

مقایسه اثربخشی زوج درمانگری پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) و ارتباطی بر ارتقاء سلامت روانی و رضامندی زوجین.

دکتر جمشید جراره^۱

دکتر احمد اعتمادی^۲

دکتر رحمت الله نورانی پور^۳

دکتر عبدالله شفیع آبادی^۴

تاریخ وصول: ۸۶/۱۱/۸

تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۳۰

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی رویکرد روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت و رویکرد ارتباطی بر ارتقاء سلامت روانی و افزایش رضامندی زوجین انجام گرفته است. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ زوج مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی بودند که مایل به ادامه زندگی مشترک بوده، و از جامعه در دسترس به طور تصادفی انتخاب، و در سه گروه قرار گرفتند. دو گروه به عنوان آزمایش و یک گروه به عنوان کنترل، سپس این سه گروه به دو مقیاس انریچ و سلامت عمومی به صورت پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. فرضیه های تحقیق عبارت بودند از: زوجینی که با رویکرد روان پویشی تحت درمان قرار گرفته اند از آنانی که تحت چنین درمانی قرار نگرفته اند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. زوجینی که با رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته اند از آنانی که تحت چنین درمانی قرار نگرفته اند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. زوجینی که با رویکرد روان پویشی کوتاه مدت تحت درمان قرار گرفته اند در مقایسه با آنانی که با رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته اند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. زوجینی که با رویکرد روان پویشی تحت درمان قرار گرفته اند

۱- مدرس دانشگاه شهید بهشتی

۲- عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی

۳- عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی

۴- عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی

از کسانی که تحت چنین درمانی قرارنگرفته اند از رضامندی زناشویی بالاتری برخوردارند. زوجینی که با رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته اند از کسانی که تحت چنین درمانی قرار نگرفته اند از رضامندی زناشویی بالاتری برخوردارند. زوجینی که با رویکرد روان پویشی تحت درمان قرار گرفته اند در مقایسه با آنانی که با رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته اند از رضامندی زناشویی بالاتری برخوردارند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای معنا دار بودن تفاوت بین گروه ها، و آزمون تعقیبی شفه برای تعیین تفاوت بین نوع میانگین ها، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دهنده تفاوت معنی دار بین هر دو روش با افزایش سلامت روانی و رضایت زناشویی (کل) بودند. هر دو رویکرد بر مؤلفه ها (خرده مقیاس)ی علائم جسمانی، اختلال اضطرابی و خواب، و عملکرد اجتماعی به یک اندازه مؤثر بودند. در خرده مقیاس افسردگی فقط روان پویشی مؤثر بود. هر دو رویکرد بر غنی سازی مؤلفه ها (خرده مقیاس) مسائل شخصیتی، رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و فرزندان و فرزند پروری مؤثر بودند. در خرده مقیاس های رضایت زناشویی، بر مؤلفه های تحریف آرمانی و نقش های مساوات طلبی فقط رویکرد روان پویشی مؤثر بود. و بر مؤلفه های فعالیت اوقات فراغت و جهت گیری مذهبی فقط رویکرد ارتباطی مؤثر بودند. تفاوت دو رویکرد در ارتقاء سلامت روانی و افزایش رضایت زناشویی معنی دار نبود.

واژگان کلیدی: روان درمانگری پویشی فشرده و کوتاه مدت، زوج درمانگری

ارتباطی، سلامت روان، رضامندی زوجین.

مقدمه

خانواده اصلی ترین هسته هر جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی است و نقش مهمی در شکل گیری شخصیت فرزندان، یعنی پدران و مادران آینده جامعه دارد. درصد بسیاری از افراد در مراحل از زندگی شان وارد روابط زناشویی صمیمانه ای می شوند (هالفورد، ت: تبریزی و همکاران، ۱۳۸۴). تقریباً همه زوجینی که ازدواج در ابتدای

ارتباطشان سطح بالایی از رضایت زناشویی را گزارش می کنند (مارکمن و هالوگ^۱، ۱۹۹۳) متأسفانه رضایت از رابطه در طی زمان و در میان خیلی از زوجین کاهش می یابد (برادبری^۲، ۱۹۹۸).

مداخلات روانشناختی برای شناسایی و کاهش رنج ها و ضعف ها، و تحقق ظرفیت ها و توانایی های آدمی از موضوعاتی است که توجه روانشناسان، روانپزشکان، مددکاران اجتماعی، پزشکان عمومی، و حتی وکلای را به خود جلب کرده است. اساس این مداخلات گوش دادن و فراهم کردن امکان ابراز و افشای افکار و احساسات است (قربانی، ۱۳۸۲). مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده اند افشا، چه گفتاری و چه نوشتاری، عملکرد سیستم ایمنی، اعصاب خودمختار، و سلامت جسمانی و روانی را بهبود می بخشد (پنیکر^۳، ۱۹۹۷).

محورهای روش درمانی روان پویایی فشرده و کوتاه مدت^۴ بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا استوار است. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می شود تا مراجع در کوتاه ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نمایند و سلامت روانی بیشتری را بدست آورند (قربانی، ۱۳۸۲).

اکثر مشکلاتی که در آنها متخصصان بهداشت روانی به افراد کمک می کنند، در ابتدا به وسیله ی «پدیدار شناسی تجربه شخص» تعریف می شوند. این امر در مورد مشکلات ارتباطی نیز صادق است. به هر حال برخلاف خیلی از مشکلات بالینی، رفتارهای قابل مشاهده کمی وجود دارد که میزان آشفتگی رابطه را نشان دهد (ویس و هیمن^۵، ۱۹۹۷). آشفتگی رابطه را می توان به صورت عملیاتی تحت عنوان احساس نارضایتی حداقل یکی از زوجین از رابطه زناشویی تعریف کرد (هالفورد، ت: تبریزی و همکاران، ۱۳۸۴).

مدل ستیر نشان می دهد که اختلال عملکرد خانواده، ناشی از ارتباط های نادرست آن است که این موضوع به عزت نفس پائین در هر فرد مربوط می باشد. او برای توصیف باور خود مبنی بر اینکه درمانگر با کلیت خانواده هسته ای در جلسات مشاوره کار می کند،

1. Markman, H., & hahlweg, K
3. Pennebaker, J.W
5. Weiss, R.L., & Heyman, R.E

2. Bradbury, T.N
4. Intensive short-term dynamic psychotherapy

تئوری خود را «درمان ارتباطی»^۱ نامیده و یکی از نقش های مهم ستیر، تغییر الگوهای ارتباطی خانواده، به جای بهبودی آنهاست. به عقیده ستیر، در نظام خانواده عنصر ارتباط، تعیین کننده است (کار^۲، ۲۰۰۰).

