

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال هشتم شماره ۳۱ پاییز ۱۳۹۲

بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری - تلفیقی و رفتاری - شناختی روی باورهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق

سکینه عباسی بوردنرق^۱

سیدعلی کیمیایی^۲

بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی^۳

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی دو شیوه رفتاری - تلفیقی و رفتاری - شناختی بر بهبود باورهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق به مرکز مشاوره معاونت نیروی انتظامی و اجتماعی شهرستان تبریز بود. به این منظور ۴۲ نفر (۲۱ زوج) از مراجعه‌کنندگان (به مرکز مشاوره معاونت نیروی انتظامی و اجتماعی) به‌طور تصادفی انتخاب و در سه گروه قرار گرفتند. دو گروه به عنوان آزمایش و یک گروه به عنوان کنترل، سپس این سه گروه به پرسشنامه باورهای ارتباطی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. گروه‌های آزمایش در ۱۰ جلسه آموزش رفتاری - تلفیقی و رفتاری - شناختی شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که هر دو شیوه درمانی رفتاری - تلفیقی و رفتاری - شناختی در کاهش باورهای ارتباطی ناکارآمد مؤثرند. و تفاوت دو رویکرد در افزایش باورهای ارتباطی ناکارآمد زوج‌های متقاضی طلاق در سطح $p < 0.001$ معنادار است. به این معنی که زوج‌درمانی رفتاری - تلفیقی در افزایش بهبود باورهای ارتباطی مؤثرتر از زوج درمانی رفتاری - شناختی است.

واژگان کلیدی: باورهای ارتباطی، زوج‌درمانی رفتاری - تلفیقی، زوج‌درمانی رفتاری شناختی، ارتباط.

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول)
Email: vishanamy@yahoo.com

۲- استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

۳- استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

ارتباط مؤثر توسط بسیاری از افراد به عنوان مهم‌ترین و ضروری‌ترین مهارت برای ازدواج مطرح گردیده است. زوج‌هایی که با یکدیگر ارتباط مؤثر دارند توانایی تایید دو جانبه در آنها وجود دارد و می‌توانند به صورت غیردفاعی به نیازهای همسرشان گوش داده و پاسخ دهند: زمانی که سوء تفاهمی پیش می‌آید بر مسأله موجود متمرکز شده و در حالت مسألمت‌آمیز، ارتباط برقرار می‌کنند. با این همه، تأکید بر روابط مؤثر، موجب این فرض از جانب درمانگران شده است که اینگونه مهارت‌ها عمیقاً شناخته شده و عموماً به کار گرفته می‌شود. متأسفانه در میان زوج‌هایی که دچار مشکل می‌شوند این شناخت بسیار اندک است، بنابر تحقیقات انجام شده، یکی از اساسی‌ترین مشکلات زوج‌ها مشکلات ارتباطی است. ارتباط‌ها زمانی خوشایندتر است که زوج‌ها بتوانند از طریق پرهیز از گله و شکایت توأم با رفتارها و احساسات منفی کمتر باهم صحبت کنند. وجود ارتباط منفی انگیزه طلاق در مردان را بیش از زنان ایجاد می‌نماید و برای زنان فقدان ارتباط مثبت می‌تواند انگیزه طلاق باشد. یافته‌ها مؤید این مسأله است که فروپاشی روابط، تنها زاییده میزان بالای منفی‌نگری نیست بلکه به خصوص در فروپاشی ارتباطات دراز مدت، نتیجه کاهش مثبت‌نگری می‌باشد (گاتمن^۱، ۲۰۰۰). بسیاری از زوج‌هایی که در جستجوی درمان هستند، از فقدان مهارت‌های اساسی ارتباطی رنج می‌برند به علاوه، این قبیل زوج‌ها که مهارت‌های اساسی را یاد نگرفته‌اند، شیوه‌های ارتباطی ناکارآمدی را از خود بجای می‌گذارند. (گاتمن، ۱۹۹۴) می‌گوید «عشق و احترام» اساسی‌ترین جزو سازنده ازدواج موفق می‌باشد. زمانی که مراقبت و عشق، اساسی‌ترین جزء باشد، ما باید تعیین کنیم که آیا مراقبت کافی و مناسب برای ضمانت ازدواج وجود دارد؟

