



Comparing the Effectiveness of Adlerian and Emotion-Oriented Intervention on the Intimacy of Women with Marital Conflict: a Cultural Approach

Zahra Azemnia

PhD student in psychology,
Islamic Azad University,
Central Tehran Branch,
Tehran, Iran.
aazemnia@gmail.com

Fariba Hasani

* Assistant Professor,
Department of Psychology,
Islamic Azad University,
Central Tehran Branch,
Tehran, Iran.
hassani.fariba@gmail.com

Farnaz Keshavarzi-Arshadi

Assistant Professor,
Department of Psychology,
Islamic Azad University,
Central Tehran Branch,
Tehran, Iran.
F.keshavarzi@iauctb.ac.ir

Shahrbanu Ghahari-Ahangarkalai

Assistant Professor of
Clinical Psychology, Iran
University of Medical
Sciences, Tehran, Iran.
Ghahhari.sh@iums.ac.ir

Received: 2022/07/04

Accepted: 2022/08/20

DOI:

10.22034/JPCS.2022.1269551.1112



ABSTRACT

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of Adlerian and emotion-oriented intervention on the intimacy of women with marital conflict. The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and a control group, besides a 3-month follow-up phase. The statistical population consisted of all the women with marital conflicts who came to counseling centers and psychological services in the 12th district of Tehran in 2021. In the first step, using the available sampling method, 60 women with a score higher than 111 in the conflict questionnaire were selected. After that, they were randomly assigned to two experimental groups (20 people in the Adlerian intervention group and 20 people in the emotion-oriented therapy group) and a control group (20 people). The first experimental group underwent ten 90-minute sessions of Adlerian intervention and the second experimental group underwent ten 90-minute sessions of emotional therapy, but the control group did not receive any intervention. In order to collect the required data, MCQ marital conflicts questionnaires of Sanai Zakir and et al. (2017) and MIS marital intimacy scale of Thompson and Walker (1983) were used. The results using analysis of variance, repeated measurement, and Ben-Froni's post hoc test illustrated that each mentioned treatment had a significant effect on increasing intimacy in the post-test and follow-up phase compared to the control group ($P < 0.05$). In addition, based on Ben-Ferroni's post hoc test, emotion-oriented therapy is more effective in increasing marital intimacy ($P < 0.05$).

Keywords: Adlerian Intervention, Emotion-Oriented Therapy, Intimacy, Marital Conflicts.

► **Citation (Vancouver):** Azemnia Z, Hasani F, Keshavarzi-Arshadi F, Ghahari-Ahangarkalai Sh. Comparing the Effectiveness of Adlerian and Emotion-Oriented Intervention on the Intimacy of Women with Marital Conflict: a Cultural Approach. *Police Cultural Studies*, 2022; 9(2): 23-33.

► **Citation (APA):** Azemnia, Z., Hasani, F., Keshavarzi-Arshadi, F., Ghahari-Ahangarkalai, Sh. (2022). Comparing the Effectiveness of Adlerian and Emotion-Oriented Intervention on the Intimacy of Women with Marital Conflict: a Cultural Approach. *Police Cultural Studies*, 9(2), 23-33.

مقایسه اثربخشی مداخله آدلری و هیجان مدار بر صمیمیت زنان دارای تعارض زناشویی: رویکردی فرهنگی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله آدلری و هیجان مدار بر صمیمیت زنان دارای تعارض زناشویی انجام پذیرفت. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون، با گروه کنترل همراه و با مرحله پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری را کلیه زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی منطقه ۱۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که در مرحله اول با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر زن دارای نمره بالاتر از ۱۱۱ در پرسشنامه تعارضات زناشویی انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (۲۰ نفر گروه مداخله آدلری و ۲۰ نفر گروه درمان هیجان مدار) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) جای گذاری شدند. گروه آزمایش اول، در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله آدلری و گروه آزمایش دوم در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان هیجان مدار قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. به منظور جمع آوری داده ها، از پرسشنامه های تعارضات زناشویی MCQ ثنائی ذاکر و همکاران (۱۳۸۷) و مقیاس صمیمیت زناشویی MIS تامپسون و والکر (۱۹۸۳) استفاده شد. نتایج با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس، اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که هر درمان مذکور در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل، اثربخشی معناداری بر افزایش صمیمیت داشته است ($P < 0/05$). افزون بر این، براساس آزمون تعقیبی بن فرونی، درمان هیجان مدار اثربخشی بیشتری بر افزایش صمیمیت زناشویی دارد ($P < 0/05$).

کلیدواژه ها: مداخله آدلری، درمان هیجان مدار، صمیمیت، تعارضات زناشویی.

