

درمان‌های تلفیقی، جنسیت و زوج‌درمانی: بررسی و هم‌سنجی اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد در بهبود تعهد زناشویی همسران متعارض

Integrative treatments, Sex and Couple Therapy: study and comparison of the effectiveness of integrative behavioral couple therapy and redecision therapy in improvement of marital commitment of competing couples

Nader Karimian

Eghbal Zarei

Koorosh Mohammadi

Andrew Christensen

نادر کریمیان*

اقبال زارعی**

کوروش محمدی***

اندرو کریستنسن****

Abstract

Integrative behavioral couple therapy (IBCT) and redecision therapy are amongst eclectic therapies that considered by therapists. The current research administrated aimed to investigation and comparison of the effectiveness of the integrative behavioral couple therapy (IBCT) and redecision therapy in improvement of marital commitment. This study was a semi experimental with pre-test, post-test, and 2-month follow-up with the control group. Thirty-seven couples (74 persons) selected by convenient sampling among distressed couples who referred to counseling centers in Sanandaj and assigned randomly to three groups. One of the groups received 12 intervention sessions of integrative behavioral couple therapy (IBCT) and the other group received 10 intervention sessions of redecision therapy, but the control group received no intervention. The Marital commitment questionnaire was applyig for data collection. The gathered data were analyzed using analysis of mixed variance in SPSS21 software. The outcomes indicated that the gender of couples have had little impact on the effectiveness of interventions of couple therapy. In addition, the statistical analysis outcomes showed that both treatments eclectic behavioral treatment and redecision therapy contributed to the improvement of marital commitment ($P < 0.05$). There were 41 percent of the marital commitment changes explained by therapeutic interventions. Integrative behavioral couple therapy in comparison with redecision therapy have had more effectiveness in improving marital commitment and stable treatment achievements ($P < 0.01$). Integrative therapies have being developed, and it is hope that met more acceptances by applying these approaches by the family specialists.

Keywords: Integrative behavioral couple therapy, marital commitment, marital conflict, redecision therapy

چکیده

زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد از جمله درمان‌های تلفیقی هستند که مورد توجه درمانگران واقع شده‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی و هم‌سنجی اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد در بهبود تعهد زناشویی زوجین به انجام رسید. پژوهش نیمه آزمایشی است و طرح آن پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه است. ۳۷ زوج (۷۴ نفر) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان زوج‌های آشفته‌ای که به مراکز مشاوره شهر سنندج مراجعه کرده بودند گزینش و به گونه تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. یکی از گروه‌ها ۱۲ نشست مداخله زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و گروه دیگر ۱۰ نشست مداخله درمان تصمیم‌گیری مجدد دریافت نمودند ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه تعهد زناشویی برای گردآوری داده‌ها به کار گرفته شد. داده‌های به دست آمده به روش تحلیل پراکنش مختلط در نرم‌افزار SPSS21 تحلیل شدند. برآمدها نشان داد که جنسیت زوجین تأثیر چندانی در اثربخشی مداخلات زوج‌درمانی نداشته است. هم‌چنین برآمدهای تحلیل آماری نشان داد که هر دو درمان رفتاری التقاطی و تصمیم‌گیری مجدد در بهبود تعهد زناشویی زوجین مؤثر بوده‌اند ($P < 0.05$). ۴۱ درصد از تغییرات تعهد زناشویی توسط مداخلات درمانی تبیین گردید. زوج‌درمانی رفتاری التقاطی در هم‌سنجی با درمان تصمیم‌گیری مجدد کارایی بیشتری در بهبود تعهد زناشویی و پایداری دستاوردهای درمان داشت ($P < 0.01$). درمان‌های تلفیقی رو به گسترش‌اند، امیدوار است به کار بستن آن‌ها از سوی متخصصین گستره خانواده با پذیرش بیشتری روبرو شود.

واژگان کلیدی: آشفته‌گی زناشویی، تعهد زناشویی، درمان تصمیم‌گیری مجدد، زوج‌درمانی رفتاری التقاطی

*دانشجوی دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه هرمزگان

**دانشیار گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه هرمزگان (نویسنده مسئول)

***استادیار گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه هرمزگان

****استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه کالیفرنیا، لس‌آنجلس

eghbalzarei2010@yahoo.com

مقدمه

در سال‌های اخیر موضوع تعارضات زناشویی به‌طور فزاینده‌ای در میان آثار منتشرشده گستره پیوند زناشویی "جایگاهی ویژه" کسب کرده است (چانگ، ۲۰۱۴؛ برادبوری، راج و لورنس، ۲۰۰۱؛ فینچام، 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 نبود رضایت را تجربه می‌کنند (راسن گراندون، میرز و هانیه، ۲۰۰۴). طلاق در دو دهه گذشته در سراسر جهان به دلایل بسیاری روند فزاینده داشته و این نرخ در آمریکا به ۵۱٪، سوئد ۴۸٪ و در کره جنوبی به ۴۷٪ رسیده است (چانگ، ۲۰۱۴). برابر آمار رسمی منتشرشده، در ایران نیز نسبت ازدواج به طلاق حدوداً ۵/۴ است. به‌عبارت‌دیگر در برابر هر ۵/۴ ازدواج ثبت‌شده یک طلاق نیز ثبت می‌شود. هم‌چنین آمار نشان می‌دهد که در سال ۹۳، هرماه نزدیک به ۱۶۰۰۰ طلاق در کشور ثبت‌شده است (ثبت‌احوال ایران، ۱۳۹۳).

