

## اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین با نگرش به خیانت زناشویی\*

### *The effectiveness of solution - focused therapy and emotionally-focused therapy on marital intimacy of couples with attitudes toward marital infidelity*

Afshin Ahramiyan

Ph. D Student of Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Mansour Sodani (Corresponding author)

Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Email: sodani\_m@scu.ac.ir

Maryam Gholamzadeh Jofreh

Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

#### Abstract

**Aim:** The aim of present study was to investigate the effectiveness of solution - focused therapy and emotionally-focused therapy on marital intimacy of couples with attitudes toward marital infidelity. **Method:** In this research, a single case experimental design (SCED) of a multiple baseline was used. The statistical population included couples referring to the specialized counseling center of masire zendeghi in Boshehr city in 2019. Eight couples (a total number of sixteen women and men) were selected by purposeful sampling method and based on inclusion and exclusion criteria. Solution-focused therapy sessions for 8 sessions and emotionally-focused therapy sessions for 10 sessions (one session per week) of 90 minutes were conducted with couples and couples were respond on Attitudes Toward Infidelity Scale (ATIS) of Whatley's and Marital Intimacy Needs Questionnaire (MINQ) of Bagarozzi's in three stages: baseline, treatment and 2-month follow-up. Data were analyzed using Visual Drawing method, Permanent Change Index (RCI), and Percentage Improvement Formula. **Results:** The findings indicated that solution-focused with %14/64 and emotionally-focused therapy with %22/01 therapy caused the overall recovery rate in the post-treatment stage in couples ( $p \leq 0/05$ ). **Conclusion:** The results of the analysis of research hypotheses showed that solution-focused therapy and emotionally-focused therapy is effective in increasing the marital intimacy of couples with attitudes toward marital infidelity.

**Keywords:** solution-focused therapy, emotionally-focused therapy, marital intimacy, attitudes toward marital infidelity

افشین اهرمیان

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

منصور سودانی (نویسنده مسئول)

استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

Email: sodani\_m@scu.ac.ir

مریم غلامزاده جفره

استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

#### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین با نگرش به خیانت زناشویی بود. روش: در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌موردی (SCED) از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. جامعه‌ی آماری شامل زوجین مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی مشاوره مسیر زندگی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه‌ی آماری شامل ۸ زوج که با روش نمونه‌گیری داوطلب - هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. جلسه‌های درمانی راه‌حل‌مدار به مدت ۸ جلسه و درمان هیجان‌مدار به مدت ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای با زوج‌ها انجام گرفت و زوج‌ها به مقیاس نگرش به خیانت زناشویی واتلی (ATIS) و پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی (MINQ) در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری ۲ ماهه پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار با %۱۴/۶۴ و درمان هیجان‌مدار با %۲۲/۰۱ باعث درصد بهبودی کلی و افزایش صمیمیت زناشویی در مرحله پس از درمان در زوجین شده است ( $P \leq 0/05$ ). نتیجه‌گیری: نتایج تحلیل فرضیه‌های پژوهش نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار و هیجان‌مدار در افزایش صمیمیت زناشویی زوجین با نگرش به خیانت زناشویی مؤثر است.

**کلمات کلیدی:** درمان راه‌حل‌مدار، درمان هیجان‌مدار، صمیمیت زناشویی، نگرش

به خیانت زناشویی

#### مقدمه

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۸

با تأمل در آمار رسمی در ایران در شش ماهه نخست سال ۱۳۹۷ نسبت ازدواج به طلاق<sup>۱</sup> ۳/۹۶ اعلام شد که نشان دهنده روند رو به افزایش رخداد طلاق است. به عبارتی به ازاء هر ۳ ازدواج ۱ مورد طلاق ثبت شده است (سایت سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸). اختلافات خانوادگی و طلاق یکی از مهم‌ترین معضلات اجتماعی جامعه ما به حساب می‌آید و یکی از مهم‌ترین دلایل این اختلافات و طلاق‌ها مربوط به خیانت زناشویی است (کمال‌جو، نریمانی، عطادوخت و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نگرش به خیانت با آشفتگی‌های خانوادگی، مشکلات هیجانی و احساس تنهایی رابطه معناداری دارد (ویسمن، شلدون و گورینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برخورداری از صمیمیت<sup>۳</sup> در میان زوج‌ها، از عوامل مهم ایجاد ازدواج‌های پایدار بوده و اجتناب از برقراری روابط صمیمانه، از عواملی است که موجب شکست در زندگی خانوادگی و به تبع آن منجر به مسائلی نظیر خیانت زناشویی می‌شود (پناناخونسب<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹).

صمیمیت یک نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد و همین‌طور بیان افکار و احساساتی است که نشانه تشابه آن‌ها با یکدیگر است (لابریکیو<sup>۵</sup> و ویسمن، ۲۰۱۹). به نظر باگاروزی<sup>۶</sup> (۲۰۰۱) صمیمیت واقعی فرایندی تعاملی است که از چندین مؤلفه مربوط به هم تشکیل شده است و هسته اصلی این فرایند، شناخت، فهم و پذیرش فرد مقابل، همدلی با احساسات او و قدرشناسی از دیدگاه بی‌همتای وی نسبت به جهان می‌باشد (صائمی، بشارت و اصغرنازادفرید، ۱۳۹۸). علاوه بر این، به نظر می‌رسد افرادی که ترس از صمیمیت دارند، به دلیل عدم تجربیات درونی اعم از افکار و احساسات و عواطف که می‌توانند منبع اضطرابی داشته باشند، نه درک می‌شوند و نه درک می‌کنند. همین امر باعث می‌شود که هر یک از زوجها از روابط نزدیک خود احساس خوبی نداشته و عدم رضایت موجب رفتن هر یک از طرفین به طرف روابط فرازناشویی باشد (پناناخونسب، ۲۰۱۹). تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که بین متغیر صمیمیت با نگرش به خیانت زناشویی رابطه وجود دارد و این رابطه منفی و معنادار است. به عبارتی هر چه صمیمیت کاهش یافته، نگرش به خیانت زناشویی و تجربه خیانت افزایش یافته است. سیدموسوی و محرمی (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی ناگویی هیجانی، احساس تنهایی و ترس از صمیمیت به عنوان پیش‌بینی کننده‌های نگرش به خیانت در مردان به این نتیجه دست یافتند که ترس از صمیمیت و ناگویی هیجانی پیش‌بینی کننده‌های معناداری برای نگرش به خیانت در مردان هستند. سلطانی‌زاده و باجلانی (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی تحت عنوان بررسی پیش‌بینی نگرش به خیانت زناشویی بر اساس اختلال عملکرد جنسی، صمیمیت و رضایت جنسی در زنان و مردان متأهل نشان دادند که بین صمیمیت و رضایت‌مندی با نگرش به خیانت زناشویی در زنان متأهل رابطه معناداری وجود دارد و صمیمیت زناشویی پیش‌بینی کننده خوبی برای گرایش به خیانت زناشویی در زنان است. همچنین نتایج پژوهش حداد، اولیائی و نجاتی (۱۳۹۷) تحت عنوان رابطه بین

1. divorce

2. Whisman, Sheldon & Goering

3. intimacy

4. Pananakhonsab

5. Labrecque

6. Bagarozzi

صمیمیت زناشویی با نگرش به خیانت زناشویی در دانشجویان زن نشان دادند که متغیر صمیمیت قدرت پیش‌بینی نگرش به خیانت زناشویی دارد. به عبارتی بین متغیر صمیمیت با متغیر نگرش به خیانت زناشویی رابطه وجود دارد و این رابطه منفی و معنادار است. مدرسی، زاهدیان و هاشمی محمدآباد (۲۰۱۴) در پژوهشی تحت عنوان میزان سازگاری زناشویی و کیفیت عشق در متقاضیان طلاق دارای سابقه خیانت زناشویی و فاقد سابقه خیانت زناشویی نشان دادند، افرادی که تجربه خیانت زناشویی داشتند از صمیمیت، کیفیت عشق و سازگاری زناشویی کمتری در مقایسه با گروهی که تجربه خیانت نداشتند، برخوردار بودند و میزان صمیمیت و کیفیت عشق عامل مهمی در گرایش به روابط فرزانوشویی است. متون پژوهشی مرور شده، نشان می‌دهد که نگرش به خیانت زناشویی و صمیمیت از جمله مسائل و مشکلات مرتبط با طلاق در زوجها است که نیازمند پرداختن دقیق به ابعاد مختلف آن است و برنامه‌های درمانی و مداخلات باید توجه ویژه‌ای به این ابعاد از زندگی زوج‌ها داشته باشند. لذا توجه به روش‌های درمانی و مشاوره‌ای کارآمد برای کمک به زوجین آشفته اهمیت خاصی دارد. درمان راه‌حل مدار یکی از مداخلاتی است که در مطالعات مختلف اثربخشی آن بر مشکلات مرتبط با زوجها در ایران (محمدیاری و حسینیان، ۱۳۹۷) نشان داده شده است. به همین منظور در این پژوهش از درمان راه حل مدار<sup>۱</sup> و درمان هیجان مدار<sup>۲</sup> جهت درمان افراد متأهل با نگرش بالا به خیانت زناشویی و صمیمیت زناشویی پایین استفاده شد.

