

اثربخشی آموزش مدل تلفیقی رویکرد هیجان‌مدار و مدل گاتمن بر ترس از صمیمیت و اضطراب زنان نابارور

جواد خلعتبری^۱ و فاطمه‌هاشمی گلپایگانی^۲

ناباروری، یک بحران پیچیده در زندگی است و شاید به همین دلیل است که بسیاری از مولفان، پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به واکنش سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند. مطالعات نشان می‌دهند که عوامل روان‌شناختی می‌توانند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشند و هم این که ناباروری پیامدهای روان‌شناختی را با خود به همراه داشته باشد. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مدل تلفیقی رویکرد هیجان‌مدار و مدل گاتمن بر ترس از صمیمیت و اضطراب زنان نابارور بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل، ۲۲ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری و آزمایشگاه تشخیص طبی شهر قدس استان تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه کاربندی شدند. گروهها قبل و بعد از مداخله از نظر ترس از صمیمیت و اضطراب مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت مداخله با مدل تلفیقی هیجان‌مدار و با استفاده از برنامه مداخله گروهی جانسون و نظریه‌ی دلبستگی بالبی و چند مقوله کلیدی مدل گاتمن قرار گرفتند. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که آموزش مدل تلفیقی موجب کاهش معنادار ترس از صمیمیت و اضطراب زنان نابارور شده است. به نظر می‌رسد از آموزش مدل تلفیقی رویکرد هیجان‌مدار و مدل گاتمن می‌توان برای کاهش ترس از صمیمیت و اضطراب زنان نابارور استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: مدل تلفیقی، رویکرد هیجان‌مدار، مدل گاتمن، ترس از صمیمیت، زنان نابارور

مقدمه

ناباروری به عنوان ناتوانی برای باردار شدن یا عدم تداوم بارداری تعریف شده است. ناباروری همان گونه که تحت تاثیر عوامل فیزیولوژیک می‌باشد و در قلمرو علوم پزشکی قرار می‌گیرد، دارای جنبه‌های روانی اجتماعی نیز می‌باشد و در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز قرار می‌گیرد (ابی، اندریس و هالمن، ۱۹۹۴). زوج‌های نابارور، علاوه بر آنکه با یک سلسله مشکلات جسمانی روبرو

هستند، اما در پی تشخیص، درمان و سیر بیماری دسته‌ای از مشکلات روانی را نیز تجربه می‌کنند (صمدی و دوستکام، ۲۰۱۷). مطالعات نشان می‌دهند که عوامل روان‌شناختی می‌توانند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشند و هم این که ناباروری پیامدهای روان‌شناختی را با خود به همراه داشته باشد (مهستد، مک‌داف، برنستین، ۱۹۸۷) به عبارت دیگر، مشکلات روان‌شناختی ناشی از ناباروری می‌تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد (دومار، کلاپ، اسلاسی، داسک و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فشارهای روانی و نگرانی حاصل از ناباروری بر عملکرد فیزیولوژی بدن اثر مستقیم به جا گذاشته و در نهایت بر ناباروری تاثیر منفی می‌گذارد (کی، چنج، ربر و سولز، ۱۹۹۵). از طرفی افرادی که آرامش خاطر داشته و از سلامت روانی برخوردارند، فشارهای کمتری تجربه کرده و در نتیجه احتمال باروری آنان افزایش می‌یابد (دومار و همکاران، ۲۰۰۰).

به نظر می‌رسد که افراد نابارور نشانه‌های افسردگی، غم و اندوه، خشم، احساس گناه، احساس شکست و ناکامی، شرم، از دست دادن کنترل و سطح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند. به نظر برخی پژوهشگران میزان افسردگی و اضطراب نابارورها به اندازه میزان این مشکلات در مبتلایان به ناراحتی قلبی، سرطان و ایدز است (وسر، ۱۹۹۴). پژوهش ماتسایا‌یاشی، هساکا، الزامی و سوزوکی و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد میزان اضطراب و افسردگی در این زنان ارتباط معناداری با فقدان حمایت شوهرانشان و همچنین احساس استرس در آن‌ها داشته است. فلدمن (۱۹۷۹) اظهار می‌دارد که زوج‌ها ممکن است برای اجتناب از اضطراب از طریق چرخه‌های تعاملی منفی تکراری، صمیمیت در رابطه خود را محدود کنند، بر همین اساس افزایش و بهبود صمیمیت اغلب یکی از اهداف زوج‌درمانی می‌باشد (لارنسی، برارت و روین، ۲۰۰۵).