یکی از متغیرهای مرتبط با آشفتگی و تعارض زناشویی، تعهد زناشویی است. به باور موسکو^۱ (۲۰۰۹) تعهد زناشویی، نیرومندترین و پایدارترین عامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت و پایداری رابطه زناشویی است و تعهد پایین زوجین به یکدیگر با آشفتگی رابطه آن‌ها مرتبط است. آریاجا و آگنیو (۲۰۰۱) تعهد زناشویی^۲ را به معنای گرایش فرد برای حفظ دائمی ازدواج و وفادار ماندن به همسر، خانواده و ارزش‌ها تعریف کرده‌اند و آن را دربرگیرنده اجزای رفتاری، شناختی و عاطفی دانسته‌اند. صمیمیت، تعهد، ارتباط عاطفی، مهارت‌های حل تعارض و معنویت از عناصر موجود در ازدواج‌های موفق می‌باشند (مسترز، ۲۰۰۸). از سوی دیگر وجود تعارض در رابطه معمولاً مایه کاهش تعهد زوجین به یکدیگر و گرایش زوجین به جدایی می‌شود.

کاپینوس و جونز (۲۰۰۳) سه گونه تعهد زناشویی را مشخص کردند: ۱- تعهد شخصی (فداکاری)^۳ که به معنای گرایش فرد برای ماندن در رابطه است و سه عامل در آن دخیل است:

^۱. Mosko

^۲. marital commitment

^۳. dedication

افراد موجود در رابطه، جذب رابطه شدن و هویت همسرها. ۲- تعهد اخلاقی^۱ (تعهد به ازدواج) عملی است که فرد اخلاقاً متعهد می‌شود به رابطه ادامه دهد و دربرگیرنده باور داشتن به ارزش‌های زیر است: عمل به گفته خود، پاسداشت ازدواج به‌عنوان یک نهاد اجتماعی و اخلاقی و حفظ ازدواج به‌عنوان یک مسئولیت مقدس. ۳- تعهد ساختاری^۲ (حس در دام افتادن^۳) که به معنای ادامه دادن از روی ناچاری به ازدواج برای وضعیت فرزندان، مسائل مالی و ... است.

فرا تحلیل‌های زوج‌درمانی تأیید می‌کند که رویکردهای گوناگون در درمان آشفتگی زوج‌ها، بهبود بالینی و آماری معنی‌داری برای بخش قابل‌توجهی از زوج‌ها به ارمغان آورده‌اند و به‌طور میانگین کسانی که زوج‌درمانی دریافت می‌کنند از ۸۰ درصد کسانی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند بهبود بیشتری نشان می‌دهند (شادیش و بالدوین، ۲۰۰۳). درواقع 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. درهرحال پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنها در ۵۰ درصد زوج‌های درمان شده، هر دو همسر بهبود معنی‌داری را در رضایت از رابطه نشان داده‌اند و ۳۰ تا ۶۰ درصد زوج‌های درمان شده نزدیک به دو سال پس از پایان درمان، روابطشان روبه‌زوال و بدتر شدن نهاده است (اشنایدر و بالدراما، ۲۰۱۲؛ اشنایدر و میشل، ۲۰۰۸). بیش از ۴۰ سال پژوهش و تمرین در زوج‌درمانی منجر به ارائه طیف گسترده‌ای از پروتکل‌های درمانی شده است؛ درمان‌هایی که از لحاظ کیفیت و چگونگی به کار بستن باهم متفاوت‌اند: از جمله درمان‌های رفتاری، بینش محور، سیستمی و هیجان مدار (گورمن، ۲۰۰۸). هنوز هم آزمایش‌های تجربی بحث داغ درمانگران است و ناهم‌سوئی‌های قابل توجهی در زمینه اثربخشی این درمان‌ها به دست نیامده است (اشنایدر، کاستلانی و ویشمن، ۲۰۰۶). شاید یکی از دلایل چنین برآمدهایی این باشد که همه این درمان‌ها بر پایه اصول مشترکی هستند. امروزه با توجه به ضعف و ناکارآمدی کمابیش رویکردهای کلاسیک (اشنایدر و بالدراما، ۲۰۱۲)، درمان‌های تلفیقی هواداران ویژه‌ای پیدا کرده‌اند.

^۱. moral commitment

^۲. constraint commitment

^۳. feeling trapped

یکی از رویکردهای التقاطی که پژوهشگران و درمانگران بسیاری را متوجه خود نموده است زوج‌درمانی رفتاری التقاطی^۱ (IBCT) است. زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی، ریشه در زوج‌درمانی رفتاری سنتی (TBCT)^۲ دارد. زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی آمیخته‌ای از فن‌های مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش^۳ و مبتنی بر تغییر^۴ را به کار می‌گیرد. فن‌های مبتنی بر پذیرش برای زوج‌ها فرصتی فراهم می‌سازد تا مسائل خود را به ابزارهایی برای افزایش صمیمیت تبدیل کنند و نیز در برابر مسائل تحمل داشته باشند و تأثیر مسائل را بر رابطه‌شان کاهش دهند. فن‌های افزایش صمیمیت دربرگیرنده ارتباط همدلانه و محکم و جداسازی واحد است؛ فن‌های ایجاد تحمل دربرگیرنده توجه کردن به جنبه‌های مثبت رفتار منفی، اجرای رفتارهای منفی در نشست درمان، تظاهر به رفتارهای منفی در خارج از نشست و مراقبت از خویشتن است (کریستنسن و جاکوبسن، ۱۹۹۸). فن‌های مبتنی بر تغییر مستقیماً به منظور ایجاد تغییرات خاص رفتاری به کار برده می‌شود و دربرگیرنده مبادله رفتاری، مهارت‌های ارتباطی و آموزش مهارت‌های حل مسئله است (کریستنسن و همکاران، ۲۰۰۶).

