

اثربخشی روایت درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین و ابعاد آن: تلویحاتی برای درمان

محمد رضا خدا بخش^۱

دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان

فریبا کیانی

دکتری روان‌شناسی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

ابراهیم نوری تیر تاشی

کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی

حامد خستو هنجین

کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه علامه طباطبایی

پذیرش: ۹۳/۹/۲۵

دریافت: ۹۳/۴/۲۹

چکیده

هدف: صمیمیت به عنوان یک نیاز روانشناختی اولیه در نظر گرفته می‌شود که به طور گسترده در روانشناسی بالینی و اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روایت درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین و ابعاد آن انجام گرفت.

روش: در این مداخله نیمه آزمایشی که با استفاده از دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد، ۲۰ زوج که به دلیل مشکلات زناشویی به مرکز مشاوره سازمان بهزیستی شهر بهشهر مراجعه کرده بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. با کمک پرسشنامه صمیمیت زوجین، ابتدا میزان صمیمیت زوجین قبل از مداخله بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اندازه‌گیری شد (پیش‌آزمون) و بعد از مداخله بر روی گروه

1. Corresponding author email: Khodabakhsh@ut.ac.ir

آزمایش در طی ۸ جلسه، پرسشنامه مجدداً بر روی هر دو گروه اجرا شد (پس آزمون). داده‌ها با کمک آماره‌های توصیفی و روش کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، روایت درمانی صمیمیت زوجین و سه بعد آن به نام صمیمیت عاطفی، ارتباطی و کلی را در گروه آزمایش به طور معناداری افزایش داد ($P < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، بررسی تأثیر روایت درمانی بر صمیمیت زوجین، می‌تواند تلویحات ارزشمندی را در مورد بهداشت روانی زوجین فراهم کند. نتایج و پیامدهای پژوهش در این مقاله تشریح و تبیین خواهند شد.

واژگان کلیدی: روایت درمانی، صمیمیت، ابعاد صمیمیت، زوجین.

مقدمه

خانواده از نهادهای اصلی هر جامعه و یکی از گروه‌هایی است که می‌تواند نیازهای عاطفی، مادی و معنوی انسان را برطرف سازد. امروزه دلایل اصلی ازدواج و انتظارات همسران از یکدیگر به طور چشمگیری تغییر یافته و نیاز به عشق و صمیمیت، روابط صمیمانه و ارضای نیازهای عاطفی- روانی از جمله دلایل اصلی زوجین برای ازدواج است. صمیمیت^۱ در ازدواج با ارزش است زیرا موجب تعهد زوجین به ثبات رابطه و رضایت زناشویی می‌شود (باگاروزی؛ ترجمه آتش‌پور، ۱۳۸۵). صمیمیت به عنوان فرایندی پویا عبارت است از: نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه همراه با احساس‌ها و هیجان‌های مثبت نسبت به شخص دیگر که مستلزم شناخت، درک عمیق از فرد دیگر، بیان افکار و احساسات با یکدیگر است (ریس و پاتریک^۲، ۱۹۹۶). صمیمیت به عنوان یک نیاز روانشناختی اولیه است که به طور گسترده در روانشناسی بالینی و اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است (مزلو^۳، ۱۹۶۸). در مدل فرایند بین شخصی از صمیمیت، افراد احساسات و هیجان‌ات مربوط به خود را به دیگری بیان کرده، و با پاسخ فرد دیگر، آنها به این باور می‌رسند که درک شده‌اند (ریس و شاور^۴، ۱۹۸۸؛ ریس و پاتریک، ۱۹۹۶). تحقیقات نشان می‌دهد صمیمیت با کیفیت زندگی زناشویی رابطه دارد و به عنوان یک ساختار روانشناختی چندوجهی است که کیفیت روابط زن و شوهر را توصیف می‌کند (هارپر^۵، ۲۰۰۰؛ هالفورد؛ ترجمه تبریزی، ۱۳۸۷).

از جمله مسائلی که مشاوران ازدواج با آن روبرو هستند مشکلات مربوط به صمیمیت در روابط زوجین و کمک به بهبود و افزایش صمیمیت آنان است. ایجاد و حفظ روابط صمیمانه، ارضای نیازهای عاطفی و صمیمی در جریان ازدواج یک مهارت و هنر است. صمیمیت با تأمین بهداشت روانی اعضای خانواده به عنوان عامل محافظت کننده در برابر مشکلات فردی و

1. Intimacy
2. Reis & Patrick
3. Maslow
4. Reis & Shaver
5. Harper

اجتماعی است که زوجین با آنها روبه‌رو می‌شوند. در واقع تأکید بر روابط صمیمانه بین زن و شوهر به درک و شناخت بهتر رفتارهای مسأله‌ساز و تغییر این گونه رفتارها کمک می‌کند (برنشتاین؟ ترجمه سهرابی، ۱۳۸۲).

بهبود مهارت‌ها در زوجین در زمینه افزایش صمیمیت، کاهش قابل توجه نابسامانی‌های خانوادگی و اجتماعی را به دنبال خواهد داشت، زیرا صمیمیت به عنوان یکی از ابعاد عشق و محبت همسران نسبت به یکدیگر، نقش اساسی در تأمین بهداشت روانی خانواده و جامعه بر عهده دارد. صمیمیت رابطه مستقیمی با بالابردن رضایت زناشویی دارد (عارفی و محسن زاده، ۱۳۹۱). پژوهش عارفی و محسن زاده (۱۳۹۱) نشان داد که فرایندهای صمیمیت و ارتباط به عنوان میانجی‌گر در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رضایت زناشویی عمل می‌کنند و باید در مداخلات زناشویی به عنوان آماج درمانی مشاوران و روان‌درمانگران خانواده قرار گیرند. پاتو، حقیقت و حسن آبادی (۱۳۹۲) پیشنهاد می‌کنند که در انجام مداخله‌های مربوط به خانواده، تقویت و بهبود کیفیت ارتباط زوجین می‌تواند به عنوان روش مناسبی برای کاهش احساس تنهایی، عواطف منفی، افزایش شادکامی و سلامت روانی شناختی آنها به کار رود.

