

# بررسی و مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری التقاطی (IBCT) و درمان تصمیم‌گیری مجدد در بهبود آشفته‌گی زناشویی زوجین متعارض سندج

نادر کریمیان<sup>۱</sup>، اقبال زارعی<sup>۲</sup>، کوروش محمدی<sup>۳</sup>، اندرو کریستنسن<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۱۵

## چکیده

مقدمه: نرخ بالای طلاق رسمی و گسترش بی‌رویه طلاق‌های عاطفی باعث شده که موضوع آشفته‌گی‌های زناشویی به‌طور فزاینده‌ای وضعیتی ویژه کسب کند. مطالعه حاضر نیز با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد در بهبود آشفته‌گی زناشویی زوجین انجام گرفت. روش پژوهش: مطالعه حاضر یک طرح نیمه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری می‌باشد. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۲ زوج بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان زوج‌های متعارضی که در فاصله بهمن ماه سال ۱۳۹۳ تا اواخر سال ۱۳۹۴ به مراکز مشاوره شهر سندج مراجعه کرده بودند انتخاب گردید. زوجهای انتخاب شده به تصادف در ۳ گروه قرار گرفتند (هر گروه شامل ۱۴ زوج). یکی از گروهها مداخله زوج‌درمانی رفتاری التقاطی، گروه آزمایشی دیگر مداخله درمان تصمیم‌گیری مجدد دریافت نمودند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه تعارضات زناشویی به عنوان پیش‌آزمون پس‌آزمون استفاده گردید. داده‌ها به روش تحلیل واریانس مکرر تحلیل گردید. یافته‌ها: نتایج نشان داد که جنسیت زوجین تأثیر چندانی در اثربخشی مداخلات زوج‌درمانی نداشته است. هم‌چنین نتایج تحلیل آماری نشان داد که هر دو درمان رفتاری التقاطی و تصمیم‌گیری مجدد در بهبود تعارضات زناشویی زوجین و حفظ دستاوردهای درمانی حتی تا دوماه پس از درمان موفق عمل کرده‌اند اما زوج‌درمانی رفتاری التقاطی به نسبت درمان تصمیم‌گیری مجدد موفق عمل کرده است و تغییرات بیشتری را سبب شده است. بحث و نتیجه‌گیری: درمان‌های تلفیقی در حال گسترش هستند و امیدوار است کاربرد این رویکردها از سوی متخصصان و مشاوران حوزه خانواده با اقبال بیشتری مواجه شود.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه هرمزگان naderk65@yahoo.com

۲. دانشیار گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه هرمزگان (نویسنده مسئول) eghbalzareii2010@yahoo.com

۳. استادیار گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه هرمزگان

۴. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه کالیفرنیا، لس آنجلس

واژگان کلیدی: زوج‌درمانی رفتاری التقاطی، درمان تصمیم‌گیری مجدد، آشفتگی زناشویی، تحلیل واریانس مکرر

### مقدمه

در سال‌های اخیر موضوع تعارضات زناشویی به‌طور فزاینده‌ای در میان آثار منتشرشده حوزه ازدواج "وضعیتی ویژه" کسب کرده است (چانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ براردبوری، راج و لورنس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ فینچام<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). آمار طلاق به‌عنوان معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی (هالفورد، ۱۳۸۹) نشانگر آن است که رضایت زناشویی به‌آسانی قابل حصول نیست و زوج‌های فراوانی درجات متفاوتی از آشفتگی و عدم رضایت را تجربه می‌کنند (بلاندا، براون و یاماشیتا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶؛ راسن گراندون، میرز و هانیه، ۲۰۰۴). طلاق در دو دهه گذشته در سراسر جهان به دلایل متعددی روند صعودی را تجربه کرده است و این نرخ در آمریکا به ۵۱٪، سوئد ۴۸٪، و در کره جنوبی به ۴۷٪ رسیده است (چانگ، ۲۰۱۴). بر طبق آمار رسمی منتشرشده، در ایران نیز نسبت ازدواج به طلاق حدوداً ۵/۴ می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر در مقابل هر ۵/۴ ازدواج ثبت‌شده یک طلاق نیز ثبت می‌شود. هم‌چنین آمار نشان می‌دهد که در سال ۹۳، تقریباً هرماه حدود ۱۶۰۰۰ طلاق در کشور ثبت‌شده است (ثبت احوال ایران، ۱۳۹۳).

آشفتگی زناشویی را می‌توان به‌صورت عملیاتی و تحت عنوان احساس نارضایتی یکی از زوجین از رابطه زناشویی تعریف کرد. اصطلاح آشفتگی زوج‌ها اشاره به اختلال بالینی یا شخصیتی خاصی ندارد (کریستنسن، ۲۰۱۳). در DSM-5 نیز همانند DSM-IV-TR اصطلاح آشفتگی زوج‌ها به‌عنوان "اختلال روانی" در نظر گرفته نمی‌شود و به مقوله "سایر موقعیت‌هایی که نیازمند توجه بالینی هستند" تنزل یافته است (انجمن آمریکایی روان‌پزشکی، ۲۰۱۳). قطعاً این قضیه قابل‌بحث است که نقش آشفتگی زوج‌ها در ایجاد

- 
1. Chung
  2. Bradburay, Rogge & Lawrence
  3. Fincham
  4. Bulanda, Brown & Yamashita

دردهای روانی و جسمی اگر بیشتر از سایر اختلالات DSM نباشد لاقلاً کمتر هم نیست (بیچ و همکاران، ۲۰۰۶). به‌علاوه آشفتگی زناشویی می‌تواند باعث آغاز شدن، تشدید کردن و یا پیچیده‌تر شدن اختلالات DSM شود، از جمله افسردگی یا تسهیل بازگشت و عود اختلالات (وایزمن، ۲۰۰۷؛ تاوارز و اسوه<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). هم‌چنین آشفتگی زناشویی زوج‌ها می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر فرزندان داشته باشد و می‌تواند باعث بروز یا تشدید درونی کردن یا بیرونی کردن اختلالات شود (تاوارز و اسوه، ۲۰۱۳). در واقع در DSM-5، فشارها و تلاش‌هایی وجود داشت تا همانند اختلالات، به فرایندهای ارتباطی چون آشفتگی زوج‌ها توجه بیشتری شود اما به نظر می‌رسد این تلاش‌ها با تردید و شبهه مواجه شده‌اند (بیچ و همکاران، ۲۰۰۶؛ DSM-5، انجمن آمریکایی روان‌پزشکی، ۲۰۱۳). اگرچه شایستگی‌ها و پیامدهای این تلاش‌ها به بار ننشست اما هیچ شکمی وجود ندارد که آشفتگی زناشویی زوج، پیامدهای روانی جدی در بردارد و مستحق مداخلات درمانی می‌باشد (کریستنسن، ۲۰۱۳).

