

اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه گرا بر رابطه متقابل زناشویی همسرهای آشفته

غلامرضا رجبی^۱

زهرا نادری نوبندگانی^۲

عباس امان‌الهی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه گرا بر رابطه متقابل زناشویی در همسرهای آشفته بود. از میان همسرهای مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی و دولتی شهر اهواز با به‌کارگیری از ملاک‌های ورود و خروج و نقطه برش ۱۰۱ در پرسشنامه سازگاری زوجی اسپانیر چهار زوج به روش نمونه‌گیری هدفمند- داوطلب انتخاب شدند. پژوهش حاضر آزمایشی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهم‌زمان است. شرکت‌کننده‌ها در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در چند نوبت پرسشنامه رابطه متقابل را تکمیل کردند. داده‌ها با به‌کارگیری روش‌های تحلیل دیداری (رسم نمودار)، شاخص تغییر پایا، فرمول درصد بهبودی (درصد افزایش) و مقایسه هنجاری تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که همسرها در مرحله درمان (۲۹/۲۲٪) و پیگیری (۳۰/۶۲٪) بهبود را در رابطه متقابل نشان دادند. همچنین تحلیل مقایسه هنجاری نشان داد که همسرهای شرکت‌کننده پس از درمان از همسرهای بهنجار قابل‌تمایز نیستند. بر اساس یافته پژوهش زوج‌درمانی سیستمی - سازه گرا می‌تواند رابطه متقابل را در همسرهای مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره افزایش و آشفتگی آن‌ها را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: رابطه متقابل زناشویی، زوج‌درمانی سیستمی - سازه گرا، همسرهای آشفته

۱. استاد دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه مشاوره

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز (نویسنده مسئول) z_naderi23@yahoo.com

۳. استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه مشاوره

مقدمه

داشتن روابط اجتماعی نزدیک مانند ازدواج هم با بهزیستی افراد و هم با پیامدهای سلامتی روان‌شناختی و بدنی در ارتباط است (دیتزن، هالوگ، فهم - ولف اسدورف و باکام، ۲۰۱۱، به نقل از رجبی، حیات‌بخش و تقی پور، ۱۳۹۴) و مایه پیدایش همکاری، همدردی، علاقه، مهربانی، بردباری و مسئولیت‌پذیری نسبت به خانواده خواهد شد (بات^۱، ۲۰۰۵، به نقل از نظری، طاهری راد و اسدی، ۱۳۹۲)؛ گرچه به سرانجام رسیدن ازدواج مستلزم وجود ارتباطی اثربخش و درک متقابل میان زوج است و این در حالی است که بسیاری از روابط در ایجاد حس عمیق نزدیکی عاطفی در همسران که برای داشتن یک کارکرد بهینه لازم است شکست می‌خورند (کالینز و فینی^۲، ۲۰۰۴)؛ به دنبال این روند و شکل‌گیری تعارض‌ها در زندگی زناشویی و افزایش آن، آشفتگی در رابطه زناشویی خود را نشان می‌دهد. معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی آمار طلاق است (هالفورد^۳، ۲۰۰۱، ترجمه: تبریزی، کاردانی و جعفری، ۱۳۸۴) و مطالعه رید، دالتون، لادورت، دوئل و نگوین^۴ (۲۰۰۶) این موضوع را مورد تأیید قرار داده است. در این میان ایران نیز از این قاعده مستثنا نیست چراکه برابر اعلام سازمان ثبت‌اسناد کشور، آمارها حاکی از افزایش چهاردرصدی طلاق در سه‌ماهه نخست سال ۱۳۹۳ بوده است.

گاتمن^۵ (۱۹۹۳) معتقد است بیشتر همسرهایی که از هم جدا می‌شوند نخست یک دوره آشفتگی ارتباطی را تحمل می‌کنند و سپس جدا می‌شوند. او ناتوانی در درک دیدگاه دیگری را از جمله عوامل مهم تأثیرگذار بر ازدواج و ایجاد آشفتگی در همسران می‌داند. آشفتگی زوجی موقعیتی است که در آن شرکا در عین تجربه موانع ارتباطی، مشکلات مربوط به حل مسئله وجود معضل در کار با یکدیگر، تفاوت‌های فردی را انکار می‌کنند (جکوبسن و کریستنسن^۶، ۱۹۹۶).

رابطه متقابل^۷ به‌عنوان مفهومی مهم در حوزه خانواده به آگاهی همدلانه از یکدیگر، فهم خود و دیگری و تمایل به تنظیم نیازها به‌منظور پاسخ‌دهی به نیازهای شریک اشاره دارد،

1. Ditzen, Hahlweg, Fehm. Wolfsburg, & Baucom

2. Batt

3. Collins & Feeney

4. Halford

5. Reid, Laderoute, Doell, & Nguyen

6. Gottman

7. Jacobson & Cheristensen

8. mutuality

صمیمیت از طریق رابطه متقابل در رابطه زناشویی ایجاد می‌شود (اسکرت^۱، ۱۹۹۶، به نقل از نیومن و نیومن^۲، ۲۰۰۹) و به‌واسطه آن آشفتگی کاهش می‌یابد. بر پایه پژوهش‌ها وجود رابطه متقابل و به تبع آن همراهی با همسر در کسب تجارب و فعالیت‌ها یکی از راه‌های رشد و شکوفایی شخصی است (آرون، نورمن، آرون و لواندوسکی^۳، ۲۰۰۲). سینگر، لابونکو - مسیر، بادلی و آلیا^۴ (۲۰۱۳)، به نقل از بادلی، بری^۵ و سینگر (۲۰۱۳) باور دارند رابطه متقابل عبارت است از درک ماهیت افراد مبنی بر اینکه آن‌ها درون یک واحد بزرگ‌تر که فراتر از خودهای فردی^۶ آن‌هاست قرار گرفته‌اند و این فرآیند شامل درک احساس‌ها، شناخت‌ها و رفتارهایی است که افزون بر اینکه هدف از آن‌ها تقویت بهزیستی رابطه است، یک آگاهی هم‌زمان از نگرانی‌های فردی طرف مقابل را نیز حفظ می‌کنند. آگنیو، ون لانگ، راسبالت و لنگ استون^۷ (۱۹۹۸)، به نقل از کروگر^۸ (۲۰۰۵) باور دارند رابطه متقابل مهم‌ترین شاخص کیفیت زندگی و پیامد مثبت آن است که جفت شدن دو نفر را که فردیت زیادی دارند تشویق می‌کند و این خود باعث میزانی از هم‌پوشی و دل‌بستگی در زندگی می‌شود. جنرو، میلر، ساری و بالدوین^۹ (۱۹۹۲) نشان دادند که ایجاد رابطه متقابل مستلزم به وجود آمدن معنایی مشترک از رابطه برای طرفین است که این معنا احتمال تبادل متقابل و فوری منافع را بیشتر می‌کند و از افسردگی جلوگیری می‌کند. یافته‌های دیگر نیز نشان می‌دهند که وجود رابطه متقابل، ازدواج در مقابل وقایع منفی محافظت می‌کند؛ همسرهایی که رابطه متقابل و دوجانبه دارند، بهتر با بیماری‌ها کنار می‌آیند (اسکرت، ۱۹۹۸)، رضایت زناشویی بیشتر (جنرو همکاران، ۱۹۹۲) و به دنبال آن درصد طلاق پایین‌تری دارند (بوهملن، گاتمن و کاتز^{۱۰}، ۱۹۹۲).

