رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۴، شماره پیاپی۹۷، تیر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(4), 2024

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر روابط موضوعی و کیفیت رابطه زناشویی در مردان و زنان دارای ازدواج مجدد

The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Object Relations and Marital Relationship Quality in Men and Women with Remarriage

زینب ظریف منش
دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر اصغر جعفری (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
دکتر سمیرا وکیلی
استادیار، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر محمد قمری
استاد، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Zeinab Zarifmanesh
PhD student of Counseling, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Dr. Asghar Jafari *
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran. a.jafari@kashanu.ac.ir
Dr. Samira Vakili
Assistant Professor, Department of Counseling, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Dr. Mohammad Ghamari
Professor, Department of Counseling, Sciences and research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر روابط موضوعی و کیفیت رابطه زناشویی در مردان و زنان دارای ازدواج مجدد انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری بود. جامعه آماری مردان و زنان دارای ازدواج مجدد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بهزی در تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر واجد شرایط انتخاب و در گروه‌های ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های روابط موضوعی (BORI) بل و همکاران (۱۹۸۶) و کیفیت رابطه زناشویی (RDAS) باسبی و همکاران (۱۹۹۵) بودند . برنامه درمان هیجان‌مدار (EFT) در ۱۰جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی برای گروه آزمایش اجرا شدند و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار در کاهش روابط موضوعی و افزایش کیفیت رابطه زناشویی تاثیر دارد و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار مانده است (P<۰/۰۱). بنابراین درمان هیجان‌مدار می‌تواند روابط موضوعی در مردان و زنان دارای ازدواج مجدد را کاهش دهد و کیفیت رابطه زناشویی آنان را افزایش دهد.

واژه‌های کلیدی: *روابط موضوعی، رابطه زناشویی، هیجان‌مدار، ازدواج مجدد.*

Abstract

The purpose of the present study was to determine the effectiveness of emotion-focused therapy on object relations and marital relationship quality in men and women with remarriage. the methodology was quasi-experimental with pretest-posttest and control with follow-up. The statistical population included men and women with remarriage referring to the counseling center of Behzei in Tehran in 2022. Through purposeful sampling, 30 participants who met the inclusion criteria were selected and randomly assigned to two groups of EFT or control ($n_1=n_2=15$(. research tools were the questionnaires of Bell & et al, 's object relations (BORI) and Busby & et al, 's marital relationship quality (RDAS), which were administered in three stages for two groups and EFT to the experimental group during ten weekly, 90-minute sessions and data were analyzed using mixed model repeated measures analysis variance. Results showed that EFT effect on decreasing object relations and increasing marital relationship quality and this effect remained stable in follow-up ($P<0.001$). Therefore, EFT can decrease object relations in men and women with remarriage and increase their marital relationship quality.

Keywords: *Object relations, Marital relationship, EFT, Remarriage.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آذر ۱۴۰۲** | **پذیرش: دی ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

مقدمه

رابطه زناشویی چیزی بیشتر و مقاوم‌تر از یک رابطه عادی و دوستانه بین دو نفر با توانایی، استعداد، نیاز، اعتقاد و باورهای گوناگون است و در بیشتر جوامع یک قاعده مهم تلقی می‌شود. معمولا عوامل گوناگون فردی، اجتماعی، عاطفی و روان‌شناختی پایداری و انسجام این نهاد دیرینه و سازنده اجتماعی را تضعیف می‌کنند. اگر چه زوج‌ها در نخستین روزهای ازدواج تعهد دائمی به یکدیگر دارند، اما بعضی از زوج‌ها به مرور زمان دچار تعارض می‌شوند (بیانی و همکاران، ۱۴۰۲). انسان‌ها به دلایل مختلفی مانند موضوع عشق، امنیت اقتصادی، محافظت، امنیت عاطفی، احساس آرامش، فرار از تنهایی و تمایلات جنسی ازدواج می‌کنند (برادبوری و بودنمن[1]، ۲۰۲۰).

یکی از شکل‌های رایج ازدواج در دنیا ازدواج مجدد است که به دلایل مختلفی مانند طلاق یا مرگ یکی از همسران اتفاق می‌افتد و سرعت بروز تعارضات و مشکلات زناشویی در ازدواج مجدد بیشتر از ازدواج اول است (قنبری برزیان و همکاران، ۱۴۰۲). در زمینه ازدواج صاحب‌نظران حوزه خانواده و ازدواج بر این باورند که افراد بر اساس تجربیات دوران کودکی خود با مراقبان اولیه، الگوهای درونی خاصی خود را می‌سازند. این الگوها روی احساس، افکار، رفتار و تغییر رفتارها و نگرش‌ها در ازدواج و روابط مهم بعدی تأثیر اساسی می‌گذارند. کیفیت این رابطه اولیه روی انتخاب‌های بعدی فرد تاثیر می‌گذارد. انتخاب همسر مهم‌ترین انتخاب هر فرد در زندگی است که متاثر از این رابطه است (هاشمی و جعفری، ۱۴۰۰).

به روابط اولیه کودک و مادر و چگونگی شکل‌گیری دنیای درونی کودک و روابط آتی فرد در بزرگسالی با این رابطه اولیه، روابط موضوعی گفته می‌شود. روابط موضوعی را بازنمایی‌های فرد از خود و دیگران و عواطف همراه با این بازنمایی‌ها است که در سال‌های اول زندگی شکل می‌گیرد (کلاکین[2] و همکاران، ۲۰۲۰). در نظریه‌های روان پویشی، روابط موضوعی در تبیین سلامت، انواع ریخت‌های آسیب-شناختی و حتی ساختارهای شخصیتی نقش اساسی دارد (بیانی و همکاران، ۱۴۰۲). نقص در روابط موضوعی به نقص در پردازش هیجانی، سرکوب هیجانی و در نتیجه بروز مشکلات روان‌شناختی منجر می‌شود. ابعاد مختلف روابط موضوعی شامل خودمیان‌بینی، دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های عدم رضایت زناشویی هستند (عباسی و همکاران، ۱۴۰۰). لایو[3] و همکاران (۲۰۲۰) همسران متعارض را کسانی می‌دانند که از عادات و شخصیت همسر خود ناراضی بوده و دارای مشکل ارتباطی در حوزه‌های گوناگون هستند.

