



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

رساله جهت دریافت درجه دکترای مشاوره

عنوان:

تحلیل محتوای مقاومت، مکانیسم های دفاعی، اتحاد درمانی و انتقال در

کاهش تعارضات زناشویی زنان به روش روان درمانی پویایی کوتاه مدت

فشرده

استاد راهنمای اول: آقای دکتر علی دلاور

استاد راهنمای دوم: آقای دکتر ابوالفضل کرمی

استاد مشاور اول: آقای دکتر باقر ثنائی

استاد مشاور دوم: آقای دکتر عبدالله شفیق آبادی

استاد داور داخلی: آقای دکتر احمد اعتمادی

استاد داور خارجی: خانم دکتر شکوه نوابی نژاد

پژوهشگر: سولماز مبسم

شهریور ۱۳۹۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

از اساتید راهنما آقای دکتر دلاور، آقای دکتر کرمی،
اساتید مشاور آقای دکتر ثنایی، آقای دکتر شفیع
آبادی، اساتید داور آقای دکتر اعتمادی و خانم دکتر
نوابی نژاد و آقای دکتر فرخی و آقای دکتر قربانی به
خاطر کمک در انجام این پژوهش کمال تشکر و
سپاس را دارم.

فهرست مطالب

۸.....	چکیده.....
۹.....	فصل اول: کلیات پژوهش.....
۱۰.....	مقدمه.....
۱۳.....	بیان مساله.....
۱۸.....	ضرورت پژوهش.....
۲۲.....	هدف های پژوهش.....
۲۲.....	فرضیه های پژوهش.....
۲۳.....	سوال های پژوهش.....
۲۳.....	تعریف نظری مفاهیم.....
۲۴.....	تعریف عملیاتی مفاهیم.....
۲۶.....	فصل دوم: پیشینه پژوهش.....
۲۷.....	مقدمه.....
۲۷.....	تعارض زناشویی.....
۳۰.....	تعارض زناشویی در زنان.....
۳۲.....	تعارض آشکار مقابل تعارض پنهان.....
۳۳.....	نظریه روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده.....
۳۴.....	ارزیابی تشخیص دوانلو.....
۳۷.....	اهداف روان درمانی پویایی.....
۳۹.....	تعارض و دفاع ها از دیدگاه روان درمانی پویایی.....
۴۰.....	اتحاد درمانی.....
۴۳.....	هدف، وظیفه و پیوند.....
۴۴.....	مشخص کردن تمرکز و تنظیم اهداف.....
۴۶.....	همدلی.....
۴۶.....	اتحاد درمانی از دیدگاه روان درمانی پویایی.....
۴۸.....	اتحاد درمانی هشیار و ناهشیار.....
۵۰.....	اتحاد درمانی و انتقال.....

مقاومت.....	۵۱
کار با مقاومت.....	۵۲
انواع مقاومت.....	۵۸
مکانیسم های دفاعی.....	۶۰
ویژگی های مکانیسم های دفاعی.....	۶۴
تقسیم بندی مکانیسم های دفاعی.....	۶۵
دفاع های هشیار در مقابل دفاع های ناهشیار.....	۶۷
سکوت به عنوان ارتباط در روان درمانی پویایی.....	۶۹
مقاومت و انتقال.....	۷۱
مقاومت، مکانیسم های دفاعی و اتحاد درمانی.....	۷۴
انتقال.....	۷۴
انواع انتقال.....	۷۸
انتقال مثبت و منفی.....	۸۰
پژوهش های انجام شده.....	۸۱
فصل سوم: روش اجرای پژوهش.....	۸۶
مقدمه.....	۸۷
جامعه آماری.....	۸۷
نمونه و روش نمونه گیری.....	۸۷
روش پژوهش.....	۸۸
طرح تجربی تک موردی.....	۸۸
روش تحلیل محتوا.....	۸۹
لیست نهایی مقوله های محتوا.....	۹۰
کد گذاری.....	۹۵
تحلیل محتوا و روان درمانی پویایی.....	۹۵
روش ارزیابی.....	۹۵
روش گرد آوری اطلاعات.....	۹۶
خلاصه مراحل اجرای پژوهش.....	۹۶

۹۷.....	روش های آماری تجزیه و تحلیل داده ها
۹۸.....	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده های پژوهش
۹۹.....	مقدمه
۱۰۰.....	تحلیل محتوای جلسات درمانی
۱۱۰.....	توصیف و تحلیل یافته های فرضیه ها و سوال های پژوهش
۱۳۹.....	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری پژوهش
۱۴۰.....	مقدمه
۱۴۰.....	بحث و نتیجه گیری در مورد فرضیه ها و سوال های پژوهش
۱۵۱.....	محدودیت های پژوهش
۱۵۲.....	پیشنهاد های نظری
۱۵۲.....	پیشنهاد های کاربردی
۱۵۴.....	منابع فارسی
۱۵۷.....	منابع لاتین
۱۶۵.....	پیوست
۱۶۷.....	پرسشنامه

