



اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی و تصویر بدنی زنان دارای تجربه آزاردیدگی در کودکی: یک مطالعه مقدماتی

فرشته بن^۱، ماندانا نیکنام^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی و تصویر بدنی زنان دارای تجربه آزاردیدگی در کودکی بود. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه با شرکت کنندگان استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی ساکن شهر کرج در سال ۱۴۰۳ بودند که با روش نمونه گیری هدفمند، سه زن دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی به صورت در دسترس بر اساس ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شدند. آزمودنی ها به صورت پلکانی هر کدام بافاصله یک هفته بعد از اجرای خط پایه وارد طرح پژوهشی شدند و طی ۸ جلسه مداخله مورد آزمون قرار گرفتند. ابزار سنجش پژوهش حاضر پرسشنامه های تصویر بدنی و پرسشنامه صمیمیت زوجین بودند. یافته های پژوهش بر اساس تحلیل دیداری و شاخص های آمار توصیفی و طراز و روند و تغییرپذیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد که درمان های مبتنی بر هیجان بر بهبود شاخص تصویر بدنی (با $15/8\%$ برای آزمودنی اول، $18/3\%$ برای آزمودنی دوم و $10/3\%$ برای آزمودنی سوم) و شاخص صمیمیت زناشویی برای هر سه آزمودنی (با $15/6\%$ برای آزمودنی اول، $37/7\%$ برای آزمودنی دوم و $18/6\%$ سوم) اثربخش بوده است. یافته های این پژوهش کارایی درمان های مبتنی بر هیجان را بر تصویر بدنی و صمیمیت زناشویی زنان دارای تجربه آسیب دیدگی در کودکی نشان می دهد. بنابراین پیشنهاد می شود روانشناسان و درمانگران خانواده از این روش جهت بهبود مشکلات تصویر بدنی و صمیمیت زناشویی زنان دارای تجربه آسیب دیدگی در کودکی استفاده نمایند.

کلیدواژه ها: مداخله مبتنی بر هیجان، تصویر بدنی، صمیمیت زناشویی، زنان دارای تجربه آسیب دیدگی در کودکی

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه رفا، تهران، ایران fbon87@gmail.com

ORCID0009-0004-8437-1315

^۲ دانشیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران (نویسنده مسئول) m.niknam@khatam.ac.ir

ORCID0000-0001-5431-2593

مقدمه

انسان‌ها به عشق و محبت وابسته‌اند؛ زوجین در خانه به دنبال محبت هستند و در ازدواج با جستجوی صمیمیت، در پی آرامش و زندگی بهتری می‌باشند. این صمیمیتی که همسران به دنبالش هستند، فراتر از درک و دل‌بستگی ایمن در روابط است که از آغاز کودکی تا بزرگسالی با ما و سرنوشت‌مان همراه است (ایمانی و همکاران، ۱۴۰۳). عوامل متعددی می‌توانند موجب کاهش صمیمیت زناشویی شوند که یکی از این عوامل، مواجهه با خشونت در دوران کودکی است. شواهد بالینی و متون تجربی بر تأثیرات بلندمدت تروماهای بین فردی در دوران کودکی بر روابط زوجین تأکید دارند. تجربه اولیه خشونت و بدرفتاری تأثیر عمیقی بر توانایی‌های بعدی برای ادامه روابط رضایت‌بخش و صمیمی دارد (مارویتز^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). افرادی که در دوران کودکی تحت خشونت و آزار قرار می‌گیرند، به دلیل آسیب‌ها و جراحات روان‌شناختی ناشی از بدرفتاری، الگوهایی شکل می‌دهند که روابط زناشویی آینده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. روابط صمیمی و پایدار و دور از خشونت با کودکان و شریک زندگی، نقشی اساسی در سلامت جسمانی و روانی دارد و جزء مهمی از زندگی زناشویی به شمار می‌آید. صمیمیت زناشویی به شدت باکیفیت زندگی زناشویی مرتبط است و اغلب به‌عنوان یکی از نیازهای روان‌شناختی اساسی و ویژگی‌های کلیدی ارتباط زناشویی مطرح می‌شود که بر سلامت روان، کاهش افسردگی، افزایش شادی و همسازی در زندگی زناشویی تأثیر بسزایی دارد. زنان به‌طور مداوم در ارتباطی نزدیک و صمیمانه با همسران خود با احساساتی چون ترس، خجالت و شرم مواجه می‌شوند و به همین دلیل از ازدواج احساس نارضایتی می‌کنند (کوپر^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به آنچه گفته شد، تجربه آزاردیدگی می‌تواند با ایجاد احساس ناامنی، ترس، خشم، احساس گناه، احساس آلودگی و رهاشدگی در زنان بر تصویر بدنی ایشان تأثیر گذاشته و موجب برخوردهای اجتنابی و فاصله گرفتن از شریک عاطفی ایشان گردد که این امر صمیمیت زناشویی فرد را مورد تأثیر قرار داده و زندگی زناشویی و بنیان ارزشمند خانواده را با مشکل مواجه کند. تجربیات دوران کودکی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌دهی به شخصیت، باورها، و رفتارهای افراد در بزرگسالی دارند. یکی از مهم‌ترین تجارب منفی در این دوران، آزاردیدگی است که می‌تواند به‌صورت جسمی، جنسی، عاطفی یا بی‌توجهی رخ دهد. این تجربیات نه تنها اثرات فوری و مخرب بر سلامت روانی و جسمانی کودکان دارند، بلکه پیامدهای طولانی‌مدتی را نیز بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان، از جمله تصویر بدنی و روابط بین فردی، به‌ویژه در زمینه زناشویی، بر جای می‌گذارند (بابا احمدی و فلاحیه، ۱۴۰۳). تصویر بدنی به‌عنوان بخشی از هویت فردی، تحت تأثیر مستقیم تجربیات دوران کودکی قرار دارد. زنانی که در کودکی تجربه آزاردیدگی داشته‌اند، اغلب با تصورات منفی از بدن خود، نارضایتی از ظاهر، و کاهش عزت‌نفس روبه‌رو هستند. این مشکلات می‌توانند منجر به اختلالات خوردن، افسردگی، و اضطراب شوند و کیفیت زندگی فرد را به شدت کاهش دهند. علاوه بر این، چنین زنانی معمولاً در برقراری روابط صمیمانه و پایدار با همسر خود با چالش‌هایی مواجه می‌شوند. این چالش‌ها شامل کاهش اعتماد به دیگران، احساس ناامنی، و دشواری در ابراز هیجانات است که همگی صمیمیت زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (حمیدی نژاد و همکاران، ۱۴۰۲).

صمیمیت زناشویی، که یکی از مؤلفه‌های اساسی رضایت زناشویی است، به توانایی افراد در ایجاد روابط عمیق و معنادار با همسرشان اشاره دارد. زنانی که در کودکی تجربه آزاردیدگی داشته‌اند، ممکن است به دلیل احساسات منفی مانند شرم، گناه و خشم، در ایجاد این صمیمیت با مشکلاتی مواجه شوند. این امر نه تنها کیفیت زندگی زناشویی آنان را کاهش می‌دهد، بلکه ممکن است بر سایر جنبه‌های زندگی خانوادگی نیز اثرات منفی بگذارد (عزیزی و همکاران، ۱۴۰۳). تحقیقات نشان داده‌اند که آزار و خشونت در دوران کودکی به دلیل تأثیری که بر میزان دل‌بستگی افراد می‌گذارد، منجر به کاهش اعتماد فرد شده و این موضوع به‌نوبه خود موجب کاهش صمیمیت زناشویی می‌شود (تریوینو^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). تجربه آزارهای دوره کودکی به‌ویژه از نوع عاطفی می‌تواند منجر به ارتباط خودکار بین رویدادهای زندگی و ارزش خود فرد شود. بنابراین کسانی که در معرض سوء رفتارها بوده‌اند، در بزرگسالی تصورات منفی‌تری از خود را تجربه می‌کنند (کوتیگا^۴ و همکاران، ۲۰۲۴).

¹ - Marwitz

² - Cooper

³ - Trevino

⁴ - Kotiuga



پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که کودکانی که مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند، با پیامدهای روانی، جسمی و رفتاری در کوتاه‌مدت و بلندمدت مواجه می‌شوند. اثرات کوتاه‌مدت شامل کاهش عزت‌نفس و خود اثربخشی، پرخاشگری و رفتارهای خود آسیب‌رسان و اثرات بلندمدت سوءاستفاده جنسی از کودک شامل اختلالات روانی مانند اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب و افسردگی می‌باشد (سنیچ^۱، ۲۰۲۵). برخی دیگر از اثرات احتمالی بلندمدت نیز شامل افزایش اقدام برای خودکشی، ارتکاب رفتارهای خشونت‌آمیز و همچنین مشکلات مربوط به عملکرد جنسی و اختلال در روابط بین فردی است (لاسری و گویرتز-میدان^۲، ۲۰۲۴).

