

The effectiveness of emotionally focused couple therapy on emotional and sexual intimacy of incompatible couples

Received: 2018- 06- 24

Accepted: 2018- 09- 04

Seyedeh Zahra Alavi

PhD student, Department of Counseling, Khuzestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. / PhD student, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Abbas Amanelahi
a.amanelahi@scu.ac.ir

Invited teacher, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. / Associate professor, Department of Counseling, College of Educational and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. (**Corresponding Author**)

Yousefali Attari

Professor, Department of Counseling, College of Educational and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Amin Koraei

Assistant professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Abstract

Emotionally focused couple therapy is a short-term and structured approach for treatment and improves the distressed relationship that focuses on stable interactive negative cycles which caused by deep emotional vulnerability and attempts to reduce couple s emotional distress through intervention in emotional level, especially attachment-based emotional responses. The current study was administered aimed to investigate the effectiveness of emotionally focused couple therapy on emotional and sexual intimacy in incompatible couples. The statistical population consisted of 100 couples among couples referred to Ahvaz counseling centers (Mehravaran, Neday Zendegi, and research center of behavioral sciences of Shahid Chamran University of Ahvaz) during the fall of 2017. The sample research consisted of 3 couples (6 individuals) among couples referred to these counseling centers that were selected according to the results of the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) with cut of point of 101 and with purposeful sampling method. In this research, a single-case experimental design, type of non-concurrent multiple baseline designs was used. To evaluate the couples emotional and sexual intimacy, the sub-scales of emotional and sexual intimacy of Schaefer & Olson Scale (1981) of Personal Assessment of Intimacy were used. The protocol of emotionally focused couple therapy was carried out in three phases of basic lines, intervention of 10 weekly sessions (90 minutes each session), and two months follow-up. The data were analyzed using visual drawing, the reliable change index (RCI) and the formula of improvement percentage. The findings indicated that in the treatment phase the couples experienced 33.82% improvement in emotional intimacy and 34.88% in sexual intimacy. Therefore, the research findings illustrated that emotionally focused couple therapy is effective on the increasing of emotional and sexual intimacy of the couples under studied by changing the negative interactive cycles.

Key words: *couples, emotional, sexual, intimacy, incompatible, emotion*

citation

Alavi, S, Z., Amanelahi, A., Attari , Y & Koraei, A. (2019). The effectiveness of emotionally focused couple therapy on emotional and sexual intimacy of incompatible couples. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2, 25- 46

اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صمیمیت هیجانی و جنسی زوج‌های ناسازگار

دریافت: ۱۳۹۷-۰۴-۰۳ پذیرش: ۱۳۹۷-۰۶-۱۳

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

سیده زهرا علوی

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

مدرس مدعو، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران / دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

عباس امان الهی
a.amanelahi@scu.ac.ir

استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، اهواز، ایران.

یوسفعلی عطاری

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

امین کرای

چکیده

زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان رویکردی کوتاه‌مدت و ساختاریافته برای درمان و بهبود روابط آشفته است که بر چرخه‌های منفی تعاملی پایدار، در اثر آسیب‌پذیری هیجانی عمیق توجه دارد و بر کاهش آشفتگی زوجی از راه مداخله در سطح هیجانی به‌ویژه پاسخ‌های هیجانی دل‌بستگی محور کوشش می‌نماید. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صمیمیت هیجانی و جنسی زوج‌های ناسازگار انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش دربرگیرنده ۱۰۰ زوج از زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز (مهرآوران، ندای زندگی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز) در فصل پاییز ۱۳۹۶ بود. نمونه پژوهش دربرگیرنده ۳ زوج (۶ نفر) از زوج‌های مراجعه‌کننده به این مراکز بودند که با توجه به نتایج پرسشنامه سازش‌یافتگی زوجی (اسپانیر، ۱۹۷۶) با خط برش ۱۰۱ و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد. برای سنجش صمیمیت هیجانی و جنسی زوج‌ها از خرده‌مقیاس‌های صمیمیت هیجانی و صمیمیت جنسی، مقیاس ارزیابی شخصی صمیمیت شافر و السون (۱۹۸۱) استفاده شد. پروتکل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در سه مرحله خط پایه، مداخله‌ی ۱۰ جلسه‌ای به‌صورت هفتگی (نشست‌های ۹۰ دقیقه‌ای) و پیگیری ۲ ماهه اجرا گردید. داده‌ها به روش‌های ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌ها نشان داد که زوج‌ها در مرحله درمان در صمیمیت هیجانی (۳۳/۸۲٪) و صمیمیت جنسی (۳۴/۸۸٪) بهبود را تجربه کردند؛ بنابراین یافته‌های پژوهش روشنگر این است که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان با تغییر چرخه‌های تعاملی منفی بر افزایش صمیمیت هیجانی و جنسی زوج‌های موردبررسی تأثیر دارد.

واژگان کلیدی: زوج‌ها، هیجانی، جنسی، صمیمیت، ناسازگار، هیجان

علوی، سیده زهرا؛ امان الهی، عباس؛ عطاری، یوسفعلی و کرای، امین. (۱۳۹۷). اثربخشی

زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صمیمیت هیجانی و جنسی زوج‌های ناسازگار. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲، ۴۶-۲۵.

ارجاع

مقدمه

صمیمیت هسته روابط عاشقانه است و بسیاری از پژوهشگران به مفهوم‌سازی این سازه پرداخته‌اند (Constant, Vallet, Nandarino & Christophe, 2016). بر پایه دیدگاه اشترنبرگ، صمیمیت عنصر هیجانی عشق به‌ویژه احساساتی از نزدیکی، پیوند و اتصال است (Strenberg, 1986). به نقل از Lankveld, Jacobs, Thewissen, Dewitte, & Verboon, 2018) و نقش برجسته‌ای در رضایت زناشویی زنان و مردان دارد (Zarra Nezhad & Moazami Godarzi, 2011). برای بسیاری از مردم ازدواج گونه‌ای رابطه صمیمانه است که می‌تواند منبع حمایت، صمیمیت و لذت باشد؛ همچنین ایجادکننده همکاری، مهر، بردباری و مسئولیت‌پذیری نسبت به خانواده است (پاک‌گوهر و همکاران، ۱۳۸۶؛ به نقل از خانجانی و شکی، شفیع‌آبادی، فرزاد و فاتحی زاده، ۱۳۹۵). برپایی و تداوم روابط صمیمانه و ارضای نیازهای عاطفی و روانی در ازدواج مهارتی است که افزون بر سلامت روانی و تجربه‌های سالم اولیه، نیازمند داشتن نگرش‌های منطقی و کسب مهارت‌ها و انجام وظایف ویژه‌ای است (Bagarozzi, 2014). از جمله این که در این رابطه همسرها به هم توجه دارند؛ روابط روشن، همراه با احترام و هم‌باوری است (Shoaa kazemi, khosravy olya, & mirzaee, 2018). بر این اساس صمیمیت به‌عنوان مفهومی پویا در ارتباط‌های انسانی، به‌ویژه در روابط زوجی تعریف شده است که به معنای باز بودن و عدم بازداری در روابط و نزدیکی دو یا چند فرد در ابعاد گوناگون عاطفی، منطقی و عملکردی می‌باشد و در بستر روابط میان فردی ایجاد می‌شود و پویایی آن به لحاظ برآیندی است که بر همه رابطه اثر می‌گذارد، به صورتی که شکاف یا کاستی در هر یک از ابعاد روابط میان فردی به‌طور متقابل بر کلیت رابطه اثرگذار است (Hatfield, Bensman, & Rapson, 2012). صمیمیت همچنین نزدیکی، همسانی و یک رابطه شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است که درخور درک عمیق از افکار و احساسات فرد مقابل است که به‌عنوان منبع همسانی و نزدیکی به کار می‌رود (Bagarozzi, 2001) به نقل از خلفی، بشلیده، ارشدی و سودانی، ۱۳۹۷). در میان ابعاد صمیمیت، جنبه‌های عاطفی-هیجانی و جنسی در روابط عاشقانه نقش مهمی بر رضایت از رابطه دارند (Yoo, Bartle-Haring, Day, & Gangamm, 2014).