درمان راه‌حل مدار توسط دی‌شازر<sup>۳</sup> (۱۹۹۴ و ۱۹۹۸)، کیم‌برگ<sup>۴</sup> (۲۰۰۰)، برگ و کلی<sup>۵</sup> (۲۰۰۰)، و برگ و دولان<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) و همکارانش در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت میلواکی، بنیان شد. درمان راه‌حل مدار به دلیل تمرکزی که بر دیدگاه غیر آسیب‌شناسانه نسبت به خانواده دارد، نسبت به دیدگاه‌های متداول دارای بیشترین شهرت است. این دیدگاه دارای درمان کوتاه‌مدت، ماهیت پراگماتیک و فنون قابل آموزش راحت تری است (لانگ و یانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). این درمان نیز به عنوان الگوی نسبتاً جدیدی از ساختارگرایی پست‌مدرن، بوده است و فرایندهای تغییر در اصل در ساختارگرایی، رویکردهای ارتباطی و نظریه‌های تعامل اجتماعی پایه ریزی شد (ژین<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). درمان راه‌حل مدار به جای مشکلات موجود و گذشته فرد، بیشتر بر منابع موجود و انتظارات آینده تأکید می‌کند. این روش درمانی به عنوان یک روش مشاوره روانشناختی متمایز می‌شود که به جای تمرکز بر مشکل، روی یک راه‌حل متمرکز می‌شود و باعث می‌شود که مراجعان خود این نکته را ببینند (ارسلان و گوموسکلاگیان<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). از این نقطه نظر، وقتی مراجع برای حل مشکلات خود که مشکل محور است، فکر می‌کند، ممکن است گزینه‌های راه‌حل موجود یا آینده را نادیده بگیرد. به نظر دی‌شازر (۱۹۸۸) دانستن منشأ مشکل برای زمانی که شما راه‌حل آن را پیدا کنید، ضروری نیست. بنابراین، لازم نیست که این راه حل‌ها و مشکلات با یکدیگر در ارتباط باشند (ارسلان و یولوس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۰). در

1. Solution Focused Therapy(SFT)

2. Emotionally Focused Therapy(EFT)

3. De Shazer

4. Kimberg

5. Berg & Kelly

6. Dolan

7. Long & Young

8. Xinhe

9. Arslan & Gumuscaglayan

10. Ulus

این روش، به مراجعان توصیه می‌شود که رفتارهای مفید موجود خود را افزایش دهند. درمان راه‌حل مدار یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه‌حل‌های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان‌بینی و پیاده‌سازی تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند (کورتس، بالستروس، کلنتس و آگیلار<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). به طور کلی، درمان راه‌حل مدار یک روش درمانی است که بین یک تا بیست و به طور ایده‌آل شش جلسه طول می‌کشد (کاراهان، باکالیم، یولری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). فرایند درمان راه‌حل مدار معمولاً شامل پنج مرحله می‌شود:

۱. ساخت یک مسأله و هدف، ۲. شناسایی و تقویت استثنائات، ۳. مداخلات یا تکالیفی که برای شناسایی و تقویت استثنائات طراحی می‌شوند، ۴. ارزیابی اثربخشی مداخلات، و ۵. ارزیابی مجدد مسأله و هدف (گاترمن و رودز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از خلیلی، زهراکار و کسایب اصفهانی، ۱۳۹۹). اجزای اصلی درمان راه‌حل مدار شامل جستجوی موارد راه‌حل‌ها، اذعان به مشکلات، شناسایی موارد استثنایی، تمرکز بر حال و آینده در مقابل سؤالات گذشته‌گرا و استفاده از تکنیک‌هایی مانند سؤالات معجزه‌آسا، مقیاس درجه‌بندی و سؤالات مقابله‌ای است (ژین و همکاران، ۲۰۲۰). در رابطه با اثربخشی درمان راه‌حل مدار در داخل و خارج از کشور مطالعات متنوعی منتشر شده است که هر یک جنبه‌هایی را بررسی کرده‌اند. زاهدی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی به نتیجه رسیدند که درمان راه‌حل مدار تأثیر مطلوبی بر کاهش افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی دختران جوان داشته است. در تحقیق مجرد، قمری‌کیوی و کیانی (۱۳۹۸) به اثربخشی درمان راه‌حل مدار بر کاهش دلزدگی زناشویی در زنان ناسازگار دست یافتند. ساجدی و جهانگیر (۱۳۹۶) نشان دادند که رویکرد درمانی راه‌حل مدار بر افزایش صمیمیت زناشویی زوجها تأثیر داشته و این تأثیر معنادار بوده است. حاجیان و محمدی (۲۰۱۳) و حسینی، امیری‌مجد و قمری (۱۳۹۲) نیز نشان دادند که درمان راه‌حل مدار در افزایش ابعاد صمیمیت زناشویی زوجها تأثیر داشته است. در بررسی پیشینه خارجی می‌توان به اثربخشی این درمان در پژوهش‌های گانگ و هسو<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) بر حل مشکلات خانوادگی؛ کریسول<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۷) بر کاهش اختلالات اضطرابی؛ ردی، تیرومورسی، ویجایلاکشمی و حمزا<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) بر بهبود افسردگی؛ روسل<sup>۷</sup> (۲۰۰۷)؛ به نقل از شاکرمی، داورنیا، زهراکار و طلائیان، ۱۳۹۴) بر سازگاری زناشویی زوجها؛ نلسون و کلی<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) در کاهش تعارضات و مود<sup>۹</sup> (۲۰۰۰)؛ به نقل از عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶) بر افزایش مهارت‌های ارتباطی زوجها اشاره کرد.

همان‌طور که در پاراگراف‌های قبل اشاره شد یکی دیگر از رویکردهایی که در این پژوهش استفاده شد، درمان هیجان مدار است که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف تایید شده است (هاینوس، هیل و فرازتی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۶؛ بنفر، باردین و کلاس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸). این رویکرد توسط گرینبرگ و جانسون<sup>۱۲</sup> در اوایل دهه ۱۹۸۰ بر اساس نظریه سیستمی،

1. Cortes, Basllesteros, Collantes & Aguilar
2. Karahan, Bakalim & Yoleri
3. Guterman & Rudes
4. Gong & Hsu
5. Creswell
6. Reddy, Thirumoorthy, Poreddi & Hamza
7. Russell
8. Nelson & Kelley
9. Mudd
10. Haynos, Hill & Fruzzetti
11. Benfer, bardeen & clauss
12. Greenberg & Johnson

درمان انسان گرا، تجربی و نظریه دلبستگی تدوین شد (پنگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). درمان هیجان مدار به گفته جانسون (۲۰۰۴)، دربرگیرنده‌ی چند مفهوم اصلی است که در فرایند درمان به آن‌ها پرداخته می‌شود: هیجان‌ات، همدلی، صدمات مربوط به دلبستگی، حفظ و بازسازی روابط عاشقانه. فرایند تغییر در زوج درمانی هیجان مدار با نه گام درمانی سازماندهی شده است. چهار گام اول مستلزم ارزیابی و شدت زدایی از چرخه تعاملی حامل مشکل است. سه گام میانی بر خلق وقایع خاص که باعث تغییر و جابجایی موقعیت‌های تعاملی و وقوع تعاملات پیوندآفرین کمک می‌کند، می‌پردازد و دو گام آخر درمان به یکپارچگی تغییر و ادغام تغییرات با زندگی روزمره زوج اشاره دارد. اگر طرفین این گام‌ها را با موفقیت مورد بحث قرار دهند، توانایی حل تعارضات زوجی را کسب می‌نمایند (بابایی گرمخانی، رسولی و داورنیا، ۲۰۱۷). درمان‌های مبتنی بر هیجان ممکن است برای به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت و منفی در پاسخ به رویدادهای محیطی، نقش ایفا کند؛ زیرا می‌تواند فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تاثیر قرار دهد (کرایج و گرانفسکی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). در این درمان، هیجان‌ات آسیب‌پذیر در هر کدام از زوجین آشکار و توانایی زوجین در ابراز این هیجان‌ات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز پدیدار می‌شود. پردازش این هیجان‌ات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتری را در زوجین به وجود می‌آورد (جانسون، ۲۰۱۹). درمان‌های مبتنی بر هیجان سبب می‌شود تا افراد آموزش‌دیده فرا گیرند چه هیجان‌هایی را باید نشان دهند. علاوه بر آن، این هیجان‌ات را چگونه و چه زمانی ابراز کنند (لی، وا و وانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). مطالعات متعدد نشان‌دهنده پیامدهای اثربخش درمان‌های مبتنی بر هیجان بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی بوده است. بر اساس نتایج تحقیق مالسزا<sup>۴</sup> (۲۰۱۹)، هروینگ<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۸) و کیروان، پیکت و جارت<sup>۶</sup> (۲۰۱۷) می‌توان اظهار داشت که درمان‌های مبتنی بر هیجان در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی، تنظیم هیجان و خودکارآمدی به عنوان یک روش تاثیرگذار خودنمایی می‌کند. ولچ، لاجمر و ویتنبورن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹؛ ویتنبورن، ریدنو، میتچل و سیدل<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸ در مطالعه خود نشان دادند که درمان هیجان‌مدار در افزایش سازگاری زناشویی زوجین مؤثر بوده است. ویب<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۷) نیز در تحقیقی نشان دادند که درمان هیجان‌مدار به زوج‌ها کمک می‌کند که با تسهیل ایجاد پیوندهای دلبستگی ایمن، تغییرات پایداری در رضایت زناشویی به دست آورند. نتایج تحقیقات شیدان‌فر، نوابی‌نژاد و فرزاد (۱۳۹۹) بر سازگاری فردی زوجین؛ حیدریان، صیرفی، کلهرنیا، جمهری و بقولی (۱۳۹۹) بر بهزیستی روان‌شناختی؛ صائمی، بشارت و اصغرنژاد فرید (۱۳۹۸) بر صمیمیت زناشویی؛ چشمی و خدادادی‌سنگده (۱۳۹۸) بر بهبود صمیمیت جنسی زنان؛ ارسلان‌ده، حبیبی، سلیمی، شاکرمی و داورنیا (۱۳۹۶) و داوندوندی، فرزاد و نوابی‌نژاد (۱۳۹۶) بر افزایش و بهبود صمیمیت زناشویی زوج‌ها نیز مبنی بر اثربخشی درمان هیجان مدار است. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده، محقق

1. Peng

2. Kraaij &amp; Garnefski

3. Li, Wu &amp; Wang

4. Malesza

5. Herwig

6. Kirwan, Pickett &amp; Jarrett

7. Welch, Lachmar & Wittenbor<sub>n</sub>

8. Wittenborn, Ridenour, Mitchell &amp; Seedall

9. Wiebe

به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا درمان راه‌حل مدار و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین با نگرش به خیانت زناشویی تأثیر دارد؟.

## روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌موردی<sup>۱</sup> (SCAD) یا تک آزمودنی<sup>۲</sup> و از نوع خط پایه چندگانه<sup>۳</sup> به همراه پیگیری دو ماهه استفاده شد. طرح‌های تجربی تک‌موردی، ویژگی‌های مثبت زیادی دارند که کنترل نسبی روی شرایط درمان، تشکیل خط پایه، سنجش مداوم در حین درمان و پس از درمان (پیگیری) از آن جمله است (بارلو و هرسن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۴؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶). این روش ابزار پژوهشی مناسبی برای کارهای عملی - بالینی در به کارگیری تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی - آموزشی است (شهبازی، رجبی، خجسته‌مهر و سودانی، ۱۳۹۳). در طرح آزمایشی تک‌موردی گروه کنترل وجود ندارد و خط پایه هر زوج در حکم گروه کنترل خودش است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوج‌هایی بود که به منظور حل مشکلات زوجی خود در یک دوره زمانی سه‌ماهه (۱۵ تیرماه تا ۱۵ مهرماه) در سال ۱۳۹۸ به مرکز تخصصی مشاوره مسیر زندگی در شهر بوشهر مراجعه نمودند. به منظور اجرای این پژوهش پس از هماهنگی لازم و توضیح درباره اهداف پژوهش، فراخوانی از سوی محقق به مراکز مشاوره خانواده شهر بوشهر اعلام و سپس از زوج‌های علاقه‌مند به شرکت در طرح، مشخصات اولیه گرفته شد. در مرحله بعد به منظور شناسایی زوج‌های واجد شرایط، براساس مصاحبه مقدماتی و ملاک‌های ورود در طرح که شامل: کسب نمره بالا از مقیاس نگرش به خیانت زناشویی واتلی و نمره پایین در صمیمیت از پرسشنامه صمیمیت باگروزی و نمره‌های یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در متغیرهای نگرش به خیانت زناشویی و صمیمیت زناشویی، نداشتن سابقه و مبتلا نبودن به اختلال روانی با مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-V توسط روان‌شناس بالینی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سوم راهنمایی، داشتن سن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال، گذشتن حداقل ۳ سال و حداکثر ۱۵ سال از زندگی مشترک، در زمان اجرای پژوهش با هم زندگی می‌کنند، شرکت منظم در نشست‌ها به صورت فردی و همراه با همسر و ملاک‌های خروج که شامل دارا نبودن شرایط فوق می‌باشد، زوج‌های واجد شرایط انتخاب و از بین ۲۳ زوج دارای ملاک‌های لازم و نمره‌های یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در متغیرهای نگرش به خیانت و صمیمیت زناشویی و بر اساس نمونه‌گیری داوطلب - هدفمند و به صورت تصادفی ۸ زوج (۱۶ مرد و زن) انتخاب و تحت درمان راه‌حل مدار و هیجان‌مدار قرار گرفتند. در این پژوهش کلیه اصول اخلاقی مورد بررسی قرار گرفت و توجیه لازم در مورد شرکت در پژوهش و رعایت اصول اخلاق پژوهشی و کسب رضایت آگاهانه جهت شرکت در جلسات درمانی صورت پذیرفت. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان حاصل کردند. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی بر اساس اصول طرح‌های خط پایه چندگانه زوج‌ها به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. همچنین جلسات درمان بر اساس اصول درمان راه‌حل

1. Single Case Experimental Design(SCAD)  
 2. Single subject experiment  
 3. multiple baseline  
 4. Barlow & Hersen

مدار ۸ جلسه و درمان هیجان مدار ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای هر کدام از زوجها اجرا شد. نکته قابل ذکر این است که به دلیل حساسیت موضوع شیوه اجرای جلسات درمانی بدین صورت بود که هر جلسه درمانی در ابتدا با فرد متاهل دارای نمرات بالا در نگرش به خیانت زناشویی به صورت کاملاً فردی انجام می‌پذیرفت و سپس در ادامه جلسه، درمان زوجی با حضور هر دو همسر انجام می‌شد. و مجدد از افراد متاهل دارای نمرات بالا در نگرش به خیانت زناشویی به صورت فردی ارزیابی و پس از آن به عمل آمد، ولی در بررسی متغیر صمیمیت از هر زوج (زن و شوهر) ارزیابی و پس از آن انجام شد. همچنین در ضمن اجرای مداخله، تمام ابزارها در جلسه های ۳، ۶ و نیز بلافاصله پس از پایان مداخله مورد نظر اجرا و تکمیل شدند. پس از پایان جلسات درمانی نیز در فاصله زمانی ۲ ماهه پیگیری (هر ماه یک پیگیری)، انجام شد. در جدول ۱ و ۲ خلاصه‌ای از محتوای جلسات درمانی ارائه شده است.

#### ابزار

**مقیاس نگرش به خیانت زناشویی<sup>۱</sup>:** این مقیاس توسط مارک واتلی<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۲ گویه است. و بر اساس مقیاس لیکرت صورت‌بندی شده است. برای محاسبه امتیاز کل مقیاس، نمره همه گویه‌های مقیاس را با هم جمع کنید. حداقل و حداکثر امتیاز این مقیاس ۱۲ و ۸۴ است. هر چه امتیاز حاصل شده از این مقیاس بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر نگرش مثبت به خیانت خواهد بود و بالعکس. روایی و پایایی: آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه عبداله‌زاده (۲۰۱۰) ۰/۸۴ تأیید شده است (برهانی‌زاد و عبدی، ۱۳۹۶). یافته پژوهش واتلی (۲۰۰۶) حاکی از اعتبار مطلوب این نگرش‌سنج است، به طوری که آلفای کرونباخ حاصل از ضریب همسانی درونی ۰/۸۰ سنجیده شده است. برای تعیین پایایی این مقیاس از دو روش آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس نگرش به روابط فرازناشویی ۰/۷۱ برآورد شده است. ضریب بازآزمایی حاصل از اجرای این آزمون نیز ۰/۸۷ سنجیده شده است. جهت بررسی روایی این آزمون در ایران، از روایی ملاکی از (نوع واگرا) استفاده شده است. به همین منظور، پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت به کار گرفته شد. روایی واگرا با جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۲۹ و با جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۱۶ به دست آمد (برهانی‌زاد و عبدی، ۱۳۹۶). در این پژوهش برای بررسی پایایی مقیاس از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمده است.

**پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی<sup>۳</sup>:** پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی توسط باگاروزی (۲۰۰۱) تهیه شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۴۴ سؤالی است که برای سنجش نه بعد صمیمیت زناشویی (هیجانی<sup>۴</sup>، عقلانی<sup>۵</sup>، جسمانی<sup>۶</sup>، اجتماعی - تفریحی<sup>۷</sup>، زیباشناختی<sup>۸</sup>، جنسی<sup>۹</sup>، معنوی<sup>۱</sup>، روان‌شناختی<sup>۲</sup> و گذران وقت<sup>۳</sup>) استفاده می‌شود. این پرسشنامه

1. Attitudes Toward Infidelity Scale(ATIS)

2. Whatley, M

3. Marital Intimacy Needs Questionnaire(MINQ)

4. emotional

5. rational

6. physical

7. social - recreation

8. aesthetic

9. sexual

توسط اعتمادی (۱۳۸۴) ترجمه و برای تعیین روایی محتوایی و صوری<sup>۴</sup> آن، در اختیار پانزده زوج قرار داده شد. پس از اصلاح نهایی، پرسشنامه بر روی ۳۰ زوج اجرا شد و ضریب پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. در مطالعه‌ای دیگر خمسه و حسینیان (۱۳۸۷)، در تعیین پایایی پرسشنامه با روش بازآزمون، ضریب آلفای کرونباخ را برای صمیمیت کل ۰/۸۲ به دست آوردند. افزون بر آن، جهت تعیین پایایی آزمون، این پرسشنامه همراه با مقیاس صمیمیت زناشویی<sup>۵</sup>، همزمان به وسیله ۳۰ زوج پاسخ داده شد، که ضریب همبستگی بین نتایج دو آزمون صمیمیت، بیانگر همبستگی معنادار ۰/۶۵ است. در این پرسشنامه برای هر یک از ابعاد صمیمیت به جز بعد معنوی که ۶ سؤال دارد ۵ سؤال جهت ارزیابی در نظر گرفته شده است و در یک طیف ۱۰ گزینه‌ای از ۱ (ابتداً این نیاز در من وجود ندارد) تا ۱۰ (کاملاً این نیاز در من قوی است) درجه‌بندی شده است. برای ۹ بعد صمیمیت نمرات عددی محاسبه شده که حاصل جمع امتیازات هر بعد (به جز بعد صمیمیت معنوی) نمره‌ای از ۵ تا ۵۰ خواهد بود. در بعد صمیمیت معنوی این نمره از ۶ تا ۶۰ خواهد بود. نمرات بالاتر در یک بعد نشان دهنده نیاز بیشتر پاسخ دهنده به آن بعد از صمیمیت از طرف همسر خواهد بود و برعکس. برای ۹ بعد صمیمیت نمرات عددی محاسبه شده که با جمع نمرات هر بعد، نمره صمیمیت کلی به دست می‌آید. کمترین نمره ۴۴ و بیشترین نمره ۴۴۰ می‌باشد. در این پژوهش، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از معناداری بالینی استفاده می‌شود. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معناداری بالینی عبارت اند از: ۱- رویکرد شاخص تغییر پایا<sup>۶</sup> و ۲- رویکرد مقایسه هنجاری<sup>۷</sup>. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از هر دو رویکرد ذکر شده استفاده شد و علاوه بر آن از روش‌های ترسیم دیداری<sup>۸</sup>، تحلیل نمودار گرافیکی<sup>۹</sup>، درصد بهبود تشخیصی<sup>۱۰</sup> نیز استفاده به عمل آمد. به این صورت که نمرات به دست آمده در مراحل مختلف (خط پایه، در جریان درمان، انتهای درمان و پیگیری) در نمودار وارد شدند و فراز و فرود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت در مورد میزان تغییر قرار گرفتند.