نتایج حاصل از پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که سطح تنش و اضطراب پایین‌تر و مداخلات روان‌شناختی امکان باروری در زوجین را افزایش می‌دهد (دومار و همکاران، ۲۰۰۰؛ همرلی، نوج و برث، ۲۰۰۹)، بر همین اساس امروزه درمان‌های روان‌شناختی، در درمان‌های ناباروری مورد توجه خاص قرار می‌گیرد (مک‌نایتون-کسیل، بستویک، ونسکوی، آرتور و همکاران، ۲۰۰۰؛ استراس، هپ، استدینگ و متلر، ۱۹۹۸). درمانگران با موضوعات گوناگون و پیچیده‌ای در ساختارهای خانوادگی و زوجی از جمله ناباروری مواجه هستند و درمان‌های تک‌بعدی (مثلاً درمان‌های مبتنی بر شناخت یا درمان‌های رفتاری یا هیجانی) به تنهایی توانسته‌اند روابط خانوادگی را با همه پیچیدگی‌های آن در نظر بگیرند (هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲). بر همین اساس در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای ترکیب مولفه-

های خاص از رویکردهای مختلف به یک روش منظم و در یک مدل منسجم و یکپارچه انجام شده است (اسنايدر، کستلانی و ویسمن، ۲۰۰۶). رویکردهای تلفیقی دارای مزایای منحصر به فردی از جمله ایجاد پایه وسیع تری از مداخله و انعطاف پذیری در درمان مراجعان است، همچنین رویکردهای تلفیقی می‌کوشند تا خطر مداخله اتفاقی، بی‌ربط و متناقض که از عاریت‌گیری التقاطی اصول یا تکنیک‌های مختلف، بدون ملاحظه ناسازگاری بالقوه یا تعاملات ناسازگار آنها حاصل می‌شود را کاهش دهد (لیو، ۱۹۹۷).

نظریه گاتمن رویکردی تلفیقی است که از مبانی و اصول اعتقادی نظریه‌های مختلف سیستمی، وجودی، روانکاو و رفتاری یاری جسته است (رنдал، ۱۹۹۸). رویکرد هیجان‌مدار، رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان می‌باشد که در اوایل دهه ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ ابداع شد، این رویکرد به نقش مهم هیجان‌ات و ارتباطات در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته، و هیجان‌ات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (جانسون، ۲۰۰۴). جانسون و گاتمن تاثیر کار یکدیگر را بر روی مدل‌های مربوط به خود، در منابع مختلف تصدیق کرده و به رسمیت شناخته‌اند (جانسون، ۲۰۰۸؛ جانسون و گرینبرگ، ۱۹۹۴؛ گاتمن و گاتمن، ۲۰۰۶).

پژوهش‌انان و بجی (۲۰۱۲) نشان داد زوجین نابارور تمایل دارند بیشتر ارتباطات منفی و آسیب‌پذیر مانند انتقاد، سرزنش، تحقیر و عصبانیت را نشان دهند و زمانی که همسرشان سعی دارد مشکلی را حل کند، سطح پایینی از همدلی را ابراز می‌کنند، بر همین اساس استفاده از مدل گاتمن در بهبود روابط زوجین نابارور بسیار کمک‌کننده و موثر می‌باشد. آرتس، هاپلشتن، ون امپل، بویوین و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که نمره اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی پایین در مراکز ناباروری به هم مرتبط هستند و آموزش زوج‌درمانی هیجان‌محور، کیفیت زندگی زوجین نابارور را بالا و سطح اضطراب و افسردگی آنها را پایین می‌آورد. با توجه به آنچه گفته شد، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش این روش تلفیقی مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار و مدل گاتمن را بر کاهش ترس از صمیمیت و اضطراب زنان نابارور بود.

