

## اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان (EFCT) و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر (IBCT) بر بازسازی الگوهای ارتباطی زوجین دارای تعارض زناشویی

### The effectiveness of Emotionally-Focused Couples Therapy (EFCT) and Integrated Behavioral Couples Therapy (IBCT) on restructuring communication patterns in couples with marital conflict

Feizollah Poursardar

Counseling

Masoud Sadeghi

Lorestan University

Koroush Goudarzi &

Mehdi Rouzbehani

Islamic Azad University of Borujerd

Branch

فیض‌اله پورسردار\*

مشاوره

مسعود صادقی\*\*

دانشگاه لرستان

کوروش گودرزی\*\*\* و

مهدی روزبهانی\*\*\*\*

دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد

چکیده: زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر از جمله درمان‌هایی هستند که بر چرخه‌های منفی تعاملی توجه دارند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر بازسازی الگوهای ارتباطی زوج‌های دارای تعارض زناشویی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به مشاوره مهرآوران شهر اهواز بود. نمونه پژوهش شامل ۶ زوج (۱۲ نفر) مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره مهرآوران بودند که با توجه به نمره پرسشنامه سازگاری زناشویی (DAS) جزء زوج‌های پریشان قرار گرفتند. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. پروتکل درمانی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در دو تا چهار مرحله خط پایه، ۱۶ جلسه مداخله ۶۰ دقیقه‌ای و پیگیری دو ماهه اجرا شد و آزمودنی‌ها به پرسشنامه الگوهای ارتباطی (CPQ) پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایه و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد میزان بهبودی در متغیر الگوهای ارتباطی در گروه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در مرحله پس از درمان و پیگیری، ۵۰/۶۶ و ۵۳/۲۷ درصد و در گروه زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، ۳۸/۸۰ و ۴۱/۲۱ درصد بود. بنابراین یافته‌های پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر با تغییر چرخه‌های تعاملی منفی بر بازسازی و بهبود الگوهای ارتباطی تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: تعارض زناشویی، الگوهای ارتباطی، زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر

**Abstract:** The Emotionally-Focused Couples Therapy (EFCT) and the Integrated Behavioral Couples Therapy (IBCT) are among the treatments that are focused on negative interactional cycles. The current study was conducted aiming at determining the effectiveness of the EFCT and the IBCT on restructuring communication patterns in couples with marital conflict. The statistical population of the study consisted of all couples referring to Mehravaran clinic in Ahvaz. 6 couples were selected using purposeful sampling based on their scores in the Dyadic Adjustment Scale (DAS) regarded as distressed couples. In this study, the non-congruent multiple baseline experimental single case was used. The EFCT and IBCT protocols were carried out in two to four stages of the base line, 16 one-hour intervention sessions were held and, after a two-month follow-up. The subjects completed the Communication Patterns Questionnaire (CPQ). Data were analyzed using visual inspect, reliable change index and the formula of improvement percentage. Findings showed that the rate of the improvement in the variable of communication patterns in the Emotionally-Focused Couple Therapy group at the post-treatment and follow-up stages were 50.66 and 53.27 % and 38.80% and 41.21% for the Couple Integrated Behavioral group. Therefore, the research findings showed that Emotionally-Focused Couples Therapy and the Integrated Behavioral Couples Therapy are effective on the restructuring and improvement communication patterns of the couples through changing the negative interactive cycles.

**Keywords:** Marital conflict, communication patterns, Emotionally-Focused Couples Therapy, Integrated Behavioral Couples Therapy

\* دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

\*\*نشانی پستی نویسنده مسؤل: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، خرم‌آباد، ایران. پست الکترونیکی: Sadeghi.m@Lu.ac.ir

\*\*\* گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

\*\*\*\* گروه حرکتی و رفتاری، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

## مقدمه

در سال‌های اخیر موضوع تعارضات زناشویی<sup>۱</sup> به‌طور فزاینده‌ای در میان آثار منتشرشده حوزه ازدواج<sup>۲</sup> "جایگاه ویژه" کسب کرده است (زانگ، تریسی، اسپینرید، ایزنبرگ، لو و همکاران، ۲۰۱۷؛ کریستنسن، ۲۰۱۷). طلاق<sup>۳</sup> به‌عنوان معتبرترین شاخص تعارض زناشویی هم‌اکنون در جوامع غربی وضعیتی فراگیر پیدا کرده است (هالفورد، هیس، کریستنسن، لمبرت، باکوم و همکاران، ۲۰۱۲)؛ جایی که تقریباً نیمی از تمامی ازدواج‌ها به طلاق ختم می‌شود (داس، سیمنسون و کریستنسن، ۲۰۰۴). برابر آمار رسمی منتشر شده در سراسر جهان این میزان در آمریکا ۵۱ درصد، سوئد، ۴۸ درصد و کره جنوبی ۴۷ درصد رسیده است (ساندز، تامپسون و گایسینا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ کریمیان، زارعی، محمدی و کریستنسن، ۱۳۹۶). افزایش روزافزون طلاق در دنیای کنونی، جامعه ما را نیز در بر گرفته است. برابر آمار رسمی منتشر شده، آمار طلاق در ایران در سال ۱۳۹۶، ۱۷۴۵۷۸ واقعه است. به عبارتی در مقابل هر ۳ ازدواج ثبت شده، یک طلاق نیز ثبت شده است که این نسبت در ظرف پنج سال نخست زندگی ۴۷/۲ درصد است (ثبت احوال ایران، ۱۳۹۶). نوشته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بسیاری ازدواج‌ها دوره‌هایی از آشفتگی<sup>۵</sup> قابل‌ملاحظه را تجربه می‌کنند که یکی یا دو طرف ازدواج را در مرحله‌ای از زندگیشان در خطر پدید آمدن مشکلات ارتباطی-هیجانی<sup>۶</sup> قرار می‌دهد (لوینگرو و هاستوت، ۱۹۹۰).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد یکی از عوامل مؤثر بر بروز تعارض و ناسازگاری‌ها در زندگی زوجین<sup>۷</sup>، مشکلات ارتباطی و الگوهای تعاملی<sup>۸</sup> ناکارآمد بین زوجین است (هالی، کلودیا و ایرنی، ۲۰۱۸). برقراری ارتباط، یکی از مهارت‌های اصلی زندگی است (گاتمن و تابارز، ۲۰۱۸). زوجین برای داشتن یک ازدواج رضایت‌بخش، نیازمند برقراری ارتباطی سالم و مؤثر هستند که برای ثبات بخشیدن به زندگی مشترک و افزایش رضایت

زناشویی<sup>۹</sup> ضروری به نظر می‌رسد (اون، مندز و کووارک، ۲۰۱۳)؛ بنابراین می‌توان گفت نوع تعاملات زوجین، کیفیت زناشویی<sup>۱۰</sup> آنها را تعیین می‌کند (مک‌کویی، رایبر و سابی، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد زوجینی که از الگوهای ارتباطی سالم و سازنده (سازنده متقابل<sup>۱۱</sup>) برخوردارند، زندگی شادتر و باثباتی را تجربه می‌کنند؛ برعکس الگوهای ارتباطی معیوب (توقع/کناره‌گیری<sup>۱۲</sup> و اجتناب متقابل<sup>۱۳</sup>)، درک صحیح زوجین را از یکدیگر کاهش داده، باعث می‌شود همسران نتوانند از یکدیگر حمایت<sup>۱۴</sup> کنند، برای ارضای نیاز یکدیگر تلاش کنند و در مورد مسائل تعارض‌برانگیز، دیدگاه یکدیگر را درک کنند (گاتمن، ۲۰۰۰). درواقع محققان و زوجین هر دو معتقدند که وجود نقض در برقراری ارتباط، به آشفتگی رابطه<sup>۱۵</sup> منجر می‌شود (هالفورد و همکاران، ۲۰۱۲)، به نحوی که زوجین هنگام بحث و گفتگو در مورد مشکلات، غالباً عجله و انتقاد<sup>۱۶</sup> می‌کنند و می‌خواهند یکدیگر را تغییر دهند (کریستنسن، ۲۰۱۷؛ هیوی، کریستنسن و مالموس، ۱۹۹۵)، هنگام صحبت درباره مشکلات به‌طور مداوم به یکدیگر گوش نمی‌دهند (هالفورد و ساندرز، ۱۹۹۰)، از بحث پیرامون مشکلات، طفره می‌روند (گاتمن، ۲۰۰۰) و بر اساس "مقابله به مثل"<sup>۱۷</sup> به رفتارهای منفی همسرشان پاسخ می‌دهند (هالفورد و همکاران، ۲۰۱۲). در نتیجه دامنه برانگیختگی و فراوانی آن، باعث از بین رفتن رضایتمندی از رابطه می‌شود (هیوی و همکاران، ۱۹۹۵). امروزه یکی از دغدغه‌های متخصصان حوزه خانواده و ازدواج، یافتن راه‌های مناسب درمان و پیشگیری است (جانسون، ۲۰۰۴). شاید به خاطر شناخت تأثیر منفی طلاق بر زوج‌ها، خانواده‌ها و جوامع است که امروزه زوج‌درمانی بیش از پیش به‌عنوان مداخله عمده بهداشت روانی شناخته شده است (گورمن و جاکوبسون، ۲۰۱۵). به همین خاطر نیاز ما به رویکردهای مؤثر و به‌طور تجربی حمایت شده برای زوج‌درمانی<sup>۱۸</sup> مورد تأکید است. فراتحلیل‌های زوج‌درمانی تأکید می‌کند که رویکردهای گوناگونی در درمان آشفتگی زوج‌ها،