افزایش صمیمیت می‌تواند از حل تعارضات در جهت رضایت متقابل زوجین حاصل شود (ساندرسون و کارستکی^۷، ۲۰۰۲). پژوهش موسوی (۱۳۹۲) نشان داد که بین افزایش کارآمدی و عملکرد خانوادگی و توافق زوجین و میزان صمیمیت بین زوجین رابطه وجود دارد. هالفورد (۱۳۸۴) بیان می‌کند که نگرش‌های صمیمانه بین زوجین، حاکی از وجود تعاملات سازنده بین زوجین می‌باشند و کمبود آن نشان از آشفتگی در رابطه زناشویی می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهد دوره‌های آموزش متمرکز بر هیجان می‌تواند میزان صمیمیت را در ساختار خانواده افزایش دهد (کریگ^۸، ۲۰۰۰). کمک و آموزش زوجین در جهت بیان مسائلی که منجر به نارضایتی زناشویی و کاهش صمیمیت در بین زن و شوهر شده است، فراموش کردن اشتباهات

6. Bornstein

7. Sanderson & Karetsky

8. Craig

و صدمات گذشته و تأکید بر نقشی که روایت‌های ناکارآمد گذشته از رویدادهای زندگی در کاهش روابط صمیمی بین زوجین دارد را می‌توان از جمله فعالیت‌هایی دانست که در جهت بازسازی و افزایش صمیمیت در روابط زوجین کارساز است (عامری و همکاران، ۱۳۸۲). در واقع تحقیقات اخیر نشان می‌دهد داستان‌هایی که زوجین درباره روابط خود دارند، نشان دهنده تلاش‌های هریک از زوجین برای ساخت دادن معنای روایتی به تجربیات آنها از صمیمیت با زوج دیگر است (فراست^۹، ۲۰۱۱). روایت درمانی^{۱۰} به داستان‌های زندگی فردی در حوزه روابط بین زوجین می‌پردازد (جوسلسون، لیبلیچ و مک ادامز^{۱۱}، ۲۰۰۷). ساختن داستان‌هایی برای رویدادهای مهم در روابط زوجین موجب موفقیت در یکپارچه کردن موضوع صمیمیت در چارچوب هیجانی مثبت می‌شود و در نهایت بهزیستی ارتباطی و روانشناختی زوجین را به همراه دارد (فراست، ۲۰۱۲). روایت درمانی از جمله روش‌های مؤثر در این زمینه و به عنوان رویکردی جدید به روان درمانی کلاسیک است (آماندسون^{۱۲}، ۲۰۰۱). امروزه روانشناسان اجتماعی روش‌های روایتی (بیان داستان زندگی و جایگزین سازی داستان‌هایی با معنای مثبت) را برای آزمون فرضیه‌های مربوط به پویایی روابط نزدیک و صمیمی و محبت‌آمیز در روابط زوجین به منظور بهبود کارکردهای خانوادگی و ارتقاء صمیمیت به کار برده‌اند (موری و هولمز، ۱۹۹۴؛ به نقل از اسکریت^{۱۳}، ۲۰۱۰).

فرایند ساختن داستان‌های جدید از رویدادهای گذشته، یک احساس نیاز شخصی در زوجین به منظور تفسیر مجدد رویدادهای گذشته را به وجود می‌آورد و آنان را قادر می‌سازد با چالش‌هایی که در آینده با آن روبه رو می‌شوند بهتر به مبارزه بپردازند (وامبولت، استینگلاس و کاپلان^{۱۴}، ۱۹۹۱). درمانگران در فرایند جلسات روایت درمانی به خانواده‌ها کمک می‌کنند که

9. Frost
 10. Narrative Therapy
 11. Josselson, Lieblich, & McAdams
 12. Amundson
 13. Skerrett
 14. Wamboldt, Steinglass & Kaplan De-Nour

داستان‌های جدیدی بسازند و برای این کار از آنها می‌خواهند نتایج خاص و بی‌نظیری را (مانند موقعیتی که در آن خانواده با راه‌حل‌های خود به هدف‌هایش می‌رسد) بیان کنند. هدف از این مداخلات آن است که به مراجعان کمک شود تا یک مشکل توانفرسا را برونی کنند (گلدنبرگ و گلدبرگ، ۲۰۰۲).

روایت درمانی فرایند کمک به افراد برای غلبه بر مشکلاتشان از راه درگیر شدن در گفتگوهای درمانی است. این فرایند شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستان‌هاست. این رویکرد افراد را متخصصان اصلی زندگی‌شان و مشکلات را به عنوان بخش‌های جداگانه‌ای از افراد می‌بیند و اعتقاد دارد افراد دارای بسیاری از مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها و توانایی‌هایی هستند که به آنها در کاهش اثرات مشکلات در زندگی‌شان کمک می‌کند و راهی برای فهم تجربه انسان فراهم می‌کند (فایس و گروتونت، ۲۰۰۱). در روایت درمانی به مشکلات افراد به عنوان مسایلی نگریسته می‌شود که از داستان‌های رنج‌آوری که آنها برای رویدادهای گذشته در ذهن دارند، نشأت می‌گیرد. فرایند درمان، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خود آنان است و تمرکز و تأکید اصلی بر ایجاد معانی جدید در زندگی است. مشکلات به صورت داستان‌هایی در نظر گرفته می‌شوند که افراد قبول کرده‌اند برای خود بگویند (بلانتون و آوری، ۲۰۰۱). روایت درمانگران به داستان‌های عینی کمتر توجه می‌کنند و بیشتر به فواید اجتماعی که در داستان‌های زندگی فرد بیان می‌شود، علاقه‌مندند. در روایت درمانی می‌توان زندگی را به شکلی متفاوت و در چشم اندازی جدید یافت. در حقیقت بازنویسی زندگی هدف نهایی فرایند روایت درمانی است و زندگی با تجدیدنظر نویسنده تغییر خواهد کرد (بریمهال، گاردنر و هنلاین، ۲۰۰۳). تحقیقات نشان می‌دهد زمانی که روایات زندگی به عنوان روشی در جهت درک بهتر صمیمیت زوجین مورد

1. Goldenberg & Goldenberg
2. Fiese & Grotevant
3. Blanton & Vandergriff-Avery
4. Brimhall, Gardner & Henline

استفاده قرار می‌گیرد، پتانسیل فردی برای رشد روابط صمیمانه را در آنها افزایش می‌دهد. دانستن هر زوج از داستان طرف مقابل احتمال سرمایه‌گذاری بیشتر در روابط صمیمانه با دیگری را افزایش می‌دهد. بیان داستان زندگی زوجین می‌تواند در بهبود روابط زناشویی، راهگشای درمانگران باشد (اسکریت، ۲۰۱۰). پژوهش بنکر و همکاران (۲۰۱۰)، نشان داد که ترغیب زوجین به نوشتن داستان‌هایشان می‌تواند آنها را از فرهنگ غالب بر داستان‌هایشان آگاه سازد و زوجین را برای انتخاب، حفظ یا تغییر معانی داستان‌های زندگی زناشویی‌شان آماده کند. این پژوهش نشان داد پی بردن به زبان طرف مقابل می‌تواند به زوجین در بهبود روابط صمیمانه یاری رساند. زوج‌هایی که توانایی بیان و کنار آمدن با روایات ناکارآمد زندگی گذشته را دارند، راحت‌تر با اتفاقات کنونی زندگی کنار می‌آیند. برای مثال افرادی که احساس امنیت و اعتماد در زندگی گذشته و پیش از ازدواج را روایت کردند، همین انتظارات را در زندگی فعلی خود داشتند و رضایت زناشویی بیشتری را در روابط صمیمانه خود گزارش کردند (وامبولت، ۲۰۰۴).

با توجه به مطالب بیان شده، و در نظر گرفتن این موضوع که زوجین ایرانی در شرایطی از انتقال از جامعه سنتی به مدرن زندگی می‌کنند و در این چنین شرایط انتقالی پیچیده، بی‌گمان روابط زوجین، کیفیت زندگی آنها و صمیمیت تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش روایت درمانی بر افزایش صمیمیت عاطفی زوجین و ابعاد آن (صمیمیت عاطفی، عقلانی، جنسی، فیزیکی، مذهبی، ارتباطی، روان‌شناختی، اجتماعی-تفریحی و کلی) بود.