زهرآ عازم نیا

دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
aazemnia@gmail.com

فریبا حسنی

* استایار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
hassani.fariba@gmail.com
(نویسنده مسئول)

فرناز کشاورزی ارشدی

استایار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
F.keshavarzi@iauctb.ac.ir

شهربانو قهاری آهنگر کلایی

استادیار روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
Ghahhari.sh@iums.ac.ir

نوع مقاله: پژوهشی

صص: ۲۳-۳۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۹

شناسه دیجیتال (DOI):

10.22034/JPCS.2022.1269551.1112

◀ **استناد (ونکوور):** عازم نیا، ز، حسنی، ف، کشاورزی ارشدی، ف، قهاری آهنگر کلایی، ش. مقایسه اثربخشی مداخله آدلری و هیجان مدار بر صمیمیت زنان دارای تعارض زناشویی: رویکردی فرهنگی. مطالعات فرهنگی پلیس، ۱۴۰۱، ۲۳-۳۳.

◀ **استناد (APA):** عازم نیا، ز، حسنی، ف، کشاورزی ارشدی، ف، قهاری آهنگر کلایی، ش. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی مداخله آدلری و هیجان مدار بر صمیمیت زنان دارای تعارض زناشویی: رویکردی فرهنگی. مطالعات فرهنگی پلیس، ۲۳-۳۳، (۲)۹.

خانواده، به‌عنوان یک واحد اجتماعی، عاطفی و شکل‌دهنده شخصیت انسان، با پیوند زناشویی زن و مرد و ازدواج آن‌ها با هم شکل می‌گیرد. زندگی زناشویی، کانون بسیاری از هیجانات مثبت و پیامدهای سازنده برای زوجین است، اما برخی اوقات این کانون خانواده می‌تواند در معرض تهدیداتی باشد که زندگی زناشویی را با خطراتی مواجه سازد. یکی از این خطرات که زندگی زناشویی را با مشکلات فراوانی مواجه می‌سازد تعارضات زناشویی^۱ است. تعارضات زناشویی یکی از مشکلات شایع زوجین (جعفری‌منش و همکاران، ۱۳۹۹) و ناشی از ناهماهنگ بودن زوجین در نوع خواسته‌ها و انتظارات (گلاسر^۲، ۲۰۰۰) و اختلاف در رفتارها و اعمال غیر مسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (خدادوست و ابراهیمی - مقدم، ۱۳۹۸).

تعارض در رابطه زوجین یا عمل‌کرد طبیعی، ناشی از تفاوت‌هاست و قابل اجتناب نیست و همسر در زمینه نشان-دادن مشکل، تفکر برای حل مشکل و نتایج مورد انتظار ناشی از راه حل برای مشکل، متفاوت از همسر خود عمل می‌کند (کاشفی و خضری‌مقدم، ۱۴۰۰). تعارضات شدید و عدم توجه به حل این تعارضات به کاهش صمیمیت منجر می‌شود. این تعارضات با مسائل متفاوتی در ارتباط است، همچون فضای مجازی (فتحی و همکاران، ۱۴۰۰).

صمیمیت به‌عنوان نیازی اساسی مستلزم آگاهی، درک عمیق و پذیرش است که می‌تواند مانع از بروز مشکلات مختلف زناشویی شود (لی و همکاران^۳، ۲۰۲۱). صمیمیت زناشویی، توانایی ارتباط با دیگران با حفظ فردیت تعریف شده است (نیبی و همکاران، ۱۳۹۹). صمیمیت در روابط زناشویی با جنبه‌های عاطفی، هیجانی و اجتماعی همراه است که بر پایه پذیرش، رضایت خاطر و عشق شکل می‌گیرد. مشکلات صمیمیت زناشویی هنگامی آغاز می‌شود

که زوجین از میزان برآورده‌شدن خواسته‌های خود درباره رابطه زناشویی خوب، ناراضی باشند. برقراری ارتباط صمیمی، انتقال احساسات و افکار و بیان نیازها، راه حل مشکلات در روابط زناشویی است. صمیمیت باعث انسجام خانوادگی می‌گردد (برای مطالعه بیشتر در مورد عوامل اجتماعی مؤثر بر انسجام خانوادگی رک. بلالی و بابایی، ۱۳۹۳)

با توجه به آنچه گفته شد، به‌کارگیری راه‌کارهای درمانی مؤثر بر حل مشکلات زناشویی همواره مورد توجه و دغدغه درمان‌گران خانواده بوده است. در همین راستا، استفاده از روان‌شناسی فردی آدلر به‌طور گسترده و فزاینده در میان مشاورین، روان‌درمانگران، آموزشگران و پژوهشگران رواج یافته است (کوری^۴، ۱۳۹۹).

