

مقایسه اثربخشی ایماگوتراپی با زوج درمانی هیجان مدار بر سبک های حل تعارض و

نگرش جنسی در زنان متعارض

الهام نصیری^۱، حسن توزنده جانی^{۲*}، احمد زنده دل^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

۳- استادیار، گروه ریاضی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی
اصیل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۲۶

*نویسنده مسئول: حسن توزنده جانی،
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم
انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور،
نیشابور، ایران.

تلفن نویسنده مسئول: ۰۹۱۵۵۱۴۷۹۳۳

پست الکترونیک:
H.toozandehjani@ymail.com

مقدمه: تعارضات زناشویی، ناشی از تفاوت های فردی و نگرش های جنسی و سبک های حل تعارض، می توانند سلامت روانی به ویژه در زنان را تحت تأثیر منفی قرار دهند. رویکردهای درمانی مانند ایماگوتراپی و زوج درمانی هیجان مدار (EFT) با تمرکز بر بهبود مهارت های حل تعارض و نگرش جنسی، می توانند کیفیت روابط زناشویی و رضایت زوجین را ارتقا دهند.

مواد و روش ها: این مطالعه نیمه تجربی با طراحی پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل انجام شد. ۴۵ زن دارای تعارض زناشویی به طور تصادفی در سه گروه ایماگوتراپی، زوج درمانی هیجان مدار و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سبک های حل تعارض (ROCI-II) و پرسشنامه نگرش جنسی بشارت بود. مداخلات درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد و داده ها با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون های پسین با تصحیح بونفرونی تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی به طور معناداری سبک های حل تعارض و نگرش جنسی را در پس آزمون و پیگیری بهبود بخشیدند ($p < 0.001$). گروه کنترل تغییر قابل توجهی نشان نداد. همچنین، تفاوت معناداری بین گروه ایماگوتراپی و EFT در هیچ یک از متغیرها مشاهده نشد ($p > 0.05$). اثرات مثبت درمان تا مرحله پیگیری حفظ شد، که نشان دهنده پایداری تغییرات ایجاد شده در سبک های حل تعارض و نگرش جنسی است.

بحث و نتیجه گیری: ایماگوتراپی و زوج درمانی هیجان مدار هر دو روش مؤثری برای بهبود سبک های حل تعارض و نگرش جنسی زنان دارای تعارض زناشویی هستند. با توجه به عدم وجود تفاوت معنادار در اثربخشی، انتخاب روش درمانی می تواند بر اساس ویژگی های فردی و ترجیحات مراجعان انجام شود. پیشنهاد می شود پژوهش های آتی تأثیر این درمان ها را بر سایر جنبه های روابط زوجین و در گروه های متنوع فرهنگی و اقتصادی بررسی کنند و امکان ترکیب این رویکردها با سایر مدل های درمانی مورد ارزیابی قرار گیرد.

واژگان کلیدی: تعارض زناشویی، سبک های حل تعارض، نگرش جنسی، ایماگوتراپی، زوج درمانی هیجان مدار، زنان متعارض



مقدمه

تعارض زناشویی فرایندی است که در آن رفتارهای یک فرد با رفتارهای شریک زندگی‌اش تداخل یافته و تعامل‌هایی ایجاد می‌کند که شامل چهار ویژگی عیب‌جویی، طرد، درخواست‌های غیرمنصفانه، و آزدگی و رنجش انباشته است. این تعارضات معمولاً ناشی از تفاوت‌های فردی هستند و زمانی که شدت می‌یابند، ممکن است به سوءرفتارهای کلامی و فیزیکی در روابط منجر شوند و تعارضات حالت تخریب‌گر و ویرانگر به خود بگیرند [۱]. اگرچه تعارضات زناشویی تأثیرات منفی بر هر دو طرف رابطه دارد، اما زنان به دلیل وابستگی عاطفی بیشتر به روابط زناشویی، بیشتر تحت تأثیر این تعارضات قرار می‌گیرند و در نتیجه اضطراب و استرس بالاتری را تجربه می‌کنند [۲]. مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهند که در هنگام بروز تعارضات زناشویی، زنان نسبت به مردان بیشتر از اختلالات روان‌شناختی ناشی از تعارضات رنج می‌برند و واکنش‌های عاطفی شدیدتری همچون احساس گناه، غمگینی و خودانتقادی را گزارش می‌کنند [۳]. به همین دلیل، زنان نسبت به مردان تمایل بیشتری به حفظ رابطه و کاهش تعارضات زناشویی دارند و در این راستا تلاش بیشتری می‌کنند [۴]. این تعارضات ممکن است تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرند که از جمله آن‌ها می‌توان به سبک‌های حل تعارض [۵] و نگرش جنسی [۶] اشاره کرد.

سبک‌های حل تعارض به رفتارهایی اطلاق می‌شود که با هدف کاهش اصطکاک و تنش‌های موجود بین زوجین به کار گرفته می‌شود. این سبک‌ها می‌توانند به‌طور مستقیم بر شدت تعارضات زناشویی تأثیر بگذارند [۷]. به‌طور کلی، سبک‌های حل تعارض به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند: سبک‌های مثبت و سبک‌های منفی حل تعارض. سبک‌های مثبت حل تعارض مانند همکاری و مصالحه، به تلاش زوجین برای یافتن راه‌حل مشترک منجر می‌شود که در نتیجه آن، سطح تنش کاهش یافته و کیفیت روابط بهبود می‌یابد [۸]. در حالی که سبک‌های منفی حل تعارض مانند رقابت و اجتناب می‌توانند باعث افزایش تنش‌ها و کاهش رضایت زناشویی شوند [۹]. تحقیقات انجام‌شده در زمینه سبک‌های حل تعارض نشان می‌دهد که سبک‌های مثبت معمولاً به‌طور مؤثری موجب کاهش تنش‌ها و بهبود روابط بین زوجین می‌شوند، در حالی که سبک‌های منفی می‌توانند تعارضات را تشدید کرده و به کاهش کیفیت روابط منجر گردند [۷].

