

تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ و همسران‌شان

The Impact of Emotionally Focused Couple Therapy on Improving Communication Patterns in Combat- Related PTSD Veterans & their Wives

M. Rezaee, M.D. ✉

مهديه رضائي ✉

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

J. Yonesi, Ph.D.

دکتر سیدجلال یونسی

استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

Kh. Ahmadi, Ph.D.

دکتر خدابخش احمدی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (مرکز تحقیقات علوم رفتاری)

A. Asgari, Ph.D.

دکتر علی عسگری

عضو هیأت علمی دانشگاه تهران

J. Mirzaee, M.D.

جعفر میرزایی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی (کارشناس مسئول بیمارستان روان‌پزشکی صدر)

دریافت مقاله: ۸۷/۷/۲۰
دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۱۲/۱۹
پذیرش مقاله: ۸۹/۱/۲۷

چکیده:

Abstract

The purpose of this study is to investigate the effect of emotionally focused couple therapy (EFCT) on the improvement of communication patterns in combat-related PTSD veterans and their wives.

این مطالعه با هدف شناخت تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ و همسران‌شان انجام شد. روش تحقیق تجربی بوده، به این منظور ۲۸ جانباز مبتلا به PTSD و همسران‌شان به طور

✉Corresponding author: Dept. of Counseling, Social welfare & Rehabilitation University, Kodakkyar St., Evin, Tehran, Iran.
Tel: +9821-66879892
Fax: +9821-22277042
Email: mb_rezaee@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: تهران، اوین، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مشاوره
تلفن: ۰۲۱-۶۶۸۷۹۸۹۲
نمابر: ۰۲۱-۲۲۲۷۷۰۴۲
پست الکترونیک: mb_rezaee@yahoo.com

28 veterans with PTSD psychiatric diagnosis and their wives were randomly selected and assigned to the two experiential and control groups. One group received 10 sessions of emotionally focused couple therapy and the other group remained on the waiting list. Data gathering was carried out through psychiatric diagnosis, PTSD interview and Christiansen & Sallavy's (1984) communication pattern questionnaire. Analysis of covariate findings reveals significant differences between the control and experimental groups, indicating the effectiveness of EFCT in the experimental group. The findings of the research indicate that the emotionally focused couple therapy results in an increase in PTSD veterans and their wives, using constructive communication pattern; and a decrease in their using mutual avoidance, demand/withdrawal. Generally, the clinical research in this regard is mostly focused on individual treatments and couple therapy is neglected, but seemingly the increase in PTSD veterans and their wives, using constructive pattern will result in an increase in their mental health.

KeyWords: Emotionally Focused Couple Therapy, PTSD, Communication Patterns.

تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند.

جمع‌آوری داده‌ها به وسیله مصاحبه PTSD و پرسشنامه الگوهای ارتباطی کریستنسن و سالووی (۱۹۸۴) انجام شد. پس از پیش‌آزمون، گروه آزمایش ۱۰ جلسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. تحلیل کواریانس نتایج پژوهش بیانگر تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل بود. به عبارت دیگر این مدل درمانی باعث بالا رفتن میزان استفاده زوج‌ها از الگوی ارتباطی سازنده متقابل و پایین آمدن میزان استفاده آن‌ها از الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل و توقع/کناره‌گیری شده است. به طور کلی بیشتر مطالعات بالینی در این زمینه بر روی درمان‌های فردی متمرکز است و درمان‌های زوجی و خانوادگی نادیده گرفته شده‌اند. اما به نظر می‌رسد بالا رفتن میزان استفاده جانبازان PTSD و همسران‌شان از الگوی ارتباطی سازنده متقابل موجب افزایش میزان سلامت روانی آن‌ها می‌شود.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی هیجان‌مدار، الگوهای ارتباطی، اختلال استرس پس از ضربه

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه سندرمی است که با مشاهده یا مواجهه با یک عامل استرس‌زای تروماتیک روی می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود مکرراً مرور می‌کند و می‌کوشد از یادآوری آن اجتناب کند. علائم باید بیش از یک ماه

ادامه یابد و در زمینه‌های مهم زندگی نظیر خانواده و شغل تداخل نماید. شدت استرس PTSD می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد، ممکن است در جریان جنگ، شکنجه، سوانح طبیعی، تهاجم، تجاوز به عنف و تصادفات شدید یا آتش‌سوزی در ساختمان پدید آید (سادوک و سادوک، ۱۳۸۴). احتمال بروز PTSD، شدت و مزمن بودن علائم، یک موضوع چند عاملی است. مهم‌ترین عامل در این زمینه این است که فرد در معرض حادثه آسیب‌زا قرار گیرد. اگر PTSD به طور همزمان با دیگر اختلالات روانی رخ دهد، به احتمال زیاد مزمن شده و ممکن است به سختی درمان شود. دسترسی به حمایت‌های اجتماعی نیز ممکن است بر پیدایش، شدت و مدت PTSD اثر بگذارد (احمدی، ۱۳۸۵). یافته‌های مطالعه طولی سالمون و میکلوینکر^۱ (۲۰۰۶) بیانگر آن است که ۲۳ درصد سربازان بدون واکنش استرس جنگ، PTSD توأم با تأخیر^۲ را گزارش می‌دهند، هم‌چنین نرخ ابتلا به PTSD سه سال پس از جنگ کاهش یافته و مجدداً ۱۷ سال پس از آن افزایش می‌یابد؛ بنابر این یافته‌ها، اثرات جنگ، عمیق، مداوم و پیچیده است و با مبتلا کردن افراد بازمانده^۳ به PTSD متوقف نمی‌شود، بلکه تا عمق خانواده‌ها و مراقبت‌کنندگان^۴ آن‌ها نیز نفوذ پیدا می‌کند؛ این افراد قربانیان ثانویه^۵ نام دارند. متأسفانه پدیده قربانیان ثانویه و پیامدهای آن مدت زمان اندکی است که مورد توجه قرار گرفته است (دکل^۶ و همکاران، ۲۰۰۵).