روش

این پژوهش، پژوهشی کاربردی از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش زنان نابارور مراجعه‌کننده به آزمایشگاه آسیب‌شناسی و مراکز ناباروری شهر

قدس استان تهران بودند، که حداقل ۲ سال از ازدواج آنها گذشته باشد. از این جامعه ۲۲ نفر به شیوه‌ی نمونه‌ی در دسترس انتخاب و بعد از توضیح کامل پژوهش و اخذ رضایت کتبی آنها، به صورت تصادفی در دو ۱۱ نفری آزمایشی و کنترل کاربندی شدند. شرط ورود به پژوهش، نداشتن برنامه فوری برای طلاق و جدایی و استفاده‌ی همزمان از درمان‌های دیگر بود. شرکت کنندگان قبل و بعد از مداخله‌ی درمانی، با پرسشنامه‌ی ترس از صمیمیت^۱ (FIS)، و مقیاس اضطراب کتل^۲ (CAS) مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه‌ی ترس از صمیمیت توسط دسکانتر و تلن (۱۹۹۱) ساخته شده و ۳۵ ماده دارد که هدف آن سنجش اضطراب‌های مربوط به روابط نزدیک است. ماده‌های این مقیاس بر ترس‌های مربوط به برقراری ارتباط با دیگران یا درگیر شدن در روابط نزدیک، صمیمانه و عاشقانه و به ویژه ترس‌های مربوط به خود افشایی در این زمینه تمرکز می‌کند. فلاح‌زاده و همکاران (۲۰۱۱) با روش تحلیل عاملی، دو عامل ترس از صمیمیت در رابطه با همسر و ترس از صمیمیت در رابطه با دیگران را در آن مطرح کرده‌اند. آنها اعتبار و پایایی این پرسشنامه را مورد تایید قرار داده‌اند.

مقیاس اضطراب کتل شامل ۴۰ سوال است. بیست سوال آن اضطراب پنهان و بیست سوال دیگر اضطراب آشکار را اندازه‌گیری می‌کند. کتل پایایی مقیاس اصلی را ۰/۷۸ گزارش کرده است. این پرسشنامه در سال ۱۳۶۷ در یک نمونه ایرانی شامل ۹۷۷ دانشجوی دانشگاه تهران در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، هنجاریابی شد و دارای روایی و اعتبار مقبولی است. فرامرزی (۲۰۰۵) ضریب همسانی درونی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۰ گزارش کرده است. این مقیاس می‌تواند برای زنان و مردان بعد از ۱۴ سالگی در اکثر فرهنگ‌ها به کار برده شود (گنجی، ۲۰۰۱).

شیوه‌ی اجرا

بعد از اجرای پرسشنامه‌ی ترس از صمیمیت و پرسشنامه اضطراب کتل در مرحله پیش‌آزمون و انتخاب نمونه گروه کنترل و گروه آزمایش، اعضای گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای از آموزش مدل تلفیقی گاتمن و هیجان‌مدار و مفاهیم رویکرد هیجان‌مدار و از برنامه مداخله گروهی جانسون (جانسون، ۲۰۰۸) را دریافت کردند. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از جلسات آموزش مدل تلفیقی رویکرد هیجان‌مدار و مدل گاتمن ارایه شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات آموزش مدل تلفیقی رویکرد هیجان‌مدار و مدل گاتمن

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط حرفه‌ای و همدلانه، آشنایی با اعضا و سوال درباره انتظارات آن‌ها از شرکت در دوره آموزشی، بیان اهداف و قوانین جلسات آموزشی؛ اجرا پرسشنامه‌ترس از صمیمیت و مقیاس اضطراب به عنوان پیش‌آزمون
دوم	آشنایی با انواع سبک دلبستگی، آشنایی با چرخه تعاملات منفی، شناسایی احساسات زیر بنایی و ابراز نشده
سوم	خلاصه‌ای از مفاهیم EFT آشنایی با مفاهیم A.R.E
چهارم	آشنایی با انواع الگوهای مکالمات شیطانی
پنجم	آشنایی با مفهوم موقعیت‌های خام و اهمیت شناسایی این موقعیت‌ها، بازنگری لحظه سخت
ششم	آشنایی با شاخص‌های طلاق و چهار سوار آخرالزمان، آشنایی با سبک شروع مشاجرات
هفتم	آشنایی با مشخصات ازدواج موفق و آشنایی با هفت اصل خانه امن رابطه که توسط گاتمن (۱۹۹۹) معرفی گردید، آشنایی با نقشه عشق و محبت (اصل اول)، اشتراک گذاشتن علاقه، تحسین و قدردانی خود (اصل دوم)، نزدیک شدن به جای فاصله گرفتن از یکدیگر (اصل سوم)
هشتم و نهم	پذیرش نفوذ همسر (اصل چهارم)، آموزش شیوه‌های رفع مشکلات قابل حل (اصل پنجم)، راه‌های غلبه بر مشکلات دائمی (اصل ششم)، ایجاد معنای مشترک (اصل هفتم)
دهم	تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها، تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی و التیام جراحات با استفاده از سه مولفه A.R.E و تحکیم موقعیت‌های جدید و چرخه تعاملی مثبت؛ اختتام جلسات، اجرای پس‌آزمون و نظرخواهی از شرکت‌کنندگان

برای مقایسه‌ی گروه‌ها بعد از کنترل الزامات لازم از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا استفاده شد. داده‌ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در جدول ۱ مولفه‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش ارایه شده است.