یکی از دیگر ابعاد روابط زوج‌ها، کیفیت روابط زناشویی است که نقش اساسی در کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (هاشمی و جعفری، ۱۴۰۰). کیفیت رابطه زناشویی، مفهومی چندبعدی است که ابعاد گوناگون روابط زوج‌ها مانند سازگاری، رضایت، شادکامی، انسجام و تعهد را در بر می‌گیرد و مهم‌ترین عامل تعیین کننده در پیشگیری از بروز تعارضات زناشویی است (پیرمردوند چگینی و کرمی، ۱۴۰۰).

یکی از مداخلات روان‌شناختی که اثربخشی آن در مشاوره فردی و زوج‌درمانی تایید شده است، درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار تلفیق نظریه‌های تجربه‌گرایی و دلبستگی است که توسط جانسون و گرینبرگ[4] (۱۹۸۵) مطرح شد. این درمان با کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد رابطه دارد. در درمان هیجان‌مدار، هیجان‌های سازگار و ناسازگار اولیه و هیجان‌های واکنشی ثانویه بررسی می‌شوند (اسانو[5]، ۲۰۱۹). درمان هیجان‌مدار سه راهبرد دارد: اصلاح معنای عاطفی غیرانطباقی در ارتباط با تجربه‌های ترس، اضطراب و شرم، دسترسی به هیجان‌های انطباقی مهار شده و فراهم کردن یک تجربه اصلاحی. هدف مهم این رویکرد کمک به افراد است که احساسات و نیازهایشان را روشن‌سازی کنند و پذیرش عاطفی بیشتری داشته باشند. تجربه هیجان‌ها در سازگاری شناختی و اجتماعی، در سازمان‌دهی تجربه فرد از واقعیت، احساس به خود و دیگران نقش اساسی دارند (کوچلین[6] و همکاران ، ۲۰۱۸). در درمان هیجان مدار نظر بر این است شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی خود را سازماندهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی زوج‌ها به درماندگی زناشویی منجر می‌شود. درمان هیجان‌مدار بر تغییر رفتارهای دلبستگی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز دارد. این رویکرد به فرد کمک می‌کند تا از نیازهای هیجانی کلیدی خود و ظرفیت جستجو و پاسخگویی به دیگران آگاه شوند (نانس[7]، ۲۰۲۱). امروزه درمان هیجان‌مدار و برنامه‌های

1 Bradbury & Bodenmann
2 Clarkin
3 Lau
4 Johnson & Greenberg
5 Asano
6 Koechlin
7 Nunes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

مبتنی بر آن برای درمان پریشانی زوج‌ها، بدکارکردی خانواده‌ها و مشکلات فردی از جمله افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه استفاده می‌شوند (گریمن و جانسون[1]، ۲۰۲۲). ویلیامز[2] و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که درمان‌های متمرکز بر هیجان می‌توانند سبب افزایش سلامت، عشق و شادی در زوج‌ها شود. نانس (۲۰۲۱) اعتقاد دارد پردازش هیجان‌ها اولین گام برای آگاهی و غلبه بر انسداد هیجان‌ها و بررسی منشاء آن و عوامل تداوم‌بخش است. تفکیک و یکپارچه‌سازی حالات هیجانی یکی از مهم‌ترین گام‌های درمان است (واندرهارت و ریدبرگ[3]، ۲۰۱۹).

زوج‌درمانی هیجان‌مدار عناصری مانند تجربه‌گرایی، مراجع‌محوری، ساخت‌گرایی و نگاه سیستمی را در کار ستون اصلی خود یعنی دلبستگی قرار داده است. بر اساس این الگوی درمانی، هیجانات ظرفیت ذاتی سازگارانه دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به زوج‌ها کمک کنند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند. درمان هیجان‌مدار به زوج‌ها کمک می‌کند که از طریق تسهیل ایجاد پیوندهای دلبستگی ایمن، تغییرات پایداری در رضایت زناشویی به دست آورند (ویب[4] و همکاران، ۲۰۱۷).