کودک‌آزاری به‌عنوان رفتاری تعریف می‌شود که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی کودکان را به خطر می‌اندازد. این مفهوم در جوامع مختلف بسته به شرایط فرهنگی، اجتماعی و قانونی ممکن است تعاریف و نمودهای متفاوتی داشته باشد (گیف^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). کودک‌آزاری شامل سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، بی‌توجهی و قرارگیری در معرض خشونت شریک زندگی صمیمی می‌شود. هرگونه سهل‌انگاری یا انجام عمل‌هایی که سلامت جسمی و روانی کودک را به خطر بیندازد، به‌عنوان کودک‌آزاری محسوب می‌شود. آزار کودکی باتجربه‌ی سوءاستفاده یا بی‌توجهی تعریف می‌شود که کودک را به خطر می‌اندازد یا برای رشد آن‌ها مضر است (رگی و زارا^۴، ۲۰۲۴). کودک‌آزاری به‌عنوان نقض حقوق اساسی کودکان، نه‌تنها مسئله‌ای فردی بلکه چالشی اجتماعی و جهانی است که اثرات منفی آن می‌تواند تا نسل‌های آینده ادامه یابد (فالبا^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). شیوع کودک‌آزاری به دلیل عوامل مختلف از جمله ضعف قوانین حمایتی، ناآگاهی عمومی و تفاوت در فرهنگ‌های گزارش دهی، متغیر است. این مسئله از منظر انسانی، اخلاقی و اجتماعی بسیار حائز اهمیت است، زیرا آسیب‌های ناشی از آن نه‌تنها بر فرد بلکه بر ساختار خانواده و جامعه نیز اثرگذار است. در بسیاری از موارد، این آسیب‌ها تا بزرگسالی ادامه یافته و بر زندگی فرد در ابعاد گوناگون تأثیر می‌گذارد (مک‌کان^۶، ۲۰۲۴). در سراسر جهان یکی از بزرگترین خطرناک‌ترین که کودکان را تهدید می‌کند سوءاستفاده جنسی است و می‌تواند منجر به اثرات نامطلوب روانی شود که تا دوران بزرگسالی ادامه می‌یابند (بومان^۷ و همکاران، ۲۰۲۵).

سوءاستفاده جنسی یکی از شدیدترین اشکال کودک‌آزاری است که اثرات روانی و اجتماعی عمیقی بر قربانیان می‌گذارد. این اثرات شامل اضطراب، افسردگی و مشکلات در برقراری روابط بین فردی بوده و معمولاً تا بزرگسالی ادامه دارد. سوءاستفاده جنسی در کودک یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی و از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت روان در کودکان است. کودکی که سوءاستفاده جنسی را تجربه می‌کند، در معرض خطر بیشتری برای سایر تجارب منفی در دوران کودکی است (رحیمی و صادقی فیروزآبادی، ۱۴۰۳). نقض مرزهای جسمانی و روانی در دوران کودکی، به‌ویژه در مراحل حساس رشد، تأثیرات منفی قابل‌توجهی بر تصویر بدنی و سلامت روانی افراد دارد. تجربه آزارهای جسمی و جنسی اغلب موجب نارضایتی از بدن، کاهش عزت‌نفس، اختلالات خوردن و افسردگی می‌شود (هاروی^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، آزارهای عاطفی نیز می‌توانند باورهای منفی درباره خود و کاهش ارزش شخصی را در افراد تقویت کنند که این تأثیرات تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. اثرات سوء رفتارهای دوران کودکی تنها به سلامت روانی و جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه بر روابط زناشویی و اجتماعی نیز تأثیرگذار است. افرادی که در کودکی تجربه سوء رفتار داشته‌اند، اغلب در ایجاد روابط صمیمانه و حفظ آن‌ها با مشکلاتی مواجه می‌شوند. این تجربیات می‌توانند اعتماد به دیگران را کاهش داده و احساس ناامنی را افزایش دهند که درنهایت منجر به کاهش صمیمیت و رضایت زناشویی می‌شود (شاملی و همکاران، ۱۴۰۱). صمیمیت زناشویی، به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی روان‌شناختی، تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد دارد (دو^۹ و همکاران، ۲۰۲۴).

¹ - Senich

² - Lassri & Gewirtz-Meydan

³ - Giff

⁴ - Veggi & Zara

⁵ - Falb

⁶ - McCann

⁷ - Baumann

⁸ - Harvey

⁹ - Du



قربانیان سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی در مقایسه با افرادی که در معرض سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی نبوده‌اند، بیشتر احتمال دارد که نشانه‌های مرتبط با طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی را گزارش کنند و بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند. شرم، احساس گناه و خودسرزنی قربانیان، مشکلات بین فردی و ترس از صمیمیت، نقص در تنظیم هیجان‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار از قبیل اجتناب می‌تواند ارتباط بین تجرب سوءاستفاده جنسی از کودک و آشفتگی هیجانی بالای افراد را تبیین کند (پترسون و پلانتین^۱، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان می‌دهد که حداقل از هر چهار کودک، یک نفر تا چهارسالگی شاهد یک واقعه بالقوه آسیب‌زا بوده است. آنچه اهمیت دارد، آن است که مواجهه زودهنگام فرد با حوادث آسیب‌زا و تأثیرات طولانی‌مدت آن در دوره رشد کودک، می‌تواند بر شدت آن آسیب بیفزاید (فینزی-داتون و آبادی^۲، ۲۰۲۴). مشاهدات پزشکان نشان‌دهنده این است که سابقه سوء رفتار جنسی در دوران کودکی نیز به‌عنوان یک عامل خطر برای بروز اختلالات تصویر بدن محسوب می‌شود. با توجه به دیدگاه تحولی، این نکته قابل‌پذیرش است که نقض شدید مرزهای بدن در دوره حساس تشکیل هویت و یکپارچگی شخصی، تأثیرات پایداری بر ادراک فرد از خود و بدنش به همراه داشته باشد (به‌ویژه در مواردی که فرد تحت چندین نوع بدرفتاری در دوران کودکی قرار گرفته است) (میرزایی و همکاران، ۱۴۰۱).

با توجه به تأثیر زبان‌بار تصویر بدنی منفی، پژوهش‌های بسیاری بر روی عوامل خطر ایجاد نارضایتی از بدن متمرکز شده‌اند. درونی‌سازی ایدئال‌های زیبایی و مقایسه‌های اجتماعی مرتبط با ظاهر احساس بی‌ارزشی و خود کلا پنداری از عوامل خطر ساز برای زنان هستند (رودریگوز^۳، ۲۰۲۴). از این‌رو، به‌کارگیری مداخلات مبتنی بر هیجان در مورد زنان در زمینه سازگاری با این احساسات و آگاهی از آن‌ها می‌تواند در ایجاد روابط نزدیک و صمیمی با اطرافیان، به‌ویژه همسرانشان، تأثیرگذار باشد و درخواست برای حمایت و آرامش را برای زوج‌های کناره‌گیر تسهیل کند. همچنین، این رویکرد می‌تواند به افزایش درجات صمیمیت زناشویی، اعتماد دوطرفه و سازگاری زناشویی آن‌ها کمک کند (عزیزی و همکاران، ۱۴۰۳). بنابراین، آموزش رویکرد هیجان‌مدار در افراد، دل‌بستگی ایمن ایجاد می‌کند که این دل‌بستگی به شخص این امکان را می‌دهد تا در روابط خود راحت‌تر باشد، ارتباط نزدیکی با همسر یا شریک خود برقرار کند، خود را افشا کند و به خود افشایی همسر نیز پاسخ دهد. نظریه دل‌بستگی که از اصول رویکرد هیجان‌مدار است، بر اهمیت صمیمیت تأکید زیادی دارد و ایجاد دل‌بستگی، صمیمیت را به میزان بیشتری افزایش می‌دهد. صمیمیت میان اعضای خانواده، به‌ویژه زن و مرد، موجب افزایش رضایت از زندگی و تقویت خانواده می‌شود. در این راستا، رویکرد هیجان‌مدار با توجه به دل‌بستگی‌ها و هیجان‌ها، و همچنین از بین بردن چرخه‌های تعاملی منفی، این صمیمیت را ایجاد می‌کند. در این رویکرد با پذیرش بی‌قیدوشرط مراجع و فراهم آوردن محیطی امن زمینه برون‌ریزی احساسات درونی مراجع و مواجهه و پذیرش آن‌ها توسط فرد فراهم‌شده و این امر سبب می‌شود با از بین رفتن احساساتی چون شرم، ترس، احساس گناه و خشم، مراجع بتواند هیجانات خود را آگاهانه همان‌گونه که هست در شرایطی که قرار دارد بپذیرد و برای ایجاد تغییر گام بردارد (جانسون^۴، ۲۰۰۳).

برای کاهش اثرات مخرب سوء رفتارهای دوران کودکی، رویکردهای درمانی مختلفی پیشنهاد شده‌اند. مداخلات مبتنی بر هیجان یکی از این روش‌هاست که از طریق تقویت دل‌بستگی ایمن، کاهش احساسات منفی نظیر شرم و گناه، و فراهم کردن محیطی امن برای بیان هیجانات، به بهبود سلامت روانی و روابط بین فردی کمک می‌کند این رویکردها به‌ویژه در بازسازی روانی و ارتقای کیفیت روابط زناشویی مؤثر هستند. درمان‌های مبتنی بر هیجان، به‌عنوان یکی از رویکردهای نوین در مشاوره و روان‌درمانی، بر شناسایی و پردازش هیجانات سرکوب‌شده تمرکز دارند. این رویکردها با ایجاد محیطی امن برای بیان هیجانات، کاهش احساسات منفی نظیر شرم و گناه، و تقویت دل‌بستگی ایمن، می‌توانند نقش مؤثری در بهبود تصویر بدنی و ارتقای صمیمیت زناشویی داشته باشند. به‌ویژه، این درمان‌ها می‌توانند به زنانی که در کودکی آزار دیده‌اند کمک کنند تا تجربیات گذشته خود را پردازش کرده و اثرات منفی آن را کاهش دهند. این پژوهش باهدف بررسی اثرات سوء رفتار دوران کودکی بر تصویر بدنی و صمیمیت زناشویی در بزرگسالی انجام می‌شود. همچنین، تأثیر رویکردهای درمانی مبتنی بر هیجان

¹ - Petersson & Plantin

² - Finzi-Dottan & Abadi

³ - Rodriguez

⁴ - Johnson



در کاهش این اثرات منفی مورد ارزیابی قرار می گیرد. هدف نهایی این تحقیق ارائه راهکارهای مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی افراد آسیب دیده و ارتقای رضایت زناشویی آنان است.

روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی که آزمایش تک آزمودنی هم گفته می شود استفاده شده است. این طرح شامل طرح های AB، ABAB، خط پایه چندگانه^۱ و طرح های تغییر ملاک^۲ است. که در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه استفاده می شود. این طرح پژوهشی امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم در طول درمان در آزمودنی ها و بین آزمودنی های دیگر نسبت به خط پایه را فراهم می کند. جامعه آماری این پژوهش کلیه ی زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی که در سال ۱۴۰۳ مراجعین کلینیک روان درمانی کیمیای سعادت کرج بودند، با روش نمونه گیری هدفمند سه زن دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی انتخاب شدند. بدین صورت که به فراخوان پژوهشگر از طریق کلینیک پاسخ دادند و آمادگی خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کردند. طی اعلام فراخوان پژوهشگر ۸ زن دارای تجربه سوءاستفاده جنسی اعلام آمادگی کردند که پس از بررسی معیارهای ورود و خروج (ملاک های ورود به دوره درمان: داشتن تجربه آزار جنسی در دوران کودکی (از طریق مصاحبه و خود گزارشی شرکت کنندگان)، رضایت و موافقت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، داشتن سن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال، متأهل بودن، گذشت حداقل ۳ سال از شروع زندگی مشترک، دریافت نمره پایین تر از ۱۷۰ از پرسشنامه تصویر بدنی و نمره پایین تر از ۱۷۴ از پرسشنامه صمیمیت زناشویی، حداقل میزان تحصیلات دیپلم. ملاک های خروج: مطلقه بودن، دارای اختلالات حاد روان پزشکی و مصرف دارو در زمان مصاحبه و پژوهش، شرکت همزمان در سایر جلسات روان درمانی)، ۳ زن به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه ۳ نفر بود که بر اساس قاعده حداقل نمونه لازم برای تأیید یا رد فرضیه های پژوهش در مطالعات آزمایشی تک آزمودنی انتخاب گردید.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسشنامه ترومای کودکی^۳: پرسشنامه تروما دوران کودکی یا پرسشنامه ضربه کودکی CTQ (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳) به منظور ارزیابی آسیب ها و تروماهای دوران کودکی طراحی و تدوین شده است. این ابزار شامل ۲۸ گویه است که ۲۵ گویه آن برای ارزیابی مؤلفه های اصلی پرسشنامه مورد استفاده قرار می گیرد و ۳ گویه باقی مانده برای شناسایی افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می کنند، به کار می رود. این پرسشنامه شامل ۵ مؤلفه سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی می باشد. این ابزار بر اساس طیف لیکرت با سؤالاتی همچون (یکی از اعضای خانواده ام به قدری من را زده بود که مجبور شدم به پزشک مراجعه کنم یا در بیمارستان بستری شوم) به سنجش تروماهای دوران کودکی می پردازد. قبل از نمره گذاری مؤلفه های پرسشنامه، ابتدا لازم است نمره های سؤالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر است و نمرات پایین تر نمایانگر آسیب یا تروماهای کمتری از دوران کودکی می باشد. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس ها بین ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. در مطالعه برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰٫۸۷، ۰٫۸۶، ۰٫۹۵، ۰٫۸۹ و ۰٫۷۸ گزارش شده است. همچنین، اعتبار همزمان آن با ارزیابی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در بازه ۰٫۵۹ تا ۰٫۷۸، ثبت گردیده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز، ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام گزارش داده اند که آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای پنج مؤلفه آن بین ۰٫۸۱ تا ۰٫۹۸ بوده است.

^۱- multiple baseline

^۲- changing criterion designs

^۳-CTQ

^۴-Bernstein

ب) پرسشنامه تصویر بدنی^۱: پرسشنامه تصور بدنی MBSRQ شامل ۶۹ سؤال، ۹ مؤلفه و ۳ بُعد مختلف می‌باشد. بُعد جسمانی شامل ۵۴ سؤال، بُعد رضایت از بخش‌های گوناگون بدن شامل ۹ سؤال و بُعد نگرش فرد نسبت به وزن خود نیز شامل ۶ سؤال است که در مقیاس پنج امتیازی لیکرت از ۱ (کاملاً نارضی) تا ۵ (کاملاً راضی) تنظیم شده است. بنابراین، نمره حداقلی فرد ۶۹ و نمره حداکثری آن ۳۴۵ خواهد بود. نمره دهی این پرسشنامه به‌گونه‌ای است که افرادی که تصویر ذهنی بهتری از خود دارند، نمرات بالاتری را کسب می‌کنند (کش^۲، ۲۰۰۴). مؤلفه‌های MBSRQ شامل ارزیابی ظاهر، گرایش به‌ظاهر، ارزیابی تناسب، گرایش به‌تناسب، ارزیابی سلامت، گرایش به‌سلامت، رضایت از بخش‌های بدن، مشغولیت ذهنی در رابطه با اضافه‌وزن و ارزیابی وزن خود هستند (کش، ۲۰۱۲). در این پرسشنامه سه بُعد جسمانی غالب هستند: ظاهر بدنی، تناسب بدنی و سلامت که هرکدام از این قسمت‌ها شامل دو حیطه‌ی ارزیابی و آگاهی می‌باشد. ارزیابی از ظاهر و آگاهی نسبت به‌ظاهر، ارزیابی از تناسب بدنی و آگاهی نسبت به‌تناسب بدنی، ارزیابی از سلامت و آگاهی نسبت به‌سلامتی. در این پرسشنامه رضایت از بخش‌های مختلف بدن شامل صورت، بالاتنه، میان تنه و پایین تنه، قوام عضلات، وزن، قد و ظاهر کلی می‌باشد. این پرسشنامه در افراد ۱۵ سال به بالا قابل‌استفاده بوده و برای کودکان مناسب نمی‌باشد. روایی بخش‌های اصلی این پرسشنامه توسط برون، کش و میولکا^۳ (۱۹۹۰) موردبررسی قرار گرفت و تأیید شد. همچنین پایایی آن ۰.۸۱ گزارش شد.

ج) پرسشنامه صمیمیت زوجین^۴: پرسشنامه صمیمیت زناشویی برای اولین بار در ایران توسط اولیا و همکاران (۱۳۸۵) طراحی و نرمال‌سازی شد. این پرسشنامه شامل ۸۵ سؤال است و مقیاس آن از نوع طیف لیکرت می‌باشد و در ۹ بعد صمیمیت زناشویی به ترتیب شامل: صمیمیت عاطفی: سؤالات ۱ تا ۱۱، صمیمیت عقلانی: سؤالات ۱۲ تا ۱۹، صمیمیت بدنی: سؤالات ۲۰ تا ۲۵، صمیمیت اجتماعی - تفریحی: سؤالات ۲۶ تا ۳۳، صمیمیت ارتباطی: سؤالات ۳۴ تا ۴۴، صمیمیت معنوی: سؤالات ۴۵ تا ۵۳، صمیمیت روان‌شناختی: سؤالات ۵۴ تا ۶۲، صمیمیت جنسی: سؤالات ۶۳ تا ۷۰ و صمیمیت کلی: سؤالات ۷۱ تا ۸۵ است. هر سؤال در طیف لیکرت به‌صورت چهارگزینه‌ای از «همیشه» (نمره ۴) تا «اصلاً» (نمره ۱) پاسخ داده می‌شود. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۳۴۸ و حداقل نمره ۸۷ است. نمره بالاتر به معنای صمیمیت بیشتر و نمره پایین‌تر به معنای صمیمیت کمتر است. برای تعیین روایی محتوایی این پرسشنامه از نظرات ۵ نفر از متخصصان مشاوره دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان بهره‌برداری شده و برای ارزیابی روایی سؤالات از روش همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون استفاده شده است. سؤالاتی که ضریب همبستگی آن‌ها با نمره کل معنادار نبوده و همچنین سؤالاتی که در سطح ۵٪ معنادار بودند، حذف و ۸۵ سؤال که در سطح حداقل ۱٪ با نمره کل همبستگی داشتند، انتخاب شده‌اند. به‌منظور بررسی هم‌زمان پرسشنامه صمیمیت زناشویی از مقیاس صمیمیت تامپسون و واکر استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که همبستگی بین آزمون صمیمیت زناشویی و مقیاس تامپسون و واکر برابر ۰.۹۲/۰ بوده که در سطح ۱٪ معنادار است ($p < ۰/۰۱$ ، $r = ۰.۹۲/۰$). برای تعیین پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده که آلفای کرونباخ کل آزمون ۵۸/۹۸ محاسبه شده است (اولیا، ۱۳۸۵).

جدول ۱. شرح جلسات درمان هیجان مدار

جلسات	موضوع	اهداف هر جلسه
اول	ارزیابی اولیه	برقراری رابطه درمانی با مراجعان (رابطه مبتنی بر همدلی و بازخورد احساسات). ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های مراجع. آموزش مراجعان درباره درمان. آموزش هیجانی، معرفی مشکلات اختلال استرس پس از سانحه و بررسی تاریخچه و شرایط اجتماعی فرد. جمع‌آوری اطلاعات در مورد علائم، تجربیات (بدترین و بهترین مواقع)، و انتظارات از درمان. پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، تعیین تکلیف جلسه بعد (ثبت هیجانات و علائم).
دوم	تحلیل موقعیت	بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، بحث راجع به خشم و انزجار، خود سرزنشی، افسردگی، مهارت‌های هیجانی و مهارت‌های حل مسئله، ارائه دادن آموزش در مورد نحوه شناسایی و تحلیل علائم PTSD در زندگی روزمره. توسعه آگاهی از علائم حسی، مغز و بدن و نحوه ارتباط آن‌ها با خلق‌وخوی فرد. شناخت عواطف و

^۱-MBSRQ

^۲-Cash

^۳-Cash & Mulka

^۴-Marital Intimacy Questioner



تجربیات ترومایی: شناسایی و درک الگوهای هیجانی و تجربیات ترومایی در گذشته و حال فرد. شروع آگاهی هیجانی و توزیع برگه های ثبت هیجانی، شناسایی افکار هوشمند به لحاظ هیجانی. تعیین تکلیف جلسه بعد (آموزش به مراجعان درباره هر یک از متغیرها و تهیه کردن بروشورهایی که درباره هرکدام توضیحاتی ارائه دهد).