یکی دیگر از درمان‌های تلفیقی درمان تصمیم‌گیری مجدد است. رویکرد تصمیم‌گیری مجدد^۵ در ادامه گسترش نظریه تحلیل تبادلی^۶ پدیدار شد. گولدینگ و گولدینگ (۱۹۹۷) تحلیل تبادلی را با اصول و فن‌هایی از گشتالت درمانی^۷، خانواده‌درمانی^۸، نقش‌گذاری روانی^۹ و رفتاردرمانی^{۱۰} ترکیب کرده‌اند (کوری، ۲۰۰۹). شالوده متون تحلیل تبادلی این است که موضع زندگی هر کس را می‌توانیم تغییر دهیم چون اشخاص این مواضع را با نوعی تصمیم‌گیری اتخاذ کرده‌اند. در تحلیل تبادلی به این کار، «تصمیم‌گیری مجدد» می‌گویند؛ یعنی «واقف شدن بر اطلاعات ضبط‌شده، منسوخ دانستن آن‌ها و اتخاذ تصمیمات جدید» (گولدینگ و گولدینگ، ۱۳۹۳).

1. integrative behavioral couple therapy

2. traditional behavioral couple therapy

3. acceptance focused strategies

4. change based

5. rededcision therapy

6. transactional analysis theory

7. gestalt therapy

8. family therapy

9. psychodrama

10. behavior therapy

درمان به شیوه تصمیم‌گیری مجدد بر مفاهیمی چون احکام، تصمیم‌های نخستین و تصمیم‌های جدید استوار است. به اعتقاد گولدینگ و گولدینگ (۱۳۹۳) بزرگ‌سالان بر اساس فرض‌های گذشته که زمانی برای ارضای نیازهای حیاتی آن‌ها مناسب بوده، ولی دیگر ارزشمند نیست، تصمیم‌گیری می‌کنند. آن‌ها تصمیمات نخستین و تنگناهای روانی را عامل بروز آسیب روانی و افت کارکرد فرد می‌دانند (گولدینگ و گولینگ، ۱۳۹۳)؛ بنابراین برای خارج شدن از پیش‌نویس، شخص باید با آن احساس‌های «کودک» که در زمان تصمیم نخستین تجربه کرده است، دوباره تماس حاصل کند، با بیان آن احساس‌ها آن وضعیت را خاتمه بخشد و تصمیم نخستین را با یک تصمیم مجدد مناسب و نو عوض کند. در درمان برطرف کردن تنگناها معمولاً از فن دو صندلی گشتالت درمانی جهت حل و فصل تضادها استفاده می‌شود (استوارت و جونز، ۱۳۹۴).

درمانگران تا مدت‌ها اعتقادی به کاربرد تصمیم‌گیری مجدد در کار با زوج‌ها نداشتند ولی 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 (بدر و پیرسون^۱، ۲۰۱۱؛ استینبرگ^۲، ۲۰۱۰؛ ساننسن^۳، ۲۰۱۰؛ جنکینز و تیچ ورس^۴، ۲۰۱۰). به اعتقاد بدر و پیرسون (۲۰۱۱) تصمیم‌گیری مجدد در هر یک از زوج‌ها، تصمیم‌های نخستین زندگی که نمایشنامه زندگی را تحت تأثیر قرار داده‌اند آشکار می‌کند و تصمیم‌گیر جدید در سطوح شناختی و عاطفی را تسهیل می‌کند تا زوج‌ها را از دام محدودیت‌های تصمیم‌های گذشته آزاد نماید. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که تصمیم‌گیری مجدد می‌تواند انتخاب‌های دیگری را در روابط زوج‌ها مایه شود. همان‌طور که از مراحل لذت‌بخش نخستین 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

¹.Bader & Pearson

².Steinberg

³.Thunnissen

⁴.Jenkins & Teachworth

تحت تأثیر قرار می‌دهد. تصمیم‌گیری مجدد به زوجها کمک می‌کند تا در مورد چگونگی باهم بودنشان تجدیدنظر کنند (گولدینگ و گولدینگ، ۱۳۹۳).

آمار منتشر شده در زمینه نرخ طلاق در جهان و ایران به‌خوبی گویای این قضیه است که رضایت و صمیمیت زناشویی در زوجها به‌آسانی قابل دستیابی نیست و هرروز شاهد ارائه نرخ‌های بالاتری از تراز طلاق و زوجها مراجع‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی هستیم. به‌طوری‌که آخرین آمارهای رسمی ثبت‌احوال ایران حاکی از این است که تقریباً در مقابل هر ۵/۴ مورد ازدواج ثبت شده، ۱ مورد طلاق ثبت می‌شود (سازمان ثبت‌احوال، ۱۳۹۳). حجم و تنوع گسترده‌ی مشکلات زوجین و خانواده‌ها و سیر نسبتاً صعودی آمار طلاق، نیاز به کاربرد درمان‌های اثربخش‌تر را می‌طلبد. از این‌رو این پژوهش با هدف پژوهش اثربخشی دو رویکرد درمانی (زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد) و تأثیر جنسیت در افزایش تعهد زناشویی زوجها متعارض شهر سنج انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر یک طرح نیمه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و آزمون پیگیری دو ماهه بود که با هدف بررسی و هم‌سنجی اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد در بهبود تعهد زناشویی زوجین انجام گرفت. این پژوهش دربرگیرنده دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری دربرگیرنده همه زوجین دارای مشکلات زناشویی بود که در فاصله بهمن‌ماه سال ۱۳۹۳ تا پایان سال ۱۳۹۴ به مراکز مشاوره شهر سنج مراجعه کردند. به‌منظور انتخاب نمونه از میان زوجین دارای مشکلات زناشویی مراجعه‌کننده به این مراکز با به‌کارگیری نمونه‌گیری در دسترس و بر پایه شرایط زیر ۳۷ زوج انتخاب گردید: نمره زوجین در آزمون تعارض زناشویی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین باشد، زوجین دارای اختلالات روانی و شخصیتی حاد نباشند، زوجین دست‌کم سواد خواندن و نوشتن داشته باشند.