جدول ۱: خلاصه‌ای از جلسات درمان راه‌حل مدار (عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶)

1. spiritual
2. psychological
3. spending time
4. content and formal validity
5. Marital Intimacy Scale(MIS)
6. Reliable Change Index(RCI)
7. Normativ Comparisions
8. Visual Inspection
9. Graphic Analysis
10. Diagnostic Improvement



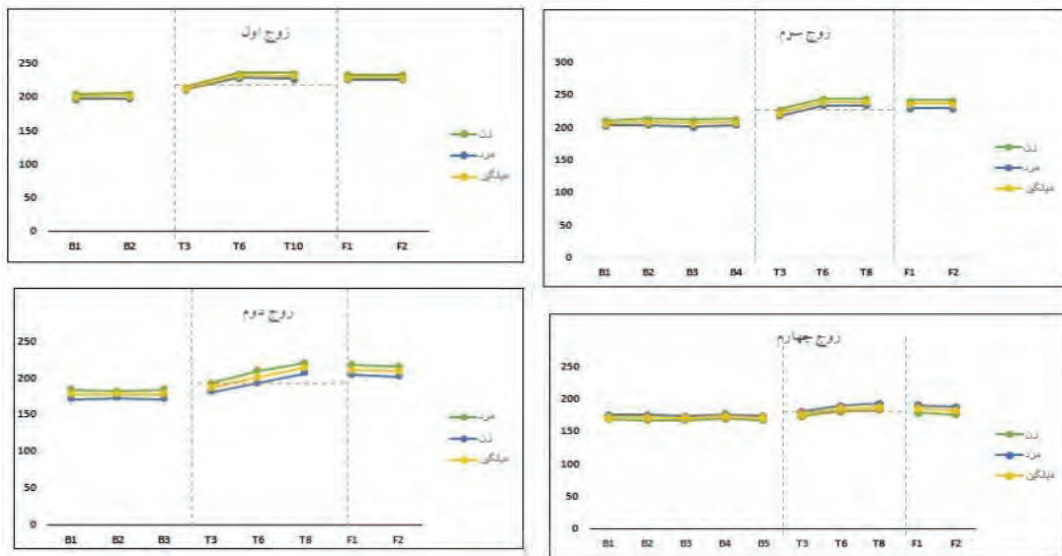
| جلسه  | اهداف  | محتوا  | تکالیف   |
|-------|--|--|--|
| اول   | برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش و اصول درمان راه حل مدار | معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات درمان، تبیین مدل درمانی  | مشخص کردن موارد مثبتی که درمانجویان تمایل دارند در زندگی آنها تداوم یابد.  |
| دوم   | تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس   | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در موارد مثبتی که در زندگی درمانجویان وجود دارد، ترغیب درمانجویان در بیان آنچه که می خواهند به جای تمرکز بر مشکل، تعیین اهداف ملموس، عینی، مثبت و عملی   | شناسایی اهداف مشخص عینی و ملموس به جای تمرکز بر مشکلات   |
| سوم   | بررسی راه حل های برطرف کننده شکایات  | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمانجویان، تدوین راه حل با بررسی تغییراتی که در صورت حل مشکلات در زندگی درمانجویان اتفاق می افتد.  | مشخص کردن کارهایی که پس از رفع مشکل درمانجویان تمایل دارند انجام دهند.   |
| چهارم | بررسی میزان تعهد و امیدواری درمانجویان   | بررسی تکالیف جلسه قبل و مرور اهداف درمانجویان، استفاده از مقیاس درجه بندی برای ارزیابی میزان تعهد و امیدواری افراد برای حل مشکل  | مشخص کردن اینکه درمانجویان چگونه متوجه می شوند که در مقیاس های مطرح شده در جلسه پیشرفت چه چیزی تغییر می کند و چگونه می توانند این تغییرات را ایجاد کنند. |
| پنجم  | یافتن یک داستان مثبت با بررسی استثناها   | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد چگونگی ایجاد تغییرات، کمک به درمانجویان در جهت یافتن استثناها یعنی مواردی که توانسته اند بر رفتار مشکل ساز خود غلبه کنند یا از کارکرد بهتری برخوردار باشند، ایجاد امید در جهت تغییر و مقابله با مشکل   | شناسایی مواقعی که رفتار مشکل ساز وجود ندارد و یا از شدت کمتری برخوردار است.  |
| ششم   | آموزش راه حل یابی در موقعیت های مختلف با استفاده از سوال معجزه                 | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره استثناها و برجسته سازی راه حل های مناسب، حذف الگوهای مخمل رفتاری با پرسیدن سوال معجزه و ترغیب درمانجویان به بیان توانمندی ها و تقویت آنها.  | تفکر در مورد سوال معجزه و شناسایی راه حل - های موثر  |
| هفتم  | یافتن راه های متفاوت برای احساس، تفکر و رفتار                                  | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پاسخ درمانجویان به سوال معجزه، تأکید بر عملی کردن راه حل ها با استفاده از واژه " به جای " و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار مناسب به جای افکار، احساسات و رفتار مشکل ساز  | یافتن افکار، احساسات و رفتارهایی متفاوت از آنچه که تا به حال وجود داشته است و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی                                     |
| هشتم  | بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آنها و جمع بندی جلسات                     | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره افکار، احساسات و رفتارهای جایگزین و تأثیر آنها در زندگی درمانجو، برجسته سازی قابلیت ها و توانمندی های درمانجویان، بحث در مورد چگونه تثبیت تغییرات ایجاد شده، ارائه خلاصه ای از جلسات درمانی و اتمام جلسات، اجرای پس آزمون و تعیین تاریخ جلسات پیگیری. | یادداشت نکات مثبت و نقطه ضعف های درمانگر، روش درمانی و طرح پژوهشی  |

| جلسه   | مهارت‌های زیر را خواهید آموخت  |
|--------|--|
| اول    | آشنایی با زوجین، ایجاد همدلی با زوج‌ها، ارزیابی ماهیت مشکل و کشف تعاملات مشکل‌دار، ارزیابی شیوه برخورد آنها با مشکلات، کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی و بیان موضوعات تعارض‌آمیز در چالش با دلبستگی اصلی. تکلیف: شناسایی حالات خوشایند همچون: توجه به نشاط، لذت، خوشحالی و حالات ناخوشایند مثل: خشم، تنفر، غمگینی، اضطراب.  |
| دوم    | جلسه فردی با هریک از زوجین به گونه مجزا شامل کشف اطلاعاتی که در حضور همسر امکان‌پذیر نیست مانند ارزیابی میزان تعهد نسبت به ازدواج، روابط فرازناشویی، ارزیابی میزان ترس آنها از افشای رازها، ارزیابی تاریخچه دلبستگی و صمیمیت مراجعان و یافتن موانع درونی و بیرونی صمیمیت و ردگیری هیجانی در هریک از زوج‌ها، شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی که این موضوعات در آن‌ها ابراز می‌شوند. تکلیف: توجه به چرخه تعاملات روزمره یکدیگر. |
| سوم    | مشخص کردن الگوهای تعامل شامل پذیرش احساس تصدیق شده - کمک به خودافشایی زوجین - ادامه پیوستگی درمان - دسترسی به هیجانات شناسایی نشده که زیربنای موضع‌گیری‌های ارتباطی را تشکیل می‌دهند. تکلیف: شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص.   |
| چهارم  | بازسازی پیوند زوجین شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی - گسترش تجربه هیجانی هرکدام از زوجین در رابطه، چارچوب‌دهی مجدد مشکل در قالب چرخه‌های منفی، هیجانات زیربنایی و نیازهای دلبستگی. تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف خالص.   |
| پنجم   | عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی - ارتقای هویت یابی با هیجانات، نیازهای دلبستگی و ادغام کردن آن‌ها در تعاملات ارتباطی. تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف خالص.   |
| ششم    | پذیرش بیشتر زوجین از تجربه خود - تمرکز روی خود نه دیگری - افزایش پذیرش تجارب تازه‌ی یکدیگر و نیز پاسخ‌های تعاملی جدید. تکلیف: شناسایی ترس‌های زیربنایی و ابراز خواسته و آرزوها.  |
| هفتم   | فعال‌سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها - درگیری بیشتر زوج با یکدیگر - روشن‌سازی خواسته‌ها و آرزوهای زوجین. تسهیل ابراز نیازها، خواسته‌ها و ایجاد مشارکت هیجانی و رویدادهای پیوند آفرین که دلبستگی‌ین زوج‌ها را تعریف مجدد می‌نماید. تکلیف: مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین رابط.   |
| هشتم   | یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، تسهیل ظهور راه‌حل‌های جدید برای مشکلات ارتباطی قدیمی. تکلیف: کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی.   |
| نهم    | استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل درگیری صمیمانه زوج، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی، ایجاد دلبستگی ایمن. تحکیم موضع‌گیری‌های جدید و چرخه‌های جدید رفتارهای دلبستگی. تکلیف: اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره.   |
| دهم    | اختتام جلسات - حفظ تغییر تعاملات در آینده - تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون - حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آن‌ها.  |
| پیگیری | مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌های مربوط به پس‌آزمون برای بررسی ماندگاری اثرات درمان.   |