مرور پیشینه‌های پژوهش نشان داد که متغیرهای روابط موضوعی و کیفیت روابط زناشویی از جمله عوامل مؤثر بر سلامت روانی افراد هستند که نقش مهمی در کیفیت رابطه زناشویی و به دنبال آن افزایش رضایت‌زناشویی زوج‌ها ایفا می‌کنند که این مهم می‌تواند ضمن ارتقاء سلامت‌روانی زوج‌ها، به استحکام بنیان خانواده نیز کمک کند (نظرپور و همکاران، ۱۳۹۹). افزایش آمار ازدواج‌های مجدد در جامعه و از طرفی دیگر بروز مشکلات زناشویی و طلاق بیشتر در ازدواج‌های مجدد نگرانی‌هایی هستند (قنبری برزیان و همکاران، ۱۴۰۲)، که ضرورت این مطالعه را ایجاب می‌کند. از آن جایی که روابط موضوعی و کیفیت رابطه زناشویی از سازه‌های اساسی زندگی زناشویی هستند و تاثیرات عمیقی روی رابطه همسران می‌گذارند و با توجه به این که کیفیت رابطه زناشویی بالا می‌تواند سطح سازگاری، رضایت و تعهد زناشویی همسران را بالا ببرد و بر عکس ناکارآمدی این دو سازه می‌تواند زندگی زناشویی را با مشکل مواجه سازد و زمینه بروز تعارض زناشویی را ایجاد کند، مطالعه روابط موضوعی و کیفیت رابطه زناشویی همسران دارای ازدواج مجدد ضرورت داشت. افزون بر این، طبق نتایج پیشینه‌های قبلی به نظر می‌رسد اثربخشی درمان هیجان‌مدار می‌تواند تاثیر مطلوبی روی این دو سازه داشته باشد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار در روابط موضوعی و کیفیت رابطه زناشویی مردان و زنان دارای ازدواج مجدد انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری مردان و زنان دارای ازدواج مجدد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بهزی در منطقه ۱ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کسب نمره پایین‌تر از ۴۲ در پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی و نمره بالاتر از ۳۰ در پرسشنامه روابط موضوعی، مشکل زناشویی داشته باشند، تمایل به همکاری با پژوهش داشته باشند و عدم شرکت در جلسات آموزشی و درمانی دیگر که در نتیجه پژوهش اثرگذار باشد. و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل این موارد بودند: عدم تمایل یا ناتوانی در انجام تکالیف درمان هیجان‌مدار، اعلام نارضایتی به ادامه همکاری و داشتن دو جلسه غیبت متوالی. به منظور اجرای مداخله در یک جلسه با تمام شرکت‌کنندگان در مرکز مشاوره بهزی درباره اهداف پژوهش، اصول رازداری و محرمانه بودن اطلاعات و نتایج پژوهش و زمان حضور و تعداد جلسات توضیح داده شد. مداخلات برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به صورت فردی اجرا شد. همه شرکت‌کنندگان قبل و پایان مداخلات درمانی و یک ماه بعد در مرحله پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. تا پایان دوره هیچ افت شرکت‌کننده وجود نداشت. با توجه به ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام مداخلات، برنامه درمان هیجان‌مدار به طور فشرده در ۳ جلسه برای شرکت‌کنندگان در گروه کنترل اجرا شد و همه شرکت‌کنندگان در صورت تمایل توانستند از نتایج پژوهش بهره‌مند شوند. این پژوهش تحت کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1401.247 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی انجام گرفت. در نهایت داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

1 Greenmon & Johnason
2 Williams
3 Van der hart & Rydberg
4 Wiebe

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

ابزار سنجش

مقیاس کیفیت روابط زناشویی[1] (RDAS): فرم تجدیدنظر شده مقیاس کیفیت زندگی زناشویی توسط باسبی[2] و همکاران (۱۹۹۵) به منظور سنجش میزان کیفیت روابط زناشویی ساخته شد. این پرسشنامه از ۱۴ گویه و ۳ خرده مقیاس توافق (۶ سئوال)، رضایت (۵ سئوال) و انسجام (۳ سئوال) تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند و نمرات بالا نشان دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. نمره‌گذاری بصورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (همیشه اختلاف داریم = ۰ و توافق دائم داریم = ۵) است. پایایی مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس رضایت زناشویی ، انسجام و توافق زوج‌ها به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۹۰ و ۰/۷۹ گزارش شد. همچنین همبستگی کیفیت زناشویی با سازه‌های رضایت زناشویی ۰/۳۹، با انسجام زوج‌ها ۰/۳۶ و با توافق زوج‌ها ۰/۳۳ بدست آمد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند و روایی این مقیاس را تایید می‌کنند (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵). ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف مقیاس کیفیت زناشویی در کل نمونه برای ۱۴ ماده و عامل‌های چهارگانه استخراج شد که به تفکیک جنس رضایت‌بخش و بالا بود (بالای ۷۰) که حاکی از همگونی و همسانی ماده های پرسشنامه هستند (صداقت‌خواه و بهزادی‌پور، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه روابط موضوعی بل[3] (BORI): این پرسشنامه دارای ۴۵ سئوال صحیح و غلط است (بل و همکاران، ۱۹۸۶). این پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس دارد ۱) بیگانگی[4]: نمرات بالا در این بعد نشان‌دهنده فقدان اعتماد در روابط و ناتوانی در حفظ روابط با ثبات و راضی‌کننده است. ۲) دلبستگی ناایمن[5]: نمره بالا در این بعد نشان‌دهنده نگرانی مرضی برای دوست داشته شدن و طرد نشدن و زودرنجی از جانب دیگران است. ۳) خودمحوری[6]: نمرات بالا در این بعد نشان‌دهنده مشغولیت مداوم با اهداف و نیازهای خود در روابط، ناتوانی در همدلی و سرمایه‌گذاری عاطفی و متوقع بودن در روابط است. ۴) بی‌کفایتی اجتماعی[7]: نمرات بالا بیانگر دشواری فرد در دوست‌یابی و نگرانی در روابط، به خصوص با جنس مخالف است (بل، ۱۹۹۵). در پژوهشی بل و همکاران (۱۹۸۶) روایی و پایایی این ابزار تایید شد. نتایج حاکی از همسانی درونی و پایایی دو نیمه بالا در هر چهار خرده‌مقیاس بود. در پژوهش جمیل و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ برای چهار مقیاس بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمحوری و بی‌کفایتی اجتماعی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهشی دیگر با استفاده از این ابزار، اختلال شخصیت مرزی را از بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا متمایز کرد و افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، تنها در مقیاس بیگانگی، با دقت پیش‌بینی ۰/۷۷ تا ۰/۸۲ از دیگر گروه‌ها متمایز شدند (بل و همکاران، ۱۹۸۸). در ایران ضریب آلفای کرونباخ را برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دلبستگی ناایمن و بیگانگی، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین همبستگی بین سیاهه ۹۰ سئوالی فرم بازنگری شده و خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ بود (هادی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

برنامه درمان هیجان‌مدار[8] (EFT): برنامه درمان هیجان‌مدار طبق نظریه گلدمن و گرینبرگ[9] (۲۰۱۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اجرا شد که خلاصه آن در جدول ۱ گزارش شده است.