ابزارها

پرسشنامه تعارضات زناشویی^۱. این پرسشنامه یک ابزار ۵۴ پرسشی است که به دست ثنایی، براتی و بوستانی پور (۱۳۸۷) برای سنجش تعارضات زن و شوهری ساخته شده است. این سنجه هشت پس از تعارضات زناشویی را می‌سنجد. پرسش‌های خرده سنجه‌ها از این‌قرار است: کاهش همکاری، پرسش‌های ۴، ۱۲، ۱۸، ۲۵، ۳۴، کاهش رابطه جنسی، پرسش‌های ۵، ۱۳، ۱۹، ۳۵، ۴۰؛ افزایش جلب حمایت فرزند، پرسش‌های ۹، ۲۲، ۳۱، ۳۸، ۴۴؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، پرسش‌های ۸، ۱۵، ۲۱، ۲۹، ۳۷، ۴۳؛ کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان، پرسش‌های ۱، ۲۳، ۳۲، ۴۶، ۵۰، ۵۳، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، پرسش‌های ۲، ۱۰، ۱۷، ۲۴، ۳۳، ۳۹، ۴۸، کاهش ارتباط مؤثر پرسش‌های ۳، ۷، ۱۱، ۱۶، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۴۱، ۴۵، ۴۷، ۵۲، ۵۴. نمره‌گذاری گزینه‌ها به این صورت است: هرگز (۱)، بندرت (۲)، گاهی (۳)، اکثراً (۴) و همیشه (۵). سؤالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند (ثنایی، ۱۳۸۷).

آلفای کرون باخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۰/۹۶ به دست آمد و برای ۸ خرده سنجه آن از این‌قرار است: کاهش همکاری ۰/۸۱، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۱، افزایش واکنش‌های 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 مؤثر ۰/۶۹ (ثنایی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه تعهد زناشویی^۲. پرسشنامه تعهد زناشویی (آدامز و جونز) دارای ۴۴ پرسش و سه خرده سنجه (تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد ساختاری) بوده و پاسخ سؤالات بر روی یک سنجه ۵ درجه‌ای لیکرت (قویاً موافقم تا قویاً مخالفم) ردیف شده است که از ۵ تا ۱ نمره‌گذاری می‌شوند. مؤلفه تعهد شخصی دربرگیرنده ماده‌های (۱-۴-۸-۱۰-۱۱-۱۴-۱۶-۱۸-۲۱-۲۴-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۲-۳۵-۳۶-۳۸ و ۴۴)، مؤلفه تعهد اخلاقی دربرگیرنده ماده‌های (۳-۶-۹-۱۳-۲۰-۲۲-۲۳-۲۶-

^۱ - marital conflict inventory

^۲. Dimensions of commitment inventory

۲۹-۳۰-۳۴-۳۷ و ۴۱) و مؤلفه تعهد ساختاری دربرگیرنده ماده‌های (۲-۵-۷-۱۲-۱۵-۱۷-۱۹-۳۳-۳۹-۴۰-۴۲ و ۴۳) است. دامنه کلی نمرات میان ۱ تا ۱۷۲ است و نمره بالاتر در این سنجه به معنای تعهد زناشویی بالاتر است. آدامز و جونز (۱۹۹۷) در ۶ پژوهش ناهمسان به‌منظور به دست آوردن پایایی و روایی پرسشنامه، آن را روی ۴۱۷ نفر متأهل، ۳۴۷ نفر مجرد و ۴۶ نفر مطلقه اجرا کردند. در این پژوهش‌ها همبستگی هر پرسش با نمره کل آزمون بالا و معنی‌دار بود و به‌طور کلی ابعاد این پرسشنامه از بیشترین حمایت تجربی و نظری برخوردار بود. آدامز و جونز تراز پایایی هریک از سنجه‌های این آزمون را بر روی نمونه یادشده به این شرح به دست آوردند: تعهد شخصی ۰/۹۱، تعهد اخلاقی ۰/۸۹، تعهد ساختاری ۰/۸۶ (به نقل از حاتمی وزنه، ۱۳۸۹). در اعتبار یابی آزمون به دست شاه سیاه، بهرامی و محبی (۱۳۹۰) روایی محتوا به دست استادان مشاوره دانشگاه اصفهان تأیید شد و آلفای کرون باخ ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب باز آزمایی نیز ۰/۸۶. به دست آمد. آلفای کرون باخ خرده سنجه‌های تعهد به همسر، تعهد به ازدواج و تعهد از روی ناچاری به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۴. به دست آمد.