باور ارتباطی عقیده یا ذهنیتی است که زن و شوهر نسبت به ارتباط زناشویی خود دارند و آن را به‌عنوان واقعیت پذیرفته‌اند (اپستین^۲ و ایدلسون^۳، ۱۹۸۲). اپستین و ایدلسون در سال (۱۹۸۱) نقش باورهای غیرواقعی را در انتظارات از درمان و استنباط افراد از مشکلات زناشویی و همین‌طور باورهای غیرمنطقی مربوط به خودشان را بررسی کردند.

1- Gottman
3- Eidelson

2- Epstein

باورهای غیرمنطقی مربوط به روابط به خصوص سه باور مربوط به خویشتن، براساس نظریه الیس بنا شده است. این که لازم است دوست داشته شوی تا توسط دیگران پذیرفته شوی، هر فردی باید تمام کمال شایسته، با کفایت و موفق باشد، این وحشتناک است وقتی امور همانطور که فرد دوست دارد نباشد.

زوج درمانی راهی است برای حل کردن مشکلات و کشمکش‌های زوج‌هایی که خود به تنهایی قادر به حل مشکلاتشان نیستند. زوج درمانی رفتاری - تلفیقی^۱ نوعی درمان جدیدتر است که اساس تجربی نیز دارد و هدف از زوج درمانی رفتاری - تلفیقی، پذیرش عاطفی از طریق رهاسازی احساسات آسیب‌پذیر که احساس همدلی را تقویت می‌کنند و تغییر رفتار میسر می‌گردد این مدل درمان نشان می‌دهد که ناراحتی‌های بین زن و شوهر توسط تفاوت‌های دو نفر به وجود نمی‌آید بلکه به وسیله، طریقه واکنش نشان دادن به این تفاوت‌های اجتناب‌ناپذیر و تلاش برای حذف آنها ایجاد می‌شود. به طوری که در ابتدای یک رابطه، پذیرش و تحمل تفاوت‌ها در میان بیشتر زوج‌ها به سادگی رخ می‌دهد. و دو نفر عاشق تفاوت‌های همدیگر می‌شوند و مشکلی هم به وجود نمی‌آید به خاطر این که پذیرش دو نفر در حد بالایی می‌باشد. وقتی که پذیرش کم‌رنگ‌تر می‌شود زوج‌ها یکدیگر را نه به عنوان افراد متفاوت بلکه به صورت افرادی ناقص می‌بینند و در نهایت شروع به بدگویی از همدیگر می‌کنند. وقتی که بدگویی‌ها افزایش می‌یابد دو نفر سعی می‌کنند که همدیگر را تغییر دهند و این تلاش‌ها اغلب باعث رفتارهای اجباری و منفی مثل دروغ‌گویی، کناره‌گیری و انتقاد کردن می‌شود (کریستنسن و جاکبسون، ۲۰۰۰). اما مسأله‌ای که درمان رفتاری-تلفیقی را از درمان‌های دیگر متمایز می‌کند استفاده تلفیقی از این فنون نمی‌باشد بلکه به خاطر این است که راهبردهای پذیرش و تغییر را با همدیگر بکار می‌برد. جلسات پذیرش محور به‌طور کلی روی ۴ حوزه تمرکز می‌کند. ۱- بحث‌های کلی و عمومی از تفاوت‌های اساسی بین زوجین و الگوهای مربوط به تعامل ۲- مباحث مربوط به رویدادهای آینده که ممکن است باعث تعارض و لغزش باشند. ۳- بحث‌های مربوط به حوادث منفی اخیر ۴- بحث‌های مربوط به جلسات مثبت

1- Integrative- behavior couple therapy

2- Jacobson & Christensen

اخیر و جلسات تغییر محور ممکن است بیشتر ساختارمند باشند و اغلب به صورت آموزشی بوده و بیشتر روی آموزش‌هایی که توسط درمانگر در جلسه نقش بازی کردن^۱ و بازخورد، ارائه می‌شود، تمرکز می‌کند.

