

بررسی تطبیقی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور (EFCT) و زوج‌درمانی روایتی (NCT) بر کیفیت زناشویی و کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری زوجین آشفته

A comparative scrutiny of the effectiveness of Emotionally-Focused Couple Therapy (EFCT) and Narrative Couple Therapy (NCT) in the marital quality and emotional, cognitive and behavioral impaired functioning of distressed couples

Rahim Behrad Far

Family Counseling

Rezvanalsadat Jazayeri,

Fatemeh Bahrami,

Mahammad Reza Abedi &

Ozra Etemadi

University Of Isfahan

Sayed Mohsen Fatemi

Harvard University

رحیم بهراد فر

مشاوره خانواده

رضوان السادات جزایری *

فاطمه بهرامی،

محمدرضا عابدی و

عذرا اعتمادی

دانشگاه اصفهان

سید محسن فاطمی

دانشگاه هاروارد

چکیده: آشفتگی روابط زوجی از جمله شایع‌ترین عوامل استرس‌زای دهه‌های اخیر است که تأثیرات منفی قابل‌توجهی بر سلامت زیستی، روانی و اجتماعی زوجین و فرزندان آنها دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی روایتی و هیجان‌محور بر کیفیت زناشویی و کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری زوجین آشفته انجام شد. طرح پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی و نمونه آماری شامل ۱۸ زوج بود که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی EFCT و NCT گمارده شدند و بین ۸ الی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج‌درمانی روایتی یا هیجان‌محور دریافت کردند. آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس‌های سازگاری زناشویی (DAS)، فرم کوتاه تجارب در روابط نزدیک (ECR-S)، اسنادهای ارتباطی (RAM)، ویراست دوم مقیاس مقابله با تعارض رحیم (ROCI-2) و ویراست سوم پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI-III) در مراحل غربالگری، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون رویکرد NCT موجب بهبودی معنادار کیفیت زناشویی و کارکردهای مختل رفتاری و رویکرد EFCT موجب بهبودی کیفیت زناشویی، کارکردهای مختل هیجانی و شناختی گردید. تأثیر معنادار رویکرد NCT در مرحله پیگیری پایدار نبود ولی بهبودی در گروه EFCT همچنان به‌صورت معنادار پایدار بود (به‌جز دلبستگی اجتنابی) و همچنین این رویکرد باعث بهبودی معنادار کارکردهای مختل رفتاری در این مرحله شد. نسبت تغییرات معنادار بالینی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه EFCT بیشتر بود ولی از این لحاظ بین دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری در مراحل مذکور وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی روایتی، زوج‌درمانی هیجان‌محور، کارکرد مختل، زوج آشفته

Abstract: Distress in couple relationships is one of the most prevalent concerns in the recent decades that has considerable negative impacts on the biopsychosocial health of couples and their offspring. The present research aimed to compare the effectiveness of emotionally-focused and narrative couple therapy on the marital quality and emotional, cognitive and behavioral impaired functioning of distressed couples. The research design was randomized controlled trial and the sample consisted of 18 distressed couples who were randomly assigned to either NCT or EFCT as experimental groups and received between 8-12 weekly sessions of emotionally-focused couple therapy and narrative couple therapy. Also they were assessed in the screening, pre and post treatment, and follow-up stages utilizing Dyadic Adjustment Scale, The Experiences in Close Relationship Scale-Short Form, Relationship Attribution Measure, Rahim Organizational conflict Inventory-2, and Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Results revealed that NCT leads to significant change in the marital quality and behavioral impaired functioning by the end of the treatment, but the improvement was not steady at follow-up. EFCT led to significant changes in the marital quality, emotional and cognitive impaired functioning at the posttreatment. Also, in this group, behavioral impaired functioning was significantly improved at the follow-up. This improvement was steady except the attachment avoidance. Furthermore, outcomes for clinically significant changes favored EFCT both at the posttreatment and follow-up, but there were no significant differences between EFCT and NCT in the recovery rates in both assessment points.

Keywords: Emotionally-Focused Couple Therapy, Narrative Couple Therapy, impaired functioning, distressed couples

مقدمه

ازدواج یا بودن در یک رابطه رمانتیک بلند مدت، از خاص‌ترین و در عین حال مبهم‌ترین افق‌هایی است که در زندگی اکثر بزرگسالان گشوده می‌شود و یافته‌های علمی حاکی از این است که به طور میانگین افراد ازدواج کرده در مقایسه با افراد مجرد، شادی و سلامت فیزیکی و روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (بورمن و مارگولین، ۱۹۹۲). آنچه که امروزه برای همسران در نهاد اجتماع بنیاد ازدواج اهمیت دارد برآیند کلی حاصل از ازدواج است که در مفهوم کیفیت زناشویی^۱ تبلور می‌یابد و نورتون (۱۹۸۳) آن را برازش کلیت رابطه یا برازش گشتالت رابطه^۲ تعریف می‌کند. کیفیت زناشویی مفهومی چند بعدی است و شامل ابعاد گوناگون روابط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می‌شود (تروکسل، ۲۰۰۶). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند سطح کیفیت زناشویی از مهمترین عوامل ماندگاری ازدواج است و زوجین آشفته در مقایسه با زوجین غیر آشفته سطح پایین‌تری از کیفیت زناشویی را گزارش می‌کنند (تروکسل، ۲۰۰۶؛ نورتون، ۱۹۸۳)؛ اما رابطه هیچ‌گاه حاشیه امن نبوده و همان‌گونه که وایل (۱۹۸۸) مطرح می‌کند: «انتخاب یک همسر عبارت است از انتخاب مجموعه‌ای از مشکلات» و در این راستا بسیاری از همسران در رابطه خود، آشفته‌گی زوجی^۳ را تجربه می‌کنند که یافته‌های پژوهشی آن را به‌عنوان یکی از مناقشه برانگیزترین و پرتکرارترین عوامل ایجاد فشار روانی در عصر حاضر معرفی کرده‌اند (سوپندل، هلر، پسکیسولیدو، کیکوزاوا، ۲۰۰۰).

ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۴ (DSM-5)، آشفته‌گی رابطه زوجی را تحت عنوان «اختلال کارکرد در حوزه‌های رفتاری^۵ (مانند دشواری در حل تعارض^۶)، شناختی^۷ (مانند انتساب مژمن اسنادهای

منفی^۸ به همسر) و هیجانی^۹ (مانند بی‌تفاوتی^{۱۰} و یا خشم^{۱۱} نسبت به شریک) تعریف می‌کند» (DSM-5، انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۲}، ۲۰۱۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که این مفهوم‌سازی منطبق با یافته‌های علمی است، چرا که کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری نه تنها زوجین آشفته و غیر آشفته را به‌طور معنادار از هم متمایز کرده و به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم سطح کیفیت رابطه زوجی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (براکت، وارنر و بوسکو، ۲۰۰۵؛ خجسته‌مهر، پارسی و شیرالی‌نیا، ۱۳۹۴)، بلکه این کارکردهای سه‌گانه در یک مسیر علیت حلقوی برهم دیگر اثرات هم‌افزا^{۱۳} دارند (گراس، ریچاردز و جان، ۲۰۰۶). از طرفی اگرچه در DSM-5 به آشفته‌گی زوجی به‌عنوان یک اختلال بالینی اشاره نشده است ولی با این وجود این مساله همچنان مورد مناقشه است که آشفته‌گی زوجی اگرچه نه زیاد ولی به اندازه همان اختلال‌های روانی مورد توجه DSM، درد و آشفته‌گی روان‌شناختی و جسمی ایجاد می‌کند (بورمن و مارگولین، ۱۹۹۲). شواهد پژوهشی حاکی از این است که آشفته‌گی روابط زوجی با نرخ شیوع ۲۰ تا ۶۵ درصدی در جوامع مختلف (ویشنمن، بیچ و اشناپدر، ۲۰۰۸) نه تنها همبستگی منفی با ابعاد سلامت زیستی، روانی و اجتماعی زوجین دارد، بلکه تأثیر علی آن بر اختلالات روانپزشکی (ویشنمن و یوبلاکر، ۲۰۰۶)، بیماری‌ها و مشکلات حاد جسمانی (کیکولت-گلاسر، بان، گلاسر و مالارکی، ۲۰۰۳)، آسیب‌های اجتماعی (فوردفور، مارکمن، کوکس، استانلی و کسلر، ۱۹۹۶) و آسیب‌های روان‌شناختی شدید در فرزندان زوجین آشفته (ویور و اسکافیلد^{۱۴}، ۲۰۱۵)؛ به نقل از حسینی یزدی، مشهدی، کیمیایی و عاصمی، ۱۳۹۴) مورد تأیید قرار گرفته است.