صمیمیت هیجانی^۱ نیاز به ارتباط و در میان گذاشتن همه احساسات مثبت و منفی با همسر است؛ احساسات مثبت دربرگیرنده شادی، خوشحالی و رضایت و احساسات منفی دربرگیرنده غمگینی، ناراحتی، ترس، خشم، گناه، شرم، تنهایی، بی‌حوصلگی و خستگی است. برای این که صمیمیت هیجانی ایجاد شود، بایستی بازداری‌ها یا محدودیت‌های اندکی برای ابراز احساساتی که در یک رابطه مجاز شمرده می‌شود وجود داشته باشند. به این صورت که هم هیجان‌های مثبت هم منفی اجازه ابراز داشته باشند (Bagarozzi, 2001; 2014). به عقیده Lankveld et al (2018) تجربه صمیمیت هیجانی نقش بسیار مهمی در تداوم تمایل جنسی در روابط طولانی‌مدت زوجها ایفا می‌کند. Rubin & Campbell (2012) به نقل از tulhofer, Ferreirab, &

1. emotional intimacy

(Landripeta, 2014) در پژوهشی نشان دادند که تغییرات مثبت در صمیمیت، پیش‌بینی‌کنندهٔ خشونتی جنسی و روابط محبت‌آمیز با شریک است. صمیمیت جنسی^۱ یکی از بزرگ‌ترین مسائلی است که بر زندگی فردی و اجتماعی شخص تأثیر دارد و نقشی اساسی در رشد شخصی فرد ایفا می‌کند (Mofarah, 2002). به نقل از (Soleimani et al, 2015). Bagarozzi (2001؛ 2014) صمیمیت جنسی را نیاز به ارتباط، در میان گذاشتن و بیان افکار، احساسات، آرزوها و هوس‌هایی تعریف کرده است که ماهیت جنسی دارند. صمیمیت جنسی موضوع پیچیده‌ای است که احتیاج به توجه ویژه‌ای دارد، زیرا عدم رضایت‌مندی در این زمینه بر جنبه‌های دیگر روابط زوج‌ها اثر می‌گذارد (Bagarozzi, 2014). صمیمیت و تمایلات جنسی به‌ویژه در روابط متعهدانه زناشویی به هم وابسته‌اند؛ به نظر می‌رسد تجربه صمیمیت هیجانی نقش مهمی در پایداری تمایل جنسی در روابط بلندمدت عاشقانه ایفا می‌کند (Lankveld et al, 2018). Birnbaum et al (2016) به نقل از (Lankveld et al, 2018) در مطالعات تجربی دیگر دریافته‌اند که تمایلات جنسی زمانی افزایش می‌یابد که همسر از شریکش پاسخ‌های هیجانی دریافت می‌کند. Pascoal, Narciso, & Pereira (2013) نیز دریافته‌اند که صمیمیت هیجانی بهترین پیش‌بین رضایت جنسی در هر دو نمونه زنان و مردان است. به عقیده (Sobral, Matos, & Costa, 2015) صمیمیت رویدادی ارتباطی است که در آن بی‌پرده‌گویی واقعی با همدلی پاسخ داده می‌شود؛ این گشودگی ممکن است حس آسیب‌پذیری^۲ شخص را افزایش دهد، اما افراد برای کسب صمیمیت، لزوماً باید خطر نشان دادن آسیب‌پذیری‌شان را نسبت به طرف مقابل بپذیرند. کسانی که از آسیب‌پذیری می‌ترسند، به احتمال زیاد ممکن است مشکلات بیشتری را در روابط مهمشان تجربه کنند (Phillips et al, 2013). صمیمیت، اغلب تعارض‌های حل‌نشده دوران کودکی را تحریک کرده و چالش‌های ارتباطی جدیدی به وجود می‌آورد. نیروهای ایجادکننده علاقه و پیوند که در صمیمیت نهفته‌اند، همیشه زوج‌ها را با ابزارهایی جهت حل اختلاف‌ها و تعارض‌هایی که همواره ممکن است بروز کند، تجهیز می‌کنند (Sobral, Teixeira, & Costa, 2015). بر این اساس زوج‌ها باید راه‌های جدید برقراری ارتباط با یکدیگر را فراگیرند و فرضیه‌های اساسی پیونددهنده خود و همسرشان را تغییر دهند. زمانی که زوج‌ها در انجام این امر شکست می‌خورند، صمیمیت و تعهد متقابل گسسته می‌شود. در این زمان باید اساس صمیمیت زوج‌ها اصلاح شود. اصلاح صمیمیت نیازمند بررسی پویایی‌های درون فردی و میان فردی است (Dahl, Stewart, Martell, & Kaplan, 2014).

افزایش و بهبود صمیمیت اغلب یکی از اهداف زوج‌درمانی^۳ است (Rostami, Taheri, Abdi & Kermani, 2014). تعدادی از مطالعاتی که تأثیر زوج‌درمانی را مورد بررسی قرار داده‌اند، دریافته‌اند که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان^۴ که بر چرخهٔ تغییر تعاملات منفی رابطه با دستیابی به احساس‌ها و نیازهای دل‌بستگی^۵ تمرکز می‌کند

-
1. sexual intimacy
 2. vulnerability
 3. couple therapy
 4. emotionally focused couple therapy
 5. attachment needs

بالاترین تأثیر را در درمان آشفتگی زناشویی داشته است (Burgess Moser, Johnson, Dalgleish, Wiebe, & Tasca, 2017). زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستمی، انسان‌گرایی و نظریه دل‌بستگی بزرگ‌سالان است که در سال ۱۹۸۰ توسط Johnson & Greenberg ابداع شد. با توجه به نقش عمده هیجان‌ها در نظریه دل‌بستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ها و ارتباط‌های هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان‌ها را به‌عنوان عامل تغییر در نظر می‌گیرد (Johnson, 2004). هدف این رویکرد دسترسی و پردازش مجدد واکنش‌های هیجانی اساسی در تعاملات زوج‌ها و کمک به آن‌ها برای خلق یک پیوند دل‌بستگی ایمن‌تر و بهبود و تقویت کارکرد ارتباطی است (Rathgeber, Burkner, Schiller, & Holling, 2018)؛ بنابراین وظیفه اصلی درمانگر نگهداری اتحاد درمانی، دستیابی و شکل‌دهی دوباره هیجان‌ها و بازسازی تعاملات کلیدی است (Johnson, 2004) به نقل از آراین فر و رسولی، (۱۳۹۶).

Johnson (2002) به نقل از (Palmer-Olsen, Gold, & Woolley, 2011) بر اساس تجربه بالینی خود بیان می‌کند که عدم رضایت و ناخشنودی در رابطه‌ها نتیجه کوتاهی و ناتوانی در دل‌بستگی در رابطه می‌باشد. از آنجا که هر کدام از زوج‌ها یا هر دو آن‌ها در جستجوی یک پشتیبان قابل اتکا هستند، دل‌بستگی و علاقه متقابل و سرشار از عشق میان همسرها موجب می‌شود که هر دو آن‌ها احساس صمیمیت، آسایش خاطر و امنیت کنند. بر اساس این رویکرد، هیجان‌ها به‌خودی‌خود ظرفیت ذاتی سازگاران‌ای دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به زوج‌ها کمک کنند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته‌ی خود را تغییر دهند (Palmer-Olsen, Gold, & Woolley, 2011). زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان اذعان دارد که تأثیر متقابلی میان تعاملات زوج‌ها و تجربه هیجانی درونی وجود دارد، به‌ویژه روابط آشفته که ناشی از سبک‌های دل‌بستگی ناایمن^۱ هستند (Burgess Moser et al, 2017). بر اساس این رویکرد، هیجان موسیقی جاری به هنگام رقص صمیمیت زوج‌ها نامیده می‌شود؛ اگر درمانگر بتواند موسیقی را دگرگون کند، چرخه تعاملی (رقص) را تغییر داده است. از طرف دیگر دل‌بستگی و هیجان‌های مرتبط با آن، هسته شناسایی‌کننده خصایص مهم در روابط صمیمانه میان زوج‌ها شناخته شده است. درمانگر متمرکز بر هیجان با تقویت رشته‌های دل‌بستگی ایمن^۲ در روابط زوج‌ها و همچنین با استفاده خلاقانه از فنون متمرکز بر هیجان، گشتالت درمانی و رویکردهای سیستمی چرخه تعاملی جدیدی در الگوی تعاملی میان زوج‌ها ایجاد می‌کند که در نهایت به صمیمیت زناشویی در ابعاد مختلف منجر می‌گردد (Johnson & Greenman, 2006).

پژوهش‌های مختلف به اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در بافت زناشویی و خانوادگی و کاهش آشفتگی‌های ارتباطی اشاره کرده‌اند (McKinnon & Greenberg, 2017). Johnson et al (1999) به نقل از Burgess Moser & et al (2017) در مروری بر پژوهش‌های درمان متمرکز بر هیجان بهبودی بالاتر از ۸۶٪

1. insecure attachment

2. secure attachment bond

رضایت ارتباطی زوجها را گزارش کردند. نتایج مطالعه Wiebe, Johnson, Burgess Moser, Dalgleish, & Tasca (2017) نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان به زوجها در جهت تسهیل ایجاد پیوندهای دل‌بستگی ایمن و رشد صمیمیت کمک می‌کند. پژوهش Tie & Poulsen (2013) نیز نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در بهبود نحوه ارتباط زوجها با یکدیگر و کاهش تعارض‌های زناشویی و افزایش سازگاری زناشویی اثربخش بوده است. بر اساس مطالعه Greenberg & McKinnon (2013) فرایند تغییر در درمان متمرکز بر هیجان کمک می‌کند تا زوجها به هیجان‌های زیربنایی و آسیب‌دیده اولیه دسترسی پیدا کرده و بتوانند آن‌ها را ابراز کنند. آشکارسازی هیجان‌های آسیب‌پذیر زیربنایی در شکستن چرخه معیوب تعاملات تأثیر دارد و باعث عمیق شدن صمیمیت و پیوند دل‌بستگی ایمن می‌شود.

