

مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و ایماگوتراپی بر سازگاری فردی زوجین (در سال های اولیه ازدواج)\*  
 نازنین شیدان فر<sup>۱</sup>، شکوه نوایی نژاد<sup>۲</sup>، ولی اله فرزاد<sup>۳</sup>

## Comparison of the effectiveness of treatment of focused emotional couples and imago couples therapy on individual adjustment in couples (in the first years)

Nazanin Sheidanfar<sup>1</sup>, Shokoh Navabinejad<sup>2</sup>, Valiollah Farzad<sup>3</sup>

### چکیده

**زمینه:** مطالعات متعددی پیرامون بررسی اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار و ایماگوتراپی بر صمیمیت زوجین، کیفیت روابط و تعارضات زناشویی زوجین انجام شده است. اما پژوهشی که به مقایسه اثر زوج درمانی هیجان مدار و ایماگوتراپی بر سازگاری فردی زوجین پرداخته باشد مغفول مانده است. **هدف:** مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و ایماگوتراپی بر سازگاری فردی زوجین در سال های اولیه ازدواج بود. **روش:** پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زوجین ناسازگار مراجعه کننده به مراکز سلامت و سرای محله و مشاوره در شهر تهران مناطق (۱، ۸) در سال ۱۳۹۵ بود. ۲۴ زوج به روش داوطلبانه به عنوان نمونه انتخاب شدند. و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۲ زوج) جایگزین شدند. ابزار پژوهش عبارتند از: جلسات زوج درمانی هیجان مدار (جانسون، ۲۰۰۴)، جلسات ایماگوتراپی (هندریکس، ۲۰۰۴) و پرسشنامه پرسشنامه سازگاری بل (۱۹۶۱). تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد. **یافته ها:** هر دو رویکرد زوج درمانی هیجان مدار و ایماگوتراپی بر سازگاری فردی زوجین تأثیر داشتند ( $p < 0/001$ ). **نتیجه گیری:** ایماگوتراپی و زوج درمانی بر روی سازگاری فردی زوجین تأثیر گذار بود و سبب افزایش سازگاری فردی زوجین شدند. **واژه کلیدها:** زوج درمانی هیجان مدار، زوج درمانی ایماگوتراپی، سازگاری فردی، زوجین

**Background:** Numerous studies have been conducted to investigate the effectiveness of emotion-focused couple therapy and imago therapy on couple intimacy, quality of relationships, and marital conflict. But research comparing the effects of emotionally-focused couple therapy and imago therapy on individual adjustment in couples has remained neglected. **Aims:** The aim of this study was to compare the efficacy of emotion-focused couple therapy and imago therapy on the personal adjustment of couples in the early years of marriage. **Method:** This was a quasi-experimental study with two experimental groups and one control group. The statistical population of the study consisted of maladaptive couples referring to neighborhood health and counseling centers in Tehran (1, 8) districts in 2016. Twenty-four couples were selected by voluntary sampling. They were randomly divided into two groups of experimental and control (12 couples). Research instruments were: Emotional Couple Therapy Sessions (Johnson, 2004), Imago therapy Sessions (Hendrix, 2004), and Bell's Compatibility Questionnaire (1961). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. **Results:** Both Emotional Coupling Therapy and Imago therapy had a significant effect on couple's personal adjustment ( $p < 0/001$ ). **Conclusions:** Imago therapy and couple therapy had an effect on couple's personal adjustment and increased couple's personal adjustment. **Key Words:** Emotional couple therapy, imago therapy couple therapy, individual adaptation, couples

Corresponding Author: navabinejad93@gmail. Com

\* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده دوم است.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

<sup>۱</sup> Ph.D Student of counseling, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

<sup>۲</sup> استاد، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Professor, Department of counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه مشاوره ای آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران

<sup>۳</sup> Associate Professor, Department of counseling, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۱/۱۱

دریافت: ۹۸/۰۸/۰۶

## مقدمه

محسوب می‌شود که مهمترین جنبه تحول وجود شخص است. این امر نه تنها در سازگاری با اطرافیانی که فرد با آنها در ارتباط است، بلکه بعدها در میزان موفقیت شغلی و تحصیلی نیز تأثیر دارد (مینگر و وایتزمن؛ ترجمه نظیری، ۱۳۸۴). یک رابطه غنی عاطفی دربرگیرنده پتانسیل‌های فراوانی در جهت تحول و خودشکوفایی افراد است و همبستگی معناداری با احساس مثبت از خویشتن دارد کیفیت بالای ازدواج به‌طور کلی با سلامتی جسمی و روانی مرتبط است (هولت، بیرمنگام و جونز، ۲۰۰۸) و سطوح بالاتری از موفقیت و کاهش مشکلات رفتاری در خانواده‌ها را به همراه می‌آورد (لینویل و همکاران، ۲۰۱۰). در ایران در دهه ۶۰ شمسی نسبت طلاق به ازدواج ۳/۶ درصد بوده و در دهه ۷۰ به ۳/۸ درصد و در دهه ۸۰ به ۳/۱۰ درصد و در سال ۱۳۹۳ به ۶/۲۲ درصد و در شش‌ماهه نخست ۱۳۹۴ این رقم بالاتر رفته است. طبق آمارهای سازمان ملل با مقایسه با کشورهای منطقه وضعیت طلاق در کشور ما بیشتر است و نسبت به کشورهای توسعه‌یافته، یا در همان اندازه و یا پایین‌تر است. ۱۴ درصد طلاق‌ها در حال حاضر در سال نخست و ۵۰ درصد طلاق‌ها در ۵ سال اول زندگی رخ می‌دهند (بی‌نیاز، ۱۳۹۴).

در پرتو پژوهش‌های اخیر زوج‌درمانی، ثابت شده است که کیفیت روابط صمیمانه و حمایت‌های اجتماعی از مهمترین عوامل دست‌اندرکار ایجاد یا فروپاشی سلامتی روانی و جسمانی افرادند. لذا پرداختن به آنچه عملکرد مؤثر سیستم ایمنی و بهبود مواجهه با آسیب‌ها را فراهم می‌کند، در خانواده و زیرسیستم‌های آن از ضروریات می‌باشد (جانسون، ۲۰۰۴؛ ترجمه حسینی، ۱۳۸۹).

رویکردهای زوج‌درمانی هیجان‌مدار<sup>۱</sup> و ایماگوتراپی<sup>۲</sup> از جمله رویکردهای روان‌پویانه<sup>۳</sup> هستند که با شناسایی حیطه‌های درون روانی<sup>۴</sup> هر یک از همسران چگونگی خلق بافتار مشترک را نیز مورد تحلیل قرار می‌دهند (حسینی، ۱۳۸۹). زوج‌درمانی هیجان‌مدار نوعی و نگاه سیستمی<sup>۵</sup> را در کنار ستون اصلی خود یعنی نظریه دلبستگی<sup>۶</sup> قرار داده است (هاروی، ۲۰۰۵؛ ترجمه احمدی، اخوی و رحیمی، ۱۳۹۲). بر اساس این مدل درمانی، هیجان‌ها به‌خودی‌خود ظرفیت ذاتی سازگاران‌های دارند (ابراهیمی تازه‌کند، وکیلی و دکانه‌ای فرد، ۱۳۹۷) که اگر فعال شود می‌تواند به زوجین کمک کند تا مواضع

ازدواج به‌عنوان عاملی مفید و ساختار دهنده به جوامع و در جهت برآوری نیازهای شخصی افراد گسترش یافته است. رابطه زناشویی سالم عامل مهمی در ایجاد سلامت روان است که بهترین استعدادهای فرد را شکوفا می‌کند. این رابطه بهتر از هر رابطه انسانی دیگر نیاز به دلبستگی و امنیت انسان را تأمین می‌کند (مک‌کارتی و مک‌کارتی، ۲۰۰۴؛ ترجمه نوابی نژاد و همکاران، ۱۳۹۰) و درک کیفیت و ارزش آن وسیله‌ای برای درک اثراش روی تمام فرآیندهای داخل و خارج از خانواده است. سازگاری، به‌عنوان مسئله اصلی سلامتی روان، می‌تواند زیربنای عملکرد خوب، تسهیل‌کننده نقش اجتماعی و رضایت بیشتر از زندگی باشد و از سویی دیگر، وجود سازش نایافتگی، علاوه بر ایجاد مشکل در عوامل فوق، باعث بروز مشکل در روابط اجتماعی، گرایش به انحراف‌های اجتماعی و اخلاقی و افول ارزش‌های فرهنگی در فرد می‌شود (وای برنت ۲۰۰۸). سازگاری مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتهای بهنجار است که افراد در برابر محیط با هدف دستیابی به آرامش و آسایش از خود نشان می‌دهند (دین و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از هویدا، خوشنود، امین‌الشریعه، چنارانی و حاتمی‌پور، ۱۳۹۵) فرآیندی پویا، پیچیده و مستمر است که اهمیت زیادی دارد زیرا فرد از طریق آن نیازهای پیوسته در حال تغییر خود را با محیط اجتماعی دائماً در حال تغییر وفق می‌دهد (موران و همکاران، ۲۰۱۶) و همچنین با ایجاد تغییر در محیط خارجی، تغییر در خود فرد حاصل می‌گردد. حاصل این امر اگر موفقیت‌آمیز باشد، سازگاری و اگر ناموفق باشد سازش نایافتگی نامیده می‌شود (پورافکاری، ۱۳۸۵). از آنجا که سازگاری می‌تواند واجد طیف گسترده‌ای شامل ابعاد اجتماعی، خانوادگی، عاطفی، شغلی، بهداشتی باشد، برخی متخصصان سازگاری اجتماعی را در رأس سایر ابعاد می‌دانند (بارتون و همکاران ۲۰۱۳؛ به نقل از هویدا و همکاران، ۱۳۹۵) سازگاری بازتابی از تعامل با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد نقش‌ها است که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی و فرهنگ و انتظارات خانواده قرار دارد (اتکینسون، اتکینسون، اسمیت، داریل، هوکسما، ۲۰۰۱؛ ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۴) و معیار اندازه‌گیری تحول اجتماعی هر فردی

