

بررسی اثر بخشی روان درمانی پویسی کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان¹

سولماز مبسم²، علی دلاور³، ابوالفضل کرمی⁴، باقر ثنایی⁵، عبدالله شفیع آبادی⁶

تاریخ وصول: 91/3/23 تاریخ پذیرش: 91/10/5

چکیده

حضور یکی از زوجها (زن) در درمان با رویکرد روان درمانی پویسی کوتاه مدت فشرده می تواند روابط زوجها را بهبود بخشد.

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی پویسی کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان انجام شد.

روش: روش پژوهشی مورد استفاده، طرح نیمه آزمایشی به صورت بررسی موردی در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره در تهران بود. از بین این زنان 5 نفر که تعارضات زناشویی داشتند و بر اساس جلسه درمان آزمایشی ملاک های ورود به روان درمانی پویسی کوتاه مدت

1. این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری است

2. دانشجوی دکتری دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول) Email: smobasem@yahoo.com

3. استاد دانشگاه علامه طباطبایی delavarali@yahoo.com

4. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی ravansanji@yahoo.com

5. استاد دانشگاه تربیت معلم bsanai@yahoo.com

6. استاد دانشگاه علامه طباطبایی ashafiabady@yahoo.com

فشرده داشتند و داوطلب شرکت در درمان بودند، به طور هدفمند نمونه گیری شدند. هدف از این شیوه نمونه گیری انتخاب کسانی بود که با هدف پژوهش مطابقت داشته باشند. این افراد در جلسات درمانی به مدت 12-15 جلسه شرکت کردند. درمان بر اساس راهنمای روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو انجام شد. این مدل درمانی متمرکز بر روشن سازی دفاع‌ها و چالش با آنها، تجربه احساسات و حل تعارضات کانونی است. چون افراد مراجعه کننده دچار تعارض زناشویی به مراکز مشاوره خواستار درمان بودند، عملاً تشکیل گروه گواه امکان پذیر نبود. ابزاری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه تعارضات زناشویی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون t همبسته استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان دادند که تفاوت میانگین نمرات تعارضات زناشویی و خرده مقیاس‌های آن در بین زنان مورد آزمون در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون معنی دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اجرای درمان روان پویشی کوتاه مدت فشرده در کاهش تعارضات زناشویی در بین زنان مؤثر بوده است و فرضیه پژوهش تایید می‌شود. نتیجه گیری: روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان مؤثر است.

واژگان کلیدی: روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، تعارضات زناشویی

مقدمه

بروز تعارض¹ در زندگی انسان‌ها اجتناب ناپذیر است. تعارض کارکردی طبیعی در سیستم زوجی و حاصل وجود تفاوت‌های فردی است که می‌تواند به رشد رابطه‌ها کمک کند یا به آن آسیب برساند. این امر بسته به این است که تعارض چگونه حل و فصل شود (فلاح چای،

1387). فینچام¹ و بیچ² (1999) بیان می کنند که در واقع تعارض در همه روابط اتفاق می افتد. با مشخص شدن ارتباط تعارض زناشویی³ با مشکلات متعددی از قبیل افسردگی، بیماری مزمن، و فرزند پروری ضعیف، بررسی و مطالعه آن مهم است (کارن⁴ و همکاران، 2011). همچنین مشخص شده است که تعارض زناشویی باعث آسیب های روانی در بزرگسالان می شود (امری⁵، 1982)، و همین تأثیر را بر بچه ها با فشاری شدید تر دارد (کابان⁶، 2004). مشکلات زناشویی با همه تعارض های مربوطش منبع آشکار و مهمی از فشار و پریشانی است (لی⁷، 1993).

به بیان برم⁸ (1985) پژوهش ها نشان می دهند که زنان در مقایسه با مردان شکایت بیشتری در مورد همسر و ازدواجشان دارند. ویتن⁹ (1986) مطرح می کند که زنان جدایی از ازدواج و تأهل را اغلب نسبت به مردان زودتر آغاز می کنند (اولری¹⁰ و اسمیت¹¹، 1991). ترمن¹² و همکارانش در سال 1983 با تحلیل داده هایشان عنوان کردند که زنان معمولاً نسبت به مردان درجه بالاتری از حداکثر شادی و ناشادی را تجربه می کنند. آنها این پدیده را این گونه توضیح می دهند که این حالت طبیعی است به دلیل این که علایق و فعالیت های زنان بیشتر از علایق و فعالیت های شوهرشان در مورد ازدواج متمرکز است و بنابراین شادی زنان به نتیجه تعامل وابسته تر است (تایگرمن¹³، 2005).

-
1. Fincham
 2. Beach
 3. marital conflict
 4. Curran
 5. Emery
 6. Caban
 7. Lee
 8. Brehm
 9. Weiten
 10. O'Leary
 11. Smith
 12. Terman
 13. Tiegerman

وقتی که تعارض‌های بین فردی¹ رخ می‌دهد، افراد احساسات ناخوشایندی را تجربه می‌کنند. اکثر بیماران درمان را جستجو می‌کنند به دلیل این که آنها نمی‌توانند احساساتشان را به فعالیت مؤثری کانال بزنند، بلکه مضطرب شده و از دفاع‌ها² استفاده می‌کنند. این دفاع‌ها مشکلات و سیمپتوم‌هایی را ایجاد می‌کنند که بیماران از آنها رنج می‌برند (فریدریکسون³، 2008). شخصی که احساس می‌کند همسرش او را نمی‌فهمد با احتمال بیشتری درگیر رفتارهای دفاعی و محافظت از خود خواهد شد (برادباری⁴ و همکاران، 1996). دفاع‌ها عملیات ذهنی یا روانی هستند که به عنوان یک قانون عناصر عواطف ناخوشایند را از آگاهی هشیار- افکار، احساسات یا هر دو- دور می‌کنند (بلکمن⁵، 2004).