زوج‌درمانی آدلری برقراری نوعی رابطه هم‌دلانه و بر مبنای احترام متقابل است که در آن زوجین احساس می‌کنند درک و پذیرفته شده‌اند و همچنین اشاره به بررسی و ارزیابی سبک زندگی، تعبیر و تفسیر کسب بینش و آموزش و جهت‌دهی مجدد دارد. درمان آدلری درباره کمک به افراد برای ایجاد یک شیوه از زندگی متمرکز است که با ابزارهای جبرانی سازنده‌تر برای علاقه اجتماعی بیشتر مشخص می‌گردد. آدلری‌ها روشی را برای به چالش کشیدن مراجعین پیش می‌گیرند تا آن‌ها را از شیوه‌های مشارکت فعال در موقعیت‌هایی همچون مشکل ادراک، آگاه سازند (روزالین^۵، ۲۰۱۳). براساس روان‌درمانی آدلری، فرد مبتلا به یک مشکل یا آسیب‌شناسی روانی بیش از آن‌که بیمار باشد، دل‌سرد می‌شود و وظیفه درمانگر آن است که فرد را تشویق کند تا علایق اجتماعی خود را فعال کرده و شیوه زندگی جدید را از طریق روابط، تجزیه و تحلیل و روش-های عملی ایجاد کند (موساک^۶، ۲۰۰۵).

4- Corey
5- Rosalyn
6- Mosak

1- marital conflicts
2- Glasser
3- Lee and et al.

مشکلات زناشویی به‌ویژه در صمیمیت زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی است. از این رو، پژوهش حاضر در صدد پاسخ‌گویی به این پرسش است که «آیا بین اثربخشی مداخله آدلری و هیجان‌مدار بر صمیمیت زنان با تعارضات زناشویی تفاوت وجود دارد؟»

فرضیه پژوهش

• درمان هیجان‌مدار بر صمیمیت زنان با تعارضات زناشویی اثربخشی بیشتری دارد.

روش پژوهش

روش این پژوهش، برمبنای هدف، کاربردی و ازمنظر گردآوری داده‌ها، جزو پژوهش‌های کمی و از نوع نیمه-آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه و با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری را کلیه زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی منطقه ۱۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. ابتدا، طی یک فراخوان برای برگزاری جلسات و به‌روش نمونه‌گیری داوطلبانه^۷ (در دسترس^۸) از میان زنان متأهل داوطلب که پرسشنامه تعارضات زناشویی بر روی آنان اجرا گردید و نمره بالاتر از ۱۱۱ را کسب کردند، تعداد ۶۰ نفر به‌عنوان زن دارای تعارضات زناشویی انتخاب شدند. این ۶۰ نفر به‌طور تصادفی ساده در گروه‌ها گمارش گردیدند (۲۰ نفر در گروه مداخله آدلری، ۲۰ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار و ۲۰ نفر در گروه کنترل). رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره بالاتر از ۱۱۱ در پرسشنامه تعارضات زناشویی، حداقل ۲ سال و حداکثر ۱۰ سال از زندگی مشترک بود. به‌علاوه، نداشتن بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی، عدم ابتلا به مواد مخدر، دخانیات و داورهای روان‌گردان، نداشتن سابقه طلاق در فرد شرکت‌کننده، حداقل تحصیلات دیپلم و دامنه سنی ۲۰ تا

یکی دیگر از مداخلات که کمک شایانی به بهبود مشکلات زناشویی می‌کند، درمان هیجان‌مدار^۱ است (برادبری و بودمن^۲، ۲۰۲۰) که به‌عنوان الگویی نظام‌مند و کوتاه‌مدت هیجان‌ات‌براز نشده در روابط زوجین را مد نظر قرار می‌دهد و بر آن تأکید می‌کند (گرینبرگ^۳، ۲۰۰۴). درمان هیجان‌مدار رویکردی یک‌پارچه از تلفیق سه دیدگاه نظام‌های خانواده بوئن^۴، انسان‌گرایی و نظریه دل‌بستگی بالبی است. با توجه به نقش عمده هیجان‌ات‌براز در نظریه دل‌بستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ها و روابط هیجانی در سامان‌دهی الگوهای ارتباطی اشاره دارد و هیجان را عامل تغییر درنظر می‌گیرد. هدف از درمان هیجان‌مدار شناسایی و پذیرش احساسات، پذیرش احساسات منفی ناسازگار و افزایش آگاهی و بیان این احساسات و یادگیری تحمل و تنظیم تجارب دردناک زمینه‌ای در فرد است (گلیستی و همکاران^۵، ۲۰۲۱).

