Clinical Psychology Achievements

https://jacp.scu.ac.ir/
ISSN (P): 2538-5755
ISSN (E): 2588-6126
Received: 19 january 2025
Accepted: 8 August 2025

Research Article

Doi:10.22055/jacp.2025.48818.1446

The effectiveness of emotion-focused therapy on difficulty in regulating emotion in women with marital conflict

Moloud Hendiani*[1] Reihaneh Shojaee[2]

1- Ph.D. candidate in Industrial and Organizational Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
2- Assistant Professor of Psychology, Faizul Islam Institute of Higher Education, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran.

Citation: Moloud Hendiani, M., & Shojaee, R. (2025). The effectiveness of emotion-focused therapy on difficulty in regulating emotion in women with marital conflict, *Clinical Psychology Achievements*, *11*(3), 19-30.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion-focused therapy on difficulty in regulating emotion in women with marital conflict. The statistical population of the study included all women with marital conflict who referred to counseling centers in Isfahan in the first half of the year in 1400. Thirty people were selected as a sample from women referring to counseling centers in Isfahan using purposive sampling, and were randomly divided into two experimental groups (15 people) and control group (15 people). The research instruments used was difficulty in emotion regulation (Gertz and Roemer, 2004). It is effective and the rate of this effect in the difficulty of emotion regulation in the post-test stage was 30.3%. Emotion-focused therapy was effective on the dimensions of difficulty in regulating the emotion of women with marital conflict in Isfahan. And this effect was in the non-acceptance of emotional responses in the post-test phase of 18, difficulty in impulse control 13.4%, lack of emotional awareness 17.9%, limited access to emotional regulation strategies 15.1%, and lack of emotional clarity 16.2% (p<.01).

Keywords: emotion-focused therapy, difficulty in regulating emotion, women, with marital conflict.

* **Corresponding Author:** Moloud Hendiani
E-mail: M-hendiani@stu,scu.ac.ir

Authors retain the copyright and full publishing rights.
Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

مقاله پژوهشی

https://jacp.scu.ac.ir/
ISSN (P): 2538-5755
ISSN (E): 2588-6126
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰ /۳۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۷

Doi: 10.22055/jacp.2025.48818.1446

بررسی تأثیر درمان هیجان مدار برابعاد دشواری تنظیم هیجان در زنان دارای تعارض زناشویی

مولود هندیانی[۱*]، ریحانه شجاعی[۲]

۱- کاندیدای دکتری روانشناسی صنعتی و سازمانی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز ، اهواز، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی فیض الاسلام، خمینی شهر، ایران.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ابعاد دشواری در تنظیم هیجان زنان دارای تعارض زناشویی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در سطح شهر اصفهان در نیم سال اول در سال۱۴۰۰ بود. ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه از بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در سطح شهر اصفهان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش مورد استفاده دشواری در تنظیم هیجان Gratz and Roemer (2004) بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر دشواری در تنظیم هیجان در زنان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۱). بنابراین درمان هیجان‌مدار بر کاهش نمره‌های دشواری در تنظیم هیجان در زنان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۳۰/۳ درصد بوده است. همچنین درمان هیجان‌مدار بر ابعاد دشواری در تنظیم هیجان زنان دارای تعارض زناشویی شهر اصفهان مؤثر است و این تأثیر در عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی در مرحله پس‌آزمون ۱۸،دشواری در کنترل تکانه ۱۳/۴ درصد، فقدان آگاهی هیجانی با ۱۷/۹ درصد، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ۱۵/۱ درصد و عدم وضوح هیجانی ۱۶/۲ درصد بوده است (p>۰/۰۱).

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، دشواری در تنظیم هیجان، زنان، دارای تعارض زناشویی.

* **نویسنده مسئول:** مولودهندیانی
رایانامه: M-hendiani@stu.scu.ac.ir

مقدمه

خانواده اساسی‌ترین واحد اجتماعی و هسته مرکزی سازمان‌های اجتماعی گسترده‌تر است که کنش‌وری‌های متعددی دارد. خانواده در حکم بافت سلولی برای اندام‌های اجتماعی عمل می‌کند و از زمانی پویایی‌های رابطه‌ای خود را آغاز می‌کند که برقراری پیوند محکم و دائم بین زن و مرد تحقق می‌یابد امری که از آن تحت عنوان ازدواج نام‌برده می‌شود. محققان پویایی‌های رابطه‌ای در بستر خانواده را بررسی کرده‌اند که به طور بالقوه به نتایج سلامتی به طور مثبت یا منفی کمک می‌کند. یکی از اصلی‌ترین پویایی‌های رابطه‌ای تعارض زناشویی است (Frye-Cox et al., 2021). بنابراین به نظر می‌رسد داشتن یک شریک عاطفی برای سلامت جسمی و روانی افراد مفید است.