شاید اساسی‌ترین تمرکز درمان روان‌پویشی⁶ بر درد هیجانی یا روان‌شناختی باشد که در آن زندگی به عنوان یک فرایند مشکل و طاقت فرسا تصور می‌شود، روان در کشمکش برای مقابله و تحمل آن ساخته می‌شود و دفاع‌ها یا سازوکارهای اجتناب از درد را به وجود می‌آورد. راه‌هایی از دیدن، فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن که بیشتر این فعالیت‌ها خارج از آگاهی اتفاق می‌افتند. این تلاش‌های ناهشیار برای اجتناب از درد هیجانی اغلب شکست می‌خورند، اما چون آگاهی ما محدود است با این وجود آنها بارها و بارها تکرار می‌شوند. درمان روان‌پویشی کمک به مراجع است تا آنچه را که به شیوه کامل‌تری در فرایند درمان تجربه می‌کند مجدداً فرمول‌بندی کند و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند. فهمی که درمانگر و مراجع در مورد این مشکلات به وجود می‌آورند آگاهی مراجع را گسترش می‌دهد و راه ورود به گزینه‌های جدید برای مدیریت تعارض را باز می‌کند. همچنین ظرفیت مراجع برای

1. interpersonal conflict
 2. defenses
 3. Frederickson
 4. Bradbury
 5. Blackman
 6. psychodynamic therapy

تحمل درد هیجانی و مقابله با عدم رضایت را افزایش می‌دهد و توانایی اش را برای اندیشیدن و کنجکاوی در مورد تجربه‌هایش بالا می‌برد (جانسون¹ و دالوس²، 2006).

دیدگاه روان پویایی کوتاه مدت و فشرده³ منبعث از الگوی روانکاوی⁴ فروید⁵ است که توسط دانشمند ایرانی بنام دوانلو در دانشگاه مک گیل طراحی و توسعه یافت که در آن روش بلند مدت، کم اثر، سازمان نیافته و نامشخص روان تحلیلی به یک روش کوتاه مدت، اثر بخش، سازمان یافته و روشن تبدیل شده است (قربانی، 1382). مالان⁶ در این زمینه اظهار می‌دارد که «فروید ناخودآگاه را کشف کرد و دوانلو چگونگی بهره گرفتن از آن برای درمان را» (دوانلو، 1995، ترجمه خلیقی سیگارودی، 1391). از نظر مالان (1980) پس از کشف ناهشیاری پویایی⁷ توسط فروید، این روش بزرگترین پیشرفت در روان درمانگری است. این روش درمانی از آنجا درمانگری پویایی نامیده می‌شود که همچون روان تحلیل گری تجربه احساسات واقعی، غلبه بر مقاومت⁸ و توجه دقیق به پدیده انتقال⁹ را مبنای خود قرار داده است. است. محورهای این روش درمانی بر رابطه درمانی¹⁰ و ماهیت افشا استوار است (جراره، 1386). در این درمان به بیماران کمک می‌شود تا اضطرابشان را تنظیم و بر ضد دفاع‌هایشان تغییر دهند تا این که بتوانند با احساساتی روبرو شوند که از آنها اجتناب کرده‌اند (ولف¹¹ و فریدریکسون، 2012).

-
1. Johnston
 2. Dallos
 3. Intensive short-term dynamic psychotherapy
 4. psychoanalysis
 5. freud
 6. Malan
 7. dynamic unconscious
 8. resistance
 9. transference
 10. therapeutic relationship
 11. Wolf

در دیدگاه درون روانی¹، باور بر این است که تاریخچه شخصی همسران، جهت فهم تعارض زناشویی ضروری است (مالوک²، 1983). دیکس³ (1967) عنوان می‌کند که مواد ناهشیار به هنگام تعارض بین زوج‌ها باعث به وجود آمدن اضطراب می‌شود، این مواد تکانه‌های سرکوب شده‌ای را شامل می‌شود که در ناهشیار به عنوان نتیجه تجربیات آسیب‌زای اوایل زندگی⁴ مدفون شده‌اند. در روان‌درمانی پویایی با به آگاهی آوردن تجربه‌های مشکل‌زا که به طور ناهشیار و به شیوه‌ای منفی تأثیر گذار هستند، فرد درجاتی از بینش را به علل آنها بدست آورده و تغییر درمانی معنادار برایش اتفاق می‌افتد (گری⁵، 2003). کولیکان و همکارانش (2000) مطرح می‌کنند که عامل حیاتی تغییر در روان‌پویایی بینش است. بینش به فرایند درک شناختی و هیجانی پویایی تعارض‌های درونی، الگوهای بین فردی، رفتارهای تکراری و ارتباط آنها با تجارب گذشته اطلاق می‌شود. مطالعات نشان داده است که بالا رفتن سطح بینش در دوره درمان با پیامدهای مثبت ارتباط دارد (دهشیری، 1389).

تعارض زناشویی به عقیده هالفورد (2001) نوعی عدم توافق مداوم و معنادار بین دو همسر است که حداقل یکی از آنها آن را گزارش دهد. منظور از معنادار تأثیر این مسئله بر عملکرد همسران و منظور از مداوم اشاره به اختلافاتی است که به مرور زمان از بین نمی‌روند. والسون (1992) تعارض زوجین را ناراحتی ناشی از عادات و شخصیت همسر و مشکلات ارتباطی در حوزه‌های گوناگون می‌داند (امیریان، 1386). راش⁶، باری⁷، هرتل⁸، و سوائن⁹ (1974) مطرح کردند که وجود تصاویر اوایل زندگی¹⁰، به نام طرحواره¹¹، اساس تعارض زوج‌ها است.