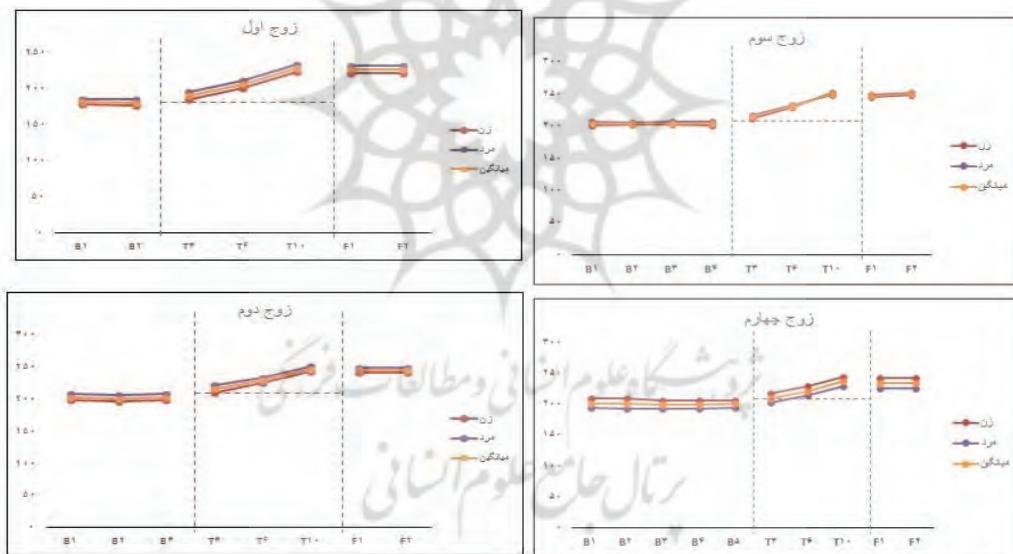
## یافته‌ها

در رابطه با اطلاعات جمعیت شناختی زوجین، همه آنان در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند و حداقل و حداکثر مدت ازدواجشان بین ۳ تا ۱۵ سال بود. ۴ زوج نمونه درمان راه‌حل‌مدار شامل دیپلم (۱ مرد و ۱ زن)، دانشجوی (۱ مرد)، لیسانس (۳ زن و ۱ مرد) و دکترا (۱ مرد) بودند. میانگین سنی و طول مدت ازدواج آن‌ها به ترتیب ۳۰/۲۵ و ۵/۷۵ بود. همچنین ۴ زوج نمونه درمان هیجان‌مدار نیز شامل دانشجوی (۱ زن)، فوق دیپلم (۱ مرد)، لیسانس (۲ زن و ۲ مرد)، فوق لیسانس (ازن) و دکترا (۱ مرد) بودند. که میانگین سنی و طول مدت ازدواج آن‌ها به ترتیب ۳۱/۲۵ و ۸/۲۵ بود. جدول ۳ نمره‌های هشت زوج را در پرسشنامه صمیمیت زناشویی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری درمان راه‌حل‌مدار (SFT) و درمان هیجان‌مدار (EFT) نشان می‌دهد.

| درمان هیجان مدار |         |         |           | درمان راه حل مدار |         |         |        |                           |
|------------------|---------|---------|-----------|-------------------|---------|---------|--------|---------------------------|
| مراحل درمان      |         |         |           |                   |         |         |        |                           |
| زوج سوم          | زوج دوم | زوج اول | زوج چهارم | زوج سوم           | زوج دوم | زوج اول |        |                           |
| ۲۰۳              | ۲۰۵     | ۲۰۳     | ۱۸۲       | ۱۷۲/۵             | ۲۰۷     | ۱۷۷/۵   | ۲۰۱    | خط پایه اول               |
| ۲۰۲/۵            | ۲۰۴/۵   | ۲۰۱     | ۱۸۱       | ۱۷۲               | ۲۰۹     | ۱۷۷/۵   | ۲۰۲/۵  | خط پایه دوم               |
| ۲۰۱/۵            | ۲۰۵/۵   | ۲۰۳     | —         | ۱۷۱/۵             | ۲۰۷     | ۱۷۷/۵   | —      | خط پایه سوم               |
| ۲۰۰/۵            | ۲۰۵     | —       | —         | ۱۷۳/۵             | ۲۰۹     | —       | —      | خط پایه چهارم             |
| ۲۰۲              | —       | —       | —         | ۱۷۱/۵             | —       | —       | —      | خط پایه پنجم              |
| ۲۰۱/۹            | ۲۰۵     | ۲۰۲/۳۳  | ۱۸۱/۵     | ۱۷۲/۲             | ۲۰۸     | ۱۸۰/۴۹  | ۲۰۱/۷۵ | میانگین مراحل خط پایه     |
| ۲۱۱/۵            | ۲۱۵/۵   | ۲۱۶     | ۱۹۰/۵     | ۱۷۷/۵             | ۲۲۳     | ۱۸۷     | ۲۱۳    | جلسه سوم                  |
| ۲۲۳              | ۲۳۱/۵   | ۲۳۰     | ۲۰۶       | ۱۸۵/۵             | ۲۳۹/۵   | ۲۰۱/۵   | ۲۳۲/۵  | جلسه ششم                  |
| —                | —       | —       | —         | ۱۸۸/۵             | ۲۴۰/۵   | ۲۱۴     | ۲۳۲    | جلسه هشتم                 |
| ۲۳۸/۵            | ۲۵۰/۵   | ۲۴۶/۵   | ۲۲۸/۵     | —                 | —       | —       | —      | جلسه دهم                  |
| ۲۲۴/۳۳           | ۲۳۲/۴۹  | ۲۳۰/۸۳  | ۲۰۷/۸۳    | ۱۸۳/۸۳            | ۲۳۴/۱۶  | ۲۰۰/۸۳  | ۲۲۵/۸۳ | میانگین مراحل درمان       |
| ۵/۰۹             | ۶/۳۳    | ۶/۱۴    | ۶/۵۳      | ۲/۲۷              | ۴/۵۲    | ۴/۶۶    | ۴/۲۱   | شاخص تغییر پایا (درمان)   |
| ۱۸/۱۲            | ۲۲/۱۹   | ۲۱/۸۳   | ۲۵/۸۹     | ۹/۴۶              | ۱۵/۶۲   | ۱۸/۵۶   | ۱۴/۹۹  | درصد بهبودی پس از درمان   |
| ۲۲/۰۱            |         |         |           | ۱۴/۶۴             |         |         |        | درصد بهبودی کلی           |
| پیگیری           |         |         |           |                   |         |         |        |                           |
| ۲۳۶              | ۲۴۸/۵   | ۲۴۴/۵   | ۲۲۶/۵     | ۱۸۵               | ۲۳۶/۵   | ۲۱۱     | ۲۲۹/۵  | پیگیری نوبت اول           |
| ۲۳۶              | ۲۵۱     | ۲۴۴/۵   | ۲۲۶/۵     | ۱۸۲/۵             | ۲۳۶/۵   | ۲۰۹     | ۲۲۹/۵  | پیگیری نوبت دوم           |
| ۲۳۶              | ۲۴۹/۷۵  | ۲۴۴/۵   | ۲۲۶/۵     | ۱۸۳/۷۵            | ۲۳۶/۵   | ۲۱۰     | ۲۲۹/۵  | میانگین مراحل پیگیری      |
| ۴/۷۴             | ۶/۲۲    | ۵/۸۶    | ۶/۲۶      | ۱/۶۰              | ۲/۹۶    | ۴/۱۱    | ۴/۱۶   | شاخص تغییر پایا           |
| ۱۶/۸۸            | ۲۱/۸۲   | ۲۰/۸۴   | ۲۴/۷۹     | ۶/۷۰              | ۱۳/۷۰   | ۱۶/۳۴   | ۱۳/۷۵  | درصد بهبودی پس از پی گیری |
| ۲۰/۸۴            |         |         |           | ۱۲/۶۱             |         |         |        | درصد بهبودی کلی پی گیری   |



نمودار ۱: روند تغییر نمره‌های صمیمیت زناشویی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان راه‌حل مدار (SFT)



نمودار ۲: روند تغییر نمره‌های صمیمیت زناشویی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان هیجان‌مدار (EFT)

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های صمیمیت زناشویی را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر گینور، بایرد و نلسون-گری<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر زوج سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه بالای خط سطح قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های صمیمیت زناشویی به صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان راه‌حل مدار، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد که تغییرات فزاینده و در جهت مثبت باشد که برای هر چهار زوج در متغیر صمیمیت زناشویی نتایج

۱. Gaynor, Baird, & Nelson-Gray

به همین صورت بود. نتایج جدول ۳ نیز نشان می‌دهد میزان درصد بهبودی برای زوج اول ۱۴/۹۹، زوج دوم ۱۸/۵۶، زوج سوم ۱۵/۶۲، زوج چهارم ۹/۴۶ و پیگیری ۱۳/۷۵، ۱۶/۳۴، ۱۳/۷۰ و ۶/۷۰ بود. بنابراین براساس درصد بهبودی کلی این چهار زوج در مرحله درمان (۱۴/۶۴) و پیگیری (۱۲/۶۱) می‌باشد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده در مرحله پس از درمان برای زوج اول ۴/۲۱، زوج دوم ۴/۶۶، زوج سوم ۴/۵۲ و زوج چهارم ۲/۲۷ است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا برای همه زوج‌ها بالاتر از ارزش  $Z$  یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی است ( $p < 0/05$ ). مقدار شاخص پایا در مرحله پیگیری به ترتیب ۴/۱۶، ۴/۱۱، ۳/۹۶ و ۱/۶۰ است. بنابراین ماندگاری تغییرات مثبت صمیمیت زناشویی برای سه زوج اول، دوم و سوم از نظر بالینی معنادار بوده است که حاکی از موفقیت درمان راه‌حل مدار بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج‌ها بود.