1. Skerrett

2. Newman & Newman

3. Aron, Norman, Aron, & Lewandowski

4. Singer, Labunko, Messier, Baddeley, & Alea

5. Berry

6. individual selves

7. Agnew, Van Lange, Rusbult, & Langston

8. Kruger

9. Genero, Miller, Surrey, & Baldwin

10. Buehlman, Gottman, & Katz

امروزه زوج درمانی به‌عنوان روشی مؤثر در درمان آشفتگی ارتباطی شناخته شده است (اسنیدر، کاتلانی، ویسمن^۱، ۲۰۰۶، به نقل از مک‌را، دالگلیش، جانسون، بورگس - موسر و کیلیان^۲، ۲۰۱۴)؛ اما به نظر می‌رسد این حوزه بیشتر نیاز به گسترش درمان‌هایی دارد که رویکرد اصلی آن‌ها کاهش گرایش‌های خودخواهانه همسرهای آشفته در رابطه زناشویی، افزایش همدلی آن‌ها، بالا بردن رابطه متقابل و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی زناشویی‌شان باشد. چالش عمده کنونی به وجود آوردن شیوه‌هایی برای بهبود کیفیت رابطه زناشویی به صورتی است که تحمل و بردباری زوج را افزایش دهد.

زوج درمانی سیستمی - سازه گرا از جمله درمان‌های نوپایی است که این اهداف را دنبال می‌کند و بر درک طرفین از یکدیگر تأکید دارد. این درمان راهکارهایی ارائه می‌دهد که نزدیک‌تر شدن همسرها به یکدیگر و کمتر شدن مشکلات آن‌ها را در پی دارد و موجب تفکر و پرداختن به برهم‌کنش بسیاری از متغیرهای درون فردی، میان فردی و بافتی که بر یک ازدواج تأثیر می‌گذارند، می‌شود؛ و این روش درمانی طی مطالعه‌ای بر روی همسرهای جنوب آسیا شکل گرفته است. رید و همکاران (۲۰۰۶) و رید، دوئل، دالتون و احمد^۳ (۲۰۰۸) واکنش همسرها به درمان بالینی رویکرد سیستمی - سازه گرا را مورد بررسی قرار دادند و مجموعه مداخلاتی را طراحی کردند که هدف آن‌ها تقویت درک زوج از خود در رابطه زناشویی است. این درمان به میزان زیادی بر پردازش میان فردی شرکا از رابطه‌شان تمرکز دارد و به‌منظور کمک به همسرها جهت پردازش اطلاعاتشان از جمله فکر، احساس و هیجان یکدیگر، طراحی شده است؛ این امر به‌نوبه خود به درک افراد از خود و شریکشان و نیز رابطه پویای مداوم و متقابل منجر می‌شود (دوئل، ۲۰۱۰). تحقیقات در حوزه رویکرد سیستمی - سازه گرا نشان می‌دهد این درمان می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی همسرهای آشفته را تحت تأثیر قرار دهد. دوئل (۲۰۱۰) نشان داد که این درمان می‌تواند در افزایش شاخص‌های کیفیت رابطه مانند رابطه متقابل، نزدیکی رابطه، سازگاری زوجی و نیز رضایت زناشویی مؤثر باشد. همچنین رید و همکاران (۲۰۰۶، ۲۰۰۸) نشان دادند افزایش حس ما بودن که در نتیجه رویکرد سیستمی - سازه گرا به

1. Snyder, Catellani, Whisman

2. McRae, Dalglish, Burgess, Moser, & Killian

3. Ahmed

وقوع می‌پیوندد موجب افزایش پردازش میان فردی، رضایت زناشویی، رابطه متقابل و نزدیکی رابطه به گونه‌ای پایدار می‌گردد به طوری که این نتایج در پیگیری‌های دو سال بعد نیز مشاهده شده است.

در کل می‌توان گفت که روند رو به رشد جدایی همسرها، چه به صورت قانونی و یا عاطفی، نه تنها لطمه‌های روان‌شناختی زیادی به افراد درگیر نظیر فرزندان و خود زوج وارد می‌کند بلکه درگذر زمان خصوصاً برای زنان معضلات اجتماعی فراوانی به همراه می‌آورد؛ افزایش بیش‌ازپیش این مشکلات و ناسازگاری‌ها و به دنبال آن بالا رفتن روزافزون آمار طلاق، ضرورت توجه به مسائل و معضلات زناشویی را بیش‌ازپیش برجسته می‌سازد؛ بنابراین با توجه به همه این دغدغه‌ها در رابطه با همسرهای آشفته و نیز با توجه به اینکه این رویکرد زوج‌درمانی تا به حال بر روی همسرهای ایرانی مورد آزمون قرار نگرفته است، در این پژوهش به دنبال این مهم هستیم که آیا زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا می‌تواند برافزایش رابطه متقابل در همسرهای آشفته مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تأثیر داشته باشد یا خیر.

روش

پژوهش حاضر آزمایشی تک‌موردی از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهم‌زمان^۱ است. طرح خط پایه چندگانه بر دو یا بیش از دو رفتار مختلف در یک فرد، یک رفتار معین در دو یا بیش از دو فرد و یا رفتاری که توسط یک فرد در محیط‌های مختلف نشان داده می‌شود تمرکز می‌کند (یوهانسون و کریستنسون^۲، ۲۰۰۸). جامعه این پژوهش کلیه همسرهای آشفته مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی (روان‌آسا، رایان، پیشگام، نیسی و جوادالائمه) و دولتی (نیروی انتظامی) شهر اهواز بودند که از میان آن‌ها چهار زوج بر اساس نقطه برش ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زوجی اسپانیر^۳ (۱۹۷۶)، بکار بردن ملاک‌های ورود و خروج و مصاحبه نیمه ساختاریافته به صورت هدفمند-داوطلب انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۴۵-۲۰ سال، نداشتن اختلال‌های عاطفی و خلقی بر اساس مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته، عدم اعتیاد به مواد روان‌گردان، دست‌کم داشتن یک سال زندگی مشترک، دست‌کم داشتن

1. non.concurrent multiple baseline designs

2. Johanson & Christenson

3. Dyadic Adjustment Spanier Questionnaire

تحصیلات دیپلم، داشتن گویش فارسی روان و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و ملاک‌های خروج: مصرف داروهای روان‌پزشکی، شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر و در آستانه طلاق قرار داشتن.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رابطه متقابل زناشویی (CMQ). این پرسشنامه توسط رید و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده و ادراک‌های پاسخ‌دهنده‌ها از شباهت در الگوهای ارتباطی با همسرانشان را می‌سنجد. این ابزار دارای ۳۰ ماده است که در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ = شدیداً مخالف تا ۵ = شدیداً موافق مرتب شده است. در مطالعه رید و مک‌کیم^۱ (۲۰۱۴) شمار ماده‌های این پرسشنامه را به ۲۲ کاهش دادند که دست کم و دست بالا نمره این مقیاس میان ۲۲ تا ۱۱۰ است و نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده رابطه متقابل بالاتر توسط شرکت‌کننده است. هر ماده این مقیاس به یک تعامل متفاوت می‌پردازد. برای نمونه، در ماده ۸ گفته می‌شود: «هر دو ما به‌طور مشابه به دیگری توجه نشان می‌دهیم».