4. intrapsychic

5. systems approach

6. attachment theory

1. emotionally Focused Couple Therapy(EFCT)

2. imago Relationship Therapy(IRT)

3. psychodynamic methods

در رابطه با اثربخشی زوج‌درمانی به‌طور کلی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ایما‌گوترایی بر کیفیت زندگی زناشویی در داخل و خارج از کشور مطالعات متنوعی به طبع رسیده است که هر یک به جنبه‌هایی از این حیطه پژوهشی پرداخته‌اند. پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که این‌گونه مداخلات روانشناختی موجب کاهش تعارض و افزایش رضایت زناشویی شده است. در تحقیق جاوید خلیلی و افکاری (۱۳۹۶) به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش ایما‌گوترایی بر صمیمیت زوجین و تحول ارتباطات دوستانه صمیمانه زوجین اثر پایدار دارد. بهرادفر و همکاران (۱۳۹۵) به این نتیجه دست یافتند که رویکرد زوج‌درمانی روایتی باعث بهبود معنادار کیفیت زناشویی و رویکرد هیجان‌مدار موجب بهبود کیفیت زناشویی و کارکردهای مختل هیجانی و شناختی می‌شود. تحقیق زراعتی و موسوی (۱۳۹۵) مشخص ساختند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار توانسته موجب تغییر سبک دلبستگی و افزایش صمیمیت جنسی در گروه آزمایش گردد. تحقیق عبدالوند، سدرپوشان و دایاریان (۱۳۹۵) مشخص کردند که ایما‌گوترایی بر میزان رضایت زناشویی، صمیمیت زناشویی، تعهد و اعتماد زناشویی، شور و هیجان جنسی و عشق، تأثیر معناداری دارد. پژوهش هویدا و همکاران (۱۳۹۵) مشخص کردند که زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی پرستاران شهر ورامین و همسرانشان تأثیر معناداری دارد. تحقیق حسینی‌المدنی و شالچی (۱۳۹۴) نشان داد که ایما‌گوترایی بر کاهش تعارضات زناشویی تأثیر داشته است. این پژوهش همچنین نشان داد رویکرد ایما‌گوترایی، بر بهبود روابط جنسی و بهبود روابط با بستگان و دوستان، مؤثر نبوده است. تحقیق بازکیایی و صدقاتی‌فرد (۱۳۹۴) حاکی از رابطه معناداری بین رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین و سازگاری خانه است. تحقیق نزاکنی زاده (۱۳۹۳) حاکی از آن است که این رویکرد درمانی بر افزایش پنج خورده مقیاس عاطفی، روانشناختی، جنسی، جسمی و اجتماعی - تفریحی صمیمیت

هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند (پالمر - اولسون، گلد و وولی، ۲۰۱۱). تأکید زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر روش دلبستگی‌های سازگارانه، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و همسر او است (جانسون و ویفری، ۲۰۰۳؛ ترجمه بهرامی و همکاران، ۱۳۹۱). هدف رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار ردیابی<sup>۱</sup> و پردازش مجدد<sup>۲</sup> واکنش‌های عاطفی - احساسی<sup>۳</sup> در تعاملات زوج‌ها<sup>۴</sup> است (فتوحی، مکاییلی، عطادخت و حاجلو، ۱۳۹۶؛ اصلاحی، عارفی، حسینی، امیری، ۱۳۹۷). این واکنش‌ها به تحول سبک‌های دلبستگی<sup>۵</sup> امن‌تر و الگوی متفاوت تعامل زوج‌ها، همدلی زوج‌ها نسبت به یکدیگر و تدوین الگوهای تعاملی<sup>۶</sup> جدید منتهی می‌شود (هنرپروران، ۱۳۹۱). ایما‌گوترایی نیز که از دیگر رویکردهای مؤثر زوج‌درمانی تحلیلی<sup>۷</sup> در حل مشکلات زناشویی زوج‌ها است. این رویکرد یک نظریه یکپارچه است که با استفاده از مفاهیم بنیادین نظریه دلبستگی بالبی<sup>۸</sup>، نظریه تحلیلی یونگ<sup>۹</sup>، نظریه روابط ابژه (نظریه بین فردی)<sup>۱۰</sup>، فلسفه من - تو بوبر<sup>۱۱</sup> و نظریه یادگیری اجتماعی<sup>۱۲</sup> و تلفیق روانشناسی گشتالت<sup>۱۳</sup> و رویکرد نوروساینس<sup>۱۴</sup> مفهوم‌سازی شده است (هندریکس، ۲۰۰۸؛ ترجمه رحمانی شمس و نظری، ۱۳۹۵). این دیدگاه بر تأثیر تعامل اشخاص روی یکدیگر و پارادایم رابطه<sup>۱۵</sup> تأکید می‌کند و پارادایم فردی و سیستمی<sup>۱۶</sup> را زیر سؤال می‌برد (اعتمادی، نوابی‌نژاد، احمدی و فرزاد، ۱۳۸۵). ایما‌گوترایی هر دو مقوله‌ی تحلیل‌های درون روانی و روابط میان فردی<sup>۱۷</sup> را مورد توجه قرار می‌دهد و ریشه‌ی تمام دشواری‌های کنونی رابطه، گسیختگی‌های پیوندهای مورد انتظار در کودکی می‌داند که در روابط صمیمانه همسران پدیدار خواهد شد (آگاتاگلو، ۲۰۱۳). آماج ایما‌گوترایی بازگرداندن تجربه گمشده هر فرد از یکپارچگی است که در کودکی آن را از دست داده است (نیکخواه، بهبودی و وکیلی، ۱۳۹۸). پژوهش حاضر متمرکز بر اثربخشی دو رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ایما‌گوترایی بر زوجین در سال‌های اولیه ازدواج است.

10. object relations theory

11. Buber and "I-Thou" philosophy

12. social learning theory

13. gestalt theory

14. neuroscience approach

15. relational paradigm

16. system and individual paradigm

17. intrapsychic analyzes and Interpersonal relationships

1. tracking

2. re-process

3. access and Re-process Emotional-sensory Responses

4. interactions in couples

5. attachment styles

6. interaction patterns

7. analytic couple therapy

8. bowlby attachment theory

9. Jung's analytic theory

است: آیا بین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ایماگوتراپی بر سازگاری فردی زوجین در سال‌های اولیه ازدواج تفاوت وجود دارد؟

### فرضیه‌های پژوهش

۱. اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ایماگوتراپی بر ابعاد سازگاری فردی زوجین متفاوت است.
۲. اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ایماگودرمانی بر سازگاری فردی زوجین در طول زمان از پایداری اثر مناسبی برخوردار است.

### روش

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زوجین به دلیل عدم سازگاری و در جهت بهبود رابطه خود به مراکز سلامت و سرای محله و مشاوره در شهر تهران مناطق (۱، ۸) در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند بود. تعداد ۲۴ زوج به روش داوطلبانه به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۲ زوج) جایگزین شدند. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان پژوهش اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و همچنین آنها اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند و یا هر مرحله که بخواهند از ادامه پژوهش انصراف دهند و کسب رضایت کتبی شرکت‌کنندگان انجام شد. بنابراین بر اساس شرایط ورود و خروج، از بین ۳۲ زوج داوطلب، ۳۰ زوج انتخاب گردید. در طول دوره اجرای مداخلات درمانی که شامل ۱۰ جلسه هفتگی به صورت زوجی و به مدت یک ساعت و نیم بود، ۴ زوج به دلیل عدم حضور منظم در جلسات حذف گردیدند و ۲ زوج هم از گروه گواه ریزش داشت. در نهایت حجم نمونه شامل ۲۴ زوج بود و از آنجا که در این مطالعه هر یک از همسران به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شدند فرآیند تجزیه با ۴۸ نفر صورت گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۶/۹۴ سال و انحراف استاندارد ۵/۷۱ بوده است. محتوای مداخلات انجام شده در گروه‌های آزمایشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر گرفته از زوج‌درمانی هیجان‌مدار جانسون، ۲۰۰۴؛ به نقل از هنرپروران، (۱۳۹۱) و ایماگوتراپی بر گرفته از طرح درمان

زناشویی زنان مؤثر بوده و در سه خورده مقیاس صمیمیت عقلانی، معنوی و زیباشناختی تأثیر معناداری نداشته است.

