مطالعه کیفی آسیب‌های تعاملی زنان مبتلا به همسر با حسادت مرضی از دیدگاه مختصصان بالینی خانواده

مرضیه سلطانی[۱]، مریم فاتحی‌زاده[۲]، سید احمد احمدی[۳]، محمد رضا عابدی[۳]،
مهرداد صالحی[۴]، رضوان السادات جزایری[۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: یکی از انواع آسیب‌های فردی در خانواده، حسادت مرضی است. در همین راستا، هدف از انجام پژوهش حاضر، ادراک متخصصان خانواده درمانی از آسیب‌های تعاملی زنان دارای همسر مبتلا به حسادت مرضی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی بود. جامعه پژوهش را همه متخصصان خانواده در حوزه درمان روان‌شناختی تشکیل داد. مشارکت کنندگان شامل ۸ متخصص باتجربه در زمینه درمان‌های روانی خانواده بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. سؤال اصلی مطالعه عبارت بود از «زوجین دارای مرد مبتلا به حسادت مرضی دچار چه آسیب‌های تعاملی هستند؟». داده‌های حاصل از مصاحبه به روش سیستماتیک تجزیه و تحلیل گردید. این روش، داده‌ها را در سه مرحله «توصیف، کاهش و تفسیر» تحلیل می‌نماید.

یافته‌ها: از ۴۸۹ عبارت مرتبط با آسیب‌های ارتباطی مستخرج از مصاحبه با متخصصان، ۱۲۲ مفهوم مرتبط با آسیب‌های ارتباطی در کدگذاری باز به دست آمد و در کدگذاری محوری به صورت ۲۳ زیرمقوله خلاصه گردید. در نهایت، داده‌ها در ۹ مقوله جمع‌بندی شد که شامل «آسیب‌های حل تعارض، آسیب‌های سبک ارتباطی، آسیب‌های شناختی مسأله‌ساز برای رابطه، آسیب‌های رفتاری مسأله‌ساز برای رابطه، آسیب‌های هیجانی مسأله‌ساز برای رابطه، آسیب‌های ارتباط جنسی، آسیب‌های ارتباط با فرزندان و آسیب‌های ارتباطی با همسر در امور خانه و خانواده» بود.

نتیجه‌گیری: از نظر متخصصان خانواده، حضور مرد مبتلا به حسادت مرضی در خانواده، آسیب‌هایی را تولید می‌کند که احتمال فروپاشی آن را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: حسادت مرضی، پدیدارشناسی، آسیب‌های تعاملی

ارجاع: سلطانی مرضیه، فاتحی‌زاده مریم، احمدی سید احمد، عابدی محمد رضا، صالحی مهرداد، جزایری رضوان السادات. **مطالعه کیفی آسیب‌های تعاملی زنان مبتلا به همسر با حسادت مرضی از دیدگاه مختصصان بالینی خانواده.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۵۰۰-۴۹۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۵/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۲۳

مقدمه

تعارض ممکن است بین افراد مختلف و در همه انواع روابط انسانی رخ دهد و علت این امر می‌تواند دامنه وسیعی از تفاوت‌های بالقوه باشد که بین افراد وجود دارد. نبود تعارض حتی می‌تواند نشانه‌ای از عدم وجود تعاملات معنی‌دار باشد. این امر در خصوص روابط زوجین نیز صادق است (۱). پژوهشگران مختلفی به بررسی منابع تعارضات بین فردی که می‌تواند به آسیب تعاملی منجر شود، پرداخته‌اند. به عنوان مثال، Katz از پیشگامان این عرصه به شمار می‌آید. او سه منبع فهم تعارض را «اقتصاد، ارزش‌ها و قدرت» می‌داند و معتقد است که تعارضات اقتصادی حاصل تلاش برای دستیابی به سرمایه‌های پولی بیشتر است، تعارضات ارزشی مربوط به شیوه‌های زندگی و جهان‌بینی آن می‌باشد و تعارضات قدرت زمانی رخ می‌دهد که هر یک از زوجین خواهان نفوذ بیشتر در خانواده و تصمیم‌گیری‌های آن هستند (۲).

نظریه‌های سیستمی خانواده همگی برای حل تعارضات، بر اصلاح تعاملات زوجین تأکید کرده‌اند (۳). در دوره دوم خانواده درمانی نیز همچنان روابط و آسیب‌های ارتباطی رشدی، از جمله مشکلات و تعارضات خانواده محسوب می‌شوند (۴). در دوره سوم و چهارم خانواده درمانی نیز اگرچه دیدگاه‌ها به درمان خانواده متفاوت شد، اما همچنان تعاملات زوجین و اصلاح آن‌ها دریچه مهم حل تعارضات به حساب می‌آید (۵). اتفاق جالبی که در دوره چهارم خانواده درمانی رخ می‌دهد، توجه به هیجانات در ایجاد تعاملات نامناسب و تعارضات است. مطالعه‌ای عنوان کرد که هیجان عامل هدایت‌گر در سیستم محسوب می‌شود و زوجین و اعضای خانواده روابط خود را بر اساس آن تعریف می‌کنند و بر رفتار یکدیگر تأثیر می‌گذارند (۶).