فرا تحلیل‌های زوج‌درمانی تأیید می‌کند که رویکردهای گوناگون در درمان آشفتگی زوج‌ها، بهبودی بالینی و آماری معنی‌داری برای بخش قابل‌توجهی از زوج‌ها به ارمغان آورده‌اند و متوسط افرادی که زوج‌درمانی دریافت می‌کنند از ۸۰ درصد افرادی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند بهبودی بیشتری نشان می‌دهند (شادیش و بالدوین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). در واقع اندازه اثر کلی برای زوج‌درمانی (۰/۸۴) به‌طورکلی قابل‌مقایسه و یا بزرگ‌تر از اندازه اثرهایی است که به‌صورت تصادفی از کار آزمایشی‌های بالینی درمان‌های فردی یا مداخلات پزشکی به‌دست آمده‌اند. در هر حال مطالعات نشان می‌دهد که تنها در ۵۰ درصد زوج‌های درمان شده، هر دو زوج بهبود معنی‌داری را در رضایت از رابطه نشان داده‌اند و ۳۰ تا ۶۰ درصد زوج‌های درمان شده تقریباً دو سال بعد از اتمام درمان، روابطشان روبه‌زوال و بدتر شدن نهاده است (اشنایدر و بالدراما<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ اشنایدر و میشل، ۲۰۰۸).

بیش از ۴۰ سال تحقیق و تمرین در زوج‌درمانی منجر به ارائه طیف گسترده‌ای از

- 
1. Tavares & Aassve
  2. Shadish & Baldwin
  3. Snyder & Balderrama

پروتکل‌های درمانی از لحاظ کیفیت و چگونگی اجرا شده است: رفتاری، بینش محور، سیستمی و هیجان مدار (گورمن، ۲۰۰۸). اما بر اساس مطالعات موجود، تفاوت‌های معتبری در زمینه اثربخشی این درمانها به دست نیامده است (اشنایدر، کاستلانی و ویشمن، ۲۰۰۶). شاید یکی از دلایل این نتایج این باشد که همه این درمانها مبتنی بر اصول مشترکی هستند. هنوز هم آزمایشات تجربی بحث داغ درمانگران است و تعدادی از تحقیقات، ضعف رویکردهای تک مکتبی را در درمان زوج‌ها نشان می‌دهند (اشنایدر و بالدراما، ۲۰۱۲؛ تاوارز و اسوه، ۲۰۱۳). امروزه درمان‌های تلفیقی طرفداران ویژه‌ای پیدا کرده است و درمانگران در صدد آن هستند که با ترکیب نظریات و رویکردهای درمانی مختلف به روش‌های درمانی کارآمدتری دست یابند.

یکی از رویکردهای التقاطی که محققان و درمانگران زیادی را متوجه خود نموده است زوج‌درمانی رفتاری التقاطی<sup>۱</sup> (IBCT) می‌باشد. زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی، ریشه در زوج‌درمانی رفتاری سنتی (TBCT)<sup>۲</sup> دارد. کریستنسن و جاکوبسن (۱۹۹۸) به‌عنوان نظریه‌پردازان رویکرد رفتاری التقاطی، معتقدند که نمی‌توان همه مسائلی را که بر اثر تفاوت‌های میان زوج‌ها پدید آمده است با تغییرات رفتاری حل کرد. زوج‌ها به‌مرور زمان تحمل خود را نسبت به تفاوت‌هایشان از دست می‌دهند. هم‌چنین تفاوت‌ها می‌تواند منشأ برانگیختگی عاطفی و هیجانی جدی شود اگر چنان‌چه به نقاط ضعف هر یک از آنها آسیب برساند. راهبردهای مداخله‌ای که در زوج‌درمانی رفتاری التقاطی به کار می‌رود، هماهنگ با چنین مفهوم‌سازی که از روابط مختل می‌شود، بیشتر بر واکنش‌های عاطفی زوج‌ها در برابر تفاوت‌ها و تعارض‌های ناشی از آن تأکید دارد. در اصل هدف اصلی این نوع درمان ایجاد پذیرش عاطفی زوج‌ها نسبت به تفاوت‌های فعلی موجود بین آنها و تفاوت‌هایی است که همواره می‌تواند وجود داشته باشد. وقتی زوج‌ها نسبت به این تفاوت‌ها پذیرش بیشتری پیدا می‌کنند، این تفاوت‌ها را بهتر درک می‌کنند و تعارض‌های واکنشی بین آنها کاهش پیدا می‌کند.

---

1. integrative behavioral couple therapy  
2. traditional behavioral couple therapy

احساس نزدیکی و درک بیشتر به دنبال مداخله‌های درمانی، که پذیرش از یکدیگر را بهبود می‌بخشد. گاه می‌تواند تغییرات رفتاری را برانگیزاند. به هر حال، زوج‌درمانی رفتاری التقاطی صرفاً بر پذیرش تأکید نمی‌کند و از راهبردهای تغییر در زوج‌درمانی رفتاری سنتی نیز استفاده می‌کند. ترکیب راهبردهای مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش با مداخله‌های مبتنی بر تغییر یکی از ویژگی‌های اساسی است که زوج‌درمانی رفتاری التقاطی را از زوج‌درمانی سنتی و سایر مداخله‌های درمانی رفتاری جدا می‌سازد. زوج‌درمانی رفتاری التقاطی، در کنار تأکید بر پذیرش با سایر رویکردهای رفتاری به خاطر راهبردی که در تغییر دادن روابط دارد، متفاوت است. هدف تغییر در این نوع درمان شکل بخشیدن به وابستگی‌هاست و نه تغییر مبتنی بر قواعد (اسکینر، ۱۹۶۶).

زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی ترکیبی از تکنیک‌های مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش<sup>۱</sup> و مبتنی بر تغییر<sup>۲</sup> را به کار می‌گیرد. تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش برای زوجها فرصتی فراهم می‌سازد تا مسائل خود را به ابزارهایی برای افزایش صمیمیت تبدیل کنند و نیز نسبت به مسائل تحمل داشته باشند و تأثیر مسائل را بر رابطه‌شان کاهش دهند. تکنیک‌های افزایش صمیمیت شامل ارتباط همدلانه و محکم و جداسازی واحد است؛ تکنیک‌های ایجاد تحمل شامل توجه کردن به جنبه‌های مثبت رفتار منفی، اجرای رفتارهای منفی در جلسه درمان، تظاهر به رفتارهای منفی در خارج از جلسه و مراقبت از خویشن است (کریستنسن و جاکوبسن، ۱۹۹۸). تکنیک‌های مبتنی بر تغییر مستقیماً به منظور ایجاد تغییرات خاص رفتاری به کار برده می‌شود و شامل مبادله رفتاری، مهارت‌های ارتباطی و آموزش مهارت‌های حل مسئله است.