با این وجود نباید فراموش کرد که پدید آمدن اختلاف و تعارض زناشویی بین زن و شوهر امری غیرطبیعی نیست چرا که افراد در هر نقشی قرار بگیرند تمایل دارند در یک رابطه صمیمانه انتظارات خود را با شریک زندگی خود تنظیم کنند. به دلیل ماهیت کنش‌ورانه همسران در فضای زندگی مشترک، گاه پیش می‌آید که اختلاف دیدگاه بین زوجین روی دهد و یا اینکه نیازهای آن‌ها برآورده نشود. نتیجه چنین تعاملاتی منفی، ناخشنودی، ناامیدی و احساس خشم همسران نسبت به یکدیگر گزارش شده است (Amrollahi et al., 2013).

در واقع تعارض به‌عنوان فرایند تعاملی است که با ناسازگاری و عدم توافق شناخته می‌شود و یا به‌صورت نابهنجاری همراه نهادها یا بین نهادهای مختلف اجتماعی تعریف می‌شود. تعارض در زندگی زناشویی امری اجتناب‌ناپذیر است. تحقیقات نشان داده است کیفیت ارتباطات زوج‌ها، نقش مهمی در سلامت روان‌شناختی زوجین دارد (Pourmidani et al., 2016) و در نتیجه تعارضات زناشویی به ایجاد شرایط نامناسب روان‌شناختی در افراد منجر می‌شود (Galinsky & Waite, 2014).

عاملی که اخیراً در مشکلات هیجانی دخیل دانسته شده، تنظیم هیجان و به‌خصوص راهبردهای شناختی آن است. تنظیم هیجان را می‌توان به‌صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن افراد می‌توانند به اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را تجربه و ابراز کنند تأثیر بگذارند. تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند می‌باشد، اشاره دارد و فرایندی را شامل می‌شود که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را خواه به‌صورت هشیار یا ناهشیار به‌وسیله‌ی اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده هیجان، تنظیم می‌نمایند (Pollock et al., 2016). این تنظیم می‌تواند به‌طور خودکار یا کنترل‌شده انجام گیرد و می‌تواند هشیار یا ناهشیار باشد (Gross & John, 2003).

در مقابل، دشواری در تنظیم هیجان و بد تنظیمی هیجان[1]، خطری جدی برای سلامت روان است (Berking & Whitley, 2014). دشواری تنظیم هیجان[2] اشاره به حالتی دارد که تلاش‌های فرد در تنظیم هیجان، به منظور رسیدن به اهدافی که در ارتباط با این هیجان‌ها هستند، شکست می‌خورد و فرد در ایجاد تغییرات و اصلاحات لازم برای رسیدن به اهدافش ناتوان گردد (Jazaieri et al., 2019)

همچنین بسیاری از نظریه‌های ازدواج اذعان دارند که بدتنظیمی در هیجان نه تنها مکانیسم‌های زیربنایی بر ایجاد آسیب‌های روانی را در فرد فعال می‌کند بلکه روابط بین فردی و زناشویی را نیز مختل می‌کند. یکی از تئوری‌های اساسی مطرح در روابط زناشویی تئوری دلبستگی Bowlby (1969) است (Greenman & Johnson, 2021). تئوری دلبستگی به عنوان فرآیندی (Insel et al. 2010) در نظر گرفته می‌شود که یک مکانیسم کلیدی فرا تشخیصی، یعنی تنظیم هیجانی را در بر می‌گیرد. روابط دلبستگی ایمن کودکان با شخصیت‌های دلبستگی آنها (به عنوان مثال، والدین یا مراقبان)، به عنوان منبع هم تنظیم عاطفی عملکردی عمل می‌کند، در حالی که روابط دلبستگی ناایمن با تنظیم هیجانی ناکارآمد مرتبط است Mikulincer & Shaver (2017) و پایه‌های روابط آینده‌ی فرد از جمله رابطه‌ی زناشویی را شکل می‌دهد. به گونه‌ای که

1- Emotion Dysregulation
2- difficulty emotion regulation

هم فعال‌سازی بیش از حد و هم غیرفعال کردن سیستم دلبستگی منجر به تنظیم هیجانی ناکارآمد می‌شود و از عوامل خطر برای گسترش آسیب‌های روانی، به عنوان مثال، اضطراب (Colonnesi et al., 2011؛ Lee & Hankin, 2009)، افسردگی و رفتارخودکشی (Malik et al., 2015)، سوء مصرف مواد و رفتار مجرمانه (Allen et al., 1996) است. رویکرد هیجان‌مدار (Greenberg, 2017) با هدف ایجاد دلبستگی ایمن بین فرد و شخصیت‌های دلبستگی (والدین، مراقبان یا همسر) با هدف کاهش بدتنظیمی‌های عاطفی در روابط ایجاد شده است که مسئله اصلی در این نوع درمان این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازمان‌دهی وی می‌باشد (Jan Conradi et al., 2023).