تحقیق مورو و هالیمن و لاکوت (۲۰۱۶) مشخص ساخت که همدلی مناسب در بهبود روابط زوجینی که مداخله ایماگوتراپی دریافت کرده بودند، اثربخش است. تحقیق هندریکس، هانت و لاکوت و کارلسون (۲۰۱۵) نشان داد ایماگوتراپی نتایج بسیار مثبتی بر کارکردهای زناشویی دارد. تحقیق بورگس - موزر و همکاران (۲۰۱۵) مشخص ساخت زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تغییر روابط زوجین مؤثر بوده است.

مستقل از تفاوت‌های ذاتی این دو رویکرد، میزان اثرگذاری آنها در هر ساختار فرهنگی بخصوص، تحت تأثیر عوامل فرهنگی حاکم بر آن ساختار، تفاوت‌های بیشتری را می‌تواند شکل دهد. ابراز هیجان یک مؤلفه معتبر بین فرهنگی است و جامعه ما جزء جوامع آسیایی با تمرکز بر جمع‌گرایی است و سبک ابراز هیجان متفاوتی در مقایسه با جوامع فردگرا در آن وجود دارد (کرملو، مظاهری و متقی‌پور، ۱۳۸۸). در جوامع جمع‌گرا افراد با خانواده خود کمتر ابراز هیجانی و خودافشایی می‌کنند (ماتسوموتو و همکاران، ۲۰۰۸). از سوی دیگر قواعد ابراز سرکوب‌گرایانه هیجان‌ات منفی<sup>۱</sup> که بر جامعه ما حاکم هستند (هاشمیان، شمس، عشایری و مدرس غروی، ۱۳۹۵) و خیلی زود در زندگی از مسیر اجتماعی شدن آموخته می‌شوند (کوهباندنر، پکرون و مایر، ۲۰۱۰)، مدیریت ابراز هیجانی<sup>۲</sup> را بر اساس شرایط اجتماعی به افراد دیکته می‌کنند و بر شکل‌گیری رفتارها و روابط فرد اثر می‌گذارند. این ویژگی در جامعه ما می‌تواند منجر به عدم دسترسی به هیجان‌ات و ابراز هیجانی محدود شود که این امر عامل مهمی در تخریب روابط زناشویی است (ضیاء الحق، حسن‌آبادی، قنبری هاشم‌آبادی، و مدرس غروی، ۱۳۹۱). لذا این ضرورت احساس می‌شود که این رویکردهای زوج‌درمانی برجسته که توجه و تحقیقات زیادی را به خود اختصاص داده‌اند، در بافت فرهنگی جامعه ما مورد بررسی و مقایسه قرار گیرند. با توجه به تحقیقات ذکر شده به نظر می‌رسد از راه تحول عواطف، کاهش هیجان‌های منفی و سازمان‌دهی رفتار و توجه به پویایی‌های درون روانی و بافت ارتباطی و سیستمی بتوان به زوجین برای بهبود روابطشان کمک نمود. با توجه به مطالب بیان شده هدف پژوهش پاسخ‌گویی به این سؤال پژوهشی

2. management of emotional expression

1. negative emotions

طرح درمان به شرح جدول ۱ بود. در این پژوهش با استفاده از نرم افزارهای SPSS داده‌ها را مورد بررسی قرار دادیم. با استفاده از اطلاعات به دست آمده و وارد کردن آنها در نرم افزار SPSS داده‌های توصیفی حاصل شد. در پایان داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۱</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک استفاده شد.

هندریکس (۲۰۰۴) (به نقل از حسینی، ۱۳۹۰) در جدول ۱ ارائه شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: داشتن حداقل یک سال و حداکثر ۶ سال سابقه زندگی مشترک، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و حضور زن و شوهر تا پایان جلسات درمانی. ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم دریافت خدمات روان پزشکی و استفاده از دارو، نداشتن اختلال حاد روانی شخصیتی، نداشتن تعارض‌های حاد و بحرانی یا در آستانه طلاق بودن.

#### جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی

زوج درمانی تلفیقی هیجان مدار	
جلسه اول	آشنایی و برقراری رابطه‌ی درمانی؛ آشنایی با قوانین کلی درمان؛ بررسی انگیزه شرکت؛ ارائه تعریف هیجان و کاربرد آن؛ ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه؛ ارزیابی اهداف و انتظارات همسران از درمان
جلسه دوم	تشخیص چرخه‌ی تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران؛ چرخه‌ی تعاملی منفی خود را آشکار کنند؛ ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بین زوجین؛ ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی؛ آشنایی زوجین با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجان‌ها در تعاملات بین فرد؛ بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف پذیری همسران؛ ایجاد توافق درمانی
جلسه سوم	دستیابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند؛ تمرکز بیشتر بر هیجان‌ها؛ نیازها و ترس‌های دلبستگی؛ ایجاد فضای امن ارتباطی زوجین؛ تسهیل تعامل همسران با یکدیگر و اعتباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات دلبستگی آنها تمرکز بر هیجان‌ها ثانوی که در چرخه‌ی تعاملی آشکار می‌شوند و کاوشگری در آنها برای دستیابی به هیجان‌ها زیربنایی و ناشناخته؛ بحث در مورد هیجان‌ها اولیه؛ پردازش آنها و بالا بردن آگاهی زوج‌ها از هیجان‌ها اولیه و شناخت‌های داغ
جلسه چهارم	از نو قاب‌گیری مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی؛ تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ها و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به همسر؛ آگاهی دادن به زوج‌ها در مورد تأثیر ترس و مکانیزم‌های دفاعی خود بر فرآیندهای شناختی و هیجانی؛ هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج؛ توصیف چرخه در بافت و زمینه‌ی دلبستگی
جلسه پنجم	ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند؛ جلب توجه زوجین به شیوه‌ی تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آنها با احترام و همدلی؛ بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش تجربه‌ی تصحیحی
جلسه ششم	آگاه کردن افراد از هیجان‌ها زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر همسر در رابطه؛ تأکید بر پذیرش تجربیات همسر و راه‌های جدید تعامل؛ ردگیری هیجان‌ها شناخته شده؛ برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها
جلسه هفتم	تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی؛ توسعه تجارب هیجانی اولیه در زمینه‌ی دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی؛ ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین همسران
جلسه هشتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه؛ شفاف‌سازی الگوهای تعاملی؛ یادآوری نیازهای دلبستگی
جلسه نهم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است؛ برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است؛ شکل‌گیری رابطه بر اساس یک پیوند ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌ها آسیمی به آنها وارد ن‌سازد
جلسه دهم	بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی در مورد طرح آزمایشی؛ ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون

#### جلسات ایماگوتراپی

جلسه اول	آشنایی و برقراری رابطه‌ی درمانی؛ آشنایی با قوانین کلی درمان؛ بررسی انگیزه شرکت؛ ارائه تعریف از ایماگوتراپی؛ ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه؛ ارزیابی اهداف و انتظارات همسران از درمان
جلسه دوم	آشنایی با ساختار مغز و عملکردهای دفاعی؛ گفتگوی آگاهانه؛ گفتگوی ایماگویی؛ آینه‌سازی
جلسه سوم	گفتگوی آگاهانه؛ گفتگوی ایماگویی؛ آینه‌سازی؛ اعتباربخشی
جلسه چهارم	گفتگوی آگاهانه؛ گفتگوی ایماگویی؛ آینه‌سازی
جلسه پنجم	اعتباربخشی؛ همدلی آشنایی پیرامون تحول و تجارب کودکی؛ تصویر هدایت‌شده ذهنی؛ زوج درک کنند که تجارب کودکی‌شان چگونه بر فرآیند انتخاب همسر آنها تأثیر گذارنده است؛ یاری به زوج جهت به خاطر آوردن خاطرات کودکی‌شان و استفاده از آن خاطرات جهت درک آگاهانه هدف از رابطه

<sup>۱</sup>. multivariate analysis of covariance (MANCOVA)

## جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی

جلسه ششم	گسترش همدلی و تصویرسازی مجدد از همسر؛ گفتگوی والد - کودک؛ تمرین نوازش کردن؛ آگاهی زوجین از این که بتوانند ببینند که انتخاب همسرشان به طور ناهشیار و بر اساس ویژگی های مثبت و منفی مراقبانشان در کودکی صورت گرفته است؛ زوج وارد فرآیندی می شوند که آرام آرام متوجه می گردند دوستان یکدیگرند؛ نه دشمنان
جلسه هفتم	رمانتیک سازی دوباره رابطه؛ تمرین رفتارهای توجه آمیز؛ آگاهی درباره شگفتی های کوچک؛ تمرین خندیدن
جلسه هشتم	بیان نقشه های تحول؛ شرح اهمیت ایجاد ایمنی برای بازسازی ناکامی ها؛ اشاره به این نکته مهم که ناکامی ها آرزوهای بیان نشده به صورت منفی هستند؛ درک زوجین از این که ناکامی هایشان با همدیگر مستقیماً به بخش های گمشده درونشان برمی گردد؛ که حالا فرصت احیاء مجدد پیدا کرده اند؛ درک زوجین از اینکه لیست درخواست تغییر؛ همان نقشه تحول است؛ فرایند درخواست برای تغییر رفتار؛ درک زوجین از این که برابری نیازهای دیگری شفاف بخشی دیگری نیز هست و شفاف بخشی مذکور احیای بخش های گم شده خواهد بود
جلسه نهم	آگاهی بخشی درباره تنظیم خشم؛ فرآیند مهار خشم؛ چک کردن دقیق درخواست های تغییر رفتار؛ تأکید بر این که تغییر تمام رفتارهای درخواست شده؛ فرآیند طولانی مدت است و نیاز به ممارست دارد؛ آموزش ابراز خشم و غیظ در دامن ایمن فرآیند مهار؛ زوج کاملاً متوجه می شود که زیر ساختار خشم همیشه آسیب دیدگی است و نیاز به یادگیری شنیدن آسیب های یکدیگر دارند
جلسه دهم	بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی در مورد طرح آزمایشی؛ ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون

## ابزار

پرسشنامه سازگاری بل<sup>۱</sup> (۱۹۶۱) برای اندازه سازگاری استفاده شده است. که توسط سیمین دخت رضاخانی (۱۳۷۸) در جامعه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران و رودهن هنجاریابی گردیده است. در این پرسشنامه پاسخ آزمودنی بصورت دو گزینه ای (بله - خیر) می باشد. این آزمون در اصل ۱۶۰ سؤال داشته که در این هنجاریابی به ۱۱۰ سؤال تقلیل یافته است. این آزمون ۵ خرده مقیاس دارد که عبارتند از: سازگاری با محیط خانه، سازگاری سلامتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی، سازگاری شغلی. پایایی خرده مقیاس های آزمون سازگاری بل در فرم اصلی برای سازگاری با محیط خانه برابر است با ۰/۹۱، سازگاری سلامتی برابر است با ۰/۸۱، سازگاری از نظر اجتماعی برابر است با ۰/۸۵، سازگار هیجانی برابر است با ۰/۹۱، سازگاری شغلی برابر است با ۰/۸۵ و درستی این خرده مقیاس ها به ترتیب در فرم هنجاریابی شده برابر است با ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۸۳. ضریب های آلفای کرونباخ در مورد خرده مقیاس ها نشانگر همبستگی این خرده مقیاس ها با یکدیگر است. ضرایب پایایی تمامی خرده مقیاس ها در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۵ زوج محاسبه گردیده است و ضریب آلفای آن برای خانه ۰/۷۰، سلامتی ۰/۷۲، اجتماعی ۰/۷۰، هیجانی ۰/۷۹، شغلی ۰/۸۰ بدست آمد.

## یافته ها

به دلیل آن که سطح معنی داری در آزمون فوق الذکر از ۰/۰۵ بزرگتر است، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیرهای وابسته نرمال است ( $P > 0/05$ ). به منظور بررسی همگنی واریانس های خطای گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس آزمون، از آزمون همگنی واریانس های لون استفاده شد. شاخص آماره آزمون لون برای متغیرسازش نایافتگی هر سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنادار نیست. از این رو، می توان نتیجه گرفت، پیش فرض همسانی واریانس های خطا رعایت شده است. در جدول ۲ شاخص های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش آمده است.

جدول ۲، نشان می دهد زوج هایی که تحت مشاوره ایماگوتراپی و زوج درمانی هیجان مدار قرار گرفتند در اغلب نوبت های اندازه گیری میانگین پایین تری در سازگاری فردی داشته اند، اما گروه نمرات تغییرات زیادی در سه مرحله ارزیابی در گروه گواه ندارند. در ادامه بعد از مشخص شدن نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون آزمون ام باکس<sup>۲</sup> برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس خطاهای مشاهده شده نمرات سازگاری فردی پس آزمون و پیگیری استفاده شد سطح معنی داری مقدار ام باکس نشان داد که شاخص ام باکس برای نمرات سازگاری به لحاظ آماری معنادار نمی باشد و پیش فرض همگنی واریانس خطاها برقرار می باشد ( $P > 0/197$ ). مفروضه بعدی شرط همبستگی بین متغیرها است که با آزمون کرویت بارتلت<sup>۳</sup> برای نمرات سازگاری فردی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون

3. Bartlett's Test

1. Bell

2. M Box's Test

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود سطح معنی داری تعامل بین گروه با پیش آزمون در مؤلفه های سازگاری فردی زوجین در سطح  $P > 0/05$  معنی دار نمی باشد. بر این اساس می توان بیان نمود که این مفروضه برای تمامی مؤلفه های سازگاری فردی زوجین برقرار است.

کرویت بارتلت برای بررسی پیش فرض همبستگی بین متغیرها معنی داری شده است که تأیید می کند این مفروضه برای نمرات سازگاری فردی زوجین برقرار است ( $p < 0/004$ ). در ادامه مفروضه همسانی شیب های رگرسیون برای نمرات سازگاری فردی زوجین بررسی شد که خلاصه ای نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ایماگو تراپی	سازگاری هیجانی	۰۰/۴۳	۸۰۸/۵	۴۷/۰۰	۷۷۵/۴
	سازگاری شغلی	۶۳/۴۶	۵۹۷/۷	۵۶/۴۹	۷/۴۹۲
	سازگاری سلامتی	۱۹/۵۱	۸۹۲/۶	۵۶/۵۳	۰۹۹/۵
	سازگاری با محیط خانه	۱۹/۴۱	۷/۶۲۶	۲۵/۴۷	۹۷۱/۷
	سازگاری اجتماعی	۴۴/۴۶	۲۸۲/۶	۲۵/۵۰	۵۵۷/۶
	سازگاری هیجانی	۴۴/۴۵	۵/۷۵۶	۲۵/۵۱	۴۵۴/۳
	سازگاری شغلی	۱۹/۵۰	۷۳۶/۴	۱۳/۵۳	۶۱۲/۳
هیجان مدار	سازگاری سلامتی	۱۹/۵۴	۸۵۷/۲	۹۴/۵۶	۹۸۲/۱
	سازگاری با محیط خانه	۱۹/۴۸	۹۵۳/۳	۵۰/۵۰	۸۰۳/۴
	سازگاری اجتماعی	۰۶/۵۰	۶۶۰/۳	۶۳/۵۳	۱۱۳/۴
	سازگاری هیجانی	۰۶/۴۴	۴۳۴/۶	۰۶/۴۴	۹۴۲/۶
کنترل	سازگاری شغلی	۲۵/۴۸	۲۴۳/۷	۳۸/۴۸	۰۹۸/۸
	سازگاری سلامتی	۳۸/۵۱	۷۷۱/۶	۵۰/۵۱	۵۸۹/۷
	سازگاری با محیط خانه	۲۵/۴۴	۱۱۳/۷	۵۶/۴۴	۶۳۳/۶
	سازگاری اجتماعی	۹۴/۴۷	۳۷۲/۵	۲۵/۴۸	۱۱۶/۶
	سازگاری هیجانی	۰۰/۴۵	۰۰/۴۵	۰۰/۴۵	۰۰/۴۵

متغیر	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ارزش	معناداری
پس آزمون سازگاری هیجانی	گروه * پیش آزمون	۹/۱۸	۲	۴۴۰/۹	۳۳۲/۲	۰/۱۱۰
	خطا	۰/۱۷۰	۴۲	۰۴۸/۴		
پیگیری سازگاری هیجانی	گروه * پیش آزمون	۱/۷	۲	۵۲۸/۳	۰/۰۷۶	۰/۹۲۷
	خطا	۵/۱۹۵۶	۴۲	۵۸۳/۴۶		
پس آزمون سازگاری شغلی	گروه * پیش آزمون	۶/۲۰	۲	۲۸۱/۱۰	۱۰۸/۳	۰/۰۹۲
	خطا	۰/۱۳۹	۴۲	۳۰۹/۳		
پیگیری سازگاری شغلی	گروه * پیش آزمون	۰/۴۶	۲	۰۲۰/۲۳	۰/۴۰۳	۰/۶۷۱
	خطا	۷/۲۴۰۰	۴۲	۱۶۰/۵۷		
پس آزمون سازگاری سلامتی	گروه * پیش آزمون	۱/۲۷	۲	۵۳۴/۱۳	۸۸۹/۲	۰/۱۰۶
	خطا	۲/۱۹۶	۴۲	۶۷۰/۴		
پیگیری سازگاری سلامتی	گروه * پیش آزمون	۸/۲	۲	۴۱۶/۱	۰/۰۲۳	۰/۹۷۷
	خطا	۹/۲۵۷۷	۴۲	۳۷۸/۶۱		
پس آزمون سازگاری با محیط خانه	گروه * پیش آزمون	۵/۱۴	۲	۲۳۲/۷	۴۸۱/۱	۰/۲۳۹
	خطا	۱/۲۰۵	۴۲	۸۸۴/۴		
پیگیری سازگاری با محیط خانه	گروه * پیش آزمون	۵/۶	۲	۲۶۶/۳	۰/۰۷۶	۰/۹۲۷
	خطا	۵/۱۸۱۵	۴۲	۲۲۷/۴۳		
پس آزمون سازگاری اجتماعی	گروه * پیش آزمون	۸/۷	۲	۸۹۸/۳	۰/۸۰۳	۰/۴۵۵
	خطا	۹/۲۰۳	۴۲	۸۵۵/۴		
پیگیری سازگاری اجتماعی	گروه * پیش آزمون	۱/۱۵۰	۲	۰۴۴/۷۵	۳۱۳/۱	۰/۲۸۰
	خطا	۰/۲۴۰۰	۴۲	۱۴۲/۵۷		