سوم حالت های ذهنی بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، آموزش و تمرین تکنیک های توجه آگاهی برای توانایی مدیریت احساسات و فکرهای منفی. به مراجع فرصت دهید که پیامدهای عمل خود سرزنشی و خشم را بیان کند. موانع و محدودیت های پشیمانی و بخشش خود را شناسایی کند. اجرای یک تکنیک مبتنی بر ذهن آگاهی مورد نیاز جلسه، پاسخگویی به پرسشنامه ها، تعیین تکلیف جلسه بعد

چهارم اینجا و اکنون بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، بیان و آشکار کردن جنبه های متضاد شناسایی شده در تکالیف خانگی، افزایش هشیاری مراجعان نسبت به پیامدهای به تأخیر انداختن فرایند بخشش خود، شروع آشتی دادن صداها (درونی) متضاد مراجعان ارتقاء مهارت های تنفسی و تمرینات آرامشی برای مقابله با واکنش های استرسی. تعیین تکلیف جلسه بعد. (انجام تکنیک های تنفس و خودآرامی به همراه ارائه نتیجه و یافتن یک تکنیک خاص برای خود).

پنجم بازسازی خاطرات بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، ادامه تکنیک مبتنی بر ذهن آگاهی و هوشیاری، ادامه هماهنگ کردن صداها (طرف های) متضاد مراجع، استفاده از تکنیک های بازسازی حافظه برای کاهش شدت خاطرات ناخوشایند و تقویت خاطرات مثبت. تقویت توانایی فرد در تجربه حالت های احساسی بازسازی شده و مدیریت آن ها. به مراجع اجازه دهید که ارزش های خود را بیان کند و مشخص کنید که مراجع چگونه می خواهد با آن ارزش ها زندگی کند. به نیازها و انگیزه های متصل به اعمال خود سرزنشی و پرخاشگری برگردید و روش های برآورده شدن آن نیازها در آینده در راستای ارزش های مراجع را شناسایی کنید. پاسخگویی به پرسشنامه ها

ششم اتصال مجدد ارزش ها بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، به مراجع اجازه دهید ندامت و پشیمانی خود را از عمل خود سرزنش گری ابراز کند و برای بخشش و پذیرش خود آماده شود. تقویت توانایی فرد در تجربه حالت های احساسی بازسازی شده و مدیریت آن ها. به مراجع اجازه دهید که روش های سالم تر برآورده کردن نیازها در آینده را به کار بندد. تعیین تکلیف جلسه بعد (از وجود صندلی سوم در اتاق برای استفاده در تمرین صندلی خالی اطمینان حاصل کنید).

هفتم یادآوری و حرکت و روبه جلو بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، با تمرکز بر روی تغییرات مثبت از زمان آسیب تاکنون، به مراجعان در یادآوری جزئیات جهت نشان دادن عدم توانایی در دفاع از خود کمک کنید. احساسات منفی باقی مانده را با احساسات بخشش خود جایگزین کنید. از تکنیک صندلی خالی استفاده کنید. تعیین تکلیف جلسه بعد (نامه بخشش خود)

هشتم پایان مداخله بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، به مراجعان کمک کنید که موارد پیشرفت و نحوه حفظ این عایدات را شناسایی کنند. کلیاتی از کاربرد فرایند بخشش خود برای سایر رفتارهای خود سرزنشی ارائه دهید. طراحی برنامه مراقبت پس از درمان و ارائه ابزارها و راهکارهای برای مقابله با چالش های آینده. پاسخگویی به پرسشنامه ها، مراسم خداحافظی

در این مطالعه از طراحی آزمایشی تک موردی که به عنوان آزمایش تک آزمودنی نیز شناخته می شود. بهره برداری شده است. این طراحی شامل الگوهای A-B، A-B-A-B، خط پایه چندگانه و طرح های تغییر معیار می باشد و از الگوی خط پایه چندگانه استفاده شد. این نوع پژوهش امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم در طول فرایند درمان را در آزمودنی ها و نسبت به خط پایه در بین آزمودنی های دیگر فراهم می آورد.

یافته ها

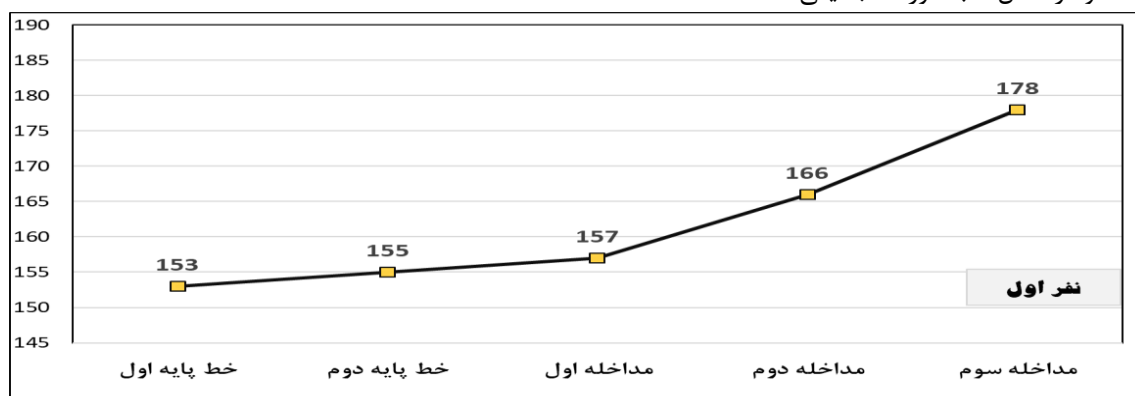
در جدول ۲ نمرات شرکت کنندگان در صمیمیت زناشویی گزارش شد که نتایج به تفکیک زمان (دو خط پایه و سه زمان مداخله یا سنجش) آمده است.

جدول ۲. میانگین نمرات شرکت کنندگان در صمیمیت زناشویی به تفکیک شرکت کنندگان و زمان

زمان	شرکت کنندگان
------	--------------

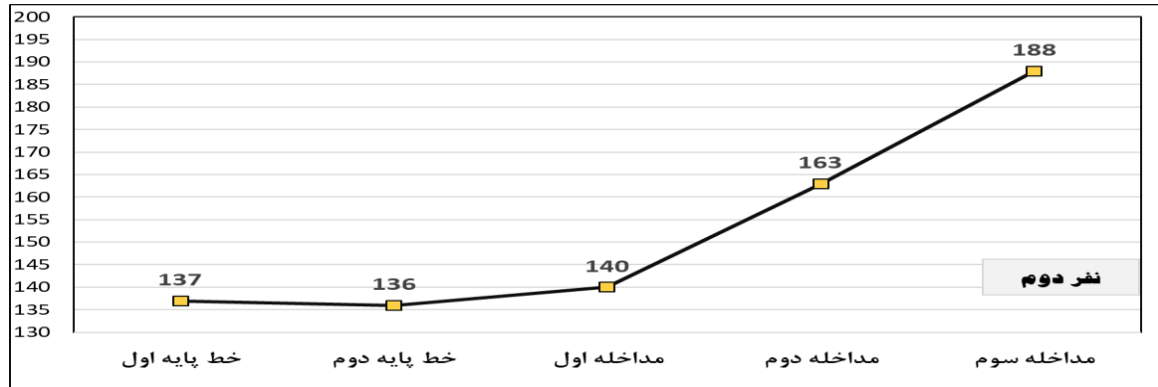
شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	میانگین کل
خط پایه اول	۱۵۳	۱۳۷	۱۲۴
خط پایه دوم	۱۵۵	۱۳۶	۱۲۹
مداخله اول	۱۵۷	۱۴۰	۱۳۰
مداخله دوم	۱۶۶	۱۶۳	۱۳۸
مداخله سوم	۱۷۸	۱۸۸	۱۵۰

جدول ۲ نشان داد روند کلی شرکت کنندگان در متغیر صمیمیت زناشویی، روندی افزایشی بود. میانگین کل سه شرکت کننده در خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۳۸ و ۱۴۰ بود که تفاوت اندکی داشت. در زمان های مداخله میانگین به طور تدریجی افزایش داشت و در تمامی سه مرحله مداخله این افزایش تکرار شد. میانگین مداخله اول برابر با ۱۴۲/۳ بود که در زمان مداخله دوم به ۱۵۵/۷ رسید و در زمان مداخله سوم یا آخر به ۱۷۲ رسید که نشان از روند افزایشی و با ثبات در زمان مداخله داشت. در شرکت کننده اول نمره خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۵۳ و ۱۵۵ بود که در زمان های مداخله اول تا سوم به ترتیب ۱۵۷، ۱۶۶ و ۱۷۸ بود که روندی افزایشی را نشان داد و در زمان مداخله آخر به میزان ۲۴ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود. در شرکت کننده دوم نیز روندی افزایشی وجود داشت به طوری که نمره صمیمیت زناشویی در زمان مداخله سوم برابر با ۱۲۶/۵ بود و به میزان ۵۱/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود. در شرکت کننده سوم نیز میانگین خط پایه برابر با ۱۲۶/۵ بود که در زمان های مداخله نمره صمیمیت زناشویی افزایش داشت به طوری که در زمان مداخله سوم به ۱۵۰ رسید و به میزان ۲۳/۵ نمره بیشتر از خط پایه بود. شکل های ۱ الی ۲ نمودار تغییرات نمره صمیمیت زناشویی در شرکت کنندگان اول تا سوم است و در شکل ۳ به صورت تجمیعی آمده است.