از آنجا که زن با وجود نقش‌های متفاوتی که در کانون خانواده دارد همچون دروازه‌بان ورودی‌ها و خروجی‌های خانه است که در جایگاه همسری، مرهمی بر دردهای مرد است و در جایگاه مادر برای رشد همه‌جانبه فرزندان، باتدبیری که دارد تأثیرگذارترین است. در صورتی‌که تعارض زناشویی همراه با تنظیم هیجان در یک زن باشد بسیار مشکل‌زا است. چرا که این زنان پیوسته در معرض عواملی قرار می‌گیرند که او را آشفته و به لحاظ هیجانی بدتنظیم می‌کند، هرچند که در مقابل ناملایمات تحمل می‌کند ولی گاه دچار عواطف منفی و دشواری تنظیم هیجان می‌شود. علی‌رغم تلاش‌ها و پژوهش‌های گسترده در زمینه زنان دارای مشکلات زناشویی، وجود یک پژوهش اثربخشی در زمینهٔ دشواری تنظیم هیجان زنان دارای تعارض زناشویی، با توجه به فرهنگ و بوم ایرانی خالی است. انجام یک تحقیق با استفاده از این روش در بین زنان ایرانی می‌تواند خلأهای پژوهشی و آموزشی در این حوزه را مرتفع سازد و منجر به شناخت و درک واقعی تجربه‌ها، دغدغه‌های این افراد شود. با توجه به آنچه گفته شدو اهمیت دشواری در تنظیم هیجان تعارض زناشویی در زنان، پژوهشگر در این تحقیق سعی دارد به این پرسش پاسخ دهد که آیا درمان هیجان مدار بر ابعاد دشواری در تنظیم هیجان زنان دارای تعارض زناشویی مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش، یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در سطح شهر اصفهان در نیم سال اول در سال ۱۴۰۰ بود. ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه از بین زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره در سطح شهر اصفهان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده، و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. و جلسه‌ی آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای بر گروه آزمایش بر اساس پروتکل (برگرفته از کتاب هیجان‌مدار (Greenberg (2002, trans by Ramezani و آموزش درمان هیجان‌مدار: رویکردی تجربه‌گرا برای تغییر از (Lliott et al. (2018, trans. by Ramezani & Jamshidnejad در مرکز مشاوره آتیه به صورت حضوری ارائه گردید. پس از اتمام جلسات پرسشنامه‌ها مجدداً در هر دو گروه (آزمایش و کنترل) تکرار گردید و پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها تحلیل شد.

ابزار پژوهش

مقیاس دشواری تنظیم هیجان[1] (Gratz & Roemer, 2004) یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌ی پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه)، در شش زمینه به شرح زیر اندازه‌گیری می‌کند: عدم پذیرش، پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، دشواری در به کارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری کنترل تکانه، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیر مقیاس‌ها و کل

1 . Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش Besharat (2016) ۰/۸۸ به دست آمده است. این مقیاس جنبه‌های مختلف اختلاف در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. سؤالات ۲۴، ۲۲، ۲۰، ۱۷، ۱۰، ۸، ۱، ۲، ۶، ۷ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. نمره‌های بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی می‌باشند. مقیاس دارای یک نمره کلی از جمع نمره‌های کلیه سؤالات و همچنین ۶ نمره مربوط به زیر مقیاس‌ها می‌باشد.

شرح جلسات آموزش در جدول ۱ نشان داه شده است.

جدول ۱. پروتکل گرینبرگ (۲۰۱۲)