منابع تغییر	لامبدای ویلکز	F	df1	df2	P	$\eta^2$
سازگاری هیجانی	۱۰۳/۰	۹۳۱/۲۶	۰/۱۰	۰/۳۱	۰۰/۱/۰	۸۹۷/۰
سازگاری شغلی	۱۰۸/۰	۷۰۹/۲۵	۰/۱۰	۰/۳۱	۰۰/۱/۰	۸۹۲/۰
سازگاری سلامتی	۱۹۷/۰	۶۵۹/۱۲	۰/۱۰	۰/۳۱	۰۰/۱/۰	۰/۸۰۳
سازگاری با محیط خانه	۰۸۸/۰	۱۳۶/۳۲	۰/۱۰	۰/۳۱	۰۰/۱/۰	۹۱۲/۰
سازگاری اجتماعی	۱۵۹/۰	۳۴۵/۱۶	۰/۱۰	۰/۳۱	۰۰/۱/۰	۸۴۱/۰
گروه	۱۷۴/۰	۳۳۳/۴	۰/۲۰	۰۰/۶۲	۰۰/۱/۰	۵۸۳/۰

آزمون و پیگیری هر ۵ مؤلفه سازگاری تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). این معنی داری ها نشان می دهد که روش های درمانی زوج درمانی ایماگوتراپی و هیجانمدار بر سازگاری فردی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره تهران در طول زمان پایداری اثر مناسب و معنی داری نشان داده اند. در رابطه با ماندگاری اثرهای درمان می توان بیان نمود که در هیچکدام از مؤلفه های سازگاری بین روش زوج درمانی ایماگوتراپی با روش هیجانمدار تفاوت معنی داری وجود ندارد، به شکلی که پس از گذشت چند ماه شاخص های به دست آمده این دو روش تفاوت معنی داری نداشتند. در ادامه به منظور بررسی دقیق تر تأثیر این روش ها بر ۵ مؤلفه سازگاری نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری موجود در دل تحلیل چند متغیری به شکل خلاصه در جدول ۵ گزارش شده است.

در جدول ۴ مشاهده می شود که مقدار F بدست آمده برای لامبدای ویلکز مقایسه گروه ها با مقدار ۴/۳۳ و با درجه های آزادی ۲۰ بر ۶۲ در سطح  $p < 0/001$  (با اطمینان ۹۹ درصد) معنی دار می باشد که نشان دهنده تغییرات معنی دار کلی در متغیرهای وابسته پژوهش است. حجم اثر برای منبع تغییر گروه ۰/۵۸۳ به دست آمده است که مقداری قوی است و نشان می دهد متغیرهای مستقل که همان زوج درمانی هیجانمدار و ایماگوتراپی هستند بر سازگاری فردی تأثیر قابل توجه ای داشته اند. در جدول ۴ مشخص شد که مقدار F بدست آمده برای لامبدای ویلکز مقایسه گروه ها با مقدار ۴/۳۳ و با درجه های آزادی ۱۴ بر ۷۰ در سطح  $p < 0/001$  (با اطمینان ۹۹ درصد) معنی دار می باشد که نشان دهنده تغییرات معنی دار کلی در سازگاری فردی زوجین بود. نتایج گزارش شده در جدول ۴ نشان داد بین نمرات پیش

منابع تغییر	متغیرها	مجموع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	معناداری	مجذورات
گروه	پس آزمون سازگاری هیجانی	۱۶۳/۰	۲	۸۱/۵۱	۱۹/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
	پیگیری سازگاری هیجانی	۵۱۳/۳	۲	۲۵۶/۶۳	۵/۴۱۵	۰/۰۰۸	۰/۲۱۳
	پس آزمون سازگاری شغلی	۷۲/۹	۲	۳۶/۴۴	۱۱/۲۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
	پیگیری سازگاری شغلی	۴۱۰/۱	۲	۲۰۵/۰۶	۳/۴۴۰	۰/۰۴۲	۰/۱۴۷
	پس آزمون سازگاری سلامتی	۷۷/۰	۲	۳۸/۵۰	۹/۳۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
	پیگیری سازگاری سلامتی	۴۱۶/۸	۲	۲۰۸/۴۲	۳/۳۴۱	۰/۰۴۶	۰/۱۴۳
	پس آزمون سازگاری با محیط خانه	۲۴۶/۶	۲	۱۲۳/۳۲	۲۶/۰۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶۶
	پیگیری سازگاری با محیط خانه	۶۶۰/۹	۲	۳۳۰/۴۶	۷/۶۳۷	۰/۰۰۲	۰/۲۷۶
	پس آزمون سازگاری اجتماعی	۱۱۸/۸	۲	۵۹/۴۰	۱۳/۲۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹۹
	پیگیری سازگاری اجتماعی	۵۲۷/۳	۲	۲۶۳/۶۷	۴/۱۶۵	۰/۰۲۳	۰/۱۷۲
خطا	پس آزمون سازگاری هیجانی	۱۷۱/۱	۴۰	۴/۲۸	-	-	-
	پیگیری سازگاری هیجانی	۱۸۹۵/۷	۴۰	۴۷/۳۹	-	-	-
	پس آزمون سازگاری شغلی	۱۲۹/۲	۴۰	۳/۳۳	-	-	-
	پیگیری سازگاری شغلی	۲۳۸۴/۳	۴۰	۵۹/۶۱	-	-	-
	پس آزمون سازگاری سلامتی	۱۶۴/۹	۴۰	۴/۱۲	-	-	-
	پیگیری سازگاری سلامتی	۲۴۹۵/۳	۴۰	۶۲/۳۸	-	-	-
	پس آزمون سازگاری با محیط خانه	۱۸۹/۱	۴۰	۴/۷۳	-	-	-
	پیگیری سازگاری با محیط خانه	۱۷۳۰/۸	۴۰	۴۳/۲۷	-	-	-
	پس آزمون سازگاری اجتماعی	۱۷۹/۱	۴۰	۴/۴۸	-	-	-
	پیگیری سازگاری اجتماعی	۲۵۳۲/۲	۴۰	۶۳/۳۱	-	-	-



جدول ۶. میانگین‌های اصلاح شده و نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی					
معنی داری	انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	گروه ۲	گروه ۱	متغیر
۰/۸۳۳	۰/۸۲۵	-۰/۱۷۶	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۰۱	۰/۷۴۸	۳/۸۹۲*	کنترل	ایماگوتراپی	پس آزمون سازگاری هیجانی
۰/۰۰۱	۰/۷۸۲	۴/۰۶۸*	کنترل	هیجان مدار	
۰/۸۰۷	۲/۷۴۶	۰/۶۷۵	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۰۵	۲/۴۹۰	۷/۳۴۶*	کنترل	ایماگوتراپی	پیگیری سازگاری هیجانی
۰/۰۱۴	۲/۶۰۴	۶/۶۷۱*	کنترل	هیجان مدار	
۰/۹۱۹	۰/۷۱۷	۰/۰۷۳	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۰۱	۰/۶۵۰	۲/۶۹۱*	کنترل	ایماگوتراپی	پس آزمون سازگاری شغلی
۰/۰۰۱	۰/۶۸۰	۲/۶۱۸*	کنترل	هیجان مدار	
۰/۷۹۰	۳/۰۸۰	۰/۸۲۴	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۲۲	۲/۷۹۲	۶/۶۵۳*	کنترل	ایماگوتراپی	پیگیری سازگاری شغلی
۰/۰۵۳	۲/۹۲۱	۵/۸۲۹	کنترل	هیجان مدار	
۰/۴۰۰	۰/۸۱۰	-۰/۶۸۹	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۰۳	۰/۷۳۴	۲/۳۶۱*	کنترل	ایماگوتراپی	پس آزمون سازگاری سلامتی
۰/۰۰۱	۰/۷۶۸	۳/۰۵۰*	کنترل	هیجان مدار	
۰/۹۸۷	۳/۱۵۰	۰/۰۵۲	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۳۱	۲/۸۵۷	۶/۳۸۱*	کنترل	ایماگوتراپی	پیگیری سازگاری سلامتی
۰/۰۴۰	۲/۹۸۸	۶/۳۲۹*	کنترل	هیجان مدار	
۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	۳/۴۳۸*	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۰۱	۰/۷۸۶	۵/۶۷۴*	کنترل	ایماگوتراپی	پس آزمون سازگاری با محیط خانه
۰/۰۱۰	۰/۸۲۳	۲/۲۳۵*	کنترل	هیجان مدار	
۰/۱۱۱	۲/۶۲۴	۴/۲۷۹	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۰۱	۲/۳۷۹	۹/۲۴۹*	کنترل	ایماگوتراپی	پیگیری سازگاری با محیط خانه
۰/۰۵۳	۲/۴۸۹	۴/۹۶۹	کنترل	هیجان مدار	
/۶۹۶	۰/۸۴۴	-۰/۳۳۳	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۰۱	۰/۷۶۵	۳/۲۳۱*	کنترل	ایماگوتراپی	پس آزمون سازگاری اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۸۰۰	۳/۵۶۳*	کنترل	هیجان مدار	
۰/۸۵۲	۳/۱۷۴	۰/۵۹۵	هیجان مدار	ایماگوتراپی	
۰/۰۱۴	۲/۸۷۸	۷/۴۱۰*	کنترل	ایماگوتراپی	پیگیری سازگاری اجتماعی
۰/۰۲۹	۳/۰۱۰	۶/۸۱۵*	کنترل	هیجان مدار	