1 Revied Dyadic Adjustment Scale
2 Busby
3 Bell's Object Relation Inventory
4 alienation
5 insecure attachment
6 egocentricity
7 social incompetence
8 emotion focuse therapy
9 Goldman & Greenberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

جدول۱. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (اقتباس از گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵)

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
۱	آشنایی و معرفی برنامه درمانی	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات مراجعان از درمان.	از شرکت‌کنندگان خواسته شد: خاطرات و تجربه‌های هیجانی گذشته خود را وارسی و موارد مهم را یادداشت کنند.
۲	تحلیل و تغییر هیجانات	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که مراجعان چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی زنان و مردان، آشنایی مراجعان با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مراجعان.	تمرین روش پردازش هیجانی و تلاش برای پذیرش احساسات خود در تعاملات
۳	تحلیل و تغییر هیجانات	شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به مراجع، آگاهی دادن به مراجعان در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرآیندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی.	تمرین تجربه هیجان‌ها و پذیرش احساسات خود در تعاملات
۴	درگیری هیجانی عمیق	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه مراجعان به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آنها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش.	تمرین ابراز هیجان‌ها و تلاش برای تنظیم هیجانی
۵	درگیری هیجانی عمیق	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر مراجع در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها.	تمرین کار با صندلی برای هیجان‌ها
۶	درگیری هیجانی عمیق	آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین مراجعان.	تلاش برای از بین بردن وقفه‌های هیجان
۷	تحکیم و یکپارچه سازی	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین افراد و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی.	تمرین تنظیم هیجان‌ها و بازسازی مشکل
۸	تحکیم و یکپارچه سازی	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفت. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به‌گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌ها آسیبی به رابطه آنها وارد نکند، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون.	تمرین رفتار و تجربه احساسات بر اساس بینش تجربه‌ای در زندگی

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان هیجان‌مدار به ترتیب ۳۳ و ۳/۷ و در گروه گواه ۳۲ و ۲/۹ بودند. در گروه درمان هیجان‌مدار ۴۰ درصد (۶ نفر) زن و ۶۰ درصد (۹ نفر) مرد و در گروه گواه ۵۳ درصد (۸ نفر) زن و ۴۷ درصد (۷ نفر) هم مرد بودند.

جدول۲. میانگین و انحراف معیار داده‌ها در سه مرحله اندازه گیری (۱۵ نفر در هر گروه)

		روابط موضوعی		کیفیت روابط زناشویی	
گروه ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۳۶/۵۳	۵/۳۰	۲۵/۱۳	۴/۱۵
	پس‌آزمون	۲۰/۰۶	۴/۱۵	۴۴/۴۳	۶/۸۹
	پیگیری	۲۰/۰۲	۴/۱۰	۴۴/۴۸	۶/۱۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

گواه	پیش‌آزمون	۳۶/۰۶	۵/۶۲	۲۶/۴۶	۵/۰۵
	پس‌آزمون	۳۶/۲۶	۵/۰۳	۲۶/۵۳	۵/۰۹
	پیگیری	۳۶/۴۳	۵/۴۳	۲۶/۳۹	۵/۸۸

در جدول ۲، میانگین نمرات کیفیت روابط زناشویی گروه درمان هیجان‌مدار به میزان قابل توجهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین میانگین نمرات روابط موضوعی گروه درمان هیجان‌مدار به میزان قابل توجهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. در صورتی که این تغییرات در گروه گواه مشاهده نمی‌شود. نتایج آزمون شاپیرو ویلک برای کیفیت روابط زناشویی و روابط موضوعی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۸ است که حاکی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی نمره‌ها است (P>۰/۰۵). مقادیر آماری آزمون لون برای متغیرهای پژوهش به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۹ بدست آمد که حاکی از برقراری مفروضه برابری واریانس‌ها است (P>۰/۰۵). همچنین مقادیر آماری کرویت موخلی برای متغیرهای پژوهش به ترتیب ۰/۴۳ و ۰/۸۷ است که برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس را نشان می‌دهد (P>۰/۰۵). بنابراین برای بررسی تاثیر مداخلات مبتنی بر درمان هیجان‌مدار در افزایش کیفیت روابط زناشویی و کاهش روابط موضوعی در زوج‌های دارای ازدواج مجدد از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۳ استفاده شد.

جدول۳ نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در گروه‌های تحت درمان هیجان‌مدار و کنترل در سه مرحله

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
روابط موضوعی	درون‌گروهی (مراحل)	۱۴۶۳/۸۱	۲ و ۲۷	۷۳۱/۹۰	۵۶/۳۱**	۰/۵۴
	بین‌گروهی (مداخله)	۷۴۱/۲۷	۱ و ۲۸	۷۴۱/۲۷	۶۱/۰۲**	۰/۵۵
	تعامل (مراحل*مداخله)	۱۲۹۸/۸۹	۱ و ۲۷	۱۲۹۸/۸۹	۶۵/۲۳**	۰/۶۰
کیفیت روابط زناشویی	درون‌گروهی (مراحل)	۱۶۸۲/۱۵	۲ و ۲۷	۸۴۱/۰۷	۵۴/۶۴**	۰/۵۱
	بین‌گروهی (مداخله)	۸۷۸/۲۵	۱ و ۲۸	۸۷۸/۲۵	۵۸/۳۳**	۰/۵۶
	تعامل (مراحل*مداخله)	۱۱۳۵/۵۲	۱و ۲۷	۱۱۳۵/۵۲	۶۳/۲۵**	۰/۵۸