رید و همکاران (۲۰۰۶) ضرایب آلفای کرون باخ این ابزار را در نخستین جلسه درمان ۰/۸۱ و در جلسه واپسین درمان ۰/۹۰؛ دالتون (۲۰۰۵) پیش از درمان ۰/۸۳ و پس از درمان ۰/۸۹؛ دوئل (۲۰۱۰) پیش از درمان ۰/۸۴ و پس از درمان ۰/۹۰؛ رید و مک‌کیم (۲۰۱۴) آن را ۰/۹۰ و دوئل (۲۰۱۰) ضریب بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۸۷ ($p < ۰/۰۱$) گزارش دادند. رید و مک‌کیم (۲۰۱۴) ضریب روایی و آگرایی این پرسشنامه را با پرسشنامه بحث بی‌نتیجه کوردک^۲ (۱۹۹۴) ۰/۶۹؛ جنرو همکاران (۱۹۹۲) ضریب روایی همگرا آن را با پرسشنامه رشد روان‌شناختی مشترک^۳ ۰/۶۴ و دالتون (۲۰۰۵) این ضریب را با پرسشنامه شمول دیگری در خود^۴ (آرون، آرون و اسمولن^۵، ۱۹۹۲) پیش و پس از درمان به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۷۰ ($p < ۰/۰۱$) گزارش کردند.

1. Mckim

2. Kurdek's Ineffective Arguing Inventory (IAI)

3. Mutual Psychological Development Questionnaire (MPDQ)

4. Inclusion of Other in the Self Scale

5. Smollan

روند درمان

روند درمان به این صورت بود که طی هفته‌های اول و دوم (خط پایه)، چهار زوج شرکت‌کننده هفته‌ای دو بار ابزار پژوهش را تکمیل کردند و از هفته سوم هر زوج با فاصله یک جلسه از همسرهای دیگر وارد درمان شدند؛ بنابراین در ابتدای هفته سوم درحالی که بقیه همسرها در مرحله خط پایه بودند زوج اول در مرحله درمان قرار گرفتند؛ جلسه دوم درمان زوج اول هم‌زمان با جلسه اول درمان برای زوج دوم و خط پایه همسرهای سوم و چهارم بود. در جلسه سوم درمان زوج اول و جلسه دوم درمان زوج دوم، زوج سوم نیز درمان خود را آغاز کردند و در مرحله واپسین، زوج چهارم پس از طی هفت مرحله خط پایه وارد درمان شدند. همچنین در جلسات ۴، ۷ و ۱۰ همسرها موردسنجش قرار گرفتند. پس از اتمام درمان‌ها سه پیگیری یک‌ماهه، ۴۵ روزه و سه‌ماهه در مورد کلیه همسرها اعمال شد.

مداخله

صورت‌جلسه‌های زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا (به نقل از رید و همکاران، ۲۰۰۶) به شرح ذیل بوده است:

جلسه اول. معرفی، بیان قوانین جلسات، معرفی رویکرد سیستمی سازه‌گرا: در جلسه اول درمانگر زوج را از برخی از یافته‌های تجربی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا و نحوه استفاده از این یافته‌ها آگاه می‌کند.

جلسه دوم. بررسی تعارض در حوزه‌های مختلف و شناخت ماهیت مشکل: زوج در این جلسه زوجی تشویق می‌شوند تا تعارض در حوزه‌های مختلف زندگی زناشویی را مشخص کنند.

جلسه سوم. یاددهی فن گوش سپاری زناشویی (گوش سپاری برای درک کردن در مقابل گوش سپاری برای واکنش نشان دادن): در این جلسه به زوج آموزش داده می‌شود به‌طور کامل به‌طرف مقابل گوش بسپارند و صحبت‌های او را درک کنند و نه اینکه هنگام گوش دادن در فکر پاسخ دادن باشند.

جلسه چهارم. بحث در مورد مضرات اجتناب از موضوع و اجرای ابزارها: در این جلسه زوج تشویق می‌شود بر حوزه‌هایی تمرکز کنند که علی‌رغم تعارض در آن‌ها از صحبت کردن در موردشان طفره می‌روند.

جلسه پنجم. تغییر جهت‌گیری زوج از انتقاد و شکایت به سوی مشارکت فعال و رسیدن به رابطه ایدئال: در این جلسه از زوج خواسته می‌شود تا به‌طور فردی فهرستی از ویژگی‌هایی که برای «رابطه ایدئال» آرزو می‌کنند را تهیه کنند. هدف از این تمرین این است که تمرکز زوج از شکایت، انتقاد به سوی یک حالت مشارکتی فعال‌تر تغییر کند.

جلسه ششم. اجرای فن فکر کردن و صحبت کردن در جایگاه شخص سوم (TSTP): در این جلسه فن تفکر و صحبت در قالب شخص سوم مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این فن به همسران یاد داده می‌شود تعامل مشکل‌ساز با یکدیگر را در رابطه با درمانگر مورد بحث قرار دهند درحالی که هم به خودشان و هم به همسرشان به‌عنوان سوم شخص اشاره دارند.

جلسه هفتم. ادامه اجرای فن فکر کردن و صحبت کردن در جایگاه شخص سوم (TSTP) و اجرای ابزارها: در این جلسه بازهم در رابطه با مشکلات موجود در رابطه فن تفکر و صحبت در قالب شخص سوم مورد استفاده قرار می‌گیرد.

جلسه هشتم. اجرای فن شریک درونی شده (IPT) (اتخاذ دیدگاه) برای زن: در این جلسه با زن به‌گونه‌ای صحبت می‌شود که گویی شوهر است و این کار در حضور مرد انجام می‌شود این فرایند موجب می‌شود طرفی که در حال مصاحبه است احساس کند که طرف دیگر است.

جلسه نهم. اجرای فن شریک درونی شده (IPT) (اتخاذ دیدگاه) برای مرد: در این جلسه با مرد به‌گونه‌ای صحبت می‌شود که گویی زن است و این کار در حضور زن انجام می‌شود. این فرایند موجب می‌شود طرفی که در حال مصاحبه است احساس کند که طرف دیگر است.