زوج درمانی رفتاری-شناختی^۲ بر شناخت‌ها و رفتارهای بین فردی ایجادکننده مشکلات زناشویی و چگونگی تاثیر متقابل شناخت‌ها و رفتار زوجین در ایجاد این مشکلات تأکید دارد. زیرا ریشه تمام مشکلات در تأثیر شناخت بر رفتار و هیجان‌ها و اثر متقابل آنهاست. مثلاً زوج‌های گرفتار عموماً از تعامل‌های خوش‌آیند و شوق‌انگیزی برخوردار نیستند و در عین حال، دارای تعامل‌های خشم، سرزنش و یا تنبیه فراوانی هستند. تعامل‌ها در زوج‌های گرفتار، اغلب با رفتار منفی متقابل، مشخص می‌شود: اگر یکی از طرفین، رفتار منفی از خود نشان دهد، طرف دیگر نیز پاسخی شبیه آن می‌دهد و بدین ترتیب، زنجیره تعامل منفی پیش‌رونده، آغاز می‌شود (هاوتون و همکاران، ۱۹۴۲، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۷۰). بنابراین تأکید بر این است که چگونه زوجین رفتار یکدیگر را تعبیر و تفسیر می‌کنند، چگونه فرایندهای شناختی همچون یک فیلتر، رفتار همسر را از طریق علت‌یابی و معنادهی ارزیابی می‌نماید، و در نهایت چگونه رفتارهای آینده همسر را پیش‌بینی می‌کنند (اپستین، باکوم^۳ و رنکین، ۲۰۰۷).

به‌طور خلاصه نتایج تحقیقاتی که باکوم، شهام^۴، موسر^۵، داتیو^۶ (۱۹۹۸) انجام دادند نشان می‌دهد که IBCT تأثیرات متفاوت‌تری نسبت به TBCT روی ارتباطات زوج‌ها در جلسات درمان می‌گذارد، و تأثیرات متفاوتی که IBCT نشان می‌دهد این است که زوج‌ها افزایش بیشتری در فراوانی صحبت کردن درباره مشکلات حل‌نشده‌شان دارند بدون این که همدیگر را سرزنش کنند یا بدون این که برای تغییر کردن به همدیگر فشار وارد کنند و کاهش بیشتری را نشان می‌دهند هنگامی که به مشکلات مخرب می‌پردازند. علاوه بر این نتایج همچنین اشاره می‌کنند به این که زوج‌های IBCT نسبت

1- Rol playing
3- Baucom
5- Meuser

2- Cognitive-behavior couple therapy
4- shoham
6- Daiuto

به زوج‌های TBCT در حالی درمان را تمام می‌کنند که می‌پردازند به بیان بارزتر و روشن‌تر هیجان ملایم و در طول درمان بیان کردن هیجانات شدیدشان را کاهش دهند (کودوا و جاکسون، ۱۹۹۸). امانی، یونسی و طالقانی (۱۳۸۳)، پژوهشی را با هدف مطالعه تأثیر زوج‌درمانی رفتاری-شناختی بر رضایتمندی زناشویی مراجعه‌کننده به یکی از مراکز مشاوره، انجام دادند. نتایج تحقیق نشان داد که درمان رفتاری-شناختی، باعث افزایش رضایتمندی زناشویی دارای مشکلات خانوادگی و ایجاد نگرش‌های واقع‌گرایانه در حل تعارضات و افزایش کیفیت رابطه جنسی و عاطفی در زندگی زناشویی زنان شده است.