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۴- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۵- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: مریم السادات فاتحی زاده Email: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.11.9]

در متون خانواده درمانی دوره چهارم، مثلث‌سازی و الـزام دوگانـه همچنـان مـورد توجه قرار می‌گیرد و به عنوان تظاهرات هیجانی در نظر گرفته می‌شـود. درک هیجـان در دوره چهارم خانواده درمانی، پیوند عمیقی با نظریه دلبستگی دارد. در واقع، هیجانـات تشکیل دهنده ارتباطات و ریشه در امنیت و یا ناامنی حاصل از دلبستگی اولیـه کـودکی دارند (۷). در همین زمینه، اگرچه هیجاناتی مانند اضـطراب و دودلـی مـورد توجـه قـرار گرفته (۶)، اما به هیجان حسادت و آسیب‌هـای تعـاملی ناشـی از آن کـه در خصـوص حسادت مرضی است، کمتر توجه شده است.

حسادت مرضی به هیجاناتی اشاره دارد که ریشه در افکار غیر منطقی دارند و محرک رفتارهای غیر قابل پذیرش می‌باشند. مشکل غالب در ایـن هیجانـات، نشخوارهای فکری مرتبط به بـی‌وفـایی همسـر اسـت، بـدون ایـن کـه شـواهد محکمی در خصوص خیانت وجود داشته باشد (۸). نکته حـایز اهمیـت دیگـر آن است که چنین حسادتی ریشه در واقعیت ندارد (۹).

Vauhkonen معتقد است که افراد طبیعی فقـط در برابـر مسـایل واقعـی دچار حسادت می‌شوند و قدرت تعدیل باورها و واکنش‌هـای خـود بـه اطلاعـات جدید را دارند. در مقابل، حسادت مرضی مرتبط به خیانت طرف مقابل، با اسـتناد به شواهد و رویدادهای نامربوط است. افراد مبتلا بـه حسـادت مرضـی حتـی بـه هنگام رویارویی با شواهد متعارض نیز به همسر خود تهمت خیانـت و ارتبـاط بـا دیگران را می‌زنند (۱۰).

برخی محققان هذیان‌های خیانت را مطرح کـرده‌انـد. آن‌هـا بـر ایـن بـاور هستند که چنین هذیان‌هایی در اسـکیزوفرنیا و یـا اخـتلالات هـذیانی مشـاهده می‌شود (۱۱). در اسکیزوفرنیا این هذیان‌ها حالت گزند و آسیب دارند. بـه عنـوان مثال، فرد مبتلا معتقد است که همسرش خودش را به سمی آلوده کرده است تـا میل جنسی او را کاهش دهد؛ در حالی که در اختلال هذیانی، سـایر جنبـه‌هـای آسیب شناختی مشاهده نمی‌شود. حسادت مرضی ممکن است به اشکال مختلفی پدیدار شود که از آن جمله می‌توان به عقاید پیش بهـا داده شـده، وسـواس و یـا ترکیبی از آن‌ها اشاره نمود (۱۲).