همچنین نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های صمیمیت زناشویی را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پی‌گیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر گینور و همکاران (۱۹۹۹) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر زوج سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه بالای خط سطح قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های صمیمیت زناشویی به صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان هیجان‌مدار، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش بینی می‌شد تغییرات فزاینده و در جهت مثبت باشد که برای هر چهار زوج در متغیر صمیمیت زناشویی نتایج به همین صورت بود. همچنین نمودار ۲ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های صمیمیت زناشویی هر چهار زوج در مرحله درمان و پیگیری هیجان‌مدار نسبت به مرحله خط پایه افزایش داشته است. نتایج جدول ۳ نیز نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده در مرحله پس از درمان برای زوج اول ۶/۵۳، زوج دوم ۶/۱۴، زوج سوم ۶/۳۳ و زوج چهارم ۵/۰۹ است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا برای همه زوج‌ها بالاتر از ارزش  $Z$  یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی است ( $p < 0/05$ ). مقدار شاخص پایا در مرحله پیگیری به ترتیب ۶/۲۶، ۵/۸۶، ۶/۲۲ و ۴/۷۴ است. بنابراین ماندگاری تغییرات صمیمیت زناشویی برای سه زوج اول از نظر بالینی معنادار بوده است. همچنین میزان درصد بهبودی برای زوج اول ۲۵/۸۹، زوج دوم ۲۱/۸۳، زوج سوم ۲۲/۱۹، زوج چهارم ۱۸/۱۲ و پیگیری ۲۴/۷۹، ۲۰/۸۴، ۲۱/۸۲ و ۱۶/۸۸ بود. بنابراین براساس درصد بهبودی کلی این چهار زوج در مرحله درمان (۲۲/۰۱) و پیگیری (۲۰/۸۴) حاکی از موفقیت درمان هیجان‌مدار بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج‌ها بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان راه‌حل مدار و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین با نگرش به خیانت زناشویی صورت گرفت. بررسی نتایج نشان داد که میزان متغیر صمیمیت زناشویی پس از اتمام مراحل درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است و همه زوج‌ها در متغیر وابسته تغییرات قابل توجهی داشته‌اند. به عبارتی هر دو روش درمانی در افزایش صمیمیت زناشویی زوجین با نگرش به خیانت زناشویی مؤثر

بوده‌اند. می‌توان گفت نگرش به خیانت زناشویی در جوامع امروزی و نوین رخدادی شایع و همه‌گیری آن شایع شده است و همه‌گیرترین چالشی است که پای زوجین را به درمان باز کرده است (کمال‌جو و همکاران، ۱۳۹۵). لذا این پدیده نیز مانند بسیاری از پدیده‌های اجتماعی، رویدادی چند بعدی است و عوامل متعددی در بروز آن دخالت دارند، که از میان عوامل مختلف زمینه‌ساز خیانت زناشویی در حیطه روابط، می‌توان به میزان صمیمیت و نزدیکی زوجین به یکدیگر و میزان رضایت‌مندی از آن، اشاره کرد. به عبارتی افراد در نتیجه فاصله‌ای که از هم می‌گیرند، ممکن است درگیر روابط فرزاناشویی می‌شوند (رضایی، ۱۳۹۰). مطالعات و تجارب بالینی نیز نشان می‌دهد که صمیمیت زناشویی در پیش بینی نگرش به خیانت نقش بسیار زیادی دارد؛ به این معنا زوجینی که مشکلات شدیدی در فراگیری برقراری و حفظ روابط صمیمانه و سازگاری با یکدیگر تجربه می‌کنند؛ بیشتر راغب ایجاد روابط کوتاه مدت هستند و به علت کمبود حس تعهد، خیانت در این گونه افراد زیادتر خواهد شد (باگاروزی، ۲۰۰۱). بنابراین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان نمره متغیر صمیمیت زناشویی در گروه درمان راه حل مدار در جلسات مداخله و پیگیری در مقایسه با خط پایه افزایش یافته که بیانگر مؤثر بودن این درمان در افزایش صمیمیت زناشویی زوجین است. نتایج این تحقیق با یافته‌های گانگ و هسو (۲۰۱۷)؛ کریسول و همکاران (۲۰۱۷)؛ ردی و همکاران (۲۰۱۵)؛ روسل (۲۰۰۷)؛ به نقل از شاکرمی و همکاران، (۱۳۹۴)؛ نلسون و کلی (۲۰۰۱) و مود (۲۰۰۰)؛ به نقل از عزیزی و قاسمی، (۱۳۹۶)؛ زاهدی و همکاران (۱۳۹۹)؛ مجرد و همکاران (۱۳۹۸)؛ حاجیان و محمدی (۲۰۱۳)؛ حسینی و همکاران (۱۳۹۲) همسو و همخوان است. بنابراین در تبیین این اثربخشی می‌توان گفت که: درمانگران راه‌حل مدار معتقدند که مشکلات زوجی به وسیله روشی که زوج‌ها برای حل آن‌ها بکار می‌برند، باقی می‌مانند و بدتر می‌شوند. بنابراین این رویکرد درمانی مهارت‌های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد زوجین می‌آورد، آن‌ها را قادر می‌سازد تا چرخه نامعیوب مشکل را نابود کنند و راه‌حل‌های طولانی مدت را توسعه دهند. به همین دلیل تغییر یکی از زوجین موجب تغییر افراد دیگر در سیستم می‌شود. با استفاده از تکنیک سؤالات استثناء زوج‌ها توانستند زمانی را که مشکل نداشته و صمیمی بودند فاش کنند؛ مثلاً از زوج پرسیده شد: آخرین بار کی به همسرت گوش دادی؟ چه زمان‌هایی بوده که شما و همسرتان از یکدیگر لذت برده‌اید؟ سؤالات استثنائات باعث شدند زوج‌ها تشویق شوند تا بیشتر کارهایی را که در زمان‌های مثبت نسبت به زمان‌های منفی انجام می‌دادند، شناسایی و انجام دهند. در جلسات درمان وقتی از سؤالات معجزه‌آسا استفاده شد و به زوج‌ها گفته شد تصور کنند اگر امروز یک معجزه اتفاق بیافتد و مشکلمان حل شود، چه کار متفاوتی انجام خواهند داد؟ و متوجه چه تغییراتی خواهند شد؟ این سؤالات به زوج‌ها کمک کرد زندگی متفاوتی را تصور کنند و برای یافتن راهی متفاوت جهت افزایش صمیمیت گام بردارند و موضوعات جدیدی را کشف کرده و تغییر کنند. با استفاده از تکنیک سؤالات درجه‌بندی، از زوج‌ها خواسته شد تا میزان صمیمیت خود را بر روی یک مقیاس درجه‌بندی مشخص کنند. این تکنیک باعث شد زوج‌ها پیشرفت یا عدم پیشرفت خود را در داخل و خارج از جلسات ببینند و الگوهای بی‌فایده را تغییر داده و به صمیمیت بیشتری دست یابند. همچنین بحث در مورد امکان‌پذیر بودن تغییر باعث شد تا زوج‌ها در جهت افزایش صمیمیت تغییر کرده و امیدوار شوند که توانایی‌های لازم برای حل مشکل، و ایجاد صمیمیت دارند. در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد که در جلسات وقتی از زوج‌ها خواسته شد تا به

واسطه تکنیک تحسین، هر رفتار مثبت همسر خود را هر چند کوچک تحسین کنند و بر نقاط مثبت همسرشان تأکید نمایند، زوجها توانستند با تحسین همسر خود، ارتباطات عاطفی خود را با شریک زندگی‌شان بهبود ببخشند و در نتیجه ارتباط بهتری برقرار نموده و دست از انتقاد بردارند. همچنین از آنجا که تأکید اصلی در این درمان، بر تغییرات کوچک تا رسیدن به تغییرات بزرگتر است و تمرکز درمان هم بر مسائلی است که احتمال تغییر در آنها وجود دارد، بنابراین وقتی یکی از زوجها اولین گام کوچک را جهت تغییر با موفقیت برداشت و آن تغییر را مشاهده کرد، اشتیاق برای ادامه این روند بیشتر نیز می‌شد و زوجها پس از مدتی تغییرات بزرگتری را در رابطه خود مشاهده کردند. این تغییرات به همسران کمک کرد تا نسبت به آینده رابطه‌اشان امیدوار بشوند و احساسات مثبت نسبت به همسر را جایگزین احساسات منفی کرده و در نتیجه احساس صمیمیت بیشتری کنند.