نگرش جنسی یکی از متغیرهای مهمی است که می‌تواند منجر به بروز یا تشدید تعارضات زناشویی شود [۶]. نگرش جنسی به مجموعه‌ای از باورها، نگرش‌ها و احساسات فردی در ارتباط با رفتارهای جنسی، هویت جنسی و روابط جنسی اطلاق می‌شود. این نگرش‌ها می‌توانند تحت تأثیر عوامل



فرهنگی، اجتماعی و فردی قرار گیرند و تأثیرات مختلفی بر کیفیت زندگی جنسی و زناشویی افراد داشته باشند [۱۰]. نگرش جنسی افراد می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت روابط جنسی و تعاملات زوجین در زمینه مسائل جنسی داشته باشد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که زوجینی که نگرش‌های جنسی مثبت دارند، معمولاً روابط جنسی رضایت‌بخش‌تری تجربه می‌کنند و این امر می‌تواند منجر به کاهش تعارضات در زندگی زناشویی گردد [۱۱]. در مقابل، نگرش‌های منفی یا بسته نسبت به مسائل جنسی ممکن است به عدم رضایت جنسی و بروز تعارضات در روابط منجر شود [۱۲]. علاوه بر تأثیر مستقیم نگرش‌های جنسی بر مسائل جنسی، این نگرش‌ها می‌توانند به‌طور غیرمستقیم بر سایر جنبه‌های زندگی زناشویی نیز تأثیرگذار باشند. به‌طور مثال، نگرش‌های منفی یا بسته نسبت به مسائل جنسی می‌تواند به عدم برقراری ارتباط مؤثر بین زوجین در سایر زمینه‌های زندگی منجر شده و تعارضات را در زمینه‌های غیرجنسی مانند مسائل مالی یا تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی به دنبال داشته باشد [۱۳].

تأثیراتی که سبک‌های حل تعارض و نگرش جنسی بر تعارضات زناشویی دارند و اثراتی که این تعارضات بر سلامت روان زوجین، به ویژه زنان، می‌گذارند، ضرورت تدوین روش‌های پیشگیری از تعارضات زناشویی را از طریق ایجاد تغییرات در سبک‌های حل تعارض و نگرش جنسی دوچندان

کرده است. در این راستا، روش‌های درمانی متعددی نیز معرفی شده‌اند. یکی از این رویکردها که به طور همزمان به سبک‌های حل تعارض و نگرش جنسی توجه می‌کند، ایماگوتراپی است [۱۲، ۱۴].

ایماگوتراپی که برای نخستین بار توسط هندریکس [۱۵] معرفی شد، یک رویکرد درمانی است که در حل تعارضات زناشویی و بهبود ارتباطات زوجین به طور قابل توجهی مؤثر بوده است. فرض اساسی این رویکرد این است که بسیاری از مشکلات زوجین ریشه در تجربیات گذشته و الگوهای ناسازگار رابطه‌ای دارند که در کودکی شکل گرفته‌اند، و از این‌رو هدف درمان، کمک به زوجین برای شناسایی و تغییر این الگوها است [۱۶]. این رویکرد به‌ویژه در تغییر الگوهای ناسازگار حل تعارض زوجین تأثیرگذار بوده و می‌تواند به زوجین کمک کند تا سبک‌های حل تعارض خود را از روش‌های اجتنابی یا رقابتی به روش‌های مؤثرتر مانند همکاری و مصالحه تغییر دهند [۱۷]. از طرف دیگر، ایماگوتراپی با کمک به زوجین در درک بهتر مشکلات خود از منظر عاطفی و روان‌شناختی، می‌تواند درک عمیق‌تری از نیازها و انتظارات جنسی آن‌ها ایجاد کرده و در نتیجه نگرش‌های منفی و محدودکننده جنسی را تغییر داده و نگرش‌های مثبت‌تری را جایگزین کند [۱۳].



با وجود تأثیرات مثبت ایماگوتراپی در حل مشکلات زناشویی، یکی از رویکردهای جدید که در زمینه کمک به زوجین برای حل تعارضات و مشکلات زناشویی معرفی شده است، رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) می‌باشد [۱۸]. زوج‌درمانی هیجان‌مدار یک رویکرد درمانی است که در بهبود روابط زناشویی و حل تعارضات زوجین مؤثر است. این رویکرد توسط جانسون و گرینبرگ [۱۸] توسعه یافت و هدف اصلی آن بهبود الگوهای ارتباطی و عاطفی در روابط زناشویی است. اساس این رویکرد بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات زناشویی به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط صحیح و بیان نیازهای عاطفی زوجین ایجاد می‌شود، از این رو هدف اصلی این رویکرد، کمک به زوجین برای دستیابی به عواطف خود در روابط می‌باشد [۱۹]. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند از طریق تغییر در سبک‌های حل تعارض به زوجین کمک کند تا در مواجهه با تعارضات زناشویی، روش‌های بهتری را در پیش بگیرند و در نتیجه سطح تعارضات زناشویی خود را کاهش دهند [۲۰]. این درمان همچنین به زوجین کمک می‌کند تا ارتباط عاطفی عمیق‌تری با شریک خود برقرار کنند که این امر می‌تواند به کاهش مشکلات جنسی و تغییر نگرش‌های منفی آنها کمک کند [۲۱].

مستقل از تفاوت‌های ذاتی این دو رویکرد، میزان اثرگذاری آن‌ها در هر ساختار فرهنگی، به‌ویژه تحت تأثیر عوامل

فرهنگی حاکم بر آن ساختار، تفاوت‌های بیشتری را به‌وجود می‌آورد [۲۲]. بنابراین، شناسایی بهترین رویکرد درمانی برای پیشگیری از تعارضات زناشویی از طریق بهبود عوامل زمینه‌ساز تعارضات، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از این رو، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال است که آیا ایماگوتراپی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار اثرات متفاوتی بر سبک‌های حل تعارض و نگرش جنسی زنان دارند؟

مواد و روش پژوهش:

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی با طراحی مقایسه‌ای از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است که شامل دو گروه آزمایشی (گروه آزمایشی A: ایماگوتراپی و گروه آزمایشی B: زوج‌درمانی هیجان‌مدار) و یک گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مجتمع روان‌شناسان ۹۵۶ در سال‌های ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. از میان این افراد، ۴۵ نفر از زنانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در سه گروه پژوهشی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل یک سال سابقه ازدواج، کسب نمرات نشان‌دهنده وجود تعارضات زناشویی (بر اساس ارزیابی بالینی روان‌شناس و نیز نمرات پایین‌تر از حدنرمال در سبک‌های مثبت حل تعارض و/یا نمرات بالاتر از حدنرمال



در سبک‌های منفی حل تعارض در پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم و همچنین امضای رضایت‌نامه آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی حاد نظیر روان‌پریشی یا اختلال دوقطبی در فاز حاد، دریافت همزمان مداخلات روان‌درمانی دیگر در طول دوره پژوهش، و عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش بود.