روش

در این پژوهش از روش تحقیق آزمایشی و به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعینی است که به مرکز مشاوره سازمان بهزیستی شهر بهشهر در نیمه اول (فروردین تا خرداد) سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند.

شرایط و معیار ورود در این پژوهش شامل زوجینی بود که از طرف دادگاه به مرکز مشاوره سازمان بهزیستی شهر بهشهر ارجاع داده شده، خودشان مراجعه کرده و یا تمایل به همکاری جهت دریافت مداخله مشاوره‌ای داشتند. شرایط و معیار خروج در این پژوهش شامل زوجینی بود که بیماری صعب‌العلاج داشتند، تمایل به شرکت در پژوهش حاضر را نداشتند و یا در طول درمان مشخص می‌شد شرایط منطبق با اهداف پژوهش را ندارند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت چندمرحله‌ای می‌باشد. در مرحله اول از میان ۱۲۵ (مرد و زن) که در نیمه اول (فروردین تا خرداد) سال ۱۳۹۲ به مرکز مشاوره سازمان بهزیستی شهر بهشهر، مراجعه کرده بودند، شرایط و معیار ورود بررسی شد و افرادی که دارای شرایط ورود به جامعه تحقیق را داشتند انتخاب شدند (در این مرحله تعداد ۳۵ نفر شرایط ورود را نداشتند و از جامعه تحقیق حذف شدند). در مرحله دوم برای پی بردن به تمایل به شرکت در جلسات روایت‌درمانی با افراد باقی مانده (۹۰ نفر) تماس تلفنی گرفته شد، و از بین این افراد تعداد ۶۵ نفر حاضر به همکاری جهت شرکت در جلسات روایت‌درمانی شدند در مرحله سوم از میان این ۶۵ نفر، ۴۰ نفر به صورت تصافی انتخاب شدند. در مرحله چهارم با استفاده از مقیاس میزان صمیمیت زوجین اندازه‌گیری شد (پیش‌آزمون). سرانجام در مرحله پنجم، یه شیوه جایگزینی تصادفی ساده، افراد در دو گروه ۲۰ نفری (روایت‌درمانی و گروه گواه) انتصاب شدند. سپس از بین زوج‌هایی که نمره کمتری در این آزمون کسب کرده بودند ۲۰ زوج را انتخاب کرده و به صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (هر گروه ۱۰ زوج) جایگزین کردیم. سپس، به مدت ۲ ماه و طی ۸ جلسه اعضای گروه آزمایش در جلسات روایت‌درمانی شرکت داده شدند. لازم به ذکر است به گروه کنترل گفته شد که در پایان جلسات مداخله روی گروه آزمایش، آنها نیز می‌توانند به مرکز مشاوره سازمان بهزیستی شهر بهشهر جهت دریافت همان خدمات مراجعه کنند. جهت رعایت اخلاق پژوهش به مراجعان گفته شد، این مداخله ضمن مفید بودن برای خودشان، بخشی از یک کار تحقیقی محسوب می‌شود و مواردی که در جلسه درمان مطرح می‌کنند با هیچ‌کسی بدون رضایت مراجع در میان گذاشته نشده، هویت آنها در مورد

نتایج نتایج پرسشنامه محرمانه تلقی می‌گردد. در پژوهش حاضر، جهت جمع آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

پرسشنامه صمیمیت زوجین: پرسش نامه صمیمیت زناشویی اولین بار در ایران توسط اولیاء (۱۳۸۵) ساخته و هنجاریابی شد. این پرسشنامه یک ابزار ۸۷ سؤالی است که برای سنجش نه بعد صمیمیت زناشویی، شامل صمیمیت عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی - تفریحی، ارتباطی، جنسی، مذهبی، روان شناختی و کلی در سال ۱۳۸۵ توسط اولیا و همکاران تدوین شد. هر سوال در طیف لیکرت به صورت چهار گزینه ای از همیشه (نمره ۴) تا اصلا (نمره ۱) پاسخ داده می‌شود. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۳۴۸ و حداقل نمره ۸۷ است. نمره بیشتر نمایانگر صمیمیت بالاتر و نمره کمتر به معنی صمیمیت کمتر است. به منظور تعیین روایی محتوایی این پرسش نامه، از نظر ۵ تن از متخصصان مشاوره دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان بهره گرفته شده است (اولیاء، ۱۳۸۵). ضریب آلفای این آزمون برای کل پرسشنامه توسط سازنده آن اولیاء (۱۳۸۵)، ۰/۹۲ گزارش شده است. برای بررسی روایی ملاکی همزمان این پرسشنامه از مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون (۱۹۸۳) استفاده گردید، نتایج نشان داد همبستگی بین آزمون صمیمیت اولیاء و مقیاس صمیمیت والتر و تامپسون، ۰/۹۲ است که در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار می باشد. برای تعیین روایی سؤال‌ها از روش همبستگی، هر سؤال با نمره کل آزمون استفاده شد که تمامی سؤال‌ها با نمره کل در سطح ۰/۰۱ همبستگی داشتند (اولیاء، ۱۳۸۵). ذولفقاری (۱۳۸۵) در پژوهش خود، ضریب آلفای ۰/۹۱ را برای کل پرسشنامه گزارش کرد. در پژوهش حاضر، برای سنجش پایایی آزمون، از شیوه همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده، ۰/۹۸ به دست آمد.

متغیر مستقل آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد روایت درمانی و متغیر وابسته میزان صمیمیت زناشویی و ابعاد آن، شامل صمیمیت عاطفی، عقلانی، جنسی، فیزیکی، مذهبی، ارتباطی، روان شناختی، اجتماعی - تفریحی و کلی بود. بعد از انتخاب گروه آزمایشی، زوجین گروه آزمایش، در هشت جلسه آموزش گروهی ۹۰ دقیقه‌ای در هفته در طی دو ماه شرکت

کردند. همه شرکت کنندگان یک هفته پس از اتمام جلسات به پس آزمون پاسخ دادند. رئوس مطالب جلسات آموزش گروهی روایت درمانی، به شرح زیر است (اقتباس از کار، ۱۹۹۸):

جلسه اول: از اعضا خواسته شد اهداف خود را از حضور در این کارگاه بیان کنند/ بیان قواعد بنیادین کارگاه توسط پژوهشگر/ حضور منظم/ انجام تکلیف هفتگی/ داشتن ارتباط آزاد در گروه و فعالیت/ داشتن هماهنگی در فعالیت‌ها/ بیان اصل راز داری و ارزش جلسات آموزشی برای اعضا/ انجام تکالیف زیر: ۱) گسترش دادن داستان زندگی و دادن نقطه شروع به آن ۲) ترسیم داستان زندگی.

جلسه دوم: شرح کافی درباره اهداف، ارزش‌ها، و محتوای درمانی/ ایجاد موقعیت اشتراکی در درمان و محوریت دادن به مراجع/ شرح داستان مشکل‌دار/ گوش دادن دقیق به جزئیات زبان مراجع/ نام‌گذاری مشترک مشکل با توجه به اولویت به واژه‌ها و زبان مراجع/ ارائه تکلیف: ترسیم یک آینده مثبت: دوست دارید چه اتفاق مثبت در داستان زندگی شما اتفاق بیافتد/ ترسیم و توصیف یک آینده منفی در زندگی زناشویی.

