

## اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت زوجین دارای سبک ارتباطی دیوار سنگی در شرایط بیماری کووید-۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۵

### خلاصه

#### مقدمه

اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت از ویژگی‌های زوجین با سبک ارتباطی دیوار سنگی است که پایداری زندگی را با مخاطره جدی روبرو می‌کند. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت زوجین دارای سبک ارتباطی دیوار سنگی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ در دوران همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ بود.

#### روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، زوجین دارای سبک ارتباطی دیوارسنگی شهر تهران بودند، که در سال ۱۴۰۰ به فراخوان همکاری در پژوهش حاضر در شبکه‌های مجازی پاسخ مثبت دادند. تعداد ۴۰ نفر (۲۰ زوج) بصورت نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به مقیاس‌های چند بعدی اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت پاسخ دادند. سپس زوج درمانی گروهی هیجان مدار صرفاً برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

#### نتایج

نتایج نشان داد، زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش ترس از صمیمیت و اجتناب تجربی و مولفه‌های آنها در زوجین دارای سبک ارتباطی دیوارسنگی شد ( $P < 0.01$ ).

#### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج، توجه به این رویکرد در برنامه‌های درمانی و مشاوره‌ای به‌عنوان یک روش مؤثر جهت کاهش ترس از صمیمیت و اجتناب تجربی زوجین شهر تهران دارای سبک ارتباطی دیوار سنگی می‌تواند مفید باشد.

#### کلمات کلیدی

اجتناب تجربی، ترس از صمیمیت، دیوار سنگی، زوج درمانی هیجان مدار  
**پی‌نوشت:** این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

محمد انتظاری<sup>۱</sup>

پانته‌آ جهانگیر\*<sup>۲</sup>

فریده دوکانه‌ای‌فرد<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

<sup>۳</sup> استادیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

\* گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Email: panteajahangir@gmail.com

## مقدمه

دیوار سنگی یکی از چهار سبک ارتباطی مخرب بین زوجین است. این سبک ارتباطی نامناسب می‌تواند پایان رابطه را پیش بینی کند (۲-۱). در این سبک ارتباطی، افراد هیچ نشانه‌ای از پاسخگویی کلامی و غیر کلامی به شریک زندگی خود نشان نمی‌دهند (۳). یعنی تمایلی به مکالمه و ارتباط با دیگری ندارند، در نتیجه باعث می‌شود شفاف سازی یا افزایش درک و همدلی نسبت به شریک زندگی، عملاً "غیرممکن" باشد (۴). دیوارسنگی نوعی اجتناب است. فردی که اجتناب تجربی دارد، از تماس با افکار، احساسات و حالات بدنیش اجتناب می‌کند (۵). اگر چه اجتناب در کوتاه مدت منجر به کاهش اضطراب می‌شود، اما از آنجا که مسئله یا موضوع را کاملاً برطرف نمیکند، در بلند مدت مشکلاتی را بوجود می‌آورد. به طور مثال هر چه افراد بیشتر از منابع اضطراب‌زا اجتناب کنند، اضطراب بیشتر در آنها ایجاد می‌شود. از آنجا که فرد مضطرب هیچ وقت نمی‌داند که عامل اضطراب چه زمانی ظاهر خواهد شد. پس دائم گوش به زنگ است و هیچ وقت بطور کامل احساس آرامش نمی‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند اجتناب تجربی بیش تر از این که اختلال هیجانی باشد، می‌تواند در سبب شناسی اختلال‌های هیجانی دخیل باشد (۶).

وقتی یکی از همسران یا هر دو، اجتناب تجربی داشته باشند، با کوچکترین اشاره منفی از سوی همسر، مستأصل و متزلزل می‌شوند به همین دلیل از برقراری ارتباط سالم و صمیمی با دیگری دوری می‌کنند و در همان ارتباطات محدودی هم که دارند، دائماً منتظرند همسرشان آنها را تحقیر و تمسخر کند. و از آنجا که به طرد بسیار حساس‌اند، اظهار نظرهای همسرشان را به گونه‌ای تفسیر می‌کنند که گویی تحقیر یا توهینی به آنها بوده است. وقتی از همسرشان تقاضایی می‌کنند و جواب رد می‌

شنوند، از او کناره می‌جویند و احساس رنجش و آزرده‌گی به آن‌ها دست می‌دهد (۷). از طرفی می‌توان گفت دیوار سنگی-گری کوششی تعمودی در راستای اجتناب از صمیمیت است (۲). ترس از صمیمیت، به معنی ترس از به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات مهم شخصی با شخص ارزشمند دیگر است. وقتی زوجین در روابط خود ترس از صمیمیت داشته باشند، کمتر به تعاملات حمایتی و سالم با یکدیگر علاقه نشان می‌دهند، احساس تنهایی می‌کنند و گوشه‌گیر هستند. همسرانی که سطوح بالاتری از صمیمیت را تجربه می‌کنند، سطوح بالاتری از رضایت را در روابط، گزارش می‌کنند (۸). ترس از صمیمیت که ابعاد مختلف عاطفی، هیجانی، شناختی و رفتاری دارد، صمیمیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و روند روابط زوجی را به شدت مختل می‌کند، چراکه با افزایش ترس از صمیمیت، برقراری و تداوم ارتباط، احساس مثبت نسبت به روابط نزدیک و ابراز عواطف و احساسها با مشکل همراه می‌شود و در نتیجه، رضایت از روابط زوجی و کارکرد بهینه جنسی کاهش می‌یابد (۵-۹).