جلسه دهم. جمع‌بندی نهایی، اجرای ابزارها، تقدیر و تشکر و پایان دادن به درمان

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از رسم نمودار و معنی‌داری بالینی استفاده شد. در روش رسم نمودار، تغییرات در علائم اصلی و عملکرد همسرهای طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری با استفاده از نمودار بررسی گردید (ژان و اوتنباخر^۱، ۲۰۰۱). در این مطالعه از دو روش اصلی در معنی‌داری بالینی که عبارت‌اند از شاخص تغییر پایا^۲ و مقایسه هنجاری^۱، استفاده شده است. در روش

¹. Zhan & Ottenbacher

². reliable change index

شاخص تغییر پایا به این مسئله توجه می‌کند که آیا تغییرات رخ داده در درمان به اندازه‌ای هستند که معنی‌دار تلقی شوند ($Z=۲/۵۸$ و $Z=۱/۹۶$) (ایسن، رانگاناتان، سیل و اسپرو^۲، ۲۰۰۷). در روش مقایسه هنجاری درمان زمانی در مورد مراجعین مؤثر است که این افراد از جمعیت عادی قابل تمیز و تشخیص نباشند؛ بنابراین در این روش به تمایز افراد درمان شده با افراد عادی توجه شده است (کندال و گراو^۳، ۱۹۸۸). در نهایت جهت سنجش درصد افزایش در هر یک از متغیرها نیز از فرمول درصد بهبودی (افزایش) استفاده گردید.

یافته‌ها

همان‌طور که قبلاً ذکر شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا زوج درمانی سیستمی - سازه گرا برافزایش رابطه متقابل در همسرهای آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره اثرگذار است یا خیر؟ جدول شماره ۱ به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی همسرهای شرکت کننده می‌پردازد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی همسرهای شرکت کننده در طرح درمان

زوج	جنس	سن	تحصیلات	تعداد فرزندان	مدت زمان ازدواج
اول	زن	۲۹	لیسانس	۱	۵ سال
	مرد	۳۳	دانشجو		
دوم	زن	۳۴	دیپلم	۲	۸ سال
	مرد	۳۸	دیپلم		
سوم	زن	۲۶	فوق دیپلم	-	۱/۵ سال
	مرد	۳۶	لیسانس		
چهارم	زن	۲۸	دیپلم	۱	۳ سال
	مرد	۳۴	لیسانس		

در ادامه و در جدول شماره ۲ داده‌های به دست آمده از جلسات خط پایه، درمان و پیگیری و یافته‌های مربوط به این مراحل آورده می‌شود.

1. normative comparison

2. Eisen, Ranganathan, Seal, & Spiro

3. Kendal & Grove

جدول ۲. مراحل اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر رابطه متقابل زناشویی

زوج اول	زوج دوم	زوج سوم	زوج چهارم	مراحل درمان
۸۲	۶۴	۶۸	۷۸	خط پایه اول
۷۷	۶۳	۶۹	۷۸	خط پایه دوم
۸۱	۶۳	۷۲	۷۹	خط پایه سوم
۸۱	۶۵	۷۰	۷۸	خط پایه چهارم
	۶۴	۶۸	۷۷	خط پایه پنجم
		۶۸	۷۷	خط پایه ششم
			۸۰	خط پایه هفتم
۸۰/۵۰	۶۳/۸۰	۶۹/۱۶	۷۸/۱۴	میانگین مرحله خط پایه
درمان				
۹۹	۷۴	۸۳	۹۳	جلسه چهارم
۱۱۱	۸۱	۹۳	۱۰۳	جلسه هفتم
۱۱۴	۷۹	۹۴	۱۰۶	جلسه دهم
۱۰۸	۷۸	۹۰	۱۰۰/۶۶	میانگین مرحله درمان
۳/۷۸	۱/۹۵	۲/۸۶	۳/۰۹	شاخص تغییر پایا (درمان)
٪ ۳۴/۱۶	٪ ۲۲/۲۵	٪ ۳۰/۱۳	٪ ۳۰/۳۷	درصد افزایش پس از درمان
		٪ ۲۹/۲۲		درصد افزایش کلی
پیگیری				
۱۰۹	۷۶	۹۲	۱۰۱	پیگیری نوبت اول
۱۱۲	۷۸	۹۳	۱۰۵	پیگیری نوبت دوم
۱۱۱	۷۶	۹۳	۱۰۳	پیگیری نوبت سوم
۱۱۰/۶۶	۷۶/۶۶	۹۲/۶۶	۱۰۳	میانگین مرحله پیگیری
۴/۱۴	۱/۷۶	۳/۲۳	۳/۴۱	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
٪ ۳۷/۴۶	٪ ۲۰/۱۵	٪ ۳۳/۰۷	٪ ۳۱/۸۱	درصد افزایش پس از پیگیری
		٪ ۳۰/۶۲		درصد افزایش کلی پس از پیگیری

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، رابطه متقابل زناشویی در هر چهار زوج در مراحل درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش داشته است. این افزایش در مرحله