فهرست جداول

- جدول ۱-۱: فراوانی مکانیسم های دفاعی تاکتیکی مراجع اول..... ۱۱۰
- جدول ۱-۲: فراوانی مکانیسم های دفاعی اصلی مراجع اول..... ۱۱۱
- جدول ۱-۳: درصد فراوانی متغیرهای مراجع اول..... ۱۱۲
- جدول ۱-۴: درصد فراوانی مکانیسم های دفاعی و اتحاد درمانی مراجع اول..... ۱۱۴
- جدول ۲-۱: فراوانی مکانیسم های دفاعی تاکتیکی مراجع دوم..... ۱۱۵
- جدول ۲-۲: فراوانی مکانیسم های دفاعی اصلی مراجع دوم..... ۱۱۶
- جدول ۲-۳: درصد فراوانی متغیرهای مراجع دوم..... ۱۱۷
- جدول ۳-۱: فراوانی مکانیسم های دفاعی تاکتیکی مراجع سوم..... ۱۲۰
- جدول ۳-۲: فراوانی مکانیسم های دفاعی اصلی مراجع سوم..... ۱۲۱
- جدول ۳-۳: درصد فراوانی متغیرهای مراجع سوم..... ۱۲۲
- جدول ۳-۴: فراوانی مکانیسم های دفاعی تاکتیکی مراجع چهارم..... ۱۲۴
- جدول ۳-۵: فراوانی مکانیسم های دفاعی اصلی مراجع چهارم..... ۱۲۵
- جدول ۳-۶: درصد فراوانی متغیرهای مراجع چهارم..... ۱۲۶
- جدول ۴-۱: فراوانی مکانیسم های دفاعی تاکتیکی مراجع پنجم..... ۱۲۸
- جدول ۴-۲: فراوانی مکانیسم های دفاعی اصلی مراجع پنجم..... ۱۲۹
- جدول ۴-۳: درصد فراوانی متغیرهای مراجع پنجم..... ۱۳۰
- جدول ۴-۴: مقایسه درصد فراوانی مکانیسم های دفاعی پنج مراجع..... ۱۳۲
- جدول ۵-۱: فراوانی اتحاد درمانی پنج مراجع..... ۱۳۳
- جدول ۵-۲: بیشترین و کمترین میزان دفاع های تاکتیکی پنج مراجع..... ۱۳۴
- جدول ۵-۳: بیشترین و کمترین میزان دفاع های اصلی پنج مراجع..... ۱۳۵
- جدول ۶-۱: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاسهای تعارضات زناشویی افراد مورد آزمون
در مرحله پیش آزمون، پس آزمون..... ۱۳۶
- جدول ۶-۲: آزمون t همبسته برای مقایسه تغییرات میانگین نمرات تعارضات زناشویی
و خرده مقیاسهای آن بین افراد مورد آزمون..... ۱۳۸

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۱: درصد فراوانی مکانیسم های دفاعی مراجع اول..... ۱۱۳
- نمودار ۱-۲: درصد فراوانی اتحاد درمانی مراجع اول..... ۱۱۳
- نمودار ۱-۳: تغییرات مکانیسم های دفاعی و اتحاد درمانی مراجع اول..... ۱۱۴
- نمودار ۲-۱: درصد فراوانی مکانیسم های دفاعی مراجع دوم..... ۱۱۸
- نمودار ۲-۲: درصد فراوانی اتحاد درمانی مراجع دوم..... ۱۱۸
- نمودار ۲-۳: مقایسه درصد فراوانی های مکانیسم های دفاعی مراجع اول و دوم..... ۱۱۹
- نمودار ۳-۱: درصد فراوانی مکانیسم های دفاعی مراجع سوم..... ۱۲۳
- نمودار ۳-۲: تغییرات اتحاد درمانی در مراجع سوم..... ۱۲۳
- نمودار ۴-۱: درصد فراوانی مکانیسم های دفاعی مراجع چهارم..... ۱۲۴
- نمودار ۴-۲: تغییرات اتحاد درمانی در مراجع چهارم..... ۱۲۵
- نمودار ۵-۱: درصد فراوانی مکانیسم های دفاعی مراجع پنجم..... ۱۳۱
- نمودار ۵-۲: تغییرات اتحاد درمانی مراجع پنجم..... ۱۳۱
- نمودار ۵-۳: مقایسه درصد فراوانی مکانیسم های دفاعی در پنج مراجع..... ۱۳۲
- نمودار ۵-۴: مقایسه تغییرات اتحاد درمانی در پنج مراجع..... ۱۳۳
- نمودار ۶-۱: مقایسه میانگین خرده مقیاسهای تعارضات زناشویی افرادمورد آزمون درمر حله پیش آزمون وپس آزمون..... ۱۳۷

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی تحلیل محتوای مقاومت و مکانیسم های دفاعی، اتحاد درمانی و انتقال در جلسات روان درمانی پویای کوتاه مدت فشرده و همچنین اثر بخشی این شیوه درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان پرداخته است. روش پژوهشی مورد استفاده، پژوهش توصیفی در مورد تحلیل محتوای مفاهیم ذکر شده و طرح نیمه آزمایشی به صورت بررسی موردی در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره در تهران بود. از بین این زنان ۵ نفر که تعارضات زناشویی داشتند و داوطلب شرکت در جلسات درمان بودند، همچنین بر اساس جلسه درمان آزمایشی ملاک های ورود به روان درمانی پویای کوتاه مدت فشرده را داشتند، به طور هدفمند نمونه گیری شدند. هدف از این شیوه نمونه گیری انتخاب کسانی بود که با هدف پژوهش مطابقت داشته باشند. این افراد در جلسات درمانی به مدت ۱۲ جلسه شرکت کردند. درمان بر اساس راهنمای روان درمانی پویای کوتاه مدت فشرده دوانلو انجام شد. این مدل درمانی متمرکز بر روشن سازی دفاع ها و چالش با آنها، تجربه احساسات و حل تعارضات کانونی است. ابزاری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه تعارضات زناشویی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بود.