با توجه به مرور پژوهش‌ها و اهمیت موضوع مبنی بر جهان‌شمول بودن نیاز انسان‌ها به برقراری و حفظ ارتباطی سالم، صمیمانه و غنی، همچنین با تأکید بر اهداف زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صمیمیت هیجانی و جنسی زوجها ناسازگار انجام گرفت. بر این اساس سؤال‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- آیا زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش صمیمیت هیجانی زوجها ناسازگار تأثیر دارد؟
- ۲- آیا زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش صمیمیت جنسی زوجها ناسازگار تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع طرح تک آزمودنی، با خط پایه چندگانه ناهم‌زمان^۱ بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده ۱۰۰ زوج از زوج‌هایی بودند که به دلیل وجود مشکلات زناشویی به مراکز مشاوره «مهراوران، ندای زندگی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران» شهر اهواز در پائیز سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش دربرگیرنده ۳ زوج (۶ نفر) از زوجها مراجعه‌کننده به این مراکز بودند که با توجه به مصاحبه‌ی اولیه و نتایج پرسشنامه‌ی سازش‌یافتگی زوجی^۲ Spanier (1976) با نقطه برش ۱۰۱ ذکر شده برای پرسشنامه و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، توانایی صحبت به زبان فارسی، گذشتن حداقل دو سال از شروع زندگی مشترک، نارضایتی حداقل یکی از زوجها از زندگی مشترک، با هم زندگی کردن زوجها در زمان مراجعه و آمادگی زوجها برای شرکت در نشست‌های درمان. معیارهای خروج عبارت بودند از اعتیاد فعال حداقل یکی از زوجها به مواد مخدر یا الکل در زمان مراجعه، خیانت فعال، خشونت کلامی یا جسمی شدید، ابتلا به اختلالات شخصیت و شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر.

1. Non-concurrent multiple baseline designs
2. Dyadic Adjustment Scale

ابزار

پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت^۱. پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت توسط Schaefer & Olson (1981) ساخته شد. این پرسشنامه یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است و صمیمیت را در شش بعد هیجانی، اجتماعی^۲، جنسی، عقلانی^۳، تفریحی^۴ و عرفی^۵ در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هیچ‌وقت) تا ۵ (همیشه) اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر از زیر مقیاس‌های صمیمیت هیجانی (گویه‌های ۱، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵ و ۳۱) و صمیمیت جنسی (گویه‌های ۳، ۹، ۱۵، ۲۱، ۲۷ و ۳۲) استفاده شده است. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده صمیمیت بیشتر است. Schaefer & Olson (1981) پایایی زیرمقیاس‌های پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ میان ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برآورد کردند. همچنین Schaefer & Olson (1981) ضریب همبستگی پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت را با پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی، خودافشایی و بافت خانوادگی موس محاسبه کردند که ضرایب همبستگی به‌دست‌آمده نشان‌دهنده روایی مطلوب پرسشنامه بود. اخلاقی امیری (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود روایی هم‌زمان این ابزار را ۰/۷۴ گزارش داد. در پژوهش حاضر نیز پایایی کلی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی زیر مقیاس‌های صمیمیت هیجانی ۰/۸۸ و صمیمیت جنسی ۰/۷۰ محاسبه شد.

پرسشنامه سازش‌یافتگی زوجی (DAS). پرسشنامه سازش‌یافتگی زوجی یک مقیاس ۳۲ گویه‌ای برای اندازه‌گیری کیفیت سازگاری در ازدواج و روابط زوجی شبیه آن است (Spanier, 1976). نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۱۵۱ متغیر است. نمره کلی بیشتر از ۱۰۰ روابط با سازگاری خوب را گزارش می‌دهد، درحالی‌که نمره‌های پایین‌تر از ۱۰۰ پریشانی بالینی قابل‌توجه را نشان می‌دهد. اعتبار هم‌زمان و پیش‌بین این مقیاس نشان می‌دهد نمره‌های پایین‌تر با افزایش احتمال خشونت خانگی، افسردگی بیشتر و ارتباط‌های ضعیف رابطه دارد (Stuart, 1992) نقل از امان‌الهی، حیدریان فر، خجسته مهر و ایمانی، (۱۳۹۳). در پژوهش امان‌الهی و همکاران (۱۳۹۳) ضرایب آلفای این پرسشنامه نیز در دامنه ۰/۹۵ محاسبه شده است. در مطالعه‌ای دیگر آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۲ و نقطه برش ۱۰۱ گزارش شده‌اند (حسن‌شاهی، نوری و مولوی، ۱۳۸۲؛ نقل از رجی، ایمانی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، ۱۳۹۲). همچنین اعتبار مناسب با ثبات درونی بالا برای مقیاس کل و ۰/۹۰ بالا و پایین نمره‌ها را نشان داد. اعتبار DAS در محدوده ۰/۵۸ تا ۰/۹۶ با میانگین ۰/۹۱ تخمین زده شد (Spanier & Thompson, 1982).

-
1. Personal Assessment of Intimacy in Relationship (PAIR)
 2. social intimacy
 3. intellectual intimacy
 4. recreational intimacy
 5. conventionality intimacy

مداخله

در این پژوهش محتوا و ساختار برنامه مداخله درمانی بر اساس مدل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان (جانسون، ۲۰۰۴؛ ترجمه بهرامی، ۱۳۹۱) تدوین شد. روایی برنامه مداخله درمانی به دلیل عدم وجود درمانگر دارای گواهینامه معتبر زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان از مرکز بین‌المللی^۱ ICEEFT در ایران محاسبه نشده است. محتوای نشست‌های درمانی (در سه مرحله: ۱- ارزیابی، شناسایی و تنش‌زدایی چرخه‌های تعامل منفی ۲- بازسازی پیوند زوج‌ها (تغییر موضع‌گیری‌های تعاملی) ۳- تحکیم و یکپارچه‌سازی الگوهای جدید تعاملی) به شرح ذیل است:

نشست نخست: آشنایی، برقراری اتحاد درمانی میان زوج و درمانگر و ایجاد فضایی امن برای مطرح‌شدن مشکلات زوجی، همچنین بررسی انگیزه درمان، اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان.

نشست دوم: کشف تعامل‌های مشکل‌دار، ارزیابی مشکل، ردگیری و توصیف چرخه‌های تکرارشونده که موجب ماندگاری آشفتگی زناشویی شده، یافتن موانع دل‌بستگی و آشنایی زوج‌ها با چرخه‌های منفی تعاملی.

نشست سوم: روشن کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دل‌بستگی و پذیرش احساسات تصدیق‌نشده بنیادی، از راه اعتباربخشی^۲، واگوش^۳ و انعکاس هیجان‌های ثانویه^۴، گذار از هیجان‌های ثانویه برای دستیابی به هیجان‌های بنیادی اولیه^۵.

نشست چهارم: روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی: چارچوب دهی دوباره به مشکل از راه توجه به چرخه منفی تعاملی، هیجان‌های بنیادی و نیازهای دل‌بستگی با استفاده از روش‌های تشدید^۶ تجربه هیجانی، واگوش، افزایش گرایش به درگیری و رویارویی هیجانی، افزایش پاسخگویی به همسر به این صورت که دوباره مشکل با توجه به احساسات نهفته و نیازهای دل‌بستگی شکل داده می‌شود و چرخه‌های تعاملی توسط زوج‌ها شناسایی و پذیرفته می‌شوند.

نشست پنجم: ابراز هیجان‌ها، افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی، پذیرش هیجان‌ها، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی (گسترش و بازسازی تجربه هیجانی) و یکپارچه‌سازی این عناصر با تعاملات ارتباطی: کمک به زوج‌ها برای افزایش آگاهی، درگیر شدن با هم و پذیرش مالکیت آسیب‌پذیری‌ها، صدمه‌ها و ترس‌های دل‌بستگی و کمک به‌طرف مقابل برای شنیدن و پذیرش آن‌ها.

نشست ششم: عمق بخشیدن به درگیری هیجانی، ارتقاء روش‌های تعاملی، تمرکز روی خود نه دیگری، تعریف دوباره دل‌بستگی (گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران): ایجاد و افزایش پذیرش نسبت به تجربه پدیدار شونده هر

1. International Centre for Excellence in Emotionally Focused Therapy

2. validation

3. enactment

4. secondary emotion

5. primary emotion

6. heightening

یک از همسرها توسط دیگری و ابراز پاسخ‌های جدید هیجانی، پذیرش نقش خود در رابطه توسط هر یک از همسرها، بیان انتظارات خود از همسر از راه واگوشی تجربه هیجانی به همسر و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش. نشست هفتم: بازسازی تعامل‌ها در جهت این‌که هر یک از زوج‌ها پاسخگوتر باشند: تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها به شیوه‌ی جدید، در نتیجه ایجاد ادراکات تازه از یکدیگر و خلق پیوند ایمن، نرم شدن همسر سرزنشگر، ایجاد رویدادهای دل‌بستگی مدار و آغاز چرخه جدید تعاملی در روابط همسرها.