تاکنون برخی روش‌های زوج درمانی برای بررسی و کاهش ترس از صمیمیت و همچنین اجتناب تجربی زوجین، مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۲). مطالعات بی‌زلی و همکاران (۱۰) نشان داد مداخله EFCT رضایت زناشویی را بهبود بخشید و این رضایت زناشویی در دوره‌های پیگیری نیز ادامه یافته بود. مطالعات بیانگر آن بود که رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری فردی زوجین تأثیر داشتند و سبب افزایش سازگاری فردی زوجین شدند (۱۱). همچنین این رویکرد بر دلبستگی زوجین و شادمانی زناشویی (۱۲)، بهبود طلاق هیجانی و کیفیت رابطه با خانواده همسر (۱۳) مؤثر است (۱۲). مانیک و همکاران

شهر تهران دارای سبک ارتباطی دیوار سنگی در دوران همه گیری بیماری کووید ۱۹ انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل زوجین دارای سبک ارتباطی دیوار سنگی شهر تهران است، که در سال ۱۴۰۰ فراخوان همکاری در طرح پژوهشی را در شبکه‌های مجازی دیدند. در این پژوهش نمونه‌گیری طی دو مرحله انجام شد: الف) مرحله شناسایی: پس از اطلاع رسانی همگانی در صفحات اینستاگرامی و کانال‌های تلگرامی، پرسشنامه‌های لازم برای متقاضیان ارسال شد و بعد از انتخاب اولیه، وقت مصاحبه زوجی آنلاین بین ده تا بیست دقیقه به افراد داده شد و در طی دو هفته با تمامی زوجین، تماس تصویری گرفته شد و پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج (ویژگی-های همسران دیوار سنگی، کسب نمره بالاتر از ۱۱۰ در ترس از صمیمیت و بالاتر از ۱۹۰ در اجتناب تجربی)، متعهد بودن نسبت به شرایط و ساختار گروه درمانی تا انتهای جلسات، قبول اصول رازداری و محرمانه بودن اطلاعات برای همیشه، عدم شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی و درمانی، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، عدم اعتیاد همسران) به افراد اعلام شد که از بین متقاضیان، ۴۰ نفر (۲۰ زوج) برای شرکت در طرح پژوهشی انتخاب شدند ب) مرحله تخصیص: پس از یک مرحله نمونه‌گیری داوطلبانه، نمونه‌گیری بصورت هدفمند انجام شد، زیرا در این مرحله ۴۰ زوج دارای سبک ارتباطی دیوار سنگی و اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت انتخاب و بطور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. پروتکل و تمرین‌های مربوطه، براساس مراحل اصلی و گامهای ذیل و بر مبنای زوج درمانی (۱۹) طراحی و نوشته شده است. با توجه به پاندمی

(۲) بیان نمودند که ترس از صمیمیت تأثیر مستقیم منفی بر خود افضایی آسیب پذیر و بر پاسخ پذیری ادراک شده و بطور معکوس تأثیر مستقیم مثبت بر نزدیکی و رابطه دارد. حیرت و همکاران (۱۴) نشان دادند که آموزش مهارت‌های ارتباطی بر ترس از صمیمیت زنان تأثیر دارد و ترس از صمیمیت زنان بر اساس آموزش مهارت‌های ارتباطی بهبود یافته است. بشارت و همکاران (۱۵) عنوان نمودند که آسیب‌های دلبستگی بر مکانیزم ترس از صمیمیت و کارکرد جنسی اثرگذار است. با مرور پژوهش‌های پیشین مشخص شد در برخی پژوهش‌ها نقش‌های واسطه‌ای اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت بطور جداگانه، در ارتباط با عوامل دیگر مورد مطالعه قرار گرفته است و در برخی پژوهش‌ها نیز از درمان‌های تلفیقی و یا صرفاً شناختی در مطالعه هر یک از آنها بطور جداگانه استفاده شده است و اما هیچ پژوهشی به بررسی اثربخشی رویکرد زوجی و یا گروهی هیجان مدار بر اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت نپرداخته است. همچنین هیچ پژوهشی زوجینی که سبک ارتباطی دیوارسنگی دارند را با متغیرهای مستقل و وابسته فوق مورد بررسی قرار نداده است. در حالیکه از رویکردهای موثر در زوج درمانی، درمان هیجان مدار است که ویژگی خاص آن، پرداختن عمیق و زیربنایی به نیازهای دلبستگی و احساسات بیان نشده و اکثراً ناشناخته است (۱۶). زوج درمانی هیجان مدار با کمک به زوجین، در ایجاد پیوند دلبستگی ایمن تر در روابط خود، به بهبود عملکرد روابط کمک می‌کند و به زوجین کمک می‌کند تا از انعطاف پذیری و پشتیبانی ذاتی این پیوندها یا ارتباطات امن برخوردار شوند (۱۸-۱۷).

بنابراین می‌توان در نظر داشت که این رویکرد برای درمان اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت قابل بررسی و مناسب می‌باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت در زوجین

همکاران (۲۱) در پژوهشی روایی و پایایی این ابزار را برای جامعه ایرانی مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که دارای روایی و پایایی قابل قبولی است.

**مقیاس ترس از صمیمیت:** این پرسشنامه یک آزمون ۳۵ ماده ای است و ترس از صمیمیت در روابط نزدیک و رمانتیک را در اندازه های پنج درجه ای لیکرتی از نمره ۱ تا ۵ می سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد در این مقیاس به ترتیب ۳۵ و ۱۷۵ است. ویژگی های روان سنجی مقیاس ترس از صمیمیت توسط سازندگان مورد تایید قرار گرفته است و ضرایب آلفای کرونباخ ۸۹/۰ تا ۹۱/۰ به دست آمده است. ویژگی های روان سنجی فرم فارسی این مقیاس، توسط بشارت در نمونه ای متشکل از ۶۲۳ زن و مرد متأهل از جمعیت عمومی (۳۳۵ زن، ۲۸۸ مرد) بررسی شده است. در نسخه ی فارسی. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ترس از صمیمیت ۹۱ / . محاسبه شده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضریب همبستگی پیرسون در سطح  $P < 0/001$  معنادار است و روایی مقیاس ترس از صمیمیت تایید می شود (۱۵).

کووید ۱۹ در کشور، جلسات بصورت گروه درمانی آنلاین در فضای گوگل میت اجرا شد.