9. marital satisfaction

10. marital quality

11. constructive communication pattern

12. demander- withdraw

13. mutual avoiding

14. protection

15. distress communication

16. criticism

17. confront

18. couple therapy

1. marital conflict

2. marriage

3. divorce

4. Sands, A., Thompson, E., & Gaysina, D.

5. distress

6. emotional

7. couples

8. communication patterns

بسیاری از مسائل زوجین را درمان کرده است و در تحقیقات زیادی سودمندی این رویکرد در حل مشکلات زوجین نشان داده شده است (مک‌کینن و گرینبرگ، ۲۰۱۷). همچنین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان در افزایش سازگاری زناشویی<sup>۱۵</sup> (مک‌کینن و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ ولج، لاجمر و ویتنبورن، ۲۰۱۹؛ ویتنبورن، ریدنور، میتچل و سیدل، ۲۰۱۸)، درمان پریشانی ارتباط زناشویی (سیفرت و شوارتز، ۲۰۱۱)، کاهش تعارض زناشویی (جانسون، ۲۰۰۷)، افزایش رضایت زناشویی و کاهش افسردگی<sup>۱۶</sup> (مک‌کینن و گرینبرگ، ۲۰۱۷)، بهبود کیفیت زناشویی<sup>۱۷</sup> و کارکردهای مختل هیجانی و شناختی (بهرادفرد، جزایری، عابدی، اعتمادی و فاطمی، ۱۳۹۵)، پیش‌بینی نتایج طولانی مدت در رضایت از رابطه (ویب، جانسون، لافنتاین، بورگس موزر، دالگلیش و همکاران، ۲۰۱۷) و تغییر روابط زوجین (بورگس موزر، جانسون، دالگلیش، لافنتاین و ویب، ۲۰۱۵)، به اثبات رسیده است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان داد که الگوی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان توانسته است تعارضات زناشویی را کاهش داده و باعث ایجاد صمیمیت و سازگاری بیشتری شود.

یکی دیگر از راهبردهای درمانی که پژوهش حاضر درصدد مطالعه آن است، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر<sup>۱۸</sup> (IBCT) است. IBCT نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر بافت است که به زوج‌ها کمک می‌کند تا رضایتمندی و سازگاریشان افزایش یابد (گورمن و جاکوبسون، ۲۰۱۵). این رویکرد به منظور رفع برخی از محدودیت‌های زوج‌درمانی رفتاری سنتی<sup>۱۹</sup> (TBCT)، مفاهیم و تکنیک‌های "پذیرش هیجانی"<sup>۲۰</sup> را به کار گرفت (کریستنسن، اتکینز، بی، باکوم و جرج، ۲۰۰۶). کریستنسن و جاکوبسون (۲۰۰۰) به‌عنوان نظریه‌پردازان این رویکرد معتقدند که نمی‌توان همه مسائلی را که بر اثر تفاوت میان زوجین پدید آمده است با تغییرات رفتاری حل کرد. زوج‌ها به مرور زمان

بهبودی بالینی<sup>۱</sup> و آماری معناداری برای بخش قابل‌توجهی از زوج‌ها به ارمغان آورده‌اند و متوسط افرادی که زوج‌درمانی دریافت می‌کنند از ۸۰ درصد افرادی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند، بهبودی بیشتری نشان می‌دهند (شادیش و بالدوین، ۲۰۰۳). بااین‌حال علیرغم تدوین پروتکل‌های متعدد در زمینه زوج‌درمانی، امروزه متخصصان بیشتر تمایل به استفاده از رویکردهای یکپارچه<sup>۲</sup> دارند و معتقدند که یک رویکرد محض (غیریکپارچه) به دلیل آنکه به‌طور همه‌جانبه و عمیق، مشکلات زوج را نمی‌شکافد، از کارایی لازم برخوردار نیست (گورمن و جاکوبسون، ۲۰۱۵).

ازجمله رویکردهای یکپارچه که در سال‌های اخیر توجه زیادی را برای کمک به زوجین در کار با آشفتگی‌های ارتباطی به خود جلب نموده است، رویکرد زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان<sup>۳</sup> (EFCT) است (ساندبرگ و کنیستیل، ۲۰۱۱). زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان نوعی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به‌شمار می‌آید که نظریه‌هایی همچون تجربه‌گرایی<sup>۴</sup>، مراجع‌محوری<sup>۵</sup>، ساخت‌گرایی<sup>۶</sup> و نگاه سیستمی<sup>۷</sup> را در کنار ستون اصلی خود یعنی نظریه دلبستگی<sup>۸</sup> قرار داده است (ساندبرگ و کنیستیل، ۲۰۱۱). این مدل به‌عنوان حاصل مشاهدات تجربی فرایندهای درمانی زوج‌ها و تعیین‌کننده مداخلات درمانی کلیدی که به‌طور موفقیت‌آمیزی به بازسازی تعاملات ارتباطی-هیجانی زوج‌ها کمک می‌کند، پدیدار شد (جانسون، ۲۰۰۷). درمان متمرکز بر هیجان تأکید خاصی بر یکپارچه‌سازی هیجان با انگیزش<sup>۹</sup> و رفتار دارد. در این شیوه درمان شناسایی و بهبود طرحواره‌های<sup>۱۰</sup> هیجانی اهمیت زیادی دارد. ایجاد اتحاد مشارکتی ایمن<sup>۱۱</sup>، بسط و دسترسی به پاسخ‌های هیجانی<sup>۱۲</sup> که تعاملات زوجین را هدایت می‌کند و بازسازی تعاملات<sup>۱۳</sup> در جهت دسترس‌پذیری<sup>۱۴</sup> و پاسخدهی، سه تکلیف عمده زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان را تشکیل می‌دهد (جانسون، ۲۰۰۴). این مدل به شیوه‌ای اثربخش،

15. marital adjustment

16. depression

17. marital quality

18. Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)

19. Traditional Behavioral Couple Therapy (TBCT)

20. emotional acceptance

1. clinical improvement

2. integrated

3. Emotionally Focused Couple Therapy (EFCT)

4. experiential therapy

5. client-centered therapy

6. structural therapy

7. systems approach

8. attachment therapy

9. motivation

10. schema

11. secure contribution

12. response emotion

13. restructuring communication

14. accessible

تحمل<sup>۱</sup> خود را نسبت به تفاوت‌هایشان از دست می‌دهند. همچنین تفاوت‌ها می‌تواند منشاء برانگیختگی عاطفی<sup>۲</sup> و هیجانی<sup>۳</sup> جدی شود (کریستنسن، اتکینز، باکوم و یی، ۲۰۱۰). راهبردهای مداخله‌ای که در زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر به کار می‌رود هماهنگ با چنین مفهوم‌سازی که از روابط مختل می‌شود بیشتر بر واکنش‌های هیجانی زوج‌ها در برابر تفاوت‌ها و تعارض‌های ناشی از آن تأکید دارد. در اصل هدف اصلی این نوع درمان، ایجاد پذیرش عاطفی زوج‌ها نسبت به تفاوت‌های فعلی موجود بین آنها و تفاوت‌هایی است که همواره می‌تواند وجود داشته باشد (کریستنسن و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها اثربخشی این رویکرد را در افزایش سازگاری زناشویی (کریستنسن و همکاران، ۲۰۱۰)، صمیمیت<sup>۴</sup> هیجانی و جنسی زوج‌ها (هویر، اوهان، رامبو و جاکوبی، ۲۰۰۹) و بهبود الگوهای ارتباطی (پرایسوتی و باراکا، ۲۰۱۳)، نشان داده است. همچنین اثربخشی این رویکرد بر غنی‌سازی روابط<sup>۵</sup> صمیمی زوج‌ها (مایرال، ۲۰۱۵)، صمیمیت و ارتباط سازنده (سوبرال، ماتوس و کاستا، ۲۰۱۴) و افزایش احساس امنیت<sup>۶</sup> و حمایت<sup>۷</sup> و در دسترس بودن (سوبرال و کاستا، ۲۰۱۵)، بررسی و تأیید شد. این زوج‌ها در پایان درمان، صمیمیت بیشتری پیدا کرده و ارتباط بهتری با هم داشتند.

