

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

ARTICLE INFO

Article Type
Reasearch Article

Aurhors

Maryam Sarai
Hossein Salimi Bajestani*
Abdullah Shafiabadi

How to cite this article

Maryam Sarai, Hossein Salimi Bajestani, Abdullah Shafiabadi, The effect of biological factors Comparing the Effectiveness of Affect Phobia Therapy and Emotion Focused Therapy on Marital Intimacy of Women with Low Marital Satisfaction, *Journal of Quran and Medicine*, 2022;7(3):211-219.

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

2. Associate Professor, Counseling Department, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran (corresponding author)

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

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: h.salimi.b@gmail.com

ABSTRACT

The purpose of the research was to compare the effectiveness of the treatment of affectophobia and the treatment of emotion on the marital intimacy of women with low marital satisfaction. This research was part of the semi-experimental designs with pre-test-post-test-follow-up of three groups. The statistical population of the research was made up of women with low marital satisfaction who referred to counseling centers in Tehran in 1400. Sampling method was available voluntarily. After stating the objectives and implementation process of the research and checking the entry conditions, 45 women were selected from among the eligible women and assigned to two experimental groups (15 people in each group) and a control group (15 people). The research tool included Walker and Thompson's (1983) Marital Intimacy Scale. Research data were analyzed using Spss-V23 software and mixed variance analysis test. The results of the data analysis showed that emotion-oriented treatment interventions and affectophobia treatment interventions had a significant effect on marital intimacy in women with low marital satisfaction in the participants of the experimental groups compared to the control group, and there was no difference between the two experimental groups regarding other variables. Finally, it can be concluded that therapists can use both interventions for the marital intimacy of women with low marital satisfaction

Keywords: Affect phobia Therapy, Emotion Focused Therapy, Marital Intimacy, Marital Satisfaction.

مریم سرایی

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

حسین سلیمی بجمستانی*

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

عبدالله شفیق‌آبادی

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

چکیده

هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی و درمان هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زنان با رضایت زناشویی پایین بود. این پژوهش، جزء طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری سه گروهی بود. جامعه آماری پژوهش را زنان با رضایت زناشویی پایین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در دسترس داوطلبانه بود. بعد از بیان اهداف و روند اجرایی پژوهش و بررسی شرایط ورود از میان زنان واجد شرایط ۴۵ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس صمیمیت زناشویی والکر و تامپسون (۱۹۸۳) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار Spss-V23 و آزمون تحلیل واریانس مختلط تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخلات درمان هیجان‌مدار و مداخلات درمان عاطفه‌هراسی در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر معناداری بر صمیمیت زناشویی در زنان دارای رضایت زناشویی پایین داشت و در خصوص سایر متغیرها بین دو گروه آزمایش تفاوت نداشت. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت درمانگران از هر دو مداخله می‌توانند برای صمیمیت زناشویی زنان با رضایت زناشویی پایین استفاده کنند.

واژگان کلیدی: درمان عاطفه‌هراسی، درمان هیجان‌مدار، صمیمیت زناشویی، رضایت زناشویی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۲۱

* نویسنده مسئول: h.salimi.b@gmail.com

مقدمه

از آنجایی که زندگی زناشویی با ازدواج و تشکیل خانواده شروع می‌شود ازدواج را می‌توان یکی از مهم‌ترین تصمیم‌ها در زندگی هر فرد دانست. وجود یک ازدواج رضایت‌مندانه محل تلاقی و تبادل احساسات و عواطف مثبت بین زوجین است و تشکیل خانواده بهنجار نقش مهمی در سلامت، کیفیت زندگی و بهزیستی کل جامعه دارد (۱). زوجین دارای رضایت، در حیطه‌های گوناگون زندگی با هم توافق دارند. این چنین زن و شوهرهایی از نوع و سطح روابط کلامی و غیر کلامی شان راضی‌اند، روابط جنسی شان را لذت بخش و ارضا کننده می‌دانند، پای بندی‌های مذهبی مشترکی دارند، وقت و مسائل مالی خودشان را به خوبی برنامه‌ریزی و مدیریت می‌کنند، درمسائلی که اختلاف نظر دارند مصلحت زندگی و خانوادگی را بر مصلحت خود ترجیح می‌دهند از انعطاف‌پذیری بالایی برخوردارند و از اوقات فراغت و رفت و آمد با اقوام و دوستان رضایت دارند و در نهایت در تعداد فرزندان و شیوه تربیتی آنها با هم اشتراک نظر دارند (۲). نارضایتی زناشویی می‌تواند نارضایتی ارتباطی، جنسی و مشکلات عاطفی به دنبال داشته باشد و در نهایت زوجین را در حل تعارضات خود ناکام کند (۳). تاثیر مخرب تعارضات زناشویی آنقدر می‌تواند گسترده باشد که علاوه بر اثرات مخرب بر روابط زوجین روی دلبستگی، صلاحیت اجتماعی و درک حمایت فرزندان تاثیر مخربی داشته باشد (۴). زوج‌هایی که نارضایتی زناشویی دارند در مقایسه با زوج‌های موفق و حتی افراد مجرد، بیشتر به مشکلات روانشناختی همچون افسردگی، اضطراب سو مصرف مواد و الکل و نیز مشکلات صمیمیت روانشناختی دچار می‌شوند (۵).