جلسه	محتوا (رویکرد هیجان‌مدار)
۱	اجرا پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری ارتباط، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، اصول رویکرد هیجان‌مدار، ارزیابی اهداف و انتظارات مراجعان از درمان
۲	ایجاد اتحاد درمانی، کشف حوادث برجسته و اسجاد تشخیص چرخه تعاملی منفی و آشکار کردن آن.
۳	بررسی تروماهای گذشته و تشخیص نوع دلبستگی، نام گذاری احساس‌ها و تشخیص هیجان‌های اولیه و ثانویه.
۴	اجرای فن صندلی خالی برای مشخص کردن نیازهای طرد شده و خود انکار شده. بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش
۵	اجرای تکنیک‌های آرام‌سازی، آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی، آشکارسازی جایگاه رابطه در مراجعین، پذیرش تجربان و مشخص کردن طبیعی بودن نیاز به دلبستگی.
۶	بازسازی نمادها و سمبل‌ها، 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
۷	توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمونی‌ها و پذیرش هیجان‌ها. شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی
۸	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 راه حل‌های آسیبی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات، در قسمت آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی و در قسمت آمار استنباطی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه، از تحلیل کواریانس استفاده شد. لازم به ذکر است جهت تحلیل آماری، اطلاعات با استفاده از نرم افزار spss23 پردازش شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه پریشانی روان‌شناختی در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۹۰/۸۷ و با انحراف استاندارد ۲۱/۴۲ و در گروه کنترل برابر با ۸۹/۴۷ و با انحراف استاندارد ۱۱/۳۹ است. در حالی که در پس‌آزمون میانگین نمره‌ها در گروه آزمایش برابر با ۷۹/۲۷ و با انحراف استاندارد ۱۲/۴ودر نهایت در گروه کنترل برابر با ۹۱ و با انحراف استاندارد ۹/۵۴ است.

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل کواریانس استفاده گردیده است. بنابراین لازم است تا پیش فرض‌های مورد نیاز جهت کار برد آزمون‌های پارامتریک بررسی گردند.

یکی از پیش فرض‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک، فرض نرمال بودن توزیع نمره‌های گروه یا گروه‌های نمونه در جامعه است. اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می‌شود توزیع نمره‌ها در جامعه نرمال بوده و اگر در گروه‌های

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های دشواری تنظیم در هیجان در دو گروه

زیرمقیاس‌ها	گروه	پیش آزمون			پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عدم پذیرش	آزمایش	۱۵	۱۶/۲۷	۴/۵۱	۱۳/۴۷	۴/۲۶
پاسخ‌های هیجانی	کنترل	۱۵	۱۵/۹۳	۳/۰۸	۱۶/۴	۳/۶۶
دشواری در انجام	آزمایش	۱۵	۱۱/۷۳	۳/۸	۱۱/۴۷	۲/۴۱
رفتار هدفمند	کنترل	۱۵	۱۱/۷۳	۲/۵۸	۱۷/۴	۲/۶۹
دشواری	آزمایش	۱۵	۱۷/۴۷	۴/۰۳	۱۴/۷۳	۳/۶۵
درکنترل تکانه	کنترل	15	۱۷/۴	۲/۶۹	۱۷/۲۷	۴/۱۳
فقدان	آزمایش	۱۵	۱۶/۲۷	۳/۹۲	۱۴	۳/۳۲
آگاهی هیجانی	کنترل	۱۵	۱۶	۴/۱	۱۶/۱	۳/۷۳
دسترسی محدود به	آزمایش	۱۵	۱۶/۸۷	۵/۷۳	۱۵/۱	۴/۷۸
راهبردهای تنظیم هیجانی	کنترل	۱۵	۱۶/۲	۳	۱۶/۸	۳/۳۸
عدم	آزمایش	۱۵	۱۲/۲۷	۴	۱۰/۵۳	۲/۱۷
وضوح هیجانی	کنترل	۱۵	۱۲/۲	۲/۸۸	۱۲/۸	۳/۴۷
دشواری در	آزمایش	۱۵	۹۰/۸۷	۲۱/۴۲	۷۹/۲۷	۱۲/۴
تنظیم هیجان (کل)	کنترل	۱۵	۸۹/۴۷	۱۱/۳۹	۹۱	۹/۵۴

نمونه کجی و کشیدگی حاصل شده، به خاطر انتخاب تصادفی افراد بوده است. پیش فرض نرمال بودن در صورتی رد می‌شود که احتمال تصادفی بودن تفاوت میان توزیع گروه‌های نمونه و توزیع نرمال بودن نمره‌ها در جامعه کمتر از ۰/۰۵ گردد. در این پژوهش برای آزمودن این فرضیه از آزمون شاپیرو- ویلک[1] استفاده گردید. نتایج این آزمون برای فرضیه پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها

نرمال بودن توزیع نمره‌ها	گروه‌ها	شاپیرو- ویلک		
		آماره	درجه آزادی	معنی‌داری
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش	۰/۹۳۰	۱۵	۰/۲۷۴
	کنترل	۰/۹۳۵	۱۵	۰/۳۲۲

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمره‌ها دو گروه در متغیرها تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می‌شود واریانس‌های نمره‌های دو گروه در جامعه با هم برابرند واز لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری ندارند. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین[2] استفاده می‌شود. نتایج این آزمون برای فرضیه پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

مقیاس	F	درجه آزادی اول (صورت)	درجه آزادی دوم (مخرج)	معنی‌داری (P)
دشواری در تنظیم هیجان	۰/۰۹۳	۱	۲۸	۰/۷۶۳

1- Shapiro-Wilk
2- Levenes Test

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در متغیر اصلی پژوهش در پس‌آزمون تایید می‌شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون برای مقیاس‌های پژوهش تایید شد. با توجه به رعایت پیش فرض نرمال بودن و انتخاب تصادفی نمونه‌ها و یکسانی واریانس‌ها، تحلیل کواریانس برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت.