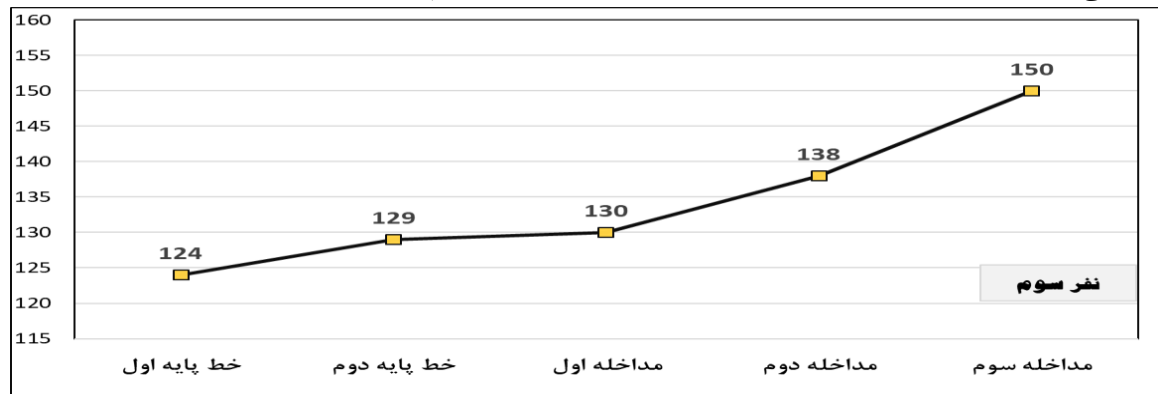
شکل ۱. نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در زمان های مختلف در شرکت کننده اول

شکل ۱ نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در نفر اول است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می دهد صمیمیت زناشویی در زمان های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره صمیمیت زناشویی در هر کدام از زمان های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره صمیمیت زناشویی بود. نمره صمیمیت زناشویی در زمان مداخله آخر به میزان ۲۴ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



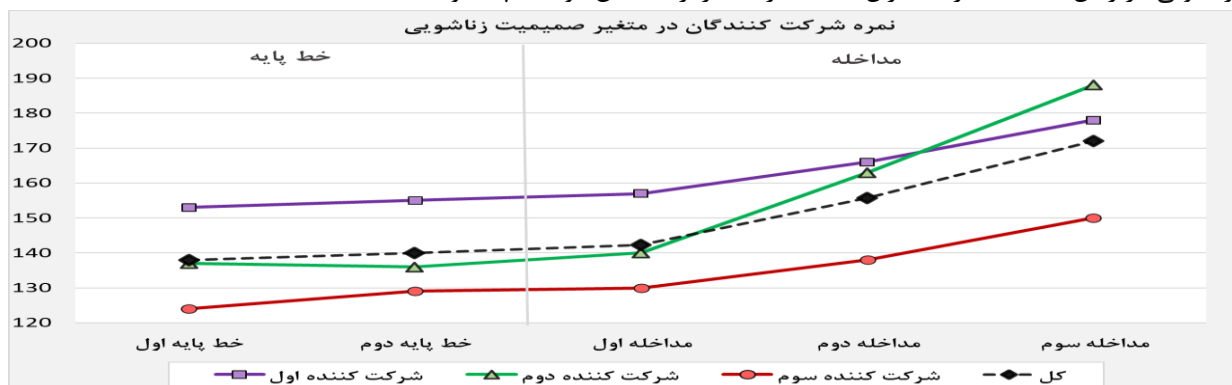
شکل ۲. نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در زمان های مختلف در شرکت کننده دوم

شکل ۲ نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در نفر دوم است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می دهد صمیمیت زناشویی در زمان های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره صمیمیت زناشویی در هر کدام از زمان های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره صمیمیت زناشویی بود. نمره صمیمیت زناشویی در زمان مداخله آخر به میزان ۵۱/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



شکل ۳. نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در زمان های مختلف در شرکت کننده سوم

شکل ۳ نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در نفر دوم است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می دهد صمیمیت زناشویی در زمان های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره صمیمیت زناشویی در هر کدام از زمان های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره صمیمیت زناشویی بود. نمره صمیمیت زناشویی در زمان مداخله آخر به میزان ۲۳/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



شکل ۴. نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی به تفکیک شرکت کنندگان و میانگین کل سه نفر

شکل ۴ نمودار خطی میانگین صمیمیت زناشویی در هر سه شرکت کننده است و نیز نتایج به صورت میانگین سه نفر نیز آمده است. بررسی نمودار نشان می دهد که در هر سه نفر از شرکت کنندگان میزان صمیمیت زناشویی در زمان های مداخله روندی

افزایشی داشت و بیشترین میزان افزایش میانگین نیز در زمان مداخله سوم وجود داشت. بیشترین شیب افزایش در شرکت کننده دوم وجود داشت. میانگین دو خط پایه در هر سه شرکت کننده مشابه بود و تفاوت اندکی داشت. در ادامه و در جدول ۳ به بررسی درصد بهبودی در ارتباط با صمیمیت زناشویی پرداخته شد. مقادیر درصد بهبودی و مقدار بهبودی برحسب نمره خام برای هر کدام شرکت کنندگان آمده است. همچنین میانگین کل بهبودی در سه نفر نیز آمده است. برای محاسبه درصد بهبودی از میانگین خط پایه و زمان مداخله سوم استفاده شد.

جدول ۳. آماره های توصیفی و درصد بهبودی مربوط به صمیمیت زناشویی به تفکیک شرکت کنندگان و کل

متغیر	شاخص	شرکت کنندگان			میانگین کل
		نفر اول	نفر دوم	نفر سوم	
صمیمیت زناشویی	مقدار (نمره) بهبودی	۲۴	۵۱/۵	۲۳/۵	۳۳
	درصد بهبودی	۱۵/۶	۳۷/۷	۱۸/۶	۲۴

نتایج جدول ۳ نشان داد نمره زمان مداخله سوم در تمامی شرکت کنندگان نسبت به زمان خط پایه افزایش داشت و میزان افزایش نمره از حداقل ۲۳/۵ نمره برای نفر سوم تا حداکثر ۵۱/۵ نمره برای نفر دوم بود. درصد بهبودی در میزان صمیمیت زناشویی در نفر اول برابر با ۱۵/۶ درصد، در نفر دوم برابر با ۳۷/۷ درصد و در نفر سوم برابر با ۱۸/۶ درصد بود که نشان داد در تمامی شرکت کنندگان میزان صمیمیت زناشویی بهبود یافته است. میانگین میزان بهبودی در سه شرکت کننده برابر با ۲۴ درصد بود که نشان داد مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار موجب بهبود در صمیمیت زناشویی به میزان ۲۴ درصد شد. در جداول ۴ نمرات شرکت کنندگان در تصویر بدنی گزارش شد که نتایج به تفکیک زمان (دو خط پایه و سه زمان مداخله یا سنجش) آمده است.

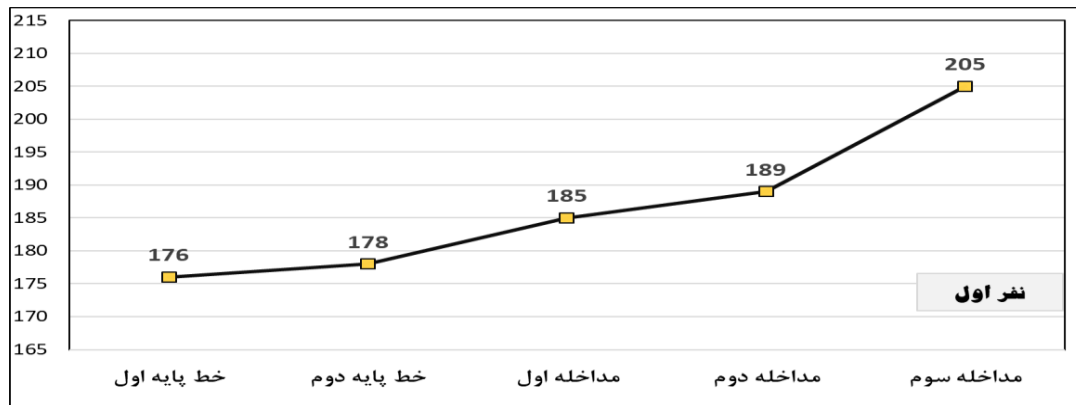
جدول ۴. میانگین نمرات شرکت کنندگان در تصویر بدنی به تفکیک شرکت کنندگان و زمان

زمان	شرکت کنندگان			
	شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	میانگین کل
خط پایه اول	۱۷۶	۱۷۳	۱۹۶	۱۸۱/۷
خط پایه دوم	۱۷۸	۱۷۲	۲۰۱	۱۸۳/۷
مداخله اول	۱۸۵	۱۹۰	۲۰۶	۱۹۳/۷
مداخله دوم	۱۸۹	۱۹۹	۲۱۷	۲۰۱/۷
مداخله سوم	۲۰۵	۲۰۴	۲۱۹	۲۰۹/۳