بنابراین توانایی پروراندن صمیمیت و رضایتمندی عاملی بین شخصی است که اهمیت آن اغلب به خاطر نقش اساسی‌اش در رشد روابط نزدیک و رابطه‌اش با رضایت زناشویی برجسته می‌شود (۶). روابط خیلی صمیمانه منبع مهمی برای شادی فردی و حس معنا درزندگی است. به نظرمی رسد که صمیمیت، تهدد را در روابط بهبود بخشیده و سازگاری ارتباطی را افزایش می‌دهد. ایجاد تعادل بین جدایی و با هم بودن کلید صمیمیت خانوادگی سالم است (۷). اگرچه قطع شدگی، (جدایی بیش از حد) یا متصل بودن بسیار زیاد (با هم بودن بیش از حد) در کوتاه مدت می‌تواند رضایت بخش باشد، اما ارتباطاتی که بر این اساس شکل می‌گیرد ممکن است ناسالم باشد. این امر طبیعی است که خانواده‌ها بین با هم بودن و جدایی، بسته به آنچه که در خانواده اتفاق می‌افتد در نوسان باشند، اما خانواده‌هایی که در سطح افراطی صمیمیت (یا فقدان آن) گیر می‌کنند دچار مشکلات بیشتری می‌شوند (۸). با توجه به نظریه‌ی رشد روانی-اجتماعی اریکسون دستیابی به صمیمیت یکی از وظایف عمده اوایل بزرگسالی است. صمیمیت مستلزم احساس نزدیکی، ارتباط و محدودیت در روابط عاشقانه است (۹). هم به سلامت روانی و هم سلامت جسمانی مربوط می‌باشد اختلال در توانایی ایجاد روابط صمیمی در تضاد با بهزیستی و رفاه است و صمیمیت با خلاقیت، بهره‌وری هیجانی و رضایت و بهزیستی مرتبط است (۱۰). در بسیاری از

Erikson¹

که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به درماندگی زناشویی آن‌ها شده است (۱۸). درمان هیجان مدار با ایجاد تعاملات سازنده بین زوجین و شناسایی الگوهای دل‌بستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش تحریف‌های شناختی زوجین می‌شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دل‌بستگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند (۱۹). هدف درمان هیجان مدار کمک به زوج‌ها در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین درمان هیجان مدار گزارش کردند که زنانی که آموزش درمان هیجان مدار را دیده بودند، در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر تمایل داشتند تا همسرانشان را ببخشند. که این عامل، باعث افزایش صمیمیت و بهبود کیفیت زندگی زناشویی آن‌ها شده بود. همچنین نوی-شاراو^۷ در مطالعه‌ای با عنوان درمان هیجان مدار برای زوجینی که همسرشان بیماری‌های مزمن دارند، همراه با پایه تئوری و مطالعه موردی توصیفی، بیان می‌کند در زوج‌هایی که همسر بیمار دارد، زن و شوهر هر دو، آشفتگی هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند. در نتیجه رابطه چنین زوجینی و همچنین سلامت بیمار به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. نتیجه این پژوهش نشان داد درمان هیجان مدار باعث کاهش آشفتگی هیجانی و افزایش رضایت و کیفیت زندگی زناشویی در زوجین شده است. همچنین نتایج پژوهش ویسل، شاهر، گلدمن و بار-کالیفا^۸ نشان داد درمان هیجان مدار باعث افزایش صمیمیت و کنترل عواطف زوجین می‌شود.

بنابراین با توجه به نقش غیرقابل انکار آموزش خانواده و تأثیر آن بر میزان رضایتمندی زناشویی و کارکردهای رفتار زوجین و صمیمیت زوج‌ها، و همچنین با توجه به این که این موضوع، یکی از موضوعاتی است که بیشتر مد نظر روانشناسان و پژوهشگران و نظریه پردازان روابط زناشویی در زندگی زناشویی بوده است لذا آموزش خانواده از عوامل تأثیرگذاری است که بر رضایتمندی زناشویی و صمیمیت در بین زنان تأثیر داشته و همیشه توسط دست اندرکاران مورد تأیید واقع شده است و می‌توان از نتایج این گونه تحقیقات در زندگی کاربردی و عملی خانواده استفاده کرد و اجرای چنین پژوهشی می‌تواند از جهت مقایسه نتایج بین فرهنگی نیز مفید و موثر باشد (۲۰). از طرفی با توجه به نقش غیرقابل انکار آموزش زنان و تأثیر آن بر میزان رضایتمندی زناشویی آن‌ها و همچنین با توجه به این که این موضوع، یکی از موضوعاتی است که بیشتر مد نظر روانشناسان و پژوهشگران و نظریه پردازان روابط زناشویی در زندگی زناشویی بوده است لذا آموزش زنان از عوامل تأثیرگذاری است که بر رضایتمندی زناشویی و صمیمیت در بین زنان تأثیر داشته و همیشه توسط دست اندرکاران مورد تأیید واقع شده است و می‌توان از نتایج این گونه تحقیقات در زندگی کاربردی و عملی خانواده استفاده کرد و اجرای چنین پژوهشی می‌تواند از جهت مقایسه نتایج بین فرهنگی نیز مفید و موثر باشد همه موارد مذکور حاکی از ضرورت و اهمیت انجام این پژوهش می‌باشند. با توجه به این که