فیگلی^۷ (۱۹۹۷) به نقل از ماتساکیس^۸ (۲۰۰۴) قربانیان ثانویه را این‌گونه تعریف می‌کند: قربانیان ثانویه ضربه کسانی هستند که در شبکه اجتماعی فرد آسیب دیده حضور دارند و از آسیب‌های متعدد و خستگی‌های طاقت فرسای او دچار رنجش شده‌اند. این افراد می‌توانند یکی از اعضاء خانواده، همسر و دوستان و حتی درمانگرانی باشند که با آن‌ها کار می‌کنند. به طور کلی بازماندگان آسیب به واسطه تخریب در کارکرد بین فردی‌شان (که از عواقب ضربه روانی است) مشکلات بسیاری در روابط شخصی خود دارند. آن‌ها در شناسایی و تجربه هیجان‌ها، برقراری رابطه نزدیک عاطفی با دیگران و خودآشنایی^۹ بسیار ضعیف عمل می‌کنند. رزمندگان دچار PTSD و همسران‌شان در سازگاری ارتباطی و اجتماعی، ابراز عاطفه و صمیمیت دچار مشکل شده و آشفتگی و خشونت فیزیکی بالایی را در ارتباط زناشویی تجربه می‌کنند (کامپتون^{۱۰} و فولت^{۱۱}، ۱۹۹۸).

تجربه مکرر^{۱۲} ضربه روانی (به صورت مرور خاطره‌های مربوطه، فلش‌بک و...) رزمنده و همسرش را آشفتگی می‌کند. ممکن است کابوس‌های شبانه^{۱۳} و از خواب پریدن‌های پی در پی او، آن دو را مجبور کند تا در بستر جداگانه‌ای بخوابند و این مسئله می‌تواند صمیمیت جنسی و هیجانی آن‌ها را کم کند و به تبع آن ارتباط کلی‌شان را تحت تأثیر قرار دهد. هم‌چنین آن‌ها به واسطه علائم اجتناب (تلاش‌هایی که فرد مبتلا به PTSD برای دوری از یادآوری کننده‌های ضربه روانی می‌کند) از نظر اجتماعی کاملاً گوشه‌گیر می‌شوند؛ حتی زمانی که همسر رزمنده به تنهایی به یک جمع اجتماعی وارد می‌شود آن قدر با سؤال "همسرت کجاست؟" روبرو می‌شود که خسته شده و ترجیح می‌دهد از

تماس‌های اجتماعی کناره‌گیری کند. این مسئله در طولانی مدت منجر به ایجاد خشم نسبت به او شده و فاصله هیجانی آن‌ها را در روابط بیشتر می‌کند.

نهایتاً وجود علائم افسردگی (که با PTSD هم ابتدایی دارد) و کناره‌گیری هیجانی در رزمنده منجر می‌شود که به ندرت زوجها در فعالیت‌های لذت‌بخش با هم باشند و شکاف عمیقی در ارتباط زوجی آن‌ها شکل می‌گیرد (شرمن^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۵).

پژوهشگران بسیاری اثرات طولانی مدت PTSD را بر خانواده و روابط زناشویی مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده‌های مبتلایان به PTSD و به ویژه همسران آن‌ها از مشکلات روانی فراوانی رنج می‌برند (امینی، ۱۳۷۷؛ بحرینیان و برهانی، ۱۳۸۱؛ مسکینی و سرده‌ای، ۱۳۸۸؛ فرشیدفر، ۱۳۷۲؛ فیروزآبادی، ۱۳۷۹؛ همتی و همکاران، ۱۳۷۹؛ دژکام و امین‌الرعایا، ۱۳۸۲، نقل از هاشمی، ۱۳۸۶).

پرخاشگری فیزیکی مسئله‌ای سخت و تکرارشونده در خانواده‌های رزمندگان مبتلا به PTSD به واسطه^{۱۵} تحریک‌پذیری بیش از حد آن‌ها است. بروز سوءاستفاده‌های هیجانی و کلامی نیز به مراتب با پیامدهای بدتری در روابط این خانواده‌ها جریان دارد (نلسون^{۱۶} و رایت^{۱۷}، ۱۹۹۶). در چنین وضعیتی همسران آن‌ها ترس، خشم و درماندگی را تجربه می‌کنند به طوری که مجموع این احساسات مانع هرگونه تلاش برای حل این کشمکش‌ها شده و منجر به تقویت برخوردهای قبلی می‌شود (ریجز^{۱۸}، ۲۰۰۴). بنابراین به نظر می‌رسد زوجها در یک چرخه معیوبی گرفتار می‌شوند عواقب و اثرات PTSD آن‌ها را گرفتار^{۱۹} الگوهای ارتباطی ناکارآمد می‌کند و آشفتگی حاصل از آن منجر به تقویت علائم PTSD می‌شود که جانسون^{۲۰} (۲۰۰۴) از آن به عنوان^{۲۱} تعامل بحرانی یاد می‌کند.

امروزه زوج‌درمانی کاربرد وسیعی حتی در مورد اختلالاتی که نشانه‌شناسی فردی دارند از قبیل افسردگی، اختلالات اضطرابی و بیماری‌های مزمن پیدا کرده است. مداخله در مسائل چند بُعدی که زوجها مشکل‌دار با آن روبرو هستند به طور ایده‌آل باید بر اساس مدلی منظم، روشن و آزمایش شده باشد. دو مدل زوج‌درمانی که با این معیارها در کار با زوج‌هایی که مبتلا به PTSD هستند مطابقت دارد؛ زوج‌درمانی هیجان‌مدار^{۲۲} (EFCT) و زوج‌درمانی رفتاری - شناختی^{۲۳} (CBCT) است. به نظر می‌رسد درمان هیجان‌مدار به دلایل زیر به منظور بررسی نیازهای زوج‌هایی که با ضربه روانی روبرو شده‌اند، مناسب باشد: این درمان به طور فعال با هیجان کار می‌کند؛ روی^{۲۴} دلبستگی و ساختن پیوندهای ایمن تمرکز دارد؛ رویکردی انسان‌گرایانه است که مشارکتی و حاکی از احترام به مراجعان و با جهت‌گیری به امور ضروری و اولویت‌های اصلی بازماندگان ضربه روانی است (جانسون، ۲۰۰۴). این نوع درمان علاوه بر بهبود وضعیت هر یک از زوجها به طور فردی، در اصلاح الگوهای تعاملاتی آن‌ها نیز می‌کوشد. زوج‌درمانی هیجان‌مدار به زوجها کمک می‌کند تا در روابطشان، به

پیوندی توأم با دلبستگی ایمن برسند. هدف درمان هیجان‌مدار ساختن مجدد هیجان‌های زیربنایی دلبستگی است طوری که چرخه‌های تعاملی تغییر کند و مجدداً ساخته شود (جانسون^{۲۵} و دنتون، ۲۰۰۲).