در جدول ۳ تفاوت بین‌گروهی و درون‌گروهی نمرات شرکت‌کنندگان در سه مرحله اندازه‌گیری و اثر تعامل در این سه مرحله معنی‌دار است (P<۰/۰۱). درمان هیجان‌مدار در کاهش روابط موضوعی و افزایش کیفیت روابط زناشویی در زوج‌های دارای ازدواج مجدد اثر داشته و اثر تعامل برای کاهش روابط موضوعی ۶۰ درصد و برای افزایش کیفیت روابط زناشویی ۵۸ درصد است (P<۰/۰۱). بنابراین درمان هیجان‌مدار در کاهش روابط موضوعی و افزایش کیفیت روابط زناشویی در زوج‌های دارای ازدواج مجدد اثر معنی‌داری داشته است (P<۰/۰۱).

جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخله بر متغیرهای پژوهش

متغیر		زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش		
			تفاوت میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
روابط موضوعی		پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۶/۴۷ **	۲/۲۳	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۱۶/۵۱ **	۲/۱۷	<۰/۰۰۱
		پس آزمون- پیگیری	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۵۴۱
کیفیت روابط زناشویی		پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱۹/۳ **	۳/۱۲	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۱۹/۳۵ **	۳/۱۷	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۶۸۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

نتایج جدول۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های گروه تحت درمان هیجان‌مدار در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار هستند که نشان‌دهنده تاثیر مداخلات در کاهش روابط موضوعی و افزایش کیفیت روابط زناشویی و ماندگاری این تاثیر در مرحله پیگیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار در روابط موضوعی و کیفیت رابطه زناشویی مردان و زنان دارای ازدواج مجدد انجام شد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان هیجان‌مدار در افزایش کیفیت روابط زناشویی زوج‌های دارای ازدواج مجدد تاثیر داشت. این یافته با نتایج پژوهش های نظرپور و همکاران (۱۳۹۹)، حیدری و همکاران (۱۴۰۰)، حسینی اردکانی (۱۳۹۹)، گرینمن و جانسون، ۲۰۲۲)، ویلیامز و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبرو شدن آنها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند و در نتیجه آنها را از سلامت روان بالاتری برخوردار می شوند. کنترل هیجانی شامل مدیریت هیجان‌های منفی یا مثبت برای مقابله با موقعیت‌ها و شرایط بوده و در برگیرنده نوعی بازداری در بروز منفعلانه هیجان‌هاست (گریمن و جانسون، ۲۰۲۲). زوج‌درمانی هیجان‌مدار با دیدگاه دلبستگی به روابط زوج‌ها می‌نگرد و عقیده دارد زمانی روابط زوج‌ها دچار مشکل می‌شوند که از نظر دلبستگی دچار آسیب شده باشند و این آسیب زمانی رخ می‌دهد که نیازهای دلبستگی تامین نشوند. در شرایطی که یکی از همسران به طرف مقابل نیاز داشته باشد و طرف مقابل پاسخگو و در دسترس نباشد در نتیجه این آسیب، فضای امن در رابطه از بین می‌رود و ترس‌ها و ناامنی‌ها جایگزین می‌شوند و زوج‌ها در یک چرخه منفی و معیوب ارتباطی قرار می‌گیرند. از این‌رو این رویکرد به دنبال ایجاد پیوند ایمن بین زوج‌ها و افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن آنها و اصلاح الگوی منفی انتقاد دفاع، تعفیب گریز است. برای رسیدن به این هدف (پیوند ایمن) از آنجایی که رویکرد هیجان‌مدار معتقد است زیربنای الگوی منفی زوج‌ها، هیجان‌های اولیه‌ای است که از آگاهی آنها خارج است. این هیجان‌ها را عامل مشکل و همچنین عامل تغییر می‌داند و تاکید دارد ابراز هیجان و بیان نیازهای دلبستگی نقش کلیدی در سازماندهی تعاملات دارد و می‌تواند زمینه را برای ایجاد چرخه تعاملات رضایت بخش‌تر فراهم آورد که در نتیجه آن پیوند امن‌تری را برای زوجین برقرار می‌کند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان به هیجانات ثانویه مراجع توجه می‌شود، فضای امن را ایجاد می‌کند و به دنبال این است که در این فضای امن هیجان‌های اولیه مراجع که عامل اصلی آشفتگی در روابط هستند و عمدتاً از آگاهی مراجع خارج است بروز داده شوند و تجربه شوند، نیازهای دلبستگی بیان شوند و با پاسخگو بودن هر یک از همسران رابطه به سمت رابطه‌ای امن که در آن هر یک از همسران از نظر هیجانی باز و خالق هستند، گرایش پیدا کنند. نتایج نشان داد که بیان هیجانات اولیه می‌تواند به فرد احساس خوبی بدهد و فرد بعد از تخلیه هیجانی احساس آرامش کند و این افراد توانستند بر خشم خود کنترل داشته باشند و اثرات منفی را از بین ببرند و ارتباط بین فردی را بهبود بخشند. درمان هیجان مدار از طریق بکارگیری مفاهیم درمان انسان‌گرایانه، همدلی عمیقی را با مراجع برقرار می‌کند و مراجع را در شرایطی امن قرار می‌دهد تا با برانگیختن حس اعتماد در مراجع، او بهتر بتواند آنچه را که اتفاق افتاده بپذیرد و باور کند. همچنین بتواند هیجان‌های سازگارانه‌تری را جایگزین کند (حیدری و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین طبق این رویکرد، به نظر می‌رسد وقتی فرد احساس می‌کند همسرش در دسترس نیست، پاسخگو نیست، و انتقادکننده یا طردکننده است، اغلب از راهبردهای تنظیم هیجانی استفاده می‌کند که ناخواسته یک رابطه مختل را تداوم می بخشد، تشدید می‌کند و پیوند بین آنها را تضعیف می‌کند. این راهبردها، شامل سرزنش‌گری، کناره‌گیری کردن و بی‌محلی کردن می‌شوند. در مرحله اول درمان هیجان‌مدار، یعنی تنش‌زدایی، درمانگر به هر کدام از افراد کمک می‌کند تا بطور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی که این چرخه منفی ایجاد می‌کند را به عنوان دشمن متقابل خود ببینند. در مرحله دوم، یعنی بازسازی، همسران تلاش می‌کنند تا ترس‌ها و خواسته‌های دلبستگی خود را کشف و در میان بگذارند و به تدریج راه‌هایی را بیابند و به طور روشن این ترس‌ها و خواسته‌ها را به شیوه‌ای برای هم ابراز کنند که نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگو بودن یک پیوند ایمن‌تر را تسهیل کند. زوج می‌تواند پس از این وارد مرحله سه یعنی تحکیم منافع کسب شده در درمان شوند تغییر در درمان هیجان‌مدار زمانی رخ می‌دهد که درمانگران به افراد کمک می‌کنند تا عناصر موجود در این رقص رابطه‌ای مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شده و پاسخ‌ها شروع به تغییر کردن می‌کنند، یک چرخه مثبت‌تر به وجود می‌آید که به شخص کمک می‌کند تا به سمت پیوندی ایمن‌تر پیش برود (نانس، ۲۰۲۱). به نظر می‌رسد درمان هیجان‌مدار به مردان و زنان دارای ازدواج مجدد کمک می‌کند تا عواطف و هیجان‌های مرتبط با ازدواج قبلی خود و سایر رویدادهای آسیب‌زای گذشته