ناتوانی در برقراری ارتباط سازنده یکی از مؤلفه های اساسی اختلالات و ناراحتی های روانی است. یکی از مشکلاتی که اغلب افراد و حتی زوجین مبتلا به اختلالات هیجانی و رفتاری از آن شکایت می کنند، ناتوانی در برقراری ارتباط سازنده است. بر همین اساس آموزش مهارت های ارتباطی و ترمیم روابط نامناسب و تغییر الگوهای ارتباطی در جلسات مشاوره زوجین یکی از مؤلفه های اصلی درمان زوجین محسوب می شود و هر یک از روش های روان درمانی به صورتی هماهنگ با مفروضات خود به مسائل ارتباطی فرد توجه می کنند.

هدف اصلی این پژوهش مقایسه اثربخشی زوج درمانگری پویایی فشرده و کوتاه مدت و زوج درمانگری از طریق رویکرد ارتباطی ستیر، و تأثیر آنها بر کیفیت سلامت روانی زوجین و غنی سازی روابط آنهاست. بنابراین انگاره اصلی پژوهش این است که افرادی که تحت روش های درمانی قرار می گیرند از آنانی که تحت چنین روش های درمانی قرار نمی گیرند از سلامت روان و رضایت زناشویی بالاتری برخوردارند. افزون بر آزمون انگاره فوق، رابطه ی بین جنبه های چهارگانه سلامت روان و جنبه های دوازده گانه رضایت زناشویی نیز بررسی می شود. تأثیر رویکردهای درمانگری پویایی فشرده و کوتاه مدت و ارتباطی نیز بر جنبه های چهارگانه سلامت عمومی و دوازده گانه رضایت زناشویی همانند انگاره اصلی مثبت پیش بینی می شود.

پیشینه پژوهش

کارهای دوانلو^۳ (۱۹۹۵ب) در اوایل دهه شصت بر روی بیماران با پاسخ دهی بالا وبا تنها یک کانون روان درمانگری متمرکز بود.

1. Conjoint therapy
3. Davanloo.H

2. Carr,A

کاسلو^۱ (۲۰۰۱) مطالعه‌ای را با رویکرد روان پویشی کوتاه مدت و فشرده دوانلو با عنوان انتقال متقابل در درمان زوجین و خانواده انجام داده است. این مطالعه چشم اندازهای گوناگون بر پویایی‌های انتقال و انتقال متقابل را در بافت درمان زوجین و خانواده نشان می‌دهد. و پدیده انتقال متقابل را در درمان زوجین و خانواده با سه گروه مورد بررسی قرار می‌دهد: بزرگسالان باز مانده از زنا‌ی با محارم در دوران کودکی که درمان را به همراه شریک خود دریافت می‌کنند، درمان گروهی زوجین، و روان درمانگران و خانواده‌هایشان، اینکه سرپرستان چگونه به کارورزان کمک می‌کنند تا پدیده انتقال و انتقال متقابل را شناسایی کنند و نحوه رفتار آنها با این پدیده‌ها نیز در عمل بالینی کشف شده است. این پدیده متقابل و دو جانبه حتی برای شناسایی و دستکاری در درمان زوجین و خانواده نسبت به درمان فردی بسیار مشکل‌تر و پیچیده‌تر است.

هاگلند^۲ (۱۹۹۳) در پژوهش خودبه بررسی ارتباط بین تفسیر رابطه انتقالی بیمار با درمانگر و پیامدهای طولانی مدت درمان پرداخت. براساس نتایج این پژوهش بین فراوانی تفسیر رابطه انتقالی و پیامدهای مطلوب طولانی مدت و بیمارانی که سابقه روابط بین فردی مطلوبی داشتند، ارتباط مستقیمی وجود دارد.

میل براث^۳ و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهش بر روی ۲۰ بیمار روان رنجور به این نتیجه رسید تفسیر دفاع‌های بیمار به دنبال شرح هیجان آمیز او موجب شرح هیجانی بیشتر از طرف بیمار می‌گردد ولی عدم تفسیر دفاع‌های بیمار موجب می‌شود بیمار فقط واقعیات را فاش نماید و هیجان‌های خود را ابراز نکند

باندوپری^۴ (۲۰۰۴) تغییرات طولانی مدت (۳-۵) ساله در سبک‌های دفاعی در پی روان درمانی پویشی بیماران افسرده، اضطرابی، و با اختلالات شخصیت را مورد بررسی قرار دادند. براساس نتایج بدست آمده در پی چهل جلسه روان درمانی پویشی، سبک‌های دفاعی انطباقی‌تر شدند و نشانه‌ها بهبود پیدا کردند و تغییر در سبک‌های دفاعی تغییرات

1. Kaslow
3. Milbrath, H

2. Hoglend, P
4. Band & Perry

نشانه راپیش بینی می کرد ولی رابطه علت و معلولی بین آنها یافت نشد، همچنین سطوح بالاتر کار کرد دفاعی پیش بینی کننده پیمان درمانی قویتری بود.

بهرامی (۱۳۷۹) به مقایسه اثر بخشی دو شیوه روان درمانی گروهی با روش های تحلیل روانی و شناختی بر روی ناسازگاری زوجین پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان داده است که بین دو روش روان تحلیلی و شناختی بر روی افزایش سطح سازگاری زوجین و توافق و هم رایی زوجین و رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود نداشته است. به عبارت دیگر هر دو روش تقریباً به یک میزان، سطح سازگاری، ابراز محبت، توافق، همبستگی و رضایت زوجین را افزایش داده و مؤثر واقع شده بودند.

نوروزی (۱۳۸۴) جهت بررسی آزمایشی عامل دو گانه مقاومت و انتقال در بیماران با اختلال شخصیت و بدون آن، ۲۶ آزمودنی دارای اختلال اضطرابی همراه با اختلالات شخصیت و ۲۶ آزمودنی دارای اختلالات اضطرابی بدون اختلالات شخصیت را انتخاب نموده و به طور تصادفی در دو زیر گروه ۱۳ نفره آزمایشی و گواه گمارده است. در زیر گروه های آزمایشی، فشار به سمت تجربه احساس، روشن سازی و چالش با مقاومت (مراحل دوم و سوم توالی پویشی) طی سه جلسه ۴۵ دقیقه ای با فاصله زمانی یک هفته ای اعمال گردید ولی در زیر گروه های دیگر چنین مداخله ای صورت نگرفت و درمانگر به نحو فعل پذیر شنونده احساسات بیمار بود. برای سنجش سبک های دفاعی بیمار پس از جلسه ارزیابی پرسشنامه سبک های دفاعی (DSQ)^۱ اجرا شد و میزان مقاومت و احساسات انتقالی آنها نیز به ترتیب توسط مقیاس های سنجش مقاومت (RAS)^۲ و انتقال (TAS)^۳ اندازه گیری شدند. براساس نتایج بدست آمده چالش با مقاومت منجر به تشدید انتقال منفی شد ولی تفاوت معنی داری در انتقال مثبت و مقاومت ایجاد نکرد و این امر در گروه بیماران با اختلال شخصیت شدید تر بود. براساس یافته دیگر پژوهش چالش با مقاومت در بیماران با سبک دفاعی نا بالغ بالا باعث کاهش بیشتر مقاومت و تشدید بیشتر انتقال منفی نسبت به بیماران با سبک دفاعی نابالغ پایین شد در حالی که شدت ظهور انتقال مثبت در دو

1. Defensive Style Questionnaire
3. Transference Assessment Scale

2. Resistance Assessment Scale

گروه فوق تفاوت معنا داری نداشت. شدت ظهور عامل دوگانه با سبک های دفاعی بالغ و نوروتیک ارتباط معناداری نداشت.