به هر حـال، پـژوهش‌هـای مختلفـی هیجانـات را در ارتبـاط بـا تعارضـات زناشویی مورد توجه قرار داده‌اند. از جملـه پـژوهش هـای داخلـی در ایـن زمینـه می‌توان به مطالعات رجبی و همکاران در خصوص ارتباط بین هیجان، رضـایت و تعارض زوجی (۱۳)، قره باغی و آگیلار وفایی درباره ارتباط بین امنیت هیجـانی و تعارض نقش (۱۴) و پیرساقی و همکاران در خصـوص ارتباطـات طرحـواره‌هـای هیجانی با تعارضات زناشویی (۱۵) اشاره کرد. برخـی پژوهشـگران خـارجی نیـز هیجانات را در ارتباط با تعارضات زناشـویی بررسـی نمـوده انـد کـه از آن جملـه می‌توان به تحقیقـات Bloch و همکـاران در زمینـه ارتبـاط هیجانـات منفـی و تعارضـات زناشـویی(۱۶)، Sanford دربـاره فهـم هیجانـات خـود و همسـر در تعارضـات زناشـویی (۱۷)، Iveniuk و همکـاران در خصـوص نقـش روان رنجورگرایی به عنوان ریشه تجربـه هیجانـات منفـی در ارتباطـات بـا تعارضـات زناشویی (۱۸)، Randall و همکاران در زمینه ارتباط بین همـاهنگی هیجـانی و همکاری زناشویی (۱۹) و Malouff و همکاران درباره ارتباط هوش هیجانی بـا کاهش تعارضات زوجی (۲۰) اشاره نمود. با وجود انجام مطالعات مختلـف دربـاره هیجان در بافت زندگی زناشویی، اما هنوز پژوهشـی در زمینـه حسـادت مرضـی مردان و اثر این حسادت بر ارتباط آن‌ها صورت نگرفته است. پژوهش حاضر این مردان و آسیب‌های تعاملی آنان را با همسران‌شـان مـد نظـر قـرار داد. بـه نظـر می‌رسد هرگونه فعالیت‌های درمانی در خانواده، نیاز به دانش بیشـتر در خصـوص آسیب‌های ارتباطی دارد. یافته‌های این مطالعه مـی‌توانـد بـه پـر شـدن شـکاف پژوهشی در این زمینه کمک نماید و فقدان پژوهش درباره این حـوزه را جبـران نماید. از این‌رو، پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سؤال بود: آسیب‌های تعاملی در بین زوجین مبتلا به حسادت مرضی چه هستند؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از جمله مطالعات کیفی و از نوع پدیدارشناسی بود. شرکت کننـدگان را ۸ خانواده درمانگر و روان‌پزشک تشکیل دادند که به شـکل هدفمنـد انتخـاب شدند. در واقع، در این نوع نمونه‌گیری تلاش می‌شود تا هماهنگی مناسـبی بـین سؤالات پژوهشی و نمونه برقرار شود (۲۱). معیار ورود متخصصان بـه پـژوهش، داشتن سابقه کار و تجربه در زمینه خانواده بـود. ابـزار پـژوهش، مصـاحبه نیمـه ساختار یافته بود. سؤالات مصاحبه در یک مطالعه مقدماتی با برخی متخصصـان و با مطالعه متون موجود در حوزه خانواده، استخراج شد. به منظور رعایت اخـلاق پژوهش، قبل از شروع هـر مصـاحبه از شـرکت کننـدگان اجـازه گرفتـه شـد تـا محتوای مصاحبه ثبت و ضبط گردد و رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه جلب شد. همچنین، در زمینه اهداف مطالعه و علت ضبط مصاحبه به طـور مشـروح بـا شرکت کنندگان گفتگو شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که هویت آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند. زمان هر مصاحبه ۴۵ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامیـد. هـم‌زمـان بـا انجام مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها آغاز شد و تعـداد متخصصـان شـرکت کننـده تـا اشباع مقولات (عدم تکرار مقولات جدید) ادامه یافت.

به منظور تحلیل داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها، از روش سیسـتماتیک استفاده شد؛ بدین طریـق کـه کدگـذاری بـاز، کدگـذاری محـوری و کدگـذاری گزینشی انجام گرفت (۲۲). فرایند کدگذاری در جریان جمع‌آوری داده‌ها به اجـرا درآمد. در کدگذاری باز، داده‌ها به دقت به کوچک‌ترین اجزای ممکـن شکسـته و در مرحله دوم داده‌ها بر اساس تفاوت و تشابه با یکدیگر مقایسـه و طبقـه‌بنـدی گردید. بعد از جابه‌جایی‌های مکرر در طبقات و کـدها، دسـته‌بنـدی انجـام شـد. کدهای مشابه در طبقات قرار گرفت و عناوین گویا و قابل شناسایی برای آن‌هـا انتخاب شد (۲۳). پیش‌فرض‌های مرتبط بین رابطه طبقه‌بندی‌ها و چارچوب‌هـای پنداشتی به وجود آمد که این پـیش‌فـرض‌هـا پژوهشـگران را بـرای جمـع‌آوری داده‌های بعدی هدایت نمود. داده‌های جدید هم‌زمـان بـا تمـام داده‌هـا مقایسـه گردید تا محوریت مطلـوب در بـین داده‌هـا آشـکار شـود. در مرحلـه کدگـذاری انتخابی، تلاش بر این بود تا محوریت داده‌هـا کشـف و طبقـه مرکـزی انتخـاب شود. طی این مرحله مفاهیمی که محل ارجاع سایر طبقات و مرتبط با آن‌ها بود، به عنوان متغیر مرکزی شناخته شد (۲۴). در ایـن مرحلـه، آسـیب‌هـای ارتبـاطی تعاملی به عنوان محل ارجاع سایر طبقات و به عنوان متغیر مرکزی شناخته شد.

جامعه آماری پژوهش را کلیه متخصصان خانواده و ازدواج تشکیل دادند که در سـال ۹۵-۱۳۹۴ دارای مـدرک دکتـری تخصصـی در یکـی از گـرایش‌هـای مشاوره، روان‌شناسی یا روان‌پزشکی بودند و حداقل ده سال سابقه کار درمانی بـا زوجین و خانواده‌ها را داشتند.

انتخاب شرکت کنندگان از نوع هدفمند و همگون بود. نمونه همگون زمانی مفید است که پژوهشگر بخواهد با گروه خاصی همچون متخصصان یـا اعضـای برجسته یک جامعه مصاحبه کند (۵). انتخاب شرکت کنندگان تا اشباع مقولـه‌هـا ادامه یافت؛ به طوری که هیچ اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌ها به دسـت نیامـد و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.11.9]
www.mui.ac.ir

در نهایت، ۸ متخصص انتخاب شدند. معیارهایی که در ادامه آمده است، برای اعتباریابی پژوهش انجام شد.