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

در زندگی زناشویی خود را بیشتر بپذیرند و از رویارویی با تفکرات و نشانه‌هایی که یادآور ازدواج قبلی و سایر رویدادهای آسیب‌زا هستند، اجتناب نکنند و به جای اجتناب، اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر یادگیری‌های جدید سازماندهی کنند (دروری و همکاران، ۲۰۱۹). لذا پس از طی نمودن این فرآیند، فرد به وسیله پذیرش تفکرات مثبت و تحربه هیجان‌ها، از بند تفکرات نشخوارکننده و هیجان‌های ناکارآمد رهایی می‌یابد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان هیجان‌مدار افراد از وجود هیجان‌های منفی خود آگاه می‌شوند و می‌توانند هیجان‌های خود را در موقعیت‌های مختلف زندگی باز ارزیابی کنند و مشکلات احتمالی در مراحل بعدی زندگی را کاهش دهند (هوری و کیم، ۲۰۱۹).

همچنین نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار در کاهش روابط موضوعی در زوج‌های دارای ازدواج مجدد اثربخش بوده است. این یافته با نتایج پژوهش اسماعیلی و همکاران (۱۴۰۰)، پاور (۲۰۲۳)، گنز و همکاران (۲۰۲۲) و پاور (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آن جایی که روابط موضوعی افراد وضعیت قابل‌تغییر درون‌روانی در فرآیند تحول روانی هستند که طی تجارب هیجانی شکل می‌گیرند و به دو نوع روابط موضوعی سالم یا آسیب‌پذیر منجر می‌شود، در مراحل بعدی زندگی می‌تواند به طور اساسی رابطه زناشویی را تحت تاثیر قرار دهد. روابط مختل اوایل کودکی با والدین که به شکل‌گیری ساختارهای درون‌روانی معیوب از خود و دیگران منجر می‌شوند، یکی از عوامل درون روانی بسیار مهمی است که روی روابط بین‌فردی فرد تاثیر می‌گذارد (کلاکین و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت چون تمرکز درمان هیجان‌مدار بر روی هیجان است. به گونه‌ای که از هیجان‌ها می‌توان برای هدایت و تحریک فرد به سمت فعالیت‌ها و پاسخ‌های جدید استفاده کرد. در این روش با انعکاس و شدت هیجان، فرد از تأثیر هیجان‌های ثانویه مانند تحریک/ عصبانیت به سمت احساسات عمیق بنیادی و هیجان‌های اولیه مانند ترس و ناراحتی حرکت می‌کند (اسانو، ۲۰۱۹). در فرآیند تنظیم هیجان مراجعان یاد می‌گیرند، هیجان‌های خود را بیان کنند، آنها را بپذیرنند و احساسات مربوط به آنها را تجربه کنند. هیجان‌ها دارای توانایی درونی انطباقی هستند و چنان‌چه فعال شوند، به مراجعان کمک می‌کنند تا وضعیت هیجانی مشکل‌شان را تغییر دهند (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۰). همچنین، چون هیجان‌های انسان خاصیت سازگاری ذاتی دارند زمانی که هیجان‌ها در درمان هیجان‌مدار فعال می‌شوند، به بیماران کمک می‌کنند حالات هیجانی مشکل‌ساز و یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. تنظیم هیجان روی الگوهای آسیب‌پذیری روانی تاثیر می‌گذارد و افرادی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود در برابر حوادث روزمره نیستند، دوره‌های طولانی و سختی از اختلال‌های روانی- جسمانی را تجربه می‌کنند. تفکیک و یکپارچه‌سازی حالات هیجانی یکی از مهم‌ترین مولفه‌های بهبود اختلالات روان- تنی است (واندرهارت و ریدبرگ، ۲۰۱۹).