با توجه به تحقیقات انجام شده به نظر می‌رسد از راه رشد عواطف، کاهش هیجان‌های منفی و سازماندهی رفتار و توجه به پویایی‌های درونی و بافت ارتباطی و سیستمی بتوان به زوج‌ها برای بهبود روابطشان کمک نمود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان (EFCT) و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر (IBCT) بر بازسازی الگوهای ارتباطی زوج‌های دارای تعارض زناشویی انجام شد. بر این اساس، فرضیه‌های پژوهش حاضر به این شکل مطرح شد:

۱- زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان (EFCT) در بازسازی

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی<sup>۸</sup> (SCED) که آزمایش تک آزمودنی<sup>۹</sup> هم گفته می‌شود (گال، بورگ و گال<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵/۱۳۸۶) استفاده شد. این طرح شامل طرح‌های AB، ABAB، خط پایه چندگانه<sup>۱۱</sup> و طرح‌های تغییر ملاک<sup>۱۲</sup> است (ریزوی و ناک<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از عباس‌پور، پورسردار، کرایبی و خسروانی شایان، ۱۳۹۴) که در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه استفاده می‌شود. این طرح پژوهشی امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم در طول درمان در آزمودنی‌ها و بین آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه را فراهم می‌کند (اندرسون و کیم<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۴). در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از معناداری بالینی<sup>۱۵</sup> استفاده شده است. معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌شود (اندرسون و کیم، ۲۰۰۳؛ به نقل از عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۴). دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی‌داری بالینی عبارتند از رویکرد شاخص تغییر پایا<sup>۱۶</sup> و رویکرد مقایسه هنجاری<sup>۱۷</sup>. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری<sup>۱۸</sup> یا تحلیل نمودار گرافیکی<sup>۱۹</sup>، بهبود تشخیصی<sup>۲۰</sup> استفاده به عمل آمد.

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زوج‌هایی بودند که به دلیل داشتن تعارضات زناشویی، در فاصله زمانی تابستان سال ۱۳۹۷ به مرکز مشاوره مهرآوران شهر اهواز مراجعه کرده بودند که از بین این افراد ۶ زوج بر اساس نمونه‌گیری هدفمند<sup>۲۱</sup> در دسترس<sup>۲۲</sup> انتخاب و در دو گروه (هر گروه ۳ زوج) زوج‌درمانی

8. single-case experimental design  
9. single subject experiment  
10. Gall, M. B., & Gall, J.  
11. multiple baseline  
12. changing criterion designs  
13. Rizvi, S., & Nock, M.  
14. Anderson, C. M., & Kim, C.  
15. clinical significance  
16. reliable change index  
17. normativ comparisons  
18. visual inspection  
19. graphic analysis  
20. diagnostic improvement  
21. purposive sampling  
22. available

1. tolerance  
2. affect  
3. emotional  
4. intimacy  
5. relationship enrichment  
6. safety  
7. protection



متمرکز بر هیجان (EFCT) و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر (IBCT)، گمارده شدند. ملاک‌های ورود افراد عبارت بودند از: (۱) وجود آشفتگی زناشویی بر اساس مصاحبه و نیز کسب نمره بین ۷۵ تا ۱۰۱ از مقیاس سازگاری زناشویی (DAS)، (۲) نداشتن سابقه اختلال روانی<sup>۱</sup> بر اساس مصاحبه بالینی، (۳) داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، (۴) داشتن سن حداقل ۲۵ سال و حداکثر ۴۵ سال، (۵) حداقل ۳ سال و حداکثر ۱۵ سال زندگی مشترک، (۶) رابطه فعلی اولین ازدواج هر زوج باشد و در زمان اجرای پژوهش با هم زندگی کنند. در گروه متمرکز بر هیجان سه نفر دیپلم و سه نفر دانش‌آموختگی دانشگاهی داشتند. سه نفر از آنها کارمند و سه نفر خانه‌دار بودند و دو نفر سابقه درمان (مشاوره) داشتند. میانگین سنی و طول مدت ازدواج آنها به ترتیب ۳۴/۹ و ۹ بود و در گروه رفتاری یکپارچه‌نگر سه نفر دیپلم و سه نفر دانش‌آموختگی دانشگاهی

داشتند. چهار نفر از آنها کارمند و دو نفر خانه‌دار بودند و سه نفر سابقه درمان (مشاوره) داشتند. میانگین سنی و طول مدت ازدواج آنها به ترتیب ۳۳/۳۱ و ۸/۶۶ بود. محتوی مداخلات انجام شده در گروه‌های زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان (جانسون، ۲۰۰۴) و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر (کریستنسن و جاکوبسون، ۲۰۰۰) در جدول ۱ ارائه شده است. برای تعیین خط پایه، هر زوج پرسشنامه الگوهای ارتباطی را ۲ تا ۴ بار و به فاصله زمانی سه روز تکمیل کردند. سپس درمان به مدت ۱۶ جلسه برای گروه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و ۱۶ جلسه برای گروه زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، ارائه شد. پس از ورود به درمان تمامی پرسشنامه‌ها در جلسات ۱، ۴، ۸، ۱۲ و بلافاصله پس از اتمام درمان تکمیل شد. به منظور پیگیری نیز افراد یک ماه پس از پایان جلسه آخر درمان، دو بار پرسشنامه را تکمیل کردند.

## جدول ۱

## محتوی جلسات زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و رفتاری یکپارچه‌نگر

رویکرد EFCT	رویکرد IBCT
جلسه اول: برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه با زوجها و انعقاد قرارداد درمانی، ایجاد اتحاد درمانی بین زوج و درمانگر در مورد اهداف درمانی.	جلسه اول: معارفه، خلاصه اطلاعات دموگرافیک، ارائه چشم‌انداز زوج‌درمانی، بیان اصول نشست‌های درمانی.
جلسه دوم و سوم: تلاش برای ایجاد و حفظ فضایی امن و تسلی‌بخش با هدف تسریع فرایند تغییر، فراهم کردن فضایی که زوجین بتوانند مشکلات زوجی را چیزی معمولی در روابط زناشویی در نظر بگیرند. ارزیابی تاریخچه دل‌بستگی و صمیمیت مراجعان و فرضیه‌سازی درباره آسیب‌پذیری و موضوعات دل‌بستگی هر یک از زوجها.	جلسه دوم و سوم: برگزاری جلسات فردی با زوجین، بیان اصول رازداری، فرارفتن از مشکلات کنونی بر اساس سنجه‌ها و مصاحبه نخست، بررسی مسائل مربوط به خشونت و تعهد، بررسی تاریخچه خانواده اصلی، بررسی تاریخچه ارتباط.
جلسه چهارم: فراخوانی و کشف کردن، سعی در ارتقاء بازخوانی مجدد تجارب زوجین، تشویق زوجین به بیان هیجانات و آگاهی از حس جسمانی حوادثی که قبلاً سرکوب و انکار شده‌اند، گوش دادن لحظه به لحظه به ابراز کلامی و هیجانی زوجین.	جلسه چهارم: ارائه بازخورد به زوجین، ارائه چشم‌انداز و فرمول‌بندی مشکلات، مشخص کردن موضوعات و زمینه‌های مشکل‌ساز عمده.
جلسه پنجم: ترسیم موضوعات تعارض برانگیز و نارضی کننده بین همسران و تمرکز بر رفع آنها، گوش دادن و کشف روایت‌های زوجین از مشکلات موجودشان.	جلسه پنجم: پیدا کردن نقاط قوت رابطه، بحث بر سر فرمول‌بندی درمانگر و همخوانی آن با نظر زوجین.
جلسه ششم و هفتم: افزایش دانش در مورد احساسات زیربنایی موقعیت‌های تعاملی و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی، شناسایی جنبه‌های درناک تجارب زوجین، مشاهده سبک پردازش موضوعات هیجانی زوجها.	جلسه ششم و هفتم: بحث درباره الگوهای تعامل، ارائه مداخلاتی برای جلوگیری، قطع کردن، جهت‌دهی دوباره و یا محدود کردن تعاملات مشکل‌ساز. مداخلات مبتنی بر هیجان (الحاق هم‌دلانه): گوش دادن به جزئیات موجود در تعاملات زوجین، فرمول‌بندی موردی مجدد مشکلات زوجین.

## ادامه جدول ۱

جلسه هشتم و نهم: افزایش تشخیص و شناسایی نیازها و جنبه‌های خود ابراز نشده، پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط زوج‌ها، بیان انتظارات خود از طرف مقابل. جلسه دهم: افزایش پذیرش هر یک از همسران نسبت به ادراک تجربه همسرش. ارتباطی.	جلسه هشتم: تشویق زوجین با استفاده از تکنیک‌های پذیرش تا زوجین بتوانند از مشکلاتشان به درجاتی فاصله هیجانی پیدا کنند. جلسه نهم و دهم: مداخلات مبتنی بر رفتار (با هدف تغییر رفتار): اجرای دوباره تعاملات در جلسه، مبادله رفتار، تمرین مهارت‌های ارتباطی.
جلسه یازدهم، دوازدهم و سیزدهم: ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه، برون‌ریزی هیجانات ثانویه، پرداختن به هیجانات اولیه و قاب‌گیری مجدد به مشکل، تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی.	جلسه یازدهم و دوازدهم: مداخلات مبتنی بر رفتار (با هدف تغییر رفتار): اجرای دوباره تعاملات در جلسه، تمرین مهارت‌های حل مسئله.
جلسه چهاردهم: شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوج‌ها به الگوی ایمن در روابطشان و افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت‌های تعاملی جدید و تشویق زوجین به تازه نگه داشتن پیوند ایمنشان	جلسه سیزدهم و چهاردهم: مداخلات مربوط به ایجاد تحمل: تمرین رفتارهای منفی، لیست کردن اقداماتی برای خود مراقبتی.
جلسه پانزدهم: تسهیل پدیدآیی راه‌حل‌های تازه برای مشکلات قدیم، تقویت و تثبیت مواضع تازه‌ای که همسران نسبت به هم نشان می‌دهند. استفاده زوجین از مهارت‌هایشان در زمینه حل مسئله.	جلسه شانزدهم و شانزدهم: مداخلات مربوط به ایجاد تحمل: تظاهر به رفتارهای منفی در محیط خانه، افزایش تحمل از طریق خویش‌نگری، جمع‌بندی، کمک به زوج برای کنار آمدن با عوامل فشارزا.