نشست هشتم: بازسازی تعامل‌ها، کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی: تسهیل کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، تعریف دوباره رابطه توسط هر یک از همسرها و ایجاد فضایی امن در روابط همسرها. نشست نهم: تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه‌های جدید تعاملی، درگیری صمیمانه همسرها با یکدیگر و پذیرش وضعیت‌های جدید تعاملی؛ از راه برجسته کردن چرخه‌های تعاملی مثبت و جدید و مقایسه آن با چرخه ناکارآمد قبلی، افزایش در دسترس بودن، پاسخگو بودن و درگیری هیجانی همسرها نسبت به یکدیگر. نشست دهم: ایجاد دل‌بستگی ایمن، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت‌های تعاملی جدید و خاتمه درمان.

شیوه اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش حاضر، ابتدا از راه یک فراخوان در مناطق مختلف شهر و به‌ویژه مراکز مشاوره شهر اهواز (مهرآوران، ندای زندگی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران)، افراد متقاضی و داوطلب شرکت در پژوهش با استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی و نقطه برش ۱۰۱ در پرسشنامه سازش‌یافتگی زوجی Spanier (1976) و لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. به‌منظور کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، از نظر ترتیب ورود، زوج‌ها به‌طور تصادفی با فاصله یک نشست وارد مرحله درمان شدند و برای هر زوج ۱۰ نشست درمانی ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی برگزار شد. طی هفته‌های اول و دوم (خط پایه)، زوج‌ها هر هفته ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند و در هفته سوم، درحالی‌که سه زوج هنوز در مرحله خط پایه قرار داشتند، زوج اول وارد نشست اول مرحله مداخله شد. نشست دوم مرحله مداخله‌ی زوج اول هم‌زمان با نشست اول مرحله مداخله برای زوج دوم و خط پایه زوج سوم بود. در نشست سوم مرحله مداخله‌ی زوج اول و نشست دوم مرحله مداخله‌ی زوج دوم، زوج سوم وارد نشست اول مرحله مداخله شد. ابزار سنجش در مرحله خط پایه و نیز در پایان نشست‌های چهارم، هفتم و دهم اجرا و تکمیل شد. همچنین پس از اتمام نشست‌های درمانی، دو نوبت پیگیری با فاصله یک ماه صورت گرفت. فرایند اجرای پژوهش از ۱۵ مهر ۱۳۹۶ تا ۱۵ اسفند ۱۳۹۶ در مراکز مشاوره (مهرآوران، ندای زندگی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران) شهر اهواز انجام شد. پس از پایان اجرای پژوهش، تحلیل داده‌های گردآوری‌شده با روش‌های آماری ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی انجام گردید. برای محاسبه یافته‌های توصیفی و ضرایب پایایی پرسشنامه‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

اخلاق در پژوهش

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به همه شرکت کنندگان در مورد اهداف پژوهش و شرکت داوطلبانه در مطالعه توضیح داده شد و به همه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده از آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند.

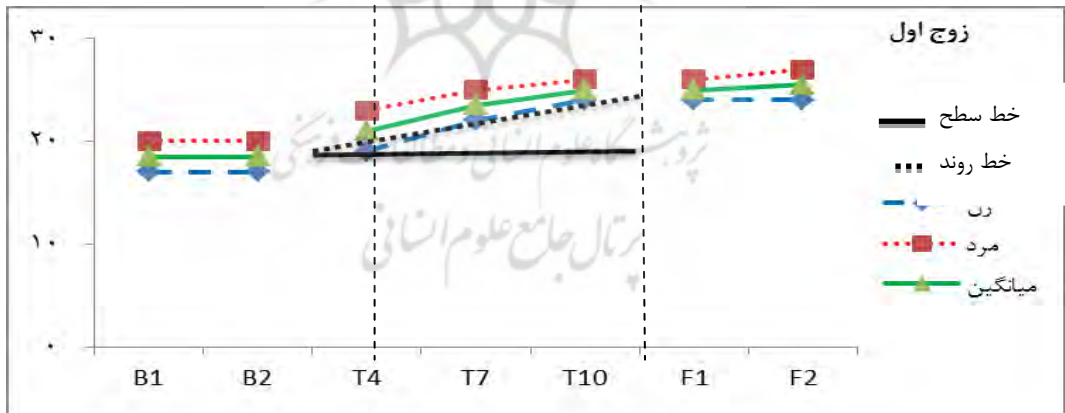
یافته‌ها

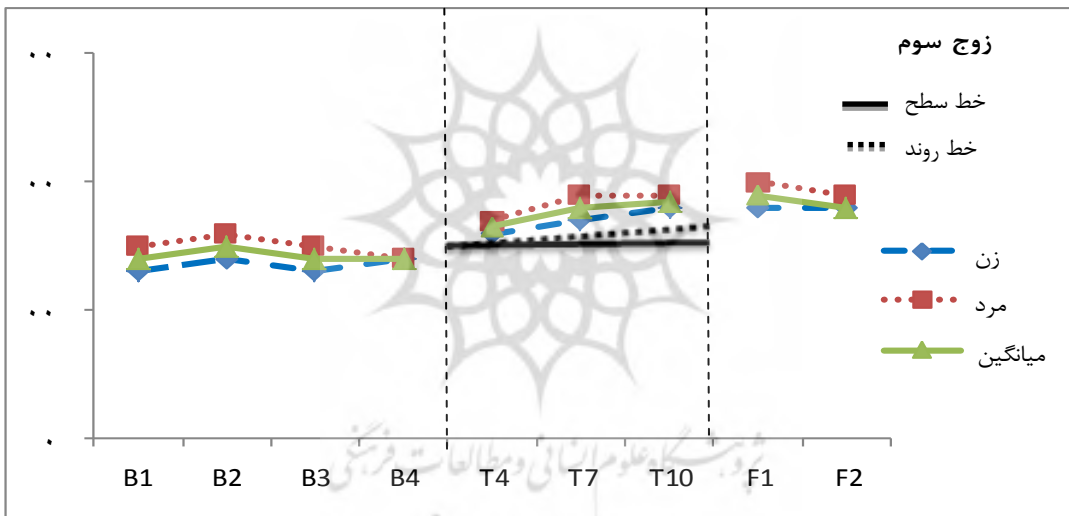
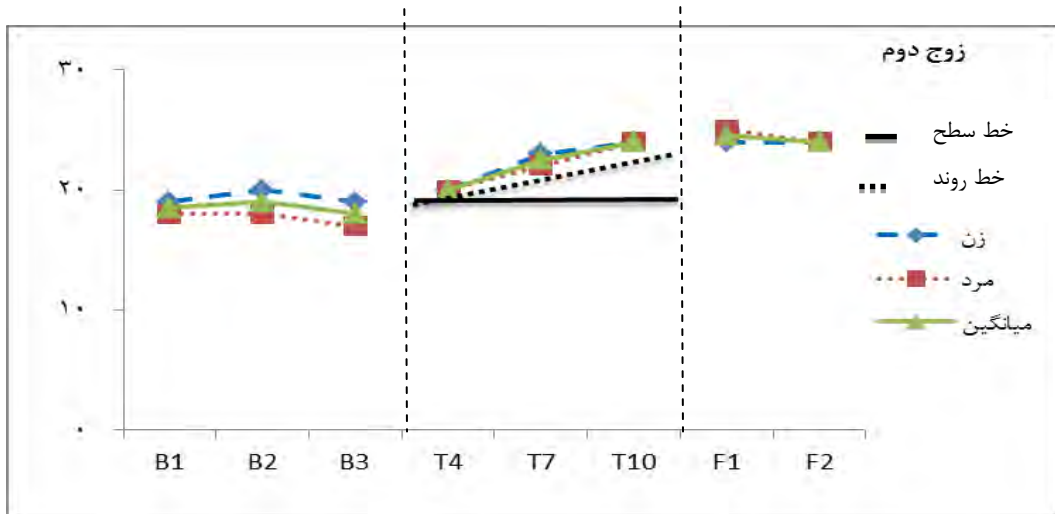
بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد؛ زوج اول از لحاظ سطح تحصیلات، مرد کارشناسی ارشد و زن دکترای حرفه‌ای، از لحاظ سن، مرد ۴۵ سال و زن ۴۲ سال، از لحاظ مدت ازدواج، ۱۲ سال و از لحاظ شمار فرزندان، دارای سه فرزند بودند. زوج دوم از لحاظ سطح تحصیلات، مرد کارشناسی ارشد و زن کارشناسی، از لحاظ سن، مرد ۲۹ سال و زن ۲۵ سال، از لحاظ مدت ازدواج ۲ سال و از لحاظ شمار فرزندان، بدون فرزند بودند. زوج سوم از لحاظ سطح تحصیلات، مرد کارشناسی و زن کارشناسی، از لحاظ سن، مرد ۴۳ سال و زن ۳۸ سال، از لحاظ مدت ازدواج ۷ سال و از لحاظ شمار فرزندان دارای یک فرزند بودند.