فرهنگ‌ها به روابط زناشویی به منزله منبع اولیه حمایت و عاطفه نگریسته می‌شود و از همسران انتظار می‌رود تا یک رابطه خاص توأم با صداقت، علاقه، عاطفه و نیز صمیمیت و حمایت از خود نشان دهند. تقریباً تمامی زوج‌ها در ابتدای زندگی زناشویی سطح بالایی از رضایت را گزارش می‌کنند، اما گاهی این رضایت در خلال زمان کاهش می‌یابد (۱۱). پژوهش‌های زیادی نشان دادند که توانایی برقراری روابط صمیمانه با دیگران یکی از عوامل کلیدی در سلامت و بهزیستی روانی افراد بزرگسال بشمار می‌رود (۱۲). به طور خلاصه، در جریان ازدواج رفتارهایی ویژه بین زوجین پدید می‌آید که آن‌ها را نسبت به یکدیگر بیگانه می‌سازد. مشاخره‌ها، انتقادهای بیش از حد و طرد عاطفی از جمله این مورد هاست که این رفتارها موجب از بین رفتن صمیمیت زوجین می‌شود که خود باعث استفاده نادرست از الگوهای ارتباطی و کاهش کیفیت زندگی زناشویی آن‌ها می‌شود (۱۳).

در سال‌های اخیر مداخلات روانشناسی متعددی در زمینه بهبود روابط زوجین صورت گرفته است؛ و از برخی درمان‌های نوین جهت افزایش صمیمیت زناشویی زنان استفاده شده است. عاطفه هراسی زمانی به وجود می‌آید که عواطف فعال ساز (سوک، خشم، نزدیکی هیجانی/شفقت) با عاطفه بازدارنده شدید (اضطراب، شرم، گناه و طرد) مرتبط شوند (۱۴). عاطفه هراسی از ساختار درمان روانپوشی که توسط مالان در مورد مثلث تعارض (دفاع‌ها و اضطراب‌هایی که مانع ابراز احساسات می‌شوند) و مثلث شخص (کار با تعارضات در ارتباط با درمانگر و اشخاص کنونی و گذشته) مطرح شده است، نشأت گرفته است (۱۵). در عاطفه هراسی، تمرکز بر شناخت، تجربه، درک و در نهایت ابراز عواطف سازگار است. مراجعان به تدریج در معرض احساساتی که از آنها اجتناب می‌کنند، قرار می‌گیرند و به آنها آموزش داده می‌شود تا احساساتی را که در زندگی بیش از حد حاکم است را بهتر تنظیم کنند. هدف از درمان این است که مراجع بیشتر از قبل، احساسات خود را به سمت یک خزانه جدید رفتار سازگار هدایت کند. عاطفه هراسی تصدیق می‌کند که احساسات مثبت نسبت به خود غالباً ممکن است احساساتی باشد که افراد معمولاً از آنها دوری می‌کنند؛ بنابراین، هدف از درمان عاطفه هراسی، کاهش انتقاد بیش از حد خود است، به عنوان مثال، در حالت اضطراب تأکید شده است تا فرد احساسات مثبت خود را تقویت کند (۱۶). در فراتحلیل انجام گرفته توسط کیف، مک کارتی، دینگر، زیلچامانو^۹ و بابر^۵ درمان‌های پوشی در درمان اختلالات اضطرابی نسبت به گروه‌های کنترل اثربخشی بیشتری داشته است.

یکی دیگر از راهبردهای درمانی کوتاه مدت برای کمک به زوجین در کار با آشفتگی‌های هیجانی ارتباطی، درمان هیجان مدار است (۱۷). در درمان هیجان مدار نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی

5 - Barber

6 - Emotionally Focused Couple Therapy (EFT)

7 - Noy-Sharav

& Wiesel, Shahr, Goldman & Bar-Kalifa

1 - Keefe

2 - McCarthy

3 - Dinger

4 - Zilcha-Mano

بر اساس یافته ها، تحقیقی با این عنوان به ویژه در ایران برای اولین بار است که انجام می گیرد، اهمیت و ضرورت آن دو چندان می شود. این مطالعه در نظر دارد تا اثربخشی دو روش درمانی هیجان-مدار و عاطفه هراسی را بررسی نماید. بنابراین مسأله پژوهشی این است که آیا درمان عاطفه هراسی و درمان هیجان مدار بر صمیمیت زنان موثر است؟ و آیا تفاوتی بین این دو وجود دارد؟