مفید بودن: این معیار نشان دهنده آن است که یافته‌های حاصل از پژوهش کیفی سودمند و روشن کننده پدیده مورد مطالعه می‌باشد. با توجه به این که پژوهش حاضر به کشف و روشن شدن آسیب‌های تعاملی منجر شد، می‌توان آن را مفید دانست. استفاده از یافته‌های مطالعه در مراکز قانونی و اجرایی همچون دادگاه‌های خانواده، به سودمندی بیشتر آن کمک خواهد کرد.

تمامیت زمینه‌ای: منظور از این ملاک آن است که پدیده تحت مطالعه با توجه به زمینه مورد بررسی، مطالعه شود. به منظور رعایت این ملاک، در مطالعه حاضر تمامی آسیب‌ها مد نظر قرار گرفت تا زمینه پدیده مورد بررسی را کامل‌تر توصیف نماید.

موقعیت محقق: منظور از این معیار آن است که محقق با درک جایگاه خویش، تأثیر ناآگاهانه‌ای بر مصاحبه‌ها و تفسیر آن‌ها نداشته باشد. محقق تلاش کرد تا با آگاهی از جایگاه خویش، از هرگونه سوگیری در انتخاب آزمودنی‌ها و تحلیل و تفسیر آسیب‌ها پرهیز نمایند. همچنین، با کمک گرفتن از دو متخصص دیگر در مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌های کیفی، از هرگونه تأثیر ناآگاهانه بر مصاحبه بپرهیزد.

سبک گزارش: منظور از این ملاک، سبکی است که سایر متخصصان و بهره‌برداران بتوانند نتایج پژوهش را به خوبی درک کنند. در پژوهش حاضر تلاش شد تا گزارش‌های کیفی به شکل جدول و نمودار ارایه شود و فهم آن آسان گردد.

سه سوسازی محققان: منظور آن است که افراد مختلفی فرایندهای مصاحبه، کدگذاری و تحلیل داده‌ها را انجام دهند. در پژوهش حاضر مصاحبه‌ها توسط سه نفر و کدگذاری‌ها و تفسیر داده‌ها نیز توسط سه نفر انجام شد (محقق، استاد راهنما و یک متخصص کدگذاری پژوهش‌های کیفی).

بررسی کردن کدبندی‌ها: در این قسمت، پایایی کدبندی‌ها توسط چند تن از محققان انجام می‌گیرد. در پژوهش حاضر نیز پایایی کدبندی تأیید شد (توسط محقق، استاد راهنما و یک متخصص کدگذاری پژوهش‌های کیفی).

یافته‌ها

جهت بررسی محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته در سطح تحلیل خرد و استخراج مفاهیم اولیه و نظم‌دهی مفهومی، از روش کدگذاری باز، محوری و گزینشی استفاده شد. جدول ۱ این مراحل را نشان می‌دهد.

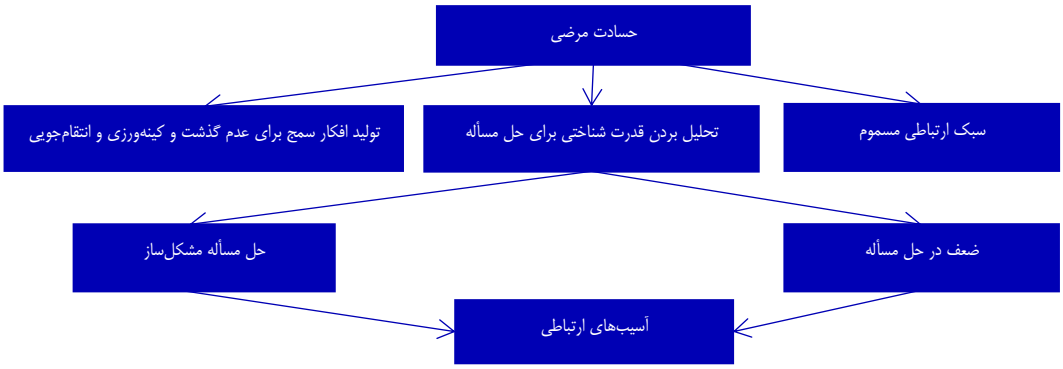
بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی آسیب‌های تعاملی زوجین با مرد مبتلا به حسادت مرضی از دیدگاه متخصصان بود. نتایج تحلیل کیفی داده‌ها نشان داد که آسیب‌های ارتباطی این زوجین از دیدگاه متخصصان در ۹ مقوله جای می‌گیرد که شامل «آسیب‌های حل تعارض، آسیب‌های سبک ارتباطی، آسیب‌های شناختی مسأله‌ساز برای رابطه، آسیب‌های رفتاری مسأله‌ساز برای رابطه، آسیب‌های هیجانی مسأله‌ساز برای رابطه، آسیب‌های ارتباط جنسی، آسیب‌های ارتباط با فرزندان و آسیب‌های ارتباطی با همسر در امور خانه» بود.

