

اثربخشی آموزش ایماگوترابی بر نگرش‌های زناشویی منفی در زوجین مبتلا به همسرآزاری عاطفی

سیده زهرا موسوی موید^۱، عذرا اعتمادی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: همسرآزاری یکی از عمده‌ترین بحران‌های سلامت در جهان است که همزمان سلامت جسمانی و روانی افراد را تهدید می‌کند. سازمان جهانی بهداشت گزارش کرده است که همسرآزاری، بیشتر به شکل خشونت علیه زنان در خانواده‌ها رواج دارد، به طوری که در جهان یک نفر از هر سه زن از نظر فیزیکی، جنسی یا شیوه‌های دیگر مورد آزار قرار می‌گیرند. از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش ایماگوترابی بر نگرش‌های زناشویی منفی در زوجین مبتلا به همسرآزاری عاطفی است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و همچنین از نظر نوع داده‌ها کمی است. از نظر طرح پژوهش نیز پژوهش حاضر دارای روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه‌ی مورد پژوهش در این تحقیق، زوج‌های دچار همسرآزاری عاطفی در شهر اصفهان و در سال ۹۶ بودند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۱۶ زوج (۳۲ نفر) بودند که به صورت هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود به جامعه مورد نظر انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) نشان داد که آموزش ایماگوترابی در گروه آزمایش به طور معناداری موجب کاهش نگرش‌های زناشویی منفی نسبت به گروه کنترل گردید ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر آموزش ایماگوترابی بر نگرش‌های زناشویی منفی، از این رو به زوج درمانگران پیشنهاد می‌شود که مولفه‌های اصلی این درمان را در کار با زوج‌های دچار مشکل همسرآزاری بگنجانند.

واژه‌های کلیدی: ایماگوترابی، نگرش‌های زناشویی منفی، زوجین، همسرآزاری عاطفی.

ارجاع: موسوی موید سیده زهرا، اعتمادی عذرا. اثربخشی آموزش ایماگوترابی بر نگرش‌های زناشویی منفی در زوجین مبتلا به همسرآزاری عاطفی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۴): ۵۷۹-۵۷۱.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: O.Etemadi@edu.ui.ac.ir

نویسنده مسئول: عذرا اعتمادی

مقدمه

خانواده کوچک‌ترین واحد اجتماعی است که مستقیماً با مسیر زندگی انسان‌ها ارتباط دارد. نهاد خانواده، بنیانی برای تبادل عشق بین زن و مرد است. اگر این تبادل عشق به شکل رضایت بخشی در خانواده در جریان داشته باشد، موجب ایجاد اعتماد، حس مراقبت و صمیمیت در خانواده می‌شود (۱)؛ اما همیشه این‌گونه نیست و گاهی روابط زن و شوهر شکل خصمانه‌ای به خود می‌گیرد. اگرچه که مفهوم خشونت و همسرآزاری در زمان‌ها و فرهنگ‌های مختلف اشکال مختلفی را دارا می‌باشد اما روی‌هم‌رفته اخیراً توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود برانگیخته است (۲). در تعریف همسرآزاری این‌گونه بیان می‌شود که همسرآزاری الگویی از رفتارهای فیزیکی، روانی و هیجانی است که بین زن و شوهر است که در آن یکی از زن و شوهر قدرت و کنترل را بر طرف دیگر اعمال می‌کند (۳).

همسرآزاری یکی از عمده‌ترین بحران‌های سلامت در جهان است که هم‌زمان سلامت جسمانی و روانی افراد را تهدید می‌کند (۴). سازمان جهانی بهداشت گزارش کرده است که همسرآزاری، بیشتر به شکل خشونت علیه زنان در خانواده‌ها رواج دارد، به‌طوری‌که در جهان یک نفر از هر سه زن از نظر فیزیکی، جنسی یا شیوه‌های دیگر مورد آزار قرار می‌گیرند (۵). یکی از رایج‌ترین انواع همسرآزاری، همسرآزاری عاطفی است. در پژوهشی نشان داده شد که ۳۱/۷ درصد زنان مورد مطالعه، تجربه قرار گرفتن در معرض همسرآزاری عاطفی را گزارش کرده‌اند (۶). پژوهشگران دلایل زیادی را برای خشونت علیه زنان توسط همسر ذکر کرده‌اند که مهم‌ترین دلیل آن زن بودن است (۷). دیگر عللی که می‌توان آن‌ها را به‌عنوان بستری برای ایجاد همسرآزاری علیه زنان دانست شامل وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سطح تحصیلات، مصرف مواد توسط همسر، وجود یک بیماری روان‌شناختی در همسر و مواجهه با خشونت خانگی در دوران کودکی هستند (۸).