یکی دیگر از درمان‌های تلفیقی درمان تصمیم‌گیری مجدد می‌باشد (کوری، ۲۰۰۱، ترجمه اعتمادی و هاشمی آذر، ۱۳۸۵). رویکرد تصمیم‌گیری مجدد<sup>۳</sup> در ادامه گسترش نظریه تحلیل تبادلی<sup>۴</sup> پدیدار شد. گلدینگ ها در برخی شیوه‌ها از رهیافت کلاسیک برنی

- 
1. acceptance focused strategies
  2. change based
  3. rededcision therapy
  4. transactional analysis theory

متمایز هستند. آن‌ها تحلیل تبادلی را با اصول و تکنیک‌هایی از گشتالت درمانی<sup>۱</sup>، خانواده‌درمانی<sup>۲</sup>، نقش‌گذاری روانی<sup>۳</sup> و رفتاردرمانی<sup>۴</sup> ترکیب کرده‌اند (کوری، ۲۰۰۹). درمان به شیوهٔ تصمیم‌گیری مجدد بر مفاهیمی چون احکام، تصمیم‌های اولیه و تصمیم‌های جدید استوار است. این رویکرد شکلی از تحلیل تبادلی است که برای درک نحوهٔ گسترش یادگیری دوران کودکی به بزرگسالی، چارچوب مفیدی ارائه می‌کند. و بر این فرض استوار است که بزرگسالان بر اساس فرض‌های گذشته که زمانی برای ارضای نیازهای حیاتی آن‌ها مناسب بوده، اما دیگر ارزشمند نیست، تصمیم‌گیری می‌کنند (کوری، ۲۰۰۱، ترجمهٔ اعتمادی و هاشمی آذر، ۱۳۸۵). این فرض‌های گذشته تا حدودی شبیه طرح‌واره‌هایی است که از دوران کودکی در ذهن فرد شکل گرفته است. به درمان جویان آموخته می‌شود به دستورات «نباش» و «نکن» که انتخاب‌های آن‌ها را شدیداً محدود می‌کنند، گوش فرا دهند: بچه نباش، مهم نباش، موفق نباش، رشد نکن، اعتماد نکن و حتماً خودت نباش. درمان جویان بعد از آگاهی از این دستورات و مواجهه با انتخاب‌ها، آزادند دوباره در خصوص اینکه چه کسی هستند و چه کسی می‌خواهند باشند تصمیم بگیرند (گلادفلتر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲).

درمانگران تا مدت‌ها اعتقادی به کاربرد تصمیم‌گیری مجدد در کار با زوج‌ها نداشتند اما در چند سال گذشته نه تنها درمانگران طرفدار رویکرد سنتی تحلیل تبادلی بلکه سایر درمانگران نیز در کارهای بالینی خود به کاربرد این درمان در زوج‌درمانی پرداخته‌اند (بادر و پیرسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱؛ استینبرگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ سانیسن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰؛ جنکینز و تیچ ورس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). به اعتقاد بادر و پیرسون (۲۰۱۱) تصمیم‌های اولیه زندگی و بازدارنده‌ها روابط زناشویی

- 
1. gestalt therapy
  2. family therapy
  3. psychodrama
  4. behavior therapy
  5. Gladfelter
  6. Bader & Pearson
  7. Steinberg
  8. Thunnissen
  9. Jenkins & Teachworth

بعدی فرد را به طور منفی تحت تاثیر قرار می دهند. به اعتقاد آنها تصمیم‌گیری مجدد در هریک از زوجها، تصمیم‌های اولیه زندگی که نمایشنامه زندگی را تحت تاثیر قرار داده‌اند آشکار می‌کند و تصمیم‌گیری جدید در سطوح شناختی و عاطفی را تسهیل می‌کند تا زوجها را از دام محدودیت‌های تصمیم‌های گذشته آزاد نماید. آنها در مطالعه خود نشان دادند که تصمیم‌گیری مجدد می‌تواند انتخاب‌های دیگری را در روابط زوج‌ها باعث شود. افراد همان‌طور که از مراحل لذت‌بخش اولیه یک رابطه فراتر می‌روند در زمینه رشد شخصی یا تمایز مؤثر با مشکل مواجه می‌شوند. مانع عمده این رشدنیافتگی، تصمیم‌های یک شریک در پاسخ به سرخوردگی‌های دردناک شریک دیگر است. درد حاصل از سرخوردگی زوج‌ها اغلب منجر به تصمیمات خود محافظتی می‌شود که تعاملات آتی، الگوهای رفتاری و تبادلات هیجانی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اما تصمیم‌گیری مجدد به زوجها کمک می‌کند تا در مورد چگونگی باهم بودنشان تجدیدنظر کنند (سانیس، ۲۰۱۰).

آمار منتشرشده در زمینه نرخ طلاق در جهان و ایران به‌خوبی گویای این قضیه است که رضایت و صمیمیت زناشویی در زوجها به‌آسانی قابل‌دستیابی نیست و هرروز شاهد ارائه نرخ‌های بالاتری از میزان طلاق و زوجها مراجع‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی هستیم. به‌طوری‌که آخرین آمارهای رسمی ثبت‌احوال حاکی از این است که تقریباً در مقابل هر ۵ ازدواج ثبت‌شده، ۱ مورد طلاق ثبت می‌شود (سازمان ثبت‌احوال، ۱۳۹۳). نرخ پایین ازدواج و عدم علاقه عده‌ای از جوانان به ازدواج و پیدایش شکل‌های جدیدی از رابطه در ایران (از جمله هم‌خانگی و ازدواج سفید) نیز یکی دیگر از آسیب‌های جدی ازدواج و خانواده می‌باشد که یکی از دلایل بروز این پدیده‌ها، موج فزاینده طلاق و ناسازگاری در میان زوجها و نگرانی از دچار شدن به سرنوشت آنان می‌باشد (آزاد ارمکی و همکاران، ۱۳۹۱).

علی‌رغم تدوین پروتکل‌های متعدد در زمینه زوج‌درمانی، امروزه متخصصان بیشتر تمایل به استفاده از رویکردهای تلفیقی و التقاطی دارند و معتقدند یک رویکرد تک‌مکتبی محض به دلیل آن‌که به‌طور همه‌جانبه و عمیق، مشکلات زوج را نمی‌شکافد از

کارایی لازم برخوردار نیستند. در این راستا در دو دهه اخیر رویکرد زوج‌درمانی رفتاری التقاطی کریستنسن و جاکوبسن محبوبیتی خاص یافته است و ماندگاری بیشتر تأثیرات آن به نسبت رویکردهای سنتی زوج‌درمانی رفتاری (TBCT) و شناختی (CBCT) مورد تأیید قرار گرفته است (پریسوتی و باراکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ ویلر و همکاران، ۲۰۰۸). با این وجود خود تدوین‌کنندگان این رویکرد نیز معتقدند که پژوهش‌های بیشتری و با افراد متفاوتی موردنیاز است تا بتوان نتایج به‌دست‌آمده را تعمیم داد.