جلسه سوم: شرح داستان‌های مشکل‌دار با جزئیات بیشتر و به طور کامل تر توسط مراجع: اینکه مشکل چه زمانی؟ چگونه؟ با چه معنایی؟ چه مدت؟ اتفاق افتاد/ گوش دادن دقیق به زبان و واژه‌ها و استعاره‌های مراجع/ استفاده از زبان برونسازی^۱ و جداسازی مشکل از هویت و ارتباطات مراجع/ بررسی روایت بیان شده هر یک از اعضا از دید دیگر اعضا.

جلسه چهارم: تشویق مراجع به توصیف روایت‌های کوچک و برونی سازی مشکل (که فرد بین خود و مشکل تفاوت قائل می‌شود) و روش: پرسیدن سؤالاتی بود که افراد صفاتی را که به خود نسبت می‌دادند تغییر دهند. و به کار بردن استعاره/ تشویق مراجع به روشن سازی عکس‌العمل و عقایدش در مقابل این مشکلات و اتفاقات از طریق پرسش‌های تأثیرگذار/ به چالش کشیدن داستان مشکل ساز.

1. Externalization

جلسه پنجم: نامگذاری مشکل / ساخت شکنی روایت‌های مشکل‌دار / بازمعنایی و معنا بخشیدن مجدد یا زدن برچسب جدید برای مشکل، مطرح نمودن روایت‌های جایگزین و مرجح / کمک به کسب آگاهی، قدرت، احساس عاملیت شخصی و امید در مراجع از طریق به بحث گذاشتن پیامدهای منحصر به فرد/تشویق اعضا به رفتارهای مغایر با داستان سرشار از مشکل در فاصله‌ی بین جلسات/ ارائه تکلیف: زوجین ۵ مورد از مواردی که در زندگی در طول هفته به عنوان مشکل برایشان اتفاق می‌افتد را یادداشت کنند و برچسب جدید بزنند.

جلسه ششم: پرسش از مراجع درباره استنهاها و موارد منحصر به فرد (زمانی که مراجع تحت فشار مشکل نبوده)/ تمرکز و تأکید بر جزئیات، احساسات، تفکرات و رفتارهای این موارد منحصر به فرد؛ بسط این موارد منحصر به فرد به زمان حال/ ادامه ساخت شکنی/ بسط روایت جایگزین از طریق سؤالات چشم انداز عمل و سؤالات چشم انداز هوشیاری.

جلسه هفتم: بازگشت به رویدادهای آسیب‌زا/ در میان گذاشتن قصه‌خویش توسط اعضا با گروه/گفتگو درباره افراد مهم زندگی در گذشته و اکنون جهت یادآوری مشکلات حل نشده/انواع مهارت‌ها عبارتند از: ۱) مهارت‌های حرف زدن: هریک از طرفین خودشان حرف بزنند/اطلاعات حسی خودشان را توصیف کنند/ بیان افکار/ بیان احساسات/ طرح خواسته‌ها. ۲) مهارت‌های گوش دادن: توجه نشان دادن/گوش دادن/ نگاه کردن/ تأیید تجربه‌ها/ برای اطمینان از صحت مطالب، گفته‌ها را خلاصه کنند/ باز پرسیدن سؤال/ درخواست از مراجع جهت نوشتن نامه‌های پست نشده. بخشیدن، فراموش کردن و یا رهاکردن افراد زورگو و سوء استفاده کننده و کسانی که در گذشته موجب خاطرات ناخوشایند برای مراجع بوده‌اند.

جلسه هشتم: مرور خاطرات و اقدامات احتمالی مراجع درباره مطالب جلسه قبل / گفتگو در مورد تجربه‌های مثبت و روایت‌های جایگزین / دوباره گویی و تثبیت روایت‌های جایگزین / تأیید روایت‌های جایگزین مراجع / ارزیابی نتایج حاصل از روایت درمانی و رفع نقایص/بیشتر کار روایت درمانی شامل گفتن و دوباره گویی است. درمان زمانی پایان می‌یابد که مراجع احساس کند روایتش تغییر کرده است.

روش اجرا: بعد از هماهنگی و کسب مجوز با مرکز مشاوره سازمان بهزیستی شهر بهشهر و معرفی زوجین توسط مشاوران مرکز و جلب رضایت آنها، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و سپس از آنها خواسته شد تا در این برنامه درمانی شرکت کنند. در مرحله پیش آزمون، پرسش نامه‌ها در اختیار شرکت کنندگان در پژوهش قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های موردنظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی جواب نگذارند. سپس زوجین به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارده می‌شوند و گروه آزمایشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی مبتنی بر روایت درمانی را دریافت نمودند. در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی از سوی روانشناس دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزش از گروه تحت آموزش و گروه کنترل پس آزمون به عمل آمد. سرانجام داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آماره‌های توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار و آماره‌های استنباطی نظیر تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش (سن، طول مدت ازدواج، تحصیلات) نشان داد که میانگین سن شرکت کنندگان ۲۵/۱۶ با انحراف استاندارد ۳/۱۱ و دامنه سنی بین ۱۹ تا ۳۳ سال بود. میانگین طول مدت ازدواج شرکت کنندگان ۱۶/۲۱ ماه با انحراف استاندارد ۷/۲۳ و دامنه ۶ تا ۳۸ ماه بود. متوسط سطح تحصیلات مردان و زنان کارشناسی بود. میانگین و انحراف معیار نمرات صمیمیت کلی و ابعاد آن در دو گروه پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای مورد بررسی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
صمیمیت زوجین	پیش آزمون	۲۷۲/۸۰	۶۰/۷۵	۶۱/۷۵
	پس آزمون	۳۲۶/۲۰	۵۶/۹۶	۵۹/۳۴
عاطفی	پیش آزمون	۳۲/۶۶	۶/۸۶	۵/۶۱
	پس آزمون	۳۶/۰۶	۵/۱	۵/۹۸
عقلانی	پیش آزمون	۴۱/۱۳	۲/۷۳	۲/۹۱
	پس آزمون	۴۲/۱۲	۲/۹۳	۳/۷۸
تفریحی - اجتماعی	پیش آزمون	۴۸/۶۳	۳/۳۱	۲/۲۲
	پس آزمون	۴۹/۳۲	۴/۳۶	۲/۳۴
جنسی	پیش آزمون	۴۴/۴۱	۴/۳۳	۳/۷۴
	پس آزمون	۴۴/۴۳	۳/۳۱	۲/۶۱
ارتباطی	پیش آزمون	۳۳/۴۶	۴/۵۸	۴/۵۸
	پس آزمون	۳۶/۰۶	۳/۸۹	۴/۱۹
مذهبی	پیش آزمون	۴۷/۲۱	۷/۱۳	۳/۶۱
	پس آزمون	۴۶/۳۲	۶/۴۵	۳/۹۵
فیزیکی	پیش آزمون	۴۳/۲۶	۳/۴۵	۵/۴۵
	پس آزمون	۴۳/۴۹	۴/۳۷	۴/۴۳
روانشناختی	پیش آزمون	۴۲/۱۱	۲/۷۳	۲/۹۳
	پس آزمون	۴۳/۴۷	۳/۱۱	۳/۶۳
بُعد کلی	پیش آزمون	۴۳/۱۲	۲/۳۳	۴/۴۱
	پس آزمون	۴۹/۱۳	۳/۵۴	۳/۴۹

چنان‌که نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، میانگین نمرات پس آزمون صمیمیت زوجین و سه بعد آن به نام صمیمیت عاطفی، ارتباطی و کلی نسبت به پیش آزمون بیشتر است. در بقیه ابعاد تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نمی‌شود.

برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. از این رو، ابتدا آزمون لوین و باکس^۲ و سپس مفروضه یکسانی شیب رگرسیون محاسبه گردید. براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است ($BOX=9/41$ ، $F=3/34$ و $P=0/81$). آزمون لوین برای بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها نشان داد که بین دو گروه در نمرات برای هیچ یک از متغیرها به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=0/245$ و $P=0/73$)، در نتیجه شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. بررسی همگنی رگرسیون نشان داد که تعامل بین گروه‌ها و پیش آزمون معنی‌دار نیست ($F=2/87$ و $P=0/081$)، در نتیجه داده‌ها از همگنی شیب‌های رگرسیون حمایت می‌کند. تحلیل نمودار رگرسیون نیز رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته را تأیید می‌کند. با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک نیز نرمال بودن توزیع نمرات تأیید گردید.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره، در خصوص تأثیر روایت درمانی بر افزایش میزان صمیمیت زوجین و ابعاد آن، نشان داد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌های قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان داد که در گروه‌های مورد مطالعه، حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد (لامبدای ویلکز= $0/114$ ، $F=9/71$ ، $P<0/01$). سپس تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد. نتایج در مورد صمیمیت زوجین در جدول ۲ ارائه شده است.

2. Levene & BOX

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا (MANCOVA) بر روی پس آزمون

میانگین نمرات صمیمت زوجین با کنترل پیش آزمون

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	میزان تأثیر	توان آماری
عضویت گروهی	۱	۱۸۹۰/۹۴	۱۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱

همچنان که نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی)، تفاوت بین نمرات پس آزمون صمیمت زوجین در دو گروه آزمایش و کنترل در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی‌دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان‌کننده این مطلب است که روایت درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۶۱٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا (MANCOVA) بر روی پس آزمون

میانگین نمرات ابعاد صمیمت زوجین با کنترل پیش آزمون

منابع تغییر	متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	میزان تأثیر	توان آماری
پس آزمون (عضویت گروهی)	صمیمیت زوجین	۱	۱۴۲۳/۹۴	۱۸/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
	عاطفی	۱	۱۰۳/۶۴	۳۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
	عقلانی	۱	۱۲۶/۲۵	۲/۹۹	۰/۰۷۱	۰/۰۴	۰/۵۶
	تفریحی-اجتماعی	۱	۱۲۳/۴۵	۳/۵۳	۰/۱۲۱	۰/۰۶	۰/۴۶۳
	جنسی	۱	۲۲۳/۸۸	۲/۱۲	۰/۱۶۷	۰/۰۴۳	۰/۶۴
	ارتباطی	۱	۲۱/۶۱۰	۶/۰۲۴	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۱
	مذهبی	۱	۱۶۲/۲۹	۳/۷۲	۰/۳۳۴	۰/۰۷	۰/۶۱۱
	فیزیکی	۱	۳/۲۴	۱/۲۷	۰/۲۷	۰/۰۳۵	۰/۱۹
	روان‌شناختی	۱	۸۹۸/۸۹	۳/۸۲	۰/۱۲	۰/۰۷	۱
	بُعد کلی	۱	۳۶۷۷/۸۸	۲۱۳/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱

همچنان که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی، تفاوت بین نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در ابعاد صمیمیت زوجین، تنها در ابعاد صمیمیت عاطفی، ارتباطی و بعد کلی در سطح $P < 0/01$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بین میانگین نمرات پس آزمون صمیمیت عقلانی، تفریحی-اجتماعی، جنسی، مذهبی، فیزیکی و روانشناختی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در نتیجه، می‌توان گفت که روایت درمانی بر افزایش صمیمیت عاطفی، ارتباطی و بعد کلی تأثیر دارد و با در نظر گرفتن میزان تأثیر، می‌توان گفت این تأثیر به ترتیب برای صمیمیت عاطفی ۷۷٪، ارتباطی ۱۸٪ و در بعد کلی ۷۱٪ می‌باشد و بر سایر ابعاد اثربخش نبوده است.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین و ابعاد آن صورت گرفته است. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش به شیوه روایت درمانی میزان صمیمیت زوجین را بطور معنی‌داری افزایش داد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (سیندر^۳، ۲۰۰۰؛ فراست، ۲۰۱۱ و ۲۰۱۲؛ جوسلسون و همکاران، ۲۰۰۷) همسو است. در پژوهش‌های مشابه، ویسی (۱۳۹۱) در پژوهش خود، در مورد اثربخشی درمان روایتی بر تعارضات زناشویی نشان داد که این درمان میزان تعارضات بین زوجین را کاهش داد. نریمانی، عباسی، بگیان کوله مرز و بختی (۱۳۹۳) به این نتیجه رسیدند که روایت درمانی موجب تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار بین زوجین می‌شود. این یافته را می‌توان با احتمالات زیر تبیین کرد:

اول، ایده مرکزی روایت درمانی این است که داستان‌ها به زندگی افراد شکل می‌دهند. آنها این کار را نه تنها از طریق معنادادن به رویدادهای زندگی افراد انجام می‌دهند بلکه همچنین به وسیله انتخاب کردن رویدادهای خاص و صرف توجه و دادن معنا به آنها انجام می‌دهند. روایت درمانی معتقد است این داستان‌ها می‌تواند دوباره نوشته شوند و زندگی افراد

بهبود یابد (وایت و اپستون^۴، ۱۹۹۰) در واقع روایت درمانی به بیماران کمک می‌کند داستان ترجیحی را جایگزین داستان مشکل ساز سازند. برای مثال تحقیقات نشان می‌دهد زوج‌های آشفته در مورد جنبه‌های مثبت رابطه شان با یکدیگر صحبت نمی‌کنند و یا در مورد احساسات شان همانند سایر زوجین خودافشایی نمی‌کنند. زوجین آشفته به طور روزمره خیلی کم به یکدیگر ابراز صمیمیت، نزدیکی و محبت می‌کنند (هالفورد؛ ترجمه تبریزی و همکاران، ۱۳۸۴). می‌توان انتظار داشت روایت درمانی با نگرستن به مشکل زوجین از بافتی که در آن قرار گرفته‌اند و در نظر گرفتن نقش ابعاد گوناگون اجتماعی و فرهنگی که می‌توانند بر مشکل تأثیرگذار باشند، نقش اساسی در کاهش مشکلات ارتباطی و صمیمیتی زوجین ایفا می‌کند. روایت درمانی به عنوان یک درمان هدفمند، در وهله اول به شکل گیری اتحاد درمانی با بیمار به منظور دستیابی، ترغیب و ارتقاء توانایی‌های آنها در بهبود روابط با خود و با دیگران می‌پردازد (مونک^۵ و همکاران، ۱۹۹۷). این امر می‌تواند به زوجین در بهبود کیفیت روابط بین فردی و در نتیجه کاهش مشکلات بین شخصی و بالابردن صمیمیت یاری رساند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند خانواده‌هایی که زمان زیادی را صرف درمان با رویکرد روایت درمانی و بیان داستان زندگی خود کردند، عملکرد بهتری را، خصوصاً در حوزه کاهش مشکلات و تعارضات در زندگی زناشویی، و افزایش صمیمیت گزارش کردند (اوکاتر و همکاران به نقل از بریمهال و همکاران، ۲۰۰۳).

