

Comparing the Effectiveness of Affect Phobia Therapy and Emotion Focused Therapy on Emotional Inhibition of Women with Low Marital Satisfaction

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Maryam Saraei¹
Hossein Salimi Bajestani^{2*}
Abdullah Shafiabadi³

How to cite this article

Maryam Saraei, Hossein Salimi Bajestani, Abdullah Shafiabadi, Comparing the Effectiveness of Affect Phobia Therapy and Emotion Focused Therapy on Emotional Inhibition of Women with Low Marital Satisfaction, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2022;6(1):724-735.

1. PhD student, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

2. Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran (Corresponding Author).

3. Full Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: h.salimi.b@gmail.com

Article History

Received: 2022/02/22

Accepted: 2022/05/01

ABSTRACT

Purpose: The purpose of the present study was to compare the effectiveness of affect phobia therapy and emotion focused therapy on emotional inhibition of women with low marital satisfaction .

Materials and Methods: The current research is part of the semi-experimental designs with pre-test, post-test, follow-up with three groups. The statistical population of the present study was made up of women with marital problems who referred to counseling centers in Tehran in 2021. For the first sampling, an interview and a marital satisfaction questionnaire were conducted with volunteers who were introduced by the counseling center as a screening test. After stating the objectives and implementation process of the research and checking the entry conditions, 45 people were randomly selected from among the eligible women and randomly assigned to two experimental groups (15 people in each group) and a control group (15 people). The research tools included Bakker et al.'s Emotional Inhibition Questionnaire (2007). The data of the research were analyzed using repeated measure analysis of variance .

Findings: The results of data analysis showed that emotion focused therapy and affect phobia therapy had a significant effect on emotional inhibition in women with marital problems compared to the control group .

Conclusion: Also, the reduction rate in the group based on emotion-ori focused therapy in the suppression component in the variable of emotional inhibition was higher than in the group of affect phobia therapy.

Keywords: Affect Phobia Therapy, Emotion Focused Therapy, Emotional Inhibition

مقایسه اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی و درمان هیجان

مدار بر بازداری هیجانی زنان با رضایت زناشویی پایین

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۱۱

*نویسنده مسئول: h.salimi.b@gmail.com

مقدمه

خانواده مؤثرترین و عمومی‌ترین نهاد اجتماعی است که در تمامی جوامع حضور دارد و از این رو مهم‌ترین تکیه‌گاه و محور زندگی اجتماعی است که به‌طور غیرمستقیم فرهنگ، عقاید، آداب و رسوم و ارزش‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۱). مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه‌ای متناسب با ارزش‌های خود ابتدا خانواده را کانون توجه خود قرار می‌دهد تا از درون آن، شهروندان آینده خویش را بی‌رواند (۲). از آنجایی که زندگی زناشویی با ازدواج و تشکیل خانواده شروع می‌شود ازدواج را می‌توان یکی از مهم‌ترین تصمیم‌ها در زندگی هر فرد دانست. وجود یک ازدواج رضایت‌مندانه محل تلاقی و تبادل احساسات و عواطف مثبت بین زوجین است و تشکیل خانواده بهنجار نقش مهمی در سلامت، کیفیت زندگی و بهزیستی کل جامعه دارد. سلامت در خانواده در گرو تداوم و سلامت رابطه بین زن و شوهر می‌باشد و رابطه زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده را تشکیل می‌دهد و اختلال در آن به‌منزله تهدیدی جدی برای بقای خانواده محسوب می‌شود. از این رو وجود اختلاف در زندگی، خانواده‌های بسیاری را در معرض خطر نابسامانی و ازهم‌پاشیدگی قرار می‌دهد (۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد متأهل در مقایسه با مطلقه‌ها، جدا شده‌ها، بیوه‌ها و ازدواج نکرده‌ها سلامت روان‌شناختی بیشتر و فشار روانی کمتری را تجربه می‌کنند (۴). به اعتقاد لی (۵) می‌توان گفت رضایت زناشویی یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های عملکرد سالم نهاد خانواده است. تقریباً غالب زوج‌هایی که ازدواج می‌کنند در آغاز زندگی، دارای سطح بالایی از رضایت زناشویی هستند. اما متأسفانه رضایت از رابطه در طی زمان و در برخی ازدواج‌ها کاهش می‌یابد. این در حالی است که رضایت‌مندی از ازدواج یکی از اصلی‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی هر فرد می‌باشد (۶). همچنین رضایت زناشویی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده پایداری و ناپایداری یک رابطه باشد (۷). رضایت زناشویی یکی از تجربیات شخصی هریک از زوجین است که می‌تواند در پاسخ به سطح لذت در زندگی زناشویی ارزیابی گردد و به انتظارات، نیازها و خواسته‌های فرد در ازدواج بستگی دارد (۸).

بنا بر گزارش روان‌شناسان در سالهای اخیر احساس امنیت، آرامش و روابط صمیمانه میان زنان و مردان به سستی گراییده است و خانواده‌ها به گونه‌ای فزاینده با نیروهای ویرانگر روبرو شده‌اند و مشکلات بین‌شخصی آنان بیشتر شده است (۲). در سال ۱۳۹۸ در ایران، ۵۳۹۸۷۱ ازدواج و ۱۷۵۷۰۰ طلاق در کشور ثبت شده است یعنی می‌توانیم بگوییم به ازای هر سه ازدواج، یک طلاق ثبت می‌شود. بر اساس پژوهش‌های داخلی چهار عامل تأثیرگذار در طلاق عوامل فرهنگی اقتصادی، اجتماعی و فردی می‌باشند و از میان عوامل

مریم سربای^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

حسین سلیمی بجزستانی^{۲*}

دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

عبدالله شفیق‌آبادی

استاد تمام، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی و درمان هیجان‌مدار بر بازداری هیجانی زنان با رضایت زناشویی پایین بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر جزء طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری سه گروهی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان دارای مشکلات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. برای نمونه‌گیری نخست با افراد داوطلبی که توسط مرکز مشاوره معرفی شده بودند، مصاحبه و پرسشنامه رضایت زناشویی به‌عنوان آزمون غربالگری اجرا شد. بعد از بیان اهداف و روند اجرایی پژوهش و بررسی شرایط ورود از میان زنان واجد شرایط ۴۵ نفر به‌تصادف انتخاب و در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) به‌تصادف گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه بازداری هیجانی باکر و همکاران (۲۰۰۷) بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار و درمان عاطفه‌هراسی در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر معناداری بر بازداری هیجانی در زنان دارای مشکلات زناشویی داشت.

نتیجه‌گیری: همچنین میزان کاهش در گروه مبتنی بر درمان هیجان‌مدار در مؤلفه سرکوبی در بازداری هیجانی بیشتر از گروه درمان عاطفه‌هراسی بود.