یکی از رویکردهای زوج‌درمانی، زوج‌درمانی روایتی^{۱۵} (NCT) است که توسط وایت و اپستن (۱۹۹۰) و مبتنی بر

8. negative attributions

9. affective impaired functioning

10. apathy

11. anger

12. American Psychiatric Association (APA)

13. synergic

14. Weaver, J. M., & Schofield, T. J.

15. Narrative Couple Therapy (NCT)

1. marital quality

2. goodness of the relationship gestalt

3. couple distress

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5

5. behavioral impaired functioning

6. conflict resolution difficulty

7. cognitive impaired functioning

جانسون و گرینبرگ (۱۹۸۵) نشان داد که سازگاری زناشویی در گروه EFCT به‌صورت معناداری از گروه شناختی-رفتاری برتر بود. پژوهش‌های آزمایشی مکرر نشان داده‌اند که رویکرد EFCT در درمان آشفته‌گی زناشویی موثر بوده است (بورگزموزر و همکاران، ۲۰۱۵؛ دالگلیش و همکاران، ۲۰۱۵؛ گرینبرگ، واروار و مالکولم، ۲۰۱۰). همچنین یافته‌های پژوهشی حاکی از اثربخشی این رویکرد در درمان آشفته‌گی زناشویی زوجین مبتلا به اختلال افسردگی^{۱۲} (دسیولز، جانسون و دنتون، ۲۰۰۳) و اختلال استرس پس از سانحه^{۱۳} (بلو، کورتیز، ویتنبورن و گورمن، ۲۰۱۵) است.

با توجه به تاثیرات منفی آشفته‌گی رابطه زوجی بر سلامت زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی زوجین و فرزندان آنها و این نکته که تاکنون پژوهشی به مقایسه تطبیقی اثربخشی زوج‌درمانی روایتی با زوج‌درمانی هیجان‌محور نپرداخته و همچنین با توجه به اینکه تقریباً تمام پژوهش‌های پیشین به‌صورت تک بعدی به بررسی ابعاد رفتاری، شناختی و هیجانی پرداخته‌اند و این سه بعد اساسی با توجه به وجود علیت حلقوی بین آنها، به‌صورت همزمان و در یک نگاه سیستمی در روابط زوجین آشفته مورد بررسی قرار نگرفته‌اند، ضرورت منطقی انجام پژوهشی که به بررسی این مسائل بپردازد، تبیین می‌گردد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر عبارت است از بررسی تفاوت‌های موجود بین دو رویکرد NCT و EFCT در تاثیر بر کیفیت زناشویی و کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری زوجین آشفته. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از: (۱) دو رویکرد درمانی NCT و EFCT اثرات متفاوتی بر کیفیت زناشویی، کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری زوجین آشفته در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دارند؛ (۲) نسبت تغییرات معنادار بالینی^{۱۴} در دو گروه NCT و EFCT در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پارادایم پست مدرن^۱ ارائه گردید. رویکرد NCT سبب‌شناسی آشفته‌گی زوجی را ناشی از روایت‌های اشباع شده از مشکل^۲ تبیین می‌کند که هویت زوجین را شکل داده و فرآیندهای شناختی و درنهایت رفتارهای فعلی آنها و شیوه مقابله با چالش‌های آینده را تحت تاثیر قرار می‌دهد. رویکرد NCT به زوجین آشفته کمک می‌کند تا با بازسازی و بازگویی روایت‌های جدید، به گزینه‌های پیش روی خود وسعت بخشیده و تجربه نوینی را از زندگی مشترک داشته باشند (فریدمن و کامز، ۲۰۰۸). محمدی، سهرابی و اقدام (۲۰۱۳) در پژوهش‌های خود مشخص ساختند که درمان روایتی باعث بهبود صمیمیت^۳، الگوهای ارتباطی^۴ و افزایش رضایت زناشویی^۵ زوجین می‌شود. همچنین سودانی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود تحت عنوان مقایسه اثربخشی رویکرد NCT و زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی^۶ (IBCT)، مشخص ساختند که هر دو رویکرد درمانی تغییرات معناداری را در تاکتیک‌های حل تعارض^۷ زنان قربانی خشونت^۸ همسر ایجاد کرده‌اند و بین دو رویکرد درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

یکی دیگر از مدل‌های یکپارچه‌نگر زوج‌درمانی، زوج‌درمانی هیجان‌محور (EFCT)^۹ است که توسط جانسون و گرینبرگ (۱۹۸۵) ابداع شده است. از دیدگاه این رویکرد آشفته‌گی رابطه همان دلبستگی نایمن^{۱۰} یا آسیب‌های دلبستگی^{۱۱} است که باعث تحریک هیجان‌ات اولیه و زیربنایی نظیر اضطراب یا ترس از ترک شدن در فرد می‌شود ولی معمولاً افراد از اظهار این هیجان‌ات به همسر خود اجتناب می‌کنند چراکه باعث می‌شود آنها افرادی ضعیف و آسیب‌پذیر به نظر برسند، لذا به‌جای آنها، هیجان‌ات ثانویه دیگری نظیر خشم را ابراز می‌کنند و در اثر ابراز مکرر این هیجان‌ات ثانویه، زوج در دام الگوهای تعاملی منفی گیر می‌کنند که حالت خود-تقویت کننده دارد و به نوبه خود آشفته‌گی رابطه زوج را شدیدتر می‌کند (جانسون، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش

1. postmodernism
2. problem saturated narratives
3. intimacy
4. communication patterns
5. marital satisfaction
6. Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)
7. conflict resolution tactics
8. victims of violence
9. Emotionally-Focused Couple Therapy (EFCT)
10. insecure attachment
11. attachment injuries

12. depression
13. post-traumatic stress disorder
14. clinically significant changes

نماید؛ ۲) عدم ابتلا جاری زوج به اختلال‌های بالینی^۹ (وابستگی به مواد و الکل^{۱۰}، اختلال‌های اضطرابی^{۱۱}، افسردگی عمده^{۱۲}، دوقطبی^{۱۳} و اسکیزوفرن^{۱۴}) یا اختلال‌های شخصیتی^{۱۵} (ضداجتماعی^{۱۶}، وسواس جبری^{۱۷}، خودشیفته^{۱۸}، مرزی^{۱۹} و اسکیزوتایپال^{۲۰}) بر اساس آزمون بالینی چند محوری میلون^{۲۱} (MCMI-III)؛ ۳) عدم وجود هر نوع شرایط اضطرابی که مخل حضور در جلسات درمان باشد و عدم استفاده زوج از هر نوع خدمات روانپزشکی، روان‌شناختی یا مشاوره زناشویی همزمان با آغاز درمان تا پایان دوره پیگیری. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از زوجینی که فرآیند درمانی را به‌طور کامل طی نکنند و یا در روند درمان تا پایان دوره پیگیری درگیر روابط فرا زناشویی^{۲۲} شده یا از طرف همسر تحت سوءاستفاده قرار گیرند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۵/۳۱ و ۶/۲۶ و میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج آنها به ترتیب ۷/۵ و ۶/۳ بود. محتوای مداخلات انجام‌شده در گروه‌های آزمایشی زوج‌درمانی هیجان‌محور (جانسون، ۲۰۰۴) و زوج‌درمانی روایتی (فریدمن و کومز، ۲۰۰۸) در جدول ۱ ارائه شده است.