جدول ۱. آسیب‌های تعاملی زوجین دارای مرد مبتلا به حسادت مرضی

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی	کدها
آسیب‌های تعاملی زوجین دارای مرد مبتلا به حسادت مرضی	آسیب‌های ارتباطی با همسر در امور خانه	ضعف در مراقبت از زن در امور خانه
		ضعف در مدیریت امور خانه
	آسیب‌های ارتباطی با فرزندان	استفاده ابزاری از فرزندان
		مشکلات ارتباطی با فرزندان
	آسیب‌های مدیریت پول	مشکلات مالی کلی
		مشکلات مالی ویژه همسر
	آسیب‌های هیجانی مسأله‌ساز برای رابطه	هیجانات ارتباطی مسأله‌ساز کلی
		هیجانات ارتباطی مسأله‌ساز زوجی
	آسیب‌های ارتباط جنسی	عدم مدیریت امور جنسی
		عدم تفاهم جنسی
	آسیب‌های رفتاری مسأله‌ساز برای رابطه	مشکلات رفتاری مسأله‌ساز برای رابطه
		مشکلات رفتاری- ارتباطی بین فردی
	آسیب‌های شناختی مسأله‌ساز برای رابطه	خطاهای شناختی کلی
		خطاهای شناختی مرتبط با خیانت
	آسیب‌های سبک ارتباطی	سبک ارتباطی خشن
		سبک ارتباطی تعقیب و گریز
		سبک ارتباطی تحقیر و سرزنش
		سبک ارتباطی محدود کننده
		سبک ارتباطی دوری‌گزینی
		سبک ارتباطی مطالبه‌گر
		ضعف در مدیریت صحیح رابطه
	ضعف در حل تعارض	ضعف در حل مسأله
		حل مسأله مشکل‌ساز

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.11.9]



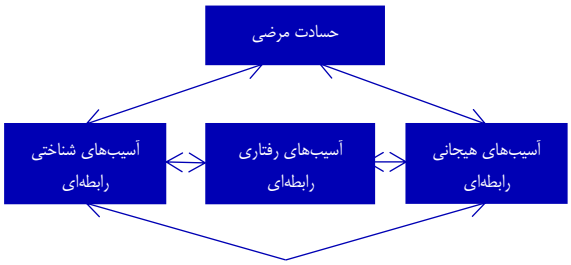
شکل ۱. ساز و کار مفروض اثر حسادت مرضی بر آسیب‌های ارتباطی برگرفته از دیدگاه متخصصان

تاکنون پژوهش یا پژوهش‌های مشابهی به آسیب‌های ارتباطی زوجین با مرد مبتلا به حسادت مرضی نپرداخته‌اند که همسویی و ناهمسویی یافته‌های مطالعه حاضر با آن‌ها بررسی شود، اما یافته‌ها نشان می‌دهد حسادت مرضی مردان در ابعاد مختلفی از زندگی زناشویی مشکلاتی برای زن و برای زوجین ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد حسادت مرضی به عنوان یک هیجان مسموم، باعث می‌گردد تا سبک ارتباطی زوجین از حالت سالم خارج شود و به نحو بیمار گونه‌ای خشونت، طلبکاری، تعقیب و گریز، دوری‌گزینی‌ها، کنترل‌گری و تحقیر و سرزنش را در برگیرد (۱۲). این شرایط نه تنها بین زوجین حاکم است، بلکه از زوجین به سایر سیستم‌های مرتبط مانند خانواده همسر، خانواده اصلی مرد، دوستان، آشنایان و جمع‌های عمومی سرایت می‌کند و به این ترتیب سبک ارتباط نامناسب حل تعارض را در چنین زوجینی مخدوش می‌نماید و باعث می‌گردد تا آسیب‌های مرتبط با حل تعارض در دل سبک ارتباطی نامناسب شکل گیرد. بر اساس یافته‌ها، این آسیب‌ها حاوی دو زیرمقوله «ضعف در حل مسأله و حل مسأله مشکل‌ساز» بود. به نظر می‌رسد حسادت مرضی از چند جهت می‌تواند بر حل تعارض مؤثر واقع شود که شمای کلی آن در شکل ۱ آمده است.