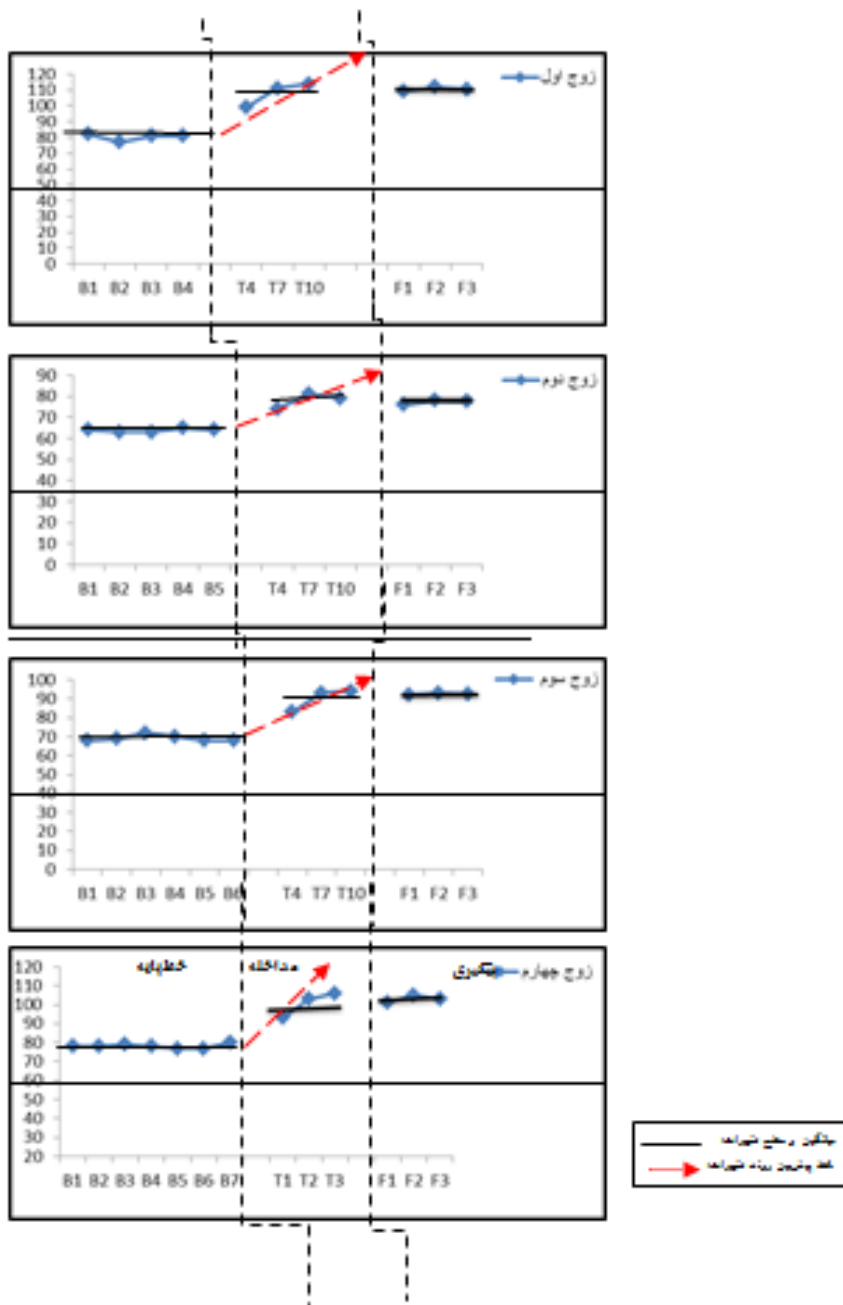
درمان برای همسرهای اول ۳۴/۱۶٪، سوم ۳۰/۱۳٪ و چهارم ۳۰/۳۷٪ و در مرحله پیگیری برای همسرهای اول ۳۷/۴۶٪، سوم ۳۳/۰۷٪ و چهارم ۳۱/۸۱٪ بوده است و بر اساس طبقه بهبود اندک بلانچارد (بالتر از ۲۵ درصد) معنی‌دار است. در صورتی که برای زوج دوم در مراحل درمان ۲۲/۲۵٪ و پیگیری ۲۰/۱۵٪ است که این میزان تغییر معنی‌دار نیست. همچنین نمره این زوج در سنجش سوم درمان نسبت به سنجش دوم کاهش یافته است.

همان‌گونه که از نتایج درمان مشهود است در این متغیر بیشترین تغییر مربوط به زوج اول و کمترین تغییر مربوط به زوج دوم است. همچنین، شاخص‌های تغییر پایا در همسرهای اول، سوم و چهارم در پایان مراحل درمان و نیز پیگیری بالاتر از $Z = 1/96$ و معنی‌دار است در حالی که برای زوج دوم پایین‌تر از این نقطه است و معنی‌دار نیست. این یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان سیستمی - سازه‌گرا در هر چهار زوج بر میزان رابطه متقابل نسبت به پیش از درمان اثرگذار بوده است. این میزان افزایش برای زوج دوم معنی‌دار نیست و بیشترین تأثیر را به ترتیب بر همسرهای اول، سوم و چهارم داشته است. بر اساس درصد افزایش کلی رابطه متقابل پس از مراحل درمان (۲۹/۲۲٪) و پیگیری (۳۰/۶۲٪) در میان همسرها می‌توان گفت نتایج درمان در طبقه بهبود اندک بلانچارد قرار گرفته است (پوپن^۱، ۱۹۸۹، به نقل از حمید پور، ۱۳۸۷). این میزان افزایش نشان می‌دهد که رابطه متقابل میان همسرها به واسطه درمان سیستمی - سازه‌گرا بیشتر شده است.

نمودار ۱. تحلیل دیداری داده‌های درمان سیستمی - سازه‌گرا چهار زوج در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری را نشان می‌دهد. با توجه به این نمودار میانگین و سطح تغییرات نمره‌های متغیر رابطه متقابل هر چهار زوج در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه افزایش داشته است؛ هرچند این میزان افزایش و نیز شاخص تغییر پایا برای زوج دوم معنی‌دار نیست و نمره این زوج در مرحله سوم سنجش نسبت به مرحله دوم سیر نزولی پیدا کرده است. همچنین با توجه به پیشینه موجود در رابطه با رویکرد سیستمی - سازه‌گرا همان‌طور که در نمودار ۱ (فلش‌های خط چین شده قرمز رنگ) نشان داده شده است، پیش‌بینی بر این بود که تغییرات فزاینده و در

1. Poppen

جهت مثبت باشد؛ و این تغییرات مثبت برای هر چهار زوج محقق گردید اما این تغییرات برای زوج دوم در مرتبه سوم سنجش سیر نزولی دارد.



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های رابطه متقابل در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان

برای تحلیل گروهی داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از فرمول مقایسه هنجاری (کندال، مارس-گارسیا، ناث و شلدریک^۱، ۱۹۹۹) ۵ گام زیر برای بررسی تفاوت میانگین همسرهای گروه بهنجار و همسرهای گروه آشفته انجام شد.

لازم به ذکر است که برای جمع‌آوری نمونه داده‌های هنجاری، از سی زوج بهنجار خواسته شد تا پرسشنامه رابطه متقابل را تکمیل کنند.

میانگین و انحراف معیار پرسشنامه رابطه متقابل در همسرهای عادی ۱۰۷ و ۱۵/۳۳ و در همسرهای آشفته پس از درمان ۹۴/۱۴ (۱۳/۰۶)، ۳۰ = گروه عادی n و ۴ = گروه آشفته n و $n_1+n_2-2=$ df=32 است. مراحل مقایسه هنجاری عبارت‌اند از:

(۱) تعیین طیف نزدیکی

طیف نزدیکی از ۱ انحراف استاندارد کمتر از میانگین گروه بهنجار به بالا (امتیاز ۹۱/۶۷ به بالا) تعیین شد ($\delta_1 = -15/33$ و $\delta_2 = \infty$).

(۲) معنی‌داری بالینی

$$C.E.t(df) = \left(\frac{M_N - M_C - \delta_1}{SE_{N-C}} \right)$$

$$SE_{N-C} = \left\{ \left[\frac{(n_N-1)SD_N^2 + (n_C-1)SD_C^2}{n_N+n_C-2} \right] \left[\frac{1}{n_N} + \frac{1}{n_C} \right] \right\}^{1/2}$$

$$SE_{N-C} = \left\{ \left[\frac{(29)(15/33)^2 + (3)(13/06)^2}{32} \right] [28] \right\}^{1/2} = 8$$

$$t_{(32)} = \frac{107 - 94/14 - (-15/33)}{8} = 3/52$$

$$t_{(32)} = 3/52 > t$$

همان‌طور که یافته بالا نشان می‌دهد t به‌دست‌آمده از فرمول فوق بزرگ‌تر از t جدول با درجه آزادی ۳۲ است؛ بنابراین دو گروه در متغیر رابطه متقابل از نظر بالینی یکسان هستند. بر اساس این نتیجه از نظر بالینی همسرهای گروه آشفته پس از درمان در متغیر رابطه متقابل با

¹.Marrs.Garcia, Nath, & Sheldrick

گروه بهنجار تفاوتی ندارند و درمان اثربخش بوده است (فرض صفر آزمون بالینی: اختلاف میان میانگین‌ها در دامنه بهنجار قرار ندارد، فرض یک آزمون بالینی: اختلاف میانگین‌ها در دامنه بهنجار قرار دارد).