روش پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی^۱ (RCT) با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری^۲ (PPF) است. جامعه آماری کلیه زوجینی بودند که از رابطه زوجی خود رضایت نداشتند و در محدوده سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ ساکن شهر اصفهان بودند. نمونه پژوهش ۲۱ زوج دارای روابط آشفته بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند^۳ به شرح ذیل انتخاب شدند: ابتدا اطلاعاتی به دادگاه خانواده و مراکز مشاوره اصفهان ارسال شد و از بین ۸۴ زوج که برای شرکت در مطالعه اعلام آمادگی کردند ۶۳ زوج در فرآیند غربالگری بر اساس معیارهای ورود و خروج، از روند پژوهش خارج و ورود ۲۱ زوج به مطالعه پذیرفته شدند و با استفاده از روش تصادفی‌سازی اتمسفریک نویز^۴ در گروه‌های NCT (۱۱ زوج) و EFCT (۱۰ زوج) قرار گرفتند. پس از کسب رضایت آگاهانه از زوجین و اجرای پیش‌آزمون، ارائه درمان آغاز شد و زوجین مقیاس‌های سازگاری دوجانبه^۵ (DAS)، اسنادهای ارتباطی (RAM)^۶، فرم کوتاه مقیاس تجارب در روابط نزدیک (ECR-S)^۷ و ویراست دوم مقیاس مقابله با تعارض «رحیم» (ROCI-2) را پس از اتمام جلسات درمان (۸ الی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و نیز در مقطع پیگیری ۳ ماهه، مجدداً پاسخ دادند. با توجه به اینکه ۲ زوج در گروه NCT و ۱ زوج در گروه EFCT دوره درمانی را در مراحل مختلف ترک نمودند و همچنین با توجه به اینکه در این مطالعه هر یک از همسران به‌عنوان واحد تحلیل^۸ در نظر گرفته شدند، لذا فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها با ۳۶ نفر باقی‌مانده (۹ زوج در گروه NCT و ۹ زوج در گروه EFCT) به عمل آمد.

معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بودند از: ۱) زوجین باید حداقل دارای مدرک دیپلم متوسطه و ۲ سال سابقه ازدواج باشند، سن آنها بین ۱۸ تا ۶۰ سال و داوطلب شرکت در جلسات پژوهش باشند و حداقل یکی از آنها در مقیاس سازگاری دوجانبه (DAS) نمره کمتر از ۸۷ کسب

-
9. clinical disorders
 10. alcohol and drug dependence
 11. anxiety disorders
 12. major depression
 13. bipolar disorder
 14. schizophrenia
 15. personality disorders
 16. antisocial
 17. obsessive-compulsive
 18. narcissistic
 19. borderline
 20. schizotypal
 21. Millon Clinical Multi-axial Inventory-III (MCMI-III)
 22. extra marital

-
1. Randomized Clinical Trial (RCT)
 2. Pre-Posttest, and Follow-Up Design (PPF)
 3. purposive sampling
 4. atmospheric noise
 5. Dyadic Adjustment Scale (DAS)
 6. Relationship Attribution Measure (RAM)
 7. Experiences in Close Relationship Scale-Short Form (ECR-S)
 8. unit of analysis

جدول ۱

محتوای جلسات درمانی در گروه‌های EFCT و NCT

زوج‌درمانی هیجان‌محور [EFCT]	زوج‌درمانی روایتی [NCT]
مرحله ۱ برقراری رابطه درمانی مشارکتی، توصیف و استخراج مسائل مشکل‌آفرین رابطه‌ی زوجی در بستر آسیب‌ها و نیازهای دل‌بستگی.	ایجاد اتحاد درمانی و جهت‌دهی زوج برای بیان مشکلات و روایت‌های شخصی با تسهیل ابراز توصیفات پرمایه و عمیق از زندگی توسط مراجع.
مرحله ۲ جهت‌دهی به زوج در راستای تشخیص و توصیف چرخه‌های تعاملی منفی تکرار شونده در رابطه‌ی آشفته‌ی زوجی.	بازنگری و بازگویی روایت‌ها و کشف درون‌مایه و طرح قالب در روایت‌ها و بازنگری روایت‌های اشباع شده از مشکل از دیدگاه‌هایی متفاوت.
مرحله ۳ جهت‌دهی به زوج در راستای شناسایی و دستیابی به هیجانات اولیه و ثانویه که زیربنای چرخه‌های تعاملی منفی است.	جستجوی نتایج منحصر به فرد و استثناها در روایت‌های زوجین به‌منظور ایجاد احساس شایستگی در زوج برای مقابله با روایت‌های حاکم مشکل‌آفرین.
مرحله ۴ کمک به زوج در جهت قاب‌دهی مجدد ^۱ مشکلات ارتباطی در چهارچوب آسیب‌ها و نیازهای دل‌بستگی، هیجانات اولیه و ثانویه و چرخه‌های تعاملی منفی و سپس برونی‌سازی چرخه‌های تعاملی منفی به‌عنوان عامل اصلی رابطه‌ی آشفته‌ی زوجی که هر دو همسر باید در تلاشی مشارکتی بر آن فائق آیند.	ساختار زدایی روایت‌های اشباع شده از مشکل با تبیین خطابه‌های حاکم ^۲ و با تکیه بر استثناهای موجود در روایت‌های مطرح شده با استفاده از تکنیک‌های درمانی پرسش‌های ساختارشکن ^۳ و بیگانه کردن اهلی‌ها ^۴ .
مرحله ۵ کمک به زوج در راستای گسترش ادراک و پذیرش دوجانبه در خصوص نیازها و آسیب‌های دل‌بستگی، احساسات و بخش‌هایی از خود که توسط فرد رها شده یا انکار شده‌اند.	قاب‌دهی مجدد مشکل برای زوج به‌عنوان دشمن خارجی مشترک با استفاده از تکنیک‌های درمانی برونی‌سازی ^۵ و نامگذاری مشکل و باز تعریف هویت شخصی.
مرحله ۶ کمک به زوج در خصوص پذیرش و اعتباربخشی به احساسات و تجارب هیجانی همسر در برابر سرکوب یا بی‌اعتبار سازی آنها.	هدف‌گذاری و توصیف چشم‌انداز آینده‌ی ارتباط بدون مشکل با تکیه بر تکنیک درمانی سؤالات معجزه‌آسا ^۶ و ایجاد تعهد در زوج نسبت به اهداف و ارزش‌های تعیین شده از طریق تکنیک درمانی بررسی اولویت‌ها و اثرات.
مرحله ۷ کمک به زوج در خصوص ابراز نیازها و احساساتشان به‌منظور ساختاردهی مجدد پیوند عاطفی در امتداد رابطه‌ی دل‌بسته-مدارانه‌ی ایمن.	کشف و بسیج کلیه‌ی منابع درون فردی و برون فردی در هر یک از همسران برای مقابله با مشکل برونی‌سازی شده با کاربرد تکنیک درمانی «گرسنگی دادن به مشکل به‌جای تغذیه کردن آن»
مرحله ۸ کمک به زوج در زمینه بهبود مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله و یافتن شیوه‌های نوین حل تعارض برد-برد برای مشکلات کهنه‌ی ارتباطی که تاکنون لاینحل باقی مانده‌اند.	بازنگری روایت زندگی از گذشته تا حال و بازنویسی روایتی نوین برای زندگی از حال تا آینده بر مبنای خط سیر جدید زوج و استحکام بخشی به رهیافت‌ها و موفقیت‌های زوج.
مرحله ۹ استحکام بخشی به مواضع تعاملی نوین و پیوندهای هیجانی و دل‌بسته‌مدارانه‌ی نوپای زوج	