همچنین نتایج نشان داد که میزان نمره صمیمیت زناشویی در گروه درمان هیجان‌مدار در جلسات مداخله و پیگیری در مقایسه با خط پایه افزایش یافته است که بیانگر مؤثر بودن در افزایش صمیمیت زناشویی است. بنابراین در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افزایش صمیمیت زناشویی می‌توان گفت که: این رویکرد در مقایسه با سایر رویکردهای نوین در حل مشکلاتی که زیر بنای هیجانی و عاطفی دارند اثربخشی کاملاً بیشتری نشان می‌دهد (جانسون و لبو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). چون درمان هیجان‌مدار با دو عنصر تجربه و پردازش "تعاملات" و انعطاف پذیری و "پاسخگوبودن احساسی" سر و کار دارد که هر دو در ایجاد و حفظ صمیمیت میان‌فردی انکارناپذیرند. همچنین درمان هیجان‌مدار ترکیبی است از رویکردهای سیستمی (با تأکید بر چرخه‌های تعاملی، سیکل‌های زایشی و خود حفظ‌کننده)، رویکردهای تجربه‌گر (با تأکید بر همدلی، پذیرش، تصحیح تجارب هیجانی، خودافشایی) و نظریه‌ی دلبستگی بالبی؛ که این عناصر در رویکردهای سیستمی و تجربه‌نگر (همدلی، پذیرش، خودافشایی و چرخه‌های زایشی در تعامل) دقیقاً با عناصر اصلی ایجاد‌کننده‌ی صمیمیت (همدلی، بازبودن هیجانی، خودافشایی) در تطابق هستند (هاروی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵)؛ از سوی دیگر با توجه به اینکه رویکردهای تجربی بر "همدلی" بعنوان کاتالیزور اصلی تجربه‌گری، تأکید جدی دارند، بنابراین تعجبی ندارد که با افزایش همدلی در همسران، میزان صمیمیت نیز مابین آنان بیشتر شود. از اهداف رویکرد هیجان‌مدار، تسهیل ابراز و بیان نیازهای دلبستگی ارضا نشده، پذیرش نیازهای دلبستگی همسر و پردازش مجدد احساسات به منظور التیام آسیب‌های دلبستگی است (وینتورن و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو درمان هیجان‌مدار توانست به زوجین کمک کند تا با پردازش اصلاحی هیجان، جراحات‌های دلبستگی خود را ترمیم کنند و این ترمیم یعنی "پرورش هیجان‌های مثبت به خود، همسر و رابطه" باعث شد که زوجین با پردازش دوباره‌ی تجارب هیجانی گذشته نسبت به خود، همسر و رابطه به ادراکات جدیدی دست یابند و صمیمیت بیشتری را تجربه کنند. همچنین از اهداف دیگر درمان هیجان‌مدار برجسته سازی نقش هیجانات در روابط صمیمانه همسران است (جانسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). بر این اساس در درمان هیجان‌مدار به هیجانات و عواطف به عنوان یک عامل کلیدی برای تنظیم روابط اشاره می‌شود. لذا در این پژوهش با استفاده از درمان هیجان‌مدار به زوجین کمک شد تا بتوانند بر هیجانات خود تمرکز

1. Lebow  
2. Harway  
3. Johnson

کرده، از آنها آگاهی پیدا کنند، هیجان‌ات خود را بپذیرند و تجارب هیجانی جدیدی را ایجاد کنند. در نتیجه زوجین با به آگاهی رسیدن و تجربه هیجان‌ات نابهنجار، و پذیرش هیجان‌ات بهنجار، به سطحی از امنیت رسیدند که در پی آن با اعتماد بیشتری به یکدیگر به بیان نیازها و خواسته‌های دلبستگی خود پرداخته و در عین حال برای یکدیگر پاسخگوتر شدند و در نهایت صمیمیت زناشویی بیشتری را تجربه کردند. از سوی دیگر بر اساس اصل "شناسایی و محدود کردن الگوهای تعاملی منفی و هیجان‌ات واکنشی همراه آن‌ها در همسران" در درمان هیجان‌مدار، درمانگر به هر کدام از زوجین کمک نمود تا به طور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی را که این چرخه منفی ایجاد می‌کند را ببینند و خواسته‌های دلبستگی خود را کشف کرده و در میان گذارند و بتوانند چرخه‌های تعاملی مثبت و جدیدی را شکل دهند، که این چرخه جدید و مثبت در افزایش دلبستگی و صمیمیت زوجین موثر واقع شد. نتایج این تحقیق با یافته‌های مالسزا (۲۰۱۹)، بیسلی و ایجر<sup>۱</sup> (۲۰۱۹)؛ ولج و همکاران (۲۰۱۹)؛ ویتنورن و همکاران (۲۰۱۸)؛ هرویگ و همکاران (۲۰۱۸)؛ ویب و همکاران (۲۰۱۷)؛ و پژوهش‌های حیدریان و همکاران (۱۳۹۹)؛ صائمی و همکاران (۱۳۹۸)؛ چشمی و خدادادی سنگده (۱۳۹۸)؛ ارسالان ده و همکاران (۱۳۹۶)؛ داودوندی و همکاران (۱۳۹۶)؛ و کیلیان و بستان (۱۳۹۶) همسو و همخوان است. در مجموع فنون و تکنیک‌های رویکردهای درمانی راه حل مدار و هیجان‌مدار در جلسات درمانی سبب شد تا زوجین راه‌حل‌های مختلفی برای حل مشکلاتشان پیدا کنند و در نتیجه بهبودی و افزایش صمیمیت زناشویی، نگرش به خیانت زناشویی کاهش یابد.

با این وجود پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی بود که با توجه به حساسیت موضوع مورد پژوهش، بدیهی است که این نوع مداخله در مقایسه با مداخلات گروهی (شاید به دلیل شرایط نسبت‌های فردی)، برای همه شرکت‌کننده‌ها به یک شکل پیش نرود و برآیند اینکه مقایسه این نمونه‌ها در چارچوب گروه با محدودیت روبرو است و مانعی برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها است. اجرای بیش از چند بار از ابزارهای پژوهش، گاهی باعث بی‌میلی و عدم رغبت زوج‌ها برای تکمیل پرسشنامه‌ها می‌شد. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود این مطالعه به صورت زیر تکرار شود: الف) تکرار کامل: اجرای مجدد پژوهش توسط همان پژوهشگر، ب) اجرای مجدد مطالعه توسط پژوهشگران دیگر، با همین ابزار و ج) تکرار نظام مند: اجرای همین پژوهش در جمعیت‌های دیگر و با استفاده از ابزارهای دیگر. چون در این پژوهش انتظارات زوج‌ها به طور عینی توسط ابزار موردنظر مورد سنجش قرار نگرفت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های مربوط به انتظارات مراجعان از درمان استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی روی هر زوج به طور جداگانه کار شود و نمرات به صورت مجزا در مرد و زن بررسی شود. به دلیل اجرای چندین بار ابزارهای پژوهش در روش تک‌آزمودنی، پیشنهاد می‌شود از طرح‌های دیگری برای اجرای این پژوهش، در آینده استفاده شود.

1. Beasley & Ager



## سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی افشین اهرمیان در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود. نویسندگان از همه شرکت کنندگان در این پژوهش، مراکز مشاوره شهر بوشهر و مدیریت مرکز تخصصی مشاوره و خدمات روان شناختی مسیر زندگی شهر بوشهر، کمال تشکر و قدردانی را دارد.

## منابع

- ارسلان ده، فرشته؛ حبیبی، معصومه؛ سلیمی، آرمان؛ شاکرمی، محمد و داورنیا، رضا. (۱۳۹۶). تأثیر زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوج ها. مجله علوم پزشکی زانکو کردستان، زمستان ۹۶.
- برهانی‌زاد، شبنم و عبدی، رضا. (۱۳۹۶). نقش ابعاد مثلث تاریک شخصیت در پیش‌بینی صمیمیت و نگرش به خیانت زوجین متقاضی طلاق، *مجله اندیشه رفتار*، ۱۱(۴۵)، ۱۷-۲۸.
- جانسون، سوزان. (۲۰۰۴). تمرین زوج درمانی هیجان مدار. ترجمه فاطمه بهرامی، زهرا آذریان، عذرا اعتمادی و شهین صمدی (۱۳۹۶). نشر دانژه.
- چشمی، مهناز و خدادادی سنگده، جواد. (۱۳۹۸). تعیین اثر بخشی درمان هیجان مدار بر بهبود احقاق و صمیمیت جنسی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علم و فرهنگ تهران.
- حداد، سپیده، اولیائی، فاطمه و نجاتی، سارا. (۱۳۹۷). رابطه بین صمیمیت زناشویی با نگرش به خیانت زناشویی. پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، تیرماه.
- حسینی، طیبه؛ امیری‌مجد، مجتبی و قمری، محمد. (۱۳۹۲). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه راه‌حل مدار (SFT)، در افزایش صمیمیت زناشویی زنان. فصلنامه سلامت خانواده، ۱(۴) ۵۲-۵۸.
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۶). بررسی کارآیی و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشباری فراگیر در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده خویی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان، ۱(۲)، ۳۷-۲۵.
- حیدریان، سارا؛ صیرفی، محمدرضا؛ کلهرنیا، مریم، جمهری، فرهاد و بقولی، حسین. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۲۳۸۰-۲۳۹۰.
- خلیلی، غلامرضا، زهراکار، کیانوش و کسائی‌اصفهانی، عبدالرحیم. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان کوتاه مدت راه‌حل محور و درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری بر معنای کار در کارکنان شرکت نفت. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۰)، ۷۱۳-۷۹۹.
- خمسه، اکرم و حسینیان، سیمین. (۱۳۸۷). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. *فصلنامه مطالعات زنان*، ۶(۱)، ۳۵-۵۲.
- داودوندی، مریم؛ نوایی نژاد، شکوه و فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی هیجان - محور بر بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت زوج ها. مقاله چاپ شده در فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده. ۱۳(۴۳)، ۱۷-۱۳۲.
- رضایی، مرجان. (۱۳۹۰). رابطه بین ویژگی های شخصیتی و سبک دلبستگی با تمایل به روابط فرازناشویی در زوجین. پایان نامه کارشناسی ارشد. روانشناسی عمومی. دانشگاه تربیت مدرس.
- زاهدی، زهرا؛ امانی، احمد؛ عزیزی، آرمان؛ نصیری‌هانیس، غفار؛ زارعین، فاطمه و ویژه‌رواری، نرگس. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی و تعهد و درمان راه‌حل مدار بر کیفیت زندگی و افسردگی دختران جوان. *فصلنامه مطالعات روان شناختی*، ۱۶(۲)، ۱۴۲-۱۲۱.
- ساجدی، هاله و جهانگیر، پانته‌آ. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی گروهی کوتاه مدت راه‌حل محور بر افزایش صمیمیت زناشویی زوجین. چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری. تهران، ایران.
- سلطانی‌زاده، محمد و باجلانی، پریسا. (۱۳۹۶). پیش‌بینی نگرش به خیانت زناشویی بر اساس اختلال عملکرد جنسی صمیمیت و رضایت جنسی در زنان و مردان متأهل شهر اصفهان. *مجله علوم پزشکی زانکو*، ۲۱(۶۸)، ۶۳-۴۶.
- سیدموسوی، مه‌ری و محرمی، جعفر. (۱۳۹۸). ناگویی هیجانی، احساس تنهایی و ترس از صمیمیت: پیش‌بینی کننده‌های نگرش به خیانت در مردان. *فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۴(۱)، ۲۱-۱۲.
- شاکرمی، محمد؛ داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش و طلائیان، رضوانه. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج درمانی گروهی کوتاه مدت راه‌حل محور بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۲(۱۳)، ۱۳-۱.