## ابزار پژوهش

**پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی:** یکی از مهمترین معتبرترین ابزارها در سنجش اجتناب تجربی، پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی است (۲۰). این پرسشنامه دارای ۶۲ سؤال و ۶ مؤلفه است. سؤالات بر روی طیف لیکرت از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۶ نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس اجتناب تجربی در دامنه ای از ۶۲ تا ۳۱۷ است. نمرات بالاتر نشان دهنده اجتناب تجربی بیشتر است. نمره کل آزمودنی از جمع نمرات اجتناب رفتاری، انزجار از آشفتگی، تعلل، حواس پرتی / توقف، انکار / سرکوبی و تحمل آشفتگی به دست می آید. ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس ۰/۸۴۲، اجتناب رفتاری ۰/۸۹۱، انزجار از آشفتگی ۰/۸۲۸، تعلل ۰/۷۹۴، حواس پرتی / توقف ۰/۶۸۱، انکار / سرکوبی ۰/۸۲۲ و تحمل آشفتگی ۰/۸۱۸ بدست آمد. مرادی و

جدول ۱. خلاصه درمان زوج درمانی هیجان مدار

اهداف و اقدامات	جلسات	گام ها	مراحل درمان
آشنایی و برقراری رابطه ی 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 اول	گام اول: سنجش و ارزیابی اولیه.	مرحله اول درمان
تشخیص چرخه ی تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران؛ چرخه ی 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 هیجان در تعاملات بین فرد؛ بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف پذیری همسران؛ ایجاد توافق درمانی.	جلسه دوم	گام دوم: شناسایی چرخه ی معیوب ارتباطی (مثل چرخه ی انتقاد، دفاع) بر اساس نیازهای زیر ساختاری دلبستگی به همسر.	
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 چرخه ی تعاملی آشکار میشوند و کاوشگری در آنها برای دستیابی به هیجانها	جلسه سوم	گام سوم: دستیابی به هیجانها زیر ساختاری دلبستگی مدار از طریق تمرکز بر هیجانهای ثانویه	

زیربنایی و ناشناخته؛ بحث در مورد هیجان‌ات اولیه؛ پردازش آنها و بالا بردن آگاهی زوجها از هیجان‌ات اولیه و شناختهای داغ.

از نو قابگیری مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی؛ تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به همسر؛ آگاهی دادن به زوجها در مورد تاثیر ترس و مکانیزم های دفاعی خود بر فرآیندهای شناختی و هیجانی؛ هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج؛ توصیف چرخه در بافت و زمینه ی دلبستگی.

جلسه  
چهارم

گام چهارم: قاب دهی مجدد به مشکل براساس نیازهای دلبستگی خواهانه‌ی زوج

ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه هایی از خود که انکار شده اند؛ جلب توجه زوجین به شیوه ی تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آنها با احترام و همدلی؛ بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش تجربه ی تصحیحی.

جلسه پنجم

گام پنجم: دسترسی به نیازها، هراس ها، مدل‌های ذهنی پیرامون خویشتن، دیگری و رابطه، غوطه‌ور گردیدن در تجاربی که به دلیل ترس از رها شدن یا تضعیف احساس نسبت به خود، وارد آگاهی نشده‌اند و در نتیجه تحول ادراکات نسبت به خود و تحول تجربه‌ی هیجانی نسبت به همسر.

آگاه کردن افراد از هیجان‌ات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر همسر در رابطه؛ تاکید بر پذیرش تجربیات همسر و راههای جدید تعامل؛ ردگیری هیجان‌ات شناخته شده؛ برجسته سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها.

جلسه ششم

گام ششم: افزایش پذیرش نسبت به ادراکات دیگری و همدلی با او؛ همسر ناظر، تجارب دیگری را باور و ادراکاتش را نسبت به او تازه می کند.

تسهیل بیان نیازها و خواسته ها و ایجاد درگیری هیجانی؛ توسعه تجارب هیجانی اولیه در زمینه ی دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی؛ ایجاد دلبستگی های جدید با پیوندی ایمن بین همسران .

جلسه هفتم

گام هفتم: ساخت‌دهی مجدد به درگیری هیجانی (تجربه‌ی عمیق بخش‌های انکار شده با نادیده گرفته شده ← پردازش دوباره‌ی تجربه‌ی هیجانی ← خلق رخدادهای تعاملی تازه) همچنان که ملاحظه فرمودید، مرحله‌ی دوم درمان بر مبنای رویکردهای تجربی، و در نتیجه کشف تجربه و بازپردازش هیجان صورت می گیرد

ایجاد موقعیتهای تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه؛ شفاف سازی الگوهای تعاملی؛ یادآوری نیازهای دلبستگی.

جلسه هشتم

گام هشتم: ایجاد مواضع، تعاملات و رفتارهای تازه و شکل گرفتن چرخه‌ی تعاملی جدید.

تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است؛ برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است؛ شکل گیری رابطه بر اساس یک پیوند ایمن به گونه ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حلها آسیمی به آنها وارد نسازد .

جلسه نهم

گام نهم: یافتن راه حل‌های تازه برای تثبیت و یکپارچه سازی تغییرات رفتاری. گام‌های نهایی، درمان سیستمی و تبدلات ارتباطی را آماج خود قرار می - دهند

بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی در مورد طرح آزمایشی؛ ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون.

جلسه دهم

جمع بندی نهایی

مرحله دوم  
درمان

مرحله سوم  
درمان



**نتایج**

و برای گروه کنترل به ترتیب ۹/۹۳ و ۲/۵۳ سال بود. در گروه آزمایش ۷ نفر از شرکت کنندگان یک فرزند، ۸ نفر دو فرزند و ۱ نفر سه فرزند داشتند و در گروه کنترل ۶ نفر از شرکت کنندگان یک فرزند، ۶ نفر دو فرزند و ۲ نفر سه فرزند داشتند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها را در دو گروه کنترل و آزمایش و در سه مرحله اجرا را نشان می دهد.

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۸/۲۵ و ۶/۹۴ سال و در گروه کنترل به ترتیب ۳۵/۴۳ و ۴/۴۱ سال بود. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۲ نفر فوق دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۶ نفر دیگر فوق لیسانس و بالاتر بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۵ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم، ۳ نفر لیسانس و ۵ نفر دیگر فوق لیسانس و بالاتر بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان ازدواج در گروه آزمایش به ترتیب ۱۱/۸۲ و ۳/۹۷ سال

جدول ۲. میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) مؤلفه ها و نمره کل اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت در دو گروه و در سه مرحله