جدول ۲. مولفه‌های توصیفی اضطراب و ترس از صمیمیت در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	sd	M	sd	M
اضطراب	۳/۷۴	۴۶/۰۰	۳/۲۳	۴۶/۴۵
پس‌آزمون	۳/۵۶	۴۰/۹۱	۲/۰۲	۴۸/۹۱
ترس از صمیمیت	۷۵/۷۳	۸۹/۳۶	۱۳/۳۲	۸۶/۷۳

پس‌آزمون ۱۳/۵۲ ۱۳/۹۱ ۸۹/۳۶ ۱۳/۹۱

همچنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقایسه میانگین ترس از صمیمیت و اضطراب در زنان نابارور در دو گروه دلالت بر این دارد که میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است.

در راستای تحلیل‌های استنباطی و بررسی فرضیه‌های پژوهش که آموزش مدل تلفیقی هیجان‌مدار و مدل گاتمن بر کاهش ترس از صمیمیت و کاهش اضطراب زنان نابارور با توجه به برقرار بودن مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری (همگنی خطای واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع داده‌ها، رابطه خطی، همگنی ماتریس واریانس کوواریانس) نتایج آزمون لامبادای ویلکز نشاد داد که مقدار F محاسبه شده (۴/۵۰) در سطح ۰/۰۳ معنا دار است. این موضوع نشان می‌دهد آموزش مدل تلفیقی هیجان‌مدار و مدل گاتمن توانسته روی ترکیب ترس از صمیمیت و اضطراب زنان نابارور تاثیر معناداری داشته باشد. در جدول ۳ خلاصه‌ی نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در برای بررسی آموزش مدل تلفیقی گاتمن و هیجان‌مدار بر کاهش ترس از صمیمیت زنان نابارور ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در تاثیر آموزش مدل تلفیقی گاتمن و

هیجان‌مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و اضطراب زنان نابارور						
Sig.	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	
۰/۰۰۱	۲۷/۰۹	۱۴۲۰/۶۹	۱	۱۴۲۰/۶۹	گروه	
۰/۰۰۱	۸۲/۳۶	۳۲۷/۳۲	۱	۳۲۷/۳۲	گروه	

پس از تعدیل میانگین نمرات پیش‌آزمون برای متغیر ترس از صمیمیت در دو گروه آزمایش و کنترل، نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطح معناداری کمتر از ۰/۰۲۵ (آلفای بنفرونی) است. بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون ترس از صمیمیت در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری از لحاظ آماری دارد. همچنین اندازه اثر محاسبه شده ۰/۶۰ بزرگ‌تر از ۰/۱۴ است که نشان می‌دهد آموزش مدل تلفیقی هیجان‌مدار و مدل گاتمن بر ترس از صمیمیت زنان نابارور موثر بوده است. در رابطه با اضطراب، پس از تعدیل میانگین نمرات پیش‌آزمون برای متغیر اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل، نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که سطح معناداری کمتر از ۰/۰۲۵ (آلفای بنفرونی) است. بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار

می‌باشد. لذا می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون اضطراب در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری از لحاظ آماری دارد. همچنین اندازه اثر محاسبه شده ۰/۶۰ بزرگ‌تر از ۰/۱۴ است که نشان می‌دهد آموزش مدل تلفیقی هیجان‌مدار و مدل گاتمن بر اضطراب زنان نابارور تاثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدل تلفیقی رویکرد هیجان‌مدار و مدل گاتمن بر کاهش میزان ترس از صمیمیت و اضطراب زنان نابارور انجام گردید. نتایج حاصل بیانگر معنادار بودن اثربخشی آموزش مدل تلفیقی بر کاهش ترس از صمیمیت و اضطراب زنان نابارور شرکت‌کننده در پژوهش بود. پژوهش‌های مختلفی اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار در افزایش کیفیت زندگی و کاهش سطح اضطراب و افسردگی زوجین نابارور (آرتس، هاپلشتن، ون‌ایمپل، بویوین و همکاران، ۲۰۱۲؛ سلطانی و همکاران، ۲۰۱۴)، کاهش احساس خشم، گناه، غم و ناامیدی در زوجین (فینی، ۲۰۰۲)، حل صدمه دل‌بستگی و افزایش رضایت زناشویی (دنتون، ویتنبرن و گلدن، ۲۰۱۲؛ داویننگ، ۲۰۰۸؛ رودریگز، ۲۰۰۹؛ هالچوک، مکینن و جانسون، ۲۰۱۰؛ سندبرگ و کنستل، ۲۰۱۱)، کاهش اضطراب دل‌بستگی و افزایش اعتماد ارتباط (مکینن، ۲۰۰۴)، افزایش کیفیت روابط زناشویی (هولیس، میلر، فلستو و فرناندس، ۲۰۰۷؛ بن‌آری و لای، ۲۰۰۵؛ نوفل و شیور، ۲۰۰۶) نشان داده است که با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

همچنین از جمله مسایلی که زوجین نابارور با آن دست به‌گریبان هستند، صدمه دل‌بستگی و اضطراب صمیمیت است. صدمه دل‌بستگی زمانی بروز می‌کند که نیازهای دل‌بستگی یکی از طرفین فعال شده باشد و طرف مقابل در دسترس نبوده و یا پاسخگو نباشد، در نتیجه دل‌بستگی فرد، آسیب دیده و ممکن است برای برقراری صمیمیت و رابطه با طرف مقابل دچار اضطراب شود، و ترس و تردید نیازهای دل‌بستگی را فعال می‌کند. سطوح پایین صمیمیت و رضایت از رابطه، اغلب نشانگر پیوند دل‌بستگی نایمن است (هازن و شاور، ۱۹۸۷)، زوج‌های دارای پیوند دل‌بستگی نایمن از طریق الگوهای هیجانی دفاعی، که مانع در دسترس بودن، اعتماد و پاسخگو بودن است، تعامل برقرار می‌کند (جانسون، ۲۰۰۴)، چنین زوج‌هایی مستعد اضطراب دل‌بستگی و رفتارهایی از قبیل اعتراض و خصومت، و احساس یاس و بی‌علاقگی می‌باشند (بالبی، ۱۹۶۹، به نقل از جانسون، ۲۰۰۴). سطوح بالای اضطراب در روابط عاشقانه اغلب منجر به وابستگی شدید به طرف مقابل و یا سبک بین‌شخصی کنترل‌کننده و سلطه‌گر می‌شود، ممکن است منجر به عاطفه منفی و سطوح پایین اعتماد و رضایت از رابطه شود. افراد دارای

سبک دلبستگی اجتنابی به این دلیل که دیگران را قابل اعتماد نمی‌دانند، از روابط صمیمانه اجتناب می‌کنند (کولینز و فینی، ۲۰۰۴). این افراد به خاطر ترس از طرد شدن، از برقراری ارتباط اجتناب می‌کنند، در مقابل افراد با سبک دلبستگی ایمن اضطراب صمیمیت ندارند، زیرا خود را شایسته مراقبت و توجه می‌دانند (بارثولومئو، ۱۹۹۰). در همین راستا از اهداف اصلی زوج‌درمانی هیجان‌مدار پرداختن به نگرانی‌های دلبستگی، کاهش ناامنی‌های دلبستگی و خلق پیوندی ایمن است (جانسون، ۲۰۰۴). در رویکرد هیجان‌مدار تمرکز به ایجاد تماس هیجانی و پیوند ایمن از طریق در دسترس بودن و پاسخگویی می‌باشد، این پیوند و دلبستگی ایمن پاسخگویی نیازهای درونی زوجین به امنیت، حمایت و تماس می‌باشد.