## ابزار سنجش

**پرسشنامه الگوهای ارتباطی (CPQ).** پرسشنامه الگوهای ارتباطی<sup>۱</sup>، پرسشنامه‌ای ۳۵ ماده‌ای است که توسط کریستنسن و سالووی (۱۹۸۴) به منظور بررسی الگوهای ارتباطی متقابل زوجین ساخته شده است. این پرسشنامه رفتارهای همسران را در ۳ مرحله از تعارض زناشویی شرح داده است. این مراحل عبارتند از: ۱- هنگامی که مشکلی در روابط زوجین به وجود می‌آید. این مرحله از تعارض دارای ۴ ماده است؛ ۲- مدت زمانی که درباره مشکل ارتباطی بحث می‌شود که ۱۸ ماده دارد و ۳- بعد از بحث درباره مشکل ارتباطی که این مرحله از ۱۳ ماده تشکیل شده است. پاسخ‌دهندگان مطابق یک مقیاس لیکرتی ۹ گزینه‌ای (از کاملاً ناممکن است تا کاملاً ممکن است) به ماده‌ها پاسخ می‌دهند (کریستنسن و سالووی، ۱۹۸۴). پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس الف: ارتباط سازنده متقابل، ب: ارتباط توقع/کناره‌گیری و ج: ارتباط اجتناب

متقابل است. زیرمقیاس دوم شامل دو قسمت مرد توقع/زن کناره‌گیر و زن توقع/مرد کناره‌گیر است. عبادت‌پور (۱۳۷۹)؛ به نقل از صمدزاده، شعیری، مهدویان و جاویدی، (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ<sup>۲</sup> را برای الگوهای ارتباط سازنده متقابل ۵ سوال، ۰/۷۰، ارتباط توقع/کناره‌گیری ۰/۶۶، مرد توقع/زن کناره‌گیر ۰/۵۲، زن توقع/مرد کناره‌گیر ۰/۵۱ و ارتباط اجتناب متقابل ۰/۷۱ برآورد نموده است. صمدزاده و همکاران (۱۳۹۴)، در جمعیتی ۴۰۱ نفری از کارمندان متأهل (۱۴۸ زن، ۲۵۳ مرد) روایی<sup>۳</sup> و پایایی<sup>۴</sup> پرسشنامه الگوهای ارتباطی را بررسی کردند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶، ضریب آلفای کرونباخ با استفاده از روش دونیمه‌کردن<sup>۵</sup> برابر با ۰/۶۵ و ضریب پایایی بازآزمایی<sup>۶</sup> این ابزار ۰/۷۶ و ضریب اسپیرمن براون<sup>۷</sup> ۰/۷۹ محاسبه شد. به منظور بررسی روایی همگرا<sup>۸</sup> از پنج پرسشنامه پرخاشگری باس و پری<sup>۹</sup>، مقیاس رضایت زناشویی اینریچ<sup>۱۰</sup>، مقیاس سازگاری زوجی اسپاینر<sup>۱۱</sup>، مقیاس عاطفه مثبت-منفی<sup>۱۲</sup>

2. Cronbach alpha
3. validity
4. reliability
5. split-half method
6. test- retest
7. Spearman- Brown formule
8. convergent validity
9. Buss and Perry Aggression Questionnaire (BPAQ)
10. Enrich Marital Satisfaction Scale (EMS)
11. Spanier Dyadic Adjustment Scale (DAS)
12. Positive and Negative Affect Scale (PANAS)

1. Communication Pattern Questionnaire (CPQ)

واتسون، کلارک و تیلگان<sup>۱</sup> و مقیاس حرمت نفس آیزنگ<sup>۲</sup>، استفاده شد (صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۴).

### یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر آزمون تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر بازسازی الگوهای ارتباطی زوجین دارای تعارض زناشویی بود. نتایج جدول ۲ نشان داد مقادیر شاخص تغییر پایا به‌دست‌آمده زوج اول در مرحله پس از درمان در زیرمقیاس‌های سازنده متقابل، توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل به‌ترتیب، ۱/۹۶، ۱/۷۷ و ۱/۹۸ و در مرحله پس از پیگیری ۱/۸۸، ۱/۷۳ و ۱/۹۸ است که به دلیل بالا بودن مقادیر شاخص تغییر پایا زوج سوم در زیرمقیاس‌های سازنده متقابل و اجتناب متقابل از ارزش  $Z$  (۱/۹۶) می‌توان از لحاظ آماری معنادار بودن این یافته‌ها را در تأیید نتیجه ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۴) ملاحظه کرد. همچنین درصد بهبودی این سه زوج در مرحله درمان به‌ترتیب، ۵۱/۵۷، ۵۳/۶۷ و ۴۶/۷۴ و مرحله پیگیری به‌ترتیب، ۵۵/۴۳، ۵۸/۸۵ و ۴۵/۵۳ است. همچنین بالا (سازنده متقابل) و پایین بودن (توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل) نمرات زوج اول، دوم و سوم از نقطه برش<sup>۵</sup> زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تغییرات از نظر بالینی معنادار است.

### جدول ۲

نمرات شرکت‌کنندگان در پرسشنامه الگوهای ارتباطی در سه مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری در گروه متمرکز بر هیجان

مرحله درمان		زوج اول		زوج دوم		زوج سوم		
خط پایه								
سازنده	توقع/کناره‌گیر	اجتناب	سازنده	توقع/کناره‌گیر	اجتناب	سازنده	توقع/کناره‌گیر	اجتناب
۱۸٫۵	۳۰	۲۱٫۵	۱۸٫۵	۲۷٫۵	۲۱	۱۹٫۵	۲۸	۲۰
۱۹	۲۹	۲۲	۱۷	۲۹	۲۱	۱۸	۲۸	۱۹٫۵
-	-	-	۱۸	۲۸	۲۰	۱۷	۲۷	۲۱
-	-	-	-	-	-	۱۹	۲۷	۲۰
۱۸٫۷	۲۹٫۵	۲۱٫۷	۱۷٫۸	۲۸٫۲	۲۰٫۸	۱۸٫۳	۲۷٫۵	۲۰٫۱۲
درمان								
۲۰	۲۹	۲۱	۱۸	۲۷	۲۰	۱۹	۲۷	۲۰
۲۱	۲۷	۱۹	۲۰	۲۵٫۵	۱۸	۱۹	۲۵٫۵	۱۹
۲۳	۲۳	۱۷	۲۳٫۵	۲۲	۱۵٫۵	۲۳	۲۲	۱۷
۲۷	۱۹	۱۴	۲۷٫۵	۱۷	۱۲	۲۷٫۵	۱۷	۱۳٫۵
۳۰	۱۵	۱۱	۲۹	۱۴٫۵	۱۰٫۵	۲۹٫۵	۱۵٫۵	۱۳
۲۴	۲۲	۱۶	۲۳٫۶	۲۱٫۲	۱۵٫۲	۲۳٫۶	۲۱٫۴	۱۶٫۵
۱/	۲/۰	۲/۱	۱/۹۶	۲/۰۲	۲/۸۶	۱/۹۶	۱/۷۷	۱/۹۸