واژگان کلیدی: درمان عاطفه‌هراسی، درمان هیجان‌مدار، بازداری هیجانی، رضایت زناشویی

^۱ Lee

خود را بیان نمی‌کنند و اغلب تلاش می‌کنند تا تمایلات پرخاشگرانه شان را کنترل کنند. بسیاری از این بیماران در روابط بین‌فردی، برای خوشتن‌داری بیش از صمیمیت، ارزش قائل می‌شوند و می‌ترسند اگر به هیجان‌هایشان اجازه بروز بدهند، ممکن است کنترلشان را به طور کامل از دست بدهند. بدیهی است که بروز چنین حالاتی روابط زوجین را تحت تاثیر قرار داده و آثار زیان باری بر زندگی زناشویی افراد بجای خواهد گذاشت (۱۷). برخی تحقیقات نشان داده‌اند زنان با رضایت زناشویی پایین بازداری هیجانی بالایی دارند. تقی پور، بشرپور، برزگران، زارع و زالی کره ناب پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سوگیری توجه و بازداری هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند. نتایج نشان دادند که آموزش تنظیم هیجان موجب کاهش سوگیری توجه و بازداری هیجان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شد. صنیعی، بنکداری و شایگان منش (۱۸) پژوهشی در زمینه اثربخشی آموزش زبان بدن بر طرحواره‌های اطاعت و بازداری هیجانی دانشجویان انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد آموزش زبان بدن بر کاهش طرحواره‌های اطاعت و بازداری هیجانی موثر است.

در سال‌های اخیر مداخلات روانشناسی متعددی در زمینه بهبود روابط زوجین صورت گرفته است؛ و از برخی درمان‌های نوین جهت کاهش بازداری هیجانی زناشویی زنان استفاده شده است. عاطفه هراسی زمانی به وجود می‌آید که عواطف فعال ساز (سوگ، خشم، نزدیکی هیجانی/شفقت) با عاطفه بازدارنده شدید (اضطراب، شرم، گناه و طرد) مرتبط شوند. عاطفه هراسی از ساختار درمان روانپوشی که توسط ملان در مورد مثلث تعارض (دفاع‌ها و اضطراب‌هایی که مانع ابراز احساسات می‌شوند) و مثلث شخص (کار با تعارضات در ارتباط با درمانگر و اشخاص کنونی و گذشته) مطرح شده است، نشأت گرفته است. در این رویکرد درمانی، درمانگر اساساً به دنبال شفاف سازی عواطف و کمک به بیمار در تنظیم اضطراب است (۱۹). درمان شامل سه بخش است: بازسازی دفاع (شناسایی و رهاسازی دفاع‌های ناسازگار)، بازسازی عواطف (حساسیت زدایی عواطف از طریق مواجهه سازی با احساسات متعارض)، بازسازی خود/دیگری (بهبود احساسات در مورد خود و دیگران). از آن جا که هدف اصلی درمان عاطفه هراسی، کمک به بیمار در تجربه عواطف و ابراز سازگارانه آن است که قبلاً از آن اجتناب می‌کردند، بنظر می‌رسد بتوان در بهبود بازداری هیجانی و همچنین افزایش صمیمیت از آن بهره برد. بطور کلی نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان عاطفه هراسی در کاهش علائم روانپزشکی کلی موثر بوده است. در فراتحلیل انجام گرفته توسط کیف^۴، مک کارتی^۵، دینگر^۶، زیلچامانو^۵ و بابر^۶ درمان‌های پوشی در درمان اختلالات اضطرابی نسبت به گروه‌های کنترل اثربخشی بیشتری داشته است.

فردی وجود مشکلات ارتباطی و عدم مسولیت‌پذیری از مهم‌ترین عوامل مرتبط با طلاق بوده‌اند (۹). ویژگی‌های شخصیتی از عوامل مهم اثرگذار بر رضایت از رابطه زناشویی می‌باشد رابطه زناشویی ارتباط دو شخصیت مختلف با دو تاریخچه تکاملی و سبک شخصیتی متفاوت و ترکیبی از عوامل زیستی و تجربی است. که هر کدام از زوجین با خود به زندگی زناشویی وارد می‌کنند (۱۰). شخصیت یک نفر انواع معین و متفاوتی از واکنش‌ها را از طرف متقابل فرا می‌خواند و بالطبع رضایت زناشویی و میزان سازگاری آن را متاثر می‌سازد (۱۱). بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و رضایت زناشویی بر اساس مدل پنج عاملی بزرگ شخصیتی نشان می‌دهد که ویژگی‌های روان رنجورخویی با رضایت زناشویی ارتباط منفی و معنی‌دار و ویژگی‌های مسولیت‌پذیری، برون‌گرایی، توافق‌جویی و گشودگی با رضایت زناشویی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارند (۱۰). مشکلات ارتباطی رایج‌ترین دلیل ارجاع زوجین به مشاوره است و مهم‌ترین عامل رابطه زناشویی چگونگی تجربه احساسات است. این نگرش باعث شد زوج درمانگران و پژوهشگران به چگونگی ابراز احساسات بعنوان هسته ارتباطات زوجین توجه کنند (۱۲)

یکی از عواملی که ممکن است در رضایت زناشویی نقش داشته باشد، بازداری هیجانی^۱ است (۱۳). انسان‌ها سرشار از احساسات هستند و این احساسات منافع زیادی برای آن‌ها دارد؛ توانایی کنترل و بیان به موقع احساسات و هیجان‌ها به حفظ سلامت روانی افراد کمک می‌کند اما برخی از افراد این توانایی را ندارند و اغلب در تله یا طرحواره بازداری هیجانی گرفتار شده‌اند. این طرحواره انسان را از بروز احساساتی همچون خشم، شادی، محبت و صمیمیت باز می‌دارد و از آن‌ها افرادی بی‌عاطفه می‌سازد. بازداری هیجانی به معنای عدم پاسخ‌دهی هیجانی به محرک‌هایی است که به طور معمول پاسخ‌های هیجانی را فرا می‌خواند (۱۴). محدودیت هیجانی نشانه بارز افرادی است که دچار طرحواره بازداری هیجانی هستند. آن‌ها از بیان هیجان‌ها و احساسات خود خودداری می‌کنند، به لحاظ عاطفی بی‌تفاوت‌اند و همیشه خوشتن‌داری می‌کنند. آن‌ها همچنین پرخاشگری و خشم خود را به شدت کنترل می‌کنند و به جای این که در روابط خود بر موضوعاتی همچون صمیمیت اهمیت دهند، برای خوشتن‌داری ارزش قائل می‌شوند و همیشه می‌ترسند در صورت بروز دادن هیجان‌هاشان کنترلشان را به کلی از دست بدهند. دلایلی که افراد از ابراز احساسات خود خودداری می‌کنند اغلب شامل ترس از طرد شدن، شرم و خجالت، منطقی‌گرایی افراطی و بی‌اعتنایی به عواطف می‌شود (۱۵). بازداری هیجانی یک راهبرد کلی است که تلاش می‌کند تا همه پاسخ‌ها را کند نماید و مستلزم تمرکز بر خاطره یا هیجان خاصی نیست (۱۶). افراد دارای بازداری هیجانی، محدودیت هیجانی زیادی نشان می‌دهند و از صحبت کردن درباره هیجان‌هایشان و بیان آنها به شدت گریزانند. آنها به جای این که هیجانی و بیانگر باشند از لحاظ عاطفی بی‌تفاوتند و به جای خودانگیختگی، بیشتر خوشتن دارند. آنها معمولاً دلسوزی و محبت