از آن جایی که مطالعه کنترل شده‌ای در تأیید مدل درمانی جانسون در زمینه اختلال استرس پس از ضربه ارائه نشده (ریجز، ۲۰۰۴) و صرفاً تجارب بالینی مطرح شده است؛ مسئله‌ای که ذهن پژوهشگران را معطوف به خود کرده، این بود که آیا زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند چرخه منفی ارتباطی زوج‌هایی که شوهر مبتلا به PTSD ناشی از جنگ است را اصلاح کرده و الگوی ارتباطی آن‌ها را بهبود بخشد؟ بنابراین در راستای مسئله پژوهش و هدف کلی آن که شناخت تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و همسرانشان است فرضیه کلی پژوهش این‌طور مطرح گردید: زوج‌درمانی هیجان‌مدار موجب بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ و همسرانشان می‌شود.

روش

در این مطالعه از طرح تجربی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

از میان جامعه پژوهش که عبارت بودند از جانبازان مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر شهر تهران که دارای تشخیص روان‌پزشکی PTSD بودند، ۲۰۰ جانبازی که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. با ۴۰ زوج به طور تصادفی تماس گرفته شد و درباره برنامه زوج‌درمانی به آن‌ها توضیحاتی داده شد. در نهایت ۲۸ زوج تفاهم‌نامه درمانی را امضاء کردند و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ۲ زوج از گروه آزمایش در جلسه دوم از ادامه دادن جلسات درمانی خوداری کردند و ۲ زوج از گروه کنترل در جلسه پس‌آزمون شرکت نکردند بنابراین ۱۲ زوج در گروه آزمایش و ۱۲ زوج در گروه کنترل باقی ماندند. ملاک‌های ورود به نمونه: دارودرمانی جانباز، عدم هم‌ابتلائی تشخیص روان‌پزشکی PTSD با^{۲۶} BMD، OCD و اعتیاد، تحصیلات سیکل به بالا و دامنه سنی ۲۵-۵۵ سال برای زوجین بود. هم‌چنین به منظور بررسی ثبات اثرات درمانی مداخله، پس از گذشت ۴۵ روز از جلسه پس‌آزمون مجدداً آزمون CPQ به عنوان آزمون پیگیری از گروه آزمایش گرفته شد. منظور از جانباز مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ در این پژوهش به آن دسته از جانبازانی گفته می‌شود که در کمیسیون پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران تشخیص روان‌پزشکی PTSD را دریافت کرده باشند و نمره آن‌ها در مصاحبه تشخیصی PTSD (پرورش و بهرام‌نژاد، ۱۳۸۵) ۷۸ به بالا باشد.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات عبارت بودند از: مصاحبه تشخیصی PTSD، پرسشنامه الگوهای ارتباطی کریستنسن و سالوی (۱۹۸۴).

مصاحبه تشخیصی PTSD: توسط واتسون و همکاران (۱۹۸۹) براساس معیارهای DSM III ساخته شد. این پرسشنامه ۲۰ سؤالی، علائم و نشانه‌های PTSD را در ۵ طبقه E، D، C، B، A و بر اساس ملاک‌های PTSD در DSM اندازه‌گیری می‌کند. واتسون و همکاران (۱۹۹۹)، با اجرای این مصاحبه روی ۳۱ بیمار مزمن مبتلا به PTSD در ارتش ویتنام ضریب آلفای ۰/۹۲ را به دست آوردند. مداحی (۱۳۷۱) نیز در پژوهش خود، این مصاحبه را روی ۶۲ نفر بیمار مبتلا به PTSD اجرا نمود که ضریب اعتبار آن را با آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به دست آورد. میرزایی و همکاران (۱۳۸۳) در اعتباریابی مقدماتی این مصاحبه، اعتبار ۰/۹۵، همسانی درونی ۰/۹۲ و حساسیت ۰/۸۹ را گزارش کردند (هاشمی، ۱۳۸۶). نقطه برش این مصاحبه توسط پرورش و بهرام‌نژاد (۱۳۸۵) در افراد بالای ۱۵ سال ۷۸ گزارش شده است.

پرسشنامه الگوهای ارتباطی کریستنسن و سالوی (۱۹۸۴): الگوهای ارتباطی در واقع شیوه‌های ارتباطی هستند که در عمل متقابل بین دو فرد به وجود می‌آیند. الگوهای روابط زناشویی به الگوهای درونی شده‌ای اطلاق می‌شوند که هر زوج با خود به روابط زندگی زناشویی می‌آورد؛ چنین الگوهایی از طریق تجربه مستقیم، مشاهده رفتار دیگران و همانند سازی با آن‌ها فرا گرفته می‌شود (رسولی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر منظور از الگوهای ارتباطی، سه الگوی ارتباطی است که کریستنسن و سالوی (۱۹۸۴) نقل از عبادت‌پور (۱۳۷۹) به آن اشاره دارند:

الگوی ارتباطی سازنده متقابل: نوعی الگوی ارتباطی است که در طی آن زن و شوهر سعی می‌کنند در مورد مشکل ارتباطی خود گفتگو کنند، احساساتشان را نسبت به هم ابراز نمایند و برای مشکل ارتباطی پیشنهاد راه‌حل و مذاکره بدهند. در این الگو هر دو زوج احساس می‌کنند که همدیگر را درک می‌کنند.

الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل: نوعی الگوی ارتباطی است که در طی آن زن و شوهر سعی می‌کنند از گفتگو کردن درباره مشکل دوری گزینند و از یکدیگر فاصله می‌گیرند.