1. reframing
2. dominant discourses
3. deconstructive questions
4. exotocizing the demestic
5. externalizing
6. miracle questions

ابزارهای سنجش

مقیاس اسنادهای ارتباطی (RAM). مقیاس

اسنادهای ارتباطی (RAM) توسط فینچام و برادبوری (۱۹۹۲) به منظور ارزیابی اسنادهای ناکارآمد^۹ در روابط رمانتیک طراحی شده است. مقیاس RAM یک ابزار خود-گزارشی با ۲۴ گویه است که با استفاده از لیکرت ۶ گزینه‌ای، اسنادهای منفی ارتباطی را در دو بعد اسنادهای علی^{۱۰} و مسئولیت^{۱۱} می‌سنجد. این مقیاس علاوه بر ارائه نمرات اختصاصی در هر زیر مقیاس، ارائه‌دهنده‌ی یک نمره کل بین ۲۴ تا ۱۴۴ است که نمرات بالا بیانگر سطح بالای اسنادهای منفی در روابط زوجی است. فینچام و برادبوری (۱۹۹۲) مقادیر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را در گروه مردان ۰/۹۳ و در گروه زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. خجسته‌مهر، غفاری و کرابی (۱۳۸۹) پایایی مقیاس مذکور را در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر از مقیاس RAM به منظور ارزیابی کارکردهای مختل شناختی استفاده گردید.

فرم کوتاه مقیاس تجارب در روابط نزدیک (ECR-S)

فرم کوتاه مقیاس تجارب در روابط نزدیک (ECR-S) که توسط وی و همکاران (۲۰۰۷) طراحی شد، دارای ۱۲ گویه است که با استفاده از لیکرت ۷ گزینه‌ای جهت‌گیری‌های هیجانی افراد در روابط زوجی (از قبیل بی‌تفاوتی^{۱۲} یا گسلس عاطفی^{۱۳}، واکنش‌پذیری هیجانی^{۱۴}، راحتی در خود افشایی^{۱۵} و ترس از نزدیکی یا صمیمیت^{۱۶}) را در دو زیر مقیاس دلبستگی اضطرابی و اجتنابی ارزیابی می‌کند. طراحان این مقیاس ضریب پایایی زیر مقیاس‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی را در دامنه‌ای بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. همچنین خجسته‌مهر، بهراد فر و رجبی (۱۳۹۱) پایایی آن را با استفاده از روش‌های دونیمه سازی و آلفای کرونباخ برای بعد دلبستگی اجتنابی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۵ و برای بعد دلبستگی اضطرابی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند.

ویراست سوم پرسشنامه بالینی چند محوری میلون

(MCMI-III). ویراست سوم پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI-III)، توسط میلون^۱ (۱۹۸۷) طراحی و نسخه فعلی آن در سال ۱۹۹۷ تجدیدنظر شده است. این پرسشنامه که ابزاری برای تشخیص اختلالات بالینی و شخصیتی بر مبنای معیارهای DSM-IV است، شامل ۱۷۵ جمله کوتاه خود گزارشی با پاسخ‌های بله و خیر و دارای ۲۸ مقیاس است که مقیاس‌های بالینی شخصیت، الگوهای بیمارگون شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید بالینی را می‌سنجد و پایایی تشخیصی آن ۰/۷۸ گزارش شده است (میلون، ۱۹۹۷؛ به نقل از فتاحی آشتیانی، ۱۳۸۹). فتاحی آشتیانی (۱۳۸۹) پایایی آن را در ایران در مقیاس‌های مختلف با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۷ و از طریق بازآزمایی در دامنه‌ای بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۷ گزارش کرده است.

مقیاس سازگاری دوجانبه (DAS). مقیاس سازگاری

دوجانبه (DAS) که توسط اسپاینر (۱۹۷۶) طراحی گردید یک ابزار خودگزارشی ۳۲ ماده‌ای است که سطح «کیفیت زناشویی» ادارک شده هر یک همسران را در چهار بعد توافق^۲، انسجام^۳، بیانگری عاطفی^۴ و رضایت دوجانبه^۵ اندازه‌گیری می‌کند. نمره کل مقیاس در دامنه‌ای بین صفر تا ۱۵۱ قرار می‌گیرد که نمرات بالاتر بیانگر کیفیت زناشویی بالاتر است. اسپاینر (۱۹۷۶) با تعریف نقطه برش‌های متعدد برای این مقیاس، آشفتگی رابطه زوجی را در سه طبقه آشفتگی زوجی متوسط^۶ ($DAS \leq 97$)، آشفتگی زوجی معنادار^۷ ($87 < DAS <$) و آشفتگی شدید^۸ ($DAS < 87$) طبقه‌بندی و همچنین آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۶ گزارش کرده است. ملازاده، منصور، اژه‌ای و کیامنش (۱۳۸۱) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۵ گزارش کردند.

9. impaired attributions
10. causal attributions
11. responsibility attributions
12. apathy
13. emotional cutoff
14. emotional reactivity
15. comfort in the disclosure
16. fear of closeness or intimacy

1. Millon, T.
2. agreement
3. cohesion
4. affective expressiveness
5. mutual satisfaction
6. moderately distressed couples
7. significantly distressed couples
8. severe distressed divorcing couples

در ترکیب دو سبک سلطه‌گرانه و اجتنابی؛ ۳- روش مصالحه-گرانه (رحیم، ۱۹۸۳). رحیم (۱۹۸۳) ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های پنج‌گانه را در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۷ گزارش کرده است. همچنین باباپور (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های ROCI-2 را بیش از ۰/۸۰ گزارش کرده است. در این پژوهش صرفاً از زیرمقیاس کلی روش‌های مدیریت تعارض غیرسازنده به‌منظور ارزیابی کارکردهای مختل رفتاری استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش را در دو گروه آزمایشی و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر از مقیاس ECR-S به‌منظور ارزیابی کارکردهای مختل هیجانی استفاده شد.