⁴ Dinger

⁵ Zilcha -Mano

⁶ Barber

¹ Emotional Inhibition

² Keefe

³ McCarthy

و کاهش تنش‌های ناشی از مشکلات می‌گردد. بنابراین با فراهم نمودن شرایط مناسب می‌توان تنش ناشی از مشکلات را کنترل نمود و در ابعاد مختلف بر توانمندی‌های درونی مثبت آن‌ها اثر گذاشت و میزان قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکلات را تقویت نمود. این مطالعه در نظر دارد تا اثربخشی دو روش درمانی هیجان‌مدار و عاطفه‌هراسی را بررسی نماید. بنابراین مسأله پژوهشی این است که آیا درمان عاطفه‌هراسی و درمان هیجان‌مدار بر بازداری هیجانی زنان موثر است؟ و آیا تفاوتی بین این دو وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعه نیمه آزمایشی بوده و با استفاده از طرح گروه‌های نامعادل (آزمایش و گواه) با پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان دارای مشکلات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه این پژوهش ۴۵ نفر از مراکز مشاوره شهر تهران بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود. برای نمونه‌گیری نخست با افراد داوطلبی که توسط مرکز مشاوره معرفی شده بودند، مصاحبه و پرسشنامه رضایت زناشویی به‌عنوان آزمون غربالگری اجرا شد. بعد از بیان اهداف و روند اجرایی پژوهش و بررسی شرایط ورود از میان زنان واجد شرایط ۴۵ نفر به‌تصادف انتخاب و در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) به‌تصادف گمارده شدند. شرایط ورود به گروه دامنه سنی میان ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل ۵ سال از ازدواج گذشته باشند، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌شناختی (از طریق مصاحبه بالینی انجام شد) بودند. همچنین جهت اطمینان از غربال درست نمونه از مقیاس رضایت زناشویی استفاده شد و زنانی که کمتر از نقطه برش پرسشنامه کسب کردند، حائز شرایط ورود به پژوهش بودند. شرایط خروج نیز غیبت در جلسات، عدم انجام تکالیف و وقوع رویدادهای پیش‌بینی‌نشده (مانند بیماری، مرگ یکی از اطرافیان و...) و ابراز عدم تمایل به ادامه همکاری را شامل می‌شد. گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه درمان عاطفه‌هراسی ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. برای انجام پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه‌ی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است. لازم به ذکر است پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آنها برای آزمودنی‌ها توضیح داده می‌شد و به آنها گفته شد که شرکت در دوره‌های درمانی داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در دوره‌ها وجود نداشت.

ابزارهای پژوهش:

پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ: پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ که فرم ۴۷ سؤالی آن توسط اولسون، تهیه شد شامل ۱۲ مقیاس

یکی دیگر از راهبردهای درمانی کوتاه مدت برای کمک به زوجین در کار با آشفتگی‌های هیجانی ارتباطی، درمان هیجان‌مدار^۱ است (۲۰). پرداختن به هیجان‌ها یکی از حرکت‌های اخیر خانواده درمانی و در زمره فعالیت‌ها و خدمات روان‌درمانی است. زوج درمانی هیجان‌مدار در اوایل دهه ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخلات زوجی فعال و کارآمد مطرح شد. این فقدان بیشتر در حوزه انسانگرایی احساس می‌شد، چرا که آن روزها مداخلات رفتاری عنصر غالب درمانی به شمار می‌رفت (۲۱). از این جهت رویکرد را هیجان‌مدار نامگذاری کردند، که بر نقش کلیدی و اهمیت حیاتی هیجان و محاورات برخاسته از هیجان‌ها، در سازماندهی الگوهای تعاملی تأکید شود. به باور بانیان این رویکرد، سهم هیجان‌ها در ایجاد تجارب مهمی که زوج‌ها در روابط صمیمانه دارند به شدت مورد بی‌توجهی قرار گرفته است. فرضیه دیگر درمان هیجان‌مدار این است که هیجان‌ها نه فقط عاملی اساسی در ایجاد تعارضات زناشویی، که عنصری قدرتمند و غالباً ضروری برای ایجاد تغییر در روابط ناکار ساز بشمار می‌روند (۲۲). یافته‌های پژوهشی زاکارینی، جانسون، دالگیش و مکی^۲ (۲۳) نشان می‌دهد که زوج درمانی هیجان‌مدار بر بخشش و آشتی زوجین و ایجاد همبستگی عاطفی بین آنان موثر است. همچنین تای و پولسون^۳ زوج درمانی هیجان‌مدار را در افزایش سازگاری زناشویی زوجین تأثیرگذار دانستند. همچنین نتایج پژوهش زنگنه مطلق، بنی جمال، احدی و حاتمی نشان داد زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش نارسایی هیجانی زوجین موثر بوده است. نتایج پژوهش داورنیا، زهراکار، معیری و شاکرمی نشان داد که زوج درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش فرسودگی زناشویی زنان شد و می‌توان از این شیوه درمانی در کاهش مشکلات زوجین و بهبود وضعیت زناشویی استفاده نمود.

با توجه به این‌که بهداشت روانی جامعه در گرو تأمین بهداشت روانی خانواده بخصوص زنان به‌عنوان کانون مملو از محبت و آرامش برای تحول در رشد استعدادهاست، که هرگونه آسیبی به آن، نسل آینده را از آثار سوء خود مصون نخواهد گذاشت و سازمان‌های اجتماعی زیادی را درگیر خود خواهد ساخت. با توجه به این‌که زوجین ناراضی با مشکلات و آسیب‌های روانی، اجتماعی و عاطفی بسیاری روبه‌رو هستند که مجموع این فشارها موجبات تنش در ابعاد گوناگون را فراهم می‌آورد، تنظیم هیجان‌ها و باورها و افکار و تنظیم هیجانی در بین آن‌ها با مشکل مواجه می‌گردد. برخی از پژوهش‌ها اثربخشی درمان هیجان‌مدار و عاطفه‌هراسی را بر افزایش رضایت زناشویی زوجین نشان داده‌اند. اما تاکنون کمتر پژوهشی به تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان عاطفه‌هراسی بر کاهش بازداری هیجانی با رضایت زناشویی پایین پرداخته است. از این رو پژوهش حاضر قصد دارد به تعیین اثربخشی این دو روش درمانی در کاهش بازداری هیجانی در زنان با رضایت زناشویی پایین بپردازد. شایان ذکر است مداخله‌های درمان عاطفه‌هراسی و درمان هیجان‌مدار می‌تواند در جهت کاهش مشکلات این زوجین بسیار مؤثر واقع گردد زیرا این رویکردهای درمانی باعث آرام‌سازی

³ Tie & Poulsen

¹ Emotionally Focused Couple Therapy (EFT)

² Dalgeish, & Makinen

تست است را بر روی ۶۰ نفر از افراد نمونه انجام داده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲. به دست آمده است که نشان دهنده ضریب بالایی است. در یک پژوهش مهدویان، در کاررویی اعتبار آزمون انریچ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی، به فاصله یک هفته (برای مردان ۰/۹۳۷ و برای زنان ۰/۹۴۴) و برای مردان و زنان (۰/۹۴)، به دست آوردند.