۳) معنی‌داری آماری

$$\text{trad } t_{(df)} = \left(\frac{M_N - M_C}{SE_{N-C}} \right)$$

$$t_{(32)} = \frac{107 - 94/14}{8} = 1/61$$

$$t_{(32)} = 1/61 < t$$

نتایج تحلیل برآمده از فرمول بالا نشان می‌دهد t به‌دست‌آمده کوچک‌تر از t جدول با درجه آزادی ۳۲ است؛ بنابراین می‌توان گفت پس از اتمام درمان همسرهای گروه آشفته از نظر آماری با همسرهای عادی تفاوت معنی‌داری ندارند و درمان در متغیر رابطه متقابل برای همسرهای اثربخش بوده است (فرض صفر معنی‌داری آماری: میانگین گروه درمان شده و بهنجار یکسان است، فرض یک: میانگین گروه درمان شده و بهنجار یکسان نیست).

۴) طبقه‌بندی و تفسیر

نتایج حاصله از این دو یافته را می‌توان در خانه شماره دو جدول زیر گنجانند:

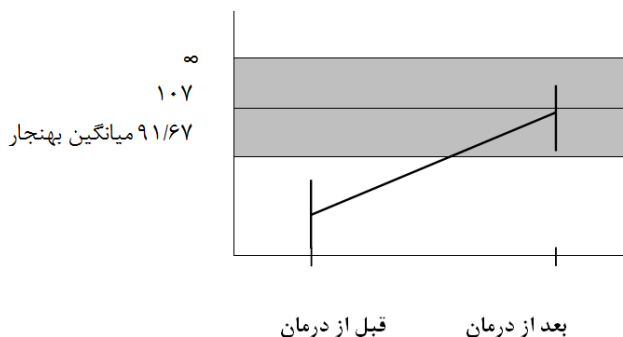
جدول ۳. طبقه‌بندی نتایج آزمون‌های معنی‌داری آماری اثرات با استفاده آزمون‌های یکسانی آماری و بالینی برای متغیر رابطه متقابل

آزمون معناداری آماری

اثر غیر معنی‌دار اثر معنی‌دار

معنی‌دار	از نظر آماری متفاوت	از نظر بالینی یکسان‌اند
	از نظر بالینی یکسان	۱
آزمون یکسانی بالینی	متفاوت	یافته‌های مبهم و دو پهلو
	(از نظر بالینی تفاوت دارند)	(نیازمند توان بیشتر)
غیر معنی‌دار	۲	۳
		۴

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که به‌طور کلی همسرهای گروه آشفته در میزان رابطه متقابل از نظر بالینی با همسرهای گروه سالم تفاوت معنی‌داری ندارد و بنابراین در خانه شماره دو جدول قرار می‌گیرند.



نمودار ۲. میانگین قبل از درمان و بعد از درمان

(۵) ترسیم نمودار

میانگین نمره چهار زوج آشفته در متغیر رابطه متقابل ۹۴/۱۴ است و چنانکه نمودار شماره ۲ نشان می‌دهد زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا توانسته است همسرهای گروه آشفته را پس از درمان در دامنه بهنجار (از ۱ انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین همسرهای گروه سالم به بالا)، یعنی، نمره ۹۱/۶۷ به بالا قرار دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

اینگرام، هایس و اسکات^۱ (۲۰۰۰) برای ارزیابی کارایی رویکردهای درمانی به شش متغیر اشاره کرده‌اند که در زیر به آن‌ها برای تبیین یافته‌ها استفاده شده است:

اول، میزان تغییر^۲: این مفهوم به دنبال پاسخ به این سؤال است که درمان تا چه اندازه قادر به افزایش متغیرهای وابسته است؟ سؤال پژوهش حاضر این بود که آیا زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا برافزایش رابطه متقابل در همسرهای آشفته تأثیر داشته است؟ نتایج نشان داد که این روش درمانی طی ده جلسه تأثیر معنی‌داری بر متغیر رابطه متقابل زناشویی داشته است. تحلیل گروهی داده‌ها نیز

^۱. Ingeram, Hayes, & Scott

^۲. magnitude of change

حکایت از این داشت که پس از درمان، همسرها از لحاظ میزان رابطه متقابل در طیف بهنجار قرار گرفته‌اند که با نتایج برخی از پژوهش‌ها در سال‌های اخیر هم‌سو است. رید و همکاران (۲۰۰۶)؛ (۲۰۰۸)، دیاکونسکو^۱ و رید (۲۰۰۵)، به نقل از میلر، (۲۰۰۸)، کاوالیره^۲ (۲۰۰۸)، احمد (۲۰۱۲)، دوئل (۲۰۱۰) و دالتون (۲۰۰۵) دریافتند که کاربرد زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا می‌تواند باعث بهبود رابطه متقابل همسرها شود و در نتیجه ارتباط زناشویی‌شان را غنی می‌سازد. چنان‌که از یافته‌های این پژوهش نیز پیداست زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا باعث غنی شدن رابطه متقابل در همه همسرهای شرکت‌کننده شد، هرچند این میزان تغییر برای زوج دوم معنی‌دار نبود. نتایج نشان داد همسرها نسبت به مرحله خط پایه در مجموع ۲۹/۲۲٪ در میزان رابطه متقابل بهبود را تجربه کرده‌اند. جنرو همکاران (۱۹۹۲) ارتباط متقابل را تبادل دوسویه احساس، افکار و کنش‌های میان افراد حاضر در رابطه می‌دانند و میلر (۱۹۸۸) رابطه متقابل را دربرگیرنده ویژگی‌های همدلی، درگیری (توجه و حضور)، اشتیاق (انرژی^۳)، دانش (شفافیت^۴)، قدرت (توانایی برای عمل کردن درون رابطه و به نمایندگی از رابطه^۵) و گوناگونی (اعتراف به تفاوت‌ها و پذیرش آن‌ها^۶) می‌داند. از سوی دیگر، زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا به میزان زیادی برافزایش شناخت از خود در رابطه (دانش در مورد خود)، آگاهی از احساسات، تفکر و تجارب طرف مقابل (درگیری و سپس همدلی) و نیز آگاهی از برآیند این دو نوع رفتار (آگاهی فراشناختی) تأکید دارد (رید و همکاران، ۲۰۰۶)؛ نظریه‌پردازان این رویکرد بر این باورند که هنگامی شناخت زوج گسترش می‌یابد و آگاهی از همسر و کلیت رابطه را در برمی‌گیرد، توجه زن و شوهر نسبت به هم بیشتر می‌شود و درک همدلانه که اساس شکل‌گیری رابطه متقابل است افزایش می‌یابد (احمد، ۲۰۱۲)؛ میلر، (۲۰۰۸)؛ بنابراین در تبیین فرجامین این یافته می‌توان گفت به دلیل تأکید زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر درک زن و شوهر از افکار، احساس‌ها و تجربه‌های خود و نیز یکدیگر (درک

1. Diaconescu

2. Cavaliere

3. zest (energy)

4. knowledge (clarity)

5. empowerment (ability to take action within and on behalf of the relationship)

6. diversity (acknowledging and appreciating differences)

همدلانه) در رابطه و به‌کارگیری فنون مختلف برای رسیدن به این هدف، در پایان درمان، رابطه متقابل میان همسرها به میزان زیادی افزایش پیدا کرد.