هالوگ و همکاران (۱۹۸۹) به مقایسه کارایی دو رویکرد زوج درمانی رفتاری-شناختی و آموزش ارتباطات در افزایش رضایت زناشویی روی یک نمونه ۱۷۰ نفری از زوجین که به صورت تصادفی در سه گروه درمان رفتاری-شناختی، آموزش ارتباطات و کنترل جایگزین شدند، پرداختند. ابزار عمده این پژوهش پرسشنامه رضایت زناشویی بود. تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که هم درمان رفتاری-شناختی و هم آموزش ارتباطات به‌طور معنی‌داری باعث افزایش رضایت زناشویی گردید. پیگیری‌ها پس از ۶ و ۱۲ ماه از درمان نشان داد که تأثیرات مثبت همچنان پایدار است.

بیش از ۲۵ تحقیق کنترل شده در مورد زوج درمانی شناختی-رفتاری وجود دارد که در آن مشخص شده است که CBCT در مقایسه با عدم درمان و تماس نزدیک درمانگر برای کاهش آشفتگی، ارجحیت دارد (مارکمن^۱، هالوگ، ۱۹۹۳). CBCT مهارت‌های ارتباطی، زوجین را بهبود می‌بخشد و تعارض‌های مخرب را کاهش داده و مثبت‌اندیشی در روابط روزمره را افزایش می‌دهد (مارکمن، هالوگ، ۱۹۸۸، هالفورد، ۱۹۹۳). در تحقیقی که چانگ (۲۰۰۸)، انجام داد نشان داد که مدل خانواده‌درمانی رفتاری-شناختی در افزایش رضایت زناشویی بسیار مؤثر است.

هدف اصلی این پژوهش مقایسه و اثربخشی زوج درمانگری رفتاری-تلفیقی و رفتاری-شناختی بر بهبود باورهای ارتباطی ناکارآمد است. بنابراین انگاره اصلی پژوهش

1- Markman

این است که افرادی که تحت روش‌های درمانی قرار می‌گیرند از آنان که تحت چنین روش‌های درمانی قرار نمی‌گیرند از باورهای ارتباطی سالم و رضایتمند برخوردار هستند.

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهشی کاربردی از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بوده است.

جامعه آماری این پژوهش، کلیه زوج‌هایی را شامل می‌شود که به علت اختلاف و ناسازگاری‌های زناشویی به مجتمع قضایی دادگستری شهرستان تبریز جهت دادخواست طلاق در سال ۱۳۹۰ مراجعه نمودند. تعداد نمونه این تحقیق ۴۲ زن و شوهر (۲۱ زوج) می‌باشند که از نمونه‌های در دسترس و داوطلب در مرکز مشاوره آرامش، واحد معاونت نیروی انتظامی و اجتماعی استان آذربایجان شرقی انتخاب و این تعداد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۷ زوج) جایگزین شدند و به آزمون باورهای ارتباطی پاسخ دادند. سپس متغیر مستقل یعنی شیوه‌های زوج درمانی رفتاری-تلفیقی بر روی گروه آزمایشی اعمال شد. تعداد جلسات درمانی برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه بود که در هر جلسه ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسات قبلی به کمک اعضا مورد بحث و تبادل نظر صورت می‌گرفت. هر جلسه هفته‌ای یکبار و به مدت ۶۰ دقیقه اجرا شد. سپس هر دو گروه مورد ارزیابی مجدد باورهای ارتباطی قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

مقیاس باورهای ارتباطی^۱ (RBS)

مقیاس باورهای ارتباطی ۶۰ سئوالی، اولین بار توسط اپستین و ایدلسون (۱۹۸۲) ساخته شد. بعد از پاره‌ای تغییرات، سازندگان این مقیاس با حذف پاره‌ای از سئوال‌ات، نسخه ۴۰

1- Relationship Beliefs Scale

سوالی آن را در سال ۱۹۹۰، تدوین کردند. در این مطالعه پرسشنامه ۴۰ سوالی مورد استفاده قرار گرفته است که هر سوال در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود.