قربانی (۱۳۷۸) اثر روشن سازی و چالش با دفاع ها را در نشانه های روانشناختی و تغییرات ایمنی شناختی در زیر مجموعه لئوسیت های T نشان داده است. براساس این بررسی علائم روانشناختی در ابتدای اجرای تکنیک، افزایش، و سپس به شدت کاهش پیدا می کند و عملکرد سیستم های ایمنی شناختی بهبود می یابد.

عرفانی اکبری (۱۳۷۸) پژوهشی با عنوان مشکلات مربوط به صمیمیت زوجین و تأثیر ارتباط درمانی بر آن به بررسی و مقایسه اثربخشی ارتباط درمانی بر کاهش مشکلات زوجین پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان داد که ارتباط درمانی زوجین با رویکرد ستیر به تنهایی توانسته است مشکلات مربوط به صمیمیت، توافق، علاقه و محبت و میزان پایداری به تعهدات زوجین را افزایش دهد، اما در میزان صادق بودن زوجین تأثیری نداشته است.

روش پژوهش

الف: جامعه آماری، نمونه و روش گزینش نمونه

جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان و شوهران ساکن تهران هستند که به علت مشکلات و تعارض های درون فردی و بین فردی و درگیری های نسبتاً شدید در روابط فی مابین خود به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی مراجعه نموده اند و از رضامندی زناشویی و سلامت روانی مطلوبی برخوردار نبوده اند. برای انتخاب نمونه از بین افراد این جامعه ۴۵ زوج مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران با استفاده از روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند.

این پژوهش تجربی و دارای دو گروه آزمایش (۳۰ زوج) و یک گروه کنترل (۱۵ زوج) است. زوجین پس از مصاحبه ی اولیه و به صورت تصادفی در یکی از این گروه ها قرار گرفتند. در گروه آزمایش پویشی ابتدا درمانگری آزمایشی انجام گرفته، و سپس در صورت تحمل مراجع برای دریافت نوع درمان، مداخلات درمانی ادامه می یافت. گروه آزمایش پویشی به مدت ۶ جلسه با حضور هر دو زوج و به مدت ۴ جلسه نیز به

صورت فردی تحت درمان قرار گرفتند. و گروه ارتباطی نیز با حضور هر دو زوج به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان به روش ارتباطی قرار گرفتند. میانگین سنی مردان ۳۳/۷۱ سال ($sd=4/06$ ، دامنه=۲۵-۳۸)، و میانگین سنی زنان ۲۹/۶۸ سال ($sd=3/93$ ، دامنه=۲۵-۳۸) بود. میانگین سال های ازدواج زوجین ۶/۵۷ سال ($sd=4/03$ ، دامنه=۱-۱۹) بود. برای تحلیل داده های آن شاخص ها و روش های آماری شامل، فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه به کار گرفته شد.

ب: ابزار سنجش

مقیاس رضایت زناشویی ('enrich): این مقیاس ۱۱۵ سؤالی است. پرسشنامه مذکور ترجمه شده متن اصلی پرسشنامه انریچ (اولسون، فورنیر و دراکمن^۲، ۱۹۸۳، به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹) است که با هدف تعیین حیطه های کاری و نقاط قوت روابط زناشویی طراحی گردیده است و در سال (۱۹۸۹) از نظر اعتبار و روایی توسط اولسون و فاورز مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت.

این پرسشنامه از ۱۴ خرده مقیاس تشکیل شده است. مقیاس اول آن ۵ سؤالی و سایر مقیاس ها هر کدام ۱۰ سؤال دارند، که با خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد و به ترتیب از صفر تا چهار نمره گذاری شده است. لذا حداکثر نمره برابر با ۴۶۰، و نمره بالاتر نشانه رضامندی بیشتر است خرده مقیاس های این پرسشنامه از این قرار است: تحریف آرمانی (سؤال های ۱ تا ۵) رضایت زناشویی (سؤال های ۶ تا ۱۵) مسایل شخصیتی (سؤال های ۱۶ تا ۲۵) ارتباط (سؤال های ۲۶ تا ۳۵) حل تعارض (سؤال های ۳۶ تا ۴۵) مدیریت مالی (سؤال های ۴۶ تا ۵۵) فعالیت های اوقات فراغت (سؤال های ۵۶ تا ۶۵) رابطه جنسی (سؤال های ۶۶ تا ۷۵) فرزندان و فرزندپروری (سؤال های ۷۶ تا ۸۵) خانواده و دوستان (سؤال های ۸۶ تا ۹۵) نقش های مساوات طلبی (سؤال های ۹۶ تا ۱۰۵) و جهت گیری مذهبی (سؤال های ۱۰۶ تا ۱۱۵).

1.Enriching and Nurturing Relationship Issue,Communication and Happiness.
2.David H. Olson, David G. Fournier and Joan M.Druckman

ضرایب آلفای «پرسشنامه انریچ» در گزارش اولسون فورنیرودراکمن (۱۹۸۹) برای خرده مقیاس های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، رابطه ی جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش های مساوات طلبی به ترتیب از این قرار است: ۰/۷۱-۰/۷۲-۰/۷۷-۰/۴۸-۰/۷۶-۰/۷۴-۰/۷۵-۰/۶۸-۰/۷۳-۰/۸۱-۰/۸۱

مقیاس های انریچ در چندین تحقیق متفاوت از ۰/۶۸ (برای نقش های مساوات طلبی) تا ۰/۶۸ (برای رضایت زناشویی) بامیانگین ۰/۷۹ بوده است. اعتبار باز آزمایی پرسشنامه در فاصله ۴ هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) بامیانگین ۰/۸۶ بوده است.

ضریب همبستگی «پرسشنامه انریچ» بامقیاس های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس های رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه آن است. کلیه خرده مقیاس های «پرسشنامه انریچ» زوج های راضی و ناراضی را متمایز می کنند و این نشان می دهد که این پرسشنامه از روایی ملاکی خوبی برخوردار است.

مقیاس سلامت عمومی (GHQ)^۱: این مقیاس یک آزمون ۲۸ سؤالی است که توسط گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۷۹) طراحی شده است و تحقیقات مختلفی به کمک آن در ۷۰ کشور به انجام رسیده است (گلدبرگ، ۱۹۹۷؛ به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). این پرسشنامه بر مشکلات غیر روانپزشکی تأکید داشته و بردو حوزه اصلی تمرکز دارد:

الف) ناتوانی در عملکردهای بهنجار^۳.

ب) ظهور یک پدیده جدید و نگران کننده^۴.