علی‌رغم نقش این متغیرهای زمینه‌ای در ایجاد همسرآزاری، امروزه پژوهشگران همسو با تغییرات ایجادشده در ادراک فرهنگ‌ها از ازدواج و پیچیده‌تر شدن زندگی زناشویی، توجه ویژه‌ای را به نگرش‌ها و باورهای زن و شوهر در زندگی زناشویی معطوف کرده‌اند (۹). پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند

که همسران دارای عقاید و نگرش‌های غیرواقعی و ناکارآمدی در مورد ازدواج و نقش‌های زناشویی هستند، پریشانی زناشویی بیشتر و رضایت زناشویی کمتری را گزارش می‌دهند و همچنین ارتباطات و رفتارهای منفی بیشتری را در زندگی زناشویی بروز می‌دهند و به تعارض‌های بیشتری دامن می‌زنند و در حل این تعارض‌ها نیز ناکام‌تر هستند (۱۰). به‌عبارت‌دیگر باورهای کلی و همچنین باورهای جنسیتی افراد به ازدواج و زندگی زناشویی منجر به شکل‌گیری نگرش‌هایی در مورد رفتارهایی ازجمله جذابیت جنسی و رفتارهای پرخطر شود. ازاین‌رو شاید بتوان نگرش‌های زناشویی منفی را به‌عنوان پلی بین عوامل زمینه‌ای و ایجاد همسرآزاری در نظر گرفت که نقش مکانیسم عمل این متغیرهای زمینه‌ای را ایفا می‌کند (۱۱). در پژوهش‌های دیگری نیز بر نقش باورها و نگرش‌های مربوط به ازدواج و زندگی زناشویی در واسطه‌گری بین عوامل زمینه‌ای ازدواج و پیامد ازدواج و تداوم آن تأکید شده است. بر همین اساس برخی درمانگران خاطرنشان می‌کنند که شاید راه درمان همسرآزاری هم تمرکز و پرداختن به همین نگرش‌های منفی و ناکارآمد در زندگی زناشویی است (۱۲). ازاین‌رو درمان‌های زیادی پا به عرصه‌ی درمان مشکلات زناشویی و همسرآزاری گذاشته‌اند که از آن بین می‌توان به درمان‌های حمایتی (۱۳)، درمان شناختی رفتاری (۱۴)، آموزش روانی (۱۵)، مدیریت خشم (۱۶) و درمان فمینیستی (۱۷) اشاره کرد. علی‌رغم این درمان‌های متنوعی که برای همسرآزاری به‌کاررفته‌اند، پژوهشگران در یک مطالعه‌ی فراتحلیلی نشان دادند که اغلب این درمان‌ها دارای اندازه‌ی اثر پایین می‌باشند و تأثیر اندکی بر کاهش تکرار همسرآزاری و خشونت علیه همسر داشتند (۱۸).

یکی از درمان‌های جدیدی که اخیراً موردتوجه بیشتری قرارگرفته است و درمانگران اقبال بیشتری به آن در درمان مشکلات زناشویی نشان داده‌اند، ایماگوتراپی است. ایماگوتراپی یک نظریه و شیوه درمانی برای التیام زخم‌هایی است که در دوران کودکی، افراد از مراقبان اولیه خود در فرایند جامعه‌پذیری دیده‌اند (۱۹). این تجربیات می‌تواند به شکل‌گیری الگوهای ناکارآمد منجر شوند که اشخاص بدان وسیله به‌صورت اتکایی و نومیدانه به یکدیگر آویزان می‌شوند. این الگوها حالت تکرارشونده‌ای به خود می‌گیرند مگر این‌که یکی یا هر دو همسر