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش در زمینه اثربخشی از آزمون t همبسته استفاده شد و فرضیه اول مورد تایید قرار گرفت: نتایج نشان دادند که روان درمانی پویای کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان موثر است. در زمینه تحلیل محتوا بعد از جمع آوری داده ها کد گذاری بر اساس نظریه ها و منابع موجود انجام شد و سپس توسط دو تن از متخصصین مورد تایید قرار گرفت. ۳۰ مقوله در مورد مکانیسمهای دفاعی اصلی و تاکتیکی، انتقال مثبت و منفی، عناصر اتحاد درمانی و مقاومت انتقالی در دوازده جلسه درمانی پس از ضبط صوتی جلسات مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و به طور کلی نتایج زیر به دست آمد:

فرضیه دوم و سوم رد شدند و نتایج نشان دادند که مکانیسم های دفاعی به طور پراکنده در طول دوازده جلسه درمان کوتاه مدت فشرده برای ۵ مراجع در تغییر و نوسان بود و بسته به میزان فشار درمانگر برای چالش با دفاع ها، میزان بروز آنها در تغییر بود. همچنین نتایج درمان ارتباط معناداری را بین کاهش تعارضات زناشویی و مکانیسم های دفاعی نشان ندادند. فرضیه چهارم مورد تایید قرار گرفت و نتایج در مورد ارتباط اتحاد درمانی و مکانیسم های دفاعی نشان دادند که تا جلسه سوم یا چهارم هر دو افزایش یافتند و بعد از آن رابطه معکوس داشتند.

همچنین در مورد سوال های تحلیل محتوای پژوهش نتایج نشان دادند که اتحاد درمانی در جلسه سوم بیشترین میزان را داشت و بعد از آن از تغییرات و نوسان اندکی برخوردار بود. در مورد انتقال، میزان انتقال منفی بیشتر از مثبت بود و در طول درمان دوازده جلسه در نوسان بود. در میان مکانیسم های دفاعی تاکتیکی، واژه های سر بسته از بیشترین میزان و فراموشی از کمترین میزان برخوردار بود و در زمینه مکانیسم های دفاعی اصلی دلیل تراشی بیشترین میزان و برون ریزی و گریه کردن کمترین میزان را داشتند.

واژه های کلیدی: مقاومت و مکانیسم های دفاعی، انتقال، اتحاد درمانی، تعارضات زناشویی، روان درمانی پویای کوتاه مدت فشرده

فصل اول

کلیات پژوهش

بروز تعارض در زندگی انسان ها اجتناب ناپذیر است. تعارض کارکردی طبیعی در سیستم زوجی و حاصل وجود تفاوت‌های فردی است. تعارض می تواند به رشد رابطه ها کمک کند یا به آن آسیب برساند. این امر بسته به این است که تعارض چگونه حل و فصل شود تعارض پدیده ای است که به همراه عشق و به موازات آن در روابط زناشویی به وجود می آید و به همزیستی خود در کنار آن ادامه می دهد. در نتیجه، برای نایل شدن به سطح بهینه ای از ارتباط، شناخت تعارض که پدیده ای شایع و ذاتی در روابط انسانی و بخصوص روابط زوج ها است، ضرورت پیدا می کند. اگر تعارض زناشویی سرکوب یا واپس زده شود یا در دل زن و شوهر حبس گردد، آنها به دنبال مفری برای ارضای نیازهای شخصی خود خواهند بود، فرایندی که بیش از همه ممکن است فرزندان خانواده را آماج مضرات خود قرار دهد (فلاح چای، ۱۳۸۷).

فینچام^۱ و بیچ^۲ در سال ۱۹۹۹ عنوان کردند که در واقع تعارض در همه روابط اتفاق می افتد. با مشخص شدن ارتباط تعارض زناشویی با مشکلات متعددی از قبیل افسردگی، بیماری مزمن، و فرزند پروری ضعیف، بررسی و مطالعه آن مهم است (کارن^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین مشخص شده است که تعارض زناشویی باعث آسیب های روانی در بزرگسالان می شود (امری^۴، ۱۹۸۲)، همچنان که همین تاثیر را بر بچه ها با فشاری شدیدتر دارد (کابان^۵، ۲۰۰۴). مشکلات زناشویی با همه تعارض های مربوطش منبع آشکار و مهمی از فشار و پریشانی است (لی^۶، ۱۹۹۳).