جدول ۱. نتایج روند تغییر مراحل درمان سه زوج در بعد صمیمت عاطفی

زوج سوم		زوج دوم		زوج اول		آزمودنی‌ها			
میانگین	مرد	زن	میانگین	مرد	زن	میانگین	مرد	زن	مراحل درمان
۱۴	۱۵	۱۳	۱۸/۵	۱۸	۱۹	۱۸/۵	۲۰	۱۷	خط پایه اول
۱۵	۱۶	۱۴	۱۹	۱۸	۲۰	۱۸/۵	۲۰	۱۷	خط پایه دوم
۱۴	۱۵	۱۳	۱۸	۱۷	۱۹	-	-	-	خط پایه سوم
۱۴	۱۴	۱۴	-	-	-	-	-	-	خط پایه چهارم
۱۴	۱۵	۱۳	۱۸/۴۹	۱۷/۶۶	۱۹/۳۳	۱۸/۵	۲۰	۱۷	میانگین مراحل خط پایه
۱۶/۵	۱۷	۱۶	۲۰	۲۰	۲۰	۲۱	۲۳	۱۹	جلسه چهارم
۱۸	۱۹	۱۷	۲۲/۵	۲۲	۲۳	۲۳/۵	۲۵	۲۲	جلسه هفتم
۱۸/۵۰	۱۹	۱۸	۲۴	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۴	جلسه دهم
۱۷/۶۶	۱۸/۳۳	۱۷	۲۲/۱۶	۲۲	۲۲/۳۳	۲۲/۱۶	۲۴/۶۶	۲۱/۶۶	میانگین مراحل درمان
۲/۲۹	۲/۵۵	۲/۰۴	۳/۰۶	۳/۵۷	۲/۵۵	۳/۳۱	۳/۰۶	۳/۵۷	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۸/۵۶	۳۵/۷۱	۲۸/۵۷	۳۳/۷۴	۴۱/۱۷	۲۶/۳۱	۳۵/۵۸	۳۰	۴۱/۱۷	درصد بهبودی پس از درمان
				۳۳/۸۲					درصد بهبودی کلی
									پیگیری
۱۹	۲۰	۱۸	۲۴/۵	۲۵	۲۴	۲۵	۲۶	۲۴	پیگیری نوبت اول
۱۸	۱۹	۱۸	۲۴	۲۴	۲۴	۲۵/۵	۲۷	۲۴	پیگیری نوبت دوم
۱۸/۵۰	۱۹	۱۸	۲۴/۲۵	۲۴/۵۰	۲۴	۲۵/۲۵	۲۶/۵۰	۲۴	میانگین مراحل پیگیری
۲/۲۹	۲/۵۵	۲/۰۴	۳/۰۶	۳/۵۷	۲/۵۵	۳/۵۷	۳/۵۷	۳/۵۷	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۸/۵۶	۳۵/۷۱	۲۸/۵۷	۳۳/۷۴	۴۱/۱۷	۲۶/۳۱	۳۸/۰۸	۳۵	۴۱/۱۷	درصد بهبودی پس از پیگیری
									درصد بهبودی کلی پس از پیگیری
				۳۴/۶۵					

جدول (۱) نمره‌های صمیمیت هیجانی زوج‌های شرکت‌کننده در نشست‌های زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمره‌های صمیمیت هیجانی زوج‌ها در نشست‌های درمانی نسبت به خط پایه افزایش یافته است. درصد بهبودی پس از درمان برای زوج اول ۳۵/۵۸، زوج دوم ۳۳/۷۴، زوج سوم ۲۸/۵۶ و درصد بهبودی کلی ۳۳/۸۲ محاسبه شد. بر اساس معیار Blanchard & Scores (1988) به نقل از (Ogels, Lunnen, & Bonesteel, 2001) موفقیت درمان برای هر سه زوج با نوساناتی نزدیک به متوسط بوده است و موفقیت درمان در همه نیز نزدیک به متوسط بوده است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در مرحله درمان برای زوج اول ۳/۳۱ زوج دوم ۳/۰۶ و زوج سوم ۲/۲۹ محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا برای همه زوج‌ها بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی است. همچنین نمره‌های زوج‌ها در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش یافته است. درصد بهبودی پس از پیگیری نسبت به مرحله پس از درمان نیز برای زوج اول افزایش و برای زوج دوم و سوم بدون تغییر بوده است. مقدار شاخص پایا برای هر سه زوج در مرحله پس از پیگیری نیز بالاتر از ۱/۹۶ محاسبه شده است؛ بنابراین ماندگاری تغییرات مثبت صمیمیت هیجانی برای هر سه زوج از دید بالینی معنی‌دار بوده است.





نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های صمیمیت هیجانی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار (۱) روند تغییر نمره‌های صمیمیت هیجانی را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B) مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر Gaynor, Baird, & Nelson-Gray (1999) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح و روند نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر زوج سه نمره وجود دارد و هر سه بالای خط سطح و روند قرار گرفته است؛ بنابراین می‌توان گفت که تغییر

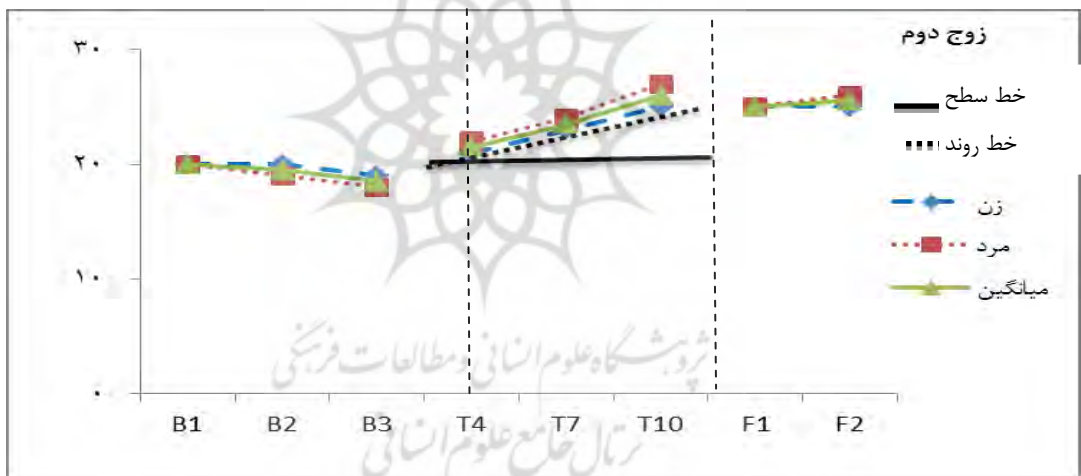
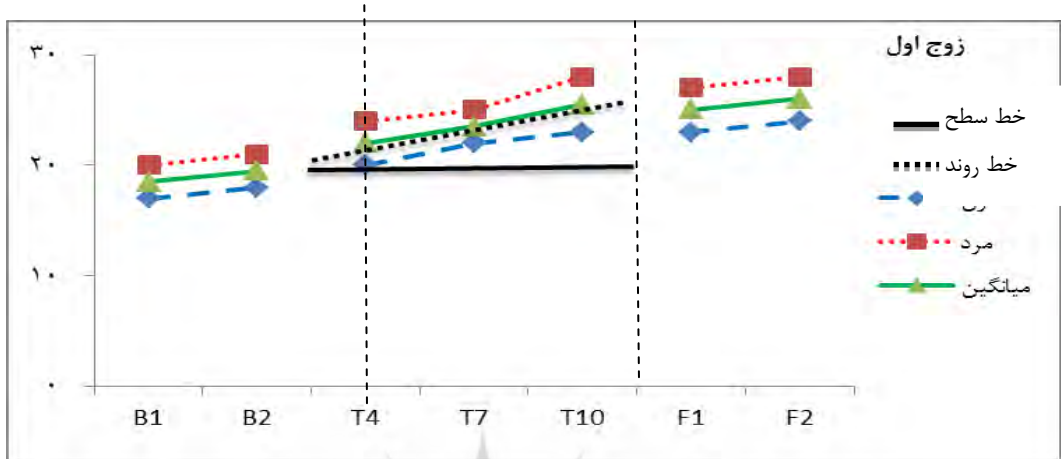
نمره‌های صمیمیت هیجانی به صورت نظام‌دار رخ داده است. همچنین درصد داده‌های ناهمپوش برای هر سه زوج ۱۰۰ درصد است که بیان‌گر موفقیت‌آمیز بودن درمان است.