مواد و روش‌ها

این پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از نظر نوع داده‌ها کمی بود. از نظر طرح پژوهش نیز پژوهش حاضر دارای روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی موردپژوهش در این تحقیق، زوجین دچار همسرآزاری عاطفی در شهر اصفهان و در سال ۹۶ بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۶ زوج (۳۲ نفر) بودند که به‌صورت هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از جامعه موردنظر انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: ۱) تأهل مراجعین، ۲) قبول حضور به‌صورت زوجی در جلسات و ۳) حداقل یکی از زوجین نمره بالای ۱۶۰ در آزمون آزار عاطفی براهیمی کسب کرده باشد؛ و ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: ۱) وجود اختلالات حاد روان‌شناختی ۲) مصرف داروهای روان‌پزشکی یا روان‌گردان ۳) اعتیاد به مواد یا الکل.

وقوف و آگاهی بیشتری پیدا کند و اقداماتی را برای تمایز خود از تجربیات درونی شده قبلی انجام دهد و در این فرآیند یاد بگیرد که به شیوه جدید و متمرکز ثمری عمل کند (۲۰). Helmeke و همکاران در توصیف این رویکرد درمانی بیان می‌کنند که ایماگوتراپی حاوی مجموعه‌ای از عوامل مهم شناسایی شده اثربخش در روان‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی است که به‌عنوان یک درمان پشتمان دار و دارای شواهد پژوهشی در درمان مشکلات و پریشانی‌های زناشویی کاربرد گسترده یافته است (۲۱).

شاید بتوان تمایز ایماگوتراپی و سایر درمان‌هایی که در رابطه با همسرآزاری مورد استفاده قرار گرفته‌اند را در رابطه محور بودن آن دانست، پژوهش‌هایی اخیراً نشان داده‌اند که ایماگوتراپی از طریق ایجاد همدلی بین زوجین، موجب بهبود رابطه و مشکلات زناشویی می‌شود (۲۲). بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی ایماگوتراپی بر نگرش‌های زناشویی منفی در زوجین مبتلا به همسرآزاری عاطفی می‌باشد.

جدول ۱. خلاصه پروتکل کارگاه آموزشی ایماگو

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط و آشنایی و انجام مقدمات کارگاه، توافقات اولیه برای قوانین کارگاه، آشنایی افراد با اهداف و برنامه‌های دوره و اجرای پیش‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل
جلسه دوم	توضیح کارکرد مغز کهن و نحوه شکل‌گیری ارتباطات ناهشیار، توضیح مراحل زندگی به‌عنوان یک سفر کیهانی و ارزیابی و کاوش وضعیت زندگی اعضا
جلسه سوم	آموزش گفتگوی هشیارانه و ارتباط مؤثر و ایجاد امنیت روانی، آموزش مهارت‌های انعکاس، اعتباربخشی و همدلی، تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مرور چشم‌انداز رابطه و پرورش تصویر ذهنی آن، آگاهی از آرزوها و نیازهای خود در رابطه و برنامه‌ریزی برای آینده رابطه، آموزش تقویت رابطه، ارائه تکنیک رمانتیک سازی مجدد به جهت ایجاد امنیت روانی و افزایش صمیمیت زوج‌ها، تمرین و تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	تهیه لیست تفریح و لیست غافلگیری، کار روی تقویت رابطه جهت بالا بردن صمیمیت زوج‌ها و بالا بردن پتانسیل روانی زوج برای مراحل بعدی کارگاه.
جلسه ششم	شناخت خود و همسر و به‌تبع آن درک نقش گذشته و جراحات‌های کودکی در رابطه فعلی، دستیابی به مهارت خودآگاهی و دگر آگاهی زوجین، درک ساختار ایماگویی مغز، درک نوع رابطه و توسعه همدلی میان آن‌ها، توضیح جذب ایماگویی، بحث در مورد ازدواج به‌عنوان کار ناتمام کودکی و درک تأثیر جراحات کودکی در انتخاب همسر.
جلسه هفتم	آموزش اصل کنش‌سازی جهت ایجاد امنیت و پیوند عاطفی از طریق لیست تغییر رفتار و گفتگوی آگاهانه، لیست درخواست تغییر رفتار شامل درخواست‌های عینی و مثبت، مرور و حفظ لیست درخواست‌ها، آموزش قدردانی، ایجاد جو دوستی و صمیمیت در رابطه.
جلسه هشتم	آموزش مرادود کنترل جهت ابراز سازنده و ایمن خشم، درک خشم به‌عنوان یک آسیب و ابراز آن به شکلی ایمن، آموزش گفتگوی ایماگویی شامل انعکاس، اعتباربخشی و همدلی، تلطیف فضای رابطه و افزایش امنیت روانی.
جلسه نهم	ایجاد یکپارچگی و اتحاد درونی، ایجاد صمیمیت هیجانی میان زوجین، التیام زخم‌ها و احیای خویشتن گمشده و دروغین و انکار شده.
جلسه دهم	شامل مرور کلی جلسات قبلی (فقط برای گروه آزمایش) و اجرای پس‌آزمون برای هر دو گروه بود.