مداخلات

مداخله به شیوه درمان تصمیم‌گیری مجدد (گولدینگ و گولدینگ، ۱۳۹۳) به اختصار به شرح زیر است:

نشست نخست. معارفه و ایجاد یک رابطه دوستانه، انجام دادن پیش‌آزمون، بیان اصول و مقررات نشست دوم. آشنایی با معانی و ابعاد تعهد زناشویی، بحث راجع پیامدهای طلاق و آشنایی با رویکرد تصمیم‌گیری مجدد

نشست سوم. آشنایی با ساختار شخصیت یا حالات من (والد-بالغ-کودک)، آشنایی اعضاء با فرایند شکل‌گیری شخصیت از دیدگاه برن، آشنایی با اصول گشتالت درمانی

نشست چهارم. روشنگری رویکرد تصمیم‌گیری مجدد و نام بردن مؤلفه‌های آن (بازدارنده‌ها، تصمیمات، تنگناها،...)، آشنایی با بازدارنده‌ها و سوق‌دهنده‌ها، آشنایی با تصمیماتی که در نتیجه بازدارنده‌ها و سوق‌دهنده‌ها اتخاذ می‌شود

نشست پنجم. آموزش طریقه آشکار ساختن نمایشنامه زندگی، آشنایی با مفهوم و گونه‌های نوازش، آشنایی با مفهوم تک‌نوازشی و اقتصاد نوازشی

نشست ششم. توضیح درباره عقد قرارداد، گفتگو در رابطه با مسئولیت شخصی و بستن قرارداد با زوجین

نشست هفتم. شناسایی قواعد خانوادگی و بایدها و نبایدها با به‌کارگیری فن‌های شناختی (جدل شناختی، گفتگو، پرسش‌های سقراطی و ...) و درک تصمیم‌های نخستین

نشست هشتم. کار بر روی تصمیم‌های نخستین، بکار بستن فن‌های گشتالت درمانی (ایفای نقش، وارونگی نقش، صندلی خالی) برای بازسازی مجدد صحنه‌هایی که از گذشته به ذهن اعضاء می‌رسد
نشست نهم. به بحث گذاشتن سؤالات مربوط به بازنگری در تصمیمات: آیا این تصمیمات هنوز هم برای شما سودمند هستند؟ چگونه می‌خواهید برای کودک درون خود والد بهتری باشید؟ آیا شما مایلید برخی از تصمیم‌های اولیه خود را موردبازنگری قرار دهید؟

نشست دهم. مصاحبه با زوجین درباره تصمیمشان برای ادامه زندگی، برگزاری پس‌آزمون

مداخله به شیوه زوج‌درمانی رفتاری التقاطی (کریستنسن و همکاران، ۲۰۱۰) به‌اختصار به شرح

زیر است:

نشست نخست. معارفه، گزیده اطلاعات دموگرافیک، ارائه چشم‌انداز زوج‌درمانی، بیان اصول نشست‌های درمان

نشست دوم. برگزاری نشست‌های فردی با زوجین، بیان اصول رازداری، بررسی مسائلی فراتر از مشکلات کنونی بر پایه سنجه‌ها و مصاحبه نخست، بررسی مسائل مربوط به خشونت و تعهد

نشست سوم. بررسی تاریخچه خانواده اصلی، بررسی تاریخچه ارتباط، بحث درباره حساسیت‌های عاطفی و تنش‌آورهای بیرونی، انجام دادن پیش‌آزمون

نشست چهارم. ارائه بازخورد به زوجین، فرمول‌بندی مشکلات، پیدا کردن موضوعات و زمینه‌های مشکل‌ساز عمده (اعتماد، افسردگی، تنیدگی پس از سانحه و ...)

نشست پنجم. پیدا کردن نقاط قوت رابطه، بحث بر سر دیدگاه و فرمول‌بندی درمانگر و همخوانی آن با نظر زوجین، پژوهش بروشورهای تهیه‌شده راجع افسردگی، PTSD و ...

نشست ششم. بحث روی الگوهای تعاملی، ارائه مداخلاتی برای جلوگیری، قطع کردن، جهت‌دهی دوباره و یا محدود کردن تعاملات مشکل‌ساز

نشست هفتم. مداخلات مبتنی بر هیجان، شناسایی هیجان‌های نخستین، افشای هیجان‌ها، ایفای نقش جهت ابراز هیجان‌ات

نشست هشتم. تمرکز روی احساسات به‌جای افکار، همدلی با احساسات همدیگر، دست‌یابی به الحاق همدلانه

نشست نهم. مداخلات مبتنی بر رفتار، اجرای دوباره تعاملات مشکل‌ساز در نشست درمان، مبادلات مبتنی بر شناخت (جدایی واحد)

نشست دهم. مبادله رفتار، تمرین مهارت‌های ارتباطی، آموزش حل مسئله

نشست یازدهم. مداخلات مربوط به ایجاد تحمل، تمرین رفتارهای منفی، فهرست کردن اقداماتی برای خود مراقبتی

نشست دوازدهم. جمع‌بندی، کمک به زوج برای کنار آمدن با عوامل فشارزا، اجرای پس‌آزمون

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه، زوج‌ها به تصادف در سه گروه جایگزین شدند. هر یک از زوجین گروه آزمایشی نخست به‌طور میانگین نزدیک به ۱۲ نشست تحت زوج‌درمانی رفتاری التقاطی قرار گرفتند که نشست‌ها به‌صورت هفتگی انجام گرفت. زوجین گروه آزمایشی دوم نیز به‌طور میانگین نزدیک به ۱۰ نشست تحت مداخله بر پایه رویکرد تصمیم‌گیری مجدد قرار گرفتند. گروه گواه در این فاصله هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. اگرچه برای پیش‌روگیری ضوابط اخلاقی، اعضای گروه گواه پس از پایان پژوهش برای زمانی برابر ۳ نشست تحت زوج‌درمانی قرار گرفتند. پیش از انجام مداخلات درمانی و هم‌چنین دو هفته پس از پایان زوج‌درمانی، آزمون تعهد زناشویی به‌عنوان

پیش آزمون و پس آزمون بر روی اعضای هر سه گروه اجرا شد. جهت پیگیری اثرات درمان، ۲ ماه پس از پایان درمان، دوباره آزمون تعهد زناشویی بر روی افراد نمونه اجرا شد. داده‌های به دست آمده به روش تحلیل پراکنش مختلط در نرم افزار SPSS21 تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول شماره ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان را در متغیر تعهد زناشویی نشان می‌دهد.