ودارای چهار مقیاس فرعی است. و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس های مذکور عبارتند از:

1. General health questionnaire
3. Normal functions

2. Goldberg and Hiller
4. New distressing phenomena

الف) علایم جسمانی

ب) علایم اضطرابی و اختلال خواب

ج) کارکرد اجتماعی

د) علایم افسردگی

موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علایم جسمانی، ۸ الی ۱۴ علایم اضطرابی و اختلال خواب، ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علایم کارکرد اجتماعی، و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علایم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع بندی نمرات به اصلاً نمره صفر، در حد معمول ۱، بیش از حد معمول ۲، و خیلی بیش از حد معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علایم مرضی است.

سیف و لطیفیان (۱۳۸۱) روایی این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی با چرخش واریماکس مورد محاسبه قرار داده و ضرایبی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ برای خرده مقیاس‌های مزبور ارائه داده است.

پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته و میزان این ضرایب برای خرده مقیاس‌های جسمانی ۰/۸۴، خرده مقیاس اضطراب ۰/۷۱، خرده مقیاس کارکرد اجتماعی ۰/۸۴، و خرده مقیاس افسردگی ۰/۸۴ گزارش شده است (سیف و لطیفیان، ۱۳۸۱).

رویکردهای درمانی، مراحل و ویژگیها

رویکرد روان درمانگری پوششی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) توسط دانشمند ایرانی به نام حبیب دوانلو از دهه ۱۹۶۰ به بعد در مونترال کانادا تدوین شد. تمرکز این رویکرد بر مواجهه با احساسات و ابراز آنهاست. مراحل درمان عبارتند از:

مرحله اول: پرسش در خصوص مشکلات (مصاحبه اولیه و درمانگری آزمایشی)،
مرحله دوم: فشار، مرحله سوم: چالش، مرحله چهارم: مقاومت انتقالی، مرحله پنجم: دست یابی مستقیم به ناهشیار، مرحله ششم: تحلیل انتقال، مرحله هفتم: کاوش پوششی در ناهشیار.
رویکرد ارتباطی ویرجینیا ستیر که از خانواده درمانگران ارتباطی است. از دهه ۱۹۵۰ به بعد بتدریج در موسسه تحقیقات روانی (MRI¹) شکل گرفت. ارتباطی‌ها معتقدند که

1. Mental research institution-

فرایند ارتباطی اشتباه و نامناسب باعث بروز مشکلات خانواده می شود. الگوهای ارتباطی، سبک یا رفتاری است که بوسیله آن اطلاعات (یعنی، اطلاعات رمزدار و رمزگذاری شده) در یک خانواده رد و بدل می شود. نوع روابط از طریق زیر تعیین می شوند: دقت، روشنی، یا درجه ابهام اطلاعات انتقالی، و رفتاریا اثر عملی ارتباط و همین طور محتوای موضوع مورد ارتباط (موسوی، ۱۳۸۳).

مراحل درمان:

- ۱- تماس گرفتن^۱
- ۲- آشفستگی^۲
- ۳- افزایش دادن آگاهی خانواده
- ۴- وادار کردن اعضای خانواده در جهت ابراز درک جدید در جلسه درمان
- ۵- یکپارچگی^۳ یا انسجام.

یافته ها

جدول شماره ۱- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (anova) برای تأثیر روش های درمانی بر سلامت عمومی زوجین.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۶۸۱/۱۰	۲	۳۴۰/۵۵	۲۱/۳۱	/۰۰۰
درون گروهی	۶۷۰/۹۰	۴۲	۱۵/۹۷	--	--
کل	۱۳۵۲	۴۴	--	--	--

با توجه به داده های جدول فوق آزمون تحلیل واریانس در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی دار است. و این بدین معناست که این فرضیه، که بین گروه ها، به علت اجرای متغییر مستقل، تفاوت معنی دار وجود دارد، تأیید می شود.

1.Contact
3.Integration

2.Derangement

جدول شماره ۲- خلاصه نتایج آزمون شفه مربوط به تفاوت روشهای درمانی در سلامت عمومی زوجین

شاخص های آماری	میانگین تفاوت ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
روان پویشی-کنترل	-۷/۴۰	۱/۴۵	/.۰۰۰
ارتباطی - کنترل	-۸/۹۰	۱/۴۵	/.۰۰۰
روان پویشی-ارتباطی	۱/۵۰	۱/۴۵	/.۰۵۹۴

با توجه به اینکه نتیجه آزمون شفه در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی دار است، پس فرض صفر رد شده و فرضیه اول و دوم تحقیق تأیید می شود. به عبارت دیگر زوجینی که با رویکرد روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته اند در مقایسه با گروه کنترل که تحت چنین درمانی قرار نگرفته اند، سلامت روانی شان ارتقاء یافته است. در حالی که فرضیه سوم یعنی تفاوت بین روان پویشی و ارتباطی معنی دار نیست. و هر دو رویکرد به یک اندازه بر سلامت روان مؤثرند.

جدول شماره ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای تأثیر روش های درمانی بر خرده مقیاسهای سلامت عمومی زوجین.

شاخص های آماری	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
علائم جسمانی	بین گروهی	۴۵/۰۷	۲	۲۲/۵۳	۱۲/۸۷	.۰۰۰
	درون گروهی	۷۳/۵۰	۴۲	۱/۷۵	--	--
	کل	۱۱۸/۷۵	۴۴	--	--	--
اختلال اضطرابی و خواب	بین گروهی	۸۱/۷۴	۲	۴۰/۸۷	۱۰/۵۱	.۰۰۰
	درون گروهی	۱۶۳/۲۳	۴۲	۳/۸۸	--	--
	کل	۲۴۴/۹۷	۴۴	--	--	--
عملکرد اجتماعی	بین گروهی	۷۷/۹۱	۲	۳۸/۹۵	۱۸/۹۸	.۰۰۰
	درون گروهی	۸۶/۱۶	۴۲	۲/۰۵	--	--
	کل	۱۶۴/۰۷	۴۴	--	--	--
افسردگی	بین گروهی	۶۴/۶۳	۲	۳۲/۳۱	۱۳/۲۲	.۰۰۰
	درون گروهی	۱۰۲/۶۶	۴۲	۲/۴۴	--	--
	کل	۱۶۷/۳۰	۴۴	--	--	--

با توجه به نتیجه جدول خلاصه تحلیل واریانس یک طرفه آزمون F در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی دار است، و این بدین معناست که بین گروه ها اختلاف واقعی وجود دارد. به عبارتی دیگر براساس داده های موجود در جدول فوق، روش های درمانی روان پویشی و ارتباطی بر خرده مقیاس های سلامت عمومی زوجین تأثیر مثبت داشته است اما در این که این تفاوت ها ناشی از اختلاف بین کدام گروه ها و میانگین ها می باشد از آزمون شفه استفاده شده است که در جدول ذیل مشاهده می شود.

جدول شماره ۴- خلاصه نتایج آزمون شفه برای تفاوت روشهای درمانی

بر خرده مقیاسهای سلامت عمومی زوجین.