نگرش‌های زناشویی (Marital Attitudes): این

پرسشنامه توسط Epstein و Backom برای سنجش محتوای اختصاصی اسنادها در مشکلات زناشویی طراحی شده و دارای خرده مقیاس‌های اسناد علیت به رفتار خود، اسناد علیت به شخصیت خود، اسناد علیت به رفتار همسر، اسناد علیت به شخصیت همسر، اسناد سوءنیت به همسر و اسناد نبود عشق به همسر است. افزون بر این، نگرش‌های زناشویی بر مبنای نظریه خودکارآمدی بندورا دربرگیرنده دو خرده مقیاس توانایی ادراک شده زوج برای تغییر رابطه و انتظار بهبود رابطه است. این پرسشنامه ۷۴ گویه دارد که بر مبنای یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف پاسخ داده می‌شود. خرده مقیاس‌ها دارای ضرایب آلفای ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ هستند که کمترین ضریب مربوط به مقیاس اسناد علیت به رفتار خود است. شواهد اعتباری برای این پرسشنامه مثبت است؛ میزان سازگاری زوج به‌طور منفی با چهار خرده مقیاس اسناد علیت به رفتار و شخصیت همسر، اسناد سوءنیت به همسر و نبود عشق به همسر همبسته است. روی هم رفته ۴۰ تا ۴۴ درصد همبستگی‌های میان نگرش‌های زناشویی و پدیده‌های زناشویی و شناختی معنادار است که نشان‌دهنده روایی محتوایی مناسب است. ضریب پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه نیز ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۳).

شیوه اجرا: متغیر مستقل که آموزش تصویرسازی ارتباطی به‌صورت گروهی بود در ۱۰ جلسه آموزشی مطابق با پروتکل تدوین شده در جدول ۱ به گروه آزمایش ارائه شد. درنهایت پس‌آزمون با حضور همه‌ی شرکت‌کنندگان برگزار شد. دستورالعمل اجرایی در جلسات یک‌ساعته و بر اساس کتاب «بازگشت به عشق» Hendrix (۱۹) تنظیم شد. همچنین به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه نگهداری خواهد شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر پس از بررسی مفروضه‌های آماری آزمون تحلیل کوواریانس ازجمله نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۶ زن (۵۰ درصد) و ۱۶ مرد (۵۰ درصد) است. در ابتدا شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در مؤلفه‌های نگرش‌های زناشویی منفی (اسناد علیت به رفتار همسر، اسناد علیت به شخصیت همسر، اسناد قصد منفی به همسر، اسناد فقدان عشق به همسر) به تفکیک گروه‌های آزمایش و شاهد ارائه شده است. با توجه به جدول شماره ۲، مشاهده شد که میانگین نمرات نگرش‌های زناشویی منفی (اسناد علیت به رفتار همسر، اسناد علیت به شخصیت همسر، اسناد قصد منفی به همسر، اسناد فقدان عشق به همسر) در گروه آزمایش در مقایسه با گروه‌های شاهد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است که این به‌نوعی نمایانگر اثربخشی ایماکو تراپی بود. در ادامه پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها بررسی شد و برقراری آن‌ها تأیید گردید.