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

گروه	تصمیم‌گیری مجدد (N=۲۶)		IBCT (N=۲۴)		آزمون
	Mean ± Sd	Mean ± Sd	Mean ± Sd	Mean ± Sd	
پیش آزمون	مردان	۱۰۷۳ ± ۶/۵	مردان	۱۰۴۶۹ ± ۶/۱	مردان
	زنان	۱۰۰۵ ± ۵/۲۷	زنان	۱۰۷ ± ۵/۶	زنان
پس آزمون	مردان	۱۰۴ ± ۵/۲۱	مردان	۱۱۱ ± ۶/۳۲	مردان
	زنان	۹۹/۵۸ ± ۶/۸	زنان	۱۱۹/۳ ± ۶/۳	زنان
پیگیری	مردان	۹۹/۵ ± ۷/۹	مردان	۱۰۸۲ ± ۷/۲	مردان
	زنان	۹۹/۱۶ ± ۷/۳	زنان	۱۲۰/۹ ± ۶/۹	زنان

برای بررسی اثربخشی درمان‌ها، طرح تحلیل پراکنش مختلط سه راهه (۳*۳*۲) به کار گرفته شد چون دو متغیر میان گروهی (نوع مداخله و جنسیت) و متغیر درون گروهی (آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) موجود است. پیش از انجام آزمون تحلیل پراکنش، لازم است مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گیرد و داده‌ها غربالگری شوند. جهت بررسی مفروضه بهنجار بودن داده‌ها از روش ترسیم نمودار Q-Q بهنجار و آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده کردیم که بهنجار بودن داده‌ها را در هر دو متغیر وابسته نشان داد.

آزمون باکس برای یکسانی کوواریانس ماتریس‌ها از دید آماری معنی‌دار است ($P < .01$) و $F = 4/52$ و $Boxes M = 153/4$ و این نشان می‌دهد که ماتریس کوواریانس متغیرهای مستقل در گروه‌های مختلف یکسان نیست. پس لازم است در تفسیر برآمدهای آزمون میان گروهی، اثر پیلائی گزارش شود.

برآمدهای جدول ۲ نشان می‌دهد که آزمون کرویت موخلی معنی‌دار است ($P < .01$)؛ بنابراین لازم است درجه آزادی برای تفسیر آزمون F درون‌گروهی تعدیل شود و برای تفسیر برآمدهای آزمون‌های F درباره اثرهای اصلی درون‌گروهی (آزمون) و اثرهای تعاملی از اصلاح Lower-bound استفاده کنیم.

جدول ۲. آزمون کرویت موخلی

اثر درون‌گروهی	Mauchlys W	Chi square	Df	Sig	Lower-bound
آزمون	۰/۵۸۳	۳۶/۱۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵

فرض همگنی رگرسیون متغیرهای وابسته از طریق آزمون لوین بررسی و تأیید گردید. برآمدهای آزمون تحلیل پراکنش مختلط در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳. برآمدهای تحلیل پراکنش مختلط تعارض زناشویی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	مجذورات	تراز معنی‌داری
(Lower-bound) درون آزمودنی‌ها						
آزمون	۸۳۱/۹۳	۱	۸۳۱/۹۳	۵۳/۰۶	۰/۴۹۶	*۰/۰۱
آزمون * جنسیت	۱۱/۵۷	۱	۱۱/۵۷	۰/۷۳۸	۰/۰۱	۰/۳۹۳
آزمون * درمان	۲۸۲۳/۹۳	۲	۱۴۱۱/۹	۹۰/۰۶	۰/۷۶	*۰/۰۱
آزمون * جنسیت * درمان	۱۴/۳۹	۲	۷۰/۵۳	۰/۴۵۹	۰/۰۱	۰/۶۳۴
خطا	۵۳۹۸۸/۶	۶۸	۷۹۳/۹۵			
میان آزمودنی‌ها (اثر پیلابی)						
جنسیت	۹۴/۷۵	۱	۹۴/۷۵	۰/۰۹۶	۰/۰۲	۰/۷۵۸
درمان	۵۱۷۳/۶۲	۲	۲۵۸۶/۸	۳/۲۵	۰/۴۱	**۰/۰۴۵
جنسیت * درمان	۱۴۰۱/۰۷	۲	۲۴۰۶/۵	۰/۸۸	۰/۰۴	۰/۴۱۸
خطا	۵۶۸۶۸/۶۹	۶۸	۷۲۹/۰۸			