به‌عبارتی، این رویکرد قادر است آشفتگی‌های افراد را از نو شکل دهد و پیوندهای ایمن را جایگزین پاسخ‌های شرطی‌شده و الگوهای تعاملی تکراری آن‌ها کند و به بهبود مشکلات روان‌شناختی، همچون افسردگی کمک کند. همچنین، به زوجین کمک می‌کند تا به این درک برسند که چگونه هیجان‌ات‌براز خود را به سمتی سوق دهند که در چرخه تعارضات اسیر نشوند (گرینبرگ، ۲۰۰۸). در پیشینه پژوهش، هر دو مداخله مذکور نقش مهمی در کاهش مشکلات زناشویی نشان داده‌اند. به‌عنوان مثال، برج‌علی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که آموزش مبتنی بر نظریه آدلر بر خودکارآمدی، رضایت‌مندی از زندگی و تنظیم هیجانی زوجین متعارض اثربخش بوده‌اند و ویسمن^۶ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داده‌اند، زوجینی که تحت درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند، از رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و سطح پایین‌تر اضطراب و افسردگی برخوردار بودند. اما، آنچه در پژوهش‌های قبلی کم‌تر به آن پرداخته شده است، مقایسه اثربخشی این مداخلات درمانی بر روی بهبود

5- Glisenti and et al.
6- Weissman
7- voluntarily
8- convenience

1- emotion-focused
2- Bradbury & Bodenmann
3- Greenberg
4- Bowen family systems theory

پرسش بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) تغییر می‌کند. به این صورت که هرگز ۱ نمره، به ندرت ۲ نمره، گاهی ۳ نمره، اغلب ۴ نمره، بیشتر مواقع ۵ نمره، تقریباً همیشه ۶ نمره و همیشه ۷ نمره به خود اختصاص می‌دهد. دامنه نمرات بالاتر نشانه بی‌آلایشی (صمیمیت) بیشتر است. این مقیاس در ایران توسط ثنایی و همکاران (۱۳۸۷) ترجمه و هنجاریابی شده است. سازندگان مقیاس پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه محاسبه و به‌روش آلفای کرونباخ، ضریب کل پرسش‌ها ۰/۸۰ به دست آمد. در این پژوهش از آمار توصیفی، همچون میانگین و انحراف معیار و همچنین از آمار استنباطی، شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. به‌علاوه، برای بررسی مقایسه مداخله آدلری و درمان هیجان‌مدار از «آزمون تعقیبی بن فرونی»^۳ و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ بهره برده شده است.

مشاوره گروهی آدلری در این پژوهش، تعداد ۱۰ جلسه و برپایه نظریه و کاربری طبق کتاب نظریه و کاربری مشاوره گروهی کوری (۲۰۱۳) است. علاوه بر این، درمان هیجان‌مدار در این پژوهش، تعداد ۱۰ جلسه درمان هیجان-مدار مبتنی بر نظریه جانسون (۲۰۰۸) است.

یافته‌ها

ابتدا، به یافته‌های توصیفی و در ادامه به بررسی فرضیه پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس مکرر پرداخته شده است.

۴۰ سال از ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات مداخله آدلری و درمان هیجان‌مدار، شرکت هم‌زمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی هم-زمان با پژوهش، عدم پاسخ‌گویی به پرسش‌های پس‌آزمون، عدم شرکت در مرحله پیگیری و تصمیم به جدایی از همسر در حین انجام پژوهش، از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه تعارضات زناشویی^۱ (MCQ) ثنایی و همکاران (۱۳۸۷):

این پرسشنامه ۵۴ پرسش دارد و پاسخ پرسش‌ها براساس طیف لیکرت است که به هرگز ۱ نمره، به ندرت ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره و همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه تعارض زوج‌ها را در چهار سطح فاقد تعارض، با نمره ۱۲ تا ۹۰، تعارض در حد طبیعی، با نمره ۹۰ تا ۱۱۱، تعارض بیش از حد طبیعی، با نمره ۱۱۱ تا ۱۹۱ و تعارض بسیار شدید با نمره بالاتر از ۱۹۰ طبقه‌بندی می‌کند. سازندگان پرسشنامه، آلفای کرونباخ ۰/۶۶ و ضریب پایایی خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۶ تا ۰/۸۱ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه محاسبه و به‌روش آلفای کرونباخ، ضریب کل پرسش‌ها ۰/۹۰ حاصل گشت.