-
1. intrapsychic
 2. Mallouk
 3. Dicks
 4. traumatic experiences of early life
 5. Gray
 6. Rush
 7. Barry
 8. Hertel
 9. Swain
 10. images of early life
 11. schema

تعارضات حل نشده با حضور طحوااره هایی در شخصیت‌های زوج‌ها مشخص می‌شود که در ارتباط با آنها سطح بالایی از اضطراب را دارند. بین تعارض فعلی زوج‌ها و تجربیات اوایل زندگی که بر اساس آن تعارض پایه ریزی شده است، تشابه وجود دارد. همچنین، ناپیر¹ (1978) و فلدمن² (1979، 1982) اضطراب را به عنوان عامل مهم در تعارضات زناشویی حل نشده مشخص کردند. آنها در پیشنهاد ترومای اوایل زندگی و اضطراب مرتبط با آن به عنوان عناصر مهم در تعارض حل نشده موافق بودند. در مکتب روان پویایی ارایه شده توسط دیکس (1967)، راش، باری، هرتل، وسواین (1974)، ناپیر (1978) و فلدمن (1979) عنوان می‌شود که اضطراب اساس و سوخت تعارض است و این اضطراب ریشه‌هایش را در تجارب آسیب‌زای اولیه در زندگی‌های هر یک از زوج‌ها دارد. به علاوه راش بیان کرد که بین گذشته و حال در زندگی‌های همسران تشابه وجود دارد. در درمان باید خط بین گذشته و حال در زندگی‌های هر یک از همسران را بررسی کرد. در کار درمانی روان پویایی تمرکز بر مشخص کردن پایه تعارض زوج‌ها یعنی تجارب اوایل زندگی، همچنین روشن کردن ارتباط تجربیات اولیه زندگی با تعارضات زناشویی کنونی است (مالوک، 1983).

ورود به درمان روان پویایی کوتاه مدت فشرده ریسک دار است - بیماران دعوت به کنار گذاشتن دفاع‌هایی می‌شوند که ممکن است سال‌های زیادی به آنها به طور معقولی خدمت کرده است. به همین خاطر در این روش درمانگر، بیمار را در این جا و اکنون نگه می‌دارد. کسی که به آنها اجازه نخواهد داد بروند مگر این که با احساسات منفی و مخربشان روبرو شوند تا به این ترتیب خطر ترک درمان کاهش یابد (هلمز³، 1994). در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجانات یا تعارض‌ها روبرو می‌شود. این تعارضات و هیجان‌ها محصول فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند. وقتی که این هیجانات توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شوند، اضطراب و دفاع‌ها بسیج

1. Napier
2. Feldman
3. Holmes

می‌شوند. نتیجه نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست دهنده¹ و مشکلات بین فردی است (عباس²، 2003). این درمان می‌تواند تمرکز بین فردی قوی داشته باشد به دلیل این که روابط بین فردی دنیای بیرون به طور مکرر به انتقال با درمانگر مرتبط می‌شوند (مارکوویتز³، 1998).

رشد صمیمیت و کاهش تعارضات زناشویی نیاز به سازماندهی مجدد دنیای بازنمایی شده دارد که اساساً در دوران کودکی تشکیل می‌شود و شکل‌گیری آن با تجربیات فردی ادامه پیدا می‌کند. اغلب فرد با فرافکنی خصوصیات دنیای بازنمایی شده ابژه و خود کنونی به همسر، معنا و ارزش خاصی را به همسرش منتسب می‌کند. بنابراین پویایی‌های روابط زوجها را بدون توجه به شیوایی که همسران برای درک، تفسیر، و انتساب معنا به تعاملاتشان در تجربیات اولیه خانوادگی و در رابطه فعلی به کار می‌برند، نمی‌توان فهمید. در این زمینه میلد برگ⁴ (2001) دیدگاه فلدمن⁵ (1979) را گسترش داد که "هدف تعارضات زناشویی خدمت به دفاع‌ها بر علیه اضطرابی است که با تحریک بازنمایی‌های درونی⁶ و هیجانات در طول صمیمیت، برای هر یک از زوجها به وجود آمده است. او تعدادی از زوج‌هایی را شناسایی کرد که دفاع‌های همانندسازی فرافکنانه و دو نیمه سازی کنونی را به تعارض قبلی شان به منظور دفاع بر علیه اضطراب‌های صمیمیت داخل می‌کنند؛ و در نتیجه تعارضات درونی را به تعارضات بین شخصی انتقال می‌دهند و آن را بیرونی سازی می‌کنند (کنزی⁷، 2005).

ارتباط تعارض‌های گذشته⁸ با تعارض‌های حال⁹ به لحاظ نظری مدت‌ها است که کشف شده است. (مالوک، 1983) برای چندین دهه ارزیابی و درمان رابطه زناشویی موضوع بحث

-
1. self-defeating patterns
 2. Abbas
 3. Markowitz
 4. Middleberg
 5. Feldman
 6. internal representation
 7. Kenzie
 8. past conflict
 9. present conflict