برای پاسخ‌گویی به هدف پژوهش با توجه به وجود چهار متغیر وابسته (اسناد علیت به رفتار همسر، اسناد علیت به شخصیت همسر، اسناد قصد منفی به همسر، اسناد فقدان عشق به همسر) و همچنین وجود یک متغیر مستقل (گروه) که دارای دو سطح (گروه آزمایش و شاهد) با متغیر هم پراش (پیش‌آزمون) بود از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس تصمیم گرفته شد تا از مقادیر آزمون لامبدای ویلکز برای مقایسه‌ی گروه‌ها استفاده شود. سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایش و شاهد به‌طورکلی از لحاظ نمرات اسناد علیت به رفتار همسر، اسناد علیت به شخصیت همسر، اسناد قصد منفی به همسر، اسناد فقدان عشق به همسر تفاوت معنادار وجود داشت (۰/۵۹۶، $F=۸/۴۸۵$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۵۹۶$). در جدول ۲ نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها (MANCOVA) برای مشخص شدن تفاوت‌ها به تفکیک متغیرهای وابسته آمده است. با توجه به نتایج حاصل از جدول ۳ مشاهده شد که بین دو گروه آزمایش و شاهد از نظر تمام مؤلفه‌های نگرش‌های زناشویی منفی (اسناد علیت به رفتار همسر، اسناد علیت به شخصیت همسر، اسناد قصد منفی به همسر، اسناد فقدان عشق به همسر) تفاوت معنی‌دار وجود داشت. در ادامه میانگین و خطای معیار تعدیل شده متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله‌ی اجرا	گروه شاهد انحراف استاندارد+میانگین	گروه آزمایش انحراف استاندارد+میانگین
اسناد علیت به رفتار همسر	پیش‌آزمون	۱۱/۱۲+۳/۱۱	۱۰/۵۰+۳/۱۶
	پس‌آزمون	۱۱/۰۰+۲/۵۸	۸/۶۸+۳/۱۱
اسناد علیت به شخصیت همسر	پیش‌آزمون	۱۰/۶۲+۴/۵۵	۱۰/۷۵+۳/۰۴
	پس‌آزمون	۱۱/۱۲+۳/۵۵	۹/۴۳+۳/۲۶
اسناد قصد منفی به همسر	پیش‌آزمون	۲۳/۷۵+۹/۰۷	۲۰/۹۳+۸/۶۱
	پس‌آزمون	۲۳/۷۵+۵/۰۲	۱۹/۱۲+۸/۷۰
اسناد فقدان عشق به همسر	پیش‌آزمون	۱۱/۵۶+۵/۰۱	۱۵/۰۰+۵/۶۵
	پس‌آزمون	۱۲/۰۰+۴/۸۱	۱۳/۴۳+۶/۱۳

جدول ۳. نتایج آزمون آنکوا در متن مانکوا

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	ETA ²
اسناد علیت به رفتار همسر	۲۱/۷۹۱	۱	۲۱/۷۹۱	۶/۰۳۴	۰/۰۲۱	۰/۱۸۸
اسناد علیت به شخصیت همسر	۱۷/۰۰۶	۱	۱۷/۰۰۶	۱۰/۰۴۵	۰/۰۰۴	۰/۳۷۹
اسناد قصد منفی به همسر	۵۹/۳۱۰	۱	۵۹/۳۱۰	۸/۰۷۷	۰/۰۰۹	۰/۲۳۷
اسناد فقدان عشق به همسر	۲۶/۱۱۱	۱	۲۶/۱۱۱	۲۱/۰۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸

جدول ۴. میانگین و خطای استاندارد تعدیل‌شده متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاخص خطای استاندارد+میانگین
اسناد علیت به شخصیت خود	شاهد	۱۰/۷۶۶+۰/۵۰۴
	آزمایش	۸/۹۲۲+۰/۵۰۴
اسناد علیت به رفتار همسر	شاهد	۱۱/۰۹۶+۰/۳۴۵
	آزمایش	۹/۴۶۷+۰/۳۴۵
اسناد علیت به شخصیت همسر	شاهد	۲۲/۹۵۹+۰/۷۱۸
	آزمایش	۱۹/۹۱۶+۰/۷۱۸
اسناد قصد منفی به همسر	شاهد	۱۳/۷۲۸+۰/۲۹۵
	آزمایش	۱۱/۷۱۰+۰/۲۹۵

همسر، اسناد علیت به شخصیت همسر، اسناد قصد منفی به همسر، اسناد فقدان عشق به همسر) به‌طور معنی‌داری پایین‌تر است که این نمایانگر تأثیر ایماگوتراپی بود.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین تعدیل‌شده‌ی گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد در مؤلفه‌های نگرش‌های زناشویی منفی (اسناد علیت به رفتار

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی ایماگوتراپی بر نگرش‌های زناشویی منفی در زوجین مبتلا به همسرآزاری عاطفی بود که نتایج نشان داد، درمان ایماگوتراپی تأثیر معنی‌داری را در کاهش نگرش‌های زناشویی منفی دارا می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های Gehlert و همکاران است که نشان دادند ایماگوتراپی می‌تواند از طریق فرایندهایی از جمله همدلی و فهم مشترک که در ادامه درباره‌ی آن‌ها بحث می‌شود، منجر به بهبود نگرش‌های زناشویی شود (۲۴). علاوه بر پژوهش‌های فوق، پژوهشگران دیگری نیز اثربخشی ایماگوتراپی را در کار با زوجین نشان داده‌اند (۲۵).

در رابطه با مکانیسم و چگونگی اثربخشی ایماگوتراپی بر نگرش‌های زناشویی می‌توان به چند عامل اشاره کرد. با توجه به این که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روابط حمایتی و مراقبتی (caring)، مستقیماً با سلامت جسمانی و روان‌شناختی ارتباط دارد، انتظار می‌رود افرادی که روابط حمایتی بیشتری را تجربه می‌کنند سلامت روان‌شناختی بیشتر و مشکلات کمتری را در حوزه‌های مختلف از جمله نگرش‌های زناشویی منفی داشته باشند (۲۶). پژوهشگران حوزه‌ی ایماگوتراپی به‌طور فزاینده‌ای بر نقش درک دیدگاه دیگران، نظریه‌ی ذهن و همدلی به‌عنوان عناصر اصلی تأثیرگذار در این درمان اشاره می‌کنند (۲۵). همدلی به‌عنوان پاسخی هیجانی و توأم با شفقت به نیاز دیگران تعریف می‌شود. علی‌رغم تأکید بر هیجان در این تعریف، دیگر پژوهشگران نشان داده‌اند که همدلی دارای دو وجه عاطفی و شناختی است و هرکدام دارای اهمیت ویژه هستند. روی هم‌رفته همدلی نوعی پاسخ عاطفی به دیگران است که شامل تنظیم هیجان و ظرفیت شناختی برای فهم دیدگاه دیگران است (۲۷). حال با در نظر گرفتن این تعاریف، پژوهشگران بیان می‌کنند که همدلی و ارتباط همدلانه بیشتر موجب افزایش پیوند زناشویی و بیشتر شدن تعاملات زناشویی مثبت می‌شود. از این رو