مقیاس صمیمیت زناشویی^۲ (MIS) تامپسون و والکر^۳

(۱۹۸۳): این مقیاس ۱۷ پرسش دارد و برای سنجیدن میزان بی‌آلایشی زوجین تنظیم شده است و دامنه نمرات هر

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سن در افراد نمونه در سه گروه

گروه	شاخص		آماره
	میانگین	انحراف معیار	
گروه آدلری	۳۰/۸۰	۶/۰۳۱	معناداری ۰/۶۸۹
گروه هیجان‌مدار	۳۱/۹۰	۴/۹۳۰	
گروه کنترل	۳۲/۲۰	۵/۱۳۶	

3- Walker & Thompson
4- Bonferroni

1- Marital Conflict Questionnaire (MCQ)
2- Marital Intimacy Scale (MIS)

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میزان آماره F به دست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۳ گروه در متغیر سن، برابر با $F=0/374$ است. این میزان از لحاظ آماری معنادار نیست ($sig=0/689$) که نشان‌دهنده هم‌تابودن ۳ گروه از نظر سن است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک مراحل سنجش

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین		انحراف معیار	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
صمیمیت زناشویی	گروه آدلری	۴۴/۸۰	۵۴/۱۵	۲/۹۴۹	۴/۶۷۳
	گروه هیجان‌مدار	۴۶/۸۵	۵۵/۵۰	۲/۸۷۰	۴/۹۰۴
	گروه کنترل	۴۶/۲۵	۴۶/۵۰	۲/۸۰۷	۲/۴۶۰

جدول ۴، میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش (مداخله آدلری و درمان هیجان‌مدار) به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را ارائه می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ آماری معنادار هستند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. بهره‌گیری از این آزمون، مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها، شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها است؛ ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. به منظور بررسی نرمال بودن، از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنادار نبود ($P>0/05$)، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال است. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین بهره بردیم. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی، از لحاظ آماری معنادار نبود ($P>0/05$) و به این ترتیب، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید گردید. داده‌های پژوهش، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P>0/05$). سطح معنا-داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از $0/05$ بود و این نشان‌دهنده همگنی شیب خط رگرسیون ۱ است. افزون بر این، با استفاده از اکسپلور SPSS مشخص شد که داده پرت وجود نداشت.

جدول ۵- نتیجه آزمون کرویت موچلی صمیمیت زناشویی

متغیر وابسته	کرویت موچلی	آماره‌ی کای دو	درجه آزادی	معناداری
صمیمیت زناشویی	۰/۰۱۹	۲۲۳/۲۹۱	۲	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۵، مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای صمیمیت زناشویی برابر $0/001$ به دست آمده است. بر این اساس، فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه، از شرط همگنی ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. بنابراین، از آزمون‌های جایگزین، از آزمون محافظه‌کارانه گرین

است. بر این اساس، فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه، از شرط همگنی ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. بنابراین، از آزمون‌های جایگزین، از آزمون محافظه‌کارانه گرین

هاوس-گیرز، برای بررسی اثرات درون‌آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در جدول ۶ قابل مشاهده است:

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر صمیمیت زناشویی در سه مرحله اجرا

متغیر وابسته	منابع تغییر	آماره F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
صمیمیت زناشویی	زمان	۸۷/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵	۰/۹۹۹
	گروه	۲۲/۷۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۲۰/۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۹۹۹

معنادار است. در ادامه مقایسه دویه‌دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در صمیمیت زناشویی در جدول ۷ آمده است:

نتایج جدول ۶ حاکی از آن است که اثر متغیر درون‌گروهی (عامل زمان) بر صمیمیت زناشویی معنادار است ($P \leq 0/001$). به این ترتیب، اثر متغیر بین‌گروهی (مداخله آدرلی و درمان هیجان‌مدار) در افزایش صمیمیت زناشویی

جدول ۷- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی صمیمیت زناشویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
صمیمیت	پیش‌آزمون	۴۵/۹۶۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۶/۰۸۳	۰/۰۰۱
زناشویی	پس‌آزمون	۵۲/۰۵۰	پیش‌آزمون-پیگیری	-۵/۹۸۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵۱/۹۵۰	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۰۰	۰/۱۶۹

تأثیر در مرحله پیگیری را نیز دربر داشته است. همچنین، از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تأثیر ایجادشده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده یا این که کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است، در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی مداخله آدرلی و درمان هیجان‌مدار بر افزایش صمیمیت زناشویی از آزمون تعقیبی بن‌فرونی بهره برده‌ایم. این نتایج در جدول ۸ قابل مشاهده‌اند:

به‌منظور مشخص نمودن این که نمره صمیمیت زناشویی در کدام مرحله با هم تفاوت معناداری دارند، آزمون تعقیبی بن‌فرونی مورد استفاده قرار گرفت که به مقایسه دویه‌دوی میانگین‌ها می‌پردازد. همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد، تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله)، یعنی مداخله آدرلی و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و تداوم این

جدول ۸- مقایسه زوجی با آزمون تعقیبی بن‌فرونی صمیمیت زناشویی

متغیر وابسته	گروه‌های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
صمیمیت زناشویی	گروه مداخله آدرلی	گروه کنترل	۴/۵۸۳	۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان‌مدار		۶/۱۳۳	۰/۰۰۱

آدرلی با گروه کنترل است، بنابراین درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به مداخله آدرلی بر افزایش صمیمیت زناشویی دارد.