جدول ۴. نتایج تحلیل مانکوا روی پس‌آزمون ابعاد دشواری تنظیم هیجان با کنترل پیش آزمون

نام آزمون‌ها	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی‌داری (P)
پیلایی	۰/۴۶۳	۳/۱۵۷	۶	۲۲	۰/۰۰۰
ویلکز	۰/۵۳۷	۳/۱۵۷	۶	۲۲	۰/۰۰۰
هتلینگ	۰/۸۶۱	۳/۱۵۷	۶	۲۲	۰/۰۰۰
ریشه	۰/۸۶۱	۳/۱۵۷	۶	۲۲	۰/۰۰۰

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۴ ارائه شده است. از این نتایج می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ی آزمایشی حداقل بر یکی از ابعاد دشواری در تنظیم هیجان اثربخش بوده است. لذا برای روشن شدن این مطلب که مداخله‌ی آزمایشی به چه نحوی هریک از زیر مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان را تحت تأثیر قرار داده است از تحلیل کوواریانس مجزا که در متن تحلیل مانکوا ارائه شده است، استفاده می‌گردد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری درمان هیجان‌مدار بر ابعاد دشواری تنظیم در هیجان در زنان دارای تعارض زناشویی در متن مانکوا

زیرمقیاس‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۵۸/۵۸۱	۱	۵۸/۵۸۱	۴/۸۲۵	**۰/۰۳۹	۰/۱۸۰	۰/۵۵۶
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۰۶۱	۱	۰/۰۶۱	*۰/۰۱۳	۰/۹۰۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
دشواری درکنترل تکانه	۵۵/۴۰۱	۱	۵۵/۴۰۱	۳/۴۱۹	*۰/۰۴۸	۰/۱۳۴	۰/۴۲۴
فقدان آگاهی هیجانی	۳۹/۶۰۷	۱	۳۹/۶۰۷	۴/۸۱۳	*۰/۰۳۹	۰/۱۷۹	۰/۵۵۵
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۳۱/۶۰۶	۱	۳۱/۶۰۶	۳/۹۲۴	*۰/۰۴۵	۰/۱۵۱	۰/۴۷۴
عدم وضوح هیجانی	۴۰/۸۸۰	۱	۴۰/۸۸۰	۴/۲۵۰	*۰/۰۵۰	۰/۱۶۲	۰/۵۰۵

همانطورکه در جدول ۵ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی در زنان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p>۰/۰۱). بنابراین درمان هیجان‌مدار بر کاهش نمره‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی در زنان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۱۸ بوده است. همانطورکه در جدول ۵ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند در زنان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p<۰/۰۱). لذا فرضیه رد گردید. بنابراین درمان هیجان‌مدار بر کاهش نمره‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند در زنان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر نداشته است.

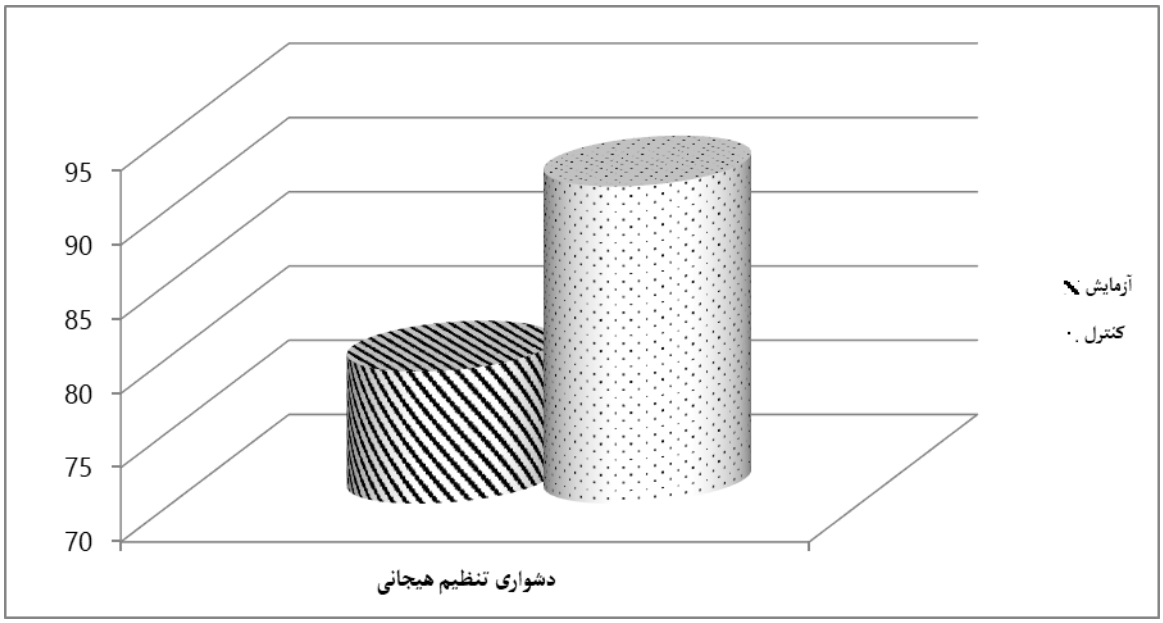
همانطورکه درجدول ۵ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های دشواری در کنترل تکانه در زنان بر

حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p>۰/۰۱). بنابراین درمان هیجان‌مدار بر کاهش نمره‌های دشواری درکنترل تکانه در زنان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۱۳/۴ درصد بوده است.

همانطورکه در جدول ۵ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های فقدان آگاهی هیجانی در زنان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p>۰/۰۱). بنابراین درمان هیجان‌مدار بر کاهش نمره‌های فقدان آگاهی هیجانی در زنان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۱۷/۹ درصد بوده است. چنانچه مشاهده می‌شود بطور کلی میانگین نمره‌های فقدان آگاهی هیجانی در زنان گروه آزمایشی بطور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل است.

همانطورکه در جدول ۴ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی در زنان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p>۰/۰۱). بنابراین درمان هیجان‌مدار بر کاهش نمره‌های دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی در زنان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۱۵/۱ درصد بوده است. چنانچه مشاهده می‌شود بطور کلی میانگین نمره‌های دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی در زنان گروه آزمایشی به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل است.

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های عدم وضوح هیجانی در زنان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p>۰/۰۱). بنابراین درمان هیجان‌مدار بر کاهش نمره‌های عدم وضوح هیجانی در زنان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۱۶/۲ درصد بوده است. چنانچه مشاهده می‌شود به طور کلی میانگین نمره‌های عدم وضوح هیجانی در زنان گروه آزمایشی به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل است.



نمودار ۱. هیستوگرام مؤلفه دشواری تنظیم هیجان در دو گروه و در دو مرحله پس‌آزمون و پیش آزمون

چنانچه مشاهده می‌شود بطور کلی میانگین نمره‌های دشواری تنظیم هیجان در زنان گروه آزمایشی بطور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل است.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه‌شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمره‌های دشواری تنظیم در هیجان در زنان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۱). بنابراین درمان هیجان‌مدار بر کاهش نمره‌های دشواری تنظیم در هیجان در زنان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۳۰/۳ درصد بوده است. در پژوهشی Chase et al. (2018) نشان دادند که دسترسی محدود به استراتژی‌های تنظیم هیجان، دشواری در رفتارهای هدایت‌شونده و عدم وضوح عاطفی به‌طور معنی‌داری با افسردگی و عدم پذیرش احساسات و تکانش‌گری به‌طور قابل‌توجهی با تحریک اضطراب‌آمیز همراه و دسترسی محدود به استراتژی‌های تنظیم هیجان و دشواری در انجام رفتارهای هدفمند به‌طور قابل‌توجهی با اختلال عملکرد مرتبط بود. درمان هیجان‌مدار گروهی Lafrance Robinson et al. (2014) نیز، روشی مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار Greenberg (2010) است و بیش از سایر رویکردهای هدایت‌گرانه بر روابط آسیب‌زای اولیه تمرکز می‌کند. این درمان فرض می‌کند که تجارب هیجانی آسیب‌زا در روابط دلبستگی اولیه مانع توسعه طبیعی تنظیم هیجان می‌شود. این ناتوانی در تنظیم هیجان به شکل الگوی پردازش هیجانی ناسازگار در فرد باقی می‌ماند و با بازآفرینی شرایط نمود پیدا می‌کند و منجر به تجربه مجدد هیجان‌های دردناک و تداوم روابط آسیب‌زا می‌شود (Greenberg, 2010).

