، فصلنامه مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۰(۴)، ص ۸۷-۱۱۰
- گیلی، شهناز؛ صادقی فیروزآبادی، وحید؛ صادقی حقایق، سیدعباس؛ علیزاده قویدل، علیرضا؛ رضایی جمالویی، حسن. (۱۳۹۹). «مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر اضطراب و افسردگی بیماران عروق کرونر قلبی»، فصلنامه روان‌شناسی سلامت، پیاپی ۳۶، ص ۴۵-۶۲
- مالان، دیوید؛ و کاگلین دلاسلوا، پاتریشیا. (۲۰۰۷). دگرگونی زندگی‌ها. ترجمه علیرضا

طهماسب، ۱۳۹۹، تهران: بینش نو

مامی، شهرام؛ صفرنیا، افشین؛ تردست، لیلی؛ و عباسی، بیتا. (۱۳۹۹). «اثر بخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق»، *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۴)، پی‌پی ۶۱، ص ۱۲۷-۱۴۲.

مبسم، سولماز؛ دلاور، علی؛ کرمی، ابوالفضل؛ ثنایی، باقر و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۱). «بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان». *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، شماره ۹، ص ۷۷

مسرت مشهدی، زینب؛ و دولت‌شاهی، بهروز. (۱۳۹۶). «بررسی اثربخشی میزان سازگاری زناشویی از باورهای غیرمنطقی». *مجله رویش روان‌شناسی*، ۶(۱)، پی‌پی ۱۸، ص ۶۹-۸۴

- Abdul Azeez, E. P. (2013). Employed women and marital satisfaction: A study among female nurses. *International Journal of Management and Social Sciences Research*, 2(11), 17-26.
- Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2011). *Working with narrative and emotion in trauma: The case of Alex*. American Psychological Association.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2012). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
- Della Selva, P. C. (2018). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. Routledge.
- Godbout, N., Runtz, M., MacIntosh, H., & Briere, J. (2013). Childhood trauma and couple relationships. *Integrating Science & Practice*, 3(2).
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association.
- Hosseini-Hoseinabad, S. F., Ghobari-Banab, B., Mashayekh, M., Farrokhi, N., & Sodagar, S. (2019). The Mediating Role of Insecure Attachment Styles between Early Experienced Violence and Marital Adjustment in Women. *International Journal of Behavioral Sciences*, 13(2), 80-86.
- Johnson, S. M., & Williams-Keeler, L. (1998). Creating healing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(1), 25-40.
- Krivickas, K. M., Sanchez, L. A., Kenney, C. T., & Wright, J. D. (2010). Fiery wives and icy husbands: Pre-marital counseling and covenant marriage as buffers against effects of childhood abuse on gendered marital communication? *Social Science Research*, 39(5), 700-714.

- Larson, J. H., & LaMont, C. (2005). The relationship of childhood sexual abuse to the marital attitudes and readiness for marriage of single young adult women. *Journal of Family Issues*, 26(4), 415–430.
- Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198–214.
- Orzeck, T. L. (2008). *Relationship trauma: A grounded theory investigation of women's traumatically abusive intimate relationship processes*. University of Calgary.
- Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. American Psychological Association.
- Priest, J. B. (2013). Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12(1), 22–37.
- Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 313-345.
- South, S. C., & Krueger, R. F. (2013). Marital satisfaction and physical health: Evidence for an orchid effect. *Psychological Science*, 24(3), 373-378.
- Vazhappilly, J. J., & Reyes, M. E. S. (2018). Efficacy of emotion-focused couples communication program for enhancing couples' communication and marital satisfaction among distressed partners. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(2), 79-88.

**استناد به این مقاله:** بلالی دهکردی، نجمه، فاتحی‌زاده، مریم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رویکردهای هیجان مدار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی زنان متأهل باتجربه ترومای پیچیده دوران کودکی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۳(۵۱)، ۳۱-۵۷.

DOI: 10.22054/QCCPC.2022.65682.2871



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