نمرده مقیاس ها گروه ها	گروه ها	میانگین تفاوت ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
علائم جسمانی	روان پویشی-کنترل	-۲/۴۰	/۴۸	/۰۰۰
	ارتباطی - کنترل	-۱/۶۳	/۴۸	/۰۰۶
	روان پویشی - ارتباطی	-۱/۷۶	/۴۸	/۲۹۴
اختلال اضطرابی و خواب	روان پویشی-کنترل	-۳/۱۰	/۷۱	/۰۰۰
	ارتباطی - کنترل	-۲/۵۳	/۷۱	/۰۰۴
	روان پویشی - ارتباطی	-/۵۶	/۷۱	/۷۳۵
عملکرد اجتماعی	روان پویشی-کنترل	-۱/۹۳	/۵۲	/۰۰۳
	ارتباطی - کنترل	-۳/۲۰	/۵۲	/۰۰۰
	روان پویشی - ارتباطی	۱/۲۶	/۵۲	/۰۶۴
افسردگی	روان پویشی-کنترل	-۲/۹۳	/۵۷	/۰۰۰
	ارتباطی - کنترل	-۱/۳۶	/۵۷	/۰۶۸
	روان پویشی - ارتباطی	-۱/۵۶	/۵۷	/۰۳۱

با توجه به نتایج آزمون شفه، روان پویشی در کاهش علائم جسمانی و اختلال اضطرابی و خواب و در بهبود عملکرد اجتماعی و کاهش افسردگی معنی دار و مؤثر بوده است. رویکرد ارتباطی در کاهش علائم جسمانی و اختلال اضطرابی و خواب و در بهبود عملکرد اجتماعی معنی دار و مؤثر بوده است. اما در مورد کاهش افسردگی معنی دار نیست و این بدین معناست که رویکرد ارتباطی افسردگی زوجین را کاهش نداده است. همچنین نتیجه مقایسه شفه نشان می دهد که روان پویشی و ارتباطی در کاهش علائم جسمانی و اختلال اضطرابی و خواب، و بهبود عملکرد اجتماعی، تفاوتی با همدیگر ندارند. به عبارت دیگر هر دو روش به یک میزان مؤثر هستند. اما نتیجه آزمون شفه در مورد مقایسه اثرات

روشهای روان پوششی و ارتباطی بر کاهش افسردگی در سطح کمتر از ۰/۰۵. معنی دار است. به عبارت دیگر روش روان پوششی بیشتر از روش ارتباطی، افسردگی زوجین را کاهش داده است. بنابراین، فرضیه سوم در مورد مقایسه روش های روان پوششی و ارتباطی را می توان بدین صورت ذکر کرد که روان پوششی نسبت به روش ارتباطی بر بعضی از مؤلفه های سلامت عمومی (افسردگی) تأثیر بیشتری داشته است.

جدول شماره ۵- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) برای تأثیر روش های

درمانی بر رضایت زناشویی زوجین.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۱۶۶۱۷/۲۳	۲	۸۳۰۸/۶۱	۱۸/۳۱	۰/۰۰۰
درون گروهی	۱۹۰۵۵/۵۶	۴۲	۴۵۳/۷۰	--	--
کل	۳۵۶۷۲/۸۰	۴۴	--	--	--

با توجه به داده های جدول فوق نتیجه تحلیل واریانس یک طرفه در سطح کمتر از ۰/۰۱. معنی دار است. و این نشان می دهد که بین گروه ها اختلاف واقعی وجود دارد. در حقیقت این فرضیه که بین گروه ها، به علت اجرای متغیر مستقل اختلاف معنا داری وجود دارد، تأیید می شود.

جدول شماره ۶- خلاصه نتایج آزمون شفه مربوط به تفاوت گروهها در رضایت زناشویی زوجین.

شاخص های آماری گروه ها	میانگین تفاوت ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
روان پوششی-کنترل	۴۳/۳۶	۷/۷۷	۰/۰۰۰
ارتباطی-کنترل	۳۷/۵۳	۷/۷۷	۰/۰۰۰
روان پوششی-ارتباطی	۵/۸۳	۷/۷۷	۰/۷۵۶

با توجه به اینکه نتیجه آزمون شفه در سطح کمتر از ۰/۰۱. معنی دار است. پس نتیجه گرفته می شود که فرض صفر رد می شود و فرضیه مخالف آن یعنی فرضیه تحقیق تأیید می شود. به عبارت دیگر زوجینی که با رویکرد روان پوششی فشرده و کوتاه مدت و

رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته اند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت چنین درمانی قرار نگرفته اند، رضایت زناشویی شان ارتقاء یافته است به عبارتی دیگر هر دو رویکرد رضایت زناشویی را افزایش داده است.

جدول شماره ۷- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) برای تأثیر روش های

درمانی بر خرده مقیاس های رضایت زناشویی زوجین.

شاخص های آماری خرده مقیاس ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
تحریف آرمانی	بین گروهی	۷۰/۴۱	۲	۳۵/۲۰	۴/۵۷	۰/۰۱۶
	درون گروهی	۳۲۳/۴۰	۴۲	۷/۷۰	--	--
	کل	۳۹۳/۸۱	۴۴	--	--	--
رضایت زناشویی	بین گروهی	۸۷/۲۴	۲	۴۳/۶۲	۷/۷۵	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۳۶/۱۶	۴۲	۵/۶۲	--	--
	کل	۳۲۳/۴۰	۴۴	--	--	--
مسایل شخصیتی	بین گروهی	۱۱۰/۰۳	۲	۵۵/۰۱	۱۴/۲۴	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۱۶۲/۱۶	۴۲	۳/۸۶	--	--
	کل	۲۷۲/۲۰	۴۴	--	--	--
ارتباط	بین گروهی	۲۱۴/۹۰	۲	۱۰۷/۴۵	۱۷/۰۰	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۲۵۶/۴۰	۴۲	۶/۳۱	--	--
	کل	۴۸۰/۳۰	۴۴	--	--	--
حل تعارض	بین گروهی	۱۰۷/۲۴	۲	۵۳/۶۲	۷/۸۶	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۸۶/۲۳	۴۲	۶/۸۱	--	--
	کل	۳۹۳/۴۷	۴۴	--	--	--
مدیریت مالی	بین گروهی	۴۵/۸۱	۲	۲۲/۹۰	۴/۵۶	۰/۰۱۶
	درون گروهی	۲۱۰/۷۶	۴۲	۵/۰۱	--	--
	کل	۲۵۶/۵۷	۴۴	--	--	--
فعالیت های اوقات فراغت	بین گروهی	۵۴/۶۷	۲	۲۷/۳۳	۳/۸۹	۰/۰۲۸
	درون گروهی	۲۹۵/۰۶	۴۲	۷/۰۲۵	--	--
	کل	۳۴۹/۷۴	۴۴	--	--	--