سبک‌های ارتباطی نه تنها بر حل تعارض اثر می‌گذارند، بلکه حل تعارض نیز به طور متقابل سبک‌های ارتباطی مسموم را تقویت می‌کند. از سوی دیگر، یافته‌ها حاکی از آن بود که این مردان مبتلا به خطاهای شناختی هستند که از دو منبع مهم برای آسیب‌های تعاملی تقویت می‌شوند. از جمله خطاهای شناختی کلی می‌توان به مواردی همچون شناخت‌های ارتباطی مسأله‌ساز، تفکرات غیر منطقی، مخالفت با تغییر، وسواس در اجرای قوانینی که وضع می‌کنند، تفسیر به رأی با رویدادها، برخورداری از بینش ضعیف، ضعف در متقاعد شدن، باورهای کلیشه‌ای مردانه و زنانه و تفسیر غلط رویدادهای روزمره زندگی و خطاهای شناختی مرتبط با خیانت همچون نشخوار فکری درباره خیانت زن، اعتمادگریزی، بدبینی، باور داشتن به خیانت زن، بی‌اعتمادی و خطای انتساب و تعصب اشاره نمود. با این دو منبع از خطاهای شناختی که از هیجان حسادت مرضی سوخت‌گیری می‌کنند، نه تنها هیجان حسادت تقویت می‌شود، بلکه این هیجان دوام پیدا می‌کند.

بی‌شک آسیب‌های شناختی می‌توانند مولد آسیب‌های رفتاری- رابطه‌ای نیز باشند، اما حسادت به عنوان یک منبع سوخت‌رسانی و مولد آسیب‌های ارتباطی، به دو شکل مشکلات مسأله‌ساز برای ارتباط و مشکلات رفتاری ارتباطی بین فردی بروز و ظهور می‌یابد. مشکلاتی همچون تصمیم‌گیری‌های عجولانه، جزءنگری و ریزبینی، تعریف نظم غیر منطقی برای تنظیم امور زندگی، تولید مشکل در جمع و گروه، رفتارهای پرخاشگرانه، مصرف الکل، اعتیاد، ضعف رفتاری در ابعاد مختلف ارتباطات بین فردی تعارض‌های بین نسلی، تجسم معشوقه خیالی (متخصصی بیان کرد: چنین شوهرانی فکر می‌کنند همسرشان عاشق مرد دیگر است)، بی‌توجهی به احساسات دیگران و همدلی و بیان احساس ضعیف (قادر نیستند احساساتشان را به خوبی بیان کنند، نمی‌فهمند دیگران از رفتارهای آن‌ها چقدر در عذاب هستند). اینگونه رفتارها مؤید شناخت‌های غلط هستند و در کنار هم به دوام و تأیید یکدیگر کمک می‌کنند.

نتایج نشان می‌دهد که حسادت مرضی در مردان نه تنها مولد شناخت‌ها و رفتارهای مسأله‌ساز است، بلکه به تولید سایر هیجان‌های منفی نیز کمک می‌کند. این منبع هیجانات به دو دسته عمده «هیجان ارتباطی مسأله‌ساز کلی و هیجان ارتباطی مسأله‌ساز زوجی» تقسیم می‌شود که از جمله هیجان ارتباطی مسأله‌ساز زوجی می‌توان به بی‌نظمی هیجانی، خودبینی هیجانی، تصمیم‌گیری بر مبنای هیجانات، سردی هیجانی، اضطراب، عصبانیت، هیجانات تولید کننده استرس، حسادت به همسر، حساسیت به انتقاد، حساسیت به محرک‌های بدبینی، تجربه ضعیف هیجان عشق، نگرانی برای خیانت همسر و گوش به زنگی برای خیانت همسر اشاره نمود. این هیجانات در کنار حسادت مرضی، به تقویت آسیب‌های رفتاری و شناختی کمک می‌کنند و از سوی آن‌ها تقویت می‌شوند. شکل ۲ ارتباط این منابع متقابل آسیب را نشان می‌دهد.



شکل ۲. ارتباط متقابل آسیب‌های هیجانی، رفتاری و شناختی رابطه‌ای با حسادت مرضی

از سوی دیگر، یافته‌ها نشان می‌دهد که این خانواده‌ها به علت آسیب‌های موجود در سیستم خانواده، در مدیریت مالی و مدیریت امور جنسی ضعف دارند.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.11.9]

این افراد در مسایل جنسی دچار تعارض می‌شوند و یا قادر نیستند مسایل درون این رابطه را مدیریت کنند. به نظر می‌رسد که حسادت مرضی در مرد بخش زیادی از انرژی درونی و جسمانی وی را تحلیل می‌برد و این امر باعث سرد شدن او نسبت به همسرش می‌گردد.

از سوی دیگر، زن نیز به علت سایر تعارضات و مشکلات ارتباطی، نسبت به رابطه جنسی میل و کششی ندارد. ضعف در این بعد نیز می‌تواند برای مرد منبع مؤید آسیب‌های شناختی باشد و حسادت مرضی را تقویت کند. آسیب‌های مالی در زندگی این زوجین طبق نظر متخصصان به دو شکل «مشکلات مالی کلی و مشکلات مالی مرتبط با همسر» بروز پیدا می‌کند. در مشکلات مالی کلی، این مردان حساسیت، پول‌دوستی و حسابگری را از خود نشان می‌دهند. شاید یکی از دلایل احتمالی این امر، احساس امنیت از دست رفته بر اثر تعارضات ارتباطی است که با پول حاصل می‌شود. مسایل مالی مرتبط با همسر نیز در سه شکل «خرج پول برای افکار بدبینانه، حساسیت در مورد خرج کردن پول برای همسر و عدم حمایت مالی همسر» نمایان گردید که ممکن است هدف آن، کنترل زن در چارچوب محدودیت‌های رابطه‌ای باشد.