ابزار پژوهش:

برای سنجش متغیرهای پژوهش از دو ابزار استاندارد استفاده شد. پرسشنامه سبک‌های حل تعارض (ROCI-II) طراحی شده توسط رحیم [۲۳] با ۲۸ سؤال و مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، به ارزیابی پنج سبک حل تعارض شامل یکپارچگی، مسلط، ملزم‌شده، اجتناب و مصالحه می‌پردازد. پرسشنامه نگرش جنسی بشارت [۲۵] نیز با ۳۰ سؤال و مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، نگرش‌های مثبت و منفی نسبت به مسائل جنسی را می‌سنجد. به منظور تأمین یکپارچگی درمان، کلیه جلسات درمانی توسط درمانگران آموزش‌دیده و با تخصص زوج‌درمانی برگزار گردید. همچنین برای هر دو رویکرد درمانی (ایماگوتراپی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار) راهنمای درمانی مشخص و ساختاریافته (مطابق با پروتکل‌های هندریکس و لاکیت [۲۷] و جانسون [۲۸]) تدوین شد و تمامی جلسات مطابق با این راهنما و در هشت

جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. علاوه بر این، به منظور پایش پایداری درمانگران به پروتکل درمانی، جلسات به صورت تصویری ضبط و توسط ناظران آموزش‌دیده مورد بازبینی قرار گرفت. در ادامه هر یک از این ابزار و پروتکل‌ها به شکل کامل‌تری تشریح خواهد شد.

پرسشنامه سبک‌های حل تعارض: پرسشنامه سبک‌های حل تعارض (ROCI-II) که توسط رحیم [۲۳] طراحی شده است، یکی از ابزارهای معتبر و شناخته‌شده برای اندازه‌گیری سبک‌های مختلف حل تعارض در روابط بین فردی است. این پرسشنامه به‌طور خاص در محیط‌های کاری، آموزشی و روابط بین فردی، از جمله روابط زناشویی، استفاده می‌شود و به شناسایی نحوه واکنش افراد به تعارضات کمک می‌کند. پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال است که به‌طور مساوی در پنج دسته مرتبط با هر یک از سبک‌های حل تعارض توزیع شده است. پاسخ‌دهندگان از مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای (از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم») برای پاسخ‌دهی استفاده می‌کنند به شکلی که حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۸ و حداکثر نمره ۱۴۰ می‌باشد. پرسشنامه سبک‌های حل تعارض در پژوهش‌های متعدد ارزیابی شده و از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. روایی سازه و همسانی درونی این پرسشنامه از طریق آزمون‌های آماری معتبر تأیید شده است. اعتبار مقیاس‌ها در مطالعات مختلف معمولاً بالای ۰.۸۰ گزارش شده است [۲۳]. در ایران، این پرسشنامه



توسط حقیقی و همکاران [۲۴] هنجاریابی شده است و یافته‌های این پژوهش نشان داد که پرسشنامه سبک‌های حل تعارض دارای روایی همگرا و واگرایی مطلوبی است. همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های سبک یکپارچگی، سبک مسلط، سبک ملزم‌شده، سبک اجتناب و سبک مصالحه به ترتیب برابر با ۰.۷۰، ۰.۷۱، ۰.۷۰، ۰.۷۲ و ۰.۷۵ به‌دست آمد. پرسشنامه نگرش جنسی: پرسشنامه نگرش جنسی بشارت [۲۵] یک ابزار معتبر برای ارزیابی نگرش‌های فردی نسبت به مسائل جنسی است. این پرسشنامه به‌طور خاص برای سنجش نگرش‌های جنسی در افراد طراحی شده است و به‌ویژه به‌منظور بررسی نگرش‌ها نسبت به رفتارهای جنسی، هویت جنسی، و ارزش‌ها و اعتقادات مرتبط با مسائل جنسی تنظیم شده است. پرسشنامه شامل ۳۰ سوال است که بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم») پاسخ‌دهی می‌شود و حداقل نمره آن ۳۰ و حداکثر نمره آن ۱۵۰ است.

این سوالات نگرش‌های مثبت و منفی افراد نسبت به مسائل جنسی را ارزیابی کرده و بر ابعاد مختلفی همچون آگاهی جنسی، تمایلات جنسی و معیارهای اخلاقی جنسی تمرکز دارند. پرسشنامه نگرش جنسی در پژوهش‌های مختلف ارزیابی شده و روایی و اعتبار بالایی را نشان داده است [۲۶]. در پژوهش‌های اولیه، روایی سازه و همسانی درونی این پرسشنامه از طریق آزمون‌های آماری متعدد تأیید شده است [۲۵]. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۷۳ به دست آمد.

گروه درمانی ایماگوتراپی: این برنامه مداخله‌ای از طریق گروه درمانی مبتنی بر برنامه درمانی هندریسک و لاکیت [۲۷] و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر به آزمودنی‌های گروه آزمایش (A) ارائه می‌گردد



جدول ۱: چارچوب جلسات ایماگودرمانی براساس برنامه درمانی هندریکس و لاکیت [۲۷]