به بیان برم^۷ در سال ۱۹۸۵ پژوهش ها نشان می دهند که زنان در مقایسه با مردان شکایت بیشتری در مورد همسر و ازدواج شان دارند. ترمن^۸ و همکارانش در سال ۱۹۸۳ با تحلیل داده هایشان عنوان کردند که زنان معمولاً نسبت به مردان درجه بالاتری از حداکثر شادی و ناشادی را تجربه می کنند. آنها این پدیده را این گونه توضیح می دهند که این

1. Fincham
2. Beach
3. Curran
4. Emery
5. Caban
6. Lee
7. Brehm
8. Terman

حالت طبیعی است به دلیل این که علایق و فعالیت های زنان بیشتر از علایق و فعالیت های شوهرشان در مورد ازدواج متمرکز است و بنابراین شادی زنان به نتیجه تعامل وابسته تر است (تایگرمن^۱، ۲۰۰۵).

وقتی که تعارض های بین فردی رخ می دهد، افراد احساسات ناخوشایندی را تجربه می کنند. اکثر بیماران درمان را جستجو می کنند به دلیل این که آنها نمی توانند احساساتشان را به فعالیت موثری کانال بزنند، بلکه مضطرب شده و از دفاع ها استفاده می کنند. این دفاع ها مشکلات و سیمپتوم هایی را ایجاد می کنند که بیماران از آنها رنج می برند (فریدریکسون^۲، ۲۰۰۸). شخصی که احساس می کند همسرش او را نمی فهمد به احتمال زیاد درگیر رفتارهای دفاعی و محافظت از خود خواهد شد (برادباری^۳ و همکاران، ۱۹۹۶). دفاع ها عملیات ذهنی یا روانی هستند که به عنوان یک قانون، عناصر عواطف ناخوشایند را از آگاهی هشیار - افکار، احساسات یا هر دو - دور می کنند (بلکمن^۴، ۲۰۰۴).

شاید اساسی ترین تمرکز درمان روان پویشی بر درد هیجانی یا روان شناختی باشد که در آن زندگی به عنوان یک فرایند مشکل و طاقت فرسا تصور می شود، روان در کشمکش برای مقابله و تحمل آن ساخته می شود و دفاع ها یا سازوکارهای اجتناب از درد را به وجود می آورد: راه هایی از دیدن، فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن که بیشتر این فعالیت ها خارج از آگاهی اتفاق می افتند. این تلاش های ناهشیار برای اجتناب از درد هیجانی اغلب شکست می خورند، اما چون آگاهی ما محدود است با این وجود آنها بارها و بارها تکرار می شوند. درمان روان پویشی کمک به مراجع است تا آنچه را که به شیوه کامل تری در فرایند درمان تجربه می کند مجدداً فرمول بندی کند و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند. فهمی که درمانگر و مراجع در مورد این مشکلات به وجود می آورند آگاهی مراجع را گسترش می دهد و راه ورود به گزینه های جدید برای مدیریت تعارض را باز می کند. همچنین ظرفیت مراجع را برای تحمل درد هیجانی و مقابله با عدم رضایت افزایش می دهد و در نتیجه توانایی برای اندیشیدن و کنجکاوی در مورد تجربه هایش را به دست می آورد (جانسون^۵ و

1. Tiegerman

2. Frederickson

3. Bradbury

4. Blackman

5. Johnston

دالوس^۱، ۲۰۰۶). در این درمان به بیماران کمک می شود تا اضطرابشان را تنظیم و بر ضد دفاع هایشان تغییر دهند تا این که بتوانند با احساساتی روبرو شوند که از آنها اجتناب کرده اند (ولف^۲ و فریدریکسون، ۲۰۱۲).

دیدگاه روان پویشی کوتاه مدت و فشرده منبعث از الگوی روانکاوی فروید است که توسط دانشمند ایرانی بنام حبیب دوانلو در دانشگاه مک گیل طراحی و توسعه یافت که در آن روش بلند مدت، کم اثر، سازمان نیافته و نامشخص روان تحلیلی به یک روش کوتاه مدت، اثر بخش، سازمان یافته و روشن تبدیل شده است (قربانی، ۱۳۸۲). به عقیده دوانلو (۱۹۹۵) این تکنیک فوق العاده قدرتمند است و قادر به رفع ساختار نوروپیک مرکزی مقاوم ترین اختلالات روانی عصبی طولانی مدت است. از نظر مالان (۱۹۸۰) پس از کشف ناهشیاری پویشی توسط فروید، این روش بزرگترین پیشرفت در روان درمانگری است. مالان^۳ در این زمینه اظهار می دارد که «فروید ناخودآگاه را کشف کرد و دوانلو چگونگی بهره گرفتن از آن برای درمان را» (دوانلو، ۱۹۹۵، ترجمه خلیقی سیگارودی، ۱۳۹۱).

این روش درمانی از آنجا درمانگری پویشی نامیده می شود که همچون روان تحلیل گری تجربه احساسات واقعی، غلبه بر مقاومت و توجه دقیق به پدیده انتقال را مبنای خود قرار داده است. محورهای این روش درمانی بر رابطه درمانی و ماهیت افشا استوار است (جراره، ۱۳۸۶). اصطلاح اتحاد به جنبه خاصی از رابطه مربوط می شود که بین مراجع و درمانگر در طول درمان شکل می گیرد. مطابق با بوردین (۱۹۸۰) اتحاد درمانی از سه عنصر پیوند، توافق بین درمانگر و مراجع در مورد اهداف درمان و تعهد یا درگیری مراجع در انجام وظایف درمان تشکیل شده است. کلمه اتحاد از مطالعه و بررسی رابطه ناشی شده است در حالی که این دو اصطلاح مترادف نیستند بلکه اتحاد جنبه های همکارانه تدریجی و قرارداده خاص رابطه درمانی را در بر می گیرد (سیموندس، ۱۹۹۹).