این مقیاس، ۵ باور ارتباطی ناکارآمد (سه مفروضه و دو استاندارد) را می‌سنجد: عدم توافق برای یک رابطه تخریب‌گر است (مفروضه)، همسران باید بتوانند ذهن یا احساسات همدیگر را بدون بیان شفاهی بخوانند (استاندارد)، همسر نمی‌تواند خودش و رابطه‌مان را تغییر دهد (مفروضه)، کمال‌گرایی جنسی (استاندارد)، مردان و زنان، شخصیت‌ها و نیازهای ارتباطی اساساً متفاوتی دارند (مفروضه). نمره کلی بالاتر این مقیاس بیانگر باورهای ناکارآمد بیشتر است (بردبوری و فینچام، ۱۹۹۳).

ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس از ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ برآورد شده است (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۲). و هر خرده‌مقیاس رابطه معناداری با مقیاس‌های زناشویی دارد (الیری، ۱۹۸۷). روایی این مقیاس با داده‌های مختلف مورد حمایت قرار گرفته است. این داده‌ها دلالت دارد بر این که نمرات بالاتر این مقیاس با سطوح پایین‌تر رضایت‌مندی زناشویی رابطه دارد. همچنین سه زیرمقیاس آن در یک نمونه جویای زوج درمانی، با بدبینی در مورد نتیجه درمان و با تمایل به خاتمه ارتباط زناشویی همبستگی معنادار داشت (بردبوری و فینچام، ۱۹۹۳). نسخه فارسی این سیاهه توسط مظاهری و پوراعتقاد (۱۳۸۰) با روش ترجمه و ترجمه مجدد تهیه شده است. همچنین این مقیاس در دانشگاه فردوسی در پژوهشی توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۲) با روش آلفای کرونباخ اعتباریابی شده و به ترتیب ذکر شده در جدول ۲ گزارش شده است: پایایی آن نیز با روش آزمون، آزمون ۰/۸۱ گزارش شده است.

جدول (۲) آلفای کرونباخ اعتباریابی شده مقیاس باورهای ارتباطی در پژوهش صاحبی و همکاران (۱۳۸۲)

خرده‌مقیاس عدم توافق ذهن خوانی تغییرناپذیری کمال‌گرایی جنسی زن و مرد اساساً متفاوتند				
۰/۸۵	۰/۷۶	۰/۷۲	۰/۶۳	۰/۵۶

مولر و انزیل (۱۹۹۱) در پژوهشی بین باورهای ارتباطی و سازگاری زناشویی نشان دادند که بین نمره مقیاس سازگاری زناشویی (DAS)^۱ و خرده‌مقیاس‌های باور به تخریب‌کنندگی و کمال‌گرایی جنسی از سیاهه باورهای ارتباطی (RBI) همبستگی‌های معناداری وجود دارد. شیوه نمره‌گذاری به این صورت است.

سوالات مثبت

۰= کاملاً غلط است ۱= غلط است ۲= احتمالاً غلط است یا اینکه بیشتر غلط است تا درست
 ۳= احتمالاً درست است یا اینکه بیشتر درست است تا غلط ۴= درست است ۵= کاملاً درست است

سوالات منفی

۰= کاملاً درست است ۱= درست است ۲= احتمالاً درست است یا اینکه بیشتر درست است تا غلط
 ۳= احتمالاً غلط است یا این که بیشتر غلط است تا درست ۴= غلط است ۵= کاملاً غلط است

جدول (۱) سوالات خرده‌مقیاس‌های باورهای ارتباطی

سوالات منفی	سوالات مثبت	خرده‌مقیاس‌ها
۱۶،۳۶	۲۶،۳۱،۱۶،۱۱،۲۱	باوربه مخرب بودن مخالفت
۲،۷	۱۲،۱۷،۲۲،۲۷،۳۲،۳۷	توقع ذهن خوانی
۱۳،۱۸،۲۸،۳۳	۳،۸،۲۳،۲۸	باور به عدم تغییرپذیری همسر
۹،۲۴،۲۹،۳۴	۴،۱۴،۱۹،۳۹	کامل‌گرایی جنسی
۵،۲۰،۲۵	۱۰،۱۵،۳۰،۳۵،۴۰	باور درمورد تفاوت‌های جنسیتی

با جمع زدن امتیازات مربوط به عبارات هر خرده‌مقیاس، نمره خرده‌مقیاس مربوطه محاسبه و با جمع کردن نمره ۵ خرده‌مقیاس، نمره کل باور ارتباطی محاسبه می‌شود.