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول (آشنایی با برنامه درمان)	آشنایی با شرکت کنندگان در دوره درمانی و ایجاد بستر امن برای اجرای فرامین درمانی و انجام تکالیف خانگی، اجرای پیش آزمون از طریق پرسشنامه ها، آشنایی با مفاهیم کلیدی ایماگودرمانی و فرآیند کلی درمان و تعداد جلسات درمانی، کاوش در انگیزه های زوجین برای شرکت در این دوره تشریح شمای کلی مشکلات زوجین در زندگی مشترک، کاوش در انتظارات زوجین پس از شرکت در این دوره
جلسه دوم (آغاز گفتگوی ایماگویی)	سخنرانی حول تکامل و ساختار مغز و نحوه کارکرد مکانیسم های دفاعی، آموزش مراحل اول و دوم مراحل سه گانه گفتگوی ایماگویی بر مبنای هشیاری در رابطه تحت عنوان انعکاس و تایید، یک جر و بحث معمولی، تعیین کردن تکلیف (انجام گفتگوی ایماگویی به مدت یک روز تمام، فهرست احساسات، تکمیل جدول تکالیف)
جلسه سوم (تجدید خاطرات کودکی)	تمرین فرآیند اعتباربخشی از گفتگوی آگاهانه، سخنرانی با موضوع تجربیات کودکی و همسرگزینی (شناخت زخم های عاطفی یکدیگر و آشنایی با نیازهای یکدیگر)، آموزش سومین مرحله از مراحل سه گانه گفتگوی ایماگویی بر مبنای هشیاری در رابطه تحت عنوان همدلی، تمرین گفتگوی ایماگویی کامل، تعیین کردن تکلیف (تکنیک تصویرسازی هدایت شده، تکمیل برگه ناکامی ها، تکمیل جدول تکالیف)
جلسه چهارم (شناخت ایماگوها)	تکمیل فرم های "ایماگوی من" هریک از زوجین و تفسیر آن ها، تمرین مراحل سه گانه گفتگوی ایماگویی و اطمینان حاصل کردن نسبت به موفقیت زوجین در برقراری گفتگوی امن و سالم، سخنرانی حول ایجاد همدلی و تصویرسازی مجدد همسر (تغییر نگرش زوجین نسبت به یکدیگر از رقیب به هم-پیمان و برقراری بستر همدلانه)، آموزش تمرین گفتگوی والد-فرزند و تمرین در آغوش گرفتن، تعیین کردن تکلیف (صحبت درباره زخم های یکدیگر، تکمیل جدول تکالیف)
جلسه پنجم (بازآفرینی عشق رمانتیک)	سخنرانی حول بازآفرینی عشق رمانتیک در رابطه (افزایش صمیمیت و التیام زخم های عاطفی، ایجاد چرخه های مثبت تعامل)، آموزش تمرین رفتارهای مراقبتی، کمک به تکمیل فهرست رفتارهای مراقبتی (آموزش انجام رفتارهای مثبت متقابل و کاهش رفتارهای منفی)، آموزش تمرین شگفتانه کوچک (ارائه هدیه های غیرمنتظره)، آموزش تمرین خنده های از ته دل (انجام فعالیت های مفرح مشترک)، تعیین کردن تکلیف (ترسیم چشم انداز رابطه مشترک، تکمیل کاربرگ رابطه رویایی، تکمیل جدول تکالیف)
جلسه ششم (برنامه رشد و تحول)	بازبینی فرم های چشم انداز مشترک رابطه و بحث و تبادل نظر، سخنرانی حول برنامه های رشد و تحول (ارتباط بین اعتلای رابطه و رشد شخصی، ترسیم نقشه رشد زوجین)، آموزش تمرین نردبان ناکامی (سازمان دهی ناکامی ها برای رسیدن به فهرست درخواست های تغییر)، تعیین کردن تکلیف (تکمیل فرم بازساختاردهی رفتارهای منفی و تغییر ساختار رفتارهای منفی، تکمیل جدول تکالیف)



بازبینی فرم های بازساختاردهی رفتارهای منفی و تغییر ساختار رفتارهای منفی، سخنرانی حول ابراز خشم (بیان و تخلیه خشم در محیطی امن و سازنده، کاهش و حل رنجش های گذشته)، آموزش تمرین فرآیند ظرف (تمرینی برای تخلیه و مهار خشم به شکلی سازنده-همدلی و بخشیدن یکدیگر به خاطر آسیب های عاطفی وارده و تصمیم گیری برای جبران)، تعیین کردن تکلیف (ثبت ظرف، تکمیل جدول تکالیف)	بخشودگی (ابراز خشم و جلسه هفتم)
جمع بندی و نتیجه گیری، یکپارچه سازی، بحث و تبادل نظر در مورد دوره، برآورد تغییرات، اجرای پس آزمون از طریق پرسشنامه ها	جلسه هشتم (جمع بندی)
زوج درمانی هیجان مدار: این برنامه مداخله ای از طریق گروه درمانی مبتنی بر برنامه درمانی جانسون [۲۸] و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به شرح زیر به آزمودنی های گروه آزمایش (B) ارائه می گردد.	
جدول ۲: چارچوب جلسات زوج درمانی هیجان-مدار براساس برنامه درمانی جانسون [۲۸]	
محتوای جلسات	جلسات
آشنایی با اعضا و بیان منطق، تبیین و ارائه رویکرد هیجان مدار، ایجاد یک رابطه درمانی، احساس امنیت، حمایت و درک شدن و پذیرش بوسیله درمانگر از طرف اعضا، بحث و گفت گو در مورد تعارض زناشویی، احساس خستگی روانی، خودسرزنش گری، سبک های حل تعارض، نگرش جنسی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	جلسه اول
شناسایی تعاملات منفی زمانی که این موضوعات متعارض بروز پیدا می کند، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث و گفتگو درباره تعاملات منفی، زمانی که این موضوعات متعارض بروز پیدا می کند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف	جلسه دوم
ارزیابی هیجانات زیر بنایی ناشناخته، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث و گفت و گو درباره هیجانات زیربنایی همراه با تعاملات منفی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	جلسه سوم
قاب گیری مجدد مشکل از طریق بررسی چرخه همراه با هیجانات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، قاب گیری مجدد مشکل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	جلسه چهارم
ارتقای احساس نزدیکی با هیجانات عاطفی طرد شده، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، ارتقای احساس نزدیکی با هیجانات عاطفی طرد شده، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	جلسه پنجم



جلسه ششم افزایش پذیرش هر یک از اعضا از تجربه همسرش، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

جلسه هفتم تسهیل بیان نیازها و خواسته ها جهت دوباره سازمان دادن تعاملات بر مبنای درک جدید از همسران و ایجاد رویدادهای پیوند دهنده، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تسهیل بیان نیازها و خواسته ها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

جلسه هشتم تسهیل ایجاد راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی و تقویت موقعیت های جدید و چرخه های رفتاری عاطفی، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تسهیل ایجاد راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی و تقویت موقعیت های جدید، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف، داشتن مراسمی برای تجدید کردن عهد و پیمان ها.