* $P < .01$ ** $P < .05$

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود برآمدهای آزمون درون‌گروهی نشان می‌دهد که اثر اصلی نوع آزمون بر روی نمرات تعهد زناشویی از دید آماری معنی‌دار است ($P < .01$) و $\eta^2 = .05$. (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. ضریب اتای تفکیکی $\eta^2 = .05$ نشان‌دهنده آن است که ۵۰ درصد تغییرات درون‌گروهی توسط آزمون‌ها قابل تبیین است این اثر معنی‌داری اصلی باید توسط آزمون‌های تعقیبی بررسی شود. اثر تعاملی آزمون * جنسیت معنی‌دار نشان نداد ($P > .05$) و $\eta^2 = .01$, $F(1, 68) = 0.738$ ، یعنی نمره تعهد زناشویی افراد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحت تأثیر جنسیت قرار ندارد. اثر تعاملی آزمون * درمان ($P < .01$) و $\eta^2 = .76$ ، $F(2, 68) = 90.06$ معنی‌دار نشان داد؛ یعنی نمرات تعهد زناشویی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افراد در گروه‌های ۳ گانه متفاوت است و ضریب اتای $\eta^2 = .87$ روشن‌گر آن است که ۸۷ درصد تغییرات ایجادشده توسط مداخلات درمانی تبیین می‌شود. معنی‌دار نبودن اثر تعاملی آزمون * جنسیت * درمان ($P > .05$) و $\eta^2 = .01$ ، $F(2, 68) = 0.46$ و روشن‌گر آن است که نوع آزمون هم‌زمان با سطوح مختلف جنسیت و درمان هم‌کنش ندارد. برآمدهای آزمون میان‌گروهی با به‌کارگیری شاخص اثر پیلایی نشان می‌دهد که اثر اصلی جنسیت بر روی نمرات تعهد زناشویی از دید آماری معنی‌دار نیست ($P > .05$) و $\eta^2 = .02$ و $F(1, 68) = 0.1$ ، یعنی میان نمرات پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری مردان و زنان تفاوت ویژه‌ای وجود ندارد و نمرات تحت تأثیر جنسیت نبوده است. اثر اصلی درمان بر روی نمرات تعهد زناشویی معنی‌دار نشان داد ($P < .05$) و $\eta^2 = .41$ ، $F(2, 68) = 3.26$. ضریب اتای تفکیکی $\eta^2 = .41$ نشان‌دهنده آن است که ۴۱ درصد تغییرات نمره تعهد زناشویی توسط مداخلات درمانی قابل تبیین است. اثر تعاملی درمان * جنسیت معنی‌دار نشان نداد ($P > .05$) و $\eta^2 = .04$ ، $F(2, 68) = 0.88$.

معنی‌دار شدن اثر اصلی درمان و آزمون و هم‌چنین اثر تعاملی آزمون * درمان مشخص نمی‌سازد که میان کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد. برای پاسخ به این پرسش از آزمون تعقیبی بونفرونی با مهار اثرات پیش‌آزمون‌ها استفاده شد که برآمدهای آن در جدول ۴ نمایش داده شده است.

جدول ۴. برآمدهای هم‌سنجی‌های پس‌تجربه‌آزمون‌تعمیقی بونفرونی در آزمون تعهد زناشویی

هم‌سنجی‌ها	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
پس‌آزمون گروه IBCT- پس‌آزمون گروه گواه	۱۵/۸۷	۱/۳۸	*۰/۰۰۱
پیگیری گروه IBCT- پیگیری گروه گواه	۵/۶	۱/۵۲	*۰/۰۰۱
پس‌آزمون گروه تصمیم‌گیری مجدد - پس‌آزمون گروه گواه	۱۰/۳۸	۱/۳۷۷	*۰/۰۰۱
پیگیری گروه تصمیم‌گیری مجدد - پیگیری گروه گواه	۱/۳۳	۱/۶۹	۰/۷
پس‌آزمون گروه IBCT- پس‌آزمون گروه تصمیم‌گیری مجدد	۵/۴۹	۱/۳۴	*۰/۰۰۱
پیگیری گروه IBCT- پیگیری گروه تصمیم‌گیری مجدد	۴/۲۷	۱/۴۹	*۰/۰۰۱
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۴/۶	۰/۵۶	*۰/۰۰۳
پیش‌آزمون - پیگیری	-۳/۰۸	۰/۶۱	*۰/۰۰۱
پس‌آزمون - پیگیری	۱/۵۸	۰/۳۴	*۰/۰۰۲

* $P < ۰/۰۱$

همان‌طور که برآمدها نشان می‌دهد درمان IBCT در افزایش تعهد زناشویی و حفظ دستاوردهای درمان در آزمون پیگیری کارآمدتر عمل کرده است ($P < ۰/۰۱$)، ولی نمرات شرکت‌کنندگان گروه تصمیم‌گیری مجدد در آزمون پیگیری کاهش معنی‌دار داشته است و با نمرات گروه گواه تفاوتی نشان نمی‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و هم‌سنجی اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد و هم‌چنین تأثیر جنسیت زوجین در بهبود تعهد زناشویی زوجین متعارض انجام گردید. همسو با برآمدهای پژوهش‌های بنسون، مک‌گین و کریستنسن (۲۰۱۲) و پریسوتی و همکاران (۲۰۱۲) برآمدهای حاصل از تحلیل پراکنش مختلط نشان داد که جنسیت زوجین تأثیر چندانی در اثربخشی مداخلات زوج‌درمانی نداشته است. بر پایه شواهد موجود عواملی فراتر از جنسیت زوجین اثربخشی زوج‌درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد از جمله: عزم مشترک زوجین برای تغییر، انتظار مثبت درمان‌جو (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۹۲)، تعهد زوجین به تغییر و تکالیف درمانی، تغییر رفتار و الگوهای ارتباطی و امید به بهبود رابطه (باکوم^۱ و همکاران، ۲۰۱۱).

¹ -Baucom

همچنین برآمدهای تحلیل آماری نشان داد که درمان رفتاری التقاطی در بهبود تعهد زناشویی زوجین و حفظ دستاوردهای درمانی حتی تا دوماه پس از درمان موفق عمل کرده است و به اندازه درمان تصمیم‌گیری مجدد موفق عمل کرده است و تغییرات بیشتری را سبب شده است. اثربخش بودن این درمان‌ها با برآمدهای 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 پژوهشی با عنوان "رویکردهای تلفیقی در زوج‌درمانی: مفاهیمی برای پژوهش و تمرین بالینی" به تأثیرات بیشتر و ماندگارتر رویکردهای التقاطی در برابر رویکردهای کلاسیک اشاره کرده‌اند؛ ولی کاربرد آن‌ها را وابسته به مفهوم‌سازی و برابر سنجی 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 هم سنجی با رویکرد زوج‌درمانی رفتاری سنتی پرداخته‌اند. برآمدهای پژوهش آنان نشان می‌دهد که IBCT و TBCT برای تغییر زوج‌ها دارای مراحل متفاوتی هستند و درمانگران کارهای متفاوتی در نشست درمان انجام می‌دهند. همچنین برآمدهای فرا تحلیل نشان داد که تراز اثربخشی IBCT در کاهش آشفتگی زوج‌ها و جلوگیری از طلاق زوج‌ها هنگام پایان درمان و حتی یک سال پس از پایان درمان، کمی بیشتر از اثربخشی TBCT است.