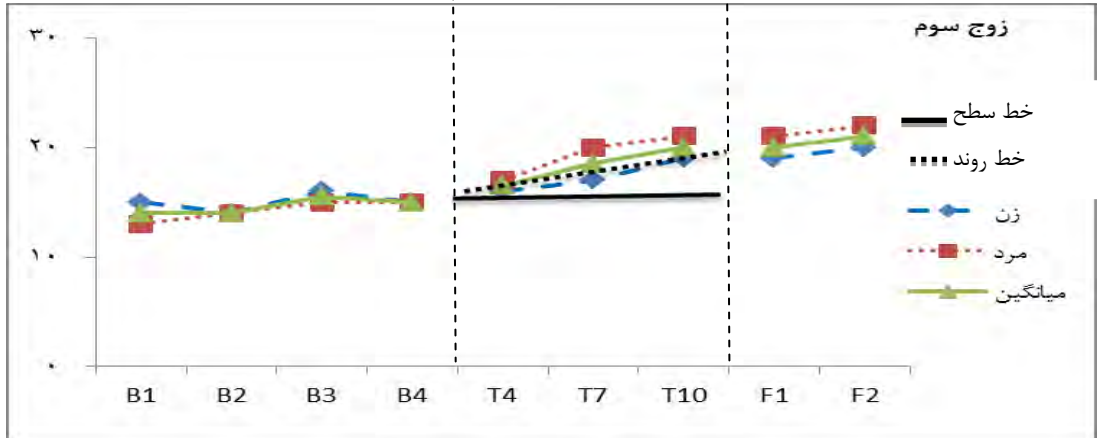
جدول ۲. نتایج روند تغییر مراحل درمان سه زوج در بعد صمیمیت جنسی

زوج سوم			زوج دوم			زوج اول			آزمودنی‌ها
میانگین	مرد	زن	میانگین	مرد	زن	میانگین	مرد	زن	مراحل درمان
۱۴	۱۳	۱۵	۲۰	۲۰	۲۰	۱۸/۵۰	۲۰	۱۷	خط پایه اول
۱۴	۱۴	۱۴	۱۹/۵۰	۱۹	۲۰	۱۹/۵۰	۲۱	۱۸	خط پایه دوم
۱۵/۵۰	۱۵	۱۶	۱۸/۵۰	۱۸	۱۹	-	-	-	خط پایه سوم
۱۵	۱۵	۱۵	-	-	-	-	-	-	خط پایه چهارم
۱۴/۶۲	۱۴/۳۵	۱۵	۱۹/۳۳	۱۹	۱۹/۶۶	۱۹	۲۰/۵۰	۱۷/۵۰	میانگین مراحل خط پایه
۱۶/۵۰	۱۷	۱۶	۲۱/۵۰	۲۲	۲۱	۲۲	۲۴	۲۰	جلسه چهارم
۱۸/۵۰	۲۰	۱۷	۲۳/۵۰	۲۴	۲۳	۲۳/۵۰	۲۵	۲۲	جلسه هفتم
۲۰	۲۱	۱۹	۲۶	۲۷	۲۵	۲۵/۵۰	۲۸	۲۳	جلسه دهم
۱۸/۳۳	۱۹/۳۳	۱۷/۳۳	۲۳/۶۶	۲۴/۳۳	۲۳	۲۳/۴۹	۲۵/۶۶	۲۱/۶۶	میانگین مراحل درمان
۱/۹۶	۲/۳۶	۱/۵۷	۲/۹۵	۳/۵۴	۲/۳۶	۲/۳۵	۲/۷۵	۱/۹۶	شاخص تغییر پایا (درمان)
۳۳/۳۳	۴۰	۲۶/۶۶	۴۰/۷۸	۵۰	۳۱/۵۷	۳۰/۵۵	۳۳/۳۳	۲۷/۷۷	درصد بهبودی پس از درمان
				۳۴/۸۸					درصد بهبودی کلی
پیگیری									
۲۰	۲۱	۱۹	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۷	۲۳	پیگیری نوبت اول
۲۱	۲۲	۲۰	۲۵/۵۰	۲۶	۲۵	۲۶	۲۸	۲۴	پیگیری نوبت دوم
۲۰/۵۰	۲۱/۵۰	۱۹/۵۰	۲۵/۲۵	۲۵/۵۰	۲۵	۲۵/۵۰	۲۷/۵۰	۲۳/۵۰	میانگین مراحل پیگیری
۲/۳۵	۲/۷۵	۱/۹۶	۲/۷۵	۳/۱۴	۲/۳۶	۲/۵۵	۲/۷۵	۲/۳۶	شاخص تغییر پایا (درمان)
۳۹/۹۹	۴۶/۶۶	۳۳/۳۳	۳۸/۰۰	۴۴/۴۴	۳۱/۵۷	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳	درصد بهبودی پس از پیگیری
				۳۷/۱۱					درصد بهبودی کلی پس از پیگیری

جدول (۲) نمره‌های صمیمیت جنسی زوج‌های شرکت‌کننده در نشست‌های زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمره‌های صمیمیت جنسی زوج‌ها در نشست‌های درمانی نسبت به خط پایه افزایش یافته است. درصد بهبودی پس از درمان برای زوج اول ۳۰/۵۵، زوج دوم ۴۰/۷۸، زوج سوم ۳۳/۳۳ و درصد بهبودی کلی ۳۴/۸۸ محاسبه شد. بر اساس معیار Blanchard & Scores (1988) به نقل از (Ogels, Lunnen, & Bonesteel, 2001) موفقیت درمان برای هر سه زوج با نوساناتی نزدیک به متوسط بوده است و موفقیت درمان در همه نیز نزدیک به متوسط بوده است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای زوج اول ۲/۳۵ و زوج دوم ۲/۹۵ و زوج سوم ۱/۹۶ محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا برای همه زوج‌ها بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی است. همچنین نمره‌های زوج‌ها در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش یافته است. درصد بهبودی

پس از پیگیری نسبت به مرحله درمان نیز برای زوج اول و سوم افزایش و برای زوج دوم اندکی کاهش یافته بود. مقدار شاخص پایا برای هر سه زوج در مرحله پس از پیگیری نیز بالاتر از $1/96$ محاسبه شده است؛ بنابراین ماندگاری تغییرات مثبت صمیمیت جنسی برای هر سه زوج از نظر بالینی معنی دار بوده است.





نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های صمیمیت جنسی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار (۲) روند تغییر نمره‌های صمیمیت جنسی را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به اینکه سه نمره موجود در مرحله درمان، برای هر زوج سه بالای خطوط سطح و روند قرار گرفته است؛ بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های صمیمیت جنسی به صورت نظام‌دار رخ داده است. همچنین درصد داده‌های ناهمپوش برای هر سه زوج ۱۰۰ درصد است که بیانگر موفقیت‌آمیز بودن درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صمیمیت هیجانی و جنسی زوج‌های ناسازگار انجام شد. نتایج حاصل بیان‌گر موفقیت زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در افزایش صمیمیت هیجانی در زوج‌های شرکت‌کننده در نشست‌های زوج‌درمانی بود. به این معنا که نمره‌های صمیمیت هیجانی زوج‌ها در پایان مرحله مداخله به اندازه‌ای که از نظر بالینی معنی‌دار محسوب می‌شود، افزایش یافته بود. نتایج حاصل از پیگیری نیز نشان داد که ماندگاری بهبودی حاصل شده برای هر سه زوج از نظر بالینی معنی‌دار بوده است. به این صورت که درصد بهبودی برای زوج اول در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان تا حدودی افزایش یافته بود و برای زوج دوم و سوم درصد بهبودی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان بدون تغییر بود. همچنین میزان درصد بهبودی هر سه زوج نسبت به خط پایه افزایش یافته بود که این امر نشان‌دهنده ماندگاری درمان در مرحله پیگیری بود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های (Wiebe et al., 2017) McKinnon & Greenberg (2013)، Johnson & Greenman (2006) و (Yeates, Edwards, Murray, Zapiain Creamer, & Mahadevan, 2013) همخوان بود. Yeates et al (2013) در مطالعه‌ای بر زوج‌های بازمانده از آسیب مغزی که در روابط صمیمانه و نزدیک عاشقانه و روابط اجتماعی دچار مشکلات بسیاری شده بودند، اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان را مورد

آزمون قرار دادند. برای این منظور چهار زوج مورد درمان قرار گرفتند. پس از درمان ۳ زوج توانستند در اغلب جنبه‌های زندگی که قبلاً دچار مشکل بودند - مانند روابط صمیمانه، شناخت اجتماعی، عملکرد اجرایی، استرس‌های روان‌شناختی و چالش‌های هویتی - بهبود یابند. نتایج درمان در روابط زوجی آن‌ها مانند همبستگی، نزدیکی، صمیمیت جسمی و به‌طور کلی رضایت ارتباطی موفقیت‌آمیز بود. این پژوهش به لحاظ روش مداخله و بررسی صمیمیت در روابط زوجی با پژوهش حاضر مشابه بود؛ اما به لحاظ نوع آزمودنی‌ها که زوج‌های بازمانده از آسیب مغزی بودند، همچنین به لحاظ بررسی صمیمیت به صورت کلی نه به صورت جنبه‌های اختصاصی صمیمیت - مانند صمیمیت هیجانی - با پژوهش حاضر تفاوت داشت. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان به مطالعه McKinnon & Greenberg (2013) اشاره کرد. بر اساس این مطالعه فرایند تغییر در رویکرد متمرکز بر هیجان کمک می‌کند تا زوج‌ها به هیجان‌های زیربنایی و آسیب‌دیده اولیه دسترسی پیدا کرده و بتوانند آن‌ها را ابراز کنند. آشکارسازی هیجان‌های آسیب‌پذیر زیربنایی در شکستن چرخه معیوب ارتباطی تأثیر دارد و باعث عمیق شدن صمیمیت و پیوند دل‌بستگی ایمن می‌شود. همچنین بر اساس نخستین مفروضه‌های درمان متمرکز بر هیجان اثرگذارترین عامل در ایجاد و حفظ صمیمیت زناشویی، نوع زنجیره‌ی هیجانی موجود در رابطه است؛ وقتی رابطه با زمینه هیجان‌های مثبت فرض شود، صمیمیت به‌طور خودانگیخته پدیدار خواهد شد. همچنین درمان متمرکز بر هیجان با تأکید بر مقولات همدلی، خودآشنایی، درک عمیق از نیازهای خود و همسر، پذیرش، بیان افکار و احساسات و ایجاد فضای عاطفی که همگی از عناصر ضروری در یک رابطه صمیمانه به شمار می‌روند، نقش قدرتمندی در افزایش میزان صمیمیت هیجانی زوج‌ها ایفا می‌کند.