میزان این تأثیر در مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی در مرحله پس‌آزمون ۱۸، دشواری در کنترل تکانه ۱۳/۴ درصد، فقدان آگاهی هیجانی با ۱۷/۹ درصد، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ۱۵/۱ درصد و عدم وضوح هیجانی ۱۶/۲ درصد بوده است. رویکرد هیجان- مدار بر مبنای تغییر دلبستگی ناایمن به ایمن و درمان هیجانات فروخورده‌ی افراد بنا نهاده شده است. پیوندهای ایمن توسط در دسترس بودن و پاسخگو بودن افراد نسبت به یکدیگر مشخص می‌شود. این ارتباطات ایمن به زوجین اجازه می‌دهند که به وسیله‌ی اداره‌ی استرس‌های هیجانی به یکدیگر کمک کنند. درمانگران EFT رابطه‌ی افراد را به‌عنوان یک پیوند دلبستگی در نظر می‌گیرند که به‌موجب آن ارتباطات آشفته به‌عنوان پیوندهای ناایمن بررسی می‌شوند (Johnson, 2012).

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت آنچه اصل و اساس درمان هیجان ـ مدار می‌باشد، آگاهی یافتن نسبت به هیجان خود است، آگاهی بالای هیجانی به شیوه‌های گوناگونی می‌تواند درمان‌کننده باشد. آگاهی هیجانی به معنای فکر کردن درباره یک احساس خاص نیست بلکه به معنای احساس کردن در حالت آگاهانه است. تنها هنگامی‌که فرد هیجان خود را احساس می‌کند، بیان آن در قالب کلمات به مؤلفه مهمی در آگاهی نسبت به آن هیجان تبدیل می‌شود. بنابراین توانایی مراجع در بیان تجارب دنیای درون خودش، نقطه تمرکز اصلی این روش درمانی است. درمانگر با مراجع کار می‌کند تا به او کمک کند که بتواند به عواطف و هیجان‌های خود نزدیک شود، آن‌ها را تحمل کند، تعدیل نماید و بپذیرد؛ بنابراین درمانگر از طریق همدلی کردن و اعتبار بخشیدن به‌اتفاق رخ‌داده برای مراجع و بیان مکرر داستان اتفاق افتاده از سوی آزمودنی و اصرار درمانگر در بازگشایی هیجان‌های مراجع از طریق کار کردن روی سمبل‌ها و نمادها، به آزمودنی‌ها کمک کرد تا آشفتگی‌های هیجانی خود را تقلیل دهند و بتوانند تنظیم هیجان داشته باشند.

همچنین می‌توان گفت رویکرد هیجان‌مدار این قابلیت را به فرد می‌دهد تا با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها، بتواند هیجانات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و ناامیدی و وضعیت‌های نیمه‌تمام درگذشته را کنترل نموده و میزان سازگاری روان‌شناختی خود را بالا ببرد. در روش‌های درمانی

متمرکز بر هیجان تلاش می‌شود تا در جریان درمان، مراجع تشویق شود تا افکار ناراحت‌کننده‌ی خود را مورد سؤال قرار داده و خود گویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نماید. پرداختن به این موضوعات در این تحقیق منجر به بهبود سطح بخشودگی بین فردی در ابعاد ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی، تحمل رنجش و درک واقع‌بینانه گردید. افراد با اجرای صندلی خالی و گفت‌وگو با افراد موجب رها شدگی از احساس‌های در خود فرورفتگی و مشکل در عدم کنترل تکانه می‌شود و لذا اجرای فن صندلی خالی به خودی‌خود کمک شایانی در تنظیم شناخت افراد و آگاهی از هیجان‌های مراجع می‌کند.

همان‌طور که می‌دانیم برای انجام هر کار پژوهشی بر اساس موضوع آن محدودیت‌هایی وجود دارد که انجام آن پژوهش را با دشواری‌هایی مواجه می‌کند. در زیر محدودیت‌هایی که در انجام این پژوهش مشخص شد، بیان شده است. یکی از محدودیت‌ها در این پژوهش استفاده از پرسشنامه می‌باشد که امکان اغراق در گزارش‌دهی افراد وجود داشت. به دلیل اینکه نمونه‌ی آماری این پژوهش محدود به اصفهان بوده، بنابراین نتایج تحقیق نمی‌تواند به سایر مناطق جغرافیایی قابل تعمیم باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش عدم وجود مرحله‌ی پیگیری در پژوهش بود. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش پیشنهاد می‌گردد آموزش هیجان‌مدار به افراد در قالب کارگاه‌های آموزشی در مراکز بهداشت ارائه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود رویکرد هیجان‌مدار در درمان مردان دارای تعارض زناشویی، تعارضات زناشویی و گروه‌های دیگر از جمله در روابط فرزندپروری، روابط سرپرست و کارمند یا در نقاط جغرافیایی دیگر استفاده گردد. از نتایج پژوهش حاضر، درمانگران خانواده می‌توانند در خانواده درمانی خود استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود اصول درمان هیجان‌مدار جانسون نیز به‌صورت تخصصی به مشاوران و روان‌شناسان آموزش داده شود تا به‌صورت بهینه از این رویکرد در درمان تروما، بهزیستی روان‌شناختی و افزایش رضایت زناشویی استفاده شود.