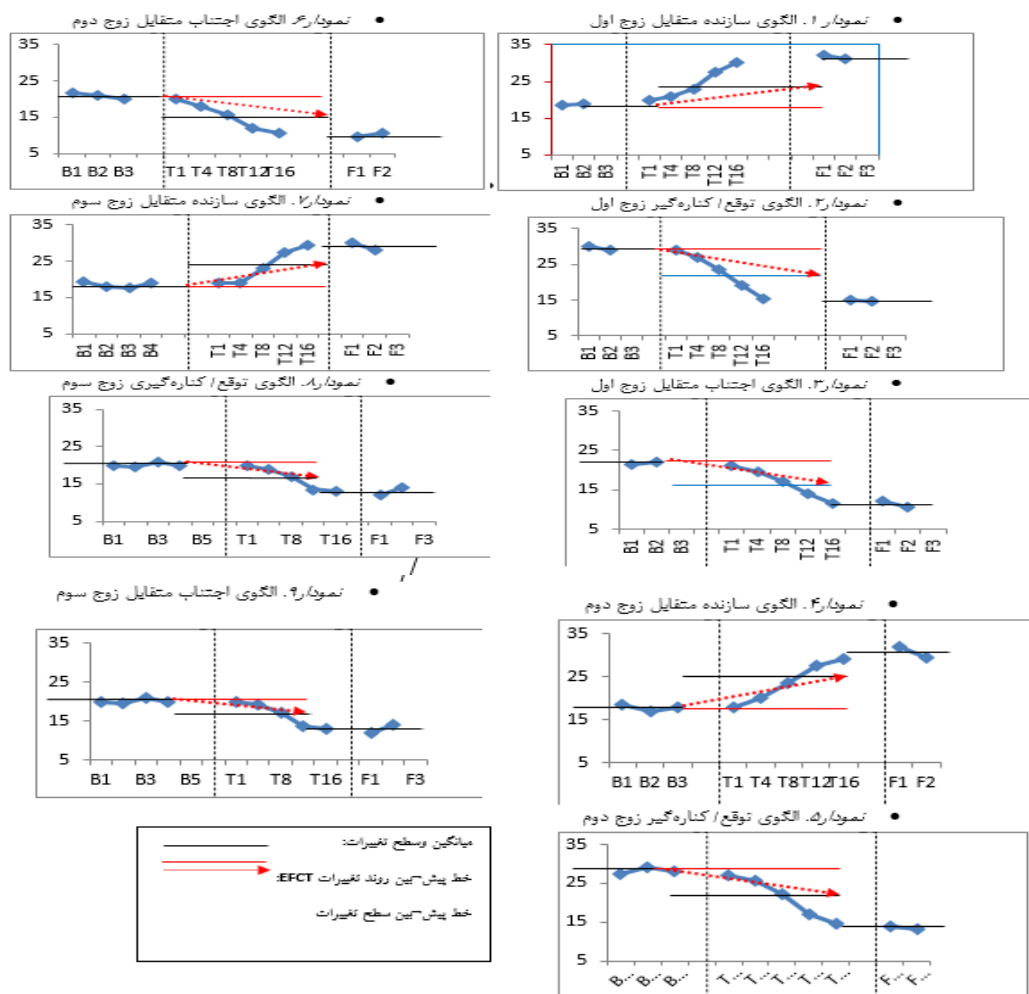
5. cut of point

1. Watson, C. L., Clark, L. A., & Tellegen, A.
2. Eyzek Self-esteem Scale
3. conservative dual- criterion
4. Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E.

ادامه جدول ۲

۳۵/۳۹	۴۳/۶۴	۶۱/۲۰	۴۹/۵۲	۴۸/۵۸	۶۲/۹۲	۴۷/۲۵	۴۷/۴۶	۶۰	درصد بهبودی
۴۶/۷۴				۵۳/۶۷			۵۱/۵۷		
									درصد بهبودی کلی
پیگیری									
۱۲	۱۴/۵	۳۰	۹,۵	۱۴	۳۲	۱۲	۱۵	۳۲	پیگیری نوبت اول
۱۴	۱۷	۲۸	۱۰/۵	۱۳	۲۹/۵	۱۰/۵	۱۴/۵	۳۱	پیگیری نوبت دوم
۱۳	۱۵/۷۵	۲۹	۱۰	۱۳/۵	۳۰/۷	۱۱/۲۵	۱۴/۷	۳۱/۵	میانگین مرحله
۱/۹۸	۱/۷۳	۱/۸۸	۳	۲/۱۶	۲/۲۷	۲/۹۴	۲/۱۷	۲/۲۴	شاخص تغییر پایا
۳۵/۳۹	۴۳/۷۳	۵۸/۴۶	۵۱/۹۳	۵۲/۱۴	۷۲/۴۸	۴۸/۳	۵۰	۶۸	درصد بهبودی
۴۵/۵۳				۵۸/۸۵			۵۵/۴۳		
									درصد بهبودی کلی
۵۳/۲۷									

برای بررسی بهتر یافته‌های گروه زوج درمانی متمرکز بر هیجان، نمره‌های الگوهای ارتباطی در زیرمقیاس‌های سازنده متقابل، توقع/کناره‌گیر و اجتناب متقابل بر روی نمودار ۱ تا ۹ نشان داده شده است.



نمودار ۱-۹. روند تغییر نمره‌های مقیاس الگوهای ارتباطی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری سه زوج گروه درمان EFCT

جدول ۳

نمرات شرکت‌کنندگان در پرسشنامه الگوهای ارتباطی در سه مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری در گروه رفتاری یکپارچه‌نگر

مرحله درمان	زوج چهارم			زوج پنجم			زوج ششم		
	سازنده	توقع/کناره‌گیر	اجتناب	سازنده	توقع/کناره‌گیر	اجتناب	سازنده	توقع/کناره‌گیر	اجتناب
خط پایه اول	۱۸	۳۲	۲۱	۲۷	۱۹	۱۵/۵	۲۹	۲۱	۲۱
خط پایه دوم	۱۸/۵	۳۱	۲۰/۵	۲۵/۵	۲۰	۱۷	۳۰	۲۱/۵	۲۱/۵
خط پایه سوم	-	-	-	۲۶	۱۹	۱۶	۳۰	۲۲	۲۲
خط پایه چهارم	-	-	-	-	-	۱۷	۲۹	۲۲	۲۲
میانگین مرحله	۱۸/۲۵	۳۱/۵	۲۰/۱۸	۲۶/۱	۱۹/۳	۱۶/۳۷	۲۹/۵	۲۱/۶	۲۱/۶
درمان									
جلسه اول	۱۸/۵	۳۰	۲۰	۲۶	۱۸	۱۷	۲۹	۲۲	۲۲
جلسه چهارم	۱۹/۵	۲۸/۵	۲۰	۲۵	۱۶	۱۶/۵	۲۸/۵	۲۳	۲۳
جلسه هشتم	۲۲	۲۶	۱۷/۵	۲۲/۵	۱۵/۵	۱۹	۲۶	۱۹	۱۹
جلسه دوازده	۲۶/۵	۲۱	۱۴	۱۷	۱۲/۵	۱۹	۲۴	۱۷/۵	۱۷/۵
جلسه شانزده	۲۹/۵	۱۷/۵	۱۲/۵	۱۵/۵	۱۱/۵	۲۰	۲۲/۵	۱۶/۵	۱۶/۵
میانگین مراحل	۲۲/۳	۲۴/۶	۱۶/۸	۲۷/۲	۲۱/۲	۱۴/۷	۱۸/۳	۱۹/۶	۱۹/۶
شاخص تغییر پایا	۱/۹۸	۲/۰۶	۲/۳۰	۱/۹۷	۱/۵۶	۲/۱۷	۰/۶۴	۱/۴۳	۱/۴۳
درصد بهبودی	۶۱/۶۵	۴۴/۴۵	۳۹/۹۰	۵۲/۵۸	۴۰/۶۱	۴۰/۴۱	۲۲/۱۷	۲۳/۷۲	۲۳/۷۲
درصد بهبودی کلی	۴۸/۶۶	۴۴/۴۵	۳۹/۹۰	۴۴/۵۳	۳۸/۸۰	۲۳/۲۰	۲۳/۷۲	۲۳/۷۲	۲۳/۷۲
پیگیری									
پیگیری نوبت اول	۳۰	۱۸	۱۲	۳۳/۵	۱۵	۱۱/۵	۲۱	۲۱/۵	۱۶
پیگیری نوبت دوم	۳۱/۵	۱۷	۱۰/۵	۳۴/۵	۱۳/۵	۱۰/۵	۱۸/۵	۲۴/۵	۱۸
میانگین مرحله	۳۰/۸	۱۷/۵	۱۱/۲۵	۳۴	۱۴/۲۵	۱۱	۱۹/۷	۲۳	۱۷
شاخص تغییر پایا	۲/۲۰	۲/۰۶	۲/۶۵	۲/۲۳	۱/۷۴	۲/۳۱	۰/۵۹	۰/۹۶	۱/۲۹
درصد بهبودی	۶۸/۷۷	۴۴/۴۴	۴۵/۹۱	۵۹/۶۲	۴۵/۴۰	۴۳/۰۱	۲۰/۳۴	۲۲/۰۳	۲۱/۴۱
درصد بهبودی کلی	۵۳/۰۴	۴۴/۴۴	۴۵/۹۱	۴۹/۳۴	۴۱/۲۱	۲۱/۲۶	۲۰/۳۴	۲۲/۰۳	۲۱/۴۱