یافته دیگر حاصل از پژوهش حاضر بیان‌گر موفقیت رویکرد زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در افزایش صمیمیت جنسی در زوج‌های شرکت‌کننده در نشست‌های زوج‌درمانی بود. به این معنا که نمره‌های صمیمیت جنسی زوج‌ها در پایان مرحله مداخله به اندازه‌ای که از نظر بالینی معنی‌دار محسوب می‌شود، افزایش یافته بود. نتایج حاصل از پیگیری نیز نشان داد که ماندگاری بهبودی حاصله شده برای هر سه زوج از نظر بالینی معنی‌دار بوده است. به این صورت که درصد بهبودی برای زوج اول و سوم در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان تا حدودی افزایش یافته بود و برای زوج دوم درصد بهبودی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان اندکی کاهش یافته بود، اما میزان درصد بهبودی هر سه زوج نسبت به خط پایه افزایش یافته بود که این امر نشان‌دهنده ماندگاری درمان در مرحله پیگیری بود. این یافته با پژوهش‌های Lankveld et al (2018)، Birnbaum et al (2016)، Rubin & Campbell (2012)، Pascoal et al (2013) و فروغی، باقری، احدی و مظاهری (۱۳۹۶) همخوان بود. Birnbaum et al (2016) به نقل از Lankveld et al (2018) در پژوهش‌های تجربی دریافتند که تمایلات جنسی زمانی افزایش می‌یابد که همسر از شریک‌ش پاسخ‌های هیجانی (عاطفی) دریافت می‌کند. Pascoal et al (2013) نیز دریافتند که صمیمیت هیجانی بهترین پیش‌بین رضایت جنسی در هر دو نمونه زنان و مردان است. فروغی و همکاران (۱۳۹۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که بسته آموزشی غنی‌سازی زناشویی مبتنی بر رویکرد متمرکز

بر هیجان با تأثیر بر برقراری ارتباط مؤثر، آشنا شدن با چرخه‌های تعاملی زوج‌ها، توسعه پیوند عاطفی، شناسایی ترس‌ها، هیجان‌ها و نیازهای دل‌بستگی هر یک از همسرها، همچنین ایجاد انتظارات واقع‌بینانه درباره نقش‌ها و روابط زناشویی و در نهایت درک اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی موجب ارتقاء رضایت زناشویی زوج‌ها شده است. بر اساس رویکرد زوج درمانی متمرکز بر هیجان رابطه جنسی اغلب راهی برای ایجاد هماهنگی و خلق عواطف مثبتی است که منجر به شکل‌گیری دل‌بستگی نیرومندی می‌شود (Javadi, 2013). به نقل از et al, (Soleimani 2015). در تبیین این یافته بر اساس رویکرد زوج درمانی متمرکز بر هیجان و پیشینه پژوهشی دل‌بستگی عاشقانه بزرگسالان^۱ چنین استنباط می‌شود که دل‌بستگی ایمن به یک شریک موجب تسهیل نزدیکی جسمی و هیجانی می‌شود. مروری بر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دل‌بستگی ناایمن با رضایت جنسی پایین‌تر، احساسات منفی در هنگام مقاربت جنسی و کاهش برانگیختگی و صمیمیت و خشودوی جنسی همبسته است. درمانگر متمرکز بر هیجان هنگام رویارویی با چرخه معیوب جنسی همچنان به ادراک‌ها، رفتارها و تجربیات هیجانی در بافت رابطه دل‌بستگی می‌نگرد. درمانگر در ابتدا پاسخ‌های جنسی را مشخص کرده و آن‌ها را به نیازهای بنیادین ایمنی و ارتباط گره می‌زند. وقتی چرخه جنسی منفی آشکار و درک می‌شود، هیجان‌های اولیه عمیق‌تر که به پاسخ‌های جنسی پیوند خورده‌اند در دسترس قرا می‌گیرند و بر اساس نیازها و ترس‌های ارضاء نشده پردازش می‌شوند (Johnson & Zuccarini, 2010). برای تبیین بهتر این یافته بر اساس مدل دل‌بستگی و زوج درمانی متمرکز بر هیجان شاید بتوان گفت که عدم صمیمیت جنسی در روابط زوجی که غالباً با سرزنش کردن و عیب‌جویی از یکدیگر، شکایت کردن و غر زدن آشکار می‌شود، نتیجه به مخاطره افتادن و تهدید دل‌بستگی است. در این مدل درمانی زوج‌ها با تمرکز بر روی احساسات، بیان نیازهای ارضاء نشده و احساسات منفی بدون حمله از طرف همسر تغییر می‌کنند؛ بنابراین زوج درمانی متمرکز بر هیجان می‌تواند با شناسایی و تمرکز بر چرخه‌های تعاملی منفی، تغییر و بازسازی چرخه‌های تعاملی همسرها به آن‌ها در جهت در دسترس و پاسخگو بودن و مشارکت هیجانی بیشتر با یکدیگر کمک کند که نتیجه آن ایجاد فضایی امن همراه با صمیمیت در ابعاد گوناگون برای همسرها خواهد بود.

بررسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثر بخشی زوج درمانی متمرکز بر هیجان روشنگر پژوهش‌های مشابه با پژوهش حاضر در حوزه صمیمیت است، اما در غالب پژوهش‌ها، صمیمیت به‌عنوان یک متغیر کلی مورد بررسی قرار گرفته است و انواع ابعاد صمیمیت از جمله صمیمیت هیجانی و جنسی به‌صورت اختصاصی مورد بررسی قرار نگرفته است؛ یافته‌های این پژوهش از این بعد با سایر پژوهش‌ها متفاوت است.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

^۱. adult romantic attachment

تعداد محدود شرکت کنندگان در طرح که ناشی از محدودیت‌های روش شناختی پژوهش حاضر بود، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد. به لحاظ روش شناختی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های آزمایشی حقیقی میان آزمودنی، از جمله طرح پیش‌آزمون^۵ پس‌آزمون با گروه گواه و تعداد شرکت کنندگان بیشتر، به ارزیابی دقیق‌تر روایی این روش در بهبود صمیمیت هیجانی و جنسی زوجها پرداخته شود. همچنین از لحاظ کاربردی با توجه به مزایای مختلف مدل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان - در راستای حذف چرخه‌های منفی تعاملی، ایجاد روابط صمیمانه و متمرکز بر دل‌بستگی زناشویی - به مشاورها و روانشناس‌های حوزه زوج و خانواده‌درمانی پیشنهاد می‌شود که از این رویکرد درمانی برای بهبود کارکردهای زناشویی زوجها بهره‌مند شوند.

تصریح درباره تعارض منافع

نویسندگان متعهد می‌شوند که پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی ندارد. همچنین نویسندگان دارای هیچ‌گونه جایگاه ویژه‌ای که این جایگاه با پژوهش و برآیندهای آن رابطه داشته باشد، نمی‌باشند. این مقاله برگرفته از رساله دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با عنوان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صمیمیت، تعهد زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زوجها سازگار است.

سپاسگزاری

نویسندگان از آزمودنی‌های محترم شرکت‌کننده در نشست‌های زوج‌درمانی و نیز از همکاری مدیران و کارکنان مراکز مشاوره مهرآوران، ندای زندگی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز، که از راه واگذاشتن افراد دارای شرایط انجام پژوهش، اجرای این پژوهش را محقق ساختند سپاس گزارند.

منابع

- اخلاقی امیری، صفیه. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر خودنظم‌بخشی در افزایش صمیمیت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد. [[link](#)]
- امان الهی، عباس؛ حیدریان فر، نرگس؛ خجسته مهر، رضا؛ ایمانی؛ مهدی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوجها. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۴(۱)، ۱۱۹-۱۰۳. [[link](#)]
- آرین فر، نیره؛ رسولی، رویا (۱۳۹۶). هم‌سنجی تأثیر زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان با برنامه غنی‌سازی زناشویی در رضایت زناشویی. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۲۴)، ۲۶-۳. [[link](#)]
- جانسون، سوزان. (۲۰۰۴). تمرین زوج‌درمانی هیجان‌مدار. ترجمه: فاطمه بهرامی، زهرا آذریان، عذرا اعتمادی، شهین صمدی (۱۳۹۱). تهران: انتشارات دانژه. [[link](#)]

- خانجانی وشکی، سحر؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ فرزاد؛ ولی‌الله و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۷(۴)، ۳۱-۴۰. [[link](#)]
- خلفی، علی؛ بشلیده، کیومرث؛ ارشدی، نسرین و سودانی، منصور (۱۳۹۷). طراحی و آزمودن الگویی از برخی پیشایندها و پیامدهای رضایت زناشویی و عشق. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۲۵)، ۳-۲۶. [[link](#)]
- رجبی، غلام‌رضا؛ ایمانی، مهدی؛ خجسته مهر، رضا؛ بیرامی، منصور؛ بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۲). بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۶)، ۶۱۹-۶۰۰. [[link](#)]
- فروغی، مهسا؛ باقری، فریبرز؛ احدی، حسن و مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی با رویکرد متمرکز بر هیجان در دوران بارداری بر رضایت زناشویی زوجین پس از تولد اولین فرزند. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۲۴)، ۵۵-۸۱. [[link](#)]