درصد) معنی دار است. این تفاوت به شکلی است که نمرات سازگاری در خانه گروه ایماگوتراپی بیشتر از گروه هیجان مدار است. در پس آزمون‌های سازگاری هیجانی، سازگاری شغلی، سازگاری سلامت و سازگاری اجتماعی تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایشی مشاهده نشد. ولی بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه تفاوت‌های معنی داری مشاهده شد که تأییدی بر اثربخشی هر کدام از این روش‌ها بر سازگاری نسبت به گروه گواه هستند. با مقایسه این معنی داری‌ها می‌توان بیان نمود که گروه ایماگوتراپی عملکرد مناسبتری نسبت به گروه هیجان مدار نشان داده است.

نتایج گزارش شده در جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تمامی متغیرها در پس آزمون و مطالعات پیگیری تفاوت معنی داری وجود داشته است ( $p < 0/05$ ). در ادامه تحلیل‌های این فرضیه به منظور مقایسه تأثیرات هر روش درمانی نتایج آزمون تعقیبی (مقایسه زوجی) بنفرونی گزارش شده است. همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود بعد از اصلاح نمرات پس آزمون بر اساس نمرات پیش آزمون متغیرها بین نمرات سازگاری در خانه گروه ایماگوتراپی با گروه هیجان مدار تفاوت میانگین ۳/۴۳ نمره‌ای وجود دارد که این تفاوت در سطح  $p < 0/001$  (با اطمینان ۹۹

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و ایماگوتراپی بر سازگاری زوجین در سال‌های اولیه ازدواج بوده است. تحلیل نتایج ویافته‌ها مستند به اندازه اثر ( $\eta^2=0/583$ )، برای منبع تغییرات نشان می‌دهد. همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود که مقدار F بدست آمده برای لامبدای ویلکز مقایسه گروه‌ها با مقدار  $4/33$  و با درجه‌های آزادی ۲۰ بر ۶۲ در سطح  $p < 0/001$  (با اطمینان ۹۹ درصد) معنی دار می‌باشد که نشان دهنده تغییرات معنی دار کلی در متغیرهای وابسته پژوهش است. حجم اثر برای منبع تغییر گروه  $0/583$  به دست آمده است که مقداری قوی است و نشان می‌دهد متغیرهای مستقل که همان زوج درمانی هیجان مدار و ایماگوتراپی هستند بر سازگاری فردی زوجین تأثیر قابل توجهی داشته‌اند.

سازگاری توانایی و قدرت انطباق با تمام جلوه‌های روابط بین فردی، توانایی و استعداد زندگی کردن و ابراز وجود می‌باشد و فرآیند پیوسته‌ای است که در طی آن فرد ارزش‌ها، باورها و آداب و رسوم مورد پسند جامعه را از طریق تماس با دیگران فرا می‌گیرد و درونی می‌سازد و عوامل اجتماعی را با ساخت شخصیت خود همانند می‌کند تا بتواند خود را با محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند تطبیق دهد. از جمله عوامل اجتماعی اثرگذار قواعد ابراز هیجانی است که می‌توان بعنوان اجزای مهم هر فرهنگی در نظر گرفت که خیلی زود در زندگی از مسیر اجتماعی شدن آموخته می‌شود و تجربه عواطف تحت تأثیر مستقیم بروز رفتارهای فرد هستند. از نظر راجرز<sup>۱</sup> (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶) محور سازش نیافتگی روانی عبارتست از ناهمخوانی بین تجربه کلی فرد و آنچه مظهر خود پنداره اوست. سازش نیافتگی روانی حاصل احساس بیگانگی انسان‌هاست ما برای حفظ توجه مثبت دیگران، دیگر با کسی که واقعاً هستیم، با ارزش‌گذاری ارگانیزمی تجربه‌مان، صادق نمی‌مانیم. آدلر<sup>۲</sup> (شارف، ۱۹۹۶؛ ترجمه نوبخت، ۱۳۸۶) خاطر نشان می‌کند ما در خانواده و جامعه به دنبال جایگاهی هستیم تا نیازهای اساسی خود را به امنیت، پذیرش و شایستگی ارضا کنیم. از آنجایی که زوجین در اوائل ازدواج نیاز بیشتری برای شناخت یکدیگر دارند و نگاه آنها بیشتر جنبه آرمانی و غیر واقع‌بینانه دارد با استفاده از زوج درمانی ایماگوتراپی و هیجان مدار می‌توان پیوندی ارضاء کننده‌تر با شریک

زندگی پروراند و پایگاهی ایمن خلق نمود تا زخم‌ها و صدمه‌های قدیمی بهبود یابند، نیازهای اساسی ارضا شوند و شریک زندگی می‌تواند منبعی برای این بهبود باشد. ساختار تصویری و داستان گویانه رویکرد ایماگوتراپی مفاهیم بسیار انتزاعی رویکرهای روان‌پوشانه را بصورت ملموس در آورده و برای زوجین امکان درک و همدلی بیشتری را در طول درمان فراهم می‌آورد. وقتی زوجین متوجه می‌شوند بسیاری از تعارضات و مشکلات و نارضایتی‌های آنها در رابطه می‌تواند با هدف تحول آنها باشد، با توجه به نگاه ایماگوتراپی مبتنی بر این که طبیعت، افراد را با هدف التیام آسیب‌های کودکی و تکمیل مراحل تحولی کنار هم قرار داده است، منجر به تحول دیدگاهی حمایت‌گرایانه در زوجین می‌شود و آنها رابطه را بعنوان مرحله‌ای تحولی می‌توانند نگاه کنند نه موقعیتی که به شکست انجامیده است و این امر امید و انتظارات متفاوت از زمان ورود به درمان را برایشان ایجاد می‌کند. تمرین‌های تصویرسازی برای آنها موقعیت جدیدی را برای وارد شدن به دنیای درونی دیگری بوجود می‌آورد و این امکان درک و شناخت همسر و خود را فراهم می‌کند. همچنین تمرین دیالوگ ایماگویی چون با پاسخ‌دهی به طرف مقابل همراه است از آسیب‌های احتمالی صرفاً گوش دادن به دیگری و عدم واکنش مناسب به وی دور می‌باشد و در طرفین تجربه درک و شنیده شدن را فراهم می‌کند. تمرین‌های رفتاری همراه با بینش‌هایی که زوجین از خواستگاه مسائلشان پیدا می‌کنند، امکان تقویت و تحول ارتباطات ارضا کننده را فراهم می‌آورد و نهایتاً فرمول موفقیت در ازدواج، که عبارت است از: ازدواج رابطه‌ای دوسویه است، که بر پایه دوستی بنا شده است و نیازهای دو طرف را بر آورده می‌سازد که با شناخت نیازهای خود و دیگری همراه است شکل می‌گیرد. قدرت این رویکرد درمانی در آموزش و انتقال دانش درمانگر از رابطه به زوج و نگاه از موضع ارتباطی به رابطه زوجین است که این باعث می‌گردد آنها بتوانند خلاقیت و خودانگیختگی متوقف شده، در فرآیند اجتماعی شدن خود را به جریان اندازند. نکته مهم در این امر است که در طی فرآیند اجتماعی شدن و سازگاری بسیاری از عواطف و هیجانات تحریف و انکار و نادیده گرفته شده‌اند و افراد به مرور آنها را با هیجانات مقبول اجتماعی و فرهنگی، اغلب بطور ناآگاهانه و حتی با تأیید اجتماعی، جایگزین کرده‌اند و یا آنقدر از راهکارهای مورد

<sup>۱</sup>. Rogers

<sup>۲</sup>. Adler

هیجان‌ات و خلق رابطه ایمن و التیام بخش را فراهم می‌سازد. طی مسیر غیر خطی درمان این امکان را در هر فرد فراهم می‌سازد که تمرکزش بر خودش و نحوه ابراز و پاسخ‌گویی نیازها و هیجان‌اتش را دریافت ایمن رابطه بدست آورد و همین خودآگاهی کشف شیوه‌های بودن متفاوت در انطباق پذیری سالم او در موقعیت‌های دیگر زندگی نیز اثرگذار است.