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع مطالعه نیمه آزمایشی بوده و با استفاده از طرح گروه های آزمایش و گواه با پیش آزمون- پس آزمون-پیگیری انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان دارای رضایت زناشویی پایین مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه این پژوهش ۴۵ نفر از مراکز مشاوره شهر تهران بودند. روش نمونه گیری در این پژوهش نمونه گیری در دسترس بود. برای نمونه گیری نخست با افراد داوطلبی که توسط مرکز مشاوره معرفی شده بودند، مصاحبه و پرسشنامه رضایت زناشویی به عنوان آزمون غربالگری اجرا شد. لازم به ذکر است که نقطه برش این پرسشنامه نمره ی ۱۴۱ است و افرادی که نمرات کمتر از ۱۴۱ کسب کردند یکی از ملاک های ورود به پژوهش را دار بودند. بعد از بیان اهداف و روند اجرایی پژوهش و بررسی شرایط ورود از میان زنان واجد شرایط ۴۵ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. سایر شرایط ورود به گروه دامنه سنی میان ۲۵ تا ۴۵ سال، حداقل ۵ سال از ازدواج گذشته باشند، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات روان شناختی سایکوتیک (از طریق مصاحبه بالینی انجام شد) بودند. همچنین جهت اطمینان از غربال درست نمونه از مقیاس رضایت زناشویی استفاده شد و زنانی که کمتر از نقطه برش پرسشنامه کسب کردند، حائز شرایط ورود به پژوهش بودند. شرایط خروج نیز غیبت در جلسات، عدم انجام تکالیف و وقوع رویدادهای پیش بینی نشده (مانند بیماری، مرگ یکی از اطرافیان و...) و ابراز عدم تمایل به ادامه همکاری را شامل می شد. گروه آزمایش درمان هیجان مدار ۸ گام ۹۰ دقیقه ای و گروه درمان عاطفه هراسی ۸ گام (۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه ای) تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. برای انجام پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه ی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است (۲۱). لازم به ذکر است پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره های درمان و اهداف آنها برای آزمودنی ها توضیح داده می شد و به آنها گفته شد که شرکت در دوره های درمانی داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در دوره ها وجود نداشت.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسش نامه رضایت زناشویی انریچ: پرسش نامه رضایت زناشویی انریچ که فرم ۴۷ سؤالی آن توسط اولسون (۱۹۹۸)، تهیه شد شامل ۱۲ مقیاس است که عبارتند از: پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت

مالی، فعالیت های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش های مساوات طلبی و جهت گیری عقیدتی ساخته شده است. این ابزار به صورت پنج گزینه ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع لیکرت است) در نظر گرفته شده است (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف)، که به هریک از یک تا پنج امتیاز داده می شود. ضریب آلفای «پرسش نامه انریچ» در گزارش اولسون، فورینرو دراکمن (۱۹۸۹)، برای خرده مقیاس های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش های مساوات طلبی به ترتیب از این قرار است: ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۷۱. ضریب آلفای خرده مقیاس های انریچ در چندین تحقیق متفاوت از ۰/۶۸ (برای نقش های مساوات طلبی) تا ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ بوده است. اعتبار بازآزمایی پرسشنامه در فاصله ی ۴ هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) با میانگین ۰/۸۶ بوده است. در کشور ایران اولین بار سلیمانیان، همبستگی درونی آزمون رابرای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کرده است. میرخشتی، در پژوهشی با عنوان «بررسی میان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان» ضریب آلفای کرونباخ که نشان دهنده اعتبار و ثبات همسانی درونی تست است را بر روی ۶۰ نفر از افراد نمونه انجام داده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است که نشان دهنده ضریب بالایی است. در یک پژوهش مهدویان، در کار روی اعتبار آزمون انریچ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و باروش بازآزمایی، به فاصله یک هفته (برای مردان ۰/۹۳۷ و برای زنان ۰/۹۴۴) و برای مردان و زنان ۰/۹۴، به دست آوردند. ب) پرسشنامه صمیمیت والکر و تامپسون: این پرسشنامه را والکر و تامپسون تنظیم کرده اند. این ابزار ۱۷ گویه دارد که با استفاده از مقیاس هفت درجه ای لیکرت (۱= هرگز تا ۷= همیشه) نمره گذاری می شود؛ لذا دامنه نمرات بین ۱۷ تا ۱۱۹ است و نمره بالاتر به معنای صمیمیت زناشویی بیشتر است. آنان روایی ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را در پژوهش های متفاوت با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند (۲۳). همچنین کاواند پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ برای مردان ۰/۹۷ و برای زنان ۰/۹۶ گزارش کرد.

ج) خلاصه پروتکل درمان عاطفه هراسی: جلسه اول: اجرا پیش آزمون، پرسشگری درباره علت مراجعه، ارزیابی توانایی مراجع برای پاسخ دهی، فشار برای لمس احساسات در هر سه مولفه، چالش با مقاومت در انتقال، تمرکز بر احساس مراجع در انتقال، کار بر روی مثلث تعارض: با این حساب هر وقت عصبانی میشی قهر می کنی و صحنه را ترک می کنی؟ درسته؟ خب... عصبانیتتو به لحاظ جسمی چه جور تجربه می کنی؟ متوجه ای که با قهر کردن و فرار از موقعیت مسئله حل نمیشه و فقط باعث میشه این حالت منفی رو در درونت حس کنی؟ تحلیل سود و زیان دفاع ها، بررسی مشکلات دیگر فرد در زندگی و اولویت بندی. جلسه دوم: فشار و

شرایطی که بیماران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دل‌بستگی مراجعان، آشنایی مراجعان با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجان‌ات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مراجعان. جلسه سوم: 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 بیماران در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دل‌بستگی. جلسه چهارم: 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. جلسه پنجم: آگاه کردن افراد از هیجان‌ات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر مراجع در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات و مراجعان و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجان‌ات شناخته‌شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دل‌بستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها. جلسه ششم: 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. جلسه هفتم: ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین مراجعان و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دل‌بستگی. جلسه هشتم: 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 پیوندی ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌های آسیبی به آن‌ها وارد نماند، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون.