با توجه به جدول ۸، تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین مداخله

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی مداخله آدلری و هیجان‌مدار بر صمیمیت زنان دارای تعارض زناشویی بود. نتایج نشان داد که هر درمان مذکور، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر افزایش صمیمیت دارد. افزون بر این، نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از آن بود که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری بر افزایش صمیمیت زناشویی دارد. این نتیجه به دست‌آمده با نتایج برجعلی و همکاران (۱۴۰۰)، براگا و همکاران (۲۰۱۸)، راتگبر و همکاران (۲۰۱۹) هم‌سو است. براساس رویکرد آدلر، یکی از باورهای اشتباه در سبک زندگی فرد، خود ایده‌آل است، باور آن‌چه من باید باشم یا برای داشتن جایگاه باید داشته باشم یا تصویری از باورهای دنیا، نه درباره من؛ بلکه، آن‌چه دنیا از من می‌خواهد. دل‌گرمی (از مفاهیم آدلری) و اعتقاد به توانایی، یک فلسفه خوش‌بینانه را به زندگی ارائه می‌کند و یکی از عناصر سازنده عملی است که کمک می‌کند تا فرد فاصله میان ظرفیت خود و محدودیت‌هایش را پر کند. از این طریق، فرد به ارزش‌های خود، آگاه و به نقاط قوت و داشته‌هایش واقف می‌شود؛ بنابراین، از قدرتی که برای اتخاذ تصمیم برای رویارویی با تعارضات و مشکلات زناشویی دارد، آگاهی پیدا می‌کند.

در نتیجه، زنان با بهبود علاقه اجتماعی خود، می‌توانند به تغییر نگرش خود نسبت به سبک زندگی برگزیده برای خود اقدام کنند. در جلسات آدلری با مورد توجه قرار دادن شیوه انتخاب زندگی خود برای تأمین امنیت خاطر و آگاهی از اعتقادات در زمینه مفهوم خود، خودآرمانی، تصویری از جهان و اعتقادات اخلاقی و همچنین اشتباهات اساسی که نگرش‌های تحریف‌شده‌ای هستند و باعث گمراه شدن شیوه زندگی می‌شوند، به ایجاد هدف‌های جدید در زندگی و ارتباطات مؤثر در شیوه جدید زندگی خود می‌پردازند. همچنین، می‌توان گفت که صمیمیت عبارت است از شناخت عمیق زوجین از یک‌دیگر، شناخت جنبه‌های مختلف اعضا یا شناخت چگونگی تمایل در واکنش نشان دادن به موقعیت‌های گوناگون که در افزایش آن می‌توان

باور به نسبی بودن واقعیت، قابل حل بودن مشکلات، توجه به عوامل فراتر از فرد و تمرین رفتارهای سالم را هدف قرار داد. بالارفتن توانایی همکاری در زندگی اجتماعی با بهره‌گیری از فن «آموزش گوش‌دادن بازتابی» و رویاروسازی اعضای گروه با گفتار و کردارهای خود از عوامل افزایش صمیمیت، رفتارهای مثبت و احساس خوش‌بختی زوجین است. بنابراین، منطقی است که گفته شود، مداخله آدلری بر صمیمیت زنان با تعارض زناشویی مؤثر و اثربخش است.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی می‌توان اظهار داشت که براساس رویکرد جانسون، درمان هیجان‌مدار با شناسایی چرخه دل‌بستگی و کشف نیازهای اساسی زوجین، به بازسازی موقعیت جدید، بیان احساسات زیربنایی و ارائه راه‌حل‌های جدید می‌پردازد. درمان هیجان‌مدار زمینه مناسبی برای کشف و منظم کردن هیجانات آشفته ناشی از دل‌بستگی‌های شکل‌گرفته از زمان تولد تا بزرگسالی است. در این شیوه درمانی، درمانگر به فرد دارای مشکلات زناشویی برای گسترش و سازمان‌دهی درونی خودش کمک می‌کند و ابراز این تجربه دربردارنده یک شیوه جدید عرضه خود و یک راه‌کار جدید برای برقراری رابطه با دیگری می‌شود. تأکید بر هیجان، عامل اساسی تغییر در درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار از قدرت هیجان برای به حرکت واداشتن همسران و برانگیختن پاسخ‌های جدید در تعاملات اساسی و مکرری استفاده می‌کند که باعث تحرک در زندگی زناشویی افراد می‌شود. هیجان باعث پاسخ‌های اصلی در روابط نزدیک شده و آن‌ها را سازمان می‌دهد. همچنین، این شیوه درمان به زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی کمک می‌کند تا با توجه به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، به نظم‌دهی هیجانی بپردازند. در واقع، زنانی که دارای مشکلات زناشویی و آشفته هستند، در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با مشکلاتی مواجه بوده و در تمایز هیجانات درونی از احساسات بدنی، دچار مشکل هستند.