جدول ۴ نشان داد روند کلی شرکت کنندگان در متغیر تصویر بدنی، روندی افزایشی بود. میانگین کل سه شرکت کننده در خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۸۱/۷ و ۱۸۳/۷ بود که تفاوت اندکی داشت. در زمان های مداخله میانگین به طور تدریجی افزایش داشت و در تمامی سه مرحله مداخله این افزایش تکرار شد. میانگین مداخله اول برابر با ۱۹۳/۷ بود که در زمان مداخله دوم به ۲۰۱/۷ رسید و در زمان مداخله سوم یا آخر به ۲۰۹/۳ رسید که نشان از روند افزایشی و با ثبات در زمان مداخله داشت. در شرکت کننده اول نمره خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۷۶ و ۱۷۸ بود که در زمان های مداخله اول تا سوم به ترتیب ۱۸۵، ۱۸۹ و ۲۰۵ بود که روندی افزایشی را نشان داد و در زمان مداخله آخر به میزان ۲۸ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود. در شرکت کننده دوم نیز روندی افزایشی وجود داشت به طوری که نمره تصویر بدنی در زمان مداخله سوم برابر با ۲۰۴ بود و به میزان ۳۱/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود. در شرکت کننده سوم نیز میانگین خط پایه برابر با ۱۹۸/۵ بود که در زمان های مداخله نمره تصویر بدنی افزایش داشت به طوری که در زمان مداخله سوم به ۲۱۹ رسید و به میزان ۲۰/۵ نمره

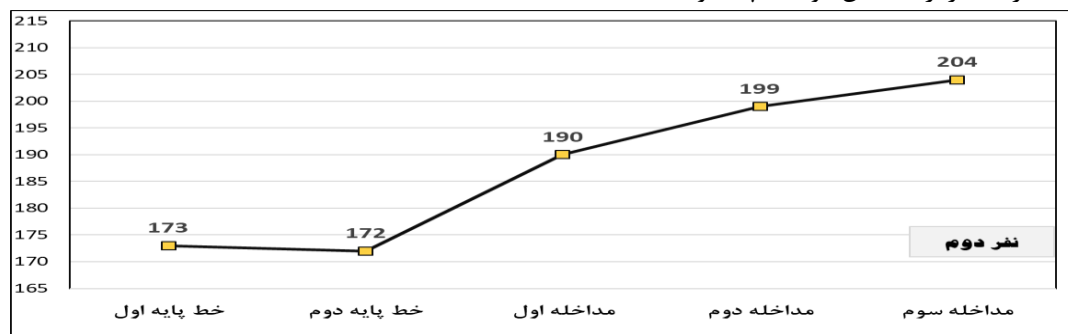


بیشتر از خط پایه بود. شکل های ۵ الی ۶ نمودار تغییرات نمره تصویر بدنی در شرکت کنندگان اول تا سوم است و در شکل ۵ به صورت تجمیعی آمده است.



شکل ۵. نمودار خطی نمره تصویر بدنی در زمان های مختلف در شرکت کننده اول

شکل ۵ نمودار خطی نمره تصویر بدنی در نفر اول است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می دهد تصویر بدنی در زمان های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره تصویر بدنی در هر کدام از زمان های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره تصویر بدنی بود. نمره تصویر بدنی در زمان مداخله آخر به میزان ۲۸ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



شکل ۶. نمودار خطی نمره تصویر بدنی در زمان های مختلف در شرکت کننده دوم

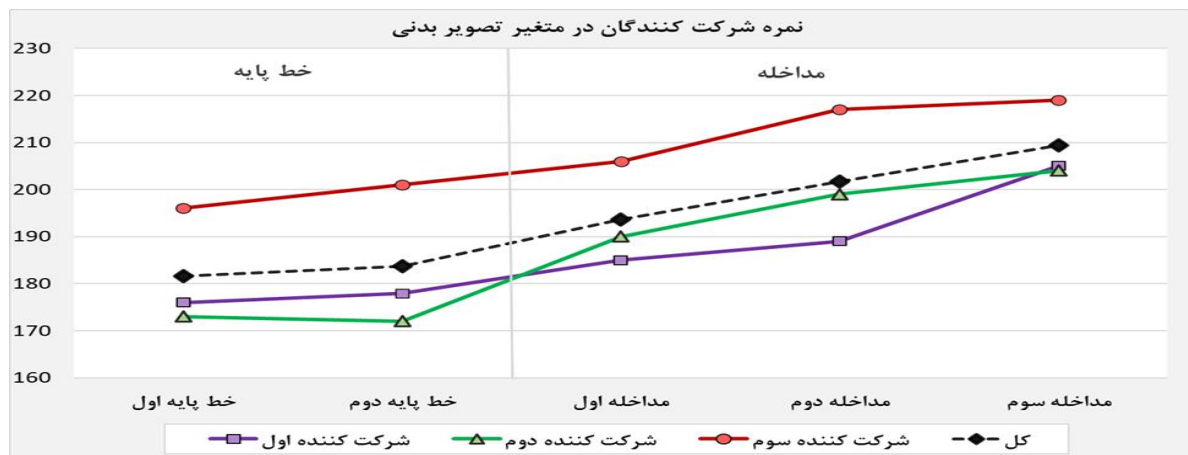
شکل ۶ نمودار خطی نمره تصویر بدنی در نفر دوم است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می دهد تصویر بدنی در زمان های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره تصویر بدنی در هر کدام از زمان های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره تصویر بدنی بود. نمره تصویر بدنی در زمان مداخله آخر به میزان ۳۱/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



شکل ۷. نمودار خطی نمره تصویر بدنی در زمان های مختلف در شرکت کننده سوم

شکل ۷ نمودار خطی نمره تصویر بدنی در نفر دوم است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می دهد تصویر بدنی در زمان های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره تصویر بدنی در هر کدام از زمان های مداخله نسبت به مداخله

قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره تصویر بدنی بود. نمره تصویر بدنی در زمان مداخله آخر به میزان ۲۰/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



شکل ۸. نمودار خطی نمره تصویر بدنی به تفکیک شرکت کنندگان و میانگین کل سه نفر

شکل ۸ نمودار خطی میانگین تصویر بدنی در هر سه شرکت کننده است و نیز نتایج به صورت میانگین سه نفر نیز آمده است. بررسی نمودار نشان می دهد که در هر سه نفر از شرکت کنندگان میزان تصویر بدنی در زمان های مداخله روندی افزایشی داشت و بیشترین میزان افزایش میانگین نیز در زمان مداخله سوم وجود داشت. بیشترین شیب افزایش در شرکت کننده دوم وجود داشت. میانگین دو خط پایه در هر سه شرکت کننده مشابه بود و تفاوت اندکی داشت. در ادامه و در جدول ۵ به بررسی درصد بهبودی در ارتباط با تصویر بدنی پرداخته شد. مقادیر درصد بهبودی و مقدار بهبودی برحسب نمره خام برای هر کدام شرکت کنندگان آمده است. همچنین میانگین کل بهبودی در سه نفر نیز آمده است. برای محاسبه درصد بهبودی از میانگین خط پایه و زمان مداخله سوم استفاده شد.

جدول ۵. آماره های توصیفی و درصد بهبودی مربوط به تصویر بدنی به تفکیک شرکت کنندگان و کل

متغیر	شاخص	شرکت کنندگان			میانگین کل
		نفر اول	نفر دوم	نفر سوم	
تصویر بدنی	مقدار (نمره) بهبودی	۲۸	۳۱/۵	۲۰/۵	۲۶/۷
	درصد بهبودی	۱۵/۸	۱۸/۳	۱۰/۳	۱۴/۸

نتایج جدول ۵ نشان داد نمره زمان مداخله سوم در تمامی شرکت کنندگان نسبت به زمان خط پایه افزایش داشت و میزان افزایش نمره از حداقل ۲۰/۵ نمره برای نفر سوم تا حداکثر ۳۱/۵ نمره برای نفر دوم بود. درصد بهبودی در میزان تصویر بدنی در نفر اول برابر با ۱۵/۸ درصد، در نفر دوم برابر با ۱۸/۳ درصد و در نفر سوم برابر با ۱۰/۳ درصد بود که نشان داد در تمامی شرکت کنندگان میزان تصویر بدنی بهبود یافته است. میانگین میزان بهبودی در سه شرکت کننده برابر با ۱۴/۸ درصد بود که نشان داد مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار موجب بهبود در تصویر بدنی به میزان ۱۴/۸ درصد شد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهشی حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی و تصویر بدنی زنان دارای تجربه آزار دیدگی در کودکی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد هر سه آزمودنی پس از دریافت مداخله روندی صعودی در جهت هدف پژوهش (بهبود تصویر بدنی) را نشان می دهد. یافته های حاصل از تحلیل دیداری نمودار داده های هر سه آزمودنی نشان داد که بر طبق تمامی نتایج میانه و میانگین و طراز و روند و تغییر داده ها فرضیه مذکور تأیید می گردد. میانگین کل سه شرکت کننده در خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۸۱/۷ و ۱۸۳/۷ بود که تفاوت اندکی داشت. در زمان های مداخله میانگین