در فرآیند تحول روانی، آخرین مرحله جدایی – فردیت، پایداری شیء لیبیدویی است، که تقریباً در سال سوم زندگی روی می‌دهد. در این مرحله، کودکان باید بازنمایی درونی پایداری را از مادرشان پرورش دهند به طوری که بتوانند جدایی جسمانی از او را تحمل کنند. در صورتی که این پایداری شیء لیبیدویی رشدنایافته باشد، آنان وابسته بودن به حضور جسمانی مادرشان را به خاطر امنیت خودشان، ادامه می‌دهند. علاوه بر این کودکان باید یاد بگیرند بدون مادرشان عمل کنند و روابط شیء دیگری را پرورش دهند. اشکال در روابط موضوعی را به صورت اشکال در ابراز محبت، همدلی، اعتماد، ادارک دنیا به صورت قابل حامی، محافظ و ایمن (محیط محافظ)، هویت یکپارچه، ظرفیت صمیمیت و نزدیکی با دیگران، ثبات در روابط بین‌فردی و خوش خلقی تعریف می‌کند (پاور، ۲۰۲۳). بنابراین، درمان هیجان‌مدار به دلیل تاکیدی که بر روابط دلبستگی در بروز هیجانات و الگوهای ارتباطی افراد دارد، می‌تواند با ایمن‌سازی سبک دلبستگی افراد در طول این درمان به بهبود کیفیت روابط موضوعی آنها بپردازد. به عبارت دیگر، تمرکز درمان هیجان‌مدار بر پذیرش و عدم سرکوب هیجان‌ها، شناسایی و تمیز دادن هیجان‌های ثانویه از اولیه و کاوش کردن طرحواره‌های هیجانی ناسازگار تا رسیدن به احساسات و پاسخ‌های سازگارانه‌تر است که موجب می‌شود در مدت زمان نسبتاً کوتاهی افراد قادر شوند تا الگوهای مخرب ارتباط با دیگران و خویشتن را شناسایی کرده؛ و در سایهٔ تصدیق درمانگر از پاسخ‌های تازه ظهور کرده سازگارانه‌ترشان، الگوهای ارتباطی خویش را ارتقاء بخشند. علاوه‌براین، درمان هیجان‌مدار با کمک به کاوش کردن هیجانات ثانویه، دسترسی پیدا کردن به هیجان‌های زیربنایی و آسیب دیدهٔ اولیه، و آشکارسازی و ابراز آنها، موجب شکستن چرخهٔ معیوب تعاملات شده و صمیمیت و دلبستگی ایمن را افزایش می‌دهد که این مهم موجب بهبود روابط موضوعی ادراک شده افراد می‌شود (گنز و همکاران، ۲۰۲۲).

به طور کلی در این پژوهش نتیجه گرفته شد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند روی کاهش روابط موضوعی و افزایش کیفیت رابطه زناشویی مردان و زنان دارای ازدواج مجدد اثر بگذارد. از آن جایی که پژوهش حاضر روی مردان و زنان دارای ازدواج مجدد در شهر تهران انجام شده است که به لحاظ نگرش به ازدواج و عوامل انگیزشی برای ازدواج مجدد متفاوت هستند، احتمال دارد که این عوامل روی نتایج

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

پژوهش حاضر تاثیر گذاشته باشد. همچنین استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند محدودیت‌هایی ایجاد می‌کند که در تبیین و تعمیم نتایج پژوهش حاضر به سایر زوج‌های دارای ازدواج مجدد باید احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی انگیزش افراد برای ازدواج مجدد مطالعه شود. با توجه به کارآمدی مداخلات درمان هیجان‌مدار، پیشنهاد می‌شود برای کاهش روابط موضوعی و افزایش کیفیت رابطه زناشویی مردان و زنان دارای ازدواج مجدد از این برنامه درمانی استفاده شود.

منابع

اسمعیلی، ف؛ نوابی نژاد، ش. و کیامنش، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه زوجین در دوران عقد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۲): ۲۵۱-۲۶۲. 10.29252/rbs.19.2.251

بیانی، ب؛ جعفری، ا؛ شفیع‌آبادی، ع. و حسینیان، س. (۱۴۰۲). مدل پیش‌بینی اختلال شخصیت وسواسی- اجباری بر اساس آسیب‌های پیچیده و روابط موضوعی با نقش میانجی توانمندی خود در زوج‌های متعارض. *فصلنامه تربیتی زنان و خانواده*، ۶۴(۱۸): ۵۵-۷۷. 20.1001.1.26454955.1402.18.64.3.1

پیرمردوند چگینی، ب. و کرمی، م. (۱۴۰۰). بررسی و مقایسهٔ مؤلفه‌های کیفیت رابطهٔ زناشویی در زوجین متقاضی طلاق و زوجین عادی. *فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۳(۴): ۶۸-۷۹.

حسینی اردکانی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب و وابستگی بین فردی زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت. *فصلنامه‌های ایده های نوین روان شناسی*، ۴(۸): ۱۱-۱.

حیدری، م؛ مرتضایی، ح؛ هجری رشتخوار؛ و مرتضایی، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار به شیوه گروهی و آموزش عملی مهارت‌های ارتباطی صمیمانه بر سازگاری زناشویی و الگوهای ارتباطی زوجین. *فصلنامه سبک زندگی با محوریت سلامت*، ۵(۲): ۱۵۳-۱۴۵.