دوم، کلیت تغییر^۱: این مفهوم در پی پاسخ به این سؤال است که چند درصد از همسرها تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟ نتایج نشان داد همسرهای شرکت‌کننده در پژوهش حاضر پس از پایان درمان به ۲۹/۲۲٪ افزایش در میزان رابطه متقابل دست‌یافته‌اند. این درصد در ماه‌های پیگیری به ۳۰/۶۲٪ افزایش پیدا کرده است. بررسی درصدهای بهبودی چهار زوج به‌صورت جدا نیز نشان می‌دهد سه زوج اول، سوم و چهارم در متغیر پردازش میان فردی به میزان افزایش بالای ۲۵٪ دست‌یافته‌اند. میزان تغییر در همسرهای اول و چهارم بیشتر از زوج سوم بود. در تبیین تفاوت‌ها در نمره‌های این سه زوج می‌توان گفت یکی از بیشترین مواردی که زوج سوم از ابتدای درمان به آن اشاره داشت میزان رابطه متقابل اندک طرفین با یکدیگر بود؛ چنانکه نتایج برآمده از به‌کارگیری پرسشنامه رابطه متقابل در مراحل پیگیری نیز به‌وضوح نشان‌دهنده این مشکل است؛ چنانکه مرد اظهار کرد اگر پیش ازدواج دوره آشنایی بیشتری داشتم شاید با همسرم ازدواج نمی‌کردم. درمان توانست از طریق افزایش درک همدلانه به میزان معنی‌داری درک متقابل را در این زوج افزایش دهد و موجب شد همسرها تفاوت‌های یکدیگر را که تا پیش‌ازین نپذیرفته بودند و در جهت تغییر کامل آن‌ها گام برمی‌داشتند بپذیرند؛ هرچند با توجه به نتایج، در پایان درمان بازم این میزان افزایش کمتر از دو زوج دیگر است ولی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا توانست به میزان قابل قبولی باعث پیشرفت این زوج در فرآیند درمان شود.

سوم، عمومیت تغییر^۲: به این اشاره دارد که میزان تغییر اتفاق افتاده در دیگر گستره‌های زندگی چه اندازه است؟ به دلیل تأکید زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر کسب آگاهی بیشتر از خود، شریک و رابطه با استفاده از فونونی مانند گوش سپاری برای درک و دیگر فنون انتظار می‌رفت روابط اجتماعی همسرهای حاضر در درمان نیز تحت تأثیر این روند قرار گیرد. چنان‌که به‌عنوان نمونه زوج سوم اذعان کردند مرد در رابطه با همکاران و مراجعه‌کنندگان در محیط کار با صبر بیشتری برخورد می‌کند و به دلیل اینکه زن مهارت بیشتری بر خودش پیدا کرده بود و به‌محض بروز اختلاف

^۱. universality of change

^۲. generality of change

شروع به زنگ زدن به اطرافیان و نیز اداره مرد نمی‌کرد، مرد گزارش کرد در محیط کار از آرامش و امنیت بیشتری برخوردار است و کارایی بیشتری دارد.

چهارم، ثبات^۱: به این می‌پردازد که نتایج برآمده از درمان چه اندازه دوام داشته‌اند؟ پیگیری جلسات طراحی شده می‌تواند پاسخ مناسبی به این سؤال باشد که آیا درمان در درازمدت اثربخشی خود را حفظ کرده است یا خیر. نتایج پیگیری‌ها نشان داد میانگین رابطه متقابل سه زوج اول، سوم و چهارم نسبت به مراحل خط پایه و نیز پایان درمان افزایش داشته است و به تبع شاخص تغییر پایا نیز افزایش پیدا کرده است به گونه‌ای که در پایان مراحل پیگیری این شاخص‌ها برای همسرهای اول $RCI = 4/14$ ، سوم $RCI = 3/23$ و چهارم $RCI = 3/41$ به دست آمده است در حالی که برای زوج دوم $RCI = 1/76$ به دست آمد و معنی‌دار نبود؛ بنابراین می‌توان این گونه استدلال کرد با توجه به اینکه زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر مهارت‌های بنیادی در رابطه زناشویی تأکید دارد به وجود آمدن تغییرات برآمده از این رویکرد، در درازمدت دوام بیشتری دارد.

پنجم، میزان پذیرش^۲: بیان می‌کند که ادامه داشتن همکاری همسرها در درمان به چه صورت بوده است و این که آیا زوجی فرآیند درمان را در اول و یا نیمه‌راه رها کرده است؟ در این طرح درمانی به دلیل کسب رضایت آگاهانه همسرها جهت شرکت در جلسات در آغاز کار و دادن اطلاعات کامل در مورد طرح درمان و همچنین چگونگی برگزاری جلسه‌های درمانی و نحوه همکاری در آن، همسرها به طور کامل در جلسه‌ها شرکت کردند. مهم‌تر از همه اینکه چه بسا رضایت از فرآیند زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا توانسته است باعث ادامه درمان توسط همسرها شود.

ششم، ایمنی^۳: برگین^۴ (۱۹۶۶)، به نقل از اندوز، دولت‌شاهی، مشتاق و دولتخواه^۵ (۲۰۱۲) اصطلاح «اثر برگشتی^۶» را برای اشاره به خسارات وارده به فرد در روند درمان به کار می‌برد. ایمنی به این سؤال پاسخ می‌دهد که آیا درمان باعث ایجاد تعارض و در نتیجه پیامدهای منفی در همسرها شده

1. stability

2. acceptability

3. safety

4. Bergin

5. Andouz, Dolatshahi, Moshtagh, & Dadkhah

6. regressive effect

است؟ در پاسخ باید گفت که این درمان برای هر چهار زوج پیامدهایی مثبت در برداشت و توانست تعارض‌های آن‌ها را کاهش داد؛ اگرچه همان‌گونه که نتایج نشان داد این تغییر در زوج دوم معنی‌دار نبود ولی بر اساس مشاهدات و اظهارات همسرها درمان باعث بروز تغییرات منفی در هیچ‌کدام از همسرها نشد.