ویراست دوم مقیاس مقابله با تعارض «رحیم» (ROCI-2). ویراست دوم مقیاس مقابله با تعارض «رحیم» (ROCI-2) که توسط رحیم در سال ۱۹۸۳ طراحی شد دارای ۲۸ ماده است که به‌صورت خودگزارشی در لیکرت ۵ گزینه‌ای، شیوه‌های مقابله با تعارض افراد در موقعیت‌های بین فردی را در ۵ زیرمقیاس شامل سبک‌های اجتنابی، خدمتکارانه، سلطه‌گرانه، مصالحه‌گرانه و مؤتلفانه ارزیابی می‌کند. همچنین از ترکیب ۵ زیرمقیاس مذکور، سه زیر مقیاس کلی حاصل می‌شود که عبارتند از: (۱) روش‌های مدیریت تعارض سازنده (ترکیب دو سبک مؤتلفانه و خدمتکارانه)؛ (۲) روش‌های مدیریت تعارض غیرسازنده

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی NCT و EFCT

متغیر وابسته	گروه مداخله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری ۳ ماهه	
		SD	M	SD	M	SD	M
کیفیت زناشویی	NCT	۱۵/۱۵	۸۷	۲۸/۳۳	۷۴/۶۶	۲۱/۴۰	۷۴/۶۶
	EFCT	۱۴/۳۵	۹۶/۳۳	۲۶/۸۰	۹۵/۱۱	۲۳/۵۳	۹۵/۱۱
دل‌بستگی اضطرابی	NCT	۴/۵۲	۲۲/۷۲	۵/۲۵	۲۰/۷۷	۴/۸۲	۲۰/۷۷
	EFCT	۴/۳۹	۱۹/۶۱	۴/۳۲	۱۹/۲۲	۵/۱۵	۱۹/۲۲
دل‌بستگی اجتنابی	NCT	۷/۹۹	۱۸/۲۲	۷/۵۹	۲۱/۹۴	۶/۶۹	۲۱/۹۴
	EFCT	۶/۹۶	۱۳/۸۳	۷/۰۳	۱۵/۴۴	۷/۱۲	۱۵/۴۴
اسنادهای منفی	NCT	۱۲/۹۴	۵۷/۳۸	۱۰/۱۹	۶۴	۱۰/۶۹	۶۴
	EFCT	۱۱/۸۱	۵۳	۱۲/۹۲	۵۳/۲۲	۱۳/۳۳	۵۳/۲۲
حل تعارض غیرسازنده	NCT	۱۱/۱۱	۲۷/۳۳	۹	۳۴/۵	۸/۶۷	۳۴/۵
	EFCT	۱۱/۵۷	۳۰/۵	۸/۴۳	۲۸/۳۳	۷/۹۳	۲۸/۳۳

ملاهانوبیس^۲ نشان داد که در بین داده‌های گردآوری شده در سطح آماری $p < ۰/۰۰۱$ داده پرت چند متغیره^۳ وجود ندارد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک^۴ نشان داد که پیش‌فرض بهنجاری^۵ در تمام متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایشی رعایت شده به استثنای دو متغیر دل‌بستگی اجتنابی در گروه EFCT در مرحله پس‌آزمون ($p = ۰/۰۲$) و متغیر اسنادهای

به‌منظور تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS/22 و روش تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر^۱ (RM-MANOVA) استفاده شد. قبل از اجرای RM-MANOVA پیش‌فرض‌های آماری آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون‌های مجذور کای و t مستقل نشان داد که بین گروه‌های درمانی در زمینه پارامترهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای وابسته در مرحله پیش‌آزمون در سطح آماری $p < ۰/۰۵$ تفاوت معنادار مشاهده نشد. شاخص فاصله

2. Mahalanobis distance
3. multivariate outliers
4. Shapiro-Wilk test of normality
5. normality

1. repeated measures analysis of variance

میانگین مجموع نمرات کل متغیرهای وابسته بین گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری وجود ندارد ($F = 2/18, p = 0/11$)؛ (۲) تحلیل چند متغیره اثر درون‌گروهی زمان نشان می‌دهد که با صرف‌نظر از نوع مداخله، میانگین مجموع نمرات کل متغیرهای وابسته در بستر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تغییرات معناداری داشته است ($F = 9/7, p < 0/001$)؛ (۳) تحلیل چند متغیره اثر درون‌گروهی تعامل بین زمان و گروه‌های مداخله نشان می‌دهد که این اثر تعاملی معنادار است ($F = 4/33, p < 0/001$)؛ (۴) نتایج تحلیل تک متغیره اثرات درون‌گروهی زمان و تعامل بین زمان و گروه‌های مداخله (مندرج در جدول شماره ۴) نشان می‌دهد که تمام متغیرهای وابسته شامل کیفیت زناشویی، دلبستگی اضطرابی، دلبستگی اجتنابی، اسنادهای منفی و حل تعارض غیرسازنده در بستر زمان تغییرات معناداری داشته‌اند و (ب) اثر تعاملی زمان و مداخله برای تمام متغیرهای وابسته به استثنای متغیر دلبستگی اجتنابی ($F = 2/33, p = 0/104$) معنادار بوده است لذا به‌منظور استخراج منابع تعامل و اثرات ویژه هر یک از مداخله‌های انجام شده بر نمرات هر یک از متغیرهای وابسته در نقطه‌های زمانی متفاوت، آزمون تعقیبی با تصحیح بنفرونی^۴ اجرا شد.

منفی ارتباطی در گروه NCT در مرحله پیگیری ($p = 0/04$) که پیش‌فرض بهنجاری را نقض کردند و با توجه به شایع بودن نقض بهنجاری در تحقیقات علوم رفتاری و نمای کلی داده‌ها می‌توان نتایج این پیش‌فرض را قابل قبول دانست (پالانت، ۲۰۱۳). نتایج آزمون لوین^۱ نشان داد که پیش‌فرض همسانی واریانس در سطح آماري $p < 0/05$ رعایت گردیده است. همچنین نتایج آزمون باکس^۲ بیانگر رعایت شدن پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بوده ($F_{(120, 3584/01)} = 0/956, p = 0/61$) = Box's $223/853$ و نتایج آزمون کرویت ماچلی^۳ نیز بیانگر عدم نیاز به استفاده از تصحیح درجات آزادی در تحلیل‌های تک متغیره اثرات درون‌گروهی است.

به‌منظور آزمون فرضیه نخست پژوهش و تعیین تاثیر مداخله‌های مورد نظر بر متغیرهای وابسته در مراحل پس-آزمون و پیگیری، دو تحلیل چند متغیره و تک متغیره واریانس در متن RM-MANOVA بر روی داده‌ها اجرا شد. جدول ۳ نتایج تحلیل چند متغیره اثرات درون‌گروهی و بین-گروهی و جدول ۴ نتایج تحلیل تک متغیره اثرات درون-گروهی را نشان می‌دهد. با توجه به مندرجات جداول ۳ و ۴ نتایج ذیل استنباط می‌شود: (۱) تحلیل چند متغیره اثر بین-گروهی مداخله نشان می‌دهد که با صرف‌نظر از زمان، در

جدول ۳

نتایج تحلیل چند متغیره اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

اثرات	آماره Pillai's Trace	F	df فرضیه	df خطا	P	مجذور η^2	توان آماری
بین‌گروهی	۰/۲۶۷	۲/۱۸	۵	۳۰	۰/۰۸	۰/۲۶	۰/۶۳
درون‌گروهی	۰/۷۹۵	۹/۷	۱۰	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
	۰/۶۳۴	۴/۳۳	۱۰	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۸

n = 36

1. Levene's test
2. Box's test
3. Mauchly's sphericity test
4. post-hoc test adjusted for Bonferroni correction

جدول ۴

نتایج تحلیل تک متغیره اثرات درون‌گروهی زمان و تعامل بین زمان و مداخله بر متغیرهای وابسته