شاپیرو- ویلک (سطح معناداری)		میانگین (انحراف استاندارد)		متغیر		مؤلفه
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	گروه	مؤلفه	
۰/۹۰۹ (۰/۱۱۲)	۰/۹۶۹ (۰/۱۸۱۹)	۳۹/۱۳ (۷/۱۲)	۳۹/۰۰ (۷/۵۷)	آزمایش	۴۶/۶۳ (۸/۰۶)	اجتناب رفتاری
۰/۹۱۴ (۰/۱۷۹)	۰/۸۸۳ (۰/۰۶۵)	۴۹/۳۵ (۸/۰۶)	۵۰/۱۴ (۸/۱۸)	کنترل	۴۸/۱۴ (۸/۵۰)	
۰/۹۷۶ (۰/۹۲۵)	۰/۹۵۷ (۰/۶۰۷)	۴۵/۵۲ (۷/۹۳)	۴۳/۰۵ (۸/۷۳)	آزمایش	۶۰/۱۳ (۱۰/۲۱)	انزجار از آشفتگی
۰/۸۸۲ (۰/۰۶۲)	۰/۹۲۲ (۰/۲۳۲)	۵۷/۶۴ (۹/۹۰)	۵۹/۹۷ (۱۱/۴۵)	کنترل	۶۰/۷۱ (۱۰/۹۴)	
۰/۹۵۱ (۰/۵۰۲)	۰/۹۱۵ (۰/۱۳۸)	۱۹/۴۴ (۲/۳۱)	۲۰/۰۶ (۳/۳۵)	آزمایش	۲۴/۱۹ (۴/۷۸)	تعطل
۰/۹۷۳ (۰/۹۱۶)	۰/۹۷۲ (۰/۹۰۶)	۲۵/۵۷ (۴/۱۶)	۲۴/۸۵ (۴/۷۷)	کنترل	۲۴/۲۹ (۴/۲۱)	
۰/۸۹۹ (۰/۰۷۹)	۰/۸۸۸ (۰/۰۵۲)	۴۳/۶۲ (۸/۹۱)	۴۲/۵۶ (۶/۷۴)	آزمایش	۴۹/۵۰ (۱۲/۰۷)	سرکوبی/انکار
۰/۹۰۷ (۰/۱۴۴)	۰/۹۵۹ (۰/۷۱۰)	۵۳/۹۳ (۹/۳۴)	۵۴/۶۴ (۸/۶۹)	کنترل	۵۲/۱۹ (۸/۳۶)	
۰/۹۲۳ (۰/۱۹۰)	۰/۹۵۲ (۰/۵۱۵)	۳۸/۶۹ (۹/۵۰)	۳۹/۱۹ (۹/۴۲)	آزمایش	۴۸/۸۷ (۸/۷۲)	تحمل آشفتگی
۰/۹۰۰ (۰/۱۱۳)	۰/۹۴۴ (۰/۴۶۷)	۵۲/۵۰ (۶/۸۱)	۵۳/۳۲ (۶/۹۸)	کنترل	۵۰/۹۲ (۱۰/۰۷)	
۰/۹۶۹ (۰/۸۲۲)	۰/۹۳۱ (۰/۲۵۷)	۲۳/۱۹ (۳/۷۳)	۲۳/۷۵ (۵/۵۶)	آزمایش	۳۴/۰۶ (۶/۹۷)	حواس پرتی/توقف
۰/۹۴۰ (۰/۴۲۴)	۰/۹۳۰ (۰/۳۰۴)	۳۲/۵۰ (۵/۷۱)	۳۲/۸۶ (۵/۶۵)	کنترل	۳۱/۷۱ (۷/۳۰)	
۰/۹۰۹ (۰/۲۷۹)	۰/۹۷۵ (۰/۲۷۹)	۲۰۹/۵۹	۲۰۷/۵۶ (۱۳/۷۵)	آزمایش	۲۶۳/۳۷	نمره کل اجتناب

تجربی	(۳۰/۶۶)	(۲۰/۳۲)	(۰/۹۱۱)	(۰/۱۱۳)
کنترل	۲۶۸/۰۰	۲۷۱/۴۳	۰/۹۳۷	۰/۹۱۴
آزمایش	(۲۴/۶۵)	(۱۶/۴۳) ۲۷۵/۷۹	(۰/۳۷۶)	(۰/۱۸۱) ۰/۹۳۶
کنترل	(۹/۵۶) ۹۵/۹۴	(۱۱/۷۰) ۷۲/۴۴	(۰/۱۰۶)	(۰/۳۰۲) ۰/۹۵۶
کنترل	(۱۶/۸۴)	(۱۳/۹۰) ۹۶/۵۷	(۰/۶۲۷)	(۰/۶۵۰) ۰/۹۴۷
آزمایش	(۲/۴۷) ۱۹/۳۸	(۲/۴۸) ۱۵/۵۶	(۲/۱۸) ۱۴/۶۲	(۰/۱۷۵) ۰/۹۲۱
کنترل	(۲/۵۰) ۱۹/۵۷	(۲/۸۲) ۲۰/۳۶	(۰/۵۳۰)	(۰/۴۴۷) ۰/۹۳۱
آزمایش	۱۱۵/۳۱	(۲/۷۳) ۲۰/۳۶	(۰/۱۰۶)	(۰/۳۱۵) ۰/۹۵۶
کنترل	(۹/۴۵)	(۱۲/۸۴) ۸۸/۰۰	(۰/۱۹۶)	(۰/۵۹۴) ۰/۹۷۶
کنترل	(۱۶/۸۴)	(۱۳/۴۸) ۱۱۶/۹۳	(۰/۵۶۰)	(۰/۹۴۱) ۰/۹۷۶

ترس از صمیمیت

همچنان که جدول ۲ نشان می دهد توزیع داده ها برای سطوح متغیرهای وابسته در هر سه مرحله اجرا و در هر دو گروه نرمال است. در ادامه جدول ۳ مفروضه های همگنی و واریانس های خطا با استفاده از آزمون لون ، برابری ماتریس های واریانس کوواریانس با استفاده از آماره ام.باکس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی را نشان می دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس های خطا، برابری ماتریس های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	مؤلفه	مقادیر F آزمون لون				
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	M.Box	F
اجتناب تجربی	اجتناب رفتاری	۰/۸۳	۰/۲۴	۰/۷۵	۲/۳۶	۰/۳۵
	انزجار از آشفتگی	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۱۹	۶/۶۲	۰/۹۷
	تعلل	۰/۰۶	۲/۴۹	۲/۳۴	۷/۸۹	۱/۱۶
ترس از صمیمیت	سرکوبی/انکار	۱/۸۴	۲/۵۹	۰/۱۰	۱۱/۳۲	۱/۶۶
	تحمل آشفتگی	۰/۴۸	۲/۰۱	۱/۴۲	۹/۸۳	۱/۴۴
	حواس پرتی/توقف	۰/۰۹	۲/۱۸	۳/۵۳	۶/۴۴	۰/۹۵
نمره کل	نمره کل	۱/۴۵	۱/۰۴	۱/۳۳	۴/۳۳	۰/۶۴
	همسر	۳/۳۷	۰/۶۵	۰/۷۰	۹/۹۳	۱/۴۶
	دیگران	۰/۳۶	۳/۶۴	۱/۲۱	۴/۰۴	۰/۵۹
نمره کل	۲/۵۹	۲/۱۲	۰/۸۴	۸/۵۷	۱/۲۶	۰/۷۴۰