۰/۰۰۴	۶/۱۹	۴۷/۸۷	۲	۹۵/۷۴	بین گروهی	رابطه
--	--	۷/۷۲	۴۲	۳۲۴/۵۳	درون گروهی	جنسی
--	--	--	۴۴	۴۲۰/۲۷	کل	
۰/۰۰۰	۱۰/۵۱	۹۳/۳۷	۲	۱۸۶/۷۴	بین گروهی	فرزندان
--	--	۸/۸۷	۴۲	۳۷۲/۸۳	درون گروهی	و فرزند
--	--	--	۴۴	۵۵۹/۵۷	کل	پروری
۰/۰۰۰	۱۰/۰۰	۴۹/۹۰	۲	۹۹/۸۱	بین گروهی	خانواده
--	--	۴/۹۸	۴۲	۲۰۹/۵۰	درون گروهی	و دوستان
--	--	--	۴۴	۳۰۹/۳۱	کل	
۰/۰۱۴	۴/۷۴	۳۵/۱۷	۲	۷۰/۳۴	بین گروهی	نقش های
--	--	۷/۴۱	۴۲	۳۱۱/۲۳	درون گروهی	مساوات
--	--	--	۴۴	۳۸۱/۵۷	کل	طلبی
۰/۰۰۹	۵/۳۰	۹/۶۵	۲	۱۹/۳۰	بین گروهی	جهت
--	--	۱/۸۱	۴۲	۷۶/۴۰	درون گروهی	گیری
--	--	--	۴۴	۹۵/۷۰	کل	مذهبی

براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس برای تأثیر روش های درمانی بر خرده مقیاس های رضایت زناشویی، آزمون F در غنی سازی فعالیت های اوقات فراغت زوجین در سطح کمتر از ۰/۰۵، و در مورد سایر مؤلفه های رضایت زناشویی، در سطح کمتر از ۰/۰۱، معنا دار بوده است. و این بدان معناست که بین گروه ها اختلاف واقعی وجود دارد. و در حقیقت این فرض، که بین گروه ها، به علت اجرای متغیر مستقل، تفاوت معنی داری وجود دارد تأیید می شود. در عین حال برای اینکه مشخص شود این تفاوت بین کدام میانگین ها می باشد از آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است.

جدول شماره ۸- خلاصه نتایج آزمون شفه برای تفاوت روش های درمانی بر

خرده مقیاس های رضایت زناشویی زوجین.

شاخص های آماری خرده مقیاس ها	گروه ها	میانگین تفاوت ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
تحریف آرمانی	روان پویشی - کنترل	۲/۹۳	۱/۰۱	۰/۰۲۲
	ارتباطی - کنترل	۲/۲۳	۱/۰۱	۰/۱۰۰
	روان پویشی ارتباطی	۰/۷۰	۱/۰۱	۰/۷۸۹
رضایت زناشویی	روان پویشی - کنترل	۲/۸۳	۰/۸۶	۰/۰۱۱
	ارتباطی - کنترل	۳/۱۳	۰/۸۶	۰/۰۰۳
	روان پویشی - ارتباطی	-۰/۴۰	۰/۸۶	۰/۸۹۹
مسائل شخصیتی	روان پویشی - کنترل	۳/۶۳	۰/۷۱	۰/۰۰۰
	ارتباطی - کنترل	۲/۸۶	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	روان پویشی - ارتباطی	۰/۷۶	۰/۷۱	۰/۰۵۶
ارتباط	روان پویشی - کنترل	۳/۳۰	۰/۹۱۷	۰/۰۰۴
	ارتباطی - کنترل	۵/۳۰	۰/۹۱۷	۰/۰۰۰
	روان پویشی - ارتباطی	-۲/۰۰	۰/۹۱۷	۰/۱۰۶
حل تعارض	روان پویشی - کنترل	۳/۵۳	۰/۹۵	۰/۰۰۳
	ارتباطی - کنترل	۲/۹۳	۰/۹۵	۰/۰۱۴
	روان پویشی - ارتباطی	۰/۶۰	۰/۹۵	۰/۸۲۱
مدیریت مالی	روان پویشی - کنترل	۲/۰۳	۰/۸۱۷	۰/۰۵۶
	ارتباطی - کنترل	۲/۲۳	۰/۸۱۷	۰/۰۳۲
	روان پویشی - ارتباطی	-۲/۰۰	۰/۸۱۷	۰/۹۷۱
فعالیت های اوقات فراغت	روان پویشی - کنترل	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۶۱۱
	ارتباطی - کنترل	۲/۶۶	۰/۹۶	۰/۰۳۱
	روان پویشی - ارتباطی	-۱/۷۰	۰/۹۶	۰/۲۲۶
رابطه جنسی	روان پویشی - کنترل	۳/۲۳	۱/۰۱	۰/۰۱۱
	ارتباطی - کنترل	۲/۹۳	۱/۰۱	۰/۰۲۲
	روان پویشی - ارتباطی	۰/۳۰	۱/۰۱	۰/۹۵۷
فرزندان و فرزند پروری	روان پویشی - کنترل	۴/۴۳	۱/۰۸	۰/۰۰۱
	ارتباطی - کنترل	۴/۲۰	۱/۰۸	۰/۰۰۲
	روان پویشی - ارتباطی	۰/۲۳	۱/۰۸	۰/۹۷۷

خانواده و دوستان	روان پویشی - کنترل	۱/۵۳	۰/۸۱۵	۰/۱۸۳
	ارتباطی - کنترل	۳/۶۳	۰/۸۱۵	۰/۰۰۰
	روان پویشی - ارتباطی	-۲/۱۰۰	۰/۸۱۵	۰/۰۴۶
نقش های مساوات طلبی	روان پویشی - کنترل	۳/۰۰	۰/۹۹	۰/۰۱۶
	ارتباطی - کنترل	۲/۰۳	۰/۹۹	۰/۱۳۶
	روان پویشی - ارتباطی	۰/۹۶	۰/۹۹	۰/۶۲۶
جهت گیری مذهبی	روان پویشی - کنترل	۰/۷۰	۰/۴۹	۰/۳۷
	ارتباطی - کنترل	۱/۶۰	۰/۴۹	۰/۰۰۹
	روان پویشی - ارتباطی	-۰/۹۰	۰/۴۹	۰/۲۰۱

با توجه به نتایج آزمون شفه، هر دو رویکرد روان پویشی و ارتباطی به غنی سازی مؤلفه ها (خرده مقیاس ها)ی مسائل شخصیتی، رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و فرزندان و فرزند پروری مؤثر بودند. مقایسه رویکردهای روان پویشی و ارتباطی نشان می دهد که هر دو روش به یک اندازه بر این مؤلفه ها مؤثر بوده اند. اما بر مؤلفه های تحریف آرمانی و نقش های مساوات طلبی، فقط رویکرد روان پویشی مؤثر بوده و بر مؤلفه های فعالیت های اوقات فراغت و جهت گیری مذهبی فقط رویکرد ارتباطی مؤثر بوده است.

بررسی و تفسیر نتایج

پژوهش حاضر به منظور بررسی و مقایسه اثر بخشی زوج درمانی با رویکرد روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و رویکرد ارتباطی در ارتقاء سلامت روانی و افزایش رضایت زوجین انجام گرفته است. یافته ها نشان می دهد که هر دو رویکرد در ارتقاء سلامت روانی و رضایت زناشویی زوجین مؤثرند.