انگیزی بوده است. سوالاتی که در این حیطه مورد خطاب واقع شده‌اند، مکرراً بر تصمیم‌گیری برای توصیه روان درمانی مشترک، هم‌زمان، یا فردی با تمرکز بر ارتباط زوجی، تمرکز داشته‌اند (لاسنه¹، 1996). همچنین کاپلان و سادوک (2000) عنوان کرده‌اند که بررسی تحقیقات انجام شده در زمینه دیدگاه روان پویشی نشان می‌دهد که با وجود این که اشکال مختلف روان درمانی روان پویشی اعتبار علمی و جایگاه خود را در میان معتبرترین مراکز علمی دنیا حفظ کرده‌اند تحقیقات اندکی مستقیماً با روی آورد روان پویشی مرتبط اند. بیشتر تحقیقات موجود مرتبط با روی آورد روان پویشی به صورت تک بررسی‌ها و کارهای بالینی است که به بیان کیفی میزان تأثیر روش‌های موجود می‌پردازد اما بیان آماری این روش‌ها بندرت مشاهده می‌شود شاید یک دلیل این امر طولانی بودن و پیچیدگی مفروضات این نوع روش‌ها است. آنچه که در بیشتر متون روان تحلیل‌گری قابل مشاهده است استفاده عمومی روان تحیل‌گران از تک بررسی‌ها در بیان یافته‌های بالینی است (رحمانی، 1382).

پژوهش‌های انجام شده مرتبط در ایران توسط جراره در سال 1386؛ طاله پسند و جراره در سال 2011 و در کشورهای دیگر توسط لاسنه، 1996؛ اندرسون² و لمبرت، 1953؛ عباس، 2003 و آدامز⁴، 1946؛ بنتلر⁵ و نیوکامب⁶، 1978؛ برگز⁷ و والین⁸، 1953؛ کلی⁹ و کانلی¹⁰، 1987 به نقل از اولری و اسمیت (1991) نشان داده‌اند که درمان روان پویشی با تمرکز بر ارتباط تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و تعارضات کنونی زناشویی بر کاهش تعارضات زناشویی یا افزایش رضایت و سازگاری زناشویی مؤثر است. مشکلات زناشویی یکی از علل

-
1. Lucente
 2. Anderson
 3. Lambert
 4. Adams
 5. Bentler
 6. Newcomb
 7. Burgess
 8. Wallin
 9. Kelley
 10. Conley

مهم است که افراد کمک روانشناختی را از مشاوران و متخصصین خدمات انسانی جستجو می‌کنند (کاوینگ¹ و همکاران، 1985؛ لويس²، 1988 به نقل از مککی³ و ابرین⁴، 1998) و گرچه اثربخشی این درمان در مورد انواع روان رنجوری و اختلالات شخصیت مورد تایید قرار گرفته است اما در مورد اثربخشی این درمان بر کاهش تعارضات زناشویی و مشکلات ارتباطی پژوهشی در مورد فقط زنان پژوهشی انجام نشده است. این پژوهش پاسخ به چالشی است که بسیاری از مشاوران در کارشان با آن روبرو هستند: کمک به زنان برای مدیریت تعارضات در روابطشان و مدیریت اختلافات بین شخصی به شیوه‌ای است که تعارضات زناشویی‌شان علی‌رغم عدم حضور همسرشان در جلسات درمان کاهش یابد، به دلیل این که مردان دچار تعارضات زناشویی بندرت به مراکز مشاوره در ایران مراجعه می‌کنند. بنابراین مسئله پژوهشگر این است که آیا تنها با درمان فردی زنان به شیوه درمان روان پویایی کوتاه مدت فشرده می‌توان تعارضات زناشویی را کاهش داد؟ در این راستا فرضیه پژوهش این است که روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان مؤثر است.

روش پژوهش

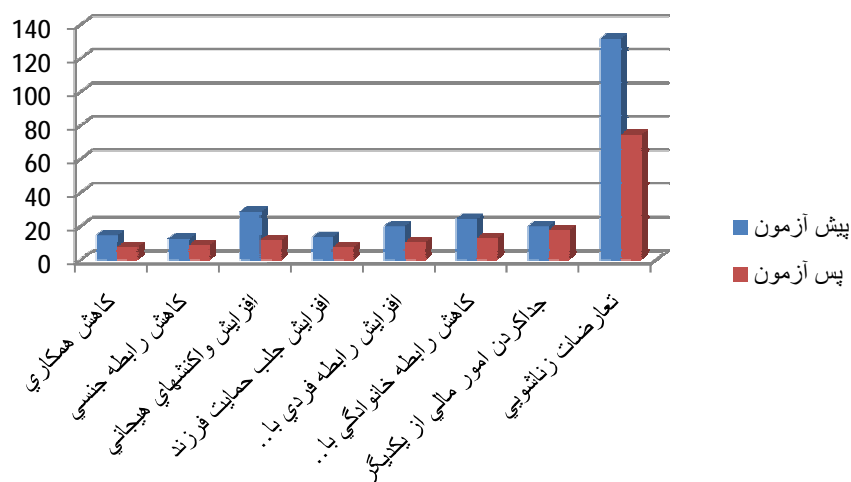
در این پژوهش، روش پژوهش نیمه آزمایشی⁵ به صورت بررسی موردی⁶ است. به دلیل این که طرح‌های تک موردی که امکان بررسی تجربی اثربخشی مداخلات درمانی با موارد فردی را فراهم می‌آورند، با منطق مداخله بالینی سازگار بوده و همچنین می‌توانند پاسخگوی بسیاری از سوالات مطروحه در حوزه ارزیابی درمان باشند. کزدین (1992) بر این باور است که بررسی موردی نقش محوری در روانشناسی بالینی ایفا کرده است. او معتقد است که

-
1. Cowing
 2. Lewis
 3. Mackey
 4. OBrien
 5. quasi-experimental
 6. case study