پرسشنامه بازداری هیجانی: مقیاس بازداری هیجانی توسط باکر و همکاران (۲۰۰۷) توسعه داده شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سوال بود که بعداً توسط باکر و همکاران^۱ کوتاه تر شد و نسخه ۲۵ سوالی آن تهیه شد. این مقیاس دارای ۵ بعد یا خرده مقیاس با عناوین سرکوبی (۷، ۹، ۱۶، ۱۹، ۲۵)، تجربه هیجانات ناخوشایند (۳، ۸، ۱۱، ۱۲، ۲۲)، کنترل هیجان (۶، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۸)، اجتناب (۴، ۱۳، ۱۴، ۲۱، ۲۳) و نشانه های هیجانات پردازش نشده (۱، ۲، ۵، ۲۰، ۲۴) است. نمره ۱ به پاسخ کاملاً مخالفم، نمره ۲ برای پاسخ مخالفم، نمره ۳ برای پاسخ نظری ندارم، نمره ۴ برای پاسخ موافقم و نمره ۵ برای پاسخ کاملاً موافقم داده می شود. باکر و همکاران ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده و ۵ عامل استخراج کردند. ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ توسط طراحان آزمون گزارش شد. در ایران نیز لطفی ضریب همبستگی این مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴ بدست آورد که حاکی از روایی همگرای آزمون است.

است که عبارتند از: پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش های مساوات طلبی و جهت گیری عقیدتی ساخته شده است. این ابزار به صورت پنج گزینه ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع لیکرت است) در نظر گرفته شده است (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف)، که به هریک از یک تا پنج امتیاز داده می شود. ضریب آلفای «پرسش نامه انریچ» در گزارش اولسون، فورینرو و دراکمن، برای خرده مقیاس های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش های مساوات طلبی به ترتیب از این قرار است: ۰/۹۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۱، ۰/۷۲. ضریب آلفای خرده مقیاس های انریچ در چندین تحقیق متفاوت از ۰/۶۸ (برای نقش های مساوات طلبی) تا ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ بوده است. اعتبار بازآزمایی پرسش نامه در فاصله ۴ هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) با میانگین ۰/۸۶ بوده است. در کشور ایران اولین بار سلیمانیان، همبستگی درونی آزمون را برای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کرده است. میرخشتی، در پژوهشی با عنوان «بررسی میان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان» ضریب آلفای کرونباخ که نشان دهنده اعتبار وثبات و همسانی درونی

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان عاطفه هراسی

جلسات	محتوای هر جلسه
اول	آشنایی اولیه با بیمار، برقراری رابطه درمانی، ایجاد اعتماد در بیمار نسبت به حفظ اطلاعات بیمار، بیان اصول و قراردادهای درمانی و روند برگزاری جلسات، اجرای پرسشنامه های پژوهش
دوم	شناسایی دفاع ها: چگونگی اجتناب از احساس انطباقی
سوم	شناسایی احساس های فعال ساز انطباقی: کدام احساس ها مورد ترس و اجتناب واقع شده اند؟
چهارم	شناسایی اضطراب ها/بازداری ها: علل اجتناب از احساس های انطباقی
پنجم	اشاره به دفاع های مورد استفاده علیه عواطف هراس آور، اعتباربخشیدن به دفاع ها
ششم	اشاره به توانمندی هایی که در کنار دفاع ها وجود دارند، مدیریت دفاع ها
هفتم	شناسایی پیامدهای رفتار دفاعی: سود و زیان، تکلیف خانگی
هشتم	بررسی تکلیف خانگی، تفکیک منشا دفاع ها از حفظ دفاع ها: گذشته در مقابل حال
نهم	سوگواری برای فقدان های ناشی از دفاع ها، ایجاد همدلی نسبت به خود، تکلیف خانگی
دهم	بررسی تکلیف خانگی، شناسایی نفع ثانویه دفاع ها: معانی و پاداش های نهفته، تکرار مداخلات جهت تقویت انگیزه برای رها کردن دفاع ها
یازدهم	مواجهه با عواطف هراس آور، بازداری پاسخ: بازسازی دفاع در صورت لزوم
دوازدهم	شناسایی دام ها در تجربه عاطفه، ایجاد ظرفیت های ابزار و دریافت
سیزدهم	بازسازی احساس مثبت نسبت به خود و دیگران، ایجاد ظرفیت پذیرش احساس های خود و دیگران، تکلیف خانگی
چهاردهم	بررسی تکلیف خانگی، یافتن و تشویق صدای گمشده، تشویق والدگری برای خود

1

Baker, Thomas, Thomas, Gower, Santonastaso, Whittlesea

جدول ۲. خلاصه پروتکل درمانی هیجان مدار

جلسات	محتوای هر جلسه
اول	آشنایی اولیه با بیمار، برقراری رابطه درمانی، ایجاد اعتماد در بیمار نسبت به حفظ اطلاعات بیمار، بیان اصول و قراردادهای درمانی و روند برگزاری جلسات، اجرای پرسشنامه های پژوهش
دوم	آگاهی بیشتر نسبت به هیجانات، یادگیری توصیف هیجانات به طور واضح و همراه با جزئیات، تکلیف خانگی
سوم	بررسی تکلیف خانگی، افزایش آگاهی از لایه های چندگانه تجارب هیجانی، ارزش گذاری هیجانات در موقعیت های مختلف بر مبنای آسیب زنده و کمک کننده بودن
چهارم	کمک برای شکل دادن تنظیم هیجانی بهتر، افزایش پذیرش
پنجم	ایجاد روش های سالم برای سازگاری با موقعیت هایی که اغلب هیجانات ناسازگار را فراخوانی می کنند، تکلیف خانگی
ششم	بررسی تکلیف خانگی، تکرار مداخلات جهت تقویت استفاده از هیجان سازگار در موقعیت مناسب، یادگیری جایگزین نمودن هیجانات آسیب زا
هفتم	تهیه قراردادی شخصی که افکار مخرب ناشی از هیجانات ناسازگار و ناهنجار را به چالش می کشد
هشتم	کاربرد تمرینات درمان هیجان محور در زندگی روزمره، اجرای پس آزمون

در این بخش ابتدا توصیفی آماری از متغیرهای پژوهش به عمل آمده و تفاوت احتمالی گروه ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می گیرد.

در این پژوهش در جهت آزمون فرضیه ها و تأیید یا رد آن ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری به همراه آزمون های تعقیبی بنفرونی جهت آزمون فرضیه ها استفاده شد.