بادر و پیرسون (۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود با عنوان "کاربرد تصمیم‌گیری مجدد در کار با زوج‌ها" نشان دادند که تصمیم‌گیری مجدد می‌تواند انتخاب‌های دیگری را در روابط زوج‌ها مایه شود. تصمیم‌گیری مجدد به زوج‌ها کمک می‌کند تا درباره چگونگی باهم بودنشان تجدیدنظر کنند.

اثربخشی بیشتر درمان رفتاری التقاطی به اندازه درمان تصمیم‌گیری مجدد از چند سویه قابل تبیین است: متخصصین حوزه خانواده ۵ اصل عمومی زوج‌درمانی را ارائه کردند: ۱- تغییر دیدگاه زوج درباره مشکل کنونی به یک دیدگاه عینی‌تر، بافتار نگر و دوتایی. ۲- کاهش احساسات سرکوب‌شده و رفتارهای ناکارآمد. ۳- تمرکز بر واکنش‌های هیجانی زوج‌ها به جای تأکید بر تفاوت‌های موجود ۴- افزایش الگوهای ارتباطی سازنده ۵- تأکید بر نقاط قوت و تقویت کردن دستاوردها (بنسون و کریستنسن، ۲۰۱۲). از دیدگاه آن‌ها درمان اثربخش باید دربرگیرنده این ۵ اصل باشد. درحالی که درمان

تصمیم‌گیری مجدد بیشتر بر تغییر عامل رفتار منفی می‌پردازد و چندان به تقویت رفتارهای مثبت نمی‌پردازد. درحالی‌که درمان رفتاری التقاطی افزون بر تخلیه و پذیرش هیجانی به تغییر رفتار و تقویت الگوهای رفتاری و دستاوردهای مثبت می‌پردازد. هم‌چنین درمان رفتاری التقاطی می‌کوشد تراز تحمل و تاب‌آوری فرد دریافت‌کننده رفتار منفی را نیز افزایش دهد تا در صورت تغییر نکردن فرد مشکل‌ساز، شریک دیگر قابل به تحمل این رفتارها و شرایط ناخوشایند باشد. از سوی دیگر درمان تصمیم‌گیری مجدد دربرگیرنده اصطلاحات و مفاهیم کمابیش پیچیده‌ای است و شماری از زوجها در درک آن مشکل داشتند و چندان به آن روی خوش نشان نمی‌دادند و راهبردها و تفسیرهای آن را مرتبط با مشکل کنونی خود نمی‌دانستند. رویهم‌رفته با توجه به برآمدهای به‌دست‌آمده، کاربرد این درمان‌ها به خانواده درمانگران و متخصصین زوج‌درمانی پیشنهاد می‌شود.

محدود بودن نمونه پژوهش به زوجین شهر سنج و عدم اطمینان از مهار همه عوامل مزاحم از جمله مواردی هستند که تعمیم برآمدها را با محدودیت روبرو می‌سازند. از سوی دیگر بر پایه نظر پروچاسکا و نورکراس (۱۳۹۲) اثربخشی مداخلات درمانی تا حدود زیادی تحت تأثیر فاکتورهایی چون رابطه تسهیل‌کننده و انتظار مثبت درمان‌جو قرار دارد. ازاین‌رو لازم است داوری درباره تأثیر فنون درمانی با احتیاط صورت گیرد. سرانجام از شکیبایی و همکاری همه زوج‌هایی که با سعه‌صدر خود انجام این پژوهش را شدنی ساختند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

استوارت، یان و جونز، ون (۱۳۹۴). تحلیل رفتار متقابل (ترجمه بهمن دادگستر). تهران: نشر دایره. پروچاسکا، جیمز؛ و نورکراس، جان (۱۳۹۲). نظریه‌های روان‌درمانی (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: نشر رشد.

ثانی، باقر (۱۳۸۷). سنج‌های سنجش خانواده. تهران: نشر بعثت. حاتمی وزنه، ابوالفضل (۱۳۸۹)، بررسی نقش واسطه‌ای سبک دل‌بستگی در رابطه بین سبک فرزند‌پروری و تعهد زناشویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

سازمان ثبت‌احوال ایران (۱۳۹۳). آمار ازدواج و طلاق در ۶ ماهه نخست ۱۳۹۳.

<https://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=4773>

- 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.
- گلدینگ، ماری و گولدینگ، رابرت (۱۳۹۳). روان‌درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد (ترجمه فرهاد براقی زاده). تهران: نشر دانژه.
- هالفورد، کیم (۱۳۸۹). زوج‌درمانی کوتاه‌مدت (ترجمه مصطفی تبریزی و مزده کاردان). تهران: نشر فراروان.

- 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.
- 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.
- 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.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for two years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1180-1191.
- Chung, M. (2014). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family therapy*, 38, 145-168.
- Corey, G. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Published by Cengage Learning: California
- Fincham, F.D. (2003). Marital conflict: Correlates, structure, and context. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 23-27.
- Geladfeltr. W. (1992). 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.

- Jenkins, PH., Teachworth, A. (2010). Psychogenetic in redecision thera: 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.
- 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., & 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.
- Thunnisen, A. (2010). Redecision therapy with personality disorders: How does I work and what are the results? *Transactional analysis journal*, 40, 2, 114-120.