درمان تصمیم‌گیری مجدد نیز حوزه عمل خود را از درمان اختلالات روانی و شخصیتی به کار با زوج‌ها گسترش داده است و تعدادی از طرفداران رویکرد سنتی تحلیل تبادلی اریک برن از کارایی آن دفاع کرده‌اند. بخش عمده‌ای از طرح‌واره‌های ناسازگار تحت تأثیر تجارب اولیه کودکی شکل می‌گیرد و حوزه اصلی مداخلات تصمیم‌گیری مجدد نیز تغییر دادن تصمیماتی است که تحت تأثیر رابطه کودک با والدین شکل گرفته است. با این وجود در ایران هنوز این دو رویکرد تا حدی ناشناخته مانده‌اند و جز کارهای محدودی (رئسی و آرین، ۲۰۱۲؛ نظری، محمدخانی و دولتشاهی، ۱۳۹۰) در این زمینه مطالعات گسترده‌ای صورت نگرفته است.

از سوی دیگر حجم و تنوع گسترده‌ی مشکلات زوجین و خانواده‌ها و سیر نسبتاً صعودی آمار طلاق در کشورمان، نیاز به کاربرد درمان‌های اثربخش‌تر را می‌طلبد. از این رو این مطالعه با هدف پاسخ‌گویی به سوال زیر انجام گرفت: زوج‌درمانی رفتاری التقاطی، درمان تصمیم‌گیری مجدد و جنسیت چه تاثیری در کاهش آشفتگی زوج‌های متعارض شهر سنج دارند؟

### روش پژوهش

مطالعه حاضر یک طرح نیمه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری می‌باشد. در این طرح دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل وجود دارد. قبل از زوج‌درمانی از هر سه گروه آزمون آشفتگی زناشویی به‌عنوان پیش‌آزمون به عمل آمد.



روی یکی از گروه‌های آزمایشی مداخله زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و روی گروه آزمایشی دیگر مداخله درمان تصمیم‌گیری مجدد انجام شد اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ۲ هفته پس از اتمام زوج‌درمانی از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل پس‌آزمون به عمل آمد. هم‌چنین جهت پیگیری اثرات درمان، ۲ ماه بعد از اتمام درمان، دوباره آزمون آشفتگی زناشویی بر روی افراد نمونه اجرا شد.

جامعه آماری این تحقیق، شامل کلیه زوجین دارای مشکلات زناشویی می‌شود که در فاصله بهمن ماه سال ۱۳۹۳ تا اواخر سال ۱۳۹۴ به مراکز مشاوره شهر سنندج مراجعه کردند. به‌منظور انتخاب نمونه از میان زوجین دارای مشکلات زناشویی مراجعه‌کننده به این مراکز با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس شرایط زیر ۴۲ زوج انتخاب گردید: نمره زوجین در آزمون آشفتگی زناشویی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین باشد، زوجین دارای اختلالات روانی و شخصیتی حاد نباشند، زوجین حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشند.

بعد از انتخاب، زوج‌ها به تصادف به ۳ گروه تقسیم شدند. در هر گروه ۱۴ زوج قرار گرفت. هر یک از زوجین گروه آزمایشی اول به‌طور میانگین حدود ۱۲ جلسه تحت زوج‌درمانی رفتاری التقاطی قرار گرفتند که جلسات به‌صورت هفتگی انجام گرفت. زوجین گروه آزمایشی دوم نیز حدود ۱۰ جلسه تحت مداخله بر اساس رویکرد تصمیم‌گیری مجدد قرار گرفتند. گروه کنترل در این فاصله هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

#### پروتوکل درمان مبتنی بر رویکرد تصمیم‌گیری مجدد:

محتوا	هدف	تکالیف
جلسه اول	معرفه و ایجاد یک رابطه دوستانه، اجرای پیش‌آزمون، بیان اصول و مقررات	تکمیل پرسشنامه، بیان مشکلات توسط زوجین
جلسه دوم	آشنایی با معانی و ابعاد تعارض زناشویی، معایب و اثرات آن بر بچه‌ها و زوجین، بحث راجع پیامدهای طلاق	مطالعه جزوه تدارک دیده شده توسط مشاور و آمادگی برای جلسه بعد
جلسه سوم	آشنایی با رویکرد تصمیم‌گیری مجدد، آشنایی با ساختار شخصیت یا حالات من (والد-بالغ-کودک)، آشنایی اعضا با فرایند شکل‌گیری شخصیت از دیدگاه برن،	مطالعه جزوه تدارک دیده شده توسط مشاور و آمادگی برای جلسه بعد و رفع ابهامات

آشنایی با اصول گشتالت درمانی		
جلسه چهارم	توضیح رویکرد تصمیم گیری مجدد و نام بردن مؤلفه های آن (بازدارنده ها، تصمیمات، تنگناها،...)، آشنایی با بازدارنده ها و سوق دهنده ها، آشنایی با تصمیماتی (نمایشنامه های زندگی) که در نتیجه بازدارنده ها و سوق دهنده ها اتخاذ می شود.	یادداشت کردن بازدارنده ها و سوق دهنده هایی که زوجین از والدین خود به یاد دارند.
جلسه پنجم	آموزش طریقه کشف نمایشنامه زندگی، آشنایی با مفهوم و انواع نوازش، آشنایی با مفهوم تک نوازشی و اقتصاد نوازشی	مطالعه جزوه و لیست کردن نوازش هایی که در کودکی دریافت کرده اند.
جلسه ششم	توضیح در مورد عقد قرارداد، گفتگو در رابطه با مسئولیت شخصی با تک تک اعضا و بستن قرارداد با آنها	تبادل نظر در مورد عقد قرارداد، مکتوب کردن مواردی که در توقع دارند در زندگی زناشویی تغییر دهند
جلسه هفم	شناسایی قواعد خانوادگی و باید ها و نباید ها با استفاده از تکنیک های شناختی (جدال شناختی، مباحثه، پرسش های سقراطی ...) برای درک تصمیم های اولیه	شناسایی باورهای معیوب و پیشنهاد دادن باورهای واقع گرایانه
جلسه هشتم	کار بر روی تصمیم های اولیه، به کمک تکنیک های گشتالت درمانی (ایفای نقش، وارونگی نقش، صندلی خالی) برای بازسازی مجدد صحنه هایی که از گذشته به ذهن اعضا می رسد.	کار بر روی تصمیم های اولیه با استفاده از تکنیک های گشتالت درمانی، روبه رو شدن با کارهای ناتمام از طریق فن صندلی خالی
جلسه نهم	به بحث گذاشتن سؤالات بازنگری در تصمیمات، (آیا شما مایلید برخی از تصمیم های اولیه خود را مورد بازنگری قرار دهید؟ آیا این تصمیمات هنوز هم برای شما مفید هستند؟ چه تصمیم های جدیدی را می خواهید اتخاذ کنید؟)	از اعضا خواسته می شود هفته ها یا روزهایی را مشخص کنند و دست کم در یک محیط مانند خانه یا محل کار به گونه ای باشند و به گونه ای عمل کنند که گویی آن فرد هستند.
جلسه دهم	برگزاری پس آزمون، مصاحبه با زوجین مشارکت کننده در طرح مبنی بر تصمیم شان در مورد ادامه زندگی	صحبت در مورد تغییراتی که در طی درمان در آنها ایجاد شده است.