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات SS*	df	میانگین مجذورات MS	F	P	مجذورات η^2	توان آماري
زمان	کیفیت زناشویی	۹۸۷۵/۰۵	۲	۴۹۳۷/۵۲	۲۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
	دلبستگی اضطرابی	۴۱۹/۲۴	۲	۲۰۹/۶۲	۱۳/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۹
	دلبستگی اجتنابی	۲۸۸/۱۶	۲	۱۴۴/۰۸	۶/۶۸	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۹۰
	اسنادهای منفی	۱۰۹۴/۲۴	۲	۵۴۷/۱۲	۵/۸۲	۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۸۵
	حل تعارض غیرسازنده	۵۱۸/۱۳	۲	۲۵۹/۰۶	۷/۰۲	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۹۱
زمان × مداخله	کیفیت زناشویی	۱۵۰۹/۷۹	۲	۷۵۴/۸۹	۴/۴۷	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۷۴
	دلبستگی اضطرابی	۱۴۴/۶۸	۲	۷۲/۳۴	۴/۷۲	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۷۷
	دلبستگی اجتنابی	۱۰۰/۷۲	۲	۵۰/۳۶	۲/۳۳	۰/۱۰۴	۰/۰۶	۰/۴۵
	اسنادهای منفی	۹۲۰/۷۲	۲	۴۶۰/۳۶	۴/۸۹	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۷۸
	حل تعارض غیرسازنده	۳۹۲/۹۰	۲	۱۹۶/۴۵	۵/۳۲	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۸۲

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های ارائه شده در جدول ۵ در خصوص نتایج آزمون تعقیبی، یافته‌های ذیل استنباط می‌شود: (۱) هر دو رویکرد EFCT و NCT در مرحله پس‌آزمون منجر به افزایش معنادار کیفیت زناشویی در زوجین تحت درمان شده‌اند ($p < ۰/۰۰۱$)، ولی در مرحله پیگیری، بهبودی در گروه NCT پایدار نمانده و معنادار نیست ($p = ۰/۳۶$) در حالی که بهبودی در گروه EFCT همچنان در سطح معناداری $۰/۰۰۱ < p$ پایدار است؛ (۲) رویکرد EFCT هم در مرحله پس‌آزمون ($p < ۰/۰۰۱$) و هم در مرحله پیگیری ($p < ۰/۰۰۱$) منجر به بهبودی معنادار دلبستگی اضطرابی زوجین شده است، در حالی که تاثیر رویکرد NCT بر این متغیر در هر دو مرحله پس‌آزمون ($p = ۱$) و پیگیری ($p = ۰/۲۲$) معنادار نبوده است؛ (۳) رویکرد NCT تاثیر معناداری بر بهبود نمرات دلبستگی اجتنابی در مراحل پس‌آزمون ($p = ۰/۴۵$) و پیگیری ($p = ۱$) نداشته است در حالی که تاثیر رویکرد

EFCT بر این متغیر در مرحله پس‌آزمون معنادار بوده است ($p < ۰/۰۱$) و بهبودی در مرحله پیگیری سیر نزولی داشته و با اختلاف بسیار اندک معنادار نیست ($p = ۰/۰۶$)؛ (۴) رویکرد NCT تاثیر معناداری بر بهبود نمرات اسنادهای منفی ارتباطی در مراحل پس‌آزمون ($p = ۰/۸۹$) و پیگیری ($p = ۱$) نداشته است، در حالی که تاثیر رویکرد EFCT بر این متغیر در مرحله پس‌آزمون معنادار بوده است ($p < ۰/۰۰۱$)؛ (۵) رویکرد NCT تاثیر معناداری بر بهبود نمرات سبک حل تعارض غیرسازنده در مرحله پس‌آزمون داشته است ($p < ۰/۰۱$) ولی بهبودی در مرحله پیگیری معنادار نیست ($p = ۱$)، در حالی که رویکرد EFCT در مرحله پس‌آزمون تاثیر معناداری بر نمرات سبک حل تعارض غیرسازنده نداشته است ($p = ۰/۴$)، ولی باعث بهبودی معنادار نمرات این متغیر در مرحله پیگیری شده است ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۵

نتایج آزمون تعقیبی

متغیر وابسته	گروه مداخله	زمان (i)	زمان (j)	اختلاف میانگین (i-j)	خطای استاندارد SE	P
کیفیت زناشویی	NCT	۱	۲	-۱۹/۲۷	۴/۹۴	۰/۰۰۱
		۱	۳	-۶/۹۴	۴/۳۸	۰/۳۶
		۲	۳	۱۲/۳۳	۳/۵۵	۰/۰۱
دلبستگی اضطرابی	EFCT	۱	۲	-۲۶/۳۳	۴/۹۴	۰/۰۰۱
		۱	۳	-۲۵/۱۱	۴/۳۸	۰/۰۰۱
		۲	۳	۱/۲۲	۳/۵۵	۱
دلبستگی اجتنابی	NCT	۱	۲	۰/۷۲	۱/۰۴	۱
		۱	۳	۲/۶۶	۱/۴۴	۰/۲۲
		۲	۳	۱/۹۴	۱/۳۹	۰/۵۱
دلبستگی اجتنابی	EFCT	۱	۲	۶/۲۲	۱/۰۴	۰/۰۰۱
		۱	۳	۶/۶۱	۱/۴۴	۰/۰۰۱
		۲	۳	۰/۳۸	۱/۳۹	۱
دلبستگی اجتنابی	NCT	۱	۲	۲/۶۱	۱/۷۸	۰/۴۵
		۱	۳	-۱/۱۱	۱/۵۱	۱
		۲	۳	-۳/۷۲	۱/۳۱	۰/۰۵
دلبستگی اجتنابی	EFCT	۱	۲	۵/۲۲	۱/۷۸	۰/۰۱
		۱	۳	۳/۶۱	۱/۵۱	۰/۰۶
		۲	۳	-۱/۶۱	۱/۳۱	۰/۶۸
اسنادهای منفی	NCT	۱	۲	۳/۸۳	۳/۶۲	۰/۸۹
		۱	۳	-۲/۷۷	۲/۹۶	۱
		۲	۳	-۶/۶۱	۳/۰۶	۰/۱۱
اسنادهای منفی	EFCT	۱	۲	۱۱/۷۲	۳/۶۲	۰/۰۱
		۱	۳	۱۱/۵	۲/۹۶	۰/۰۰۱
		۲	۳	-۰/۲۲	۳/۰۶	۱
حل تعارض غیرسازنده	NCT	۱	۲	۷/۵	۲/۱	۰/۰۱
		۱	۳	۰/۳۳	۲/۲۴	۱
		۲	۳	-۷/۱۶	۱/۶۸	۰/۰۰۱
حل تعارض غیرسازنده	EFCT	۱	۲	۳/۲۲	۲/۱	۰/۴
		۱	۳	۵/۳۸	۲/۲۴	۰/۰۵
		۲	۳	۲/۱۶	۱/۶۸	۰/۶۲

*بازه‌های زمانی: ۱ = پیش‌آزمون؛ ۲ = پس‌آزمون؛ ۳ = پیگیری

ذیل طبقه‌بندی شدند: (۱) بهبود یافته؛ زوجینی که نمرات فردی آنها در مقیاس DAS بالاتر از ۹۷ بود و در

به‌منظور آزمون آماری فرضیه دوم پژوهش ابتدا مطابق طبقه‌بندی جاکوبسن و تراوکس (۱۹۹۱) بر اساس نقطه برش‌های مقیاس DAS، زوجین در ۴ طبقه به شرح

نرخ افراد بهبود یافته یا نسبت تغییرات معنادار بالینی در شاخص کیفیت زناشویی در مرحله پس‌آزمون در گروه NCT، ۷ نفر (۳۸/۹٪) و در گروه EFCT، ۱۱ نفر (۶۱/۱٪) بوده است. در مرحله پیگیری، نرخ تغییرات معنادار بالینی در گروه NCT، ۳ نفر (۱۶/۷٪) و در گروه EFCT، ۹ نفر (۵۰٪) بوده است. همچنین نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که از نظر نسبت‌های تغییرات معنادار بالینی در هیچ یک از طبقات چهارگانه یاد شده در جدول ۶، بین دو گروه درمانی NCT و EFCT در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود ندارد ($\chi^2 = 2/88, df = 3, p = 0/4$) و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز معنادار نبود ($\chi^2 = 6/08, df = 43, p = 0/10$).