الگوی ارتباط توقع / کناره‌گیری: نوعی الگوی ارتباطی است که در طی آن یکی از زوجها سعی می‌کند به وسیله انتقاد کردن، غر زدن یا پیشنهاد تغییر دادن، دیگری را وارد بحث درباره مشکل کند؛ در حالی که دیگری سعی می‌کند بحث را تمام کند و به وسیله تغییر دادن موضوع بحث از آن اجتناب کند، ساکت باقی بماند و یا حتی اتاق را ترک کند.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها در این سه الگو از پرسشنامه الگوهای ارتباطی استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی دارای ۳۵ سؤال است که به منظور برآورد ارتباط زناشویی توسط

زوجین توسط کریستنسن و سالوی (۱۹۸۴) طراحی شده است. این پرسشنامه از ۳۵ سؤال تشکیل شده است و رفتارهای زوج‌ها را در طی سه مرحله از تعارض زناشویی هنگامی که مشکل در رابطه زوجین به وجود می‌آید، مدت زمانی که درباره مشکل ارتباطی بحث می‌شود، بعد از بحث راجع به مشکل ارتباطی برآورد می‌کند. کریستنسن و هیوی (۱۹۹۳) اعتبار خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۵۰ تا ۰/۷۸ به دست آوردند. بودنمن و همکاران (۱۹۹۶) اعتبار مقیاس ارتباط سازنده متقابل (۷ سؤالی) را بین ۰/۷۸ - ۰/۷۴ گزارش نمودند.

هیوی و همکاران (۱۹۹۶) میزان همسانی درونی این مقیاس را برای مردان و زنان در این خرده‌مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۱ گزارش کردند. مطالعه عبادت‌پور (۱۳۷۹) نشان داد که همه مقیاس‌های این پرسشنامه با رضایت زناشویی انریچ همبستگی دارد. ضرایب همبستگی به دست آمده برای ۳ خرده‌مقیاس ارتباط سازنده متقابل (۵ سؤالی)، ارتباط اجتناب متقابل و ارتباط توقع/کناره‌گیری به ترتیب عبارتند از ۰/۵۸، ۰/۵۸ و ۰/۳۵- و مقیاس ارتباط سازنده متقابل (۷ سؤالی) برابر با ۰/۷۴ به دست آمد که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار بود (عبادت‌پور، ۱۳۷۹). در این مطالعه اعتبار مقیاس‌های پرسشنامه الگوهای ارتباطی با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب در مقیاس ارتباط سازنده متقابل برابر با ۰/۵۴، ارتباط اجتنابی متقابل برابر با ۰/۶۸ و ارتباط توقع/کناره‌گیری برابر با ۰/۵۳ گزارش شد.

روش اجرا

شیوه اجرای پژوهش به این ترتیب بود که، مصاحبه تشخیصی PTSD و پرسشنامه CPQ به عنوان پیش‌آزمون از آن‌ها گرفته شد. پس از اطمینان از یکسانی گروه‌ها (جدول ۲) گروه آزمایش ۱۰ جلسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار را به صورت ۹ جلسه زوجی و ۱ جلسه فردی به مدت ۷۵ دقیقه دریافت کردند (جدول ۱) و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی و گرفتن پس‌آزمون از گروه آزمایش، برنامه درمانی گروه کنترل آغاز گردید. ۴۵ روز پس از گذشت جلسه پس‌آزمون مجدداً آزمون CPQ به عنوان آزمون پیگیری اجرا شد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل کامل برخی از متغیرها از قبیل درمان‌های بیولوژیک، درصد جانبازی و تداخل عوارض دارویی و هم ابتلایی افسردگی با PTSD اشاره کرد. با توجه به این‌که جانبازان در برابر میزان عدم کارکرد ناشی از ناتوانی‌شان خدمات دریافت می‌کنند (درصد) ایجاد انگیزه، میل به تغییر و جلب همکاری برای شرکت در این جلسات کاری بسیار مشکل بود که نهایتاً منجر شد به این‌که پژوهشگر تلاش زیادی برای در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به نمونه و جلب همکاری کسانی که دارای این ملاک‌ها بودند، انجام دهد.

**جدول ۱: گام‌ها و مراحل زوج‌درمانی هیجان‌مدار برای
بازماندگان ضربه روانی (جانسون، ۲۰۰۲)**

| تکنیک‌ها | گام‌های درمانی | جلسات | مرحله |
|--|--|---|--|
| انعکاس همدلانه پذیرش استنباط همدلانه حل مسئله توأم با همکاری درباره موضوعات ایمنی | ۱- پذیرش و تأیید مسیرهایی که ضربه روانی، ارتباط و احساس زوجین را تحت تأثیر قرار داده است. ۲- پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجانی) مشترکی که از نظر زوجین بی‌اهمیت است و کمتر به آن اشاره شده است. ۳- روشن کردن سرنخ‌هایی که در زندگی فعلی یادآور تجربه آسیب‌زای گذشته است و کیفیت زندگی فعلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ۴- آموزش زوجین درباره عواقب بین فردی آسیب در زمانی که آن‌ها تعاملات‌شان را شفاف کردند. | جلسه اول: ایجاد زمینه ایمن برای مطرح شدن مشکلات زوجی | مرحله اول: تثبیت |
| | ۱- پیگیری و مشخص کردن چرخه تعاملی منفی‌ای که آشفتگی را نگه می‌دارد. ۲- مشخص کردن این‌که چه‌طور پاسخ‌های هیجانی هر دو زوج، تحت تأثیر ضربه روانی و ناپیمنی‌های دلبستگی است. ۳- پیگیری و خلاصه کردن تعاملات. ۴- انعکاس و وسعت بخشیدن به هیجانات. ۵- وسعت بخشیدن به تجربه‌های هیجانی و تعاملی با بررسی فعال‌ساز. | جلسه دوم: مشخص کردن الگوهای تعاملی و پاسخ‌های هیجانی‌ای که این الگوها را شکل می‌دهد | |
| | ۱- ایجاد اتحاد درمانی با هر یک از زوجین. ۲- مشاهده نحوه تعامل هر کدام از زوجین در یک زمینه متفاوت (زمانی که همسرشان غایب است). ۳- به‌دست آوردن اطلاعات و چک کردن فرضیاتی که بیان آن‌ها در مقابل همسر مشکل است. مثل سطح تعهد، روابط فرازنشویی، اعتیاد، آسیب‌های دلبستگی دوران کودکی | جلسه سوم و چهارم: درمان فردی برای هر کدام از زوجین | |
| انعکاس همدلانه پذیرش استنباط همدلانه حل مسئله توأم با همکاری درباره موضوعات ایمنی | ۱- کشف ترس‌ها و ناپیمنی‌های اساسی که ارتباط زوجی را محدود می‌کند. ۲- کمک به زوجین تا عواطف‌شان را در جلسه درمان تجربه کنند. ۳- تشویق هر یک از زوجین به داشتن درگیری عاطفی و هیجانی با طرف مقابل در جلسه درمان. ۴- تشویق زوج کناره‌گیر به داشتن درگیری هیجانی و تعدیل کردن انتقادهای و سرزنش‌های زوج سرزنش‌کننده و انتقادگر توسط درمانگر. ۵- تسریع بروز تجربه‌های عاطفی گذشته از طریق رفتارهای حمایتی درمانگر مثل کاهش اضطراب به وسیله آرام‌سازی. | جلسه پنجم: گسترش و بازسازی تجربه هیجانی | مرحله دوم: بازسازی پیوند زوجین |
| | ۱- مرور کردن عواطف و هیجاناتی که به تازگی در حال شکل‌گیری است توسط زوجین با کمک درمانگر. ۲- بررسی self فرد PTSD توسط درمانگر و پذیرش شرم شدیدی که با عواطفش همراه است و ابراز همدلی با آن از جانب همسرش و حمایت درمانگر. ۳- کمک به این‌که فرد PTSD جنبه‌های مثبت self اش را ببیند این امر با حمایت درمانگر و همسرش صورت می‌گیرد. | جلسه ششم: گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران | |

ادامه جدول ۱

| | | |
|--|--|---|
| | ۱- درمانگر از هر یک از زوجین بخواهد که مسیرها و راه‌هایی که از طریق آن می‌توانند نسبت به همسرشان پاسخگوتر باشند را نام ببرند. ۲- درمانگر به هر زوج کمک می‌کند که به طرف مقابل‌شان مجدداً اعتماد کنند. ۳- درمانگر به هر زوج کمک می‌کند تا ریسک برقراری مجدد رابطه هیجانی را بپذیرند. | جلسه هفتم: بازسازی تعاملات به سمت این‌که هر یک از زوجین پاسخگوتر باشند. |
| انعکاس همدلانه پذیرش استنباط همدلانه حل مسئله توأم با همکاری درباره موضوعات ایمنی | ۱- حمایت درمانگر از هر دو زوج به منظور تلفیق تجربه‌های هیجانی جدید با خود جدید. ۲- کمک به تلفیق انواع جدید تعاملات در بستر دل‌بستگی ایمنی که به تازگی شکل گرفته است. ۳- تشویق زوجین به تازه نگه داشتن پیوند ایمن‌شان از طریق توجه به خواسته‌ها و تمایلات یکدیگر. ۴- اطمینان-بخشی مجدد درمانگر درباره این‌که مسیر جدید انطباق با استرس قابل اعتماد است. ۵- یادآوری این نکته که ترس‌های ناشی از استرس پس از ضربه و ناایمنی‌های هریک از زوجین از بین نرفته و در زمان‌های سخت زندگی جایی که استرس‌ها فشارآور می‌شوند؛ ممکن است بیدار شوند. ۷- داستان‌سازی درباره کل فرایند تغییر توسط زوجین و بیان احساس جدیدشان. ۸- پرورش حل مسئله به‌صورت راه‌کارهای عملی درباره مشکلات زوجین. | جلسه هشتم، نهم و دهم؛ مرحله سوم: تلفیق و یکپارچگی |

یافته‌ها

به منظور اطمینان حاصل کردن از یکسانی گروه‌ها از نظر الگوهای ارتباطی و میزان PTSD در موقعیت پیش‌آزمون از آزمون t مستقل استفاده شد.

جدول ۲: مقایسه واریانس‌ها و میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل

در موقعیت پیش‌آزمون

| آزمون معناداری میانگین‌ها | | آزمون معناداری واریانس‌ها | | | |
|---------------------------|------------|---------------------------|--------------|-------|-------------------------------|
| سطح معناداری | درجه آزادی | t | سطح معناداری | F | |
| ۰/۱۵۵ | ۴۶ | -۱/۴۴۵ | ۰/۷۶۳ | ۰/۰۹۲ | الگوی ارتباطی سازنده متقابل |
| ۰/۴۹۶ | ۴۶ | ۰/۶۸۶ | ۰/۵۱۵ | ۰/۴۳۱ | الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل |
| ۰/۴۹۳ | ۴۶ | ۰/۶۹۲ | ۰/۹۱۱ | ۰/۰۱۳ | الگوی ارتباطی توقع/کناره‌گیری |
| ۰/۱۵۳ | ۲۲ | ۱/۴۸ | ۰/۷۷۷ | ۰/۰۸۳ | نمره PTSD شوهر |

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، اختلاف معناداری بین نمره دو گروه وجود ندارد بنابراین می‌توان آن‌ها را یکسان فرض کرد. در این پژوهش پس از بررسی تفاوت میانگین‌ها، از

آزمون تحلیل کواریانس به منظور آزمودن فرضیه‌های مطرح شده و از آزمون t دو گروه وابسته (به منظور بررسی ثبات اثرات درمانی) به عنوان آزمون پیگیری استفاده شد. جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس الگوی ارتباطی سازنده متقابل را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۳: تحلیل کواریانس الگوی ارتباطی سازنده متقابل

| منبع پراش | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|
| پیش‌آزمون | ۶۲۵/۵۸ | ۱ | ۶۲۵/۵۸ | ۴۱/۰۵ | ۰/۰۰۰ |
| گروه | ۹۱۱/۹۸ | ۱ | ۹۱۱/۹۸ | ۵۹/۸۴ | ۰/۰۰۰ |
| خطا | ۶۸۵/۷۰ | ۴۵ | ۱۵/۲۳ | | |
| کل | ۱۹۶۳/۹۷ | ۴۷ | | | |

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بررسی یافته‌های پژوهش در ارتباط با فرضیه اول نشان داد که F مربوط به اثر گروه پس از تبدیل میانگین‌ها برابر با ۵۹/۸۴ و در سطح آماری کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین می‌توان گفت بین دو گروه از لحاظ الگوی ارتباطی سازنده متقابل تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه اول پژوهش تأیید شد. بررسی یافته‌های پژوهش در ارتباط با فرضیه دوم در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: تحلیل کواریانس الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل

| منبع پراش | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
|-----------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| پیش‌آزمون | ۵۶۹/۱۶۰ | ۱ | ۵۶۹/۱۶۰ | ۵۰/۱۹۱ | ۰/۰۰۰ |
| گروه | ۱۹۲۷/۴۶ | ۱ | ۱۹۲۷/۴۶ | ۱۶۹/۹۷ | ۰/۰۰۰ |
| خطا | ۱۷۳۴/۰۰ | ۴۵ | | | |
| کل | ۲۸۱۹/۴۷ | ۴۷ | | | |