### پروتوکل زوج درمانی رفتاری التقاطی:

محتوا	هدف	تکالیف
مرحله ارزیابی	جلسه اول: معارفه، خلاصه اطلاعات دموگرافیک، چشم انداز زوج درمانی، بیان اصول جلسات درمان	ارائه شکایات، بیان اهداف و مسائل مرتبط، بحث در مورد جذابیت های اولیه
	جلسه دوم و سوم: برگزاری جلسات فردی با زوجین،	تکمیل پرسشنامه ها، بحث در مورد

حساسیت‌های عاطفی و استرس‌ورهای خارجی، بیان دیدگاه راجع تعهد و ادامه رابطه	بیان اصول رازداری، فرارفتن از مشکلات فعلی بر اساس مقیاس‌ها و مصاحبه اول، بررسی مسائل مربوط به خشونت و تعهد، بررسی تاریخچه خانواده اصلی، بررسی تاریخچه ارتباط، اجرای پیش‌آزمون
مطالعه بروشورهای تهیه شده راجع افسردگی، PTSD، بحث بر سر دیدگاه و فرمول‌بندی درمانگر و همخوانی آن با نظر زوجین	جلسه چهارم و پنجم: ارائه بازخورد به زوجین، ارائه چشم‌انداز، فرمول‌بندی مشکلات، مشخص کردن موضوعات و زمینه‌های مشکل‌ساز عمده (اعتماد، افسردگی، استرس پس از سانحه و ...)، مشخص کردن نقاط قوت رابطه
خلاصه کردن پیام‌های زوج دیگر، تمرکز روی تجارب اینچا و اکنونی، ارتباط زوجین با یکدیگر از طریق درمانگر	جلسه ششم: بحث روی الگوهای تعاملی، مداخلاتی برای جلوگیری، قطع کردن، جهت‌دهی دوباره و یا محدود کردن تعاملات مشکل‌ساز.
شناسایی هیجان‌های اولیه، افشای هیجان‌ها، ایفای نقش جهت ابراز هیجانات، تمرکز روی احساسات به جای افکار، همدلی با احساسات همدیگر	جلسه هفتم و هشتم: مداخلات مبتنی بر هیجان (با هدف الحاق همدلانه)
اجرای دوباره تعاملات در جلسه، مبادله رفتار، تمرین مهارت‌های ارتباطی	جلسه نهم و دهم: مداخلات مبتنی بر رفتار (با هدف تغییر رفتار)
تمرین رفتارهای منفی، لیست کردن اقداماتی برای خودمراقبتی	جلسه یازدهم: مداخلات مربوط به ایجاد تحمل
بحث در مورد دستاوردهای درمان و تصمیم راجع آینده، تکمیل پس‌آزمون	جلسه دوازدهم: جمع‌بندی، کمک به زوج برای کنار آمدن با عوامل فشارزا، اجرای پس‌آزمون

### ابزار:

**پرسشنامه تعارضات زناشویی:** این پرسشنامه یک ابزار ۵۴ سوالی است که توسط ثنائی، براتی و بوستانی پور (۱۳۸۷) برای سنجش تعارض‌های زن و شوهری ساخته شده است. این مقیاس هشت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی و کاهش ارتباط موثر. نمره گذاری گزینه‌ها به این صورت است:

هرگز (۱)، بندرت (۲)، گاهی (۳)، اکثراً (۴) و همیشه (۵). سوالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند.

آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۰/۹۶ به دست آمد و برای ۸ خرده مقیاس آن از این قرار است: کاهش همکاری ۰/۸۱، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۱، افزایش واکنش های هیجانی ۰/۷، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۳۳، افزایش رابطه با خویشاوندان خود ۰/۸۶، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر ۰/۸۹، جدا کردن امور مالی ۰/۷۱ و کاهش ارتباط موثر ۰/۶۹.

### یافته ها

جدول شماره ۱، میانگین و انحراف نمرات شرکت کنندگان را در متغیر تعارض زناشویی نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری نمرات تعارض زناشویی

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان
	Mean ±Sd		Mean ±Sd		Mean ±Sd	
IBCT	۱۳۵ ± ۲۱/۳	۱۴۰/۷ ± ۱۴/۷	۱۰۷/۳ ± ۲۰/۸	۱۱۲/۸ ± ۱۵/۸	۱۰۵/۴ ± ۲۰/۶	۱۰۹/۳ ± ۱۴/۳
تصمیم گیری مجدد	۱۳۱/۳ ± ۱۵/۵	۱۳۹/۸ ± ۱۲/۸	۱۱۵ ± ۱۳/۷	۱۲۳/۸ ± ۱۱/۶	۱۱۴/۷ ± ۱۴/۶	۱۲۳/۷ ± ۱۱/۶
کنترل	۱۳۲/۹ ± ۱۶/۲	۱۳۳/۸ ± ۱۸/۳	۱۳۶/۷ ± ۱۲/۴	۱۲۵/۱ ± ۱۷/۳	۱۴۳/۱ ± ۱۳/۴	۱۳۰/۸ ± ۱۷/۵۷

برای بررسی اثربخشی درمان‌ها، طرح تحلیل واریانس مختلط سه راهه (۳\*۳\*۲) به کار گرفته شد چون دو متغیر بین گروهی (نوع مداخله و جنسیت) و متغیر درون گروهی (آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) موجود است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس، مفروضه‌های آن مورد بررسی و تایید قرار گرفتند. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط در جدول ۲ ذکر شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس مختلط متغیر تعارض زناشویی

سطح معنی‌داری	مجذور اتا	F	میانگین مجذورات	Df	مجموع مجذورات	منابع تغییر درون آزمودنی‌ها (Lower-bound) آزمون
*.۰/۰۰۱	۰/۷۱۱	۴۴۴/۰۵	۹۸۱۳/۵۵	۱	۹۸۱۳/۵۵	آزمون
۰/۲۴۱	۰/۰۱۸	۱/۳۹۸	۳۰/۸۸	۱	۳۰/۸۸	آزمون * جنسیت
*.۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	۲۸۱/۷۵	۶۲۲۶/۸۶	۲	۱۲۴۵۳/۷۳	آزمون * درمان
۰/۵۱	۰/۰۱۷	۰/۶۷۹	۱۵	۲	۳۰/۰۱۶	آزمون * جنسیت * درمان
			۲۲/۱	۷۸	۱۷۲۳/۸۱	خطا
بین آزمودنی‌ها (اثر پیلایی)						
۰/۸۱۴	۰/۰۰۱	۰/۰۵۶	۴۰/۴۸	۱	۴۰/۴۸	جنسیت
**۰/۰۰۷	۰/۲۵۹	۵/۲۸۱	۳۸۵۰/۳۱	۲	۷۷۰۰/۶۲	درمان
**۰/۰۴۲	۰/۰۷۸	۳/۳	۲۴۰۶/۵	۲	۴۸۱۳	جنسیت * درمان
			۷۲۹/۰۸	۷۸	۵۶۸۶۸/۶۹	خطا