دامنه گروه زوجین آشفته قرار نمی‌گرفتند؛ (۲) پیشرفت کرده^۱: زوجینی که نمرات آنها حداقل ۱۰ نمره نسبت به پیش‌آزمون در جهت مثبت رشد داشته است ولی مساوی یا کمتر از ۹۷ است؛ (۳) بدون تغییر^۲: زوجینی که نمرات آنها نسبت به پیش‌آزمون تغییر نداشته و یا تغییر در جهت مثبت یا منفی کمتر از ۱۰ نمره بوده است؛ (۴) پسرفت کرده^۳: زوجینی که نمرات آنها نسبت به پیش‌آزمون ۱۰ نمره یا بیشتر در جهت منفی تغییر داشته است. جدول شماره ۶ نسبت تغییرات معنادار بالینی در بهبود کیفیت زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری را برای گروه‌های آزمایشی نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول شماره ۶ ارائه شده است،

جدول ۶

نسبت تغییرات معنادار بالینی کیفیت زناشویی در مقیاس DAS در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

مراحل ارزیابی	گروه مداخله	بهبود یافته	پیشرفت کرده	بدون تغییر	پسرفت کرده	کل
پس‌آزمون	NCT	۷ (۳۸/۹٪)	۳ (۱۶/۷٪)	۶ (۳۳/۳٪)	۲ (۱۱/۱٪)	۱۸ (۱۰۰٪)
	EFCT	۱۱ (۶۱/۱٪)	۳ (۱۶/۷٪)	۲ (۱۱/۱٪)	۲ (۱۱/۱٪)	۱۸ (۱۰۰٪)
پیگیری	NCT	۳ (۱۶/۷٪)	۶ (۳۳/۳٪)	۱ (۵/۶٪)	۲ (۱۱/۱٪)	۱۸ (۱۰۰٪)
	EFCT	۹ (۵۰٪)	۶ (۳۳/۳٪)	۱ (۵/۶٪)	۲ (۱۱/۱٪)	۱۸ (۱۰۰٪)

بحث

پیگیری، بهبودی در گروه NCT معنادار نبود درحالی‌که بهبودی در گروه EFCT همچنان به‌صورت پایدار معنادار ماند. این یافته، با نتایج پژوهش‌های جانسون و گرینبرگ (۱۹۸۵)، بورگرموزر و همکاران (۲۰۱۵)، دالگلیش و همکاران (۲۰۱۵) و گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۰) همسو است و با نتایج پژوهش‌های محمدی و همکاران (۲۰۱۳) و سودانی و همکاران (۱۳۹۴) ناهمسو است.

در تبیین این یافته نگاهی به گستره اثرگذاری هر یک از این رویکردها بر کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری روشن‌تر خواهد بود. همان‌گونه که در بخش یافته‌ها اشاره شد رویکرد EFCT موجب بهبودی کارکردهای مختل هیجانی و شناختی در مرحله پس‌آزمون شد درحالی‌که اثربخشی معنادار رویکرد NCT در این مرحله فقط بر کارکردهای مختل رفتاری (سبک حل تعارض غیرسازنده)

پژوهش حاضر اثربخشی زوج‌درمانی روایتی و هیجان‌محور را بر متغیرهای وابسته شامل کیفیت زناشویی و کارکردهای مختل هیجانی (دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی)، شناختی (اسنادهای منفی ارتباطی) و رفتاری (سبک حل تعارض غیر سازنده) زوجین آشفته ایرانی مورد بررسی قرار داد. فرضیه نخست پژوهش متضمن این نکته بود که دو رویکرد درمانی مذکور بر متغیرهای وابسته، اثربخشی‌های متفاوتی دارند. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد EFCT و NCT در مرحله پس‌آزمون منجر به افزایش معنادار کیفیت زناشویی در زوجین تحت درمان شده‌اند، ولی در مرحله

1. improved
2. unchanged
3. deteriorated

سنگ محکی عمل می‌کنند که کیفیت رابطه باید چگونه و در چه سطحی ارزیابی شود.

فرضیه دوم پژوهش به وجود تفاوت معنادار در نسبت تغییرات معنادار بالینی در بهبود کیفیت زناشویی در دو گروه زوج‌درمانی NCT و EFCT تاکید داشت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در گروه NCT در مرحله پس‌آزمون ۷ نفر (۳۸/۹٪) و در مرحله پیگیری ۳ نفر (۱۶/۷٪) و همچنین در گروه EFCT در مرحله پس‌آزمون ۱۱ نفر (۶۱/۱٪) و در مرحله پیگیری ۹ نفر (۵۰٪) تغییرات معنادار بالینی نشان دادند. متاسفانه مطالعات انجام شده در داخل و خارج از ایران نسبت تغییرات معنادار بالینی ایجاد شده توسط رویکرد NCT را گزارش نکرده‌اند. جانسون (۲۰۰۴) نسبت تغییرات معنادار بالینی ایجاد شده توسط رویکرد EFCT را بین ۷۰ تا ۷۳ درصد گزارش کرده است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اگرچه نسبت تغییرات معنادار بالینی در گروه EFCT در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طرز محسوسی بیشتر از گروه NCT است، ولی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت. هم‌راستا با این یافته سکستون، الکساندر و میس (۲۰۰۴) در فرا تحلیلی مشخص ساختند که تفاوت معناداری بین رویکرد EFCT و سایر رویکردهای زوج‌درمانی وجود ندارد.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه تحت مداخله اشاره کرد که به دلیل مشکلات در نمونه‌گیری و همچنین کنترل سایر عوامل تاثیرگذار احتمالی در نتایج درمان که در معیارهای ورود و خروج مطرح شد، حجم آن اندک بود. فقدان گروه کنترل را می‌توان دیگر محدودیت پژوهش حاضر دانست که به دلیل کمبود حجم نمونه این تصمیم گرفته شد. همچنین محدود بودن بازه زمانی دوره پیگیری در پژوهش حاضر به ۳ ماه را می‌توان محدودیت دیگر آن دانست. لذا تعمیم نتایج این پژوهش به افراد و جوامع دیگر باید با احتیاط صورت پذیرد و پیشنهاد می‌شود با مدنظر قرار دادن محدودیت‌های مذکور جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش، فرضیه‌های این پژوهش در جوامع آماری متفاوت با حجم نمونه وسیع‌تر و با بازه زمانی طولانی‌مدت برای دوره پیگیری بررسی شود.