دوم، آموزش مبتنی بر روایت درمانی می‌تواند از طریق افزایش همدلی در بین زوجین، صمیمیت آنها را افزایش دهد. نتایج پژوهش رفاهی و مقتدری (۱۳۹۲) نشان داد که آموزش مهارت همدلی به شیوه گروهی بر افزایش صمیمیت زوجین مؤثر است. این پژوهشگران بیان کردند که در برنامه آموزش همدلی مهارت‌های گفتگو، حل تعارض و سبک ارتباط صریح و جرأت‌مندانه آموزش داده می‌شود. زوجین با این آموزش‌ها یاد می‌گیرند احساساتشان را افشا

4. White & Epston
5. Monk

کنند و ضمیر من در جملات استفاده کنند، از جنبه قضاوتی و ارزیابی جملات بکاهند و همچنین حالت دفاعی بودن را در طرف مقابل کاهش دهند. این مهارت باعث افزایش همدلی و تقویت ارتباط و در نتیجه افزایش صمیمیت و تفاهم بین زوجین می‌گردد. در روایت درمانی زوجین با تعریف رویدادهای زندگی شان می‌توانند میزان همدلی را در بین خود افزایش دهند و از این طریق با آشکار کردن احساس‌های مثبت و منفی خود و همچنین توجه به تعریف رویدادها از نگاه یکدیگر، میزان صمیمیت را در بین خود بهبود بخشند.

سوم، همچنین آموزش مبتنی بر روایت درمانی می‌تواند باعث بالا بردن حضور ذهن افراد شود. پژوهش یوسفی و سهرابی (۱۳۹۰) نشان داد که افراد با حضور ذهن بالا به نقطه نظرات و همسر خود توجه بالایی دارند و این نکته به عنوان وسیله‌ای برای پویا نگه داشتن و جلوگیری از سردی روابط، و در نهایت موجب افزایش کیفیت زناشویی می‌شود. این رابطه ذهن آگاهانه تأثیرات پایداری بر زوجین برای حل مشکلات همراه با احترام، صمیمیت و همدلی ایجاد می‌نماید. در روایت درمانی با تعریف مجدد رویدادها توسط زوجین، حضور ذهن افراد بالا می‌رود. آنها با توجه به تعریف رویدادها از نگاه یکدیگر، نگرستن به مشکلات و مسائل را از نگاه هم می‌آموزند و در نتیجه این امر می‌تواند منجر به بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت بین زوجین شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روایت درمانی از ابعاد صمیمیت تنها بر ابعاد صمیمیت ارتباطی، عاطفی و بعد کلی به طور معنی‌داری مؤثر بود. در مورد تأثیر روایت درمانی بر صمیمیت و به ویژه، بر ابعاد آن پژوهش‌های کمی انجام شده است. اسکریت (۲۰۱۰) بیان می‌کند که یکی از مؤلفه‌های نشان دهنده صمیمیت در زوجها همدلی و نگاه به مسایل از دریچه چشم طرف مقابل است. دانستن هریک از زوجین از داستان زوج دیگر و درک موقعیت همسرش، احتمال سرمایه گذاری عاطفی و شناختی در خود، دیگران و همچنین بهبود رابطه را افزایش می‌دهد. زمانی که روایات زندگی به عنوان روشی در جهت درک بهتر زندگی زوجین مورد استفاده قرار می‌گیرد، پتانسیل فردی و رشد ارتباطی را در زوجین افزایش می‌دهد. در

واقع تحقیقات نشان می‌دهد تشویق هریک از زوجین به نوشتن داستان‌هایشان می‌تواند آنها را از فرهنگ غالب بر داستان‌هایشان آگاه سازد و در نتیجه پی بردن به زبان طرف مقابل می‌تواند به زوجین در جهت بهبود زبان برقراری ارتباط عاشقانه کمک کند. بنابراین می‌توان گفت شرکت در فرایند روایت درمانی زوجین را قادر می‌سازد مشکلات مربوط به صمیمیت را با یکدیگر مطرح و شناسایی کنند و در مورد داستان‌های مشکل ساز که موجب مشکلات کنونی شده است، با یکدیگر گفتگو کنند. زوجین با گوش دادن به داستان زندگی یکدیگر، روابط عاطفی و احساسی عمیقتری را با یکدیگر برقرار می‌کنند. این امر موجب مشارکت زوجین در خلق تجربیات جدید، ایجاد روایاتی با مضمون مثبت و اعمال و رفتارهایی جدید می‌شود. بیان داستان و روایات زندگی به عنوان یک فرایند خودافشاگرانه در کنار تغییر دادن داستان زندگی و مضامین روابط فعلی، این فرصت را به هریک از زوجین می‌دهد تا در جهت توانایی درک موقعیت‌های یکدیگر و در نتیجه افزایش رضایت در زندگی زناشویی و افزایش صمیمیت عاطفی و ارتباطی گام بردارند. تحقیقات نشان می‌دهد اگر زوجین بتوانند نیاز به صمیمیت را در روابط خود ارضاء کنند در مقایسه با زوجینی که این نیاز را در روابط خود ارضاء نمی‌کنند، احتمال بیشتری می‌رود که روابط شان را حفظ کنند (هافورد، ۱۳۸۴).

همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که برای دستیابی به صمیمیت در زندگی زناشویی باید موانع موجود بر سر راه ابراز احساسات خاص در روابط بین زوجین برداشته شود و مهارت‌های ارتباطی بین آنها بهبود یابد (آگوستا-اسکات و دنک ورت، ۲۰۰۲). برای مثال اگر به زوجین تنها اجازه ابراز احساسات مثبت داده شود آن گاه در روابط زوجین با یکدیگر یک جو تصنعی پدید خواهد آمد. برعکس اگر زوجین تنها به ابراز احساسات منفی به یکدیگر بپردازند آن گاه جو عاطفی پیرامون روابط زوجین با یکدیگر، شکلی تیره و تار به خود خواهد گرفت. ابراز فعالانه محبت و سایر عواطف مثبت با تداوم رضایت‌مندی از روابط زناشویی رابطه دارد. زوجین آشفته در مورد جنبه‌های مثبت رابطه شان با یکدیگر صحبت نمی‌کنند و یا مورد احساساتشان نسبت به یکدیگر همانند سایر زوجها خودافشایی ندارند. روایت درمانی با ایجاد

نگرشی مثبت به رویدادهای زندگی می‌تواند پتانسیل مقابله با مسائل را در زوجین فراهم کرده و نقش مهمی در تأمین صمیمیت عاطفی و ارتباطی بین زوجین برعهده داشته باشد (بنکر و همکاران، ۲۰۱۰).