بررسی موردی یا تحلیل موقعیت اساس تحقیق علمی است و چهارچوب کلی روش شناسی بررسی موردی را می توان اساس درک علمی دانش بالینی دانست (دهقانی، 1389). جامعه پژوهش، زنان دارای تعارضات زناشویی بودند که به مراکز مشاوره در تهران مراجعه می کردند. در نظر گرفتن جنس زن به خاطر فراوانی مراجعه زنان به مراکز مشاوره است و این که شوهران بسیار بندرت در جلسات درمان شرکت می کنند. از بین این زنان، 5 نفر از افراد واجد شرایط برای ورود به درمان روان پویشی بر اساس نظر دوانلو را داشتند و داوطلب شرکت در درمان بودند به صورت نمونه گیری داوطلبانه هدفمند انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری این پژوهش، پرسشنامه تعارضات زناشویی (تجدید نظر شده) MCQ-R¹ بود که توسط ثنایی، براتی و بوستانی پور برای سنجیدن تعارض های زناشویی و بر مبنای تجربیات بالینی ثنایی ساخته شده است. این پرسشنامه، هفت بعد از تعارضات زناشویی را اندازه می گیرد. برای زنان شرکت کننده در انتهای جلسه درمانی فردی آزمایشی، پرسشنامه تعارضات زناشویی به عنوان پیش آزمون اجرا شد. سپس این افراد در جلسات فردی به طور هفتگی و تعداد 12-15 جلسه در درمان با رویکرد روان پویشی کوتاه مدت فشرده شرکت کردند و در آخرین جلسه مجدداً پرسشنامه تعارضات زناشویی به عنوان پس آزمون مورد استفاده قرار گرفت.

یافته های پژوهش

بر اساس فرضیه اصلی پژوهش، یافته های تحقیق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل این فرضیه از آزمون t همبسته استفاده شد و اطلاعات نمودار 1 بدست آمد. این نمودار نشان می دهد که میانگین نمرات تعارضات زناشویی و خرده مقیاس های آن بین افراد مورد آزمون در دو مرحله پیش و پس از اجرای درمان روان پویشی کوتاه مدت فشرده متفاوت است. به نحوی که میانگین نمرات آزمودنی های افراد در مرحله پس از اجرای درمان روان پویشی کوتاه مدت فشرده به وضوح کاهش پیدا کرده است .



نمودار 1: مقایسه میانگین خرده مقیاس‌های تعارضات زناشویی افراد مورد آزمون در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

همچنین تغییرات میانگین خرده مقیاس‌های تعارضات زناشویی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول زیر مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول 1: نتیجه آزمون t وابسته برای مقایسه تغییرات میانگین نمرات تعارضات زناشویی و خرده مقیاس‌های آن بین افراد مورد آزمون

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		آزمون t وابسته	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	نسبت t	درجه آزادی
کاهش همکاری	14/4	3/78	7/6	0/55	3/966	4
کاهش رابطه جنسی	12/4	3/36	8/6	2/70	2/049	4
افزایش واکنش های هیجانی	28/4	1/14	11/6	1/82	18/330	4
افزایش جلب حمایت فرزند	13/4	5/22	7/4	2/51	2/558	4

0/029	4	3/332	2/30	10/4	5/17	19/8	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود
0/003	4	6/517	2/59	12/8	3/56	24/2	کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان
70/0	4	2/157	4/72	17/6	5/89	19/8	جدا کردن امور مالی از یکدیگر
0/002	4	7/476	14/54	74/4	6/66	131/6	تعارضات زناشویی

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول 1 و بر اساس آماره آزمون t، میزان t حاصله در تعارضات زناشویی و خرده مقیاس‌های آن از t جدول بحرانی (2/04) با درجه آزادی 4 بزرگ‌تر است و در نتیجه تفاوت میانگین نمرات تعارضات زناشویی و خرده مقیاس‌های آن در بین زنان مورد آزمون در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون معنی دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اجرای درمان روان پویشی کوتاه مدت فشرده در کاهش تعارضات زناشویی در بین زنان مؤثر بوده است و فرضیه پژوهش تایید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که درمان روان پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان مؤثر است که هماهنگ با یافته‌های نتایج پژوهش جراره و طاله پسند در سال 2011 است. اساس انجام پژوهش جراره و طاله پسند این است که دفاع‌های تاکتیکی به عنوان دفاع‌هایی که ماهیت بین شخصی دارند، می‌توانند از صمیمیت و نزدیکی هیجانی در روابط زوج‌ها جلوگیری کنند و نتایج پژوهش نشان داده‌اند که رضایت زناشویی، روابط جنسی، مشکلات شخصیتی، قبل و بعد از درمان تفاوت معناداری داشتند و درمان‌های مداخله‌ای در دفاع‌های تاکتیکی، بر اساس روان درمانی پویشی کوتاه مدت می‌تواند در افزایش

رضایت زناشویی مفید باشد. البته پژوهش جراه و طاله پسند به صورت گروه درمانی در زوجین انجام شده است. حال آن که پژوهش حاضر به صورت بررسی موردی در 12-15 جلسه در مورد زنان اجرا شده است.

همچنین پژوهشی که مالوک در سال 1983 انجام داد به این نتیجه دست یافت که خاطرات دردناک از گذشته برای زوجها که نتوانسته‌اند حل کنند تأثیر منفی بر تعارض زناشویی فعلی دارد و معلوم شد که تعارض در زوجها ریشه در تجربیاتی در زندگی‌های اولیه زوجها دارد که مشابه به تعارض کنونی است. در این رویکرد درمانی تمرکز بر معناها و مفاهیمی است که شخص در مورد تجربیات اولیه زندگی‌اش توصیف می‌کند و اساس تعارض زناشویی هستند. این که آیا اضطرابی در رابطه با خاطره وجود دارد؟ آیا تشابه بین رویداد گذشته و رویداد کنونی وجود دارد؟ در این مورد افراد ممکن است به عنوان دفاعی بر ضد درد رویداد قبل‌تر، تشابه را تشخیص ندهند (مالوک، 1983). بسیاری از پژوهش‌های طولی (آدامز¹، 1946؛ بنتلر² و نیوکامب³، 1978؛ برگز⁴ و والین⁵، 1953؛ کلی⁶ و کانلی⁷، 1987) از رویکرد روان‌پویشی برای سازگاری زناشویی حمایت می‌کنند. در این پژوهش‌ها این نتایج به دست آمده‌اند که روان‌رنجور خویی، تکانش‌گری، عدم پایداری هیجانی، آسیب‌شناسی روانی، ترس، سازگاری ضعیف اجتماعی و سازه‌های مشابه در ارتباط با سازگاری ضعیف زناشویی هستند (اولری و اسمیت 1991). این نتایج با نتایج پژوهش حاضر هماهنگ و همسو است.