نتیجه این که زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی اغلب در جریان آشفتگی‌های هیجانی خاصی وارد درمان می‌شوند و سطوح پایینی از صمیمیت و احساسی درآمیخته با منفی- بودن نسبت به طرف مقابل را گزارش می‌کنند و بارها تلاش‌های آن‌ها در احیای صمیمیت با شکست مواجه شده است و با شیوه‌های محدودشده‌ای، مانند اجتناب و کناره‌گیری، سرزنش و انتقاد، دفاعی بودن و چرخه‌های دفاعی با هم ارتباط برقرار می‌کنند. بنابراین، در فرآیند درمان هیجان‌مدار، درمانگر به از بین بردن این احساس ناامنی اقدام می‌کند و در نتیجه وقتی درمانگر چرخه تعاملی منفی نمایانگر دل‌بستگی ناایمن را شناسایی می‌کند، هیجان‌های همراه با این چرخه‌ها نیز به وسیله همسران شناسایی می‌شوند. به علاوه، در فرآیند درمان هیجان‌مدار، همسران این چرخه‌ها را دوباره بر اساس ابراز نیازهای نهفته دل‌بستگی، تنظیم می‌کنند و در چرخه درمان، همسران می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید، نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دل‌بستگی همسر خود را بپذیرند. این موضوع، باعث کاهش مشکلات هیجانی و زناشویی همسران می‌شود.

در نهایت نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین مداخله آدلری با گروه کنترل است. این مهم نشان‌دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به مداخله آدلری بر افزایش صمیمیت زناشویی دارد. رویکرد متمرکز بر هیجان با تأثیر بر سبک برقراری ارتباط مؤثر همسران با یک‌دیگر و آشناسدن آن‌ها با چرخه‌های هم‌کنشی زوجین، توسعه پیوند عاطفی، شناسایی ترس‌ها، اعتقادات، باورها و پیشینه دل‌بستگی زوجین، شناسایی هیجان‌ها و درک رابطه رفتار، افکار، هیجان‌ها و نیازهای دل‌بستگی هر یک از آن‌ها، ایجاد انتظارات واقع‌بینانه در مورد زندگی زناشویی، آموزش زندگی زناشویی مسئولانه به آن‌ها و در نهایت درک اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی، موجب ارتقاء و بهبود صمیمیت زناشویی بین همسران می‌شود. به علاوه، درمان هیجان‌مدار به همسران درگیر تعارضات زناشویی کمک می‌کند تا دوباره با یک‌دیگر ارتباط برقرار کنند و بر کاهش

آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی، به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می‌شود، تلاش نمایند. بر این اساس، منطقی است اظهار شود که مداخله هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری بر صمیمیت زنان با تعارض زناشویی دارد.

از آنجایی که این پژوهش تنها بر روی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات

روان‌شناختی منطقه ۱۲ شهر تهران صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زنان دارای تعارضات زناشویی در سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی لازم است تا احتیاط لازم به وسیله پژوهشگران و استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش، صورت گیرد. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و هم‌زمانی انجام پژوهش با همه‌گیری ویروس کرونا (کووید-۱۹) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

در این راستا، پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی با برگزاری کارگاه‌های روان‌شناختی مانند درمان هیجان‌مدار به حل مشکلات زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی کمک شود. با نظر به این که راهبردهای مداخله آدلری نقش اساسی در افزایش صمیمیت زنان دارای تعارضات زناشویی دارد، به عنوان یک نتیجه کاربردی پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره و درمانی با هدف کاهش تعارضات زوجین و همچنین افزایش روابط صمیمانه، دوره‌های آموزشی آدلری را در قالب گروهی یا فردی در نمونه‌های بالینی یا عمومی اجرا نمایند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش مدیون همکاری تمام بانوانی است که ما را در انجام این مهم یاری کردند. به این وسیله از تمام این عزیزان کمال تشکر را دارم.