می‌توان گفت گاتمن اختلاف زناشویی را نتیجه عواملی همچون رفتارهای نامناسبی مانند نادیده گرفتن، تحقیر، سرزنش، کناره‌گیری و سکوت (۴ اسب آخرالزمان مدل گاتمن) و یا عدم شناخت کافی از یکدیگر، یا وجود بن‌بست و موانع در رابطه زناشویی می‌داند که این نتایج با نتایج پژوهش‌انات و بجی (۲۰۱۲) در مورد زوجین نابارور همسو است. همچنین از آنجایی که زوج‌های ناسازگار، رفتارهای منفی را مقابله به مثل می‌کنند، این روش برخورد به افزایش تعارض و ایجاد سیکل معیوب منجر می‌شود، پس یک قضیه بنیادی در رویکرد گاتمن قطع چرخه تعاملی منفی در رابطه می‌باشد، این عمل به ویژه از آن جهت مهم است که رفتارهای منفی بیش از رفتارهای مثبت به تجربه رضایت‌مندی و شادمانی از رابطه‌تاثیر می‌گذارد (گاتمن، ۱۹۹۴؛ جانسون، ۲۰۰۴). در این مدل تلفیقی با استفاده از آموزش هفت اصل خانه امن رابطه گاتمن با تکیه بر مجموعه پروتکل‌ها و تمرینات ساختاریافته مدل گاتمن به مراجعان برای افزایش مهارت‌های اجتماعی خود در زمینه‌هایی مانند گوش دادن همدلانه، اعتباربخشی و توجه و احترام به عقاید و نظرات یکدیگر، خود آرام‌سازی فیزیولوژی و به شیوه مناسب بحث کردن، پذیرش نفوذ و سازش به منظور افزایش رفتار مثبت کمک می‌شود، آموزش این مهارت‌های رفتاری و بکارگیری آن‌ها در رابطه زوجین سبب افزایش شادمانی زناشویی و رضایت و صمیمیت رابطه زناشویی می‌شود (گاتمن و سیلور، ۲۰۱۲).

References:

- Aarts, J. W. M., Huppelschoten, A. G., Van Empel, I. W. H., Boivin, J., Verhaak, C. M., Kremer, J. A. M., & Nelen, W. L. (2011). How patient-centered care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*, 27(2), 488-495.
- Abbey, A., Andrews FM. & Halman LJ. (1994) Infertility and parenthood: does becoming a parent increase well-being? *J Consult Client Psychol*. 62(2), 398-403.
- Bartholomew, K., (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*. 7(2), 147-178.
- Ben-Ari, A. & Lavee, Y. (2005). Dyadic characteristics of individual attributes: Attachment, neuroticism, and their relation to marital quality and closeness. *American Journal of Orthopsychiatry*. 75(4), 621-631.

- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. *Handbook of closeness and intimacy*. 163-187.
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of marital and family therapy*. 38(1), 23-38.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and sterility*. 73(4), 805-811.
- Downing, U. (2008) *Attachment Style ,Relationship, Satisfaction, Intimacy, Loneliness, Gender role beliefs and the expression of authentic self in romantic relationship* .University of Maryland for the degree PH.D. Psychology.
- Falahzadeh, H., Farzad, F., Falahzadeh, M. (2011). A study of the Psychometric Characteristics of Fear of Intimacy Scale (FIS). *Research in Psychological Health*, 5(1):70-79. [Persian]
- Feeney, J.A. (2002). The role of husbands and wives emotional expressivity in the marital relationship. *Journal of Family Therapy*. 7, 515-520.
- Feldman, L. B. (1979). Marital Conflict and Marital Intimacy: An Integrative Psychodynamic-Behavioral-Systemic Model. *Family Process*, 18(1), 69-78.
- Gangi, H. (2001). *Personality evaluation*. Tehran: Savalan Publishing. [Persian]
- Gottman, J. M. (2008). Gottman method couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*. 4, 138-164.
- Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2006). *Ten lessons to transform your marriage*. New York: Three Rivers Press.
- Gottman, J., & Silver, N. (2012). *What Makes Love Last?: How to Build Trust and Avoid Betrayal*. Simon and Schuster.
- Gottman, John.M. (1994). *Why marriage succeed or fail*. New York.
- Greenberg L. & Goldman R. (2007). Integrating love and power in emotion – focused couple therapy. *European psychotherapy*. 7(1), 117- 135.
- Halchuk, R. E., Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2010). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: A three-year follow-up. *Journal of couple & relationship therapy*. 9(1), 31-47.
- Halford, W. K. & Snyder, D. k. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*. 43(1), 1-12.
- Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*. 15(3), 279-295.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 52(3), 511.
- Hollist, C. S., Miller, R. B., Falceto, O. G., & Fernandes, C. L. C. (2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a Latino sample. *Family process*. 46(4), 485-498.
- Johnson, S. (2008). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. New York, NY: Little, Brown.
- Johnson, S. M. (2003). The Revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of marital and family therapy*. 29(3), 365-384.
- Johnson, S. M. (2004). Attachment theory as a guide for healing couple relationships. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment* (pp. 367–387). New York. Guilford Press.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1994). *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 23(2), 135-152.
- Johnson, S. M., & Whiffen, V. E. (Eds.). (2003). *Attachment processes in couple and family therapy*. Guilford Press.
- Keye, W.R., Chang, R.J., Rebar, R.W., & Soules, M. R. (1995). *Infertility. Evaluation and Treatment*. Philadelphia: WB Saunders.
- Laurenceau, J. P., Brarrett, L. F., & Rovine, M. J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*. 19(2), 314-323.
- Lebow, J. (1997). The integrative revolution in couple and family therapy. *Family Process*. 36(1), 1-17.
- Lebow, J. (2003). Integrative family therapy for disputes involving child custody and visitation. *Journal of family Psychology*. 17(2), 181.