References

- Bagarozzi, D. A. (2001). *Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide*. New York, NY: Brunner-Routledge. [[link](#)]
- Bagarozzi, D. A. (2014). *Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide*. Routledge. [[link](#)]
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mizrahi, M., Kanat-Maymon, Y., Sass, O., & Granovski-Milner, C. (2016). Intimately connected: The importance of partner responsiveness for experiencing sexual desire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(4), 530-546. [[link](#)]
- Burgess Moser, M., Johnson, S. M., Dalgleish, T. L., Wiebe, S. A., & Tasca, G. (2017). The Impact of Blamer-Softening on Romantic Attachment in Emotionally Focused Couples Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. First published: 08 October 2017. 1-15. [[link](#)]
- Constant, E., Vallet, F., Nandarino, J. L., & Christophe, V. (2016). Personal assessment of intimacy in relationships: Validity and measurement invariance across gender. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée /European Review of Applied Psychology*, 66(3), 109-116. [[link](#)]
- Dahl, J., Stewart, I., Martell, C., & Kaplan, J. S. (2014). *ACT and RFT in Relationships: Helping Clients Deepen Intimacy and Maintain Healthy Commitments Using Acceptance and Commitment Therapy and Relational Frame Theory*. New Harbinger Publication, Inc. [[link](#)]
- Gaynor, S. T., Baird, S. C., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *Application of time series (single-subject) designs in clinical psychology*. In P. Kendall, J. N. Butcher & G.

- N.Holmbeck (Eds.), Handbook of research methods in clinical psychology (pp. 297-329). New York: John Wiley & Sons. [\[link\]](#)
- Hatfield, E., Bensman, L., & Rapson, R. L. (2012). *Love and intimacy*. In V. S. Ramachandran(Ed), Encyclopedia of Human Behavior, 2nd Ed., 2 New York: Academic Press. 550-556. [\[link\]](#)
- Johnson, S. M., & Greenman, P. S. (2006). The path of Secure Bond: emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology: IN Session*, Vol, 62(5), 597-609. [\[link\]](#)
- Johnson, S. M., & Zuccarini, D. (2010). Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(4), 431-445. [\[link\]](#)
- Johnson, S.M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2nd Ed). New York: Brunner/ Routledge. [\[link\]](#)
- Lankveld, J., V., Jacobs, N., Thewissen, V., Dewitte, M., & Verboon, P. (2018). The associations of intimacy and sexuality in daily life: Temporal dynamics and gender effects within romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(4), 557° 576. [\[link\]](#)
- McKinnon, J. M., & Greenberg, L. S. (2013). Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: impact on session and final outcome. *Journal of Family Therapy*, 35(3), 303-319. [\[link\]](#)
- McKinnon, J. M., & Greenberg, L. S. (2017). Vulnerable Emotional Expression In Emotion Focused Couples Therapy: Relating Interactional Processes To Outcome. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 198-212. [\[link\]](#)
- Ogels, B. M., Lunnen, K. M. Q., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical psychological Review*, 21(3), 421-446. [\[link\]](#)
- Palmer-Olsen, L., Gold, L. L., & Woolley, S. R. (2011). Supervising emotionally focused therapists: a systematic research-based model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(4), 411-426. [\[link\]](#)
- Pascoal, P. M., Narciso, I., & Pereira, N. M. (2013). Emotional intimacy is the best predictor of sexual satisfaction of men and women with sexual arousal problems. *International journal of impotence research*, 25(2), 51-55. [\[link\]](#)
- Phillips, T. M., Wilmoth, J. D., Wall, S. K., Peterson, D. J., Buckley, R., & Phillips, L.E. (2013). Recollected Parental Care and Fear of Intimacy in Emerging Adults. *The Family Journal*, 21(3), 335-341. [\[link\]](#)
- Rathgeber, M., B urkner, P. C., Schiller, E. M., & Holling, H. (2018). The Efficacy of Emotionally Focused Couples Therapy and Behavioral Couples Therapy: A Meta-Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, Doi: 10.1111/jmft.12336. [\[link\]](#)

- Rostami, M., Taheri, A., Abdi, M., & Kermani, N. (2014). The effectiveness of instructing emotion-focused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Social and Behavioral Science*, 114, 693-698. [[link](#)]
- Rubin, H., & Campbell, L. (2012). Day-to-day changes in intimacy predict heightened relationship passion, sexual occurrence, and sexual satisfaction: A dyadic diary analysis. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 224° 231. [[link](#)]
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The pair inventory. *Journal of marital and family therapy*, 7(1), 47-60. [[link](#)]
- Shoaa kazemi, M., khosravy olya, Z., & mirzaee, Z. (2018). The effect of education of Sternberg s Components of love on intimacy of couples. *Iranian journal of educational Sociology*, 1(9), 1-7. [[link](#)]
- Sobral, M. P., Matos, P.M., & Costa, M. E. (2015). Fear of intimacy among couples: dyadic and mediating effects of parental inhibition of exploration and individuality and partner attachment. *Journal Family Science*, 6 (1), 380-388. [[link](#)]
- Sobral, M. P., Teixeira C.P & Costa M.E. (2015). Who Can Give Me Satisfaction? Partner Matching in Fear of Intimacy and Relationship Satisfaction. *The Family Journal*, 23(3), 247-253. [[link](#)]
- Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K. h., Javadi, N., Hosenin Kamkar, E., & Mahbobi, M. (2015). The effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Sexual Saticfaction and Marital Conflicts. *International Jouranal of fertility and Sterility*, 9(3), 393-402. [[link](#)]
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the family*, 38(1), 15-28. [[link](#)]
- Spanier, G. B., & Thompson, L. A. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage and the family*, 44, 731-738. [[link](#)]
- tulhofer, A., Ferreirab, L. C., & Landripeta, I. (2014). Emotional intimacy, sexual desire, and sexual satisfaction among partnered heterosexual men. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(2), 229-244. [[link](#)]
- Tie, S., & Poulsen, S. (2013). Emotionally focused couple therapy with couples facing terminal illness. *Contemporary Family Therapy*, 35(3), 557-567. [[link](#)]
- Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Dalglish, T. L., & Tasca, G. A. (2017). Predicting follow up outcomes in emotionally focused couple therapy: The role of change in trust, relationship specific attachment, and emotional engagement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 213-226. [[link](#)]
- Yeates, G., Edwards, A., Murray, C., Zapiain Creamer, N., & Mahadevan, M. (2013). The use of emotionally-focused couples therapy (EFT) for survivors of acquired brain injury with social cognition and executive functioning impairments, and their

partners: a case series analysis. *Neuro-Disability and Psychotherapy*, 1(2), 151-197. [[link](#)]

Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamm, R. (2014). Couple Communication, Emotional and Sexual Intimacy, and Relationship Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 275-293. [[link](#)]

Zarra Nezhad, M., & Moazami Godarzi, A. (2011). Sexuality, Intimacy and Marital Satisfaction in Iranian First- Time Parents. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(2), 77-88. [[link](#)]

Reference (In Persian)

Akhlaghi Amiri, S. (2010). *The efficiency of self-regulated group couple therapy on increasing intimacy*. M.A. thesis. Ferdowsi University of Mashhad. [[link](#)]

Amanelahi, A., Heydarianfar, N., Khojastehmehr, R., & Imani, M. (2014). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Distressed Couples. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 4(1), 103-119. [[link](#)]

Arianfar, N., & Rasouli, R. (2018). The comparison of emotionally focused couple therapy with marital enrichment program on the marital satisfaction. *Family Counseling & Psychotherapy*, 2(24), 3-26. [[link](#)]

Foroughi, M., Bagheri, F., Ahadi, H., & Mazaheri, M. A. (2018). The effectiveness of educational interventions of enrichment of marital life with emotional-focused approach during pregnancy on couples' marital satisfaction after the birth of the first child. *Family Counseling & Psychotherapy*, 2(24), 55-81. [[link](#)]

Johnson, S. (2004). *The practice of emotionally Focused Couple Therapy*. Translated by Fatemeh Bahrami, Zahra Azarian, Ozra Etemadi, Shahin Samadi., 2012. Tehran: Danjeh. [[link](#)]

Khalafi, A., Beshlideh, K., Arshadi, N & Soodani, M. (2018). Designing and testing a model of some antecedents and outcomes of marital satisfaction and love. *Family Counseling and Psychotherapy*, 1(25), 3- 26. [[link](#)]

khanjani veshki, S., Shafiabady, A., Farzad, V., & Fatehizade, M. (2016). A comparison between the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment coupletherapy on conflicting couple s marital intimacy in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 4(66), 31-40. [[link](#)]

Rajabi, GH. R., Imani, M., Khojastehmehr, R., Birami, M., Beshlideh, K. (2013). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Integrative Behavioral Couple Therapy on distressed couples and General Anxiety Disorder Mahshahr women. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 11(6), 600-619. [[link](#)]