یکی دیگر از آسیب‌های حاصل از مصاحبه با متخصصان، آسیب‌های ارتباطی با فرزندان بود. به نظر می‌رسد آشفتگی‌های ارتباطی و تعارضی، باعث به هم ریختگی‌های زیرسیستمی می‌شود که این آسیب‌ها به دو شکل کلی «مشکلات ارتباطی کلی با فرزندان و استفاده ابزاری از فرزندان» متجلی می‌شود. حسادت مرضی به رابطه با فرزندان سرایت می‌کند؛ به طوری که متخصصان خانواده طبق مشاهدات بالینی متوجه شده‌اند که رقابت‌جویی با فرزندان و حسادت نسبت به آن‌ها مشاهده می‌شود. همچنین، فرزندپروری مستبدانه به علت هیجانات منفی، کودک‌آزاری مستقیم و یا ناشی از همسرآزاری و بی‌توجهی به سلامت فرزندان از جمله آسیب‌های رایج است. متخصصان به این نتیجه رسیده‌اند که این مردان پسردوست هستند (متخصصی اظهار داشت: معمولاً فرزند پسر را بیشتر از دختر دوست دارند) و با پسران خود مثلث‌سازی دارند. شاید علت این امر، کنترل بیشتر زن در خانواده باشد. به هر حال، چنین مردانی طبق نظر متخصصان، در ارتباط با امور خانه و خانواده نیز آسیب‌هایی را برای همسران‌شان تولید می‌کنند که در دو بعد «ضعف در مراقبت از زن در ارتباط با امور خانه» مانند کمک نکردن به همسر، مراقبت مشروط از همسر و بی‌توجهی به سلامت همسر و «ضعف در مدیریت امور خانه» نمایان شد. در عین حال، این مردان در مدیریت خانه ضعف دارند و ضعف در امور خانه‌داری، برنامه‌ریزی خودخواهانه، بی‌توجهی به اوقات فراغت، بی‌توجهی به برخی ابعاد زندگی، احساس مسؤولیت ضعیف درباره امور منزل و تقسیم کار سنتی از جمله ویژگی‌های آنان است. اگرچه این مجموعه از آسیب‌ها ممکن است در خانواده‌های دیگر نیز رخ دهد، اما ترکیبی از هشت آسیب دیگر، اوضاع خانه این خانواده‌ها را بسیار نابسامان می‌سازد.

تحقیق حاضر مانند سایر مطالعات محدودیت هایی داشت. از جمله به دلیل این که برای مصاحبه با متخصصان خانواده و ازدواج جهت نمونه‌گیری شرایط ورود و خروج در نظر گرفته شد، بنابراین افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را نداشتند، کنار گذاشته شدند؛ در صورتی که ممکن بود از این افراد اطلاعات خوبی به دست آید. همچنین، پژوهش روی افراد حاضر به همکاری انجام شد. پس در تعمیم نتایج آن باید احتیاط نمود. برخی متخصصان منتخب خانواده حاضر به همکاری نشدند. نبود پژوهش در این زمینه و یا نیافتن آن نیز یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود.

در مجموع، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که حضور مردی با حسادت مرضی آسیب‌هایی را در خانواده تولید می‌کند که احتمال فروپاشی آن را افزایش می‌دهد. با توجه به آنچه گفته شد، پیشنهاد می‌شود سایر پژوهشگران با استفاده از نتایج این پژوهش بنیادی، به سایر پژوهش‌های کمی آزمایشی و توصیفی بپردازند و درمانگران خانواده برای انواع آسیب‌ها ضمن اولویت‌بندی آن‌ها، مدلی درمانی ارایه نمایند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کمیته پژوهشی دانشگاه اصفهان و استادان محترم و تمام عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Deutsch M, Marcus EC. The handbook of conflict resolution: Theory and practice. New York, NY: Wiley; 2000.
2. Katz D. Natanalism and strategies of interrational conflict resolution. In: Kelman HC, Editor. International behavior: A social-psychological analysis. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston; 1965. p. 339-56.
3. Hoseini Birjandi SM. Theories and techniques of family therapy. Tehran, Iran: Roshd Publications; 2000. [In Persian].
4. Watzlawick P. The invented reality: How do we know what we believe we know? (Contributions to Constructivism). New York, NY: W. W. Norton, Incorporated; 1984.
5. Hoffman L. Exchanging voices: A collaborative approach to family therapy. London, UK: Karnac Books; 1993.
6. Dalls R, Driper R. Compare the theories of family therapy. Trans. Esmaeili M. Tehran, Iran: Rasa Publications; 2011. [In Persian].
7. Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M. The emanuel miller memorial lecture 1992. the theory and practice of resilience. J Child Psychol Psychiatry 1994; 35(2): 231-57.
8. Cobb J. Morbid jealousy. Br J Hosp Med 1979; 21(5): 511-8.
9. Mullins D. Morbid jealousy: The green-eyed monster. Int J Psychol Med 2010; 27(2): 106-12.
10. Vauhkonen K. On the pathogenesis of morbid jealousy with special reference to the personality traits of an interaction between jealous patients and their spouses. Acta Psychiatr Scand Suppl 1968; 202: 2-261.
11. Enoch MD, Trethowan WH. Uncommon psychiatric syndromes. 2nd ed. Chicago, IL: Year Book Medical Publishers, Incorporated; 1979.
12. Kingham M, Gordon H. Aspects of morbid jealousy. Adv Psychiatr Treat 2004; 10(3): 207-15.