یافته ها

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه های بازداری هیجانی به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
درمان هیجان مدار	سرکوبی	میانگین	۶۷.۲۰	۸۷.۱۳	۹۳.۱۶
		انحراف معیار	۷۰.۴	۷۴.۳	۶۳.۲
درمان عاطفه هراسی	سرکوبی	میانگین	۰۷.۲۱	۹۳.۱۷	۶۰.۱۸
		انحراف معیار	۳۳.۴	۰۶.۵	۹۱.۴
کنترل	سرکوبی	میانگین	۲۰.۲۱	۷۳.۲۱	۲۷.۲۱
		انحراف معیار	۷۶.۳	۵۹.۴	۹۱.۴
درمان هیجان مدار	تجربه هیجانی ناخوشایند	میانگین	۶۰.۲۱	۳۳.۱۶	۸۰.۱۶
		انحراف معیار	۱۵.۴	۶۰.۵	۷۷.۴
درمان عاطفه هراسی	تجربه هیجانی ناخوشایند	میانگین	۲۰.۲۱	۶۷.۱۷	۶۰.۱۸
		انحراف معیار	۴۶.۴	۴۳.۵	۴۶.۵
کنترل	تجربه هیجانی ناخوشایند	میانگین	۶۰.۲۱	۵۳.۲۲	۵۳.۲۲
		انحراف معیار	۲۲.۴	۸۲.۵	۷۲.۵
درمان هیجان مدار	نشانه های هیجان پردازش نشده	میانگین	۴۷.۲۱	۰۰.۱۶	۱۳.۱۶
		انحراف معیار	۱۵.۵	۹۶.۴	۰۴.۵
درمان عاطفه هراسی	نشانه های هیجان پردازش نشده	میانگین	۶۰.۲۱	۸۰.۱۶	۹۳.۱۷
		انحراف معیار	۸۵.۴	۶۸.۲	۷۷.۳
کنترل	نشانه های هیجان پردازش نشده	میانگین	۴۷.۲۱	۰۰.۲۲	۲۷.۲۰
		انحراف معیار	۱۰.۴	۶۴.۴	۴۴.۵
درمان هیجان مدار	اجتناب	میانگین	۳۳.۲۱	۱۳.۱۴	۶۷.۱۴
		انحراف معیار	۳۸.۵	۵۸.۵	۷۹.۵
درمان عاطفه هراسی	اجتناب	میانگین	۴۷.۲۱	۷۳.۱۶	۹۳.۱۵
		انحراف معیار	۹۷.۵	۸۰.۵	۳۹.۵
کنترل	اجتناب	میانگین	۲۰.۲۱	۶۰.۲۲	۵۳.۲۲
		انحراف معیار	۲۸.۵	۶۳.۶	۲۴.۶

درمان هیجان مدار	کنترل هیجانی	میانگین	۳۳.۲۰	۰۷.۱۶	۶۷.۱۵
		انحراف معیار	۳۰.۵	۳۱.۵	۱۹.۵
درمان عاطفه هراسی	کنترل هیجانی	میانگین	۰۰.۲۱	۸۰.۱۶	۳۳.۱۶
		انحراف معیار	۱۳.۵	۵۲.۴	۶۰.۵
کنترل	کنترل هیجانی	میانگین	۵۳.۲۰	۶۰.۲۱	۶۰.۲۱
		انحراف معیار	۴۴.۴	۷۹.۵	۸۵.۴

مندرج در جدول، می توان به این توصیف دست زد که درمان های هیجان مدار و عاطفه هراسی باعث کاهش مؤلفه های بازداری هیجانی زنان با رضایت زناشویی پایین شده است.

همچنان که ملاحظه می شود میانگین در گروه درمان هیجان مدار و گروه درمان عاطفه هراسی در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در هر پنج خرده مقیاس کاهش نشان می دهد. براساس نتایج

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه های بازداری هیجانی با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایستا
سرکوبی	درون گروهی	۷۵.۲۲۷	۸۷.۱	۸۸.۱۲۱	۲۱.۱۷	۰۰۱.۰	۲۹.۰
	تعامل مراحل* گروه	۴۳.۲۰۴	۷۴.۳	۷۰.۵۴	۷۲.۷	۰۰۱.۰	۲۷.۰
	بین گروهی	۵۳.۴۰۵	۰۰.۲	۷۶.۲۰۲	۶۴.۴	۰۲.۰	۱۸.۰
تجربه هیجانی ناخوشایند	درون گروهی	۱۰.۱۷۶	۹۶.۱	۸۹.۸۹	۳۶.۸	۰۰۱.۰	۱۷.۰
	تعامل مراحل* گروه	۱۶.۱۸۸	۹۲.۳	۰۲.۴۸	۴۷.۴	۰۰۱.۰	۱۸.۰
	بین گروهی	۸۶.۳۹۰	۰۰.۲	۴۳.۱۹۵	۴۱.۳	۰۴.۰	۱۴.۰
نشانه های هیجان پردازش نشده	درون گروهی	۶۶.۳۳۱	۳۳.۱	۸۱.۲۴۹	۰۹.۱۶	۰۰۱.۰	۲۸.۰
	تعامل مراحل* گروه	۵۶.۱۷۲	۶۶.۲	۹۹.۶۴	۱۹.۴	۰۱.۰	۱۷.۰
	بین گروهی	۸۶.۲۷۴	۰۰.۲	۴۳.۱۳۷	۲۳.۳	۰۴.۰	۱۳.۰
اجتناب	درون گروهی	۹۱.۳۸۱	۸۲.۱	۹۰.۲۰۹	۵۴.۱۵	۰۰۱.۰	۲۷.۰
	تعامل مراحل* گروه	۹۶.۳۸۷	۶۴.۳	۶۱.۱۰۶	۸۹.۷	۰۰۱.۰	۲۷.۰
	بین گروهی	۱۳.۷۱۲	۰۰.۲	۰۷.۳۵۶	۶۶.۴	۰۲.۰	۱۸.۰
کنترل هیجانی	درون گروهی	۴۲.۲۰۶	۴۹.۱	۰۴.۱۳۹	۶۳.۱۰	۰۰۱.۰	۲۰.۰
	تعامل مراحل* گروه	۸۵.۲۰۳	۹۷.۲	۶۶.۶۸	۲۵.۵	۰۰۱.۰	۲۰.۰
	بین گروهی	۵۷.۳۸۷	۰۰.۲	۷۹.۱۹۳	۲۳.۳	۰۴.۰	۱۳.۰

و کنترل هیجانی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که مؤلفه های سرکوبی، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب، تجربه هیجانی ناخوشایند و کنترل هیجانی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است ($P > 0.05$). با توجه به نتایج جدول ۴ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین سه گروه درمان هیجان مدار، درمان عاطفه هراسی و کنترل در سطح 0.05 برای مؤلفه های سرکوبی، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب، تجربه هیجانی ناخوشایند و کنترل هیجانی معنادار است ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مؤلفه های سرکوبی، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب، تجربه هیجانی ناخوشایند و کنترل هیجانی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح 0.05 برای مؤلفه های سرکوبی، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب، تجربه هیجانی ناخوشایند و کنترل هیجانی معنا دار است ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مؤلفه های سرکوبی، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب، تجربه هیجانی ناخوشایند و کنترل هیجانی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنا دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین مؤلفه های سرکوبی، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب، تجربه هیجانی ناخوشایند و کنترل هیجانی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بین مؤلفه های سرکوبی، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب، تجربه هیجانی ناخوشایند