تحلیل گران (کارتیس^۴، ۱۹۷۵) معتقدند که اتحاد درمانی نباید به تنهایی به عنوان هدف درمانی در نظر گرفته شود بلکه آن را ابزاری برای هدف تحلیل انتقال و مقاومت جهت فراهم کردن بینش می دانند (مورگان^۵، ۱۹۷۷). فروید در اوآن پایه گذاری روانکاوی پدیده انتقال را

1. Dallos

2. Wolf

3. Malan

4. Curtis

5. Morgan

مانعی در راه پیشرفت روان درمانی می دانست لیکن بتدریج به این اعتقاد رسید که رکن اساسی روان درمانی انتقال است به خاطر اینکه نحوه برخورد سالم درمانگر با بیمار سبب می شود که بیمار مشکلات اساسی خود را در ارتباط با انسان‌های دیگر بشناسد. دیدگاه روان پویشی در مورد اتحاد درمانی با مفهوم فروید از انتقال (۱۹۵۸) آغاز شد. انتقال مثبت موجب می شود که مراجع بتواند با درمانگر ارتباط برقرار کند. فروید اتحاد درمانی را به عنوان شکلی از انتقال دید که بر اساس آن مراجع با درمانگر به گونه ای ارتباط برقرار می کند که کار درمانی را میسر می سازد (ریف، ۱۹۹۷). تحلیل انتقال قلب روان درمانی های مبتنی بر روان تحلیلی در نظر گرفته می شود. فروید انتقال را به عنوان بازسازی مداوم گذشته سرکوب شده مفهوم سازی کرد که به روابط کنونی مخصوصا رابطه با درمانگران انتقال داده می شود. تحلیل انتقال برای بیمار و تحلیل گر این امکان را به وجود می آورد که به طور مستقیم از فاصله بین آنچه که در موقعیت واقعی است و آنچه تخیل تحت تاثیر قرار گرفته توسط تجربه گذشته می باشد، آگاهی یابند. تفسیرهای انتقالی موجب بینش و تغییری می شود که بیمار را در مقابل رویدادهای استرس آمیز آینده حفاظت می کند و بیمار را جهت بهبود طرح هایی برای آینده توانمند می سازد (هوگلند^۱، ۲۰۰۴).

بیان مساله

مشکلات زناشویی یکی از علل مهم است که افراد کمک روانشناختی را از مشاوران و متخصصین خدمات انسانی جستجو می کنند (کاوینگ^۲ و همکاران، ۱۹۸۵؛ لويس^۳، ۱۹۸۸ به نقل از مککی^۴ و ابرین^۵، ۱۹۹۸). راش^۶، باری^۷، هرتل^۸، و سواين^۹ (۱۹۷۴) مطرح کردند که وجود تصاویر اوایل زندگی، به نام طرحواره، اساس تعارض زوج ها است. تعارضات حل نشده ای با حضور طرحواره در شخصیت های زوج ها وجود دارد که در ارتباط با آنها زوج ها سطح بالایی از اضطراب را دارند. بین تعارض فعلی زوج ها و تجربیات اوایل زندگی که

^۱. Hoglend

^۲. Cowing

^۳. Lewis

^۴. Mackey

^۵. OBrien

^۶. Rush

^۷. Barry

^۸. Hertel

^۹. Swain

بر اساس آن تعارض پایه ریزی شده است، تشابه وجود دارد. همچنين، ناپير^۱ (۱۹۷۸) و فلدمن^۲ (۱۹۷۹، ۱۹۸۲) اضطراب را به عنوان عامل مهم در تعارضات زناشویی حل نشده مشخص کردند. آنها در پیشنهاد ترومای اوایل زندگی و اضطراب مرتبط با آن به عنوان عناصر مهم در تعارض حل نشده موافق بودند. در مکتب روان پویشی ارایه شده توسط دیکس (۱۹۶۷)، ناپير (۱۹۷۸) و فلدمن (۱۹۷۹) عنوان می شود که اضطراب اساس و سوخت تعارض است و این اضطراب ریشه هایش را در تجارب آسیب زای اولیه در زندگی های هر یک از زوج ها دارد. به علاوه راش بیان کرد که بین گذشته و حال در زندگی های همسران تشابه وجود دارد. در درمان باید خط بین گذشته و حال در زندگی های هر یک از همسران را بررسی کرد. در کار درمانی روان پویشی تمرکز بر مشخص کردن پایه تعارض زوج ها یعنی تجارب اوایل زندگی، همچنين روشن کردن ارتباط تجربیات اولیه زندگی با تعارضات زناشویی کنونی است (مالوک، ۱۹۸۳).