یافته ها

در پژوهش حاضر تعداد کل شرکت کنندگان ۴۵ نفر بود که به صورت تصادفی در سه گروه ایماگوتراپی، گروه زوج درمانی هیجان مدار و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر ۳۴/۰۸ سال و انحراف معیار آن ۵/۹۲ بود. اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی در سه گروه آزمایشی و در سه مرحله پژوهش در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳: اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک های حل تعارض	ایماگوتراپی	۵۸/۱۳	۵/۵۷۹	۶۸	۵/۶۹۵
	زوج درمانی هیجان مدار	۶۰	۵/۴۲۵	۷۰/۴۰	۶/۸۶۴
	کنترل	۵۶/۴	۵/۱۱	۵۸/۷۳	۴/۸۴۷
نگرش جنسی	ایماگوتراپی	۱۷/۸۷	۱/۷۲۷	۲۱/۹۳	۱/۵۸
	زوج درمانی هیجان مدار	۱۸/۷۳	۲/۲۵۱	۲۱/۶۷	۲/۰۵۹
	کنترل	۱۷/۳۳	۲/۵۸۲	۱۷/۱۳	۲/۸۵۰

تحلیل داده های جدول نشان دهنده تغییرات معنادار در مقایسه با پیش آزمون، برای هر دو متغیر سبک های حل تعارض و نگرش جنسی است. با این حال، تعیین معناداری نمرات آزمودنی ها در مراحل پس آزمون و پیگیری، در



این تغییرات مستلزم اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است. اجرای این آزمون نیازمند بررسی پیش‌فرض‌های آماری مربوطه است.

نخستین پیش‌فرض ضروری برای استفاده از این آزمون، همگنی واریانس‌ها است که با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس گروه‌های درمانی در مراحل پیش‌آزمون سبک‌های حل تعارض ($F(2,42)=0.027, p=0.973$)، پس آزمون سبک‌های حل تعارض ($F(2,42)=1.169, p=0.320$) و پیگیری سبک‌های حل تعارض ($F(2,42)=2.294, p=0.104$) از نظر آماری همگن هستند. همچنین، این همگنی در نمرات پیش‌آزمون نگرش جنسی ($F(2,42)=0.858, p=0.431$)، پس‌آزمون نگرش جنسی ($F(2,42)=1.502, p=0.234$) و پیگیری نگرش جنسی ($F(2,42)=0.746, p=0.480$) نیز برقرار بود. بنابراین، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. دومین پیش‌فرض مورد بررسی، همسانی ماتریس واریانس-کواریانس است که از طریق آزمون ام-باکس ارزیابی شد. نتایج این آزمون نشان داد که فرض همسانی ماتریس واریانس-کواریانس بین گروه‌ها برقرار است ($\text{Box's } M=58.979, p=0.290$). سومین پیش‌فرض ضروری، نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای مورد بررسی بود که با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک آزموده شد. نتایج این

آزمون نشان داد که توزیع نمرات در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای هر دو متغیر سبک‌های حل تعارض و نگرش جنسی نرمال بوده است ($p>0.05$).

آزمون کروی بودن ماحلی نشان داد که فرض کروی بودن برای اثر اصلی زمان در متغیر سبک‌های حل تعارض (x^2) $(2)=1.862, p=0.394$ و نگرش جنسی (x^2) $(2)=3.215, p=0.152$ برقرار است، بنابراین، از مقادیر (Sphericity Assumed) در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری های مکرر استفاده شد (جدول ۴). نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که اثر اصلی زمان در سبک‌های حل تعارض ($F(2,84)=122.080, p<0.001, \eta^2 p=1$) و نگرش جنسی ($F(2,84)=36.701, p<0.001, \eta^2 p=1$) و اثر تعاملی زمان و گروه در سبک‌های حل تعارض ($F(4,84)=14.147, p<0.001, \eta^2 p=1$) و نگرش جنسی ($F(4,84)=12.049, p<0.001, \eta^2 p=1$) معنی‌دار است. این نتایج نشان می‌دهد که میانگین‌های متغیر وابسته در طول زمان و در گروه‌های پژوهشی به‌طور معنی‌داری تغییر کرده‌اند.



جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر برای متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig	η^2
زمان	سبک های حل تعارض	۱۸۱۴/۵۳۳	۲	۹۰۷/۲۶۷	۱۲۲/۰۸۰	۰/۰۰۱	۱
	نگرش جنسی	۱۵۵/۶۵۹	۲	۷۷/۸۳۰	۳۶/۷۰۱	۰/۰۰۱	۱
زمان*گروه	سبک های حل تعارض	۴۲۰/۵۳۳	۴	۱۰۵/۱۳۳	۱۴/۱۴۷	۰/۰۰۱	۱
	نگرش جنسی	۱۰۲/۲۰۷	۴	۲۵/۵۵۲	۱۲/۰۴۹	۰/۰۰۱	۱
خطا	سبک های حل تعارض	۶۲۴/۲۶۷	۸۴	۴/۴۳۲			
	نگرش جنسی	۱۷۸/۱۳۳	۸۴	۲/۱۲۱			

تعارض ($p=0.250$) و نگرش جنسی ($p=0.936$) معنادار نبود. این یافته ها نشان می دهد که بهبود در متغیر وابسته در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون معنادار بوده و تا مرحله پیگیری نیز ثبات داشته است (جدول ۵).

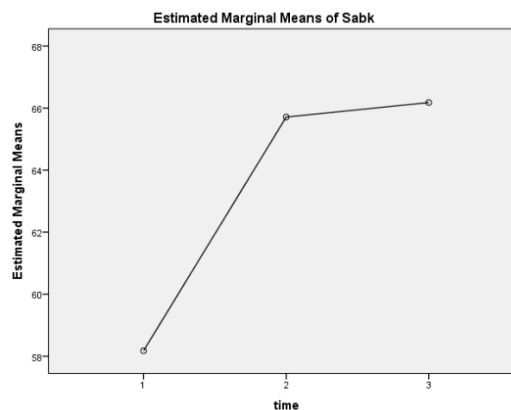
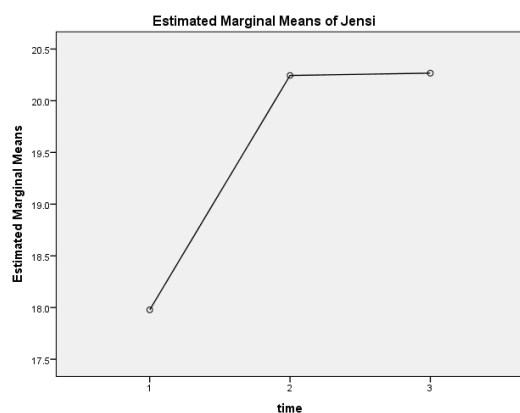
آزمون های پسین با تصحیح بونفرونی نشان داد که تفاوت مشاهده شده در عامل زمان و متغیر سبک های حل تعارض و نگرش جنسی بین مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنادار بود ($p<0.001$)، اما تفاوت مرحله پس آزمون و پیگیری در هیچ یک از متغیرهای سبک های حل

جدول ۵: تفاوت میانگین های گروهی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	Sig	فاصله اطمینان	
						سطح پایین	سطح بالا
سبک های حل تعارض	پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۵۳۳*	۰/۶۲۴	۰/۰۰۱	-۸/۷۹۳	-۶/۲۷۳
	پیگیری		-۸*	۰/۶۶۴	۰/۰۰۱	-۹/۳۴۰	-۶/۶۶۰
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۶۷	۰/۴۰۰	۰/۲۵۰	-۱/۲۷۴	۰/۳۴
نگرش جنسی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۲۶۷*	۰/۳۲۹	۰/۰۰۱	-۲/۹۳۰	-۱/۶۰۳
	پیگیری		-۲/۲۸۹*	۰/۳۱۶	۰/۰۰۱	-۲/۹۲۶	-۱/۶۵۲
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۲۲	۰/۲۷۴	۰/۹۳۶	۱/۶۰۳	۲/۹۳۰

به شکلی که این افزایش نمرات در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است.