شاخص موخلی  $\chi^2$



صمیمیت ( $F, P = 0/01 = F_{06/9}$ ) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر اجرای زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت را نشان می دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر اجرای زوج

درمانی گروهی هیجان مدار بر اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت

متغیر	مؤلفه	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	$\eta^2$
	اثر گروه		۱۳۰۴/۳۸	۳۲۵۲/۷۴	۰/۲۸۶۰	۰/۰۰۱۱	۰/۲۳
اجتناب	اثر زمان		۱۴۷/۵۱	۱۱۴۶/۱۸	۰/۲۱۴۰	۰/۰۰۳۷	۰/۶۱
رفتاری	اثر تعاملی گروه× زمان		۴۲۱/۶۴	۱۹۹۵/۴۱	۰/۱۷۴۰	۰/۰۰۵۵	۰/۹۲
	اثر گروه		۲۲۰۰/۱۸	۶۴۶۴/۳۲	۰/۲۵۴۰	۰/۰۰۳۹	۰/۵۳
انزجار از	اثر زمان		۱۱۶۹/۱۴	۹۸۷/۳۴	۰/۴۳۵۰	۰/۰۰۱۲	۰/۵۳
آشفستگی	اثر تعاملی گروه× زمان		۱۰۶۱/۲۳	۱۷۱۹/۵۰	۰/۳۸۲۰	۰/۰۰۱۱	۰/۲۸
	اثر گروه		۳۰۲/۶۲	۴۳۴/۱۰	۰/۴۱۱۰	۰/۰۰۱۱	۰/۵۲
تعلل	اثر زمان		۴۴/۸۱	۵۴۰/۹۳	۰/۲۰۱۰	۰/۰۰۸۷	۰/۰۴
	اثر تعاملی گروه× زمان		۱۵۰/۰۳	۹۰۷/۲۱	۰/۱۴۲۰	۰/۰۱۴	۰/۶۳
	اثر گروه		۱۵۶۷/۸۰	۴۰۱۶/۶۰	۰/۲۸۱۰	۰/۰۰۱۱	۰/۹۳
سرکوبی/انکار	اثر زمان		۲۵۸/۵۲	۲۰۶۷/۳۰	۰/۱۳۲۰	۰/۰۰۲۴	۰/۵۱
	اثر تعاملی گروه× زمان		۳۶۹/۵۴	۳۰۵۵/۵۹	۰/۱۰۸۰	۰/۰۰۴۱	۰/۳۹
	اثر گروه		۲۲۳۴/۶۷	۲۶۵۷/۲۹	۰/۴۵۷۰	۰/۰۰۱۲	۰/۵۵
تحمل	اثر زمان		۲۲۷/۱۵	۲۰۰۴/۹۳	۰/۱۲۱۰	۰/۰۰۳۳	۰/۸۷
آشفستگی	اثر تعاملی گروه× زمان		۷۰۵/۴۲	۳۷۲۳/۶۳	۰/۱۵۹۰	۰/۰۰۸۵	۰/۳۰
	اثر گروه		۶۴۲/۸۶	۱۱۴۲/۹۸	۰/۳۶۰۰	۰/۰۰۱۱	۰/۷۵
حواس	اثر زمان		۳۸۰/۰۳	۱۰۶۳/۰۵	۰/۲۶۳۰	۰/۰۰۱۱	۰/۰۱
پرتی/توقف	اثر تعاملی گروه× زمان		۶۶۵/۷۳	۱۷۸۷/۴۷	۰/۲۷۱۰	۰/۰۰۱۱	۰/۴۲
	اثر گروه		۷۰۱۶۸/۲۰	۷۹۴۵۱۶۸/۲۰	۰/۷۱۸۰	۰/۰۰۱۷	۰/۴۷
	اثر زمان		۹۴۷۷/۲۲	۸۳۱۲۱۵۷/۹۳	۰/۴۳۸۰	۰/۰۰۱۲	۰/۸۳
نمره کل	اثر تعاملی گروه× زمان		۳۳۱۸۳۲۲/۴۲	۱۹۴۶۶/۶۳	۰/۴۸۵۰	۰/۰۰۱۲	۰/۳۵

برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس های خطا از آزمون لون استفاده شد و همچنان که جدول ۱ نشان می دهد تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از مؤلفه های اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت در دو گروه و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته نشان می دهد که مفروضه همگنی واریانس های خطا در بین داده های مربوط به سطوح متغیرهای وابسته برقرار است. منطبق بر جدول ۲ نتایج تحلیل نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته برای مؤلفه های اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت در سطح ۰/۰۵ برقرار است. نتیجه تست موخلی در جدول ۲ نیز نشان می دهد که بر خلاف مؤلفه های اجتناب تجربی و مؤلفه ترس از صمیمیت با دیگران، مجذور کای حاصل از آن تست برای مؤلفه ترس از صمیمیت با همسر در سطح ۰/۰۵ معنادار است و نمره کل ترس از صمیمیت بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای مؤلفه صمیمیت با همسر و نمره ترس از صمیمیت برقرار نیست و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن دو با استفاده از روش گیسر-گرینهوس اصلاح شد. پس از ارزیابی مفروضه های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد. نتایج نشان داد که اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه های اجتناب رفتاری ( $P = 0/023$ ،  $F = 38/4$ )، تعلل ( $P = 0/017$ ،  $F = 76/4$ )، سرکوبی/انکار ( $P = 0/037$ ،  $F = 84/3$ ) و تحمل ( $P = 0/030$ ،  $F = 00/4$ ) اجتناب تجربی در سطح ۰/۰۵ و بر مؤلفه های انزجار از آشفستگی ( $P = 0/001$ ،  $F = 29/12$ )، حواس پرتی/توقف ( $P = 0/001$ ،  $F = 72/8$ ) و نمره کل اجتناب تجربی ( $P = 0/001$ ،  $F = 10/18$ )، همانند مؤلفه های ترس از صمیمیت با همسر ( $P = 0/006$ ،  $F = 31/6$ )، ترس از صمیمیت با دیگران ( $P = 0/001$ ،  $F = 83/15$ ) و نمره کل ترس از