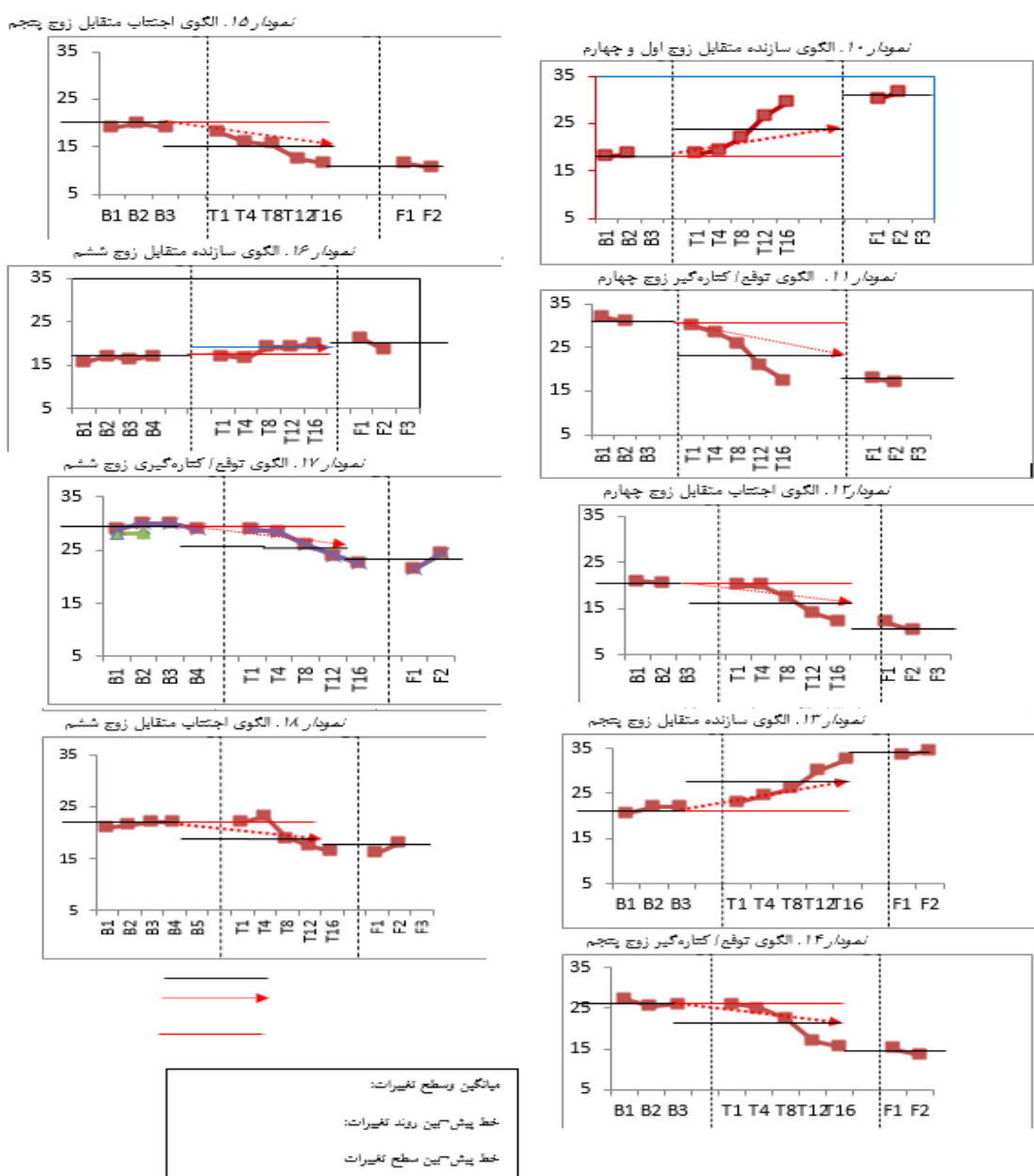
نتیجه ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۴) ملاحظه کرد. همچنین نتایج جدول ۳ نشان داد مقادیر شاخص تغییر پایا به‌دست آمده زوج چهارم در مرحله پس از درمان در زیرمقیاس‌های سازنده متقابل، توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل به‌ترتیب، ۱/۹۸، ۲/۰۶ و ۲/۳۰ و در مرحله پس از پیگیری به‌ترتیب، ۲/۲۰، ۲/۰۶ و ۲/۶۵ است که در سطح آماری  $p < ۰/۰۵$  معنادار هستند. افزون بر این نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد مقادیر شاخص تغییر پایا به‌دست آمده زوج پنجم در مرحله پس از درمان در زیرمقیاس‌های سازنده متقابل، توقع/

نتایج جدول ۳ نشان داد مقادیر شاخص تغییر پایا به‌دست آمده برای زوج ششم در مرحله پس از درمان در زیرمقیاس‌های سازنده متقابل، توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل، به‌ترتیب ۰/۶۴، ۱/۰۳ و ۱/۴۳ و در مرحله پس از پیگیری ۰/۵۹، ۰/۹۶ و ۱/۲۹ است که این مقادیر در سطح آماری  $p < ۰/۰۵$  معنادار نیست. همچنین درصد بهبودی کلی زوج ششم در مرحله پس از درمان ۲۳/۲۰ و در مرحله پس از پیگیری ۲۱/۲۶ است. بنابراین به دلیل پایین بودن مقادیر شاخص تغییر پایا در زوج ششم گروه زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر از ارزش  $Z (۱/۹۶)$  می‌توان از لحاظ آماری معنادار نبودن این یافته‌ها را در تأیید

به ترتیب، ۴۸/۶۶ و ۴۴/۵۳ و مرحله پس از پیگیری به ترتیب، ۵۳/۰۴ و ۴۹/۳۴ است.

برای بررسی بهتر یافته‌های گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، نمره‌های الگوهای ارتباطی در زیرمقیاس‌های سازنده متقابل، توقع/کناره‌گیر و اجتناب متقابل بر روی نمودار ۱۰ تا ۱۸ نشان داده شده است.

کناره‌گیری و اجتناب متقابل به ترتیب، ۱/۹۷، ۱/۵۶ و ۲/۱۷ و در مرحله پس از پیگیری ۲/۲۳، ۱/۷۴ و ۲/۳۱ است. این مقادیر نیز در سطح آماری  $p < 0.05$  در زیرمقیاس سازنده متقابل و اجتناب متقابل معنادار هستند. افزون بر این درصد بهبودی کلی زوج چهارم و پنجم نیز در مرحله پس از درمان



نمودار ۱۰-۱۸. روند تغییر نمره‌های مقیاس الگوهای ارتباطی در مراحل خط‌پایه، مداخله و پیگیری سه زوج گروه درمان IBCT

و پایین (توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل) خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارد. همچنین بر اساس درصد بهبودی کلی شش زوج گروه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در مرحله درمان و پیگیری و با مبنا قرار دادن نظر بلانچارد<sup>۲</sup> (به نقل از عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۴) می‌توان گفت که زوج‌های گروه متمرکز بر هیجان در مرحله درمان و پیگیری به ترتیب با ۵۰/۶۶ و ۵۳/۲۷ درصد میزان بهبودی، در طبقه موفقیت درمانی قرار می‌گیرد؛ که این میزان بهبودی در زوج‌های گروه زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در مرحله درمان و پیگیری به ترتیب ۳۸/۸۰ و ۴۱/۲۱ درصد بوده است و بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (به نقل از عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۴) در طبقه بهبودی اندک قرار می‌گیرد. بنابراین نتایج حاکی از موفقیت زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در بهبود و بازسازی الگوهای ارتباطی این شش زوج بوده است.

### بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر بازسازی الگوهای ارتباطی زوج‌های دارای تعارض زناشویی انجام شد. بررسی نتایج نشان داد که میانگین متغیر الگوهای ارتباطی پس از اتمام مراحل درمان برای همه زوج‌های شرکت‌کننده نسبت به مرحله خط پایه بهبود پیدا کرده است. در واقع هر دو روش درمانی در بهبود الگوهای ارتباطی زوجین مؤثر بوده‌اند. این نتایج با مطالعات ولج و همکاران (۲۰۱۹)، ویتنبورن و همکاران (۲۰۱۸)، مک‌کینن و گرینبرگ (۲۰۱۷) که اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار را در حل مشکلات زوجین به اثبات رساندند، همسو است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان داد که الگوی زوج‌درمانی هیجان‌مدار توانسته است تعارضات زناشویی را کاهش داده و باعث بهبود الگوهای ارتباطی زوجین شود. همچنین ویب و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی میزان پایداری درمان متمرکز بر هیجان بر سازگاری زناشویی و تغییر سبک‌های تعاملی، نشان دادند درمان متمرکز بر هیجان موجب بهبود رفتار سازگاران در زوج‌ها و کاهش سطح اضطراب و گرایش‌های دلبستگی اجتنابی زوج‌ها شده است. از طرفی یافته‌های به‌دست آمده با نتایج مطالعات سوپرآل و

نمودار ۱ تا ۹ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های الگوهای ارتباطی هر سه زوج گروه متمرکز بر هیجان، شامل زوج اول، دوم و سوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه در زیرمقیاس‌های (سازنده متقابل، توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل) بهبود پیدا کرده است. بر اساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه<sup>۱</sup> (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۴)، به دلیل بالا (سازنده متقابل) و پایین بودن (توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل) تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۵ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) در زیرمقیاس‌های پرسشنامه الگوهای ارتباطی در بالا (سازنده متقابل) و پایین (توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل) خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در سه زوج گروه متمرکز بر هیجان، تغییر حاصله تصادفی نیست و نتیجه مداخله درمانی و معنادار است. شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و نمودار گرافیکی نشان می‌دهد که هر سه زوج شرکت‌کننده گروه متمرکز بر هیجان، تغییرات معنادار در بازسازی الگوهای ارتباطی را نشان داده‌اند. همچنین نمودار ۱۶ تا ۱۸ نشان می‌دهد، بر اساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۴)، به دلیل پایین بودن تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۴ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) در زیرمقیاس‌های سازنده متقابل، توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل در بالا (سازنده متقابل) و پایین (توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل) خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در زوج ششم، تغییر حاصله در این زوج تصادفی است و نتیجه مداخله درمانی نبوده و معنادار نیست. شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و نمودار گرافیکی نشان می‌دهد که سه زوج شرکت‌کننده گروه رفتاری یکپارچه‌نگر، دو زوج تغییرات معنادار در بازسازی الگوهای ارتباطی را نشان داده‌اند. همچنین نمودار ۱۰ تا ۱۵ نشان می‌دهد علاوه بر این که میانگین و سطح نمره‌های الگوهای ارتباطی زوج چهارم و پنجم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه در زیرمقیاس‌های پرسشنامه الگوهای ارتباطی، افزایش (سازنده متقابل) و کاهش (توقع/کناره‌گیری و اجتناب متقابل)، پیدا کرده است، تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۵ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) زوج چهارم و پنجم نیز در بالا (سازنده متقابل)

2. Blanchard, E., B.

1. conservative dual- criterion

یکدیگر پاسخگوتر خواهند بود و رضایت و سازگاری بیشتری را تجربه خواهند کرد (جانسون، ۲۰۰۴).