حداکثر نمره کل باور ارتباطی ۴۰ و حداقل آن ۰ است. در این سیاهه نمره بالاتر

1- Dyadic Adjustment scale

نشان‌دهنده داشتن باور ارتباطی غیرمنطقی‌تر است.

پروتوکل درمانی

۱۰ جلسه گروه رفتاری - تلفیقی عبارتند از

جلسه اول: مصاحبه‌های انفرادی با زوجین که بعد از پر کردن پرسش‌نامه، برقراری رابطه و ایجاد امید و حمایت نسبت به زوجها روی موضوعات زیر تمرکز می‌شود. وضعیت و مشکلات اکنون فرد، تاریخچه جذابیت‌های آشنایی، تاریخچه خانواده اصلی، تاریخچه روابط و سطح مسئولیت‌پذیری و تعهد (تا چه حد فرد معتقد است که خودش در ایجاد و تداوم مشکلات سهیم بوده و باید تغییر کند). جلسه دوم: با توجه به اطلاعات بدست آمده از جلسه اول، بر راه‌های افزایش مهر و محبت و بهبود نقشه عشقی میان زوجین تأکید ورزیده. و بر شیوه‌های موثر در افزایش محبت، احترام و تعاملات مثبت میان زوجین متمرکز شدیم. جلسه سوم: این جلسه به تأکید و تمرکز روی پذیرش و استفاده از مشکلات برای افزایش ابعاد صمیمیت می‌پردازد. جلسه چهارم: تمرکز روی افزایش تحمل زوجین برای اینکه کشمکش‌هایشان را زودتر به اتمام برسانند. جلسه پنجم: مرور تکالیف مربوط به جلسه قبل و ادامه تمرین رفتارهای منفی در جلسه و علاوه بر این صحبت در مورد خود مراقبتی هر یک از زوجها و پیدا کردن اوقات فراغت و علایق مربوط به خود فرد. جلسه ششم: مرور تکالیف جلسه قبل، کار روی راهبردهای تغییر رفتار (مبادله رفتار)، کمک به هریک از زوجین برای تشخیص کارهایی که می‌تواند تا جلسه بعد برای طرف مقابل انجام دهد که کوچک، مشخص و عینی باشد و به فرد دیگر گفته می‌شود که تشخیص دهد همسرش چه کارهایی را برایش انجام داده و در جلسه بعد گزارش همسر شنیده می‌شود و در این جلسه نقش‌ها عوض می‌شود. جلسه هفتم: با توجه به انجام فنون جلسات قبل در جلسه هفتم پذیرش نفوذ همسر از سوی شوهران، محور آموزش می‌باشد. این جلسه عمدتاً برای آموزش رفع مشکلات قابل حل طراحی شده است. و با شیوه‌ای متفاوت برای رفع مشکلات و ارائه تمرین‌های خاصی کمک می‌کند تا زوجین سبک شروع مشاجرات خود را شناسایی کنند. جلسه نه: محور

کار این جلسه راه‌های غلبه بر مشکلات دائمی و غیرقابل حل می‌باشد. جلسه دهم: جمع‌بندی و مرور کلی مطالب.