در همین راستا لاسنت در سال 1996 در پژوهشی به این نتیجه رسید که می‌توان تعارض زناشویی را به شیوه روان‌پویشی فرمول‌بندی کرد و به این نتیجه رسید که درمان روان‌پویشی بر کاهش تعارض زناشویی مؤثر است. وی در درمانش، ارتباط فرمول‌بندی روان‌پویشی

-
1. Adams
 2. Bentler
 3. Newcomb
 4. Burgess
 5. Wallin
 6. Kelley
 7. Conley

تعارض زناشویی را برای ارزیابی تعارض روانی، برنامه ریزی درمانی و به عنوان راهنمایی در پیش بینی ماهیت اتحاد درمانی کشف کرد (لاسن، 1996). پژوهش کیفی در سال 1980 توسط دوانلو نشان داد که روان پویشی کوتاه مدت فشرده به طور کلی درمان مؤثری است و در پیگیری نیز فوایدش پایدار هستند (دوانلو، 1980). اندرسون¹ و لمبرت²، در پژوهشی در سال 1995 بیان کردند که بررسی‌های فرا تحلیلی و منظم پیشینه نشان داده است که این درمان اثرات درمانی مثبت با رنج بسیار گسترده‌ای از مشکلات بیماران دارد. همچنین در پژوهشی که توسط عباس در سال 2003 انجام شد بعد از 6 ماه دوره درمانی با روش روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده سیمپتوم‌ها و سازگاری بین فردی بهبود یافت.

در این پژوهش مطابق با روند روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، بر اساس نظریه دوانلو دفاع‌های افراد، روشن سازی و مورد چالش قرار می‌گرفتند و به تدریج آنها می‌توانستند در تماس با درد هیجانی و جراحتهای گذشته قرار بگیرند و بعد از تخلیه هیجانی، احساسات و هیجان‌اتشان ملایم‌تر می‌شد همچنان که نمودار 1 نشان می‌دهد قبل از شروع درمان افراد به علت دفاع‌هایشان واکنش‌های هیجانی بالایی در تعارض با همسرشان داشتند که تا اندازه زیادی مربوط به هیجان‌ات دوران اولیه زندگی‌شان می‌شد و بعد از درمان این واکنش‌های هیجانی³ از میانگین 28/4 به میانگین 11/7 کاهش یافته بود یعنی میزان واکنش‌های هیجانی‌شان هیجانی‌شان در تعارض با همسرشان به کمتر از نصف واکنش‌های هیجانی قبل از درمان کاهش یافته بود. بنا به بیان جانسون و دالوس در سال 2006، اساسی‌ترین تمرکز درمان روان پویشی بر درد هیجانی یا روان شناختی است که در آن زندگی به عنوان یک فرایند مشکل و طاقت فرسا تصور می‌شود و روان در کشمکش برای مقابله و تحمل آن ساخته می‌شود و دفاع یا سازوکارهای اجتناب از درد را به وجود می‌آورد.

1. Anderson

2. Lambert

3. emotional reaction

آشکار است که تفاوت‌های جنسیتی که در روابط وجود دارد منجر به تفاوت‌های مشاهده شده در فرایند تعامل، می‌شود که معمولاً در رابطه تعارض و مشکلاتی را به وجود می‌آورد (کریستنسن¹ و هوی²، 1990). یافته این پژوهش در مورد واکنش‌های هیجانی قبل از شروع درمان مطابق با پژوهشی است که توسط گاتمن (1994) و همکارانش انجام شد آنها پیشنهاد کرد که تفاوت‌های جنسیتی در رابطه زوجین در مدت تعارض وجود دارد همین طور این پژوهش آشکار کرد که زنان واکنش هیجانی بیشتری در تعارض با همسرانشان دارند که مربوط به هیجان منفی، خشم، تحقیر، اندوه، گریه، عاطفه منفی و همچنین عاطفه مثبت بیشتر است. (تایگرمن، 2005، ص 23). همچنین الدریچ و همکاران (2007) دریافتند که ارتباط مثبتی بین سطح تعارض و میزانی که زوجین درگیر الگوهای تعارضی تقاضا - کناره گیر، که در آن یک عضو (تقاضا کننده) انتقاد می‌کند و تقاضاهایی از دیگری می‌کند، در حالی که دیگری (کناره گیر) از مواجهه اجتناب می‌کند، کناره گیر می‌شود و سکوت می‌کند (الدریچ و همکاران، 2007). آنها دریافتند که زوجین شدیداً متعارض که مدت طولانی از ازدواجشان گذشته، تمایل دارند در الگوی زن - متقاضی / شوهر - کناره گیر گیر بیافتند (پراکش³، 2010). که البته این واکنش‌های هیجانی از قبیل انتقاد زیاد، تحقیر و گریه در زنان مکانیسم‌های دفاعی هستند و زمانی که در درمان هیجان‌ات و احساسات زیرین این دفاع‌ها را تجربه می‌کنند همچنان که پژوهش نشان داد این واکنش‌های هیجانی تا اندازه زیادی کاهش می‌یابد.