رشد صمیمیت و کاهش تعارضات زناشویی نیاز به سازماندهی مجدد دنیای بازنمایی شده دارد که اساساً در دوران کودکی تشکیل می شود و شکل گیری آن با تجربیات فردی ادامه پیدا می کند. اغلب فرد با فرافکنی خصوصیات دنیای بازنمایی شده ابژه و خود کنونی، معنا و ارزش خاصی را به همسرش منتسب می کند. بنابراین پویایی های روابط زوج ها را بدون توجه به شیوه هایی که همسران برای درک، تفسیر، و انتساب معنا به تعاملاتشان در تجربیات اولیه خانوادگی و در رابطه فعلی به کار می برند، نمی توان فهمید. در این زمینه میلد برگ^۳ (۲۰۰۱) دیدگاه فلدمن (۱۹۷۹) را گسترش داد که " هدف تعارضات زناشویی خدمت به دفاع ها بر علیه اضطرابی است که با تحریک بازنمایی های درونی و هیجانات در طول صمیمیت، برای هر یک از زوج ها به وجود آمده است. او تعدای از زوج ها بی را شناسایی کرد که دفاع های همانندسازی فرافکنانه و دو نیمه سازی کنونی را به تعارض قبلی شان به منظور دفاع بر علیه اضطراب های صمیمیت داخل می کنند؛ و در نتیجه تعارضات درونی را به تعارضات بین شخصی انتقال می دهند و آن را بیرونی سازی می کنند (کنزی^۴، ۲۰۰۵).

1. Napier

2. Feldman

3. Middleberg

4. Kenzie

ارتباط تعارض های گذشته با تعارض های حال به لحاظ نظری مدت ها است که کشف شده است (مالوک، ۱۹۸۳). برای چندین دهه ارزیابی و درمان رابطه زناشویی موضوع بحث انگیزی بوده است. سوالاتی که در این حیطه مورد خطاب واقع شده اند، مکرراً بر تصمیم گیری برای توصیه روان درمانی مشترک، همزمان، یا فردی با تمرکز بر ارتباط زوجی، تمرکز داشته اند (لاسنه^۱، ۱۹۹۶). همچنین کاپلان و سادوک (۲۰۰۰) عنوان کرده اند که بررسی تحقیقات انجام شده در زمینه دیدگاه روان پویایی نشان می دهد که با وجود این که اشکال مختلف روان درمانی روان پویایی اعتبار علمی و جایگاه خود را در میان معتبرترین مراکز علمی دنیا حفظ کرده اند تحقیقات اندکی مستقیماً با روی آورد روان پویایی مرتبط اند. ویس و لانگ، ۲۰۰۰؛ دادستان، ۱۳۸۰ بیان کرده اند که بیشتر تحقیقات موجود مرتبط با روی آورد روان پویایی به صورت تک بررسی ها و کارهای بالینی است که به بیان کیفی میزان تاثیر روش های موجود می پردازد اما بیان آماری این روش ها بندرت مشاهده می شود شاید یک دلیل این امر طولانی بودن و پیچیدگی مفرط این نوع روش ها است. کاون و همکارانش (۲۰۰۳) مطرح کرده اند که آنچه که در بیشتر متون روان تحلیل گری قابل مشاهده است، استفاده عمومی روان تحیل گران از تک بررسی ها در بیان یافته های بالینی است (رحمانی، ۱۳۸۲).

روزنهان و سلیگمن (۱۹۹۵) عنوان می کنند که روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت روشی است که در دامان روان پویایی سنتی تکوین یافته است و ضمن اینکه به مبادی روان پویایی سنتی پایبند است تفاوت بارزی با آن دارد. به عبارت دیگر این روش در درمان مشکلات روانشناختی نه تنها بر تداعی آزاد، مقاومت، تخلیه هیجانان، انتقال و تعبیر و تفسیر تعارضات ناهشیار تاکید دارد بلکه به رفتارها، تفکرات، هیجانان و تعارضاتی که افراد در شرایط کنونی بین فردی خود دارند، تاکید می ورزد. این روش به دلیل اینکه بر اصول روان تحلیل گری استوار است تفسیر را به عنوان یکی از ابزار های اصلی درمان به کار برده و از انتقال نیز استفاده می کند در این ارتباط تجربه ی هیجانی بیمار در انتقال در مصاحبه اولیه و جلسات بعدی بشدت مورد تاکید قرار می گیرد. به گزارش دوانلو طی سه پژوهش نشان داده شد که یکی از ویژگی های افرادی که از این روش سود برده و درمان می شوند عبارت بود

^۱. Lucente

از افزایش مشخص و قابل توجه در رابطه انتقال در جلسه اول و تداوم آن طی چند جلسه اول درمان. این افزایش در انتقال با افزایش در اتحاد درمانی همراه است که به وضوح موجب بالاتر رفتن انگیزه بیمار می گردد. همچنین دوانلو اظهار کرد که ظهور مقاومت نباید به عنوان کاهش اتحاد درمانی قلمداد گردد (دهشیری، ۱۳۸۹).