۱۰ جلسه گروه رفتاری - شناختی عبارتند از جلسه اول برقراری رابطه حسنه، آشنایی با زوجین، آشنایی زوجها با درمانگر و اهداف پژوهش، اجرای پیش‌آزمون (باورهای ارتباطی و الگوهای ارتباطی)، بررسی بیانات مشترک زوجها از مسأله، ارزیابی سطح آسفتگی، زمینه‌های مهم تعارض، زمینه‌های تغییر. جلسه دوم: تشریح فرآیند A-B-C برای آنکه افراد به این شناخت دست یابند که مشکلات آنان زائیده باورهای خود و در اختیار آنان است، گفتگو زوجها و درمانگر در بررسی و تعریف انواع الگوهای ارتباطی ناسالم، شناسایی و بیان حوادث و اتفاقاتی که منجر به نزاع و بن بست ارتباطی می‌شود توسط زوجها و درمانگر، جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از جلسه، در پایان این جلسه به زوجین تکالیفی داده شد که در خانه تکنیک پیکان نزولی را در مورد A-B-C های خود بکار گیرند و یک طبقه‌بندی از باورها، تهیه لیستی از تمام باورها (در طول یک هفته) به عنوان تکلیف جلسه آینده به زوجین محول گردید. جلسه سوم: تکالیف جلسه قبل بررسی و میزان آگاهی و درک زوجین از روابط بین A-B-C تعیین گردید. با مشارکت زوجها به تحلیل و بحث در مورد شناختها و باورهای ارتباطی ناکارآمد، مشکل آفرین و رفتارهای آسیب‌رسان ناشی از چنین باورهای نامعقول پرداخته شد. ارائه تکالیف درمانی. جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه، آشنایی زوجها با تفکر همه یا هیچ، آموزش خطاهای شناختی به زوج، درخواست از زوجها برای بیان فکر و احساس خود درباره نوع و ویژگی‌های الگوهای ارتباطی و بررسی تفاوتها و شباهت‌ها با ویژگی‌های ارتباطی پدر و مادرش و سایر اعضای خانواده توسط زوجها و درمانگر، تکلیف. جلسه پنجم: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش خطاهای شناختی نظیر فیلتر ذهنی، آموزش روش‌های آزمایش افکار خودکار و غیرمنطقی نظیر مقایسه با واقعیت عینی. جلسه ششم: آموزش مهارت‌های ارتباطی، بررسی اشکالات ارتباطی، ارائه تکلیف. جلسه هفتم: آموزش بیان احساسات در یک رابطه مؤثر، آموزش بیان خواسته‌ها و نیازهای در یک رابطه مؤثر، شناخت باورهای غلط در زمینه روابط جنسی، آموزش تفاوت‌های جنسیتی. جلسه هشتم: آموزش الگوهای

تقویت و تنبیه در روابط همسران، آموزش تکنیک تقویت دوسویه، افزایش تبادلات رفتاری مثبت و کاهش تبادلات رفتاری منفی، افزایش مسئولیت‌پذیری زوجین، تکلیف. جلسه نهم: ارزیابی الگوهای حل مسأله، آموزش مهارت‌های حل مسأله، تکلیف. جلسه دهم: جمع‌بندی و مرور کلی مطالب.

یافته‌های پژوهش

روش آماری مورد استفاده در این تحقیق تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی LSD است که به وسیله نرم‌افزار SPSS16 انجام شد.

جداول یافته‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون را در دو گروه زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی، زوج درمانی رفتاری-شناختی و کنترل نشان می‌دهد.

جدول (۲) یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱۳/۴۸	۷۲/۰۰	۱۵/۳۲	۱۲۰/۵۷	رفتاری-تلفیقی
۱۱/۳۸	۸۱/۶۴	۱۶/۱۲	۱۲۰/۰۷	رفتاری-شناختی
۱۷/۵۹	۱۰۱/۰۷	۱۷/۶۰	۱۰۴	کنترل

به منظور تجزیه و تحلیل استنباطی یافته‌های تحقیق از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول (۳) تحلیل کواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون برای متغیر باورهای ارتباطی

منابع تغییرات	متغیر	Df	F	P-value	ضریب اثر
پیش‌آزمون	باورهای ارتباطی	۱	۵۵/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۰
گروه		۲	۵۸/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۵
خطا			۳۸		

با توجه به معناداری اثر گروه در جدول شماره ۳، و میانگین گروه‌های مداخله و گروه کنترل در جدول شماره ۲، می‌توان نتیجه گرفت افرادی که در گروه مداخله شرکت داشتند نسبت به افرادی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند، پس از دریافت مداخله نمره باورهای ارتباطی، به طرز معنی‌داری افزایش یافته است. چون در این مطالعه سه گروه وجود دارد، برای مقایسه دو به دو نتایج، از آزمون LSD برای تعقیب نتایج داده‌ها استفاده شد، که خلاصه گزارش آن در جداول شماره ۴، ۵، ۶ در ذیل آمده است.