همچنین در این راستا پژوهش دیگری که توسط روبرتس در سال 2000 انجام شده است به این نتیجه رسیده است که پیش بینی کننده اصلی تعارض زناشویی برای زنان پاسخ دهی خصمانه شوهرشان است در حالی که برای شوهران رفتارهای اجتنابی و کناره گیری زنان است. اجتناب از صمیمیت در زنان پیش بینی کننده تعارض زناشویی شوهران است (روبرتس،

1. Christensen

2. Heavey

3. Prakash

(2000). در همین مورد ، وایلانت¹ و وایلانت (1993) گزارش کردند که زنان در ارزیابی موفقیت زوجها در حل عدم توافق‌هایشان رضایت کمتری داشتند. عدم توانایی مزمن برای حل عدم توافق‌ها رضایت و پایداری زناشویی را از بین برده و بین زنان نسبت به مردان منجر به اختلال‌های روانشناختی و فیزیکی بیشتری منجر می‌شود (لونسون² و همکاران، 1993).

در این پژوهش، زمانی که در درمان افراد تعارضات مربوط به کودکی با پدر و مادرشان را حل می‌کردند می‌توانستند از دل‌بستگی نا ایمن به والدین به خصوص مادرانشان رها شوند و از انتقال این دل‌بستگی نا ایمن به همسرشان آگاه شده و مرزهای سالم و دل‌بستگی سالمی را با والدین به خصوص مادر برقرار کنند. همچنان که جدول 1 نشان می‌دهد بعد از التیام جراحات‌های گذشته و آگاهی از نوع دل‌بستگی رابطه فردی افراطی با خویشاوندان خود در زنان از میانگین 19/8 به میانگین 10/4 کاهش یافته و متعادل شد. همچنین در سایر خرده مقیاس‌های تعارضات زناشویی همچنان که در جدول 1 نشان داده شده تفاوت‌های معناداری بدست آمده است به نظر می‌آید درمان روان پویایی کوتاه مدت فشرده فقط بر خرده مقیاس جدا کردن امور مالی تأثیر بسیار اندکی داشته است ولی بر سایر خرده مقیاس‌های تعارضات زناشویی به طور آشکاری مؤثر بوده است.

عده‌ای از پژوهشگرها بر اساس پژوهش‌هایشان اشاره می‌کنند که تعارض امکان ندارد به طور جبران ناپذیری رابطه را خراب کند اما امکان دارد در عوض ویژگی اجتناب ناپذیر هر رابطه‌ای باشد (سندیا³، 2009). تغییراتی که در ناشی از تعارض می‌شود می‌تواند به افراد یا زوجها کمک کند سازش و تغییر در روبرویی با مشکلات را یاد بگیرند (استروس⁴، 1979). از سویی دیگر اگر تعارض مدیریت نشود، می‌تواند منجر به خصومت و رنجش شود، که باعث آسیب افراد می‌شود (کابان، 2004). مطالعات طولی دریافته‌اند که زوج‌هایی که تمایل به

1. Vaillant
2. Levenson
3. Sandhya
4. Straus

اجتناب از تعارض دارند از ازدواجشان رضایت کمتری دارند نسبت به زوج‌هایی که با تعارضات مواجه می‌شوند (گاتمن و کروکوف¹، 1989).

بنا به تجربه پژوهشگر زنان نسبت به حل تعارضات زناشویی و مراجعه به مراکز مشاوره و روان‌درمانی راغب هستند. البته بنا به نظر مککی و ابرین، 1998 تغییرات در زنان و شوهران در برخورد با تعارض وجود دارد. در سال‌های اولیه ازدواج و مرحله فرزند پروری، اکثریت شوهران از بحث رو در رو در مورد تعارض اجتناب می‌کنند. مردان ممکن است اضطراب بیشتری را نسبت به زنان در سروکار داشتن با موضوعات تعارض به طور رو در رو تجربه کنند (مککی و ابرین، 1998). پیشنهاد پژوهشگر این است که پژوهشی در مورد کاهش تعارضات زناشویی با رویکرد روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در شوهران نیز انجام شود و همچنین بررسی شود که علت عدم مراجعه شوهران دارای تعارضات زناشویی به مراکز مشاوره در ایران چیست و چگونه می‌شود انگیزه شوهران دارای تعارضات زناشویی را برای مشاوره و روان‌درمانی ترغیب کرد.

منابع فارسی

- امیریان، ابوالفضل. (1386). بررسی تأثیر آموزش روش گفتگوی موثر به روش میلر به والدین با فرزندان عقب مانده ذهنی در کاهش تعارضات زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- جراره، جمشید. (1386). مقایسه اثر بخشی زوج درمانگری پویایی فشرده کوتاه مدت و سبک ارتباطی ستیر در افزایش رضامندی زوج‌ها، رساله دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- دهقانی، محمود. (1389). بررسی کارایی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر درمان نشانگان ضربه عشق. رساله دکتری روانشناسی بالینی انیستیتو روانپزشکی و روانشناسی تهران.

دهشیری، غلامرضا. (1389). بررسی و مقایسه اثر بخشی درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر. رساله دکتری روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

رحمانی، فاتح. (1382). اثربخشی روان درمانگری پویشی کوتاه مدت و دارو درمانگری بر آزمایش فرو نشانی دکسامتازون، وضعیت روان پویشی و نارسا کنش وری بازخوردها در بیماران افسرده، رساله دکتری روان شناسی دانشگاه تربیت مدرس.