محدودیت عمده این مطالعه این است که در این روش آزمایشی تک موردی، تعمیم نتایج به جمعیت‌های مشابه باید با احتیاط صورت گیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود استفاده از فنون آموزشی نظیر گوش‌سپاری برای درک در مقابل گوش‌سپاری برای واکنش نشان دادن که قابلیت کاربرد در گروه‌های کوچک درمانی را دارا هستند، در تحقیقات بعدی نیز مورد بررسی قرار گیرند. پیشنهاد دیگر این است که اثربخشی این زوج‌درمانی بر سایر متغیرهای حوزه کیفیت زندگی زناشویی مورد بررسی قرار گیرد تا ابعاد کاربردی آن بهتر شناخته شود. به دلیل اینکه رویکرد سیستمی سازه‌گرا، سازه‌های ذهنی مراجعین را مورد بررسی قرار می‌دهد و احتمالاً همسرهای با پیشینه قومیتی متفاوت دارای سازه‌هایی متفاوت در رابطه با زندگی زناشویی هستند پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی این مورد مدنظر قرار گیرد.

منابع

حمید پور، حسن (۱۳۸۷). اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری-شناختی. *بازتاب دانش*، ۳، ۴۹-۵۶.

رجیبی، غلامرضا؛ حیات‌بخش، لیدا؛ تقی پور، منوچهر (۱۳۹۴). الگوی ساختاری رابطه مهارت‌مندی هیجانی، صمیمیت، رضایت و سازگاری زناشویی. *فصلنامه روان‌شناسی و مشاوره خانواده*، ۵ (۱۶): ۶۷-۹۱.

نظری، علی‌محمد؛ طاهری راد، محسن؛ اسدی، محسن (۱۳۹۲). تأثیر برنامه غنی‌سازی ارتباط بر سازگاری زناشویی همسرها. *فصلنامه روان‌شناسی و مشاوره خانواده*، ۳ (۴): ۵۲۷-۵۴۲.

هالفورد، کیم (۲۰۰۱). *زوج‌درمانی کوتاه‌مدت*. ترجمه تبریزی، مصطفی؛ کاردانی، مزده؛ جعفری، فروغ (۱۳۸۴). تهران: انتشارات فرا روان.

Ahmad, S. (2012). *Enhancing the quality of South Asian Marriages through Systemic-Constructivist Couple Therapy (SCCT): Investigating the role of Couple Identity in Marital Satisfaction*. Dissertation submitted for Doctorate in Clinical Psychology, York University, Toronto, Canada.

- Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N., & Dadkhah, A. (2012). The efficacy of metacognitive therapy on patients suffering from pure obsession. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7, 1, 11-21.
- Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of other in the self-scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 596-612.
- Aron, A., Norman, C. C., Aron, E. N., & Lewandowski, G. (2002). Shared participation in self-expanding activities: Positive effects on experienced marital quality. In P. Noller & J. A. Feeney (Eds). *Understanding marriage: Developments in the study of couple interaction* (pp. 177-194), New York: Cambridge University Press.
- Baddeley, J. L., Berry, M., & Singer, J. A. (2013). Mutuality and Marital Adjustment, Well-Being, and Health in Military Couples. *The Military Psychologist*, 29, 1, 19-25.
- Buehlman, K. T., Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1992). How a couple views their past predicts their future: Predicting divorce from an oral history interview. *Journal of Family Psychology*, 5, 295-318.
- Cavaliere, C. (2008). *Listening to Understand as a Therapeutic Strategy for Enhancing Interpersonal Processing in an Intimate Relationship*. York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Collins, N. L. & Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy: Normative processes and individual differences. In D. Mashek & A. Aron (Eds.), *Handbook of Closeness and Intimacy* (pp. 163-187). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Dalton, J. (2005). *Increasing marital satisfaction in clinically distressed couples: The role of empathic accuracy and "we-ness."* Doctoral dissertation, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Doell, F. k. (2010). *Enhancing couples' communication through Systemic-Constructivist Couple Therapy: The relationship between marital listening and relationship quality*. Dissertation submitted for Doctorate in philosophy. York University. Canada.
- Eisen, S. V., Ranganathan, G., Seal, P., & Spiro III, A. (2007). Measuring clinically meaningful change following mental health treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34 (3), 272-289.
- Genero, N. P., Miller, J. B., Surrey, J., & Baldwin, L. M. (1992). Measuring perceived mutuality in close relationships: Validation of the mutual psychological development questionnaire. *Journal of Family Psychology*, 6, 36-48.
- Gottman, J. M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of family psychology*, 7 (1), 57-75.
- Ingram, R. E., Scott, W. D., & Hayes, A. (2000). Empirically supported treatments: A critical analysis. In C. R. Snyder & Q. R. E. Ingram (Eds.), *handbook of psychological change* (pp. 40-60). New York: Wiley.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.

- Johanson, B., & Cheristensen, L. (2008). *Educational research. Qualitative, quantitative, and mixed approaches*. SAGE Publications, 345.
- Kendal, P. C., & Grove, W. M. (1988). Normative comparison in outcome theory. *Behavioral assessment, 10*, 147-158.
- Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., & Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67* (3), 285.
- Kruger, K. (2005). Relationship and relational mutuality as predictors of well-being and six constructs of well-being. *A Dissertation Submitted to the Degree of Doctor of Philosophy*. Tennessee State University. United States of America.
- McRae, T. R., Dalgleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess-Moser, M., & Killian, K. D. (2014). Emotion regulation and key change events in emotionally focused couple therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 13*, 1-24.
- Miller, S. (2008). *Thinking and speaking in the third person: an extraction study of a technique from systemic-constructivist couple therapy*. Graduate program in psychology. York University.
- Newman, P., H, A & Newman, B, A (2009). *Development through life: a psychological approach*. Wadsworth engage learning. Nelson thrones Ltd.
- Reid, D. W., & McKim, L. (2014). Psychometric Evaluation of the Couples Mutuality Questionnaire: A Measure of Perceived Mutuality. *Manuscript in progress for submission*. In press.
- Reid, D. W., Dalton, J., Laderoute, K., Doell, F., & Nguyen, T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: The role of 'we-ness' and interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic, Social and General Psychology Monographs, 132*, 121-143.
- Reid, D. W., Doell, F., Dalton, J., & Ahmad, S. (2008). Systemic Constructivist Couple Therapy (SCCT): Description of approach, theoretical advances, and published longitudinal evidence. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 45*, 4, 477-490.
- Skerrett, K. (1998). Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Family Systems and Health, 16*, 281-298.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*, 15-28.
- Stewart, W. (2005). *An A-Z of Counseling Theory and Practice* (4 th Ed). Nelson thorns LTD.
- Zhan, S., & Ottenbacher, K. J. (2001). Single subject research designs for disability research. *Disability & Rehabilitation, 23*, 1-8.