به‌طور تدریجی افزایش داشت و در تمامی سه مرحله مداخله این افزایش تکرار شد. میانگین مداخله اول برابر با ۱۹۳/۷ بود که در زمان مداخله دوم به ۲۰۱/۷ رسید و در زمان مداخله سوم یا آخر به ۲۰۹/۳ رسید که نشان از روند افزایشی و با ثبات در زمان مداخله داشت. نتایج نشان داد نمره زمان مداخله سوم در تمامی شرکت‌کنندگان نسبت به زمان خط پایه افزایش داشت و میزان افزایش نمره از حداقل ۲۰/۵ نمره برای نفر سوم تا حداکثر ۳۱/۵ نمره برای نفر دوم بود. درصد بهبودی در میزان تصویر بدنی در نفر اول برابر با ۱۵/۸ درصد، در نفر دوم برابر با ۱۸/۳ درصد و در نفر سوم برابر با ۱۰/۳ درصد بود که نشان داد در تمامی شرکت‌کنندگان میزان تصویر بدنی بهبود یافته است. میانگین میزان بهبودی در سه شرکت‌کننده برابر با ۱۴/۸ درصد بود که نشان داد مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار موجب بهبود در تصویر بدنی به میزان ۱۴/۸ درصد شد. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهشی دیگران بر تأثیرات مثبت مداخلات درمانی هیجان‌مدار که بر بهبود تصویر بدنی زنان کارکرده‌اند تطابق داشته که در نتیجه شاهد بهبود وضعیت روانی و ثبات خانواده خواهیم شد. به‌طور مثال در پژوهش‌های داخلی می‌توان به نتایج پژوهش رضایی و همکاران (۱۴۰۰) که بیان می‌کنند درمان‌های هیجان‌مدار موجب افزایش توان مقابله افراد دارای اختلالات خوردن با آشفتگی‌ها و تمایلات خود انتقادی گشته و منجر به بهبود نارضایتی از تصویر بدنی در آن‌ها می‌شود. همچنین شفیع‌آبادی و همکاران (۱۴۰۲) نیز درمان‌های مبتنی بر هیجان را بر بهبود تصویر بدنی افراد مؤثر دانسته‌اند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که زنان دارای تجربه آزار دیدگی در کودکی، معمولاً با هیجانات منفی از جمله ناامنی، خشم، غم، احساس گناه و عدم پذیرش مواجه هستند که به دلیل شرایط خاص، امکان ابراز آن‌ها را نداشته‌اند. این هیجانات فروخورده در گذر زمان می‌تواند منجر به شکل‌گیری باورهای منفی نسبت به خود، احساس بی‌ارزشی، و تصویری منفی از بدن شود. رویکرد هیجان‌مدار با ایجاد محیطی امن و بدون قضاوت، فرصت ابراز هیجانات فروخورده را فراهم می‌کند. این رویکرد با پذیرش بی‌قید و شرط مراجع، کمک به بسته شدن گشتالت خاطره آزار دیدگی، و آموزش خودشفقت‌گری، موجب می‌شود که مراجع بی‌گناهی خود را بپذیرد، اتفاقات گذشته را قبول کند، و به‌سوی خوددوستی و خودتنظیمی گام بردارد. این فرآیند به تدریج موجب کاهش احساسات منفی و افزایش پذیرش خود، درک ارزش‌های فردی، و بهبود تصویر بدنی می‌شود. علاوه بر این، تأثیرات مثبت مداخلات هیجان‌مدار بر تصویر بدنی می‌تواند به تقویت دیگر جنبه‌های روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی منجر شود. بهبود تصویر بدنی نه تنها به افزایش اعتماد به نفس و پذیرش فردی کمک می‌کند، بلکه به بهبود روابط اجتماعی و افزایش ثبات در زندگی خانوادگی نیز می‌انجامد. به‌ویژه در زنان دارای تجربه آزار دیدگی در کودکی، این تغییرات می‌تواند نقشی کلیدی در بازسازی هویت و تقویت حس ارزشمندی ایفا کند. در مجموع، یافته‌های این پژوهش اهمیت به‌کارگیری مداخلات هیجان‌مدار را در بهبود سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی این گروه از افراد برجسته می‌سازد.

همچنین نتایج نشان داد روند کلی شرکت‌کنندگان در متغیر صمیمیت زناشویی، روندی افزایشی بود. میانگین کل سه شرکت‌کننده در خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۳۸ و ۱۴۰ بود که تفاوت اندکی داشت. در زمان‌های مداخله میانگین به‌طور تدریجی افزایش داشت و در تمامی سه مرحله مداخله این افزایش تکرار شد. میانگین مداخله اول برابر با ۱۴۲/۳ بود که در زمان مداخله دوم به ۱۵۵/۷ رسید و در زمان مداخله سوم یا آخر به ۱۷۲ رسید که نشان از روند افزایشی و با ثبات در زمان مداخله داشت. بیشترین میزان افزایش میانگین در زمان مداخله سوم و بیشترین شیب افزایش در شرکت‌کننده دوم وجود داشت. میانگین دو خط پایه در هر سه شرکت‌کننده مشابه بود و تفاوت اندکی نشان داد. نتایج نشان داد نمره زمان مداخله سوم در تمامی شرکت‌کنندگان نسبت به زمان خط پایه افزایش داشت و میزان افزایش نمره از حداقل ۲۳/۵ نمره برای نفر سوم تا حداکثر ۵۱/۵ نمره برای نفر دوم بود. درصد بهبودی در میزان صمیمیت زناشویی در نفر اول برابر با ۱۵/۶ درصد، در نفر دوم برابر با ۳۷/۷ درصد و در نفر سوم برابر با ۱۸/۶ درصد بود که نشان داد در تمامی شرکت‌کنندگان میزان صمیمیت زناشویی بهبود یافته است. میانگین میزان بهبودی در سه شرکت‌کننده برابر با ۲۴ درصد بود که نشان داد مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار موجب بهبود در صمیمیت زناشویی به میزان ۲۴ درصد شده است. از آنجاکه داده‌های هر سه آزمودنی پس از دریافت مداخله، روندی افزایشی در راستای هدف پژوهش (بهبود صمیمیت زناشویی) را نمایان کردند، نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل بصری نمودارهای داده‌های این سه آزمودنی نشان داد که بر اساس تمامی نتایج، میانه، میانگین، طراز، روند و تغییرات داده‌ها، فرضیه مذکور تأیید می‌شود. این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگران بر تأثیرات مثبت مداخلات درمانی هیجان‌مدار که



بر بهبود صمیمیت زناشویی در خانواده کارکرده‌اند تطابق داشته که در نتیجه شاهد بهبود وضعیت روانی خانواده خواهیم شد. به‌طور مثال در پژوهش‌های داخلی می‌توان به نتایج پژوهش‌های داخلی چون یعقوبی و همکاران (۱۴۰۰)، نیز درمان‌های مبتنی بر هیجان را برافزایش میزان صمیمیت زناشویی مؤثر دانسته‌اند. در پژوهش‌های خارجی نیز فرضیه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر هیجان بر بهبود میزان صمیمیت زناشویی را تأیید می‌نماید و می‌تواند در کنار پژوهش‌های پیشین مانند دیلی و همکاران (۲۰۲۴) که بیان کردند، رویکرد هیجان مدار باعث بهبود و افزایش صمیمیت زوج‌ها شده است. بازاری و همکاران (۲۰۲۴) در تحقیق خود با عنوان «کاربرد مهارت‌های ارتباطی صمیمانه» نشان دادند که شیوه آموزشی روانی هیجان‌محور موجب کاهش اضطراب، افزایش سازگاری، بهبود رضایت و تقویت صمیمیت زناشویی شده است. برای تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان از طریق بهبود و ارتقای مهارت‌های اصلاح، پذیرش و تحمل هیجانات منفی، به دستیابی به اهداف درمانی در سایر زمینه‌ها کمک می‌کند. همچنین، آرین فر و اعتمادی (۱۳۹۴) نیز بر این باورند که رویکردهای مبتنی بر هیجان، تأثیر مثبت بر افزایش میزان صمیمیت زناشویی دارند. برای توضیح بهتر این یافته می‌توان گفت که زنان دارای تجربه آزار دیدگی در کودکی، به دلیل آسیب‌های روانی ناشی از خاطرات تلخ و احساس ناامنی در برابر فرد آزارگر، اغلب نسبت به موقعیت‌های مشابه یا افراد نزدیک واکنش‌های سلبی نشان می‌دهند. این وضعیت، همراه با تصویر بدنی منفی و احساس شرم، موجب کاهش اعتماد به نفس و بروز اختلال در روابط صمیمی به‌ویژه با همسر می‌شود. مداخلات مبتنی بر هیجان با ایجاد بستری امن و پذیرنده به افراد کمک می‌کند تا احساسات منفی خود را تخلیه کنند و به تدریج با پذیرش خود و همسر، روابط عاطفی بهتری برقرار کنند. این فرآیند شامل کاهش احساس گناه و شرم، تقویت تصویر ذهنی مثبت از خود و بازسازی اعتماد نسبت به همسر به‌عنوان فردی مستقل از گذشته آزاردهنده است. در نتیجه، بهبود صمیمیت زناشویی تسهیل می‌گردد.

هر کار پژوهشی برحسب مداخلات عناصر و شرایط پیش‌بینی نشده، در حین کار با محدودیت‌هایی مواجه می‌شود که در این بخش به این مسئله در ارتباط با مطالعه جاری پرداخته شده است. داده‌های مربوط به پژوهش به‌وسیله پرسشنامه (که هر یک به‌صورت مکرر استفاده شد) و از طریق خود گزارشی شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد، که این شیوه با توجه به ایجاد آشنایی زیاد در مورد گویه‌های پرسشنامه، و عوامل تأثیرگذار ماند گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخی جامع‌پسند، و گرایش‌های خوش‌بینانه یا بدبینانه به سؤالات، تعمیم‌یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. عدم وجود مطالعه پیگیری، از جمله محدودیت‌های این پژوهش است که به دلیل محدودیت زمان انجام نشد. این پژوهش به‌صورت تک آزمودنی انجام گرفت تا بتواند اندازه‌گیری دقیقی از متغیرهای پژوهش داشته باشد ولی با محدودیت تعمیم‌یافته‌ها روبرو است. به دلایلی از جمله سنجش مکرر شرکت‌کنندگان که ممکن است باعث یادگیری شده و کاهش نمرات آن‌ها را باعث شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به‌منظور ثبات مداخله، مطالعات پیگیری در فواصل ۳ ماه، ۶ ماه و یک سال انجام شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این مداخله بر این گروه از زنان با سایر مداخلات مقایسه گردد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که مشاوران و روان‌شناسان برای زنان آسیب‌دیده در کودکی از مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار استفاده کنند.