در این پژوهش در جهت آزمون فرضیه‌ها و تأیید یا رد آن‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری به همراه آزمون‌های تعقیبی بنفرونی جهت آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا توصیفی آماری از متغیرهای پژوهش به عمل آمده و تفاوت احتمالی گروه‌ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

چالش با دفاع‌ها در انتقال و ایجاد درک نسبی از ماهیت خود تخریبی دفاع‌ها، ایجاد درک نسبی از مثلث تعارض و نیز درک نسبی از ماهیت خود تخریبی دفاع‌ها، جلسه سوم: بررسی ظرفیت‌سازی یافتگی مراجع، آیا اضطراب واقع بینانه است؟ بررسی توانایی مراجع برای تحمل اضطراب، بررسی مولفه‌های احساسات، بررسی توانایی تمایز قائل شدن مراجع در تجربه احساس و دفاعی که برای رهایی از اضطراب فعال می‌شود. جلسه چهارم: مشخص کردن این که آیا دفاع‌ها به سمت درون (دفاع بر ضد احساسات و تکانه‌های دردناک) است یا به سمت بیرون (دفاع بر ضد نزدیکی هیجانی)، بینش دادن بیمار نسبت به تشابهات و تفاوت‌های بین سبک‌های دفاعی در زندگی روزمره اش و نحوه ارتباط با درمانگر. جلسه پنجم: روشن‌سازی اهداف درمان، روشن‌سازی لزوم همکاری دو جانبه بین مراجع و درمانگر، رویارویی فرد با دفاع‌هایش و خنثی‌سازی آنها، جلسه ششم: گوش دادن فعال، روشن ساختن دو نیروی متعارض درونی، جهت خنثی‌سازی انتقال، استفاده از علایم انتقال جهت فشار و چالش برای تجربه و لمس احساسات دردناک، جلسه هفتم: کاش در گذشته فرد و الگوهای ارتباطی، متمرکز شدن به نحوه دفاع مراجع بر ضد احساسات دردناک، خنثی کردن دفاع‌ها، روشن‌سازی و ابیض‌کردن دفاع‌ها، بررسی گوشه‌های مثلث تعارض، جلسه هشتم: گوش فرا دادن برای تعارض، مرتبط کردن مثلث تعارض با گوشه مثلث شخص، ترغیب کردن مراجع به تجربه و لمس احساسات واقعی از طریق همدلی، چالش با مقاومت، جلسه نهم: بررسی بیشتر در گذشته فرد و الگوی تعاملاتی والدین با وی، گوش فرا دادن روان‌پویشی، همدلی، جلسه دهم: مرتبط کردن گذشته به انتقال، مرتبط کردن مثلث تعارض با وضعیت کنونی، متمرکز شدن به بینش‌هایی که فرد کسب کرده است، جلسه یازدهم: پیوند وضعیت کنونی و انتقال، مرتبط کردن مثلث تعارض و شخص، متمرکز شدن به نحوه دفاع مراجع بر ضد احساسات دردناک در هر سه گوشه مثلث شخص، جلسه دوازدهم: ترغیب مراجع به لمس احساسات واقعی، گوش دادن فعال، جلسه سیزدهم: تشویق مراجع به پذیرفتن احساسات مثبت و مفی خود نسبت به اطرافیان، جلسه چهاردهم: تشویق مراجع به عدم سرکوبی احساسات و داشتن دید واقع بینانه و صادقانه به احساسات، اجرای پس‌آزمون.

د) خلاصه پروتکل درمانی هیجان‌مدار: جلسه اول: اجرا پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات مراجعان از درمان. جلسه دوم: تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار صمیمیت به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	بیگیری
درمان هیجان‌مدار	صمیمیت	میانگین	۳۳.۴۵	۱۳.۵۶	۰۷.۵۸
		انحراف معیار	۶۸.۰۸	۶۴.۷	۵۰.۷
درمان عاطفه‌هراسی	صمیمیت	میانگین	۲۰.۴۶	۹۳.۵۱	۳۳.۵۴
		انحراف معیار	۷۴.۷	۸۵.۹	۶۶.۷
کنترل	صمیمیت	میانگین	۸۷.۴۴	۸۰.۴۳	۱۳.۴۵
		انحراف معیار	۳۹.۷	۵۹.۷	۳۰.۹

هراسی باعث افزایش صمیمیت زنان با رضایت زناشویی پایین شده است.

همچنان که ملاحظه می شود میانگین در گروه درمان هیجان مدار و گروه درمان عاطفه هراسی در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می دهد. براساس نتایج مندرج در جدول ۱، می توان به این توصیف دست زد که درمان های هیجان مدار و عاطفه

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات صمیمیت با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایبا
صمیمیت	درون گروهی	۵۸.۱۱۹۶	۶۸.۱	۲۲.۷۱۳	۷۶.۲۶	۰.۰۱۰	۳۹.۰
	تعامل مراحل* گروه	۸۴.۷۵۴	۳۶.۳	۹۶.۲۲۴	۴۴.۸	۰.۰۱۰	۳۹.۰
	بین گروهی	۶۴.۱۷۶۷	۰.۰۲	۸۲.۸۸۳	۶۴.۵	۰.۰۷۰	۲۱.۰

تفاوت بین صمیمیت در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش-آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بین صمیمیت در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که صمیمیت در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است ($P > 0.05$).