\*P<./۰۱

\*\*P<./۰۰۵

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج آزمون درون گروهی نشان می‌دهد که اثر اصلی نوع آزمون بر روی نمرات تعارض زناشویی به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد (P<./۰۰۵ و  $\eta^2 = \text{partial} = ۰/۷۱$  و  $F(۱, ۷۸) = ۴۴۴/۰۵$ ). این بدین معناست که بین سطوح مختلف متغیر آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. ضریب اتای تفکیکی ۰/۷۱ نشان دهنده آن است که ۸۵ درصد تغییرات درون گروهی توسط آزمون‌ها قابل تبیین می‌باشد این اثر معنی‌دار اصلی باید توسط آزمون‌های تعقیبی بررسی شود. اثر تعاملی آزمون \* جنسیت معنی‌دار نشان نمی‌دهد (P>./۰۵ و P>./۰۲).

$\eta^2 = \text{partial} = 1/398$  (F(1 و 78) = 1/398)، یعنی نمره تعارض زناشویی افراد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحت تاثیر جنسیت قرار ندارد. اثر تعاملی آزمون \* درمان ( $P < .005$  و  $\eta^2 = \text{partial} = 281/85$ ) (F(2 و 78) = 281/85) معنی‌دار نشان داد. یعنی نمرات تعارض زناشویی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افراد در گروه‌های ۳ گانه متفاوت می‌باشد و ضریب اتای ۰/۸۷ بیانگر آن است که ۸۷ درصد تغییرات ایجاد شده توسط مداخلات درمانی تبیین می‌شود. معنادار نبودن اثر تعاملی آزمون \* جنسیت \* درمان ( $P > .05$  و  $\eta^2 = \text{partial} = 0/68$ ) (F(2 و 78) = 0/68) بیانگر آن است که نوع آزمون به طور همزمان با سطوح مختلف جنسیت و درمان تعامل ندارد.

نتایج آزمون بین‌گروهی با استفاده از شاخص اثر پیلایی نشان می‌دهد که که اثر اصلی جنسیت بر روی نمرات تعارض زناشویی به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P > .05$  و  $\eta^2 = \text{partial} = 0/56$ ) (F(1 و 78) = 0/56)، یعنی بین نمرات پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری مردان و زنان تفاوت خاصی وجود ندارد و نمرات تحت تاثیر جنسیت نبوده است. اثر اصلی درمان بر روی نمرات تعهد زناشویی معنی‌دار می‌باشد ( $P < .05$  و  $\eta^2 = \text{partial} = 5/281$ ) (F(2 و 78) = 5/281). ضریب اتای تفکیکی ۰/۲۶ نشان دهنده آن است که ۲۶ درصد تغییرات نمره تعارض زناشویی توسط مداخلات درمانی قابل تبیین می‌باشد. اثر تعاملی درمان \* جنسیت نیز معنی‌دار نشان داد ( $P < .05$  و  $P < .08$ ).  $\eta^2 = \text{partial} = 3/3$  (F(2 و 78) = 3/3) ولی سهم آن در تبیین واریانس نمره تعارض زناشویی چشمگیر نمی‌باشد.

معنی‌دار شدن اثر اصلی درمان و آزمون و هم‌چنین اثر تعاملی آزمون \* درمان مشخص نمی‌سازد که بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد. برای پاسخ به این سوال از آزمون تعقیبی بونفرونی با کنترل اثرات پیش‌آزمون‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های پس‌تجربه‌آزمون تعقیبی بونفرونی در آزمون تعارض زناشویی

مقایسه‌ها	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
پس‌آزمون گروه IBCT- پس‌آزمون گروه کنترل	-۳۰/۷۴	۱/۳۸	*۰/۰۰۱
پیگیری گروه IBCT- پیگیری گروه کنترل	-۳۸/۷	۱/۵۲	*۰/۰۰۱
پس‌آزمون گروه تصمیم‌گیری مجدد - پس‌آزمون گروه کنترل	-۱۸/۸۲	۱/۳۷۷	*۰/۰۰۱
پیگیری گروه تصمیم‌گیری مجدد - پیگیری گروه کنترل	-۲۴/۷۲	۱/۶۹	*۰/۰۰۱
پس‌آزمون گروه IBCT- پس‌آزمون گروه تصمیم‌گیری مجدد	-۱۱/۹۲	۱/۳۴	*۰/۰۰۱
پیگیری گروه IBCT- پیگیری گروه تصمیم‌گیری مجدد	-۱۳/۹۷	۱/۴۹	*۰/۰۰۱
پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱۱/۹۲	۰/۵۶	*۰/۰۰۱
پیش‌آزمون- پیگیری	۱۲/۶۴	۰/۶۱	*۰/۰۰۱
پس‌آزمون- پیگیری	-۱/۱۱	۰/۳۴	*۰/۰۰۲

\*P&lt;./۰.۱

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد و هم‌چنین تاثیر جنسیت زوجین در بهبود آشفته‌گی زناشویی زوجین متعارض انجام گردید. نتایج حاصل از تحلیل واریانس مختلط نشان داد که جنسیت زوجین تاثیر چندانی در اثربخشی مداخلات زوج‌درمانی نداشته است. این یافته با نتایج مطالعات بنسون، مک‌گین و کریستنسن (۲۰۱۲) و پریسوتی و همکاران (۲۰۱۲) هم‌خوانی دارد. به عقیده این محققان عواملی فراتر از جنسیت زوجین اثربخشی زوج‌درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد از جمله: عزم مشترک زوجین برای تغییر، انتظار مثبت درمانجو (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۹۹۲)، تعهد زوجین به تغییر و تکالیف درمانی، تغییر رفتار و الگوهای ارتباطی، امید به بهبود رابطه.

هم‌چنین نتایج تحلیل آماری نشان داد که هر دو درمان رفتاری التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد در بهبود تعارض زناشویی زوجین و حفظ دستاوردهای درمانی حتی تا دو ماه پس از درمان موفق عمل کرده‌اند و زوج‌درمانی رفتاری التقاطی به نسبت درمان تصمیم‌گیری مجدد

گیری مجدد موفق‌تر عمل کرده است و تغییرات بیشتری را سبب شده است. اثربخش بودن این درمانها با نتایج یافته‌های باکوم و همکاران (۲۰۱۱)، اشنایدر و بالدراما (۲۰۱۲)، پریسوتی و باراتا (۲۰۱۲) و بادر و پیرسون (۲۰۱۱) همخوانی نشان می‌دهد.