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بررسی یافته‌های پژوهش در ارتباط با فرضیه نشان داد که F مربوط به اثر گروه پس از تبدیل میانگین‌ها برابر با ۱۶۹/۹۷ و در سطح آماری کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین می‌توان گفت بین دو گروه از لحاظ الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شد. همچنین بررسی یافته‌های پژوهش در ارتباط با فرضیه سوم در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: تحلیل کواریانس الگوی ارتباطی توقع / کناره‌گیری

| منبع پراش | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری |
|-----------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| پیش‌آزمون | ۵۹۳/۸۸ | ۱ | ۵۹۳/۸۸ | ۲۵/۷۵ | ۰/۰۰۰ |
| گروه | ۳۳۳۵/۶۹ | ۱ | ۳۳۳۵/۶۹ | ۱۴۴/۶۷ | ۰/۰۰۰ |
| خطا | ۱۰۳۷/۵۷ | ۴۵ | ۲۳/۰۵ | | |
| کل | ۴۷۱۹/۴۷ | ۴۷ | | | |

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود F مربوط به اثر گروه پس از تبدیل میانگین‌ها برابر با ۱۴۴/۶۷ و در سطح آماری کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین می‌توان گفت بین دو گروه از لحاظ الگوی ارتباطی توقع / کناره‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید شد. تحلیل داده‌های پیگیری ۴۵ روزه: به منظور بررسی ثبات اثرات درمانی مداخله از آزمون t وابسته استفاده شد.

جدول ۶: آزمون t وابسته نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش

| مقیاس | میانگین پس‌آزمون | میانگین پیگیری | t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|---------------------------------|------------------|----------------|-------|------------|--------------|
| الگوی ارتباطی سازنده متقابل | ۱۹/۵۴ | ۳۳/۸۸ | -۹/۷۹ | ۲۳ | ۰/۰۰۰ |
| الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل | ۱۱/۳۸ | ۱۰/۹۲ | ۱/۲۴ | ۲۳ | ۰/۲۲۶ |
| الگوی ارتباطی توقع / کناره‌گیری | ۲۱/۲۵ | ۲۰/۷۹ | ۱/۰۶ | ۲۳ | ۰/۲۹۷ |

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین نمره پس‌آزمون و پیگیری الگوی ارتباطی سازنده متقابل وجود دارد. با توجه به میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری می‌توان گفت نمرات این الگو در موقعیت پیگیری افزایش معناداری داشته است یعنی اثرات برنامه زوج‌درمانی هیجان‌مدار بعد از گذشت ۴۵ روز از جلسه پس‌آزمون نه تنها باقی‌مانده بلکه افزایش نیز داشته است. همچنین تفاوت معناداری بین نمره پس‌آزمون و پیگیری الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل، توقع / کناره‌گیری، وجود ندارد؛ این امر بدین معناست که اثرات برنامه زوج‌درمانی هیجان‌مدار در این خرده‌مقیاس‌ها پس از گذشت ۴۵ روز دستخوش تغییر نشده است.

بحث

بررسی و تحلیل فرضیه‌های پژوهش بیانگر این مطلب است که برنامه زوج‌درمانی هیجان‌مدار موجب بالا رفتن میزان استفاده زوج‌ها از الگوی ارتباطی سازنده متقابل و کاهش میزان استفاده آن‌ها از الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل و توقع / کناره‌گیری شده است. همچنین بررسی نتایج ۴۵ روزه

پیگیری نشان داد که میزان استفاده زوجها در الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل، توقع / کناره‌گیری تغییری پیدا نکرده، اما میزان استفاده از الگوی ارتباطی سازنده متقابل افزایش یافته است. این امر بدین معناست که زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش تنش در روابط زناشویی و استفاده بیشتر از الگوی ارتباطی سازنده متقابل شده است. در یک فراتحلیل روی درمان‌های EFT، درمان هیجان‌مدار بسیار اطمینان‌بخش توصیف شده است. این فراتحلیل نشان می‌دهد ۷۵-۷۰ درصد از زوج‌های آشفته پس از گذراندن ۱۰-۱۲ جلسه درمان هیجان‌مدار بهبودی بسیاری را در روابط زوجی‌شان نشان می‌دهند و عود مشکلات پس از خاتمه درمان گزارش نشده است. همچنین EFT برای زوج‌های سنتی‌ای که مردان کناره‌گیر هستند و بسیار سخت هیجان‌های‌شان را بروز می‌دهند، تأثیرگذار است (جانسون، ۲۰۰۴). بنابراین یافته‌ها با نتایج حاصل از این پژوهش همسو می‌باشد.

از آنجایی که زوجینی که الگوی ارتباط سازنده متقابل را در روابط خود به کار می‌برند از سلامت روانی بالایی برخوردارند و زوجینی که از الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل و توقع / کناره‌گیری استفاده می‌کنند از سلامت روانی پایینی برخوردارند (شرفی، ۱۳۸۲)، به نظر می‌رسد که با بهبود الگوهای ارتباطی آزمودنی‌های گروه آزمایش بتوان پیش‌بینی کرد، علاوه بر این که سطح تنش ارتباطی کاهش می‌یابد میزان سلامت روانی آن‌ها نیز افزایش یافته است.

همچنین از آنجایی که استفاده از الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل با کاهش رضایت‌مندی زناشویی همراه است (عبادت‌پور، ۱۳۷۹) به نظر می‌رسد کاهش میزان استفاده زوجین گروه آزمایش از این الگو باعث افزایش رضایت‌مندی آن‌ها شود.