فلاح چای، سیدرضا. (1387). مقایسه اثر بخشی رویکرد آموزش شناختی - رفتاری زوجین بر اساس رویکرد روایت درمانگری در کاهش تعارضات زناشویی. رساله دکتری روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

قربانی، نیما. (1382). روان درمانگری پویشی فشرده و کوتاه مدت. تهران: انتشارات سمت.

دوانلو، حبیب. (1995). قفل گشایی ناخودآگاه. ترجمه ع. خلیقی سیگارودی. (1391). تهران: انتشارات ارجمند

هالفورد، دبلیو.کیم. (2001). زوج درمانی کوتاه مدت. ترجمه م. تبریزی. (1384). تهران: انتشارات فراروان

منابع لاتین

- Abbass, A. A. (2003). The Cost - effective of short- term dynamic psychotherapy. *Expert Rev. Pharmacoeconomics outcomes Res.* 3(5), 535-539
- Anderson, E. & Lambert, M. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and Meta - analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 15(4), 503- 514
- Blackman, J. S. (2004). 101 defenses: how the mind shields itself. Brunner- Routledge.
- Bradbury, T. N.; Beach, S. R.; Fincham, F. D. & Nelson, G. M. (1996). Attributions and behavior in functional and dysfunctional marriages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(), 569-576.
- Caban, A. M. (2004). The effects of marital conflict on sibling relationships. *ProQuest Information and Learning Company.*
- Christensen, A. & Heavey, C. L. (1990). Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *Journal of personality and social psychology*, 59, 73-81
- Curran, M.; Ogolsky, B.; Hazen, N. & Bosch, L. (2011). Understanding marital conflict 7 years later from parental representations of marriage. *Family Process*; 50, 2; ProQuest pg. 221.

- Davanloo, H. (1980). Short-term dynamic psychotherapy. Jason Aronson, NY, USA.
- Eldridge, K. A.; Sevier, M.; Jones, J.; Atkins, D.C. & Christensen, A. (2007). Demand-withdraw communication in severely distressed, moderately distressed, and nondistressed couples: Rigidity and polarity during relationship and personal problem discussions. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 218-226
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330
- Feldman, L. (1979). Marital conflict and marital intimacy: An integrative psychodynamic-behavioural-systemic model. *Family Process*, 18(1), 69-78.
- Frederickson, J. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy: An Introduction. *ISTDP Institute, Washington, D.C. admin@istdpinstitute.com*
- Gottman, J. M. (1994). What predict divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. *Hillsdale, NJ: Erlbaum*
- Gottman, J. M., Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 47-52
- Gray, M. A. (2003). Getting worse before getting better: Using content analysis to examine the change process in a time-limited psychodynamic group therapy for social phobia. *ProQuest Information and Learning Company*.
- Holmes, J. (1994). Brief dynamic psychotherapy. *Journal of continuing professional development*, 1:9-15. Access the most recent version at DOI: 10.1192/apt. 1. 1. 9
- Jarareh, J. & Taleh-Pasand, S. (2011). The effects of management of Tactical defenses in intensive short- term dynamic psychotherapy on couple's satisfaction. vol. (3) N. (2) *Journal of clinical Psychology*. 13-21
- Johnstone, L. & Dallos, R. (2006). Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people's problems. *Simultaneously published in the USA and Canada Routledge*.
- Kenzie, A. A. M. (2005). Object relations theory and Implications in Couples Therapy. *Marriage & Family Counseling Journal*. Page 8 . Retrieved February 7, 2011. From http://works.bepress.com/alan_mackenzie/8
- Lee, L. J. (1993). Determinants of coping behaviors in marital conflict situations across adulthood. *ProQuest Dissertations & Theses (PQDT) pg. n/a*
- Levenson, R., Carstensen, L., & Gottman, J. (1993). Long-term marriage: Age, gender and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8, 301-313.
- Lucent, R. L. (1996). The psychodynamic formulation of marital discord : Intrapsychic and dyadic dimensions. Vol.13, I.1-2, Pages 57-72. Retrieved February 25, 2011. From http://dx.doi.org/10.1300/J067v13n01_06
- Mackey, R. A. & O'Brien, B. A. (1988). Marital conflict management: Gender and ethnic differences. *Social Work*; 43, 2; *ProQuest pg. 128*
- Mallouk, T. H. (1983). Images of early life events and their relation to marital conflict. *ProQuest Dissertations & Theses (PQDT) pg. n/a*
- Markowitz, J.; Svartberg, M. & Swartz, H. (1998). Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *The journal of psychotherapy practice and research* 7: 185- 195

- O'Leary, K. D. & Smith, D. A. (1991). Marital interactions. *Annual Review of Psychology*. Vol. 42: 191-212.
- Prakash, S. (2010). Personality and marital conflict type: Who we are and how we fight. ProQuest Dissertations & Theses (PQDT) pg. n/a
- Roberts, L. J. (2000). Fire and ice in marital communication: Hostile and distancing behaviors as predictors of marital. *Journal of Marriage and Family* 62, 3; ProQuest pg. 693
- Rush, H.; Barry, W.; Hertel, R. & Swain, M. (1974) Communication conflict and marriage, *San Francisco: Jossey- Bass*.
- Sandhya, S. (2009). The social context of marital happiness in urban Indian couples: Interplay. *Journal of Marital and Family Therapy*; 35, 1; ProQuest pg. 74
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage the family*, 75-88
- Tiegerman, J. S. (2005). The relationship among conflict management style, dimensions of conflict and marital satisfaction. *ProQuest Dissertations & Theses (PQDT)* pg. n/a
- Wolf, D. & Frederickson, J. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy. Washington School of Psychiatry. Retrieved April 8, 2012. From www.davidwolffmd.com