- شهبازی، مسعود؛ رجبی، غلامرضا؛ خجسته‌مهر، رضا؛ و سودانی، منصور. (۱۳۹۳). بررسی و مقایسه اثربخشی راهبردهای مساله‌گشایی و مهارت‌های ارتباطی بر تمایز یافتگی خود، ابراز وجود، راهبردهای مساله‌گشایی و مهارت‌های ارتباطی. پایان‌نامه دکترای تخصصی مشاوره، دانشگاه چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- شیدان‌فر، نازنین؛ نوایی‌نژاد، شکوه و فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ایماگوتراپی بر رضایت‌مندی زناشویی زوجین. فصلنامه روانشناسی خانواده، ۴(۲)، ۷۵-۸۸.
- صائمی، حسین؛ بشارت، محمدعلی و اصغر نژاد فرید، علی‌اصغر. (۱۳۹۸). پیش‌بینی سازگاری زناشویی بر اساس صمیمیت زناشویی و دشواری تنظیم هیجان. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۸(۷۸)، ۶۴۵-۶۳۵.
- صائمی، حسین؛ بشارت، محمدعلی و اصغر نژاد فرید، علی‌اصغر. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی هیجان محور بر صمیمیت زناشویی زوجین. فصلنامه روانشناسی خانواده. دوره ۵(۲)، ۳۹-۵۲.
- عزیزی، آرمان و قاسمی، سیمین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی کیفیت زندگی زنان مطلقه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸(۲۹)، ۲۳۶-۲۰۷.
- کمال جو، علی؛ نریمانی، محمد؛ عطادوخت، اکبر و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۵). پیش بینی روابط فرازناشویی بر اساس هوش معنوی، هوش اخلاقی، رضایت زناشویی و استفاده از شبکه های اجتماعی با نقش تعدیل کنندگی جنسیت. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۶(۲)، ۶۷-۳۹.
- لانگ، لین و یانگ، مارک. (۲۰۰۷). مشاوره و درمان مسائل زن و شوهری. ترجمه علی محمد نظری، جواد خدادادی، مسعود اسدی، کبری ناموران و حسین صاحب‌دل (۱۳۹۳). تهران: انتشارات آوای نور.
- مجرد، آرزو؛ قمری کیوی، حسین و کیانی، احمدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره راه حل محور بر بخشش و دزدگی زناشویی در زنان ناسازگار. مجله پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده، ۷(۳)، ۳۴-۹.
- محمدیاری، انسیه و حسینیان، سیمین. (۱۳۹۷). فراتحلیل اثربخشی درمان کوتاه مدت راه‌حل محور بر زوج درمانی (ایران، ۱۳۹۶-۱۳۸۵). فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده، ۱۳(۴۳)، ۵۲-۳۳.
- وکیلان، سمیرا و بستان، نبی. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود صمیمیت زناشویی. مقاله ارائه شده در پنجمین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و آموزش در ایران.
- Arslan, U., & Gumuscaglayan, G. (2018). Solution Focused Brife Therapy: A Brife Overview. *University Journal of Education Faculty*, 47, 491-507.
- Arslan, U., & Ulus, I.C. (2020). Solution Focused Brife Therapy Traininig. *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 9(1), 1-12.
- Babaei Gharmkhani M, rasouli M, davarniya R. The effect of emotionally-focused couple's therapy (EFCT) on reducing marital stress of married couples. *Zanko J Med Sci*.2017; 18 (56):56-69. [Persian].
- Bagarozzi, D. A. (2001). Enhancing Intimacy in Marrige. Banner – Rouledye. Tylor & Forancis Group. USA.
- Beasley CC, Ager R. (2019). Emotionally focused couples therapy; A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of evidence –based social work*, 16(2): 144-159.
- Benfer, N., Bardeen, J.R. clauss, K. (2018). Experimental manipulation of emotion regulation delf-efficacy: Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. *Journal of contextual Behavioral science*, 10:108-114.
- Cortes, B., Basllesteros, A., Collantes, I., & Aguilar, M. L. (2016). What makes for good outcomes in solution-focused brief therapy? *ELSEVIER, European Psychiatry*, 33, 222-233.
- Creswell, C., Violato, M., Fairbanks, H., White, E., Parkinson, M., Abitabile, G., Leidi, A., Cooper Dphil, P. J. (2017). Clinical outcomes and cost- effectiveness of brief guided parent - delivered cognitive behavioral therapy and solution – focused therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial. *ELSEVIER, The Lancet psychiatry*, 4(7), 529-539.
- Gaynor, S. T., Baird, S. C., & Nelson-Gray, R. O. (1999). Application of time – series (single-subject) designs in clinical psychology. In P. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holm beck (Eds), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 297-329). New York: John Wiley & Sons.
- Gong, H., & Hsu, W. (2017). The Effectiveness of solution-focused group therapy in ethnic chinese school settings: A meta-analysis. *International journal of group psychotherapy*, 67(3), 383-409.
- Hajian, A., & Mohammadi, S. (2013). The effect of traning solution – focused couples therapy on dimensiions of marital intimacy. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(1), 321-324.
- Harway, M.(2005). Handbook of couples therapy.canada : wiley . *Journal of couple & Relationship Therapy* .2005;4(1):1-20.

- Haynos, A.F., Hill, B., Fruzzetti, A.E. (2016). Emotion regulation training to reduce problematic dietary restriction: an experimental analysis, *appetite*, 103:265-274.
- Herwig, u., opialla, S., Cattapan, K., Wetter, T.C., Jancke, L., Bruhl, A.B. (2018). Emotion introspection and regulation in depression. *Psychiatry Research; Neuroimaging*, 277: 7-13.
- [http://www.Sabteahval.Ir/avej/page.aspx?MID=49826&ID=3257&page=Magazines/Square show Magzine.](http://www.Sabteahval.Ir/avej/page.aspx?MID=49826&ID=3257&page=Magazines/Square%20show%20Magzine)
- Johnson, M., Moser, M., Beckes, L., Smith, A., Dalgleish, T., Halchuk, R., et al, Coan, A. (2013). Soothing the threatened brain: Leveraging contact comfort with emotionally focused therapy Published online 2013 Nov 20 doi: 10.1371/journal.pone.0079314.
- Johnson, S. M. (2019). Attachment in action. Changing the face of 21<sup>st</sup> century couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 25, 101-114.
- Johnson, S., Lebow, J.(2000). The “coming of age” of the couple therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 23-38.
- Johnson, S.M. (2004). The practice of emotionally focused couple therapy. New York Brunner-Rutledge.
- Karahan, F. S., Bakalm, O., & Yoleri, S. (2017). Solution focused thinking and empathy in education faculty students. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4383-4392.
- Kirwan, M., Pickett, S.M., Jarrett, N.L. (2017). Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. *Psychiatry Research*. 254, 40-47.
- kraaij, V., Garnefski, N. (2019). The behavior emotion regulation questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and individual differences*, 137, 56-61.
- Labrecque, T., & Whisman, M. (2019). Extramarital Sex and Marital Dissolution: Does Identity of the Extramarital Partner Matter? *Journal of Family Process*, 59(3), 1308-1318.
- Li, D., Wu, N., Wang, Z. (2019). Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth services review*. 101, 113-122.
- Malesza, M. (2019). Stress and delay discounting: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Personality and individual differences*, 144, 56-60.
- Modarresi, F., Zahedian, H., & Hashemi mohammad abad, S. N. (2014). The rate of marital delity and quality of love in divorce applicants with and without marital infidelity precedent. *Journal of Armaghane danesh*, 19(1), 78-88.
- Nelson, T. s., Kelley, L. (2001). solution-focused couples group. *Journal Systemic Therapies*, 20(4), 47-66.
- Pananakhonsab, W. (2019). Migra on for love? Love and intimacy in marriage migration processes. *ELSEVIE. Space and society*, 31, 86-92.
- Peng, Y. The use of recursive frame analysis on an emotionally focused couples therapy session. *Qual Rep*. 2014; 19(32),1-25.
- Reddy, P. D., Thirumoorthy, A., Vijayalakshmi, P., & Hamza, M. A. (2015). Effectiveness of solution-focused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 87-99.
- Welch, s., lachmar, E., & Wittenborn, K. (2019). Established safety in emotionally focused couple therapy: A single-case process study. *Journal of marital and family therapy*, 45, 402-415.
- Whatley, M. (2006). Attitudes toward Infidelity Scale. Department of Psychology, Valdosta State University.
- Wiebe SA, Elliot C, Johnson SM, Burgess Moser M, Dalgleish TL, Lafontaine MF, Tasca GA. (2017). Two year follow up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 227-44.
- Wishman, M. A, Sheldon, C. T., Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 803-808.
- Wittenborn, K., Ridenour, A., Mitchellryan, A., & Seedall, B. (2018). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of marital and family therapy*. 45,395-409.
- Xinhe, Z., Xiaoxuan, S., Shuowei, X., Jingwen, Q., Qinghua, H., & Turel, O. (2020). The Effect of Solution-Focused Group Counseling Intervention on college students Internet addiction: A pilot study. *MDPI. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7). Availabel from: <http://www.mdpi.com/journal/ijerph>.