همچنین تحقیقات نشان می‌دهند اگرچه آشفتگی‌های ارتباطی روی سلامتی جسمانی مردان و زنان مؤثر است اما ارتباط میان آشفتگی ارتباطی و سلامتی جسمانی در زنان بیشتر از مردان است؛ در واقع زنان تحت تأثیر آشفتگی‌های ارتباطی بیشتر دچار دردهای مزمن، ناراحتی قلبی، سرطان و... می‌شوند (هالفورد، ۱۳۸۳). بنابراین به نظر می‌رسد بهبود الگوهای ارتباطی بتواند کاهش ابتلا زنان به بیماری‌های جسمی را به دنبال داشته باشد. از سویی دیگر زنان زمانی که با شوهرانشان بیشتر گفتگو کنند احساس صمیمیت بیشتری دارند در حالی که مردان احساس صمیمیت را در انجام فعالیت‌های مشترک با همسرانشان می‌دانند (همان منبع). لذا بالا رفتن میزان استفاده از الگوی ارتباطی سازنده متقابل در جانبازان منجر به افزایش احساس صمیمیت همسرانشان خواهد شد.

جستجوهای پژوهشگر در پیشینه و ادبیات تحقیقی موجود در زمینه زوج‌درمانی سربازان مبتلا به PTSD نشان می‌دهد که اگرچه محققین و درمانگران از مدت‌ها قبل متوجه نقش مهم حمایت‌ها و روابط خانوادگی در بهبود قربانیان حوادث ضربه‌ای شده‌اند و دریافتند که ضربه روانی و تبعات بعدی آن به طور قابل توجهی بر همسر و اعضاء خانواده قربانیان اثر می‌گذارد؛ متأسفانه هیچ بررسی

علمی کنترل شده‌ای که اثر این نوع درمان را نشان دهد، ارائه نشده است و صرفاً تجارب علمی‌ای در این رابطه وجود دارد (ریجز، ۲۰۰۴ و شرمین و همکاران، ۲۰۰۵).

جانسون (۲۰۰۲) متذکر شده است اطلاعات فراوانی درباره اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر روی زوجینی که یکی یا هر دوی آن‌ها با ضربه روانی مثل تجاوز، جرائم شدید، بلایای طبیعی و جنگ مواجه شده‌اند، وجود دارد اما صرفاً به ارائه یک مورد پژوهشی بسنده کرده است. جانسون موفقیت این روش را در کاهش تنش زوجی که شوهر، سرباز بازگشته از جنگ ویتنام بوده است، گزارش می‌کند و ارزیابی استاندارد برای تأیید این ادعا ارائه نداده است. متأسفانه تا زمان این پژوهش به طور کلی تحقیقات تجربی در حمایت از درمان‌های زوجی PTSD گزارش نشده است. تنها دو مطالعه که از نظر روش‌شناسی، تجربی به نظر می‌رسند در ادبیات علمی یافت شده است که در این‌جا به آن اشاره می‌شود (ریجز، ۲۰۰۴): سویینی (۱۹۸۸) به طور تصادفی ۱۴ زوجی که شوهر از اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ رنج می‌بردند را انتخاب کرد و به مدت ۸ هفته در برنامه زوج‌درمانی رفتاری (هر جلسه به مدت ۲ ساعت) شرکت داد. این مداخله منجر به افزایش تعاملات زوجی مثبت، مهارت‌های حل مسئله و صمیمیت زوجین شد. هم‌چنین شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، رضایت‌مندی زوجی بیشتر و علائم PTSD کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. هم‌چنین کاهون (۱۹۸۴) به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی به صورت گروهی در بین سربازان بازگشته از جنگ مراجعه‌کننده به مراکز بنیاد سربازان پرداخت. او تمرکز برنامه درمانی خود را بر روی تعامل و مهارت‌های حل مسئله قرار داد. زوجین به مدت ۶ هفته، بین ۹۰-۱۲۰ دقیقه در جلسه درمان شرکت می‌کردند. شرکت‌کنندگان به صورت در دسترس انتخاب نشده بودند و از طرف بنیاد سربازان پیشنهاد شده بودند. تنها ۹ زوج جلسات درمان را به پایان رساندند. ارزیابی‌های پس از درمان بیان‌کننده این حقیقت بود که آشفتگی زوجی به نحو چشمگیری کاهش یافته و تعاملات حل مسئله زوجین بهبود یافته بود (ریجز، ۲۰۰۴). از سوی دیگر در ادبیات علمی تحقیق مبحثی از بیماری‌های همراه که موجب استفاده از زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی برای سانحه‌دیدگان باشد ملاحظه نشده است. به هر حال زوج‌درمانی در درمان افسردگی (جاکوبسون و همکاران، ۱۹۹۱) نقل از کامپتون و فولت (۱۹۹۸) و سوءمصرف الکل (اوفارل، ۱۹۹۴) نقل از کامپتون و فولت (۱۹۸۸) چه به تنهایی و چه به همراه روش‌های درمانی دیگر مؤثر است. از آنجایی که این دو اختلال بیشترین هم‌ابتلائی را با PTSD دارند، این احتمال وجود دارد که این نوع درمان برای PTSD نیز مؤثر باشد. فقیر بودن ادبیات تجربی در این زمینه نه تنها در مورد زوج‌درمانی هیجان‌مدار صدق می‌کند بلکه این مسئله در مورد سایر رویکردهای درمان زوجی و خانوادگی PTSD صادق است. چنان‌که مطالعات کنترل شده‌ای در زمینه اثربخشی درمان‌های فیگلی، اریکسون و هریس نیز ارائه نشده است.

محدودیت این مطالعات به این دلیل بوده است که آن‌ها فقط سانه دیدگانی را مورد بررسی قرار دادند که شرکت‌کننده در جنگ ویتنام بوده‌اند تا زمانی که این نوع تحقیقات با گروه‌های بزرگتر و بازماندگان سوانح دیگر انجام شود و نتایج فوق تأیید شود، با اطمینان نمی‌توان زوج‌درمانی را برای درمان PTSD یا تنش‌های زناشویی حاصل از آن توصیه نمود. اما بی‌شک صاحب‌نظران تمایل دارند درمان‌های زوجی و خانوادگی را به‌عنوان یک روش کمکی در کنار سایر درمان‌ها توصیه کنند (ریچز، ۲۰۰۴).

در ایران به دلیل گستردگی عوارض عصبی - روانی ناشی از جنگ رویکردهای آموزش خانواده و زوج‌درمانی در درمان عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ، بیشتر مورد توجه قرار گرفته است و با نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر همخوانی دارد.