- Mahlstedt, P. P., Macduff, S., & Bernstein, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 4(4), 232-236.
- Makinen, J. (2004). Treating attachment injuries: Process and outcome. Unpublished doctoral dissertation, University of Ottawa, Ontario, Canada. Alliant University, www.coursedelivery.com
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S. I., Suzuki, T., Kondo, A., & Makino, T. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General hospital psychiatry*, 26(5), 398-404.
- McNaughton-Cassill, M. E., Bostwick, M., Vanscoy, S. E., Arthur, N. J., Hickman, T. N., Robinson, R. D., & Neal, G. S. (2000). Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and sterility*, 74(1), 87-93.
- Noftle, E. E., & Shaver, P. R. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality*, 40, 179-208
- Onat, G., & Beji, N. K. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 30(1), 39-52.
- Qa'im Maghami, M., Husseiniyan, S., Rasuli, R. (2013). The Relationship between Attachment Styles and Conflict Resolution Techniques in Married Women. *The Women and Families Cultural-Educational Quarterly*, 24(8), 7-26. [Persian]
- Randall C. Wyatt. (1998). an Interview with John Gottman.
- Samadi, H., Doostkam, M. (2017). Investigating the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital compatibility in infertile women, *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 11(43), 67-76. [Persian]
- Sandberg, J. G. Kenstel, A. (2011). The Experience of Learning Emotionally Focused couples Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(4), 393-410.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annu. Rev. Psychol.* 57, 317-344.
- Soltani, M., Shairi, M. A., Roshan, R., Rahimi, Ch. (2014). The Impact of Emotionally Focused Therapy on Emotional Distress in Infertile Couples. *International Journal of Fertility and Sterility*, 7(4), 337-344.
- Wasser, S.K. (1994) Psychological stress an Infertility: Cause or effect? *Human Nature*. T: 206-293.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 12 (No. 48), pp. 27-36, 2018

The effectiveness of integrated model of emotional focused approach and Gottman model on Fear of Intimacy and anxiety in infertile women

Javad Khalatbari

Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Fatemeh Hashemi Golpayegani

Department of Counseling, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: 11.01.2018

Accepted: 17.02.2018

Infertility is a complex crisis in life, and perhaps this is why many authors have likened the psychological consequences of infertility to the general mourning. Studies have shown that psychological factors can contribute to infertility, and that infertility also has psychological consequences. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of teaching Gottman model of emotional-consensual model on the fear of intimacy and intimacy in infertility. For this purpose, in a semi-experimental, pre-test, post-test with control group, 22 infertile women referring to infertility centers and medical diagnostic laboratory of Qods of Tehran province were selected using available sampling method. A randomized design was applied to experimental and control groups. The groups were evaluated for fear of intimacy and anxiety before and after the intervention. The experimental group was subjected to intermittent interventional thrill-fusion simulation for 10 sessions of 120 minutes using the Johnson group intervention program and the Bowlby attachment theory and several key categories of the Gottman model. The control group did not receive any intervention. The results of multivariate covariance analysis showed that the training of the combined model caused a significant reduction in the fear of infertility and anxiety among infertile persons. It seems that teaching the integrated model of an exciting approach and the Gottman model can be used to reduce the Fear of Infertility and the anxiety of infertile women.

Keywords: Integrated Model; Emotionally Focused Approach; Gottman Model; Fear of Intimacy; Infertile Women