اشنایدر و بالدراما (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای با عنوان "رویکردهای تلفیقی در زوج‌درمانی: مفاهیمی برای تحقیق و تمرین بالینی" به تأثیرات بیشتر و ماندگارتر رویکردهای التقاطی در مقابل رویکردهای تک‌مکتبی اشاره کرده‌اند. اما کاربرد آنها را منوط به مفهوم‌سازی و تطبیق آن با اصول رایج زوج‌درمانی و تصمیم‌گیری بالینی دانسته‌اند. پریسوتی و باراکا (۲۰۱۲) در فرا تحلیل خود به بررسی اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی رفتاری التقاطی در مقایسه با رویکرد زوج‌درمانی رفتاری سنتی پرداخته‌اند. نتایج تحقیق آنان نشان می‌دهد که زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و زوج‌درمانی رفتاری سنتی برای تغییر زوجها دارای مراحل متفاوتی هستند و درمانگران کارهای متفاوتی در جلسه درمان انجام می‌دهند. همچنین نتایج فرا تحلیل نشان داد که میزان اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری التقاطی در کاهش آشفته‌گی زوجها هنگام پایان درمان و یک سال پس از اتمام درمان، کمی بیشتر از اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری سنتی می‌باشد.

باکوم و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود ۱۳۴ زوج را که به‌طور تصادفی تحت زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و زوج‌درمانی رفتاری سنتی قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که زوجها به‌طور متوسط در تعاملات هدف، روند رو به رشدی را حتی پس از اتمام دوران نشان دادند. در گروه تحت درمان زوج‌درمانی رفتاری التقاطی، رفتار منفی و کناره‌گیری زنان حتی تا دو سال پس از درمان رو به کاهش بود اما در گروه تحت زوج‌درمانی رفتاری سنتی این‌گونه نبود. در زمینه رفتارهای مثبت و مثبت‌گرایی شوهران نیز نتایج مشابه بود. در گروه تحت زوج‌درمانی رفتاری التقاطی، مثبت بودن شوهران تا دو سال پس از درمان نیز کاهش نیافت اما در گروه تحت زوج‌درمانی رفتاری سنتی این اتفاق رخ داد. البته این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت: عدم شرکت زوجها



جداشده و طلاق گرفته در مراحل پیگیری، وجود داده‌های ازدست‌رفته و مشاهده فقط یک سری رفتارهای خاص و غفلت از زمینه.

بادر و پیرسون (۲۰۱۱) در مطالعه خود با عنوان "کاربرد تصمیم‌گیری مجدد در کار با زوجها" نشان دادند که تصمیم‌گیری مجدد می‌تواند انتخاب‌های دیگری را در روابط زوجها باعث شود. به اعتقاد آنها همان‌طور که زوجها از مراحل لذت‌بخش اولیه یک رابطه فراتر می‌روند در زمینه رشد شخصی یا تمایز مؤثر با مشکل مواجه می‌شوند. مانع عمده این رشدنیافتگی، تصمیم‌های یک شریک در پاسخ به سرخوردگی‌های دردناک شریک دیگر است. درد حاصل از سرخوردگی زوجها اغلب منجر به تصمیمات خود محافظتی می‌شود که تعاملات آتی، الگوهای رفتاری و تبادلات هیجانی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تصمیم‌گیری مجدد به زوجها کمک می‌کند تا در مورد چگونگی باهم بودنشان تجدیدنظر کنند.

جیکینز و تیچ ورس (۲۰۱۰) نیز کارایی درمان تصمیم‌گیری مجدد را در حل مشکلات زوجی مورد تأیید قرار داده‌اند. آنان در مطالعه خود با عنوان "تکوین روانی در تصمیم‌گیری مجدد: نسل بعدی درمان زوجی نقش درمان تصمیم‌گیری مجدد را در تولد دوباره سیستم روانی زوجها و بهبود تعاملات آنان نشان دادند. آنان ۱۵ زوج آشفته را تحت درمان تصمیم‌گیری مجدد قراردادند و نتایج تحلیل‌های آماری حاکی از بهبود تعاملات گروه مداخله به نسبت گروه گواه بود.

اثربخشی بیشتر درمان رفتاری التقاطی به نسبت درمان تصمیم‌گیری مجدد از چند جنبه قابل تبیین است: متخصصان حوزه خانواده ۵ اصل عمومی زوج‌درمانی را ارائه کردند: ۱- تغییر دیدگاه زوج در مورد مشکل فعلی به یک دیدگاه عینی‌تر، بافتار نگر و دوتایی. ۲- کاهش احساسات سرکوب‌شده و رفتارهای ناکارآمد. ۳- استخراج رفتارهای مبتنی بر هیجان، اجتنابی و خصوصی ۴- افزایش الگوهای ارتباطی سازنده ۵- تأکید بر نقاط قوت و تقویت کردن دستاوردها (بنسون و کریستنسن، ۲۰۱۲). به نظر آنها درمان اثربخش باید حاوی این ۵ اصل باشد. در حالی که درمان تصمیم‌گیری مجدد بیشتر بر تغییر عامل رفتار منفی می‌پردازد و چندان به تقویت رفتارهای مثبت نمی‌پردازد. در حالی که درمان رفتاری

التقاطی علاوه بر تخلیه و پذیرش هیجانی به تغییر رفتار و تقویت الگوهای رفتاری و دستاوردهای مثبت می‌پردازد. هم‌چنین درمان رفتاری التقاطی تلاش دارد میزان تحمل و تاب‌آوری فرد دریافت‌کننده رفتارمنفی را نیز افزایش دهد تا در صورت تغییر نکردن فرد مشکل ساز، شریک دیگر قابل به تحمل این رفتارها و شرایط ناخوشایند باشد. از سوی دیگر درمان تصمیم‌گیری مجدد حاوی اصطلاحات و مفاهیم نسبتاً پیچیده‌ای می‌باشد و تعدادی از زوج‌ها در درک آن مشکل دارند و چندان به آن روی خوش نشان می‌دهند و تعدادی از مراجعان، راهبردها و تفسیرهای آن را مرتبط با مشکل کنونی خود نمی‌دانستند. در کل نتایج پژوهش، اثربخش بودن این دو روش تلفیقی را در بهبود تعارضات و آشفتگی‌های زناشویی نشان داد و امیدوار است کاربرد این رویکردها از سوی متخصصان و مشاوران حوزه خانواده با اقبال بیشتری مواجه شود.