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر

## گروه‌ها و زمان‌ها

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	زمان‌ها	متغیر مؤلفه‌ها	متغیر
۰/۰۰۱	۰/۶۹	۲/۸۱	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۳	۳/۱۴	پیگیری	پیش آزمون	اجتناب رفتاری
۱/۰۰	۰/۳۷	۰/۳۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۶۳	۸/۹۲	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۵۴	۸/۸۵	پیگیری	پیش آزمون	انزجار از آشفته‌گی
۱/۰۰	۱/۰۸	-۰/۰۷	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۱۲	۰/۶۹	۱/۷۹	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۸	۰/۵۷	۱/۷۳	پیگیری	پیش آزمون	تعطل
۱/۰۰	۰/۹۱	-۰/۰۵	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۲۴	۰/۹۲	۳/۵۴	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۲۹	۰/۸۷	۳/۰۸	پیگیری	پیش آزمون	اجتناب تجربی سرکوبی/انکار
۱/۰۰	۰/۵۲	-۰/۱۷	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۳۸	۱/۱۲	۳/۶۷	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۱۶	۱/۱۷	۴/۳۱	پیگیری	پیش آزمون	تحمل آشفته‌گی
۱/۰۰	۱/۰۳	۰/۶۴	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۱۱	۱/۴۴	۴/۵۹	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۱۳	۱/۵۹	۵/۰۵	پیگیری	پیش آزمون	حواس پرتی/توقف
۱/۰۰	۱/۳۴	۰/۴۶	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۵/۲۶	۲۴/۰۱	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۵/۳۹	۲۵/۱۹	پیگیری	پیش آزمون	نمره کل
۱/۰۰	۳/۶۱	۱/۱۸	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۳/۲۸	۱۲/۱۱	پس آزمون	پیش آزمون	ترس از صمیمیت
۰/۰۰۹	۳/۷۱	۱۰/۷۷	پیگیری	پیش آزمون	

۰/۵۰۴/۰۰۱۲۸/۴۵ ۶۵۳۸/۰۴ ۶۶۴۲/۳۹	اثر گروه	
۰/۲۳۲۰/۰۰۷۸/۴۴ ۵۷۴۹/۸۳ ۱۷۳۲/۹۱	اثر زمان	
۰/۲۵۳۰/۰۰۱۹/۴۸ ۸۳۸۱/۰۵ ۲۸۳۷/۱۲	اثر تعاملی گروه× زمان	
۰/۵۶۱۰/۰۰۱۳۵/۸۴ ۲۲۳/۶۰ ۲۸۶/۱۹	اثر گروه	
۰/۳۳۸۰/۰۰۱۱۴/۳۳ ۱۱۴/۶۸ ۵۸/۶۷	اثر زمان	
۰/۴۰۱۰/۰۰۱۱۸/۷۶ ۱۹۵/۷۰ ۱۳۱/۰۸	اثر تعاملی گروه× زمان	
۵۷۸ ۰/۰۱۳۸/۲۷۰۸۵/۴۶ ۹۶۸۶/۱۵	اثر گروه	
۰/۲۸۱۰/۰۰۱۱۰/۹۶ ۶۲۰۲/۱۸ ۳۴۴۲/۴۰	اثر زمان	
۰/۳۲۶۰/۰۰۱۱۳/۵۲ ۸۶۶۳/۲۳ ۴۱۸۳/۵۰	اثر تعاملی گروه× زمان	

تفاوت معنی‌دار

نمره کل

جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه X زمان برای مؤلفه‌های اجتناب رفتاری ( $F = 91/5, P = 0/005$ )، انزجار از آشفته‌گی ( $F = 28/17, P = 0/001$ )، تحمل آشفته‌گی ( $F = 30/5, P = 0/008$ )، حواس پرتی/توقف ( $F = 42/10, P = 0/001$ ) و نمره کل ( $F = 35/26, P = 0/001$ ) اجتناب تجربی در سطح ۰/۰۱ و بر مؤلفه‌های تعطل ( $F = 63/4, P = 0/014$ ) و سرکوبی/انکار ( $F = 39/3, P = 0/041$ ) آن در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین اثر تعاملی مربوط به هر دو مؤلفه ترس از صمیمیت با همسر ( $F = 48/9, P = 0/001$ )، ترس از صمیمیت با دیگران ( $F = 76/18, P = 0/001$ ) و نمره کل ترس از صمیمیت ( $F = 52/13, P = 0/001$ ) در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیر مستقل صورت معنادار مؤلفه‌ها و نمرات کل هر دو متغیر وابسته را تحت تاثیر قرار داده است. در ادامه جدول ۴ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به مؤلفه‌ها و نمرات کل اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت را در دو گروه و در سه مرحله اجرا نشان می‌دهد.

۰/۰۰۱	۱/۲۷	-۷/۶۳	کنترل	آزمایش	اجتناب رفتاری	آزمون	پس	پیگیری	-۱/۳۴	۲/۳۵	۱/۰۰		
۰/۰۰۱	۳/۲۱	-۹/۹۱	کنترل	آزمایش	انترجازز آشفنگی	آزمون	پیش	پس	۱/۵۱	۰/۴۷	۰/۰۰۱		
۰/۰۰۱	۰/۸۳	-۳/۶۸	کنترل	آزمایش	تعلل	آزمون	پیش	پس	۱/۹۸	۰/۵۲	۰/۰۰۱	دیگران	
۰/۰۰۱	۲/۵۳	-۸/۳۷	کنترل	آزمایش	سرکوبی / انکار	آزمون	پیش	پس	۰/۴۷	۰/۴۶	۰/۹۳۴		
۰/۰۰۱	۲/۰۶	-۹/۹۸	کنترل	آزمایش	تحميل آشفنگی	آزمون	پیش	پس	۱۳/۶۲	۲/۲۵	۰/۰۰۱		
۰/۰۰۱	۱/۳۵	-۵/۳۶	کنترل	آزمایش	حواس پرتی/توقف	آزمون	پیش	پس	۱۲/۷۵	۲/۸۵	۰/۰۰۱	نمره کل	
۰/۰۰۱	۵/۳۱	-۴۴/۹۱	کنترل	آزمایش	نمره کل	آزمون	پیش	پس	۰/۸۷	۲/۳۹	۱/۰۰		
۰/۰۰۱	۳/۲۳	-۱۷/۲۲	کنترل	آزمایش	همسر	آزمون	پیش	پس					
۰/۰۰۱	۰/۶۰	-۳/۵۷	کنترل	آزمایش	دیگران	آزمون	پیش	پس					
۰/۰۰۱	۳/۳۶	-۲۰/۷۹	کنترل	آزمایش	نمره کل	آزمون	پیش	پس					

آمده از مطالعات مانیک و همکاران (۲)، بیزلی و همکاران (۱۰)،

باقری و همکاران (۱۱) و حیرت و همکاران (۱۴) بود.

در تبیین این نتایج می توان به چند عامل مهم و کلیدی اشاره کرد، از آنجا که همسرانی که سبک ارتباطی دیوار سنگی دارند، از رابطه فاصله می گیرند و انزوا را به رابطه ترجیح می دهند و اگر دچار اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت هم باشند، نسبت به طرد حساس اند و وارد رابطه صمیمانه نمی شوند تا احساس طرد نگیرند و یا به دلیل ترس از مورد حمله قرار گرفتن یا کنترل شدن از برقراری رابطه صمیمانه اجتناب می کنند (۲۲). در گروه درمانی آنلاین دقیقاً در همین نقطه وارد شده و قبل از هر چیز به ایجاد و پرورش فضایی مبتنی بر اعتماد و همدلی توجه واقعی شد تا زمینه ای ایجاد شود که همسران بتوانند بدون ترس از طرد و قضاوت شدن و مورد حمله قرار گرفتن، با احساس امنیت از افکار و احساسات درونی خود صحبت کرده و با آنها تماس برقرار کرده و مواجه شوند. لذا کاملاً "منطقی به نظر می رسد که فضای گروهی، اجتناب تجربی را کاهش دهد.

از طرفی اجتناب تجربی، شکلی از سرکوبی اضطراب است، که برای دور شدن از افکار و احساسات آزاردهنده ناشی از رویدادهای آسیب زا، رخ میدهد (۵) و ترس از صمیمیت طبق رویکرد دل بستگی، به دلیل وجود دل بستگی نایمن در کودکی و

آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۵ نشان می دهد که تفاوت میانگین های مؤلفه ها و نمره کل دو متغیر اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری دستکم در سطح ۰/۰۵ معنادار است، در مقابل تفاوت میانگین ها در مراحل پس آزمون - پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. از طرف دیگر نتایج آزمون بن فرونی در جدول ۵ نشان می دهد که اختلاف میانگین های تعدیل شده در گروه ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده و میانگین مؤلفه ها و نمرات کل هر دو متغیر در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. این موضوع بیانگر آن است که اجرای زوج درمانی گروهی هیجان مدار منجر به کاهش میانگین مؤلفه های هر دو متغیر اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون شده است.

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس هدف پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت زوجین دارای سبک ارتباطی دیوار سنگی شهر، نتایج نشان داد که میانگین تمام مؤلفه های اجتناب تجربی و ترس از صمیمیت در گروه آزمایش کاهش معناداری یافت. این یافته ها همسو با نتایج بدست

بیشتر و در نتیجه ترس از صمیمیت کمتری را تجربه کنند. از عوامل محدودکننده در اجرای این پژوهش علاوه بر پاندمی کرونا و مشکلات سرعت اینترنت و قطعی برق، می توان به عدم تمایل زوجین جهت مشارکت و مراجعه برای درمان و مقاومت در ابراز احساسات و بطورکل همراهی زوجین دیوارسنگی اشاره نمود چراکه آنها احساسات بدی مانند ترس، اضطراب، ناامیدی، خجالت و خشم را تجربه می کنند. با توجه به اینکه در رویکرد زوجی هیجان مدار تمرین های تجربه ای کاربرد زیادی دارد و زوجین دارای سبک ارتباطی دیوار سنگی بیشترین اجتناب را در لمس یکدیگر دارند، پیشنهاد می گردد در پژوهش های بعدی طراحی تمرین ها و بازی هایی برای این همسران مد نظر محققین قرار گرفته و تاثیر آن بر کیفیت رابطه زوجی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می گردد در پژوهش های بعدی دوره های کاربردی و مفیدی براساس نتایج این پژوهش برای ارتقاء کیفی روابط زوجی و بین فردی و مشاوره پیش از ازدواج، می توان طراحی و در مراکز مرتبط اجرا نمود.

به عنوان نتیجه نهایی می توان گفت که زوج درمانی گروهی هیجان مدار به لحاظ تاکید می کند بر ایجاد پاسخگویی بین زوجین و آگاهی از احساسات و نیازهای دلبستگی و پذیرش و ابراز آنها دارد می تواند بطور معناداری در کاهش ترس از صمیمیت و اجتناب تجربی موثر باشد.

تداوم آن و تغییر سبک دلبستگی زوجین ایجاد می شود. یعنی نیازهای دلبستگی زوجین در رابطه، برآورده نمی شود و غیر قابل دسترس بودن، دوری از رابطه صمیمانه را بیشتر میکند (۱).

ترس از صمیمیت به معنی توانایی و ظرفیتی است که، به دلیل اضطراب فرد، برای تبادل افکار و احساسات مهم شخصی، با فرد دیگری که بسیار ارزشمند است، ابر مانده است (۲). زوج درمانی هیجان مدار بر این مساله تمرکز میکند و اهتمام اصلی بر آنست که پس از ایجاد فضایی ایمن و مملو از پاسخگویی بین زوجین، هریک از آنان، احساسات و نیازهای دلبستگی خود را که بخاطر عدم پاسخگویی هر یک از زوجین، سرکوب شده و یا نادیده گرفته شده است را، مجدداً در فضای مناسب و ایمن بیان کنند و مورد درک و پذیرش همسر قرار بگیرند. همچنین، همسرانی که ترس از صمیمیت دارند، به دلیل اضطراب، توانایی و ظرفیت تبادل افکار و احساسات خود را با همسرانشان، ندارند (۲) و با توجه به تمرکز زوج درمانی هیجان مدار بر اهمیت همدلی و پاسخگویی و ابراز نیازهای دلبستگی و تصحیح چرخه تعاملات منفی و تمریناتی که در مورد همدلی و پاسخگویی و ابراز نیازهای دلبستگی، که در گروه اجرا گردید، همسران فضای ایمن تری را برای ابراز احساسات و نیازهای خود به همسرشان حس کرده و مورد درک و همدلی و پذیرش بیشتری نسبت به قبل قرار گرفتند، که این خود سبب شد تا حس ایمنی

## References

1. Miller J. Multiple Sclerosis. In: Ronald P, editor. Merritts text book of, neurology. Philadelphia: Lippincott & Wilkins; 2000.
2. Coleman CI, Sidovar MF, Roberts MS, Kohn C. Impact of mobility impairment on indirect costs and health-related quality of life in multiple sclerosis. Plos One. 2013; 8(1):1-8
3. Harizchi ghadim S, Ranjbar Kucharyi F, Talebi M, Zakaria M. [Effects of "written emotional expression" on anxiety and depression in patients with multiple sclerosis (Persian)]. Current Journal of Neurology (Iranian Journal of Neurology). 2013; 8(25):465-75.
4. Snyder CR, Lopez SJ. Handbook of Positive Psychology. Oxford: Oxford University Press; 2001.
5. Miri F, Ghodsi P. [The relationship between lifestyle and life expectancy with psychological well-being of patients with Multiple Sclerosis (Persian)]. Depiction of Health. 2018; 8(4): 202-8.
6. Snyder R, Anderson J. Hope and health: measuring the will and ways handbook of social and clinical psychology: the health perspective. New York: Program Press; 1991.

7. Soundy A, Benson J, Dawes H, Smith B, Collett J, Meaney A. Understanding hope in patients with Multiple Sclerosis. *Physiotherapy*. 2012 Dec 1;98(4):344-50.
8. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 159-160.
9. Snyder CR (2000). *Handbook of hope: theory, measures, and applications*. Academic Press: USA.
10. Lynch SG, Kroenke DC, Denney DR (2001). The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping, and hope. *Mult Scler*.7(6):411-6.
11. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ (2006). Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs*, 29(5):356-66.
12. Vandar, W. S. P., Evers, A., Gongen, P. J., Bleijenberg, G. (2003). The role of hopelessness as Mediator between neurological disabilities, emotional instability. Experienced fatigue and depression in patient with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 9 (1), 89 – 94.
13. Shun SC, Hsiao FH, Lai YH, Liang JT, Yeh KH, Huang J. Personality trait and quality of life in colorectal cancer survivors. *In Oncol Nurs Forum* 2011 May 1 (Vol. 38, No. 3, pp. E221-E228).
14. Abedini E, Ghanbari-Hashem-Abadi BA, Talebian-Sharif J. [Effectiveness of group therapy based on hope approach on hope and depression in women with Multiple Sclerosis (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 2(30):1-11.
15. Rezaei A, Refahi Zh, Ahmadikhah MA. [Effectiveness of group logo therapy to reduce depression in patients with cancer (Persian)]. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2012; 2(7):37-46.
16. Leahy R.L. (2012). *Emotional Schema therapy: A bridge over Troubled Waters* in: Herbert JD, Forman EM editors. *Acceptance and Mindfulness in cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying in New Therapies*. New York; John Wiley Sons.
17. Rezaei M, Ghadampur E, Kazemi R. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychol*; 2016; 7 (4): 45-58
18. Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hasani J. Effectiveness of Emotional Schema Therapy in Reduction of Worry and Anxiety's Signs and Symptoms in Patients with Generalized Anxiety Disorder: Single-Subject Design. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 2 (30).
19. Erfan A, Noorbala AA. , Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional schema therapy on the severity and frequency of physical symptoms and life quality of patients with irritable bowel syndrome: single-subject design. *Scientific - Research Journal of Shahed University 24th Year*; 2016; No. 12.
20. Nikyar H, Reisi Z, Farokhi H. Efficacy of Cognitive-behavioral Group Therapy for Depression in Patients with Brain Tumors and Increased Hope. *Jorjani Biomed J*. 2013; 1 (2) :56-63
21. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy*. New York: The Guilford Press; 2011.

## Original Article

### The effectiveness of group therapy of emotional schemas on the hope of patients with MS

Received: 08/04/2021 - Accepted: 14/09/2021

Mohammad Entezari<sup>1</sup>  
PanteA Jahangir<sup>\*2</sup>  
Farideh Dokaneifard<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PhD student, Department of counselling,  
Roudehen Branch, Islamic Azad  
University, Roudehen, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of  
counselling, Roudehen Branch, Islamic  
Azad University, Roudehen, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of  
counselling, Roudehen Branch, Islamic  
Azad University, Roudehen, Iran

\* Department of counselling, Roudehen  
Branch, Islamic Azad University,  
Roudehen, Iran

Email: panteajahangir@gmail.com

#### Abstract

**Introduction:** Multiple sclerosis is one of the most important debilitating neurological diseases in which the myelin part of the central nervous system is destroyed and causes mental health disorders. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of group therapy of emotional schemas on the level of hope of patients with multiple sclerosis.

**Method:** The present research method was quasi-experimental, and the research design was pre-test-post-test-follow-up with a control group. The statistical population included all patients with multiple sclerosis referred to clinics and neurology wards of Shiraz hospitals. Forty patients with multiple sclerosis were randomly divided into experimental and control groups. Omid Schneider questionnaire was completed by both groups before the intervention of emotional schemas on the experimental group, after the intervention and 3 months after the intervention. Analysis of covariance and variance with repeated measures were used to analyze the data.

**Results:** The results showed that group therapy of emotional schemas had a significant effect on hope in patients with multiple sclerosis and increased their hope and this effect lasted after 3 months ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** Based on the findings, it can be concluded that group therapy of emotional schemas can be an effective psychological intervention to increase hope in patients with multiple sclerosis.

**Keywords:** Multiple Sclerosis, Treatment of Emotional Schemas, Hope.

**conflict of interest:** There is no conflict of interest.