در بررسی تأثیر روان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر سلامت روان، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه با F مشاهده $۲۱/۳۱$ با درجه آزادی ۲ و ۴۲ در سطح معنی داری $۰/۰۰۰$ از $P=۰/۰۱$ کوچکتر است. و این نتایج نشان می دهد که رویکرد یاد شده، سلامت عمومی زوجین را ارتقاء داده است. همسو با یافته های این تحقیق می توان به تحقیق بالنیت

(۱۶۶۸) دیکس (۱۹۶۷)، ورازینسکی، (۱۹۹۲) اشاره کرد که جایگاه زوج درمانگری روان پویشی را با تأکید بر مفهوم انتقال در چارچوب روابط انسانی تشریح نموده است. در حقیقت در تبیین فرضیه فوق می توان گفت که سلامت عمومی زوجین بدین معناست که زوجین احساس بهتری نسبت به خود داشته باشند و علائم جسمانی آزار دهنده ای که ناشی از مسائل روانی باشد در آنها موجود نباشد، اختلال اضطرابی و خواب و افسردگی نداشته باشند و از لحاظ اجتماعی نیز کارکرد مناسب داشته باشند. لازم به یادآوری است که در توجیه تفاوت معنی دار بین زوج درمانی روان پویشی و سلامت عمومی زوجین می توان چنین تبیین کرد که رویکرد روان پویشی بر طبق تحقیقات انجام شده، و پایه های نظری، برای دو طیف از اختلالات کاربرد بیشتری دارد و درجه موفقیت آن بسیار بالاتر است (دوانلو، ۲۰۰۰)، نخست طیف اختلالات روان رنجوری و دوم طیف افراد دارای ساختار منش آسیب پذیر. به همین دلیل مؤلفه های سلامت عمومی در این پژوهش نیز نزدیکی بسیاری با این دو طیف اختلال دارد.

در بررسی تاثیر رویکرد درمانگری ارتباطی بر سلامت عمومی نتایج آماری بدست آمده نشان می دهد که، F مشاهده شده $۲۱/۳۱$ با درجه آزادی ۲ و ۴۲ در سطح معنی داری $۰/۰۰۰$ از $P=۰/۰۱$ کوچکتر است. که این خود نشان می دهد رویکرد ارتباطی سلامت عمومی زوجین را ارتقاء داده است. همسو با این یافته می توان به تحقیق ستیر (۱۹۸۶) اشاره کرد، که با در هم آمیختن نیروی درمانگر و زوجین توانسته است تا فرایند ذاتی افزایش سلامت روانی زوجین را در خانواده به تحرك در آورد. او در این تحقیق با استفاده ه از رویکرد خود، در ارتقاء سلامت روانی زوجین موفق بوده است. در حقیقت در تبیین این یافته می توان گفت که یکی از مشکلات مهم بین زوجین ایرانی عدم ارتباط مناسب با یکدیگر است و منشا بسیاری از مشکلات سلامت روان خانواده ها و از جمله زوجین شیوه های غلط و نامناسب ارسال و مخابره نمودن پیام ها است. همچنین وجود پیام های ناهمخوانی که نتیجه آن ایجاد جو مردگی عاطفی در درون خانواده است. و با اصلاح کردن و ایجاد تغییر در الگوهای ارتباطی زوجین و خانواده، تلاش در جهت افزایش

اعتماد به نفس زوجین و رشد شخصی آنان می توان سلامت عمومی آنان را نیز تا حد زیادی ارتقاء داد.

باتوجه به نتایج آماری بدست آمده، تفاوت میان این دو رویکرد معنی دار نبوده است. نتیجه آزمون شفه با سطح معنی داری 0.594 / از 0.05 / بزرگتر بوده است. این نتایج نشان داده است که رویکرد روان پویشی در مقایسه با رویکرد ارتباطی تأثیر بیشتری بر سلامت عمومی زوجین نداشته است. به عبارتی دیگر هر دو روش به یک اندازه مؤثر بوده اند. اما با اشاره به نتایج آماری بدست آمده، هر دو رویکرد مؤلفه های علائم جسمانی، اختلال اضطرابی و خواب، را کاهش داده اند و در بهبود مؤلفه عملکرد اجتماعی زوجین مؤثر بوده اند. اما در خرده مقیاس افسردگی، رویکرد روان پویشی کوتاه مدت با سطح معنی داری 0.000 / از 0.01 / کوچکتر است که در مقایسه با رویکرد ارتباطی با سطح معنی داری 0.068 / که از 0.05 / بزرگتر است تفاوت معنی داری را نشان می دهد. به عبارتی دیگر تأثیر رویکرد روان پویشی در کاهش افسردگی زوجین بیشتر از تأثیر رویکرد ارتباطی بوده است. در پیوند این یافته با یافته های پیشین می توان گفت که پژوهشگر در حد تلاش خود تحقیق خاصی را نیافته است که به مقایسه این دو رویکرد پرداخته باشند. در حقیقت در تبیین فرضیه فوق می توان گفت ماهیتاً هر دوی این رویکرد می توانند بر سلامت روان زوجین مؤثر باشند. اما رویکرد روان پویشی با استناد به تحقیق دوانلو (۲۰۰۰) در دو طیف افراد مؤثرتر بوده است. طیف افراد روان رنجور خو و طیف افراد با ساختار شکننده خوی. که در این تحقیق نیز پژوهشگر به مواجه نمودن زوجین با احساسات سرکوب شده خود پرداخته است. و سعی شد تا در فرایند درمان زمینه لازم برای بیان و تجربه احساسات تلنبار شده (شامل احساسات: خشم، ترس و اضطراب، عشق و تمایلات جنسی، گناه و غم) زوجین فراهم شود. و طبیعی است که اولین اثر این نوع درمان کاهش اضطراب و افسردگی افراد خواهد بود.

براساس یافته های پژوهشی بدست آمده، با توجه به F مشاهده شده $18/31$ با درجه آزادی ۲ و ۴۲ در سطح معنی داری 0.000 / که از 0.01 / کوچکتر نشان داده شده، روان پویشی در افزایش رضایت زوجین مؤثر بوده است. و رابطه زوجین را غنی تر نموده است.

همسو با این یافته می توان به تحقیق بهرامی (۱۳۷۹) اشاره کرد که به مقایسه اثر بخشی دو شیوه روان تحلیلی و شناختی بر کاهش ناسازگاری زوجین پرداخته است. و هر دو شیوه به یک اندازه مؤثر بوده اند. و ناسازگاری زوجین را کاهش داده اند. درحقیقت رضایت زناشویی بدین معناست که زوجین در کنار یکدیگر احساس آرامش، که جزء مهمی از فلسفه ازدواج می باشد راداشته باشند. به عبارتی دیگر زوجین وقتی می توانند از همدیگر رضایت داشته باشند و احساس آرامش کنند که روابطشان غنی باشد. و این غنی شدن با برطرف کردن مسایل شخصیتی، داشتن ارتباط مناسب، حل کردن تعارض های درونی، داشتن مدیریت مالی صحیح در خانواده، چگونگی گذراندن اوقات فراغت، داشتن رابطه جنسی مناسب و کافی، مهارت و توافق در تربیت کردن فرزندان، داشتن رابطه مناسب و به اندازه با اقوام و دوستان، توجه لازم به نقش های ویژه زن و شوهر و نقش هایی که هر دو نفر می توانند آن را ایفا نمایند، و داشتن توافق در طرز فکر و عقاید و ایفای نقش های مذهبی بدست می آید. در تبیین یافته ی فوق می توان گفت که رویکرد روان پویایی توانسته است این رابطه را غنی سازد. چون در این رویکرد هم بر ابراز احساسات زوجین و هم بر خودشناسی و رشد شخصی و هم بر ارتباط مؤثر تأکید وجود دارد.