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.11.9]

13. Rajabi G, Mousavian Nejad K, Taghi Pour M. The relationships attachment styles and emotional intelligence with marital satisfaction and marital conflict in married female teachers. Journal of Applied Counseling 2014; 4(1): 49-66. [In Persian].
14. Gharehbaghy F, Aguilar-Vafaie M. The role of marital conflict and family emotional security in children's physical and psychosocial health. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2010; 15(4): 359-67. [In Persian].
15. Pirsaghi F, Nazari A, Naiemi G, Shafaie M. Marital conflicts? The role of defense styles and emotional schemas. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2015; 3(1): 59-69. [In Persian].
16. Bloch L, Haase CM, Levenson RW. Emotion regulation predicts marital satisfaction: more than a wives' tale. Emotion 2014; 14(1): 130-44.
17. Sanford K. The communication of emotion during conflict in married couples. J Fam Psychol 2012; 26(3): 297-307.
18. Iveniuk J, Waite LJ, Laumann E, McClintock MK, Tiedt AD. Marital conflict in older couples: positivity, personality, and health. J Marriage Fam 2014; 76(1): 130-44.
19. Randall AK, Post JH, Reed RG, Butler EA. Cooperating with your romantic partner: Associations with interpersonal emotion coordination. J Soc Pers Relat 2013; 30(8): 1072-95.
20. Malouff JM, Schutte NS, Thorsteinsson EB. Trait emotional intelligence and romantic relationship satisfaction: A meta-analysis. Am J Fam Ther 2014; 42(1): 53-66.
21. Bryman A. Social research methods. Oxford, UK: Oxford University Press; 2015.
22. Bazargan Horandi A. An introduction to qualitative and mixed method research Cfforts. Tehran, Iran: Didar Publications; 2015.
23. Polit-O'Hara D, Beck CT. Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
24. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice. Philadelphia, PA: Mosby; 2006.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.11.9]

A Qualitative Study of Interactional Pathology among the Spouses of Men with Morbid Jealousy from the Viewpoint of Clinical Family Specialists

Marziyeh Soltani[1], Maryam Fatehizade[2], Seyed Ahmad Ahmadi[3], Mohammad Reza Abedi[3], Mehrdad Salehi[4], Rezvanosadat Jazayeri[5]

Original Article

Abstract

Aim and Background: An individual pathology observed in families is morbid jealousy. Thus, the aim of the present study was to examine the views of family therapy specialists about interactional damages in spouses of men with morbid jealousy.

Methods and Materials: The present research was a qualitative (phenomenological) study. The search population consisted of all specialists in the field of psychological family therapy. The participants consisted of 8 specialists with experiences in psychological family therapy. Data were collected through semi-structural interviews. The gathered data were analyzed through systematic method in the three steps of description, reduction, and interpretation.

Findings: The results showed that from among 489 sentences related to interactional damages, 122 concepts were extracted in open coding that were disaggregated into 23 subthemes in axial coding. Finally, data were summarized into 9 categories of pathologies related to solving conflicts, communication styles, sexual relationship, communication with children, and communication with the spouse regarding familial and household issues, and cognitive, behavioral, and emotional damages which were problematic to the relationship.

Conclusions: It can be concluded that, from the viewpoint of family specialists, men with morbid jealousy cause damages in their families that increase the probability of family disintegration.

Keywords: Jealousy, Phenomenology, Interactive pathologies

Citation: Soltani M, Fatehizade M, Ahmadi SA, Abedi MR, Salehi M, Jazayeri R. **The Qualitative Study of Interactional Pathology among Women with the Men with Morbid Jealousy from Family Clinical Specialists.** J Res Behav Sci 2016; 14(4): 494-500.

Received: 02.08.2016 Accepted: 13.11.2016

1- PhD Student, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2- Associate Professor, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3- Professor, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
4- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5- Assistant Professor, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Maryam Fatehizade, Email: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.11.9]