نتایج جدول ۲ نشان می دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح 0.05 برای صمیمیت معنادار است ($P < 0.05$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صمیمیت در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین های نمرات در سه گروه

متغیر	گروه های مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
صمیمیت پس آزمون	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	۲۰.۴	۰.۸۳	۳۷.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	۳۳.۱۲	۰.۸۳	۰.۰۱۰
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	۱۳.۰۸	۰.۸۳	۰.۳۰
صمیمیت پیگیری	درمان هیجان مدار - درمان عاطفه هراسی	۷۳.۳	۹۹.۲	۴۳.۰
	درمان هیجان مدار - کنترل	۹۳.۱۲	۹۹.۲	۰.۰۱۰
	درمان عاطفه هراسی - کنترل	۲۰.۹	۹۹.۲	۰.۱۰

در گروه مبتنی بر درمان هیجان مدار و گروه درمان عاطفه هراسی متفاوت نبوده است. همسو با این یافته ویبی و همکاران در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند کاربرد هیجان مدار، درغلبه بر آسیب های هیجانی و مهارت های حل مسأله مؤثر است. در تبیین اثر بخشی درمان عاطفه هراسی باید گفت که عامل پیدایش نقص در ارتباط ناشی از عوامل مختلف مانند پریشانی، هیجانی، اسناد غلط، باورها و رفتارهای اشتباه اسطوره ها و غیره را می توان با انجام آموزشهای مناسب بهبود بخشید. لذا کسب مهارت های ارتباطی صحیح می تواند در توسعه رفتارهای ارتباطی مناسب و بهبود رابطه زناشویی به زوجها کمک کند. نوی-شاراو ایجاد فضایی حاکی از پرسش و پاسخ و روشن سازی رفتارها و اظهارهای بین زوجین و تمرکز بر رفتارهای کارآمد و دور از ابهام می تواند زوجین را از لحاظ عاطفی به همدیگر نزدیک کند و در واقع زندگی اغلب زوجها به دلیل فقدان آگاهی از مهارت های ارتباطی و سبک ارتباطی ناسالم به یک رابطه ایستا و بدون صمیمیت تبدیل می شود. بسیاری از بیماران دچار ترس شدید از صمیمیت در طی فرایند درمان ترسشان را نمی بینند. اینها در کودکی یاد گرفته اند که ترسشان را اگر والدینشان را مضطرب

از نتایج جدول ۳ می توان نتیجه گرفت که روش (مداخلات هیجان مدار و عاطفه هراسی در مقایسه با گروه کنترل) بر صمیمیت تاثیر داشته اند. همچنین با توجه به اینکه افزایش صمیمیت در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون نیز معنی دار بوده است، روند افزایش صمیمیت در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون ادامه داشته است و بطور معنی داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (مداخلات هیجان مدار و عاطفه هراسی) بر صمیمیت می باشد. همچنین میزان افزایش در گروه مبتنی بر مداخله هیجان مدار و گروه مداخله عاطفه هراسی متفاوت نبوده است.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان عاطفه هراسی و درمان هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی زنان با رضایت زناشویی پایین انجام شد. نتایج نشان داد که فرض صفر رد شده و درمان هیجان مدار و درمان عاطفه هراسی در شرکت کنندگان گروه های آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر معناداری بر افزایش صمیمیت در زنان دارای مشکلات زناشویی داشته است. همچنین میزان افزایش

کرد نادیده بگیرند. نادیده گرفتن، احساسات ترس و اضطراب در گذشته انطباقی بود اما امروز غیر انطباقی است. از این رو درمانگر عاطفه هراسی به افراد کمک می کند اضطراب و ترسش را در فرایند درمان مشاهده و تنظیم کند تا درمان بتواند مفید واقع شود. درمانگر باید برای تأمین لحظه به لحظه ی تنظیم ترس روی آنچه افراد می گویند و آنچه بدنشان انجام میدهد تمرکز کند این تنظیم بدن بیمار پیش شرط اتحاد درمانی و هر درمان موفقی است. بنا به بیان گرینمن و جانسون اساسی ترین تمرکز درمان عاطفه هراسی بر درد هیجانی یا روان شناختی است که در آن زندگی به عنوان یک فرایند مشکل و طاقت فرسا تصور می شود و روان در کشمکش برای مقابله و تحمل آن ساخته می شود و دفاع یا سازوکارهای اجتناب از درد را به وجود می آورد.

در تبیین اثر درمان هیجان مدار ابتدا باید گفت که از آن جایی که بخش وسیعی از رابطه همسران در جامعه ایران ریشه در مسائل عاطفی و هیجانی دارد و ناتوانی در ابراز به موقع و به طریق مناسب این هیجانات در ابتدا منجر به کناره گیری عاطفی و از دست رفتن صمیمیت و در نهایت طلاق عاطفی می شود، از پژوهش حاضر می توان به این نتیجه رسید بیشتر اوقات بررسی صرفاً منطقی و عقلانی (شناخت درمانی) مسائل زوج ها درمانگر را از پرداختن به مسائل هیجانی آن ها باز می دارد و از آن جایی که بسیاری از مسائل و مشکلات زوج ها ریشه در چگونگی ابراز هیجانات زیر بنایی آن ها دارد، درمانگران با کم توجهی به این مهم از حل مسائل درونی زوج ها باز می مانند (۲۲). لازم به ذکر است که پژوهش صورت گرفته صرفاً بر ابراز هیجانات مثبت تاکید نمی کند و به بروز هیجاناتی که ممکن است ظاهراً مثبت تلقی نشوند نیز مانند خشم، اندوه، رنجش و اهمیت آن ها در صمیمیت زناشویی بیشتر توجه ویژه ای مبذول می دارد. در زوج درمانی هیجان محور بر شناسایی الگوهای ارتباطی، هیجانات، احساسات و تبادل سبک های دلبستگی زوجین پرداخته می شود. الگوهای ارتباطی و تعامل زوجین تعیین کننده میزان اعتماد و صمیمیت زوجین می باشد به عبارت دیگر سبک تعاملی مخرب باعث افزایش فاصله عاطفی شده که این عامل هیجانات متعارض و منفی نسبت به زوجین را بیشتر می کند. در زوج درمانی هیجان محور با تاکید بر کشف و شناخت این سبک های تعاملی و جایگزینی ادارک جدید از سبک ارتباطی زوجین و تمرکز بر دلبستگی، پذیرش و انعکاس عواطف مثبت، اعتماد زوجین نسبت به پذیرش همدیگر و صمیمیت زناشویی بیشتر می شود.