با کمک رویکردهای زوج درمانی ایماگو تراپی و هیجان مدار می‌توان گفت در سایه خلق رابطه نزدیک زوجی، فرد سازگاری درونی بهتری پیدا می‌کند و می‌تواند خود اصل خود را، منظور هیجان‌ات اصل تر و رفتارها و واکنش‌های مرتبط با آنها را که پاسخ ارضا کننده را بدنبال دارد تجربه کند و این هماهنگی و یکپارچگی در فرد بین دنیای درونی و بیرونی را فراهم می‌آورد. این روند از آنجا که در جریان و حرکت است سیر تعاملات و تحول فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و چرخه‌های معیوب را بمرور می‌تواند متوقف نماید.

همچنین در تبیین این امر که زوج درمانی ایماگو تراپی بیشتر از زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری خانه زوجین در سال‌های اولیه ازدواج مؤثر بوده است می‌توان به این اشاره کرد که درمان هیجان مدار با اینکه توانسته بر سازگاری فردی زوجین مؤثر باشد ولیکن چون مستقیماً بر روی هیجان‌ات و ابراز و نمایش آنها متمرکز است، بعنوان کلیدی ترین مفهومی که در رویکرد مدنظر است و از طرفی در فرهنگ ایرانی که کلیتی سرکوب گر نسبت به هیجان‌ات منفی چون خشم، غم و ترس دارد و باعث شکل گیری هیجان‌ات ثانویه مقبول اجتماعی گردیده است در نتیجه افراد برای مواجه شدن با این هیجان‌ات و شناسایشان و تمرکز بر آن دچار تعارض و سردرگمی شدید می‌گردند و این رویکرد درمانی برای اثرگذاری بیشتر نیاز به صرف وقت و دوره درمانی طولانی تر دارد تا بتواند به اهداف خود و خلق رابطه ایمن و ایجاد تعاملات جدید دست یابد. ولیکن در ایماگو تراپی با نگاه تصویری و کمک به درگیر شدن زوجین در داستان‌شان و تجربیات کودکی‌شان با هم می‌توان امکان شناسایی و بروز هیجان‌ات را در محیطی ایمن تر و کم خطرتر فراهم آورد تا آنها بتوانند گشتالت‌ها ناقص خود را در بافت ارتباط و صمیمیت کامل کنند.

نتایج گزارش شده در جدول ۶ نشان داد بین نمرات پیش آزمون و پیگیری هر ۵ مؤلفه سازگاری فردی زوجین تفاوت معنی داری

پذیرش محیطی استفاده کرده‌اند که آن هیجان‌ات و نیازها مرتب با آن، به فراموشی سپرده شده است. بنابراین در طی زوج درمانی ایماگو تراپی امکان سفری به درون گم شده و اصلیشان فراهم می‌شود و بدنبال آن آگاهانه تر و با شناخت و مسئولیت پذیری در قبال هیجان‌ات و تجاربشان می‌توانند فرآیند سازگاری خود را هدایت کنند. درمان یکپارچه هیجان مدار یک رویکرد انسان گراست و اهمیت هیجان را به رسمیت شناخته و به آن به عنوان بخشی از فرآیند، به شکل منظمی تمرکز است و بر بهبود و درمان روابط آشفته تمرکز دارد. در این رویکرد، هیجان را به انواع اولیه، ثانویه و پاسخ‌های ابرازی تقسیم کرده‌اند. هیجان‌ات اولیه، پاسخی‌اند که کشف و تمرکز بر آنها ابزار درمان هیجان مدار است. هیجان‌ات ثانویه برای دست و پنجه نرم کردن و واکنش نشان دادن به این پاسخ‌های مستقیم و بی واسطه به کار می‌آیند. هیجان‌ات دسته دوم، عموماً مانع آگاهی از وجود پاسخ‌های اولیه می‌شوند. هیجان‌ات ابرازی نیز جهت دستکاری پاسخ‌های دیگران استفاده می‌شوند. قابل توجه است که هیجان از قابلیت افزایش رفتارهای ناکار ساز برخوردار است و می‌تواند موجبات سازش نایافتگی را فراهم کند. انسان‌ها به طور طبیعی به سمت تحول و کمال گرایش دارند و از نیازها و خواست‌های سالم برخوردارند. عدم تملک و انکار و محدود سازی این نیازها و خواسته‌ها است که ایجاد مشکل می‌کند. سلامتی در این الگو، همانند الگوهای سیستمی در قالب باز بودن نسبت به تجربه و پاسخ‌گویی انعطاف پذیر تعریف می‌شود که امکان یادگیری جدید، اتخاذ انتخاب‌های تازه و تطابق با محیط‌های نو را ممکن می‌سازد. بنا بر این، تمرکز بر تحول از طریق تجارب جدید است، نه اصلاح نقایص یا کمبودهای ذاتی. فرض بر آن است که شیوه‌های مقابله افراد در وضعیت‌های بغرنج که در آنها انتخاب‌های اندکی موجود است، برای ایجاد روابط و سبک‌های زندگی مثبت، محدود و نابسندانه‌اند. همه شیوه‌های پاسخ‌گویی می‌توانند سازگار باشند، به شرط آن که این شیوه‌ها در پاسخ به بافت‌های جدید تحول یابند و دگرگون شوند. در این رویکرد، سلامتی روان به میزان انعطاف پذیری افراد و توانایی ایشان در احیاء و اصلاح الگوهای درونی‌شان در مورد خود و دنیا، که خود موجب برانگیختن پاسخ‌های رفتاری به موقعیت‌های تازه می‌گردد، اشاره دارد. در درمان امکان تغییر تجارب فرد از رابطه زوجی با کمک همدلی، پذیرش، انعکاس‌گری و معتبر شماری هیجان‌ات همسر فراهم می‌شود و این امر امکان کشف جنبه‌های جدید از

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که به علت انتخاب نمونه داوطلبانه و افراد مراجعه کننده در دو منطقه شهر تهران، تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. برای بررسی دقیق تر مقایسه اثر گذاری رویکردهای زوج درمانی هیجان مدار و ایماگوتراپی بر زوجین در سال‌های اولیه ازدواج، پیشنهاد می شود تحقیقات بیشتری در این زمینه با توجه به فرهنگ متنوع ایرانی و باورهای قومیتی و همچنین عواملی همچون ویژگی‌های شخصیتی، تعارضات، سازش نیافتگی‌های شدید زوجین و سطوح تحصیلی متفاوت صورت بگیرد.

### منابع

- ابراهیمی تازه کند، فریبا؛ وکیلی، پریش و دکانه‌ای فرد، فریده (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر راهبردهای مقابله‌ای در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره تهران. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۹)، ۵۹۰-۵۸۱.
- اتکینسون، آل. ریتا؛ اتکینسون، سی. ریچارد؛ اسمیت، د. ادوارد؛ داریل، ج. ب.م و هوکسما، سوزان نولن (۲۰۰۱). *زمینه روانشناسی*. ترجمه محمدنقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، مهرناز شهرآرا، یوسف کریمی، نیسان گاهان و هدی محی الدین (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.
- اصلاحی، نوشین؛ عارفی، مختار؛ حسینی، سعیده السادات و امیری، حسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و شناختی - سیستمی گاتمن بر هماهنگی زناشویی زوج‌های متعارض. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۱)، ۸۵۶-۸۴۹.
- اعتمادی، عذرا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احمدی، سید احمد و فرزاد، ولی‌الله (۱۳۸۵). بررسی تأثیر زوج‌درمانی به شیوه ایماگوتراپی بر افزایش صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. *مجله تازه‌ها و پژوهش‌ها مشاوره*، ۵(۱۹)، ۲۲-۹.
- بازکیایی، مونا و صدیقی فرد، مجتبی (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین رضایت زناشویی با صمیمیت زوجین با سازگاری خانه. *فصلنامه تحلیلی - شناختی*، ۶(۲۲)، ۳۱-۲۱.
- بهرادفر، رحیم؛ جزایری، رضوان السادات؛ بهرامی، فاطمه؛ عابدی، محمدرضا؛ اعتمادی، عذرا و فاطمی، سید محسن (۱۳۹۵). بررسی تطبیقی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور (EFCT) و زوج‌درمانی روایتی (NCT) بر کیفیت زناشویی و کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری زوجین آشفته. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۳(۱)، ۳-۱۶.
- بی‌نیاز، سعید (۱۳۹۴). چه قدر به تجربه‌های تازه مشتاقید؟. *ماهنامه سپیده دانایی*، ۹۲، ۵۶-۵۰.