**محدودیت‌ها:** محدودیت نمونه و عدم پیگیری نتایج مداخلات در یک بازه زمانی طولانی از جمله مسائلی است که تعمیم نتایج را با محدودیت ایجاد می‌کند. از سوی دیگر بر اساس نظر پروچاسکا و نورکراس (۱۳۹۲) اثربخشی مداخلات درمانی فقط به نوع نظریه و فنون مرتبط نیست و تا حد زیادی تحت تاثیر فاکتورهایی چون رابطه تسهیل‌کننده و انتظار مثبت درمانجو قرار دارد. از این رو لازم است مطالعات دیگری بر روی نمونه‌های متفاوت انجام شود.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از حمایت‌ها و راهنمایی‌های ارزنده پروفیسور اندرو کریستنسن و هم‌چنین از صبوری و همکاری همه زوج‌هایی که با سعه صدر امکان انجام این مطالعه را ممکن ساختند تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- شاه سیاه، مرضیه؛ بهرامی، فاطمه و محبی، سیامک. (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی رضایت جنسی و تعهد زناشویی زوجین شهرضا. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، (پیاپی ۴۳)، ۲۳۸-۲۳۳.
- کارگر، مونا؛ کیمیایی، علی؛ و مشهدی، علی. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خود‌نظم‌بخشی بر آزار عاطفی و آشفتگی زناشویی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۲)، ۲۶۹-۲۹۶.
- کریمیان، نادر، کریمی، یوسف و بهمنی، بهمن. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ابعاد سلامت روان و احساس گناه با تعهد زناشویی افراد متأهل، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۲)، ۲۵۶-۲۴۳.
- یوسفی، ناصر؛ اعتمادی عذرا؛ بهرامی، فاطمه؛ احمدی، احمد؛ فاتحی زاده، مریم السادات. (۱۳۸۹). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در همسران مطلقه و عادی به‌عنوان پیش‌بینی کننده طلاق. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶(۱)، ۳۳-۲۱.
- سازمان ثبت‌احوال ایران (۱۳۹۳). آمار ازدواج و طلاق در ۶ ماهه نخست ۱۳۹۳. <https://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=4773>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arriaga, X. B., Agnew, C. R. (2001). Being committed: affective, cognitive and conative components of relationship commitment. *Personality and social psychology bulletin*, 27, 1190-1203.
- Bader, E., & Pearson, P. (2011). Applying redecision therapy to couples work. *Transactional analysis journal*, 41, 3, 69-76
- Baucom, K. J. W., Servier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D., & Christensen, A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: Outcome and Link with five-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 565-576.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

- Bendo, M. E. (2001). Maladaptive cognitive schemas associated with perceptions of family functioning (Doctoral dissertation, Texas University). Dissertation Abstracts International, 61(9-B), 5014.
- Benson, L. A., McGinn, M. M., & Christensen, A. (2012). Common Principles of Couple Therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 25-35.
- Bradbury, T., Fincham, F., & Beach, S. (2008) Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 62, 964-980.
- Bradbury, T.N., Rogge, R., & Lawrence, E. (2001). Reconsidering the role of conflict in marriage. In A. Booth & A.C. Crouter (Eds.), *Couples in conflict* (pp. 59-81). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bulanda, J., Brown, S., Yamashita, T. (2016). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. *Social Science & Medicine*, 165, 119-127
- Chatav, Y., Wishman, A. (2009). Partner Schema and Relationship functioning: A state of Mind Analysis. Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Published by Elsevier Ltd. (40), 50-56.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B., & Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 225-235.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (29), 176-191.
- Cooper, C. (2001). Men and divorce. In G. R. Books & G. E. Good (Eds.), *the new handbook of psychotherapy and counseling with comprehensive guide to setting, problems, and treatment approaches* (pp.335-352). California: Jossey-Francisco.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., & Christensen, A. (2008). Integrative behavioral couple therapy. In: A. S. Gurman (Ed.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (4th ed., pp 73-107). New York: The Guilford Press
- Fincham, F.D. (2003). Marital conflict: Correlates, structure, and context. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 23-27.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage and the Family*, 62(3), 737-745.
- Gurman, A. S. (2008). The comparative study of couple therapy. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (4th ed., pp. 1-30). New York: Guilford Press.

- Halford, W. K., Hayes, S., Christensen, A., Lambert, M., Baucom, D. H., & Atkins, D. C. (2012). (Toward Making Progress Feedback an Effective Common Factor in Couple Therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 49-60.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy. An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Jenkins, PH., Teachworth, A. (2010). Psychogenetic in redecision therapy: The next generation of couples work. *Transactional analysis journal*, 40, 2, 121-129.
- Kapinus, C. A., & Johnson, M. P. (2003). The utility of family life cycle as a theoretical and empirical tool: Commitment and family life-cycle stage. *Journal of Family Issues*, 24(2), 155-184.
- Martin, T.C., & Bumpass, L. (1989). Recent trends in marital disruption. *Demography*, 26, 37-51
- Masters, A. (2008). Marriage, commitment and divorce in a matching model with differential aging. *Review of Economic Dynamics*, 11, 614-628.
- Mosko, J. (2009). Commitment and attachment dimensions. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy: Purdue University.
- Perissutti, C., & Barraca, J. (2013). Integrative Behavioral Couple Therapy vs. Traditional Behavioral Couple Therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clínica y Salud*, 24(1), 11-18
- Rosen-Grandon. J.R. Myers, J.E. & Hattie, J.A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital. Interaction processes and marital satisfaction. *J Couns and Dev*, 82(1): 58-68.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570.
- Snyder, D. K., & Balderrama-Durbin, C. (2012). *Integrative Approaches to Couple Therapy: Implications for Clinical Practice and Research*. *Behavior Therapy*, 43(1), 13-24.
- Snyder, D. K., & Mitchell, A. E. (2008). Affective-reconstructive couple therapy: A pluralistic, developmental approach. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (4th ed., pp. 353-382). New York: Guilford Press.
- Snyder, D. K., balderrama-durbin, C. (2012). *Integrative Approaches to Couple Therapy: Implications for Clinical Practice and Research*. *Behavior Therapy*, 13-24.

- Steinberg, R. (2010). Using redecision therapy to resolve postdivorce impasses and loss. *Transactional analysis journal*, 40, 2, 130-143.
- Stiles, O. E. (2004). Early maladaptive schemas and intimacy in young adult's romantic relationships. Unpublished doctoral dissertation, Alliant International University.
- Tavares, L., Aassve, A. (2013). Psychological distress of marital and cohabitation breakups. *Social Science Research*, 42(6), 1599-1611.
- Thunnisen, A. (2010). Redecision therapy with personality disorders: How does I work and what are the results? *Transactional analysis journal*, 40, 2, 114-120.
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A. (2008). Relation of Guilt, Shame, Behavioral and Character logical Self-Blame to Depressive Symptoms in Adolescents over Time, Guilford Publications. 27, 809-842.
- Wheeler, J. C., Christensen, A., & Jacobsen, N. S. (2008). Couple Distress in: David, H. Barlow. (Ed.). *Clinical Handbook of Psychology Disorders*, (4th Ed) 662-689. New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. New York: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E., & Gluhoski, V. (1997). A schema-focused perspective on satisfaction in close relationships. In R.
- Young, J. E., & Long, L. (1998). *Counselling and therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Young, J. E., Norman, S., & Thomas, J. (1995). Schema Questionnaire. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.