نمودارهای (۱) و (۲) نشان می دهد که نمرات آزمودنی ها در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایشی و در هر دو متغیر سبک های حل تعارض و نگرش جنسی افزایش داشته است،



نمودار ۲: تغییرات نمرات نگرش جنسی در سه مرحله آزمایش

نمودار ۱: تغییرات نمرات سبک های حل تعارض در سه مرحله آزمایش

آزمایش (ایماگوتراپی و درمان هیجان مدار) در هیچ یک از متغیرهای سبک های حل تعارض ($p=0.332$) و نگرش جنسی ($p=0.656$) معنادار نبود. این یافته ها نشان می دهد که بهبود در متغیر وابسته در گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل معنادار بوده است اما تفاوت معناداری در اثربخشی دوگروه آزمایش با یکدیگر وجود نداشت (جدول ۶).

آخرین خروجی مربوط به بررسی معناداری تفاوت نمرات سبک های حل تعارض و نگرش جنسی در گروه های پژوهشی بود. در این زمینه آزمون های پسین با تصحیح بونفرونی نشان داد که تفاوت مشاهده شده در عامل گروه و متغیر سبک های حل تعارض و نگرش جنسی بین کنترل و آزمایش (ایماگوتراپی و درمان هیجان مدار) معنادار بود ($p<0/001$)، اما تفاوت مشاهده شده در بین گروه های

جدول ۶: تفاوت میانگین های گروهی در سه گروه کنترل، گروه ایماگوتراپی و گروه درمان هیجان مدار در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	Sig	فاصله اطمینان	
						سطح پایین	سطح بالا
سبک های حل تعارض	ایماگوتراپی	درمان هیجان مدار	-۱/۸۶۷	۱/۹۰۰	۰/۳۳۲	-۱/۶۹۶	۵/۷۰۲
		کنترل	۷*	۱/۹۰۰	۰/۰۰۱	۳/۲۶۵	۱۰/۸۳۵
نگرش جنسی	ایماگوتراپی	درمان هیجان مدار	۸/۸۶۷*	۱/۹۰۰	۰/۰۰۱	۵/۰۳۱	۱۲/۷۰۲
		درمان هیجان مدار	-۰/۳۱۱	۰/۶۹۳	۰/۶۵۶	-۱/۷۰۹	۱/۰۸۷
		کنترل	۳/۳۵۶*	۰/۶۹۳	۰/۰۰۱	۱/۹۵۷	۴/۷۵۴
		درمان هیجان مدار	۳/۶۶۷*	۰/۶۹۳	۰/۰۰۱	۲/۲۶۸	۵/۰۶۵



بحث

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که هر دو روش درمانی یعنی درمان‌های ایماگوتراپی و زوج درمانی هیجان‌مدار به‌طور مؤثر موجب بهبود سبک‌های حل تعارض و نگرش جنسی زنان متعارض شده‌اند. از منظر نظریه هیجان‌مدار، مشکلات زناشویی و تعارضات ناشی از الگوهای منفی در تعاملات هیجانی هستند که به مرور زمان تثبیت می‌شوند و موجب کاهش اعتماد و امنیت عاطفی می‌شوند [۱۸]. مداخلات زوج درمانی هیجان‌مدار با تمرکز بر شناسایی هیجانات زیربنایی، ایجاد دلبستگی ایمن و بازسازی تعاملات هیجانی، موجب کاهش تنش و افزایش مهارت‌های حل تعارض در زوجین می‌شود [۲۹]. به علاوه، این روش از طریق تقویت پیوندهای عاطفی و ارتقای درک متقابل، به زوجین کمک می‌کند تا احساس امنیت بیشتری در رابطه خود تجربه کنند و در مواجهه با تعارضات، از راهبردهای سالم‌تری استفاده نمایند [۱۹].

از سوی دیگر، ایماگوتراپی با تأکید بر چگونگی تأثیر تجارب دوران کودکی بر روابط زناشویی و استفاده از تکنیک‌هایی مانند دیالوگ ایماگو، به افزایش درک متقابل و همدلی بین زوجین کمک می‌کند [۳۰]. این رویکرد بر این اصل استوار است که ناهشیاری‌های دوران کودکی و تجربیات اولیه می‌توانند تأثیر عمیقی بر سبک‌های دلبستگی و الگوهای تعاملی در زندگی زناشویی داشته باشند. مداخلات ایماگوتراپی از طریق ارتقای آگاهی زوجین نسبت به الگوهای تکرارشونده تعاملی و ایجاد فرصت‌هایی برای تجربه ارتباط عمیق‌تر، باعث بهبود کیفیت روابط و کاهش تنش‌های زناشویی می‌شوند. پژوهش‌های متعددی اثربخشی این رویکرد را تأیید کرده‌اند؛ از جمله در مطالعه دهنوی و همکاران [۳۱]، ایماگوتراپی منجر به افزایش معنادار رضایت زناشویی و بهبود تجربه عاطفی نسبت به همسر در مردان دارای تعارض زناشویی شد. همچنین، روستمی و همکاران

[۱۴] نشان دادند که ایماگوتراپی بر کاهش اضطراب، افزایش خودکارآمدی جنسی و بهبود ابراز هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مؤثر است. جلیلی و همکاران [۳۵] نیز گزارش کردند که زوج‌درمانی مبتنی بر ایماگوتراپی به‌طور مؤثری مهارت‌های ارتباطی، حل تعارض و حساسیت به طرد شدن را در زوجین بهبود می‌بخشد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج این مطالعات در تأیید اثرگذاری ایماگوتراپی بر بهبود روابط زناشویی همسو است.