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین های نمرات در سه گروه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
سرکوبی پس آزمون	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۰۷.۴	۶۴.۱	۰.۲۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۸۷.۷	۶۴.۱	۰.۰۱
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۸۰.۳	۶۴.۱	۰.۰۴
تجربه هیجانی ناخوشایند پس آزمون	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۳۳.۱	۰۵.۲	۷۹.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۲۰.۶	۰۵.۲	۰.۱۰
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۸۷.۴	۰۵.۲	۰.۱۰
نشانه های هیجان پردازش نشده پس آزمون	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۸۰.۰	۵۴.۱	۸۶.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۰۰.۶	۵۴.۱	۰.۰۱
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۲۰.۵	۵۴.۱	۰.۰۱
اجتناب پس آزمون	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۶۰.۲	۲۰.۲	۴۷.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۴۷.۸	۲۰.۲	۰.۰۱
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۸۷.۵	۲۰.۲	۰.۰۳
کنترل هیجانی پس آزمون	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۷۳.۰	۹۱.۱	۹۲.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۵۳.۵	۹۱.۱	۰.۲۰
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۸۰.۴	۹۱.۱	۰.۰۴
سرکوبی پیگیری	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۶۷.۲	۵۶.۱	۰.۱۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۳۳.۴	۵۶.۱	۰.۰۱
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۶۷.۱	۵۶.۱	۰.۰۴
تجربه هیجانی ناخوشایند پیگیری	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۸۰.۱	۹۵.۱	۶۳.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۷۳.۵	۹۵.۱	۰.۰۱
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۹۳.۳	۹۵.۱	۰.۰۳
نشانه های هیجان پردازش نشده پیگیری	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۸۰.۱	۷۵.۱	۵۷.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۱۳.۴	۷۵.۱	۰.۱۰
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۳۳.۲	۷۵.۱	۰.۰۴
اجتناب پیگیری	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۲۷.۱	۱۲.۲	۸۲.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۸۷.۷	۱۲.۲	۰.۰۱
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۶۰.۶	۱۲.۲	۰.۱۰
کنترل هیجانی پیگیری	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	-۶۷.۰	۹۱.۱	۹۴.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	-۹۳.۵	۹۱.۱	۰.۱۰
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	-۲۷.۵	۹۱.۱	۰.۰۲

سرکوبی، نشانه‌های هیجان پردازش نشده، اجتناب، تجربه هیجانی ناخوشایند و کنترل هیجانی می‌باشد. همچنین میزان کاهش در گروه مبتنی بر درمان هیجان‌مدار در مؤلفه سرکوبی بیشتر از گروه درمان عاطفه هراسی بوده است ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان عاطفه هراسی و درمان هیجان‌مدار بر بازداری هیجانی زنان با رضایت زناشویی پایین انجام شد. نتایج نشان داد که فرض صفر رد شده و درمان هیجان‌مدار و درمان عاطفه‌هراسی در شرکت کنندگان گروه‌های آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر معناداری بر بازداری هیجانی در زنان دارای

از نتایج جدول ۵ می‌توان نتیجه گرفت که روش (درمان‌های درمان هیجان‌مدار و درمان عاطفه هراسی در مقایسه با گروه کنترل) بر مؤلفه‌های سرکوبی، نشانه‌های هیجان پردازش نشده، اجتناب و تجربه هیجانی ناخوشایند تاثیر داشته‌اند. همچنین با توجه به اینکه کاهش مؤلفه‌های سرکوبی، نشانه‌های هیجان پردازش نشده، اجتناب و تجربه هیجانی ناخوشایند در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند کاهش مؤلفه‌های سرکوبی، نشانه‌های هیجان پردازش نشده، اجتناب و تجربه هیجانی ناخوشایند در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان‌های درمان هیجان‌مدار و درمان عاطفه هراسی) بر مؤلفه‌های

مشکلات زناشویی داشته است. همچنین میزان کاهش در گروه مبتنی بر درمان هیجان مدار در مؤلفه سرکوبی بیشتر از گروه درمان عاطفه هراسی بوده است. همسو با این یافته، اسلامی مهر نشان داد زوج درمانی متمرکز بر هیجان به طور معناداری اضطراب و اجتناب زوجین را کاهش داده و سبک دلبستگی زوجین را بهبود بخشیده است. مطالعه کلویتر و همکاران نشان داد، نتایج درمان هیجان مدار به مدت ۲ سال پس از درمان ثابت دارند و این درمان از جهت عود مشکلات زناشویی دغدغه‌ای ندارد. در مطالعه میلیکین، مصاحبه با زوجین در پایان درمان هیجان مدار نشان داد که آن‌ها در مطالعه خود بیشتر از هیجان‌ات اولیه و زبان دلبستگی استفاده کرده و همدلی بیشتری را گزارش کرده‌اند. در همین راستا می‌توان به تحقیق جانسون و تالیمن (۲۵) اشاره کرد که نشان دادند زوج درمانی متمرکز بر هیجان به شکل معناداری باعث پیوند رابطه بین زوجینی که دارای درماندگی در روابط خود بوده‌اند، می‌شود. در تبیین این یافته ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که در رویکرد هیجان مدار فرایندهای هیجانی سازمان دهنده‌ترین عنصر برای تمیز روابط کارآمد از ناکارآمدند. به نظر می‌رسد که شیوه‌های رهگزینی زوج-ها در واکنش به تفاوت‌ها، ناهمگونی‌های دموگرافیک، نابرابری‌ها در روابط، شیوه‌های اثرگذاری تخریبی ادراکات و شناخت‌ها بر قضاوت‌های زوج‌ها، چرخه‌های ناکارآمد ارتباطی و تعارضات، همه و همه در ایجاد و حفظ هیجان منفی مشترک می‌باشند. به عبارت دیگر کلیه مقولات مذکور در نقطه‌ای به اشتراک می‌رسند و این نقطه همان تولید و ابقاء هیجان‌های منفی است. بی‌تردید شناخت، رفتار و هیجان همواره به شیوه‌های پیچیده با یکدیگر در تعامل هستند ولی در این میان هیجان‌ات جرقه آغازین هستند. جرقه‌ای که رفتارهای پس‌آیند را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. در درمان هیجان محور، هیجان تعیین کننده‌ترین عامل در شکل‌دهی به درام‌های آشفته ساز ارتباطی قلمداد می‌شود. اما آن چه مایه خرسندی است آن است که همین عامل از مزین پادزهر شدن نیز برخوردار است و پتانسیل بهبود این آشفته‌گی‌ها را نیز در خود دارد. این هیجان است که رفتارهای دلبسته گونه را سامان می‌دهد. در حقیقت در درمان هیجان مدار، هیجان‌ات و نقش آن‌ها را بازشناسی و سپس توسعه می‌دهند. در این رویکرد تجربه و سپس ابراز هیجان‌ات مثبت و منفی، آماج درمان و مهم‌ترین تسهیل‌کننده تغییر شناخته می‌شوند، امری که در سایر مدل‌های غیر تجربی به دیده اغماض نگریسته شده است (۲۶). به نظر پژوهشگر، هیجان، به طور کلی در روابط و در روابط صمیمانه زوج‌ها به قدری حائز اهمیت است که اگر نامش را در اصلی‌ترین عناوین درمان بخش ننگ‌جانیم، نیروی قدرتمندی را بدون استفاده رها کرده و عامل شفاف‌بخش فعالی را به دیده اغماض نگریسته‌ایم. تمرکز و تأکید درمانگر هیجان-محور، بیشتر بر روی درگیری‌های هیجانی بین زوج‌هاست. درمانگر به زوج‌ها کمک می‌کند تا آگاهی‌شان را در مورد هیجان‌ات، نیازها و جنبه‌هایی از خود که هنوز به مالکیت در نیامده‌اند را افزایش دهند. در رویکرد هیجان مدار افراد یاد می‌گیرند که تأثیرات عوامل ناخودآگاه را بر روابط خویش درک کرده و با خود متمایزسازی، زندگی زناشویی خویش را از تأثیرات مخرب آن حفظ کنند. همچنین به بخشی از مشکلات ارتباطی که مربوط به سبک