جدول (۴) آزمون LSD بین میانگین‌های دو گروه رفتاری-تلفیقی و رفتاری-شناختی

متغیر	گروه	تفاوت میانگین دو گروه	P
باورهای ارتباطی	رفتاری-تلفیقی	-۹/۶۴	۰/۰۲۱
	رفتاری-شناختی		

آزمون LSD نشان داد که بین زوج درمانی رفتاری-تلفیقی و زوج درمانی رفتاری-شناختی تفاوت معنی‌داری در بهبود متغیر باورهای ارتباطی به لحاظ آماری وجود دارد ($p=۰/۰۲۱$). با نگاهی به جدول میانگین‌ها (جدول ۲) و همچنین با توجه به اینکه نمره بالا در مقیاس باورهای ارتباطی نشان‌دهنده باورهای ناکارآمدتر می‌باشد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی در بهبود باورهای ناکارآمد نسبت به زوج درمانی رفتاری-شناختی اثربخش بوده است.

جدول (۵) آزمون LSD بین میانگین‌های دو گروه رفتاری-تلفیقی و کنترل

متغیر	گروه	P
باورهای ارتباطی	رفتاری-تلفیقی	<۰/۰۰۱
	کنترل	-۲۹/۰۷

آزمون LSD نشان داد که بین زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی و گروه کنترل در متغیر باورهای ارتباطی ناکارآمد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). با مراجعه به جدول

شماره ۲ می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی رفتاری - تلفیقی در کاهش باورهای ارتباطی ناکارآمد اثربخش بوده است.

جدول (۶) آزمون LSD بین میانگین‌های دو گروه رفتاری-شناختی و کنترل

متغیر	گروه	تفاوت میانگین دو گروه	P
باورهای ارتباطی	رفتاری-شناختی کنترل	-۱۹/۴۳	<۰/۰۰۱

آزمون LSD نشان داد که بین زوج درمانی رفتاری-شناختی و گروه کنترل در متغیر باورهای ارتباطی ناکارآمد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). با مراجعه به جدول شماره ۲ می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش باورهای ارتباطی ناکارآمد اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به پژوهش حاضر می‌توان گفت زوج درمانی رفتاری-تلفیقی در مقایسه با زوج‌درمانی رفتاری-شناختی بر باورهای ارتباطی زوج‌های متقاضی طلاق تأثیر معناداری دارد. با توجه به جدول میانگین‌ها (جدول شماره ۲)، بیشتر بودن میانگین باورهای ارتباطی در گروه شناختی-رفتاری و نتایج تحلیل کواریانس در خصوص این فرضیه نشان داد که F محاسبه شده در سطح $0/001 <$ معنادار است. در نتیجه این فرضیه با ۹۹ درصد سطح اطمینان تأیید می‌شود. گروهی از پژوهش‌ها (برای مثال وود، کرین، شالبه و لاو، ۲۰۰۵) نشان دادند که CBCT مؤثرتر از سایر رویکردهای درمانی نیست و رویکردهای هیجان‌مدار برتری نسبی بر CBCT دارند. علاوه بر این اگر چه این دو رویکرد به صورت مستقیم مقایسه نشده‌اند. اما مقایسه IBCT با TBCT در پژوهش‌های مختلف حاکی از برتری IBCT بر TBCT به‌ویژه در مواردی چون آشفتگی‌های شدید، آشفتگی‌های ناشی از الگوهای ارتباطی، زوج‌های جوان و ماندگاری بیشتر اثر درمان در مرحله پیگیری است (کریستنسن و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین جاکوبسن، کریستنسن، کوردوا و الدریچ

(۲۰۰۰) دریافتند که در IBCT ۸۰٪ از زوجها