با توجه به این که نگرش‌های زناشویی منفی می‌تواند پیامد فقدان درک مشترک و ارتباط همدلانه باشد، پس عجیب به نظر نمی‌رسد که با افزایش همدلی و درک دیدگاه همسر، نگرش‌های زناشویی منفی نیز جای خود را به نگرش‌های مثبت و سازگارانه‌تر بدهند. ایماگوتراپی از طریق افزایش همدلی و درک متقابل، به‌طور هم‌زمان موجب کاهش رفتارهای واکنشی و افزایش روابط مثبت (از طریق فراهم آوردن راهبردهای سازگارانه‌تر تنظیم هیجان) و همچنین ایجاد نگرش‌های مثبت (از طریق ایجاد فضای گفتگو و تعامل مثبت) می‌شود (۲۵). این تبیین‌ها به‌نوعی همسو با نظریه‌های هیجان محور می‌باشند که بیان می‌کنند لازمه‌ی اصلاح شناخت‌های معیوب، گفتگوی سقراطی و فراهم آوردن استدلال‌های مخالف نیست، بلکه از طریق پذیرش هیجانی و مواجهه‌ی غیر شناختی نیز، باورها و نگرش‌های ناکارآمد اصلاح می‌شوند (۲۸). یافته‌های پژوهش حاضر به درمانگران پیشنهاد می‌کند که به‌طور مستقیم اثربخشی ایماگوتراپی را بر روی همدلی شناختی و عاطفی مورد مطالعه قرار دهند و در کار بالینی خود با زوجین دارای مشکل همسرآزاری این مؤلفه‌های تأثیرگذار را بگنجانند. در آخر لازم به ذکر است که این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است که از آن جمله می‌توان به فقدان تعیین اثربخشی درمان در مرحله‌ی پیگیری طولانی‌مدت اشاره کرد، از این رو به پژوهشگران و درمانگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی پایایی و ماندگار اثر درمان ایماگوتراپی بپردازند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر، حاصل کار پایان‌نامه مؤلف است، لذا از تمام اساتیدی که در نگارش آن کمک‌های خویش را دریغ نمودند، سپاس فراوان داریم.

References

1. Laeheem K, Boonprakarn K. Domestic violence behaviors between spouses in Thailand. Asian Social Science. 2014 Jul 24; 10(16):152.
2. Özcan NK, Günaydın S, Çitil ET. Domestic violence against women in Turkey: a systematic review and meta-analysis. Archives of psychiatric nursing. 2016 Oct 1; 30(5):620-9.
3. Futures without Violence. Home page. Retrieved from <http://www.futureswithoutviolence.org>. 2013.

4. Kavak F, Aktürk Ü, Özdemir A, Gültekin A. The Relationship between Domestic Violence against Women and Suicide Risk. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018 Mar 14.
5. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization; 2013.
6. Alan H, Yilmaz SD, Filiz E, Arioz A. Domestic violence awareness and prevention among married women in central Anatolia. *Journal of family violence*. 2016 Aug 1; 31(6):711-9.
7. Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International journal of women's health*. 2010; 2:183.
8. McKinney CM, Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Nelson S. Childhood family violence and perpetration and victimization of intimate partner violence: findings from a national population-based study of couples. *Annals of epidemiology*. 2009 Jan 1; 19(1):25-32.
9. Willoughby BJ, Dworkin J. The relationships between emerging adults' expressed desire to marry and frequency of participation in risk-taking behaviors. *Youth & Society*. 2009 Mar; 40(3):426-50.
10. Baucom DH, Epstein N, Rankin LA, Burnett CK. Assessing relationship standards: the inventory of specific relationship standards. *Journal of Family Psychology*. 1996 Mar; 10(1):72.
11. Carroll JS, Willoughby B, Badger S, Nelson LJ, McNamara Barry C, Madsen SD. So close, yet so far away: The impact of varying marital horizons on emerging adulthood. *Journal of Adolescent Research*. 2007 May; 22(3):219-47.
12. Willoughby BJ, Hall SS, Luczak HP. Marital paradigms: A conceptual framework for marital attitudes, values, and beliefs. *Journal of Family Issues*. 2015 Jan; 36(2):188-211.
13. Taft CT, Murphy CM, Elliott JD, Morrel TM. Attendance-enhancing procedures in group counseling for domestic abusers. *Journal of Counseling Psychology*. 2001 Jan; 48(1):51.
14. Morrel TM, Elliott JD, Murphy CM, Taft C. A comparison of cognitive behavioral and supportive group therapies for male perpetrators of domestic abuse. *Behavior Therapy*. 2003; 24:77-95.
15. Babcock JC, Steiner R. The relationship between treatment, incarceration, and recidivism of battering: A program evaluation of Seattle's coordinated community response to domestic violence. *Journal of Family Psychology*. 1999 Mar; 13(1):46.
16. Dutton DG, Bodnarchuk M, Kropp R, Hart SD, Ogloff JR. Wife assault treatment and criminal recidivism: A 1-year follow-up. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 1997 Mar; 41(1):9-23.
17. Newell RG. The effectiveness of court-mandated counseling for domestic violence: An outcome study. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 1993. 53, 1193.
18. Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical psychology review*. 2004 Jan 1; 23(8):1023-53.
19. Hendrix H. *Getting the love you want: A guide for couples*. St. Martin's Griffin; 2007 Dec 26.
20. De Klerk JH. *Imago relationship therapy and Christian marriage counseling* (Doctoral dissertation, University of Johannesburg).
21. Helmeke KB, Prouty AM, Bischof GH. *Couple therapy. An introduction to marriage and family therapy*. 2015:359-400.
22. Muro L, Holliman R, Luquet W. Imago Relationship Therapy and accurate empathy development. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2016 Jul 2; 15(3):232-46.
23. Mohammad Khani, P. Azammehr, E. And Mottaghi, SH. The Relationship between Spouse Sexual Abuse and Marital Attitudes and Accompanying the Types of Spouse Abuse in Marital Relationships, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010. 16 (3): 195-202. [Persian]