دلبستگی افراد می‌شود، آگاهی پیدا می‌کنند و با در نظر گرفتن اثرات آن بر سبک ارتباطی و رضایت‌شان از رابطه، به همدیگر در هرچه ایمن‌تر شدن دلبستگی‌شان کمک می‌کنند و برای تحقق این امر، از نحوه ارتباطی خود شروع می‌کنند. بدین صورت که زن یا مردی که معمولاً سبک ارتباطی متوقع را به کار می‌گیرند و احتمالاً دارای سبک دلبستگی دوسوگرا می‌باشند از این پس کمتر در رابطه از خود انرژی صرف می‌کنند و از سوی دیگر زن یا مردی که معمولاً نقش کناره‌گیر را داشته و او نیز احتمالاً دارای سبک دلبستگی اجتنابی می‌باشد، از این پس بیشتر در رابطه درگیر می‌شود تا بتواند در حین حفظ استقلال خویش، گامی برای صمیمیت و حل تعارضات و مشکلات رابطه بردارد و در واقع زوجین برای مدتی نقش‌هایشان را باهم عوض می‌کنند و با تمرین نقش جدید آن را به گنجینه رفتارهایشان اضافه می‌کنند. جانسون مطرح می‌کند که همان‌گونه که تفکر باید‌ها را دگرگون می‌کند، دگرگونی هیجانی نیز تنها از طریق احساس کردن عمیق میسر است. بنابراین اثربخشی با اهداف و ماهیت مداخلات درمانی این رویکرد همسو و هماهنگ است و مداخلات این رویکرد توانسته در کاهش بازداری هیجانی اثربخش باشد. از سویی با توجه به باورها و طرحواره‌های سنتی که در فرهنگ نظام‌های شناختی در کشور ما در بین افراد و خانواده‌ها وجود دارد، اعم از این باورها که خودداری و ابراز احساسات و هیجان‌ات چه مثبت و چه منفی، امری مثبت تلقی می‌شود و ابراز هیجان‌ات نشان دهنده ضعف و ناتوانی برای آن‌ها می‌باشد (سرکوبی عواطف و احساسات یک ارزش تلقی می‌گردد). با استفاده از مداخلات به کار گرفته شده در رویکرد هیجان محور زوج‌ها قادر می‌گردند که از هیجان‌ات خود آگاه شوند، آن‌ها را لمس کرده و نقش آن‌ها را در ایجاد چرخه‌های معیوب و مثبت ارتباطی کشف کرده و هیجان‌ات خود را از نو قاب‌گیری نمایند. اکتشاف هیجانی، بازسازی هیجانی-شناختی، در دسترس بودن، پاسخگو بودن هیجانی همسر، ایجاد همدلی، پذیرش مثبت بدون قید و شرط یکی از همسران منجر به پاسخگویی هیجانی و ابراز ناامنی‌های هیجانی در همسر او (کامل کردن گشتالت‌های ناتمام هیجانی) می‌گردد و در نهایت هر یکی از زوجین فضای امن عاطفی را تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد که مولفه‌های هیجانی مهم‌ترین و در عین حال زیربنای زندگی زناشویی زوج‌ها محسوب می‌گردد و مداخلات به کار گرفته شده در این رویکردها می‌تواند با توجه به ساختار شناختی و هیجانی زوج‌های ایرانی نقش مهمی در کاهش بازداری هیجانی زوجین داشته باشد.

در تبیین بخشی درمان عاطفه هراسی باید گفت که دفاع‌ها با هدف کاهش ترس و اضطرابی به کار می‌روند که احساسات و افکار ممنوع برانگیخته‌اند. شناخت ماهیت ترس، سطح اضطراب تجربه شده و راه‌های به دنیای که ترس در آنها هدایت می‌شود در تشخیص اهمیت خاصی دارند و در سراسر طول درمانگری باید واریسی شوند. دوانلو سه بستر ظهور ترس و اضطراب را مقوله‌بندی کرده است از این رو درمانگر علاوه بر شناسایی بستر تجلی ترس در بیمار شدت آن را نیز باید مشخص نماید در عین حال مشاهده ترکیبی از بسترهای تجلی ترس چندان دور از انتظار نیست. درمانگر همچنین باید میزان ترسی که بیمار در جلسه درمانگری حس می‌کند و ترس

Korean Journal of Rehabilitation Nursing, 22(1), 38-47.

3. George, D., Luo, S., Webb, J., Pugh, J., Martinez, A., & Foulston, J. (2015). Couple similarity on stimulus characteristics and marital satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 86, 126–131.
4. Moon, K. J., Chung, M. L., & Hwang, S. Y. (2020). The Perceived Marital Intimacy of Spouses Directly Influences the Rehabilitation Motivation of Hospitalized Stroke Survivors. *Clinical Nursing Research*, 1054773820924573.
5. Lee, Y. S. (2018). Marital satisfaction among Korean commuter couples. *Asian Journal of Social Science*, 46(1-2), 182-203.
6. Dastyar, N., Sarasiyabi, A. S., Moharer, G. S., & Navidian, A. (2018). Effect of Group Assertiveness-Based Sexual Counseling on Marital Satisfaction among Female University Students. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 12(6).
7. Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X. (2019). Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. *International Journal of Psychology*, 54(3), 369-376.
8. Whillans, A. V., Pow, J., & Norton, M. I. (2018). Buying Marital Bliss: Time-Saving Purchases Promote Relationship Satisfaction. *Harvard Business School*.
9. Barakat, Fatima; Amini, Naser; Deira, Ezzat and Shafaabadi, Abdullah. (1401). The effectiveness of the integrated model of divorce prevention, the approach based on encouragement and the approach based on compassion and forgiveness on increasing emotional intimacy and family adaptability in couples applying for divorce. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 49(11), 277-249.
10. Face, Hashemiah; Ezgoli, Gitti; Abul Maali, Khadija and Nasiri, Maleeha. (2016). Investigating the relationship