منابع

- ایمانی، سمیه؛ صبحی، افسانه و یگانگی، سید کامران. (۱۴۰۳). مقایسه تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی و تحمل ابهام در زوج‌های سازگار و ناسازگار شهر تهران. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۹۷ (۱۱)، ۲۵۶-۲۴۷.
- آرین فر، نیره، اعتمادی، عذرا، (۱۳۹۴)؛ مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه مدار بر نگر و هیجان صمیمیت زناشویی زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵ (۵۹)، ۱۹-۲.
- بابا احمدی، فاطمه و فلاحیه، سپیده. (۱۴۰۳). نقش میانجی شرم از تصویر بدنی در رابطه بین تجربه بدرفتاری هیجانی در دوران کودکی و اختلال بازی اینترنتی در دانشجویان. *نشریه رایش روانشناسی*، ۱۳ (۸)، ۲۲۰-۲۱۱.
- حمیدی نژاد، نازنین؛ دولت‌شاهی، بهروز و باقری، فربرز. (۱۴۰۲). بررسی رابطه کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته خوردن و نقش میانجی نارضایتی تصویر بدنی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۴۶ (۱۱)، ۹۲-۷۷.
- رحیمی، میلاد و صادقی فیروزآبادی، وحید. (۱۴۰۳). نقش واسطه‌ای حساسیت اضطرابی و نارضایتی از بدن در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و نگرش خوردن در دانشجویان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۸ (۴)، ۱۹-۲.
- رضایی، ماهرخ؛ محمدخانی، پروانه جعفری و روشن، مرجان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷ (۳)، ۹۵-۱۱۴.
- شاملی، لیلا؛ بهرام آرا، زهرا؛ محمدی، مهرناز و هادیان فرد، حبیب. (۱۴۰۱). رابطه بدرفتاری‌های دوران کودکی و سلامت روان با میانجی‌گری اجتناب تجربه‌ای در دانشجویان دختر. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۹ (۱)، ۷۸-۵۷.
- شفیع‌آبادی، عبدالله، حسنی، جعفر، و باری، مرسله. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و نظم جویی شناختی هیجان در دختران نوجوان خواهان جراحی زیبایی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*، ۳۰ (دوره ۴) (۱) (پیاپی ۲۹)، ۱۹-۳۶.
- عزیزی، دل‌سا؛ خانجانی، زینب و بخشی‌پور، عباس. (۱۴۰۳). رابطه سوء رفتارهای دوره کودکی با نگرانی از تصویر بدنی در دانش‌آموزان دختر: نقش میانجی سبک‌های دل‌بستگی و افسردگی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۱۱ (۲)، ۳۴-۲۰.
- میرزایی، فرشته؛ بریمانی، صاحبه؛ زارع، فاطمه و فراهانی، سمانه. (۱۴۰۱). الگوی ساختاری رابطه آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی با نقش میانجی شفقت به خود در زنان متأهل. *نشریه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری*، ۵۴ (۱۱)، ۶۹-۵۰.
- یعقوبی، حمید، تونزده جانی، حسن، و زنده دل، احمد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان پذیرش-تعهد بر شفقت خود در زنان دارای تعارض زناشویی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۳ (۳)، ۱۲۲-۱۱۲.
- Baumann, M., Daspe, M. È., Bélanger, C., & Godbout, N. (2025). A Safe Haven Through Attachment: A Dyadic Perspective on the Association Between Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*, 40(9-10), 2093-2114.
- Bazyari, K., Hooman, F., Shoushtari, M. T., & Saadi, Z. E. (2024). Effectiveness of Emotionally Focused Therapy for Couples in Improving Emotion Regulation and Relationship Distress of Emotionally Divorced Couples. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 26(2).
- Cooper, E., Adler-Baeder, F., & McGill, J. (2024). Dyadic links between adverse childhood experiences, mindfulness, and relationship quality in a diverse sample of couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 41(6), 1640-1653.
- Dailey, J., Timulak, L., Goldman, R. S., & Greenberg, L. S. (2024). Capturing the change: a case study investigation of emotional and interactional transformation in emotion-focused therapy for couples. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 23(1), 1-19.

- Du, X., Chaiviboontham, S., & Sumdaengrit, B. (2024). The experiences of Chinese colorectal cancer survivors in marital intimacy after ostomy creation: A qualitative study. *Belitung Nursing Journal*, 10(2), 222.
- Falb, K. L., Blackwell, A., Hategekimana, J. D. D., Sifat, M., Roth, D., & O'Connor, M. (2024). Co-occurring intimate partner violence and child abuse in eastern democratic republic of congo: the influence of early life experiences of abuse. *Violence against women*, 30(3-4), 873-889.
- Finzi-Dottan, R., & Abadi, H. (2024). From Emotional Abuse to a Fear of Intimacy: A Preliminary Study of the Mediating Role of Attachment Styles and Rejection Sensitivity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1679.
- Giff, S. T., Forkus, S. R., Massa, A. A., Brower, J. L., Jarnecke, A. M., & Flanagan, J. C. (2024). Examining relationships among Alcohol Use Disorder, Child Caretaking, and intimate Partner violence in high-risk couples. *Journal of Family Violence*, 1-9.
- Harvey, F. M., Paradis, A., Daspe, M. È., Dion, J., & Godbout, N. (2024). Childhood Trauma and relationship satisfaction among Parents: A Dyadic perspective on the role of mindfulness and experiential Avoidance. *Mindfulness*, 15(2), 310-326.
- Johnson, D. W. (2003). Social interdependence: interrelationships among theory, research, and practice. *American psychologist*, 58(11), 934.
- Kotiuga, J., Bôthe, B., Bergeron, S., Girouard, A., Bigras, N., & Vaillancourt-Morel, M. P. (2024). Longitudinal associations between childhood maltreatment and sexual motivations in couples: The role of basic psychological needs. *Journal of Social and Personal Relationships*, 41(6), 1600-1622.
- Lassri, D., & Gewirtz-Meydan, A. (2024). Breaking the cycle: Mentalizing moderates and mediates the link between childhood sexual abuse and satisfaction with adult romantic relationships. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*.
- Marwitz, U., Higgins, D. J., & Whelan, T. (2024). "Kids are in the middle of it"—Child protection practitioners reflect on indicators of coercive control and situational couple violence. *Children and Youth Services Review*, 160, 107596.
- McCann, D. (2024). Understanding the nature and impact of sexual violence and abuse in the lives of lesbians, gay men, bisexuals, and transgender individuals and couples. *Couple and Family Psychoanalysis*, 14(1), 46-58.
- Petersson, C. C., & Plantin, L. (2024). Overcoming challenges of intimacy: male child sexual abuse survivors' experiences of achieving healthy romantic relationships in Sweden. *Journal of Family Violence*, 39(6), 1107-1120.
- Rodriguez, K. (2024). *Intimate Partner Relationships and Infidelity Among Female Adult Survivors of Child Sexual Abuse* (Doctoral dissertation, Walden University).
- Senich, K. L. (2025). Concurrent Parasympathetic Synchrony in Romantic Couples Exposed to Childhood Maltreatment Subtypes.
- Trevino, Z. R., Marroquin, C., Fife, S., Williams, T., Nordfelt, R., & Gomes, A. (2024). Childhood sexual abuse and couple relationships: a grounded theory on healing. *The American Journal of Family Therapy*, 52(3), 352-368.
- Veggi, S., & Zara, G. (2024). 'Til Prison Do Us Part!' Uncovering Women's Reactions to Child Sexual Abuse Perpetrated by Their Partners. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 24(5), 733-751.

Effectiveness of Emotion-Focused Intervention on Marital Intimacy and Body Image of Women with Childhood Trauma Experience: A Preliminary Study

Fereshteh Bon¹, Mandana Niknam²

Abstract

The aim of the present study was to examine the effectiveness of an emotion-focused intervention on marital intimacy and body image of women who experienced abuse in childhood. In this research, a multiple baseline single-case experimental design was utilized with participants. The statistical population of this study consisted of all women with experiences of sexual abuse during childhood residing in Karaj in the year ۱۴۰۳(۲۰۲۴). Through purposive sampling, three women with a history of childhood sexual abuse were conveniently selected based on entry criteria for the study. The participants entered the research design sequentially, each one week apart after the baseline was established, and were assessed over ۸ intervention sessions. The measurement tools used in this study were body image questionnaires and couples' intimacy questionnaires. The findings were analyzed using visual analysis and descriptive statistics, trend analysis, and variability. The results showed that emotion-focused therapies were effective in improving body image (%۱۵,۸for the first participant, %۱۸,۳for the second participant, and %۱۰,۳for the third participant) and marital intimacy for all three participants (%۱۵,۶for the first participant, %۳۷,۷for the second participant, and %۱۸,۶for the third participant). The findings of this study indicate the efficacy of emotion-focused therapies on body image and marital intimacy of women with childhood trauma experiences. Therefore, it is suggested that psychologists and family therapists utilize this approach to improve body image and marital intimacy issues in women with a history of childhood trauma.

Keywords: Emotion-Focused Intervention, Body Image, Marital Intimacy, Women with Childhood Trauma Experience .

¹ Master's in Family Counseling, Counseling Department, University of Welfare, Tehran, Iran.

² Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Human Science, Khatam University, Tehran, Iran (Corresponding Author)