24. Gehlert NC, Schmidt CD, Giegerich V, Luquet W. Randomized controlled trial of imago relationship therapy: Exploring statistical and clinical significance. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2017 Jul 3; 16(3):188-209.
25. Schmidt CD, Gelhert NC. Couples therapy and empathy: An evaluation of the impact of imago relationship therapy on partner empathy levels. *The Family Journal*. 2017 Jan; 25(1):23-30.
26. Collins NL, Kane HS, Metz MA, Cleveland C, Khan C, Winczewski L, Bowen J, Prok T. Psychological, physiological, and behavioral responses to a partner in need: The role of compassionate love. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2014 Aug; 31(5):601-29.
27. De Kemp RA, Overbeek G, de Wied M, Engels RC, Scholte RH. Early adolescent empathy, parental support, and antisocial behavior. *The Journal of Genetic Psychology*. 2007 Mar 1; 168(1):5-18.
28. Thoma NC, McKay D, editors. *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice*. Guilford Publications; 2014 Oct 20.

The Effectiveness of Imago Relationship Training on Negative Marital Attitudes in Couples with Emotional Spouse Abuse

Seyyede Zahra Moussavi Moayed¹, Ozra Etemadi²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Spouse abuse is one of the major health crises in the world, which simultaneously threatens people's physical and mental health. The World Health Organization has reported that spousal abuse is more prevalent in the form of violence against women in families, with one out of every three women being physically, sexually or otherwise abused in the world. Therefore, the aim of this study was to determine the Effectiveness of Imago relationship training on Negative Marital Attitudes in Couples with Emotional spouse abuse.

Methods and Materials: This research was based on objective, applied and, in terms of data type, quantitative. In terms of research design, the present study was a semi-experimental method with pre-test and post-test design with control group. In this study, population was the couples who were afflicted with spouse abuse in Isfahan city in the year 96. The sample consisted of 16 couples (32 people) who were purposefully selected based on the criteria for including and excluding and randomly assigned to the experimental and control groups.

Findings: The results of multivariate and one-variable covariance analysis showed that Imago relationship training in the experimental group significantly decreased negative marital attitudes in comparison with the control group.

Conclusion: Regarding the effect of Imago relationship training on negative marital attitudes, it is suggested that the therapists include the main components of this treatment in working with couples with a spouse's problem.

Keywords: Imago relationship, Negative Marital Attitudes, Couples, Emotional spouse abuse.

Citation: Moussavi Moayed SZ, Etemadi O. **The Effectiveness of Imago Relationship Training on Negative Marital Attitudes in Couples with Emotional Spouse Abuse.** J Res Behav Sci 2020; 17(4): 571-579.

1- M.A. student in Family Counseling, Department of Counseling, faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Counseling, faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Ozra Etemadi, Email: O.Etemadi@edu.ui.ac.ir