یکی از ویژگی‌های مهم مداخلات درمانی کارآمد، پایداری اثرات آن‌ها در بلندمدت است. در این پژوهش، تأثیر مثبت زوج درمانی هیجان‌مدار و ایماگوتراپی بر سبک‌های حل تعارض و نگرش جنسی زنان متعارض تا مرحله پیگیری حفظ شده است. این پایداری را می‌توان با استفاده از مدل‌های یادگیری هیجانی و اصلاح الگوهای رفتاری توضیح داد. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا [۳۲]، تغییرات رفتاری پایدار زمانی حاصل می‌شوند که افراد مهارت‌های جدیدی را در بستر روابط واقعی تمرین کنند. در زوج درمانی هیجان‌مدار، زوجین از طریق تجارب هیجانی اصلاحی یاد می‌گیرند که الگوهای ناسازگارانه خود را شناسایی و تغییر دهند [۳۳]. در ایماگوتراپی نیز فرایند بازشناسی و همدلی عمیق، موجب تغییر پایدار در نگرش‌های جنسی و راهبردهای حل تعارض می‌شود [۳۰].

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و ایماگوتراپی تفاوت معناداری مشاهده نشده است. این نتیجه نشان می‌دهد که هر دو روش می‌توانند به‌طور مؤثری بهبود سبک‌های حل تعارض و نگرش جنسی را در زنان متعارض تسهیل کنند. یکی از دلایل احتمالی این امر آن است که هر دو رویکرد بر جنبه‌های مشترکی مانند افزایش آگاهی هیجانی، بهبود ارتباطات زناشویی و تقویت امنیت دلبستگی تأکید دارند [۳۴]. علاوه بر این، مدل‌های درمانی زوج درمانی هیجان‌مدار و ایماگوتراپی هر دو بر نقش



روابط دلبستگی اولیه در شکل‌گیری الگوهای تعاملی تأکید دارند، هرچند که هر یک از زاویه متفاوتی به این مسئله می‌پردازند. نتایج مشابه در پژوهش‌های قبلی نیز نشان داده شده است که هر دو روش تأثیرات مثبتی بر کیفیت روابط زوجین دارند [۳۵].

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ایماگوتراپی تأثیر قابل‌توجهی بر بهبود سبک‌های حل تعارض و نگرش جنسی زنان دارای تعارض زناشویی دارند و این اثرات در طول زمان پایدار هستند. از آنجایی که تفاوت معناداری در اثربخشی این دو روش مشاهده نشد، انتخاب روش درمانی می‌تواند بر اساس ویژگی‌های فردی و ترجیحات مراجعان انجام شود. با این حال، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به حجم نمونه نسبتاً کوچک، عدم تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جمعیت‌ها به دلیل محدود بودن جامعه آماری به زنان مراجعه‌کننده به یک مرکز خاص، و نبودن پیگیری طولانی‌مدت‌تر (بیش از دو ماه) اشاره کرد. همچنین عدم بررسی متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سطح تحصیلات، و نیز امکان سوگیری در پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان به دلیل خودگزارش‌دهی بودن ابزارها، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌روند. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با طراحی‌های تجربی گسترده‌تر، حجم نمونه بالاتر، دوره پیگیری طولانی‌تر و در گروه‌های متنوع‌تری از زوجین با پیشینه‌های فرهنگی و اقتصادی متفاوت انجام شود. همچنین بررسی تأثیر این درمان‌ها بر سایر جنبه‌های روابط زوجین مانند رضایت زناشویی و سلامت روانی، و نیز بررسی ترکیب این دو روش با دیگر مدل‌های درمانی همچون درمان

شناختی-رفتاری زوجین، می‌تواند بینش‌های جدیدی در خصوص شیوه‌های مداخله‌ای مؤثر ارائه دهد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری دانشکده پزشکی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان رضوی و تمامی افرادی که در این مطالعه مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

هیچکدام از نویسندگان این مطالعه، تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

حمایت مالی

این مطالعه برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله بوده و هیچ گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاقی در پژوهش‌های علوم انسانی و روان‌شناسی انجام شد. طرح پژوهش پیش از اجرا در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و با کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1404.063 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی ثبت گردید.



References

1. Salehi F, Pirani Z, Heydari H. A review of intervention approaches in marital conflicts. *KMAN Counseling and Psychology Nexus*. 2025;3:1–11.
2. Li M, Li Y, Engelman M. Gender differences in associations between spousal cognitive decline and marital strain: Evidence from US older couples. *Soc Sci Med*. 2025;118772.
3. Kocyigit M, Uzun M. Emotion regulation and couple burnout in marriage: A moderated moderation model of authenticity, sex of parents and having children. *Curr Psychol*. 2025;44(5):3564–78.
4. Hidayat MB, Toybah N. Gender differences in coping strategies for marital stress: The role of marital satisfaction and implications for counseling. *Acta Psychologica*. 2025;3(4):171–80.
5. Aricioglu A, Kaya S. Abusive behaviours in relationships, need satisfaction, conflict styles and relationship satisfaction: Mediation and moderation roles. *BMC Psychol*. 2023;11(1):160.
6. Levpušček MP, Glavač T. Beliefs about romantic relationships and sexual attitudes predicting romantic relationship experiences, intentions, and dating app use. *Open Psychol J*. 2023;16(1).
7. Yosza AB, Sovitriana R. The influence of constructive conflict resolution styles and perceived stress on marriage satisfaction among dual earner couples. *Dinasti Health and Pharmacy Science*. 2023;1(2):40–45.
8. Askarshahi N, Nazjafari S, Okhravi H, Sadeghi Z, Jahangir F. Effectiveness of marital conflict management training on strengthening conflict avoider style of marriage among couples with marital conflicts: Moderating role of sexual dissatisfaction and controlling marriage duration. *Razavi Int J Med*. 2025;13(1).
9. Shrivastav S, Sharma S, Chauhan U, Panchal L, Rana D, Sangwan J. Partner phubbing and relationship satisfaction among romantic partners. In: *Smartphone addiction, phone snubbing, and effects on interpersonal relationships and mental health*. Hershey, PA: IGI Global; 2025. p. 363–96.
10. Nazari A, Hosseinnia M, Najafi E. Sexual satisfaction and attitude toward marital infidelity among married people in Iran: The role of social media and entertainment preferences. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1693.
11. Veh R, García PF, García-Vega E. Relationship satisfaction, sexual desire, jealousy, and conflict resolution in monogamous and consensually non-monogamous romantic relationships. *Sexes*. 2025;6(2):19.
12. Beyazgül G, Çelik M. The role of life satisfaction and sexual self-consciousness in marital disaffection. *Turkish Psychol Couns Guid J*. 2024;14(74):401–14.
13. Andreoli G, Rafanelli C, Gremigni P, Hofmann SG, Casu G. Positive sexuality, relationship satisfaction, and health: A network analysis. *Front Psychol*. 2024; 15:1420148.
14. Rostami N, Heydari B, Hosseini SS. The effectiveness of imago therapy on anxiety, sexual self-efficacy, and emotional expression in women affected by marital infidelity. *KMAN Counseling & Psychology Nexus*. 2024;2(1):111–19.
15. Hendrix H. *Getting the love you want: A guide for couples*. New York: St. Martin's Griffin; 2007.
16. Hendrix H, Hunt HL. *Doing imago relationship therapy in the space-between: A clinician's guide*. New York: W.W. Norton & Company; 2021.
17. Ghumman AM, Ahsan S, Batool M. Marital quality among married individuals: Role of conflict resolution styles and emotional intelligence. *Pak J Psychol Res*. 2025;40(3):571–86.