هوروات^۱، سیموندس^۲، ۱۹۹۱؛ هوروارث و بدی^۳، ۲۰۰۲؛ مارتین^۴، گارس^۵ و دیویس^۶، ۲۰۰۰ اظهار می دارند که اتحاد درمانی، قدرت رابطه کاری^۷ درمانگران با مراجعانشان، نگرانی اصلی همه درمانگران است (گارفیلد، ۲۰۰۴). تنظیم مداخلات درمانی با سطح عملکرد دفاعی بیمار پیش بینی کننده اتحاد درمانی است و همراه با پیش بینی کننده های دیگر نتایج مورد بررسی قرار می گیرد. فرمن^۸ و مارمر^۹ دریافتند درمانگرانی که در فعالیت شان دفاع ها و احساسات مشکل ساز آزمودنی را با درمانگر مورد خطاب قرار می دادند و این احساسات را با دفاع های آزمودنی مرتبط می کردند به اتحاد رشد یافته و نتایج خوبی در آزمودنی ها می رسیدند. به این معنا که هر زمان عملکرد دفاعی پایین است درمانگر باید حمایت کننده تر باشد در حالی که هر زمان عملکرد دفاعی بالا است درمانگر باید از تکنیک های تفسیر کننده تر استفاده کند (دسپلند^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۱).

دوانلو (۲۰۰۱) اظهار می دارد هنگامی که درمانگر بیمار را با احساسات واقعی خود روبرو می کند (احساساتی که بیمار مایل به دیدن آنها نیست)، این امر بلافاصله به فعال شدن سیستم های دفاعی اصلی در بیمار منجر می شود. به کارگیری فنون فشار به احساسات به جنبش مقاومت و انتقال به عنوان فرایندهای همخوان که همیشه باهم فعال می شوند منجر می شود. فشار و چالش هر دو مقاومت را افزایش می دهند و مقاومت نیز منجر به برانگیختگی احساسات انتقالی به درمانگر و در نتیجه متمرکز شدن بیمار در انتقال می گردد. در فنون سستی مقاومت یک مانع عمده برای درمان در نظر گرفته می شود اما در این روش درمانگر از

¹. Horvarth

². Symonds

³. Bedi

⁴. Martin

⁵. Garske

⁶. Davis

⁷. Working Relationship

⁸. Foreman

⁹. Marmar

¹⁰. Despland

طریق فشار و چالش در صدد افزایش مقاومت بیمار است. بالا رفتن مقاومت در این روش نشان می دهد که درمانگر در حال هدایت صحیح فرایند درمانگری و در حال نزدیک شدن به تعارضات دردناک بیماران از طریق مقاومت و انتقال امکان دست یابی مستقیم به احساسات واقعی را فراهم می سازد که بیمار از آنها می گریزد. در این وضعیت درمانگر می تواند فشار رابه صورتی نظامدار افزایش دهد درمانگر باید در کل فرایند مصاحبه به خاطر داشته باشد که در این فن درجه مقاومت و حد فعالیت مولفه های انتقال عوامل اصلی تاثیر گذار در مصاحبه هستند. وظیفه درمانگر دنبال کردن پرسش های خود و افزایش فشار برای حس کردن احساساتی است که بیمار از تجربه آنها می گریزد و همانگونه که اشاره شد هدف از فنونی که بر لمس و تجربه احساسات فشار می آورند جنبش سریع عوامل دو گانه مقاومت و احساسات انتقالی است (دوانلو، ۱۹۹۹). در رویکرد روان پویشی مسائل ارتباطی در قالب مفهوم مثلث شخص (انتقال، گذشته، حال) یا رویکرد روابط موضوعی مورد توجه قرار می گیرد (قربانی، ۱۳۸۴).

روسو و همکارانش (۲۰۰۹) بیان می کنند که زمان محدود و جستجوی هیجانانگیز بیمار این درمان را از بسیاری از انواع دیگر درمان های روان پویشی متمایز می سازد که با توجه به زمان محدود به بیمار تاکید می شود که درمان کوتاه مدت است و جلسه آخر درمان نیز از ابتدا مشخص می شود. تعداد جلسات درمانی بین ۵ تا ۳۰ جلسه است. تعریف یک حوزه و کانون خاص و تمرکز بر روی تعارضات خاص نیز یکی از ویژگی های اساسی درمان روان پویشی کوتاه مدت است. شناسایی و تعیین حوزه های خاص معمولاً در دو تا چهار مصاحبه اولیه بدست می آید. پیشنهادات مستقیم (فرنزی، ۱۹۲۱) مواجهه فعال انتقال (دوانلو، ۱۹۸۰، ملان، ۱۹۷۶) از جمله این تکنیک ها هستند استفاده از مواجهه و تفسیر فعال مقاومت ها و دفاع ها، ویژگی های خاص درمان پویشی کوتاه مدت است و با هدف سرعت بخشیدن در آشکار سازی تعارضات ناهشیار به منظور حل سریع آنها صورت می گیرد. مدل درمانی روان پویشی کوتاه مدت می تواند الگوهای بین فردی ناسازگار را هم در روابط درمانگر - بیمار و هم در سایر روابط را شناسایی و آشکا کند. بینش نسبت به این الگوها در محیطی امن اساس تغییر در نظر گرفته می شود (دهشیری، ۱۳۸۹). با توجه به توضیحات فوق دو سوال اصلی پژوهشگر در این پژوهش عبارتند از: ۱- آیا روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان موثر است؟ ۲- تحلیل

محتوای مکانیسم های دفاعی، مقاومت، انتقال و اتحاد درمانی در زنان دارای تعارضات زناشویی چگونه است؟