در مورد اثربخش نبودن روایت درمانی بر سایر ابعاد صمیمیت، می‌توان گفت از آنجا که صمیمیت زناشویی دارای ابعاد فیزیکی، عقلانی، جنسی، تفریحی-اجتماعی، مذهبی و روانشناختی است می‌توان پیش‌بینی نمود که برای ایجاد، حفظ و تداوم صمیمیت در تمام ابعاد، لازم است از برنامه‌ای جامع که ترکیبی از مهارت‌های شناختی، رفتاری، جسمی، اجتماعی و حل مسئله می‌باشد، استفاده نمود. چنانچه پژوهش‌ها و شواهد تجربی نیز بیانگر این مطلب است که کاربرد دو یا چند رویکرد یا روش درمانی و مشاوره‌ای در مقایسه با کاربرد یک رویکرد و روش، اثربخشی بیشتری دارد.

روایت درمانی با پرورش مهارت‌هایی در زوجین با افزایش صمیمیت، موجب کاهش قابل توجه نابسامانی‌های خانوادگی و اجتماعی می‌شود، زیرا صمیمیت به عنوان یکی از ابعاد عشق همسران نسبت به یکدیگر، متغیر اساسی در تأمین بهداشت روانی خانواده و جامعه است (کار، ۱۹۹۸). روایت درمانی اگرچه از کارهای اولیه درمانی با کودکان نشأت گرفت ولی در حوزه خانواده درمانی به عنوان رویکردی مسلط به رشد خود ادامه داد. امروزه روایت درمانی با گروه‌های گوناگونی از افراد استفاده می‌شود که می‌توان به استفاده از روایت درمانی برای ترغیب گفتگو درباره افسردگی و بیماری‌های دیگر اشاره کرد (لوپز^۶ و همکاران، ۲۰۱۴) و نتایج مثبت آن در بهبود انعطاف‌پذیری (فوچت و بردسلی^۷، ۱۹۹۶)، کار با بازماندگان رویدادهایی که منجر به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (وود و روچه^۸، ۲۰۰۱)، قربانیان خشونت (اگوستا و دانکورت، ۲۰۰۲)، در مشاوره‌های بین فرهنگی و چندفرهنگی (مورفی^۹،

6. Lopes

7. Focht & Beardslee

8. Wood & Roche,

9. Murphy-Shigematsu

(۲۰۰۰)، فوبی اجتماعی (بگل و زیگتمان^{۱۰}، ۲۰۰۰)، درمان نوجوانانی با اختلال اسپرگر (کاشین^{۱۱}، ۲۰۰۸)، درمان کودکانی با تجربیات سوء استفاده جنسی در کودکی (مک کنایز^{۱۲}، ۲۰۰۸)، بهبود مهارت‌های روایت شخصی در کودکانی با اختلال ارتباطی شدید (سوتو، سولومون و رایس^{۱۳}، ۲۰۰۹)، مدیریت درد مزمن در کودکان و نوجوانان (کوزلوسکا و خان^{۱۴}، ۲۰۱۱) و افرادی با ناتوانی یادگیری (یوسفی و متین^{۱۵}، ۲۰۰۶) به اثبات رسیده است. اغلب مراجعانی که جلسات مشاوره‌ای روایت درمانی را به پایان رسانده‌اند، گزارش می‌کنند این درمان برای آنها سودمند بوده است.

بلانتون و آوری (۲۰۰۱) در پژوهشی نشان دادند یکی از راه‌های تقسیم و به اشتراک گذاری قدرت در روابط زناشویی بیان روایت‌هایی در خصوص موقعیت‌هایی است که یکی از زوجین اعمال قدرت می‌کند. آنها معتقدند که بیان روایت‌ها می‌تواند میزان احساس کنترل و سلطه را در زوجین کاهش دهد و آنها از این طریق می‌توانند به احساس رضایت دست یابند. در حوزه بررسی تأثیرات روایت درمانی بر عملکرد، نتایج تحقیق ربیعی (۱۳۸۷) نشان داد که روایت درمانی زوجی، عملکرد خانوادگی را بهبود می‌بخشد و بر ابعاد آن به جز تأکیدات مذهبی و به هم‌تنیدگی مؤثر است. در واقع داستان‌های ارتباطی که فاقد موضوع صمیمیت باشند و مرکز اتکاء آنها هیجان‌ات منفی باشد نشان دهنده افسردگی و ناراحتی ارتباطی هستند. به همین منظور روان‌درمانگران و مشاوران بر روی فهم و بهبود کارکرد روانشناختی در بافت روابط صمیمی زوجین متمرکز می‌شوند (یعنی فهم دقیق این موضوع که چگونه ساختار روایتی در حوزه روابط زوجین بر سلامت روانشناختی نیز تأثیر می‌گذارد).

-
10. Bgels & Zigterman
 11. Cashin
 12. McKenzie
 13. Soto, Solomon-Rice & Caputo
 14. Kozlowska & Khan
 15. Yoosefi & Matin

به طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که روایت درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین و سه بعد آن به نام صمیمیت عاطفی، ارتباطی و بعد کلی تأثیرگذار بود. نتایج این پژوهش بر غنای دستاوردهای پیش گفته در زمینه متغیرهای پژوهش و توجه به روایت درمانی به عنوان رویکردی نوین به روانکاوی کلاسیک خواهد افزود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت نمونه‌گیری اشاره کرد، که افراد مورد بررسی بیشتر افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره بودند. شایسته است برای تعمیم‌پذیری بیشتر، گروه‌های دیگری از جامعه مانند جمعیت بالینی و جمعیت عمومی مطالعه شوند. هم چنین برای پیگیری معتبر نتایج لازم است گروه وسیع‌تری از افراد مورد سنجش قرار گیرند. نتایج این پژوهش نه تنها می‌تواند راهگشای پژوهش‌های بزرگ‌تر باشد بلکه ضرورت آموزش خانواده‌ها در خصوص آگاهی از عواملی که می‌تواند کیفیت روابط زناشویی را ارتقاء بخشد، میسر می‌سازد.

سپاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولان مرکز مشاوره سازمان بهزیستی شهر بهشهر و زوجین شرکت کننده در پژوهش و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشته‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

منابع فارسی

- اولیاء، نرگس (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش غنی سازی زندگی زناشویی بر افزایش رضایت‌مندی زوجین شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.
- باگاروزی، دنیس (۱۳۸۵). افزایش صمیمیت در ازدواج. ترجمه آتش‌پور، سیدحمید و همکاران. اصفهان: دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.
- برنشتاین و برنشتاین (۱۳۸۲). زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری، ارتباطی. ترجمه سهرابی. تهران: انتشارات رسا.