برازنده (۱۳۸۶) به بررسی تأثیر زوج‌درمانی رفتاری بر میزان رضایت زناشویی جانبازان مبتلا به PTSD و همسرانشان و همچنین تأثیر آن بر میزان کاهش علائم این اختلال در بین جانبازان پرداخت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که این شیوه درمانی باعث افزایش میزان سازگاری زوجین شده است؛ همچنین در جانبازان در مقیاس‌های مسائل شخصی، رابطه جنسی و جهت‌گیری مذهبی و در همسرانشان نیز در مقیاس‌های مسائل شخصیتی، ارتباط با یکدیگر و فرزندپروری تفاوت معنادار بوده است.

احمدی و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی تأثیر خانواده‌درمانی رفتاری در کاهش میزان ناسازگاری زناشویی در بین جانبازان مبتلا به PTSD پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد به‌کارگیری روش خانواده‌درمانی رفتاری موجب افزایش سازگاری زناشویی و کاهش میزان علائم PTSD در بین جانبازان همسران آن‌ها می‌شود.

در پژوهشی دیگر هاشمی (۱۳۸۶) به بررسی اثربخشی آموزش همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه با رویکرد آدلر بر افزایش رضایت زناشویی آن‌ها پرداخت. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که رضایت زناشویی جانبازان افزایش معناداری داشته و علائم PTSD آن‌ها کاهش معناداری را نسبت به گروه کنترل نشان داده است. اما رضایت زناشویی همسران (زنان) گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری نداشته است.

بنابراین براساس یافته‌های به‌دست آمده و با توجه به عوارض عصبی روانی جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، پژوهش‌های این حوزه می‌تواند برای برنامه‌ریزان و متخصصان بهداشت روانی در جهت به‌کارگیری آن‌ها برای جانبازان عزیز و خانواده‌های آن‌ها مؤثر و کارگشا باشد.

یادداشت‌ها

- | | |
|--|------------|
| 1. Mikulincer | 16. Nelson |
| 2. Delayed Post- traumatic stress disorder | 17. Right |

3. Survivors
4. Caregivers
5. Secondary victims
6. Dekel
7. Figly
8. Matsakis
9. Self- Disclosure
10. Compton
11. Follette
12. Re-Experiencing
13. Nightmare
14. Sherman
15. Hyper - arousal
18. Riggs
19. Communication pattern
20. Johnson
21. Critical interaction
22. Emotionally focused couple therapy
23. Cognitive behavioral couple therapy
24. Attachment
25. Denton
26. Obsessive-compulsive disorder

منابع

- احمدی، خ. (۱۳۸۵). روان‌شناسی بحران. تهران: مرکز برنامه‌ریزی و تألیف کتب درسی.
- احمدی، خ. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر خانواده درمانی رفتاری در کاهش ناسازگاری زناشویی در بین جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. تهران: مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله.
- برازنده، ک. (۱۳۸۶). تأثیر زوج‌درمانی رفتاری بر میزان رضایت زناشویی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه و همسرانشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران.
- پروورش، ن. و بهرام‌نژاد، ع. (۱۳۸۵). اختلال استرس پس از ضربه‌ای در دانش‌آموزان زلزله زده بم مقیم شهر کرمان ۴ ماه پس از زمین لرزه. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۲، ۱۶۷-۱۶۵.
- رسولی، م. (۱۳۸۰). رابطه بین الگوهای ارتباطی زن یا شوهران دانشجوی دانشگاه‌های تهران و الگوهای ارتباطی والدین آنها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- سادوک، ب. و سادوک، و. (۱۳۸۴). خلاصه روان‌پزشکی (ترجمه ن.ا. پورافکاری، جلد دوم). تهران: انتشارات شهر آب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳)
- شرفی، ع. (۱۳۸۲). رابطه بین الگوهای ارتباطی زناشویی و سلامت روان معلمان زن دوره ابتدایی و همسران آنها در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- عبادت‌پور، ب. (۱۳۷۹). اعتباریابی پرسشنامه الگوهای ارتباطی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- میرزایی، ج. و کرمی، غ. (۱۳۸۳). مقایسه تشخیص‌های بالینی بیماران بستری و سرپایی مبتلا به PTSD با آزمون‌های روان‌شناختی. مجله طب نظامی، ۳، ۲۰۸-۲۰۱.
- هاشمی، م. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش همسران با رویکرد آدلر بر رضایتمندی زناشویی آنها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- هالفورد، ک. (۱۳۸۴). زوج‌درمانی کوتاه‌مدت (ترجمه م. تبریزی، م. کاردانی و ف. جعفری). تهران: انتشارات فراروان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱).

Dekel, R., Goldblat, H., Keider, M., Solomaon, Z., & Poliak, M. (2005). Being a wife of a veteran with post traumatic stress disorder. *Family Relations*, 54, 1-24.

- Compton, J. S., & Follet, V. M. (1998). Couple surviving trauma. In V. M. Follet & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive behavior therapies for trauma*. New York: Guilford Press.
- Hahweg, K., Kaiser, A., Christensen, A., Fehm, G., & Groth, T. (2000). Self report and observational assessment of couples conflict: The concordance between the communication patterns Questionnaire & the KPI observation system. *Journal of Marriage & Family*, (62), 61-67.
- Johnson, S. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivor: Strengthening attachment bonds*. New York: Guilford press.
- Johnson, S. (2004). *Emotionally focused couple therapy: Creating connection*. New York: Brunner- Rutledge.
- Johnson, S., & Denton, W. (2002). An Emotionally focused therapy. In A. Guramn & N. Jacobson (Eds.), *The clinical hand book of couple therapy* (pp. 221-250). New York: Guilford press.
- Matsakis, A. (2004). Trauma and its impact on families. In D. Catheral (Ed.), *Handbook of stress, trauma and the family* (pp. 221-250). New York: Brunner- Rutledge.
- Nelson, B., & Wright, D. (1996). Understanding and treating post-traumatic stress disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22 (4), 1-10.
- Riggs, D. (2004). Marital & family therapy. In E. Foa, T. M. Kean, & M. J. Fireman (Eds.), *Effective treatment for PTSD* (pp. 60-83). New York: Guilford Press
- Sherman, M., Zanoti, D., & Jons, D. E. (2005). Key elements in couple therapy with veterans with combat post traumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research & Practice*, 36(6), 479-490.
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *The American Journal of psychiatry*, 163(4), 1-14.