ضرورت و اهمیت پژوهش

از آنجایی که خانواده به عنوان بستر اصلی رشد فرد دارای نقش بنیادی و کلیدی است در نتیجه بهداشت روانی افراد در جامعه ریشه در بهداشت و سلامت روانی خانواده دارد که زوج ها در آن به عنوان سکandar و هدایت کننده خانواده نیازمند توجه ویژه می باشند (فلاح چای، ۱۳۸۷). بودمن^۱ و گورمن^۲، ۱۹۸۸ اظهار می دارند که هم اکنون چهل درصد از ارجاعات مراکز بهداشت روان به دلیل تعارضات زناشویی صورت می گیرند (جانسن، ترجمه حسینی، ۱۳۸۹). بلوم، آشر و وایت (۱۹۸۷) اظهار می دارند که اکثر افراد مشکلات زناشویی را به صورت بی نهایت فشارآور تجربه می کنند. در حقیقت بعد از مرگ ناگهانی در خانواده آشفته‌گی زناشویی و طلاق شدیدترین فشارهایی هستند که افراد تجربه می کنند. گریچ و فینچمن (۱۹۹۰) بیان می کنند که مشکلات زناشویی با خطر توسعه ی اختلالات روانی مانند افسردگی در زنان، سوء مصرف الکل در مردان، بدکارکردی جنسی در هر دو جنس و مشکلات رفتاری در کودکان همراه است (امیریان، ۱۳۸۶).

بری^۳ و هترینگتن^۴ (۱۹۹۳) بیان می کنند که در جامعه آمریکا برآورد شده است که دو سوم تمام ازدواج ها آسیب های مربوط به جدایی و طلاق را تجربه کرده اند اگرچه طلاق و تعارضات زناشویی همیشه منفی نیستند، اما آنها می توانند تاثیر مهمی بر بهداشت و سلامت روانی اعضای خانواده داشته باشند (جراره، ۱۳۸۶). کیکات گلاسر و همکارانش (۲۰۰۵) مطرح می کنند که بررسی همه گیر شناسی تحقیقات حاکی از این است که ناسازگاری زناشویی یک عامل خطر زا برای بیمار گونگی و مرگ و میر محسوب می شود، همچنین نتایج این تحقیق حاکی از این است که روابط خصمانه و فرسایشی، واکنش های روانشناختی و سلامتی را تحت تاثیر قرار می دهد. همچنین تحقیقات در زمینه سلامت جسمانی زوج ها نیز نشان داده است که اختلال در روابط زناشویی با کارکرد ضعیف سیستم ایمنی در هر دو

¹.Budman

².Gurman

³.Bray

⁴. Hetherington

جنس همراه است و کیفیت یک رابطه بر عملکرد روانی و سیستم ایمنی بدن موثر است. از این گذشته تعارض زناشویی به ویژه مراودات منفی اثرات مستقیم و مضر بر دستگاه های عروقی، غدد مترشحه داخلی، سیستم ایمنی، عصبی حسی و دیگر سیستم های فیزیولوژیک دارد که به نوبه خود به مسایل سلامتی جسمانی مربوط می شود (فلاح چای، ۱۳۸۷). در این تعارضات ویتن^۱ (۱۹۸۶) مطرح می کند که زنان جدایی از ازدواج و تاهل را اغلب نسبت به مردان زودتر آغاز می کنند (اولری^۲ و اسمیت^۳، ۱۹۹۱).

در دیدگاه درون روانی، باور بر این است که تاریخچه شخصی همسران، جهت فهم تعارض زناشویی ضروری است (مالوک^۴، ۱۹۸۳). دیکس^۵ (۱۹۶۷) عنوان می کند که مواد ناهشیار به هنگام تعارض بین زوج ها باعث به وجود آمدن اضطراب می شود، این مواد تکانه های سرکوب شده ای را شامل می شود که در ناهشیار به عنوان نتیجه تجربیات آسیب زای اوایل زندگی مدفون شده اند. در روان درمانی پویشی با به آگاهی آوردن تجربه های مشکل زا که به طور ناهشیار و به شیوه ای منفی تاثیرگذار هستند، فرد درجاتی از بینش را به علل آنها بدست آورده و تغییر درمانی معنادار برایش اتفاق می افتد (گری^۶، ۲۰۰۳). کولیگان و همکارانش (۲۰۰۰) مطرح می کنند که عامل حیاتی تغییر در روان پویشی بینش است. بینش به فرایند درک شناختی و هیجانی پویایی تعارض های درونی، الگوهای بین فردی، رفتار های تکراری و ارتباط آنها با تجارب گذشته اطلاق می شود. مطالعات نشان داده است که بالا رفتن سطح بینش در دوره درمان با پیامد های مثبت ارتباط دارد (دهشیری، ۱۳۸۹).

باند^۷ و پری^۸ بیان می کنند که مکانیسم های دفاعی به طور منطقی این ظرفیت را دارند که که به عنوان یکی از متغیرهای درمانی در نظر گرفته شوند و در مداخلات درمانی از توجه ویژه ای برخوردار باشند. در این راستا مطالعات نیز اهمیت ارتباط میان مداخلات درمانی و مکانیسم های دفاعی را مورد تایید قرار داده اند. به عنوان نمونه مطالعات نشان داده اند که درمان های پویشی که مستقیماً با دفاع های بیمار سروکار دارند به کاهش چشمگیری در

1. Weiten

2. O'Leary

3. Smith

4. Mallouk

5. Dicks

6. Gray

7. Bond

8. Perry