نتایج نشان داد در گروه متمرکز بر هیجان، کمترین میزان بهبودی در متغیر الگوهای ارتباطی مربوط به زوج سوم و بیشترین میزان بهبودی را زوج دوم به دست آوردند. نکته قابل توجه درباره زوج سوم اینست که در پایان مرحله پیگیری در متغیر الگوهای ارتباطی میزان بهبودی کاهش یافته است. در تبیین افت زوج سوم در مرحله پیگیری نسبت به جلسه آخر درمان می‌توان گفت، این زوج (به خصوص زن) در مرحله دوم پیگیری به علت بیماری فرزند به شدت تحت فشار روانی قرار داشت و از سوی دیگر به علت رخ دادن این واقعه از طرف خانواده همسر (مرد) نیز مورد سرزنش و شماتت قرار گرفته بود. با این‌که واقعه بیماری فرزند در مرحله دوم پیگیری اتفاق افتاده بود اما بررسی دقیق‌تر نشان داد که این زوج نتوانسته‌اند در روبرو شدن با وقایع استرس‌زای زندگی مهارت‌های مقابله‌ای<sup>۱</sup> را در خود پرورش دهند و از طرفی شدت دخالت‌های دخالت‌های خانواده همسر (مرد) در زندگی زوج سوم در بازه زمانی مرحله دوم پیگیری - که به علت سطح تمایز یافتگی پایین مرد نسبت به خانواده اصلی‌اش بود- از دیگر عوامل مؤثر بر کاهش نمرات زوج سوم در مرحله دوم پیگیری بود. در این خصوص واترز و کراسک (۲۰۰۵) بر این عقیده‌اند که وقایع استرس‌زای زندگی باعث می‌شود زوج‌ها دستاوردهایی را که از تکنیک‌های درمانی به دست آورده‌اند، از دست بدهند. در گروه متمرکز بر هیجان، زوج اول و دوم علاوه بر این متغیر، در اکثر هدف‌های درمانی میزان بهبودی بالایی را نشان داده‌اند. در تبیین این مورد باید گفت زوج اول و دوم از سطح انتظار مثبت و واقع‌بینانه از درمان برخوردار بودند و این عامل خود یکی از تأثیرگذارترین عوامل در نتایج زوج‌درمانی است. همان‌طوری که پروچاسکا و نورکراس (۲۰۱۳)؛ به نقل از ایمانی، (۱۳۹۱) از بررسی ۱۵۰ مطالعه نتیجه گرفتند که هر چه انتظار مراجع از نتایج درمان بیشتر باشد، درمان بیشتر و بهتر نتیجه خواهد داد.

اگرچه زوج‌های گروه رفتاری یکپارچه‌نگر نسبت به زوج‌های گروه متمرکز بر هیجان بهبودی کمتری را گزارش کردند، اما نتایج نشان داد که میزان نمره الگوهای ارتباطی در گروه رفتاری یکپارچه‌نگر نسبت به خط پایه افزایش یافته بود، که

کاستا (۲۰۱۵)، هویر و همکاران (۲۰۰۹)، در اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در درمان مشکلات ارتباطی زوجین و افزایش سازگاری زناشویی زوجها و همچنین با پژوهش‌های پرایسوتی و باراکا (۲۰۱۳)، کریستنسن و همکاران (۲۰۱۰) که نشان دادند رویکرد رفتاری یکپارچه‌نگر در درمان مشکلات ارتباطی زوجین کارآمد است، همسو است. این زوجها در پایان درمان، به‌طور معناداری ارتباط صمیمی بیشتری پیدا کرده و پذیرش هیجانی بیشتری نسبت به هم داشتند.

در تبیین این نتایج با استفاده از رویکرد متمرکز بر هیجان، جانسون (۲۰۰۴) معتقد است که آشفتگی در روابط زوجین نتیجه شکست دلبستگی در روابطی است که یک یا هر دو زوج به دنبال تکیه‌گاهی ایمن در روابطشان باشند. هنگامی که تکیه‌گاه امنی برای همسر در یک رابطه وجود ندارد، ممکن است رفتارهای دلبستگی مانند اعتراض کردن، چسبیدن و کناره‌گیری کردن یا اغراق ایجاد شود. این فرایند تا زمانی که هیچ یک از زوجین برای دیگری پاسخگو و در دسترس نباشد، ادامه می‌یابد (جانسون، ۲۰۰۷). در روابط زوجین هماهنگی و حساس بودن نسبت به همسری که هیجانات را تجربه و بیان می‌کند، باید وجود داشته باشد. این هماهنگی می‌تواند در بروز رفتارهایی که بیان‌کننده تلاش فرد برای سهمیم شدن در تجارب دیگری است نشان داده شود. اما عدم هماهنگی ناشی از سبک‌های دلبستگی نایمن، موجب اجتناب از درگیر شدن زوجین می‌شود. وقتی احساس امنیت، خدشه‌دار شده و به خطر افتد، افراد فعالیت‌هایی را انجام داده یا تجربه می‌کنند که در سطح شناختی، عاطفی و رفتاری به ارتباط آسیب می‌رساند (جانسون، ۲۰۰۴). بنابر دیدگاه متمرکز بر هیجان، درمانگر در فرایند درمان برای اصلاح این الگوی معیوب از هیجانات و عواطف به‌عنوان یک عامل کلیدی برای تنظیم روابط یاد می‌کند و با راهبردهای هیجانی به زوجین کمک می‌کند تا بتوانند بر هیجانات خود تمرکز کرده، از آنها آگاهی پیدا کنند، هیجانات خود را بپذیرند و تجارب هیجانی جدیدی را ایجاد کنند (جانسون، ۲۰۰۴). بنابراین در نتیجه به آگاهی رساندن و تجربه هیجانات نابهنجار و پذیرش هیجانات بهنجار، زوجین به سطحی از امنیت رسیده که در پی آن با اعتماد بیشتری نسبت به یکدیگر به بیان نیازها و خواسته‌های دلبستگی خود پرداخته و در عین حال در روابطشان برای



می‌تواند یکی از دلایل این میزان بهبودی در این دو زوج باشد؛ به طوری که حمیدپور (۱۳۷۹)؛ به نقل از ایمانی، (۱۳۹۱) نشان دادند که همکاری نکردن در انجام تکالیف خانگی منجر به نتیجه نگرفتن از نتایج روان‌درمانی می‌شود. همچنین در تبیین احتمالی دیگری می‌توان گفت، این دو زوج (چهارم و پنجم) تفکر سنتی کمتری نسبت به زوج ششم داشتند. در زوج‌های سنتی، وظایف بر اساس تصور قالبی در جنسیت اختصاص داده می‌شود درحالی‌که در زوج‌های غیرسنتی وظایف بر اساس سیستمی که کمتر به هنجارهای فرهنگی نزدیک است تقسیم می‌شود (کریستنسن و جاکوبسون، ۲۰۰۰).

دستاوردها و پیامدهای این پژوهش در سطح نظری می‌توانند به شناخت بهتر درمان‌های موثر بر مشکلات زناشویی کمک کنند و با تبیین نحوه اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر به زوجینی که از مشکلات ارتباطی رنج می‌برند، کمک کند. از طرفی با تبیین اثربخشی این درمان‌ها بر ارتباطات زناشویی، به گسترش دانش، مفاهیم و مدل‌های موجود در این زمینه کمک کنند و راه‌گشای پژوهش‌های جدیدتر به‌منظور گسترش زوج‌درمانی باشند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌توانند مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه‌های درمانی برای کمک به زوجینی که مشکلات ارتباطی دارند، فراهم کند. این پژوهش با محدودیت‌هایی همچون دردسترس بودن آزمودنی‌ها، تعداد محدود شرکت‌کنندگان در طرح، که ناشی از محدودیت‌های روش‌شناختی طرح تک‌موردی است، مواجه بود و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد؛ بنابراین به لحاظ روش‌شناختی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های آزمایشی حقیقی میان آزمودنی‌ها، از جمله طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر، به ارزیابی دقیق‌تر روایی این درمان‌ها در بهبود الگوهای ارتباطی و صمیمیت زوج‌ها پرداخته شود.