References

Allen, J. P., Hauser, S., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2). https://doi.org/10.1037//0022-006X.64.2.254.

Amrollahi, R., Roshan Chesli, R., Shaeri, M. R., & Nikazeyn, A. (2013). Marital conflict, marital satisfaction, and sexual satisfaction: A comparison of women with consanguineous and non-consanguineous marriages. *Clinical and Personality Psychology, Shahed University, 20*(1), 11–22. Dor:20.1001.1.23452188.1392.11.1.2.8

Berking, M., & Whitley, B. (2014*). Emotion Regulation: Definition and Relevance for Mental Health. Affect Regulation Training*, 5–17. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1022-9_2.

Bowlby, J. (1969). *Attachment*. New York: Basic Books.

Chase, T., Teng, E. J., Schmidt, N. B., & Zvolensky, M. J. (2018). Emotion regulation difficulties in relation to anxiety, depression, and functional impairment among treatment-seeking smokers. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *206*(8), 614–620. https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000866

Colonnesi, C., Draijer, E. M., Jan J. M. Stams, G., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child Anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*(4), 630–645. https://doi.org/10.1080/15374416.2011.581623.

Frye-Cox, N., Ganong, L., Jensen, T., & Coleman, M. (2021). Marital conflict and health: the moderating roles of emotion regulation and marriage order. *Journal of Divorce & Remarriage*, *62*(6), 450–474. https://doi.org/10.1080/10502556.2021.1925853.

Galinsky, A. M., & Waite, L. J. (2014). Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *69*(3), 482–492. https://doi.org/10.1093/geronb/gbt165.

Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused therapy: A clinical synthesis. *FOCUS*, *8*(1), 32–42. https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32.

Greenberg, L. S. (2017). Emotion-Focused Therapy. *American Psychological Association*, 3–11. https://doi.org/10.1037/15971-001.

Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2021). Emotionally Focused Therapy (EFT): Attachment, connection, and health. *Current Opinion in Psychology*, *43*(1). https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348.

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, *167*(7), 748–751. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379.

Jan Conradi, H., Meuwese, D., Rodenburg, L., Pieter Dingemanse, & Mooren, T. (2023). Effectiveness and feasibility of structured emotionally focused family therapy for parents and adolescents: Protocol of a within-subjects pilot study. *PLOS ONE*, *18*(6), e0287472–e0287472. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287472.

Jazaeri, R. A., Khaneii, D., Bahrami Khoundabi, F., Montazeri, N., & Etemadi, A. (2019). Comparison of the effects of acceptance and commitment therapy and emotion-focused therapy on marital conflict of cardiac patients with a history of coronary artery bypass. *Family Research Quarterly, 15*(4), 519–540. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97788.html

Johnson, S. M. (2012). *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy*. England: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203843871.

Lafrance Robinson, A., McCague, E. A., & Whissell, C. (2014). That chair work thing was great: A pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *13*(4), 263–277. https://doi.org/10.1080/14779757.2014.910131.

Lee, A., & Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *38*(2), 219–231. https://doi.org/10.1080/15374410802698396.

Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 172, 428–444. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.007.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2017). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. 2nd ed. New York: *Guilford*; 2016.

Pourmidani, S., Dashti, M., & Habibi Jooni, Z. (2016). Predicting conflict resolution styles of married students using individualism–collectivism components at Payam Noor University of Isfahan. *Knowledge and Research in Applied Psychology, 17*(2), 80–87. https://journals.iau.ir/article_534017.html

Greenberg, L. S. (2023). *Coaching in emotion-focused therapy: Guiding clients in working with their emotions* (M. A. Ramezani, Trans.). Ravan Publishing. (Original work published 2023 in Persian translation)

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* [Database record]. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t01029-000

lliott, R., Watson, J. C., Goldman, R., & Greenberg, L. S. (2018). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change* (M. A. Ramezani & N. Jamshidnejad, Trans.). Ravan, Virayesh, & Arasbaran. (Original work published 2004)

Besharat, M. A. (2018). Emotion Regulation Difficulty Scale. *Thought and Behavior in Clinical Psychology (Thought and Behavior), 12*(47), 89-92. (persian)