تأثیر رویکرد ارتباطی بر افزایش رضامندی زوجین، با توجه به نتیجه یافته های به دست آمده، از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۱. معنی دار است. بنابراین می توان چنین نتیجه گرفت که ارتباط درمانی زوجین با رویکرد ستیر رضامندی زوجین را افزایش داده است و رابطه آنان را غنی تر نموده است. همسو با این یافته می توان به تحقیق عرفانی اکبری (۱۳۷۸) اشاره کرد، که در آن به بررسی اثربخشی ارتباط درمانی بر کاهش مشکلات زوجین پرداخته شده است. و نتایج این تحقیق با تحقیق حاضر همخوانی دارد. این یافته را می توان چنین تبیین کرد که رویکرد ستیر بر اساس کار با الگوهای ارتباطی خانواده ها و زوجین شکل گرفته است، و در درمان انجام شده در این تحقیق نیز تمرکز بر الگوهای ارتباطی زوجین بوده است و تلاش شده است تا در فرایند درمان الگوهای ارتباطی نامناسب زوجین اصلاح شود، اعتماد به نفس زوجین تقویت شود، و رشد شخصی زوجین در ارتباط

با خود، همسر و دیگران تقویت شود. در حالی که عدم ارتباط مناسب یکی از مشخصه های زوجین پریشان می باشد.

یافته های آماری بدست آمده از اجرای متغیر مستقل، نشان می دهد که تأثیر رویکرد روان پویایی فشرده و کوتاه مدت در مقایسه با رویکرد ارتباطی برافزایش رضامندی زوجین در سطح کمتر از ۰/۰۵/ معنی دار نبوده است. به عبارت دیگر رویکرد روان پویایی و رویکرد ارتباطی هر دو به یک اندازه در غنی سازی روابط زوجین مؤثر بوده اند. و از این لحاظ تفاوت معناداری بین آن دو روش وجود نداشته است. نتایج این تحقیق مفید بودن روش های روان پویایی کوتاه مدت و ارتباطی را در افزایش مهارت های زوجین برای مقابله با مسائل و چالش های زندگی و روابط بین زوجین و همچنین اثر بخشی زوج درمانی را نیز مورد تأیید قرار می دهد.

محدودیت جامعه آماری پژوهش و در کل نوع پژوهش، موانعی را در زمینه ی همه گیر سازی یافته ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای بررسی شده مطرح می کند که باید مد نظر قرار گیرد. افزون بر این، مشکلات احتمالی مربوط به روایی مقیاس های به کار گرفته شده در این پژوهش را که در مراحل مقدماتی قرار دارد نباید از نظر دور داشت. همچنین عدم دقت و همکاری کامل زوجین در پاسخ گویی به سؤالات مقیاس ها، از عوامل دیگر ایجاد محدودیت در نتایج پژوهش است که می بایست آن را نیز در نظر داشت. برای بررسی دقیق تر چگونگی ارتباط و تأثیر این دو رویکرد بر کیفیت سلامت روانی و رضامندی زوجین، پیشنهاد می شود، تأثیر آنها بر روی زوجین بطور جداگانه و حتی با هم چندین بار بررسی شود، آثار دراز مدت ابراز هیجانی بر کیفیت بهداشت روانی و در نتیجه رضایت از زندگی زناشویی در زمینه های مختلف زندگی اجتماعی مطالعه گردد. همچنین پیشنهاد می گردد شیوه های شناخت و ابراز احساسات و مهارت های زندگی به خانواده ها و به کودکان بزرگتر در سنین و مقاطع تحصیلی بالاتر آموزش داده شود.

منابع

بهرامی، ب.س. (۱۳۷۹). مقایسه اثربخشی دو شیوه روان درمانی گروهی با روش های تحلیل روانی و شناختی بر روی ناسازگاری زوجین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

ثنایی، ب. (۱۳۷۹). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت. سیف، د. و لطیفیان، م. (۱۳۸۱). تأثیر خود ادراکی و احساس تنهایی بر بهداشت روانی نوجوانان سرآمد و عادی. خلاصه مقالات اولین همایش استعداد های درخشان. شیراز. عرفانی اکبری، م. (۱۳۷۸). تأثیر ارتباط درمانی در افزایش صمیمیت زوجین، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.

قربانی، ن. (۱۳۷۸). پیامدهای روانشناختی و فیزیولوژیک شکست مقاومت و افشاء هیجانی در روان درمانی. رساله دکتری، دانشگاه تهران.

قربانی، ن. (۱۳۸۴). سبک ها و مهارت های ارتباطی. تهران: انتشارات تبلور. قربانی، ن. (۱۳۸۲). رواندرمانگری پویایی فشرده و کوتاه مدت. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها (سمت).

موسوی، ا. (۱۳۸۲). خانواده درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی. تهران: انتشارات دانشگاه الزهراء (س) - پژوهشکده زنان.

نوروزی، (۱۳۸۴). بررسی عامل دو گانه مقاومت در بیماران با وبدون اختلال شخصیت. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان. هالفورد، ک. (۱۳۸۴). زوج درمانی کوتاه مدت. ترجمه مصطفی تبریزی، مژده کاردانی و فروغ جعفری، تهران: انتشارات فراروان.

Bond, M., and Perry, J.C. (2004). Attachment security in couple relationships: A systematic Model and its implications for family dynamics. *The American journal of psychiatry*, 161, 9, 1665-71

Bradbury, T.N. (Ed.). (1998). *The development course of marital dysfunction*. New York: Cambridge University Press.

Carr, A. (2000). *Family therapy. concepts, process and practice*. New York: Wiley.

- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: spectrum of psychoneurotic disorder. *International journal of short-term psychotherapy*, 10, 121-155
- Goldberg, P. & Hiller, V. F. (1979). A Scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9, 139-145.
- Hoglund, P. (1993). Transference interpretation and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length. *American journal of psychotherapy*, 47, 4, 494.
- Kaslow, W. (2001). Whither countertransference in couples and family therapy: A Systemic perspective, *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1029-104.
- Markman, H. J., & Hahlweg, K. (1993). The Prediction and prevention of marital distress: An international perspective. *Clinical psychology Review*, 13, 29-43.
- Milbrath, C.; Bond, M.; Cooper, S; Znoj, H.; and et al. (1999). sequential consequences of therapist interventions. *The journal of psychotherapy practice and research*, 8, 1, 40-54.
- Penebaker, L. W. (1997). *Opening up: The healing power of emotional expression*. New York: Guilford press.
- Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1997). *A clinical- research overview of couples interaction*. In W. K. Halford & H. J. markman, clinical handbook of marriage and couples intervention (pp. 13-41). chechester, UK: wiley