صداقت‌خواه، ع. و بهزادی‌پور، س. (۱۳۹۶). پیش‌بینی کیفیت روابط زناشویی بر اساس باورهای ارتباطی، ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرهنگ ایرانی. *زن و جامعه*، ۸(۲): ۱-۱۷. 20.1001.1.20088566.1396.8.30.4.5

عباسی، ل؛ آزاد فلاح، پ؛ فتحی‌آشتیانی، ع. و فراهانی، ح. (۱۴۰۰). ارتباط بین ابعاد روابط موضوعی و رضایت زناشویی. *دو فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۱): ۸۱-۹۲ 10.22070/cpap.2021.3095

قنبری برزیان، ع؛ هاشمیان‌فر، ع. و داودی بنی، ب. (۱۴۰۲). مطالعه جامعه‌شناختی عوامل موثر بر گرایش زنان مطلقه به ازدواج مجدد (مطالعه موردی شهر اصفهان). *جامعه شناسی کاربردی*، ۳۴(۱): ۱۱۲-۸۹. 10.22108/jas.2023.132909.2277

گرینبرگ، ال. اس. و واتسون، جین سی. (۲۰۲۰). *درمان هیجان‌مدار برای افسردگی*. ترجمه زینب عظیمی و ابراهیم اکبری (۱۴۰۲). تهران: ارجمند.

گلدمن، ر. و گرینبرگ، ال اس. (۲۰۱۵). *فرمول‌بندی مراجع در درمان هیجان‌مدار*. ترجمه فاطمه فاضلی‌ثانی و جواد خلعتبری (۱۳۹۸). تهران: رشد فرهنگ.

نظرپور، د؛ حیدرنیا، ا؛ پوریحیی، س م. و داورنیا، ر. (۱۳۹۹). تاثیر زوج‌درمانی گروهی به شیوه تصویرسازی ارتباطی (ایماگو تراپی) بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۷(۴): ۳-۱۴.

هادی نژاد، ح؛ طباطباییان، م. و دهقانی، م. (۱۳۹۳). بررسی مقدماتی روایی و پایایی پرسشنامه روابط موضوعی و واقعیت‌آزمایی بِل. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۰ (۲): ۱۶۲-۱۶۹. 10.22034/aftj.2022.298631.1159

هاشمی، ا. و جعفری، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودمتمایزسازی در بهبود فرآیند و محتوای خانواده در زوج‌های متقاضی طلاق توافقی. *فصلنامه پژوهش های مشاوره*، ۳۰(۷۷): ۸۸-۶۱. 10.18502/qjcr.v20i77.6142

Asano, K. (2019). Emotion processing and the role of compassion in psychotherapy from the perspective of multiple selves and the compassionate self. *Case Reports in Psychiatry*, 6(1), 1-6. 10.1155/2019/7214752

Bell, M. D. (1995). *Bell object relations and reality testing inventory (BORRTI)*. Los Angeles, Calif: Western Psychological Services.

Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity and factorial analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *42*(5), 733-741. 10.1002/1097-4679(198609)42

Bradbury, T. N., & Bodenmann, G. (2020). Interventions for couples. Annual Review of Clinical Psychology, 16(1), 99-123. 10.1146/annurev-clinpsy-071519-020546

Busby, D. M., Crane, D. R., Larson, J. H., & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and non-distressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, *21*(3), 289–308. 10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x

Clarkin, J. F., Caligor, E., & Sowislo, J. F. (2020). An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53(3), 141-148. 10.1159/000508353

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

Drury, J., Carter, H., Cocking, C., Ntontis, E., Tekin Guven, S., & Amlot, R. (2019). Facilitating collective psychosocial resilience in the public in emergencies: Twelve recommendations based on the social identity approach. *Front. Public Health*, 6(7), 141. 10.3389/fpubh.2019.00141

Ganz, M. B., Rasmussen, H. F., McDougall, T. V., Corner, G. W., Black, T. T., & De Los Santos, H. F. (2022). Emotionally focused couple therapy within VA healthcare: Reductions in relationship distress, PTSD, and depressive symptoms as a function of attachment-based couple treatment. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 11*(1), 15–32. /10.1037/cfp0000210

Greenmon, P. S., & Johnason, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. current in Psyvhology, 43, 146-150. 10.1016/j.copsyc.2021.06.015

Hori, H., Kim, Y. (2019). Inflammation and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 73(4), 143-53. 10.1111/pcn.12820

Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Emotional focused- couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(3): 313-317. 10.1111/j.1752-0606.1985.tb00624.x

Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 107, 38 –45. 10.1016/j.jpsychores.2018.02.002

Lau, Y., Fang, L., & Kwong, H. K. D. (2020). Cross-lagged Models of Marital Relationships and Intergenerational Conflicts during Transition to Parenthood: Effect of Patrilineal Coresidence. *Family Process*, 59(4), 1569-1587. 10.1111/famp.12524

Nunes, S. A. (2021). Developing emotional skills and the therapeutic alliance in clients with alexithymia: Intervention guidelines. *Psychopathology*, 54, 282-290. 10.1159/000519786

Power, A. (2020). My questions about emotionally focused couple therapy (EFT) and a few answers. *Attachment New Directions in Psychology*, 14(1), 23-41. 10.33212/att.v14n1.2020.23

Power, A. (2023). Making sense of contented couples—insights from attachment theory and emotionally focused couple therapy (EFT). *Attachment*, 17(1), 10-26. 10.33212/att.v17n1.2023.10

Van der hart, O., & Rydberg, J. A. (2019). Vehement emotions and trauma-generated dissociation: A janetian perspective on integrative failure. *Trauma & Dissociation*, 3, 191-201. 10.1016/j.ejtd.2019.06.003

Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Burgess, M. 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 Familiy Therapy*, 43(2), 213-226. 10.1111/jmft.12199

Williams, J. L., Hardt, M. M., Henschel, A. V., & Eddinger, J. R. (2019). Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 273, 336-342. 10.1016/j.psychres.2019.01.020

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]