- پاتو، مژگان؛ حقیقت، فرشته؛ حسن آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۲). بررسی نقش کیفیت ارتباط زوجین در پیش بینی احساس تنهایی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۳(۴): ۵۴۳-۵۶۳.
- ذوالفقاری، مریم (۱۳۸۵). اثربخشی شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- ریعی، سولماز و همکاران (۱۳۸۷). بررسی تأثیر روایت درمانی زوجی بر عملکرد خانوادگی زوج ها. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۱۴(۴): ۱۷۹-۱۹۱.
- رفاهی، ژاله؛ مقتدری، نازفر (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت همدلی به شیوه گروهی بر افزایش صمیمیت زوجین. *مجله مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۳(۱): ۴۴-۵۵.
- عارفی، مختار؛ محسن زاده، فرشاد (۱۳۹۱). پیش بینی رضایت زناشویی براساس ارتباط و صمیمیت جنسی. *مجله مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۱(۴): ۴۳-۵۲.
- عارفی، مختار؛ محسن زاده، فرشاد (۱۳۹۱). سبک های دلبستگی، فرایند های زناشویی و رضایت زناشویی: مدل معادلات ساختاری (برازش مدل خانواده درمانی). *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۲(۳): ۲۸۸-۳۰۶.
- عامری، فریده؛ نوربالا، احمدعلی؛ اژه ای، جواد و رسولزاده طباطبایی، سیدکاظم (۱۳۸۲). بررسی تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی. *مجله روان شناسی*، ۷(۳): ۲۱۸-۲۳۲.
- موسوی، سیده فاطمه (۱۳۹۲). نقش عملکرد خانواده (مبتنی بر الگوی مک مستر) در پیش بینی نگرش های صمیمانه و توافق زوجین در خانواده های شهر قزوین. *مجله مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۳(۳): ۴۰۱-۴۱۸.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ بختی، مجتبی (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۴(۱): ۱-۲۸.
- هارلفورد، کیم (۱۳۸۴). زوج درمانی کوتاه مدت (یاری به زوج برای کمک به خودشان). ترجمه مصطفی تبریزی. تهران: فرا روان.

ویسی، اسدالله (۱۳۹۱). طراحی و مقایسه اثربخشی دو برنامه درمانی مبتنی بر اصول درمان روایتی و درمان مبتنی بر آموزه‌های قرآن در کاهش تعارضات زناشویی. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۳): ۳۴۰-۳۵۷.

یوسفی، ناصر؛ سهرابی، احمد (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۲): ۱۹۲-۲۱۱.

منابع لاتین

- Amundson, J.K. (2001). Why narrative therapy need not fear science and “other” things. *Journal of Family Therapy*, 23(2): 175-188
- Augusta-Scott, T., Dankwort, J. (2002). Partner abuse group intervention: Lessons from education and narrative therapy approaches. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(7): 783- 805.
- Banker, J.E., Kaestle, C.E., Allen, K.R. (2010). Dating is Hard Work: A Narrative Approach to Understanding Sexual and Romantic Relationships in Young Adulthood. *Journal of Contemp Fam Ther*, 32: 173-191
- Bgels, S.M., Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia separation anxiety and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28: 205-211.
- Blanton, Vandergriff-Avery P.W.M. (2001). Marital therapy and Marital: Constructing Narratives of Sharing relational and positional power. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 23(3):295-308.
- Brimhall, A.S., Gardner, B.C., Henline, BH. (2003). Enhancing narrative couple therapy process with an enactment Scaffolding. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 25(4): 391-414.
- Carr, A. (1998). Michael White’s narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20(4): 485-503.
- Cashin, A. (2008). Narrative therapy: A psychotherapeutic approach in the treatment of adolescents with Asperger’s disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21: 48-56.
- Craig, B. K. (2000). Intimacy in marriage: Emotionally focused marital education within the Australian Seventh-Day Adventist Church. Doctoral dissertation, Fuller Theological Seminary.
- Fiese, B.H., Grotevant, H.D. (2001). Introduction to special issue on narratives in and about relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18: 579-581.

- Focht, L., Beardslee, W.R. (1996). "Speech after long silence": The use of narrative therapy in a preventive intervention for children of parents with affective disorder. *Family Process*, 35(4): 407-422.
- Frost, D.M. (2011). Stigma and intimacy in same-sex relationships: A narrative approach. *Journal of Family Psychology*, 25: 1-10.
- Frost, D.M. (2012). The narrative construction of intimacy and affect in relationship stories: Implications for relationship quality, stability, and mental health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(3): 247-269.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An overview*. Engage Learning.
- Harper, J.M., Schaalje, B.G., & Sandberg, J.G. (2000). Daily hassles, intimacy, and marital quality in later life marriages. *American Journal of Family Therapy*, 28: 1-18.
- Josselson, R., Lieblich, A., & McAdams D.P. (2007). *The meaning of others: Narrative studies of relationships*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kozłowska, K., Khan, R. (2011). A developmental body-oriented intervention for children and adolescents with medically unexplained chronic pain. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16: 575-598.
- Lopes, R.T., Gonçalves, M.M., Machado, P.P.P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, (ahead-of-print), 1-13.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. 2nd Ed. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- McKenzie, A. (2005). Narrative-oriented therapy with children who have experienced sexual abuse. *Envision: The Manitoba Journal of Child Welfare*, 4: 17-29.
- Murphy-Shigematsu, S. (2000). Cultural psychiatry and minority identities in Japan: A constructivist narrative approach to therapy. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 63(4): 371-384.
- Reis, H.T., Patrick, B.C. (1996). Attachment and intimacy: component processes. In: Higgins ET, Kruglanski AW, eds. *Social Psychology: Handbook of Basic Principles*. New York, NY: Guilford Press.
- Reis, H.T., Shaver, P. (1988). Intimacy as an Interpersonal Process. In: Duck S, ed. *Handbook of Personal Relationships*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Sanderson, C. A., & Karetsky, K. H. (2002). Intimacy goals and strategies of conflict resolution in dating relationships: A mediational analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(3): 317-337.
- Skerrett, K. (2010). "Good Enough Stories": Helping Couples Invest in One Another's Growth. *Journal of Family Process*, 49:503-516
- Snyder, M. (2000). the Loss and Recovery of Erotic Intimacy in Primary Relationships: Narrative Therapy and Relationship Enhancement Therapy. *The Family Journal: Counseling and Therapy for couples and Families*, 1: 37-46

- Soto, G., Solomon-Rice, P., Caputo, M. (2009). Enhancing the personal narrative skills of elementary school-aged students who use AAC: The effectiveness of personal narrative intervention. *Journal of Communication Disorders*, 42: 43-57.
- Wamboldt, F. S. (1999). II. Co-constructing a Marriage: Analyses of Young Couples' Relationship Narratives. Monographs of the Society for Research in Child Development, 64(2): 37-51.
- Wamboldt, F.S., Steinglass, P., & Kaplan, D.A. (1991). Coping Within Couples: Adjustment Two Years after Forced Geographic Relocation. *Family Process*, 30: 347-361.
- White, M., Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. 1st ed. New York: Norton.
- Wood, G., & Roche, S. (2001). Situations and representations: Feminist practice with survivors of male violence. *Families in Society*, 82(6): 583-590.
- Yoosefi, L.M., Matin, A. (2006). The effect of narrative therapy on coping strategies of children with learning difficulties. *Journal of Research on Exceptional Children*, 6: 603-622.