بود. همچنین اثربخشی معنادار رویکرد EFCT در مرحله پیگیری بر بعد کارکردهای مختل شناختی و هیجانی (فقط دلبستگی اضطرابی) همچنان پایدار بود و از طرفی با وجود عدم تاثیرگذاری معنادار بر بعد رفتاری در مرحله پس‌آزمون، اثربخشی این رویکرد بر بعد مذکور در مرحله پیگیری معنادار بود. این یافته‌ها با مفروضه اصلی رویکرد EFCT مبنی بر اینکه تغییر در هیجان‌ها باعث ایجاد تغییر در بعد شناختی و رفتاری در بستر زمان می‌شود (جانسون، ۲۰۰۴) همخوان است. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که رویکرد EFCT در روند درمانی خود با هدف قرار دادن آسیب‌های دلبستگی، باعث بهبودی در مدل‌های فعال درونی^۱ می‌شود و بهبودی در این مدل‌ها به نوبه خود، منجر به شکل‌گیری فضای امن ارتباطی در روابط زوجین آشفته می‌شود که به صورت سیستماتیک به آنها کمک می‌کند که هیجان‌اتشان را تنظیم کنند، اطلاعات شناختی را به نحو صحیح و به دور از منفی-گرایی پردازش کنند و نهایتاً به حل مسائل ارتباطی به صورت مشارکتی و سازنده بپردازند (جانسون و ویفن، ۱۹۹۹؛ کولینز، فورد، گیچارد و آلارد، ۲۰۰۶). از طرفی همان‌گونه که وایت و اپستون (۱۹۹۰) بیان می‌کنند رویکرد روایتی با تاکید بر حذف نشانه‌ها از طریق ساختارزدایی از خطابه‌های حاکم و ترغیب زوج به انجام دادن استثنائات درصدد بهبود کیفیت زناشویی است، در صورتی که یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند سیمپتوم تراپی^۲ یا کار بر روی نشانه‌های آشفته‌گی زوجی بدون در نظر گرفتن مسائل زیربنایی رابطه و جراحات‌های عاطفی همسران، منجر به عود آشفته‌گی مدتی کوتاه پس از زوج‌درمانی خواهد شد (جاکوبسن و آدیس، ۱۹۹۳)، کما اینکه در پژوهش حاضر نیز رویکرد NCT منجر به بهبودی معنادار کیفیت زناشویی و سبک حل تعارض غیرسازنده (کارکرد مختل رفتاری) در مرحله پس‌آزمون شد ولی این بهبودی در مرحله پیگیری ۳ ماهه کاهش یافته بود و معنادار نبود. در تایید این یافته بارت و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهش خود مشخص ساختند که تغییرات صرف در رفتار زوج منجر به بهبودی کیفیت زناشویی نمی‌شود، بلکه این هیجان‌ات مثبت و منفی ادراک‌شده‌ی روزمره زوجین است که در نقش

1. internal working models
2. symptom-therapy

خجسته‌مهر، ر.، غفاری، ن.، و کرایبی، ا. (۱۳۸۹). اسنادهای ارتباطی به‌عنوان پیش‌بین قوی موقعیت زناشویی زنان. *فصلنامه‌ی تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۳۴، ۱۰۷-۱۲۱.

خجسته‌مهر، ر.، کرایبی، ا.، و رجبی، غ. (۱۳۸۹). بررسی یک مدل پیشنهادی برای پیش‌بیندها و پیامدهای گذشت در ازدواج. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱، ۱۶۲-۱۳۵.

سودانی، م.، داستان، ن.، خجسته‌مهر، ر.، و رجبی، غ. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی روایتی و زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی بر تاکتیک‌های حل تعارض زنان قربانی خشونت همسر. *فصلنامه‌ی زن و جامعه*، ۲۳، ۱-۱۲.

فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی*. چاپ اول، تهران: انتشارات بعثت.

ملازاده، م.، منصور، م.، اژه‌ای، ج.، و کیامنش، ع. (۱۳۸۱). سبک‌های رویاروگری و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد. *فصلنامه‌ی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۲۳، ۲۷۵-۲۵۵.

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Barrett, L. F., Robin, L., Pietromonaco, P. R., & Eyssell, K. (1998). Are women the more emotional sex? Evidence from emotional experiences in social context. *Cognition and Emotion*, 12, 555-578.

Blow, A. J., Curtis, A. F., Wittenborn, A. K., & Gorman, L. (2015). Relationship problems and military related PTSD: The case for using emotionally focused therapy for couples. *Contemporary Family Therapy*, 37, 261-270.

Brackett, M. A., Warner, R. M., & Bosco, J. S. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal Relationships*, 12, 197-212.

Burgess Moser, M., Johnson, S. M., Dagleish, T. L., Lafontaine, M. F., Wiebe, S. A., & Tasca, G. A. (2015). Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42, 231-45.

Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships

منابع

باباپور خیرالدین، ج. (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی شیوه‌های حل تعارض ارتباطی و سلامت روان‌شناختی. *فصلنامه‌ی روانشناسی*، ۴، ۲۷-۴۶.

حسینی یزدی، ع.، مشهدی، ع.، کیمیایی، ع.، و عاصمی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه مداخله‌ای ویژه کودکان طلاق بر مشکلات برون‌سازی و درونی‌سازی شده کودکان طلاق. *روانشناسی خانواده*، ۲، ۱۴-۳.

خجسته‌مهر، ر.، بهراد فر (کوچکی)، ر.، و رجبی، غ. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای اسنادهای ارتباطی و راهبردهای حل تعارض غیرسازنده در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و کیفیت زناشویی. *فصلنامه‌ی روانشناسی معاصر*، ۷، ۱۴-۳.

خجسته‌مهر، ر.، پارسی، ا.، و شیرالی‌نیا، خ. (۱۳۹۴). نقش تعدیل‌کننده هیجان مثبت در رابطه بین هیجان منفی و تبادلات زناشویی مخرب در زنان. *روانشناسی خانواده*، ۲، ۴۹-۵۸.

and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39-52.

Collins, N. L., Ford, M. B., Guichard, A. C., & Allard, L. M. (2006). Working models of attachment and attribution processes in intimate relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 201-219.

Dagleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Lafontaine, M. F., Wiebe, S. A., & Tasca, G. A. (2015). Predicting change in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41, 276-291.

Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353.

Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The relationship attribution measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 457-468.

Forthofer, M. S., Markman, H. J., Cox, M., Stanley, S., & Kessler, R. C. (1996). Associations between marital distress and work loss in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 24, 597-605.

Freedman, J. I. L. L., & Combs, G. E. N. E. (2008). Narrative couple therapy. In A. S.

- Gurman., J. L. Lebow, & D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 229-258). New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 28-42.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life: Emotion regulation in couples and families. *Pathways to Dysfunction and Health*, 64, 13-35.
- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85-93.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Johnson, S. (2004). *The practice of emotionally focused marital therapy* (2nd ed.). New York: Brunner/Routledge.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 313-317.
- Johnson, S. M., & Whiffen, V. (1999). Made to measure: Adapting emotionally focused couple therapy to partners attachment styles. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 366-381.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Bane, C., Glaser, R., & Malarkey, W. B. (2003). Love, marriage, and divorce: Newlyweds' stress hormones foreshadow relationship changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 176-188.
- Mohammadi, A., Sohrabi, R., & Aghdam, G. A. (2013). Effect of narrative therapy on enhancing of couples intimacy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1770-1772.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 141-151.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual*. Landan: McGraw-Hill Education.
- Rahim, M. A. (1983). A measure of styles of handling interpersonal conflict. *Academy of Management Journal*, 26, 368-376.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 590-646). New York: Wiley.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Swindle, R., Heller, K., Pescosolido, B., & Kikuzawa, S. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period: Mental health policy implications. *American Psychologist*, 55, 740-749.
- Troxel, W. M. (2006). *Marital quality, communal strength, and physical health*. Doctoral Thesis, University of Pittsburgh.
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short Form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88, 187-204.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology*, 20, 369-377.
- Whisman, M. A., Beach, S. R. H., & Snyder, D. K. (2008). Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 745-755.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wile, D. B. (1988). *After the honeymoon*. New York: Wiley.