18. Johnson SM, Greenberg LS. Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *J Marital Fam Ther.* 1985;11(3):313–17.
19. Bazyari K, Hooman F, Talebzadeh SM, Eftekhar SZ. Effectiveness of emotionally focused therapy for couples in improving emotion regulation and relationship distress of emotionally divorced couples. 2024.
20. Momeni A, Ramezani K, Mardpour A. Effectiveness of emotion-focused couple therapy on improving optimism and communication patterns of couples working at state offices. *J Occup Health Epidemiol.* 2020;9(4):231–38.
21. Soleimani AA, Najafi M, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH, Mahboubi M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *Int J Fertil Steril.* 2015;9(3):393–402.
23. Rahim MA. Rahim organizational conflict inventory–II. *J Appl Psychol.* 1983.
24. Haghighi H, Zarei E, Ghaderi F. Factor structure and psychometric properties of the Rahim Conflict Resolution Styles Inventory (ROCI-II) among Iranian couples. *Family Counseling and Psychotherapy.* 2012;2(1):534–62.
25. Besharat MA. Psychometric properties of the sexual knowledge and attitude scale. Research report. Tehran: University of Tehran; 2005.
27. Luquet W. Imago relationship therapy. In: Behavioral, humanistic-existential, and psychodynamic approaches to couples counseling. New York: Routledge; 2017. p. 148–77.
28. Johnson SM. Emotionally focused couple therapy. In: Clinical handbook of couple therapy. 4th ed. New York: Guilford Press; 2008. p. 107–37.
29. Şenol A, Gürbüz F, Dost MT. Emotion-focused couple therapy: A review of theory and practice. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar.* 2023;15(1):146–60.
30. Hendrix H, Hunt HL, Luquet W, Carlson J. Using the Imago dialogue to deepen couples therapy. *J Individ Psychol.* 2015;71(3):253–72.
31. Dehnavi TG, Yousefi Z, Farhadi H. The effectiveness of imago therapy on marital satisfaction and emotional experience toward the spouse among men with marital conflicts. *J Educ Health Promot.* 2023;12(1):418.
32. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
33. Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. 2nd ed. New York: Routledge; 2012.
34. Beasley CC, Ager R. Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *J Evid Based Soc Work.* 2019;16(2):144–59.
35. Jalili M, Eftekhar Saadi E, Pasha R, Asgari P, Hafezi F. Effectiveness of imago therapy-based couples therapy on communication skills, conflict resolution, and sensitivity to rejection among couples. *Applied Family Therapy Journal.* 2024;5(3):141–50.



Comparison of the Effectiveness of Imago Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Conflict Resolution Styles and Sexual Attitudes in Women Experiencing Marital Conflict

Elham Nasiri¹, Hasan Toozaandeh Jani^{2*}, Ahmad Zanddel³

1- PhD Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran

3- Assistant Professor, Department of Mathematics, Faculty of Basic Sciences, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran

Type of Article

Received: 21/7/2025

Accepted: 16/6/2026

*Corresponding Author:

Hasan Toozaandeh Jani,
Associate Professor,
Department of Psychology,
Faculty of Humanities,
Islamic Azad University,
Neyshabur Branch,
Neyshabur, Iran.
TEL: 09155147933
Email:
H.toozaandehjani@ymail.com

ABSTRACT

Introduction: Marital conflicts, arising from individual differences, sexual attitudes, and conflict resolution styles, can negatively affect mental health, particularly among women. Therapeutic approaches such as Imago Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy (EFT), which emphasize the improvement of conflict resolution skills and sexual attitudes, may enhance the quality of marital relationships and couples' satisfaction.

Materials and Methods: This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. A total of 45 women experiencing marital conflict were randomly assigned to three groups: Imago Therapy, Emotionally Focused Couple Therapy, and a control group. Research instruments included the Rahim Conflict Resolution Styles Inventory (ROCI-II) and Besharat's Sexual Attitude Questionnaire. The therapeutic interventions were delivered in eight 90-minute sessions. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA), followed by post hoc tests with Bonferroni correction.

Results: The findings indicated that both therapeutic approaches significantly improved conflict resolution styles and sexual attitudes at posttest and follow-up assessments ($p < 0.001$), whereas no significant changes were observed in the control group. No statistically significant differences were found between the Imago Therapy and EFT groups on any of the study variables ($p > 0.05$). The positive effects of the interventions were maintained at follow-up, indicating the durability of the observed improvements in conflict resolution styles and sexual attitudes.

Discussion and Conclusion: Both Imago Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy are effective interventions for improving conflict resolution styles and sexual attitudes among women experiencing marital conflict. Given the absence of significant differences in effectiveness, the choice of therapeutic approach may be guided by clients' individual characteristics and preferences. Future research is recommended to examine the effects of these interventions on other aspects of couple relationships across diverse cultural and socioeconomic groups and to explore the potential benefits of integrating these approaches with other therapeutic models.

Keywords: Marital conflict; Conflict resolution styles; Sexual attitudes; Imago therapy; Emotionally focused couple therapy; Women experiencing marital conflict

► Please cite this article as: Nasiri E, Toozaandeh Jani H, Zanddel A. Comparison of the Effectiveness of Imago Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Conflict Resolution Styles and Sexual Attitudes in Women Experiencing Marital Conflict. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2025;13(2)