منابع

۱. برجعلی، محمود؛ عسگری راد، زهرا؛ و ناصری نیا، سجاد. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش روش دلگرم سازی شوانکر مبتنی بر نظریه آدلر بر خودکارآمدی، رضایتمندی از زندگی و تنظیم هیجانی زوجین متعارض. نشریه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۵)، ۱۸۴-۱۶۱.
<https://dx.doi.org/10.22054/qccpc.2020.51732.2379>
۲. بلالی، اسماعیل و بابایی، ناهید. (۱۳۹۳). بررسی عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر انسجام خانوادگی در شهر همدان. *مطالعات فرهنگی پلیس*، ۱(۲)، ۲۱-۴۹.
http://hamedan.jrl.police.ir/article_17216.html
۳. ثنایی‌ذاکر، باقر؛ براتی، طاهره؛ و بوستانی‌پور، علیرضا. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. انتشارات بعثت. تهران.
<https://www.roshdpress.ir/>
۴. جعفری منش، مریم؛ زهراکار، کیانوش؛ تقوایی، داوود؛ و پیرانی، ذبیح. (۱۳۹۹). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین با تعارض زناشویی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۸(۴)، ۴۳۵-۴۴۶.
<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5964-fa.html>
۵. خدا دوست، ساناز؛ و ابراهیمی‌مقدم، حسین. (۱۳۹۸). کارآمدی آموزش الگوی گشتاوری السون بر سبک‌های دل‌بستگی و تعارض‌های زناشویی زوجین در معرض طلاق هیجانی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۹)، ۵۳-۷۲.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.22516654.1398.9.2.3.9>
۶. فتحی، آیت‌اله، فرشافی اسعدیان، سمیرا، کولیوند، علیرضا، حمزوی، فاطمه. (۱۴۰۰). رابطه سبک استفاده از فضای مجازی با تعارضات زناشویی، طلاق عاطفی و تعهد زناشویی. *مطالعات فرهنگی پلیس*، ۸(۴)، ۵۱-۴۱.
[doi: 10.22034/jpcs.2021.211057.1061](https://doi.org/10.22034/jpcs.2021.211057.1061)
۷. کاشفی، نادر؛ و خضری مقدم، نوشیروان. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مفهوم بندی طرح‌واره‌ای بر بهبود شاخص‌های عملکرد زوجین متعارض. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۱)، ۹۵-۱۰۶.
<https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=583209>
۸. کوری، جرالند. (۱۳۹۹). نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. چاپ بیست و دوم، تهران؛ نشر ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۳).
<https://www.gisoom.com/book/11336543/>
۹. نبیئی، آناهیتا؛ حسینی، سعیده السادات؛ کاکابرابی، کیوان؛ و امیری، حسن. (۱۴۰۰). الگوی معادلات ساختاری در رابطه بین گرایش به طلاق با مهارت‌های ارتباطی و سلامت خانواده اصلی با نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی. *فصلنامه علمی پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۱(۱)، ۱۴۳-۱۳۱.
<https://dx.doi.org/10.30495/jpmm.2021.4728>
10. Bradbury, T. N., & Bodenmann, G. (2020). Interventions for couples. *Annual review of clinical psychology*, 16, 99-123.
<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-071519-020546>
11. Braga, C., Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2018). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy research*, 28(3), 423-432.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10503307.2016.1169331>
12. Glasser, W. (2003). *Warning: Psychiatry can be hazardous to your mental health*. HarperCollins Publishers.
<https://psycnet.apa.org/record/2003-00937-000>
13. Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
14. Greenberg, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 49.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0708-5591.49.1.49>
15. Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.
<https://doi.org/10.1002/cpp.388>
16. Johnson, S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*, 4, 107-137.
<https://psycnet.apa.org/record/2008-09621-004>

17. Lee, M., Kim, Y. S., & Lee, M. K. (2021). The Mediating Effect of Marital Intimacy on the Relationship between Spouse-Related Stress and Prenatal Depression in Pregnant Couples: An Actor-Partner Interdependent Model Test. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 487.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18020487>
18. Mosak, H. H. (2005). Adlerian psychotherapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 52-95). Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
<https://psycnet.apa.org/record/2007-04811-003>
19. Rathgeber, M., Bürkner, P. C., Schiller, E. M., & Holling, H. (2019). The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral couples therapy: A meta analysis. *Journal of marital and family therapy*, 45(3), 447-463.
<https://doi.org/10.1111/jmft.12336>
20. Rosalyn, V. G. (2013). Theory and Practice of Adlerian Psychology, first th. *San Deiago, CA: Cognella*, 1-152.
<https://www.amazon.com/Theory-Practice-Adlerian-Psychology-Rosalyn/dp/1609276272>
21. Walker, A. J., & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*, 841-849.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/351796>
22. Weissman, N., Batten, S. V., Rheem, K. D., Wiebe, S. A., Pasillas, R. M., Potts, W., & Dixon, L. B. (2018). The effectiveness of emotionally focused couples therapy with veterans with PTSD: A pilot study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 17(1), 25-41.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/15332691.2017.1285261>