نشان از مؤثر بودن این درمان در زوج‌های دارای تعارض زناشویی است. با مینا قراردادادن نظر بلانچارد (به نقل از عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۴)، می‌توان گفت زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در زوج‌های چهارم و پنجم با موفقیت درمانی مواجه بوده است؛ اما در خصوص زوج ششم این شرایط از روند پایین‌تری همراه بوده است. در تبیین کارآمدی زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر متغیر الگوهای ارتباطی می‌توان گفت، عامل پیدایش اختلال در ارتباط زوجین ممکن است ناشی از عوامل گوناگونی مانند پریشانی هیجانی، اسنادهای غلط، باورها و رفتارهای اشتباه، اسطوره‌ها و جزء آن باشد که می‌توان با آموزش‌های مناسب این کاستی‌ها را رفع کرد و روابط را بهبود بخشید (گورمن و جاکوبسون، ۲۰۱۵). از آنجا که تأکید IBCT بر به‌کارگیری اصول درمان رفتاری مانند تبادل رفتار، تقویت رفتارهای مثبت و تنبیه رفتارهای ناشایست، اصلاح رفتار و جلوگیری از شکل‌گیری تعامل نامناسب زوج‌ها است، موجب می‌شود تعارض زوج‌ها کاهش و روابط آنها بهبود یابد (کریستنسن و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین ایجاد فضایی امن برای پرسش و پاسخ بین زوج‌ها و تمرکز بر رفتارهای کارآمد و به دور از ابهام می‌تواند زوج‌ها را از لحاظ عاطفی به هم نزدیک کند (کریستنسن و جاکوبسون، ۲۰۰۰). در این پژوهش زوج‌ها با کسب مهارت‌های ارتباطی درست، توانستند رفتارهای ارتباطی مناسب را توسعه دهند و روابط زناشویی خود را بهبود بخشند. استفاده از تکنیک‌های آموزش تبادلات رفتاری نظیر تمرین تقویت رفتار همسر و نوشتن رفتارهایی که همسر را خوشحال می‌کند (جلسه دوازدهم درمان)، آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله نظیر تمرین تقویت رفتار همسر و گوش‌دادن فعال در خانه (جلسات سیزدهم و پانزدهم درمان) موجب شد زوج چهارم و پنجم به‌طور معنادار و پایدار، بهبود در الگوهای ارتباطی را شاهد باشند. در تبیین میزان بهبودی زوج چهارم و پنجم نسبت به زوج ششم باید گفت این دو زوج در انجام تکالیف خانگی نهایت همکاری را با درمانگر نشان دادند. این امر

علمی- پژوهشی مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳، ۱۵۰-۱۲۴.

عباس‌پور، ذ.، پورسردار، ف.، کرایبی، ا.، و خسروانی شایان، م. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور بر علائم افسردگی نوجوانان. *مجله روانشناسی خانواده*، ۲، ۶۸-۷۸.

کریمیان، ن.، زارعی، ا.، محمدی، ک.، و کریستنسن، آ. (۱۳۹۶). مقایسه و اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد بر بهبود آشفتگی زناشویی زوجین متعارض شهر سمنان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷، ۱۳۲-۱۱۱.

گال، م.، بورگ، و گال، ج. (۱۹۹۵). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. مترجمان: احمدرضا نصر، حمید رضا عریضی، محمود ابوالقاسمی، خسرو باقری، محمد حسین علامت‌ساز، محمد جعفر پاک‌سرشت (۱۳۸۶). چاپ دوم، تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.

## References

- 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, 231-245.
- Christensen, A. (2017). Integrative behavioral couple therapy. *Journal Current Opinion in Psychology*, 13, 23-27.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. New York: Guilford Press.
- Christensen, A., & Sullaway, M. (1984). Communication patterns questionnaire, university of California, Los Angeles: Unpublished manuscript. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 53-88.
- Christensen, A., Atkins, D., Baucom, B., & Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 225-235.
- Christensen, A., Atkins, D., Yi, J., Baucom, D., & George, W. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized

## منابع

- ایمانی، م. (۱۳۹۱). بررسی کارآیی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در کاهش آشفتگی زناشویی و علائم اختلال اضطراب فراگیر زنان شهرستان ماهشهر. پایان‌نامه دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بهرادفر، ر.، جزایری، ر.، بهرامی، ف.، عابدی، م.، اعتمادی، ع. و فاطمی، س. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی روایتی بر کیفیت زناشویی و کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری زوجین آشفته. *مجله روانشناسی خانواده*، ۵، ۱۶-۳.
- سازمان ثبت احوال ایران. (۱۳۹۶). آمار ازدواج و طلاق در سال ۱۳۹۶. <https://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=4773>
- صمدزاده، م.، شعیری، م.، مهدویان، ع.، و جاویدی، ن. (۱۳۹۴). پرسشنامه الگوهای ارتباطی: اعتبار و روایی. *فصلنامه*

- clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1180-1191.
- Doss, B., Simpson, L., & Christensen, A. (2004). Why do couple seek marital therapy? Professional psychology. *Journal of Research and Practice*, 35, 608-614.
- Gottman, J. (2000). "The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period". *Journal of Marriage and the Family*, 62, 737-745.
- Gottman, J., & Tabares, A. (2018). The effects of briefly interrupting marital conflict. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44, 1-12.
- Gurman, A., & Jacobson, N. (2015). *Therapy with couples: A coming of age*. In N. Jacobson, A. Gurman (Eds.). *Clinical Hand book of Couple Therapy*. (2<sup>nd</sup> ed., pp. 255- 330). New York: Guilford press.
- Halford, W., & Sanders, M. (1990). "The relationship of cognition and behavior during marital interaction". *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 489-510.
- Halford, W., Hayes, S., Christensen, A., Lambert, M., Baucom, D., & Atkins, D. (2012). Toward making progress feedback an effective

- common factor in couple therapy. *Journal of Behavior Therapy*, 43, 49-60.
- Heavey, C., Christensen, A., & Malamuth, N. (1995). "The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 797-801.
- Holley, R., Claudia, M., & Irene, C. (2018). Depression, emotion regulation & the demand/withdraw pattern during intimate relationship conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35, 408-430.
- Hoyer, J., Uhmman, S., Rambow, J., & Jacobi, F. (2009). Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders? *Journal of Sex Relation Ther*, 24, 64-73.
- Johnson, S. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M. (2007). The contribution of emotionally focused couples therapy. Special edition of journal of contemporary psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 37, 47-52.
- Levinger, G., & Huston, T. L. (1990), *The social psychology of Marriage*. New York: Guilford press.
- Mairal, J. B. (2015). Integrative behavioral couple therapy (IBCT) as a third-wave therapy. *Psicothema*, 27, 13-18.
- McCoy, A., Rauer, A., & Sabey. (2017). The meta-marriage: Links between older couples relationship narratives and marital satisfaction. *Journal of Family Proces*, 56, 900-914.
- McKinnon, J. M., & Greenberg, L. S. (2017). Vulnerable emotional expression in emotion focused couple's therapy: Relating interactional processes to outcome. *Journal Marital Fam Ther*, 43, 198-212.
- Owen, J., manthos, M., & Quirk, K. (2013). Dismantling study of prevention and relationship education program: the affects of a structured communication intervention. *Journal Family Psycholgy*, 27, 336-341.
- Perissutti, C., & Barraca, J. (2013). Integrative behavioral couple therapy vs. Traditional behavioral couple therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Journal of Clínica y Salud*, 24, 11-18.
- Sandberg, J. G., & kenstel, A. (2011). The experience of learning emotionally focused couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 393-410.
- Sevier, M., Eldridge, K., Jones, J., Doss, B., & Christensen, A. (2008). Observed changes in communication during traditional and integrative behavioral couple therapy. *Journal of Behavior Therapy*, 39, 137-150.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570.
- Siffert, A., & Schwarz, B. (2011). Spouse's demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 262-277.
- Sobral, M. P., & Costa, M. E. (2015). Development of the Fear of intimacy components questionnaire embracing a dependence component. *European Journal of Psychological Assessment*, 31, 302-313.
- Sobral, M. P., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2014). Fear of intimacy among couples: Dyadic and mediating effects of parental inhibition of exploration and individuality and partner attachment. *Journal Family Science*, 6, 380-388.
- Wathers, A. M., & Craske, M. G. (2005). *Generalized anxiety disorder. In, improving out comes and preventing relapse in cognitive-behavior therapy*. New York: Worth Publishing Company.
- Welch, S., Lachmar, E., & Wittenborn, K. (2019). Establishing safety in emotionally focused couple therapy: A single-case process study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45, 402-415.
- Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Lafontaine, M. F., Burgess Moser, M., Dalgleish, T. L., & Tasca, G. A. (2017). Two-year follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43, 227-244.
- Wittenborn, K., Ridenour, A., Mitchell Ryan, A., & Seedall, B. (2018). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45, 395-409.
- Zhang, H., Tracy, L., Spinred, N., Eisenberg, N., Lou, Y., & Wang, Z. (2017). Young adult's internet addiction: prediction by the interaction of parental marital conflict and respiratory

sinus arrhythmia. *International Journal of Psychology*, 120, 148-159.