وی در خارج از جلسه درمانگری را نیز مقایسه نماید و از این طریق نشانه‌های شکنندگی یا سطح سازش یافتگی کارکردهای ایگو را مشخص سازد. افزون بر این کمک به افراد جهت مشاهده و توجه به ترسشان به آنها خود تنظیمی صحیح را می‌آموزد. هنگامی که افراد از روی عادت ترسشان را نادیده می‌گیرند، ترس تنظیم نشده باقی می‌ماند از این رو درمانگر هر دفاعی را که مانع تنظیم ترس می‌شود در لحظه قطع کرده و توجه فرد را به تجربه بدنی‌اش در همان لحظه جلب می‌کند از این رو ترس را نمی‌توان در گذشته یا آینده تنظیم کرد بلکه فقط در همان لحظه ظهور در فرایند درمان قابل تنظیم است. بررسی علیت به درمانگر عاطفه‌هراسی امکان می‌دهد مراحل تنظیم ترس را درک کند و در جلسات روان‌درمانی احساسات ناخودآگاه ترس را بر می‌انگیزد و دفاع‌ها در پاسخ به احساسات و ترس ظاهر می‌شود از این رو دفاع تداوم‌بخش ترس است و حلقه بازخوردی‌ای ایجاد می‌کند که تا همیشه سیستم عصبی خودمختار را فعال نگه دارد. درمانگر باید شناخت‌های مخرب ناشی از همذات‌پنداری با مهاجم را قطع کند تا حلقه بازخورد متوقف شود. سپس، احساس برانگیزاننده ترس فرد را کنکاش کرده و ظرفیت افراد در تعدیل هیجانات را تقویت کند.

در این پژوهش فقط از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده کرد و به دلیل محدودیت‌های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده‌های پژوهش استفاده نشد. نمونه پژوهش صرفاً زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بودند، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر شهرها و مناطق بایستی جانب احتیاط را رعایت نمود. بسیاری از رویکردهای کنونی زوج‌درمانی بر اساس مفاهیم بنیادین درمان هیجان‌محور توسعه پیدا کرده‌اند و برخی از آنها (همانند رویکردهای زوج‌درمانی راه‌حل‌محور و داستان‌درمانی) وجوه تشابه زیادی با رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌محور دارند. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی اثربخشی این رویکرد به همراه رویکردهای نوین زوج‌درمانی دیگر (همچنان که ذکر شدند، رویکردهای زوج‌درمانی داستان‌درمانی، راه‌حل‌محور، رفتاری-التقاطی) بر بازداری هیجانی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند. با توجه به اثربخشی رویکردهای هیجان‌محور و عاطفه‌هراسی پیشنهاد می‌شود که مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران فنون و روش‌های کاربردی آنها را فرا گرفته و در مراکز مشاوره و محیط‌های بالینی جهت درمان مشکلات مربوط به بازداری هیجانی زوجین به کار گیرند.

References

1. Faraji, Jamaluddin; Sanai, Bagher and Namur, Homan. (1400). Investigating factors affecting marital exhaustion of couples in Tehran. *Journal of Islamic Health-Oriented Lifestyle*, 5(1): 47-60.
2. Park, H. J. (2019). The effects of perceived stress, marital intimacy and mental health on the climacteric adaptation in middle-aged women in urban areas. *The*

(Emotional Response-inhibition in Young Depressed Adults). *Journal of affective disorders*, 281, 303-311.

17. Alonso-Ferres, M., Righetti, F., Valor-Segura, I., & Expósito, F. (2021). How Power Affects Emotional Communication During Relationship Conflicts: The Role of Perceived Partner Responsiveness. *Social Psychological and Personality Science*, 1948550621996496.

18. Sani, Sahar; Bankdari, Nasreen and Shaygan Menesh, Zahra. (2019). The effectiveness of body language training on students' emotional inhibition and obedience schemas. *Research of Nations*, 55.

19. McCullough, Kan.; Andrews, Kaplan and Wolf, Horley. (2003). *Treatment of phobias*. Translated by Elham Estad, Mahin Dehghani and Mahmoud Dehghani. (2017). Tehran: Arjamand Publication.

20. Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Dalgleish, 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.

21. Johnson, D. W., & Tallitman, R. T. (1999). Making cooperative learning work. *Theory into practice*, 38(2), 67-73.

22. Denton, W.H., Wittenborn, A.K., & Golden, R.N. (2010). Augmenting Antidepressant Medication Treatment of Depressed Women With Emotionally Focused Therapy for Couples: A Randomized Pilot Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 2338.

23. Zuccarini, D., Johnson, S.M., Dalgeish, T.L., & Makinen, J.A. (2013). Forgiveness and Reconciliation in Emotionally Focused Therapy for Couples: The Client Change Process and Therapist Interventions. *Journal of Marital Fam Ther*, 39(2), 14862.

between personality traits and marital satisfaction based on the big five personality factors model: a systematic review. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 22 (5), 121-132.

11. Qian, Y., & Sayer, L. C. (2016). Division of labor, gender ideology, and marital satisfaction in East Asia. *Journal of Marriage and Family*, 78(2), 383-400.

12. Spectacular, Razieh; Tabrizi, Mustafa; Mardani Rad, Mozghan and Kerami, Abolfazl. (2019). Comparison of the effectiveness of positivity therapy and meaning therapy on the difficulty of emotion regulation in women. *Journal of the Faculty of Medicine of Mashhad University of Medical Sciences*, 63 (5), 2-19.

13. Dimaggio, G., MacBeth, A., Popolo, R., Salvatore, G., Perrini, F., Raouna, A., ... & Montano, A. (2018). The problem of overcontrol: Perfectionism, emotional inhibition, and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 71-78.

14. Gordon-King, K., Schweitzer, R. D., & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders featuring emotional inhibition: A multiple baseline case series. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(4), 263-269.

15. Burke, T. A., Allen, K. J., Carpenter, R. W., Siegel, D. M., Kautz, M. M., Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2021). Emotional response inhibition to self-harm stimuli interacts with momentary negative affect to predict nonsuicidal self-injury urges. *Behaviour research and therapy*, 103865.

16. Cha, J., Speaker, S., Hu, B., Altinay, M., Koirala, P., Karne, H., ... & Anand, A. (2021). Neuroimaging correlates of emotional response-inhibition discriminate between young depressed adults with and without sub-threshold bipolar symptoms

24. Johnson, S., & Zuccarini, D. (2010). Integrating Sex and Attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(4), 431-445.
25. Taghipour, Behzad; Beshrpour, Sajjad; Barzgaran, Ruqiya; Zare, Narjes; Zali pure butter, blessing. (2019). The effectiveness of emotion regulation training on attention bias and emotional inhibition in women with social anxiety disorder. *Psychological Studies*, 16(2). 56-41.
26. Johnson, G. V. (2004). Tau phosphorylation in neuronal cell function and dysfunction. *Journal of cell science*, 117(24), 5721-5729.