وجود دارد. این معنی داری‌ها نشان می‌دهد که روش‌های درمانی زوج درمانی ایماگوتراپی و هیجان‌مدار بر سازگاری فردی زوجین در طول زمان پایداری اثر مناسب و معنی داری نشان داده‌اند. در تبیین نظری این امر می‌توان اشاره کرد از آنجا که سازگاری به تسلط فرد بر محیط و احساس کنار آمدن با خودش اشاره دارد و دو جنبه دارد: سازگاری انسان با خویشتن و سازگاری انسان با دیگران و پیرامون. این دو محیط درونی و بیرونی که انسان باید با آن سازگار شود دو روی یک سکه هستند که با هم روابطی بسیار پیچیده و نزدیک دارند و وقتی با چیزی سازگار می‌شویم، آن را به طریقی تغییر می‌دهیم که متناسب با نیازهای ما باشد و از آنجا که در زوج درمانی ایماگوتراپی و هیجان مدار هم به سازگاری درونی فرد و هم به ارتباطات او پرداخته می‌شود، می‌توان گفت در سایه تغییراتی که در سایه مداخلات درمانی صورت گرفته است، امکان تحول و بهبود سازگاری در فرد بر بستر صمیمانه‌ترین رابطه بزرگسالی یعنی ازدواج و رابطه با همسر رخ می‌دهد. در سایه مداخلات زوج درمانی افراد خودآگاهی بیشتری کسب نموده و با شناخت بخش‌های سرکوب شده و کنار گذاشته خویش و هیجان‌ات ثانویه جایگزین شده هیجان‌ات اصیل اولیه و همچنین سبک‌های دفاعی در برابر آسیب‌ها یا نیازهای دل‌بستگی می‌توانند امکان تحول و بهبود سازگاری فردی ایجاد می‌شود. به طور کلی زمانی که فرد به دیگران درستی و نسبت به پذیرفته شدن از طرف آنان اطمینان داشته باشد، برای کاوش در محیط اشتیاق بیشتری نشان داده، عواطف مثبت‌تری داشته و از حرمت خود بالاتری برخوردار بوده و در حل مسئله پافشاری کرده، ابتکار و پشتکار داشته و به عبارتی از سازگاری اجتماعی و عاطفی بیشتری برخوردار می‌گردد. سازگاری و یکپارچگی بین آنچه افراد حس می‌کنند، تجربه می‌کنند، بیان می‌کنند و پاسخی که دریافت می‌کنند و نیازی که اصیل تر پاسخ داده می‌شود در سطح فردی و بین فردی در بافت خانواده توانسته است پایداری اثر مداخلات درمانی را حفظ نماید.

در مقایسه تطبیقی تفاوت معنادار زوج درمانی ایماگوتراپی با زوج درمانی هیجان‌مدار بر روی سازگاری فردی زوجین، یافته‌های این پژوهش با تحقیق هویدا و همکاران (۱۳۹۵)، تحقیق حسینی المدنی و شالچی (۱۳۹۴)، آگاتاگلو (۲۰۱۳) همسو با نتایج این تحقیق است و لیکن قابل ذکر است که پژوهشی که بطور مستقیم با نتایج این تحقیق همخوانی داشته باشد، بدست نیامد.

- پورافکاری، نصرالله (۱۳۸۵). فرهنگ جامع روانشناسی و روان پزشکی. تهران: فرهنگ معاصر.
- جانسون، سوزان. ام و ویفن، والر. ای (۲۰۰۳). *فرآیندهای دلبستگی در زوج درمانی و خانواده درمانی*. ترجمه فاطمه بهرامی (۱۳۹۱). چاپ دوم، تهران: نشر دانژه.
- جانسون، سوزانام (۲۰۰۴). *زوج درمانی هیجان مدار*. ترجمه بیتا حسینی (۱۳۸۹). تهران: نشر جنگل.
- جاویدخلیلی، ندا و افکاری، فرشته (۱۳۹۶). *تأثیر آموزش فنون ایماگو تراپی بر صمیمیت، دلزدگی و سبک های عشق ورزی زوجین*. چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران، دانشگاه نیکان.
- حسینی المدنی، سیدعلی و شالچی، الهام (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش رویکرد ایماگو تراپی بر کاهش تعارضات زوجین*. دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی. حسینی، بیتا (۱۳۸۹). *زمینه زوج درمانی*. تهران: نشر جنگل.
- حسینی، بیتا (۱۳۹۰). *زوج درمانی تحلیلی*. تهران: نشر جنگل.
- زراعتی، فرنوش و موسوی، رقیه (۱۳۹۵). *اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین*. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۲۵، ۹۰-۷۱.
- شارف، ریچارد اس (۱۹۹۶). *نظریه های روان درمانی و مشاوره*. ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۶). تهران: انتشارات رسا.
- شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۸۶). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*. تهران: نشر دانشگاهی.
- ضیاء الحق، مریم السادت؛ حسن آبادی، حسین؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و مدرس غروی، مرتضی (۱۳۹۱). *تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی*. فصلنامه خانواده پژوهی، ۲۹(۳)، ۶۶-۴۹.
- عبدالوند، نرگس؛ سدرپوشان، نجمه و دایاریان، محمدمسعود (۱۳۹۵). *ارزیابی اثربخشی ایماگو تراپی بر بهبود کیفیت رابطه زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.
- فتوحی، سکینه؛ مکاییلی، نیلوفر؛ عطادخت، اکبر و حاجلو، نادر (۱۳۹۶). *اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر فراهیجان بر سازگاری و دلزدگی زناشویی در همسران دارای تعارض (۱۳۹۶)*. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۳۹، ۶۴-۴۵.
- کرملو، سمیرا؛ مظاهری، علی و متقی پور، یاسمن (۱۳۸۸). *اثربخشی برنامه آموزش روانشناختی خانواده در کاهش ابراز هیجان و بهبود جو خانوادگی در خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان پزشکی*. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۷(۴)، ۱۶-۵.
- مک کارتی، باری؛ و مک کارتی، امیلی (۲۰۰۴). *بعد از گفتن "بله" چه کار کنی؟*. ترجمه شکوه نوابی نژاد، آزاده فرقدانی، کبری عبدالمحمدی، نجمه سدر پوشان و ژاله رفاهی (۱۳۹۰). تهران: نشر فراوان.
- مینگر، ویلیام و میروو؛ و جان و وایتزمن، آلیس (۱۹۵۳). *رشد شخصیت و بهداشت روانی*. ترجمه سیما نظیری (۱۳۸۴). تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- نزاکتی رضازاده، نفیسه (۱۳۹۳). *اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر تصویرسازی ارتباطی بر صمیمیت زناشویی زنان متأهل فاقد هویت موفق*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه فردوسی مشهد.
- نیکخواه، سمانه؛ بهبودی، معصومه و وکیلی، پروش (۱۳۹۸). *مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگو تراپی بر تاب آوری زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران*. مجله علوم روانشناختی، ۱۸(۷۷)، ۶۰۷-۵۹۷.
- هاروی، م (۲۰۰۵). *زوج درمانی*، ترجمه خدابخش احمدی، زهرا اخوی و علی اکبر رحیمی (۱۳۹۲)، تهران: نشر دانژه.
- هاشمیان، سید سپهر؛ شمس، گیتی؛ عشایری، حسن و مدرس غروی، مرتضی (۱۳۹۵). *بررسی اثر اصول قواعد ابراز هیجان در تجربه ی عاطفه ی مثبت / منفی*. مجله ی اصول بهداشت روانی، ۶، ۳۴۲-۳۳۸.
- هندریکس، هارویل (۲۰۰۸). *دریافت عشق دلخواهتان: راهنمای عملی زوج ها*. ترجمه حسن رحمانی شمس و سید مرتضی نظری (۱۳۹۵)، تهران: انتشارات نسل آفتاب.
- هنرپروران، نازنین (۱۳۹۱). *رویکرد هیجان مدار در زوج درمانی*. تهران: نشر دانژه.
- هویدا، فاطمه؛ خوشنود، قاسمعلی؛ امین الشریعه، سحر؛ چنارانی، حسین و حاتمی پور، خدیجه (۱۳۹۵). *تأثیر زوج درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی پرستار شهر ورامین و همسران آنها*. مجله روانشناسی اجتماعی، ۱۱(۴۰)، ۴۷-۵۸.
- Agathagelou, A. M. (2013). *Individual psychodynamic development: the imago relationship approach in organisational context*. Submitted in accordance with the requirements for the degree of doctor of literature and philosophy in the subject psychology at the University of South Africa.
- Burgess-Moser, M., Johnson, S. M., Dalglish, T.L., Lafontaine, M. F., Wiebe, S. A., & Tasca, G. A. (2015). Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused coupletherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42, 231-45.
- Hendrix, H., Hunt, H. L., Luquet, W., & Carlson, J. (2015). Using the imago dialogue to deepen couples

- therapy. *The Journal of Individual Psychology*, 71, 253-272.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of behavioral medicine*, 35(2), 239-244.
- Kuhbandner C, Pekrun R., & Maier MA. (2010). the role of positive and negative affect in the “mirroring” of other persons'actions. *Cogn Emot*. 24, 1182-90.
- Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., Miller, J., Shaw, D., et al. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and child behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 244-255.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., Fontaine, J., Anguas-Wong, A. M., Arriola, M., Ataca, B., et al. (2008). Mapping expressive differences around the world: The relationship between emotional display rules and individualism versus collectivism. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 55-74.
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanen, A., Degenhardt, L., Borschmann, R., & Patton, G. C. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet Psy-chiatry*, 3(7), 636-645.
- Muro, L., Holliman, R., & Luquet, W. (2016). Imago relationship therapy and accurate empathy development. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 15, 232-246.
- Palmer-Olsen, L., Gold, L.L., Woolley, SR. (2011). Supervising emotionally focused therapists: a systematic research-based model. *Journal of Marital Family Therapy*, 37, 411-26.
- Ybrandt, H. (2008). The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of adolescence*, 31(1), 1-16.