در درمان هیجان مدار فرض بر این است که میزان امنیت یا نا استواری رشته های دل بستگی میان همسران شالوده ی رضایت یا نارضایتی زناشویی را تشکیل می دهد. درست مانند دوران کودکی، در بزرگسالی نیز پاسخگو نبودن و در دسترس نبودن پیکره دلبستگی، تولید آشفتگی زناشویی می کند و باعث عدم رضایت زناشویی می شود. زوجین در جلسات اولیه به علت احساس نا امنی، هیچ گونه درگیری هیجانی پیدا نمی کردند، آن ها به جای درگیری، کناره گیری را انتخاب می کردند زیرا طرف مقابلشان را پاسخگو و در دسترس نمی یافتند. همچنان که جلسات پیش می رفت زوجین با تابید و شناخت هیجان های خود و همسرشان و ابراز هیجان های

ثانویه به هیجان های اولیه دسترسی پیدا می کردند و نسبت به هم احساس امنیت بیشتری می کردند و نسبت به هم احساس صمیمیت بیشتری می کردند. به عبارت دیگر همدیگر را پاسخ گو و در دسترس می یافتند از سویی درمان هیجان مدار پردازش مجدد تجارب و بازسازماندهی تعاملات را با هدف خلق دلبستگی ایمن و ایجاد احساسی سرشار از امنیت به انجام می رساند. در این راستا، تمرکز درمانی همواره بر مقولات مرتبط با دلبستگی- ایمنی، اعتماد و تماس- و البته عوامل بلوکه کننده ی آن خواهد بود. زوج درمانی هیجان مدار جهت آموزش مهارت های گفتگو به همسران اهتمامی نمی ورزد چرا که معتقد است تا وقتی زوجها به واسطه ی درگیری با هیجانات زیر ساختار رفتاری شان به آشفتگی دچارند، در بکارگیری این مهارت های ناتوان خواهند بود. به عبارت دیگر درگیری های هیجانی، بقدری افراد را آسیب پذیر می کند که توانمندی ایشان در ارتباط با مهارت های احتمالاً فراگیری شده را نیز تحت الشعاع قرار می دهد. فرض بر این است که یک زوج تنها در صورتی قادرند مهارت های اکسپاتی در مواردی همچون مذاکرات را در عمل پیاده کنند که قبلاً به خلق رشته های ایمنی دلبستگی و آویختن آن به پیکره های ارتباطشان توفیق یافته باشند. در حقیقت بافتاری که از ارتعاشات و ناپیمنی های مربوط به دلبستگی های دیرین عاری باشد، به سادگی قابلیت بارور ساختن چنین مهارت هایی را در خود خواهد داشت.

به اعتقاد پژوهشگر، ویژگی منحصر بفرد درمان هیجان محور، استفاده از هیجان در گسستن چرخه های مخرب تعامل است. درمانگر هیجان محور با کمک به زوج ها در شناسایی، بیان و بازسازی پاسخ های هیجانی در نکته های کلیدی تعاملات الگودار، به آن ها کمک می کند که به دنبال پاسخ های جدید برای یکدیگر بوده و چارچوب متفاوتی در مورد ماهیت مشکلاتشان پیدا کنند. پس از آن مراجعان می توانند گام های جدیدی در روابط تعاملی خود بردارند و چرخه های مشکل سازی مثل (تقاضا-عقب نشینی)، (حمله-دفاع)، (سرزنش-گری-فرار) و غیره را قطع کرده و چرخه های پویا تری را آغاز کنند. چنین به نظر می رسد که رویکرد هیجان محور با بهره گیری از فنون رویکردهای زوج درمانی دیگر نظیر رویکردهای زوج درمانی ساختاری (الحاق-انطباق-ردگیری چرخه-بازتعبیر)، مراجع محوری (اتحاد درمانی، خود افشایی، پذیر مثبت بدون قید و شرط، همدلی) گشتالت درمانی، راه حل محور (تقویت نقاط قوت ارتباطی-برجسته کردن قابلیت ها و توانمندی های فردی و غیره) و رویکردهای سیستمی و نظریه دلبستگی، به تقویت فعالیت ارتباطی زوج ها کمک می کند. رویکرد هیجان محور به علت ماهیت یکپارچه نگری خود با تقویت عوامل درون فردی و همچنین عوامل بین فردی کمک های شایانی در جهت تقویت چرخه تعاملی زوج ها و در نتیجه انتظارات زوج ها می کند. در این پژوهش فقط از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده کرد و به دلیل محدودیت های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده های پژوهش استفاده نشد. نمونه پژوهش صرفاً زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بودند، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر شهرها و مناطق بایستی جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه

theory to practice. *Family Process*, 52(1), 46-61.

7. Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2020). Research on marital satisfaction and stability in the 2010s: Challenging conventional wisdom. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 100-116.

8. Keefe JR, McCarthy KS, Dinger U, Zilcha -Mano S, Barber JP. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clin Psychol Rev.*34(4):309 -23.

9. Kim, M., & Kim, H. S. (2018). Mediator effect of marital intimacy on the relationship between depression and marital satisfaction of infertile women. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 32(1), 96-108.

10. korean patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A cross-sectional study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 100228.

11. Lee, J. Y., Kim, J. S., Kim, S. S., Jeong, J. K., Yoon, S. J., Kim, S. J., & Lee, S. M. (2019). Relationship between Health Behaviors and Marital Adjustment and Marital Intimacy in Multicultural Family Female Immigrants. *Korean journal of family medicine*, 40(1), 31.

12. Levitt, H. M., Whelton, W. J., & Iwakabe, S. (2019). Integrating feminist-multicultural perspectives into emotion-focused therapy.

13. Moon, K. J., Chung, M. L., & Hwang, S. Y. (2020). The Perceived Marital Intimacy of Spouses Directly Influences the Rehabilitation Motivation of Hospitalized Stroke Survivors. *Clinical Nursing Research*, 1054773820924573.

14. Nho, J. H., Kim, S. R., & Choi, W. K. (2022). Relationships among sexual function, marital intimacy, type D personality and quality of life in patients with ovarian cancer, with spouses. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e13760.

به افزایش روز افزون مشکلات زناشویی و خطر سلامت آینده خانواده ها و جامعه، پیشنهاد می شود در این زمینه با استفاده از روش های کیفی پژوهش هایی صورت گیرد تا از راهکارهای آن در مسیر سالم سازی افراد، خانواده ها و جامعه گام های جامعی برداشته شود. با توجه به اثربخشی رویکردهای هیجان محور و عاطفه هراسی پیشنهاد می شود که مشاوران خانواده و زوج درمانگران فنون و روش های کاربردی آن ها را فرا گرفته و در مراکز مشاوره و محیط های بالینی جهت درمان مشکلات مربوط به صمیمیت در زوجین به کار گیرند.

References

1. Olson, David H; Defrin, John and Olson, Amy K. (2019). Effective marriage and communication skills. Translated by Ahmad Reza Bahirai and Nader Fathi. Tehran: Psychology and Art Publisher. (Original language publication date 1999).
2. McCullough, Kan.; Andrews, Kaplan and Wolf, Horley. (2017). Treatment of phobias. Translated by Elham Estad, Mahin Dehghani and Mahmoud Dehghani. Tehran: Arjamand Publication. (Original language publication date 2003).
3. Daniëls, M., Van, H. L., van den Heuvel, B., Dekker, J. J., Peen, J., Bosmans, J., ... & Huibers, M. J. (2023). Individual psychotherapy for Cluster-C personality disorders: protocol of a pragmatic RCT comparing short-term psychodynamic supportive psychotherapy, affect phobia therapy and schema therapy (I-FORCE). *Trials*, 24(1), 1-21.
4. Dong, S., Dong, Q., & Chen, H. (2022). Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: The moderating effect of fathers' empathy tendency. *Journal of affective disorders*, 299, 682-690.
5. Finzi-Dottan, R. (2023). The Role of Fear of Intimacy as Mediator between Self-Differentiation and Marital Relationship Satisfaction: A Dyadic Model. *The Family Journal*, 31(3), 392-398.
6. Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2013). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking

15. Noy-Sharav, D. (2021). Corrective Emotional Experience in Couple Therapy: An Integration between Imago Approach and Psychoanalytic Concepts in Light of Neuropsychological Studies. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 20(4), 319-339.
16. Oprisan, E., & Cristea, D. (2012). A few variables of influence in the concept of marital satisfaction. *Procedia-social and behavioral sciences*, 33, 468-472.
17. Tahir, K., & Khan, N. (2021). Mediating role of body image between sexual functioning and marital intimacy in Pakistani women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 30(2), 260-266.
18. Wang, X., & Zhao, K. (2023). Partner phubbing and marital satisfaction: The mediating roles of marital interaction and marital conflict. *Social Science Computer Review*, 41(4), 1126-1139.
19. Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Dagleish, T. L., & Tasca, G. A. (2017). Predicting follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: The role of change in trust, relationship-specific attachment, and emotional engagement. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 213-226.
20. Wiesel, I., Shahar, B., Goldman, R. N., & Bar-Kalifa, E. (2021). Accuracy and Bias in Vulnerability Perceptions of Partners Undergoing Emotion-Focused Therapy for Couples. *Family process*, 60(2), 377-392.
21. Xie, J., Shi, Y., & Ma, H. (2017). Relationship between similarity in work-family centrality and marital satisfaction among dual-earner couples. *Personality and Individual Differences*, 113, 103-108.
22. Zapien, N. (2018). *Clinical Treatment Directions for Infidelity: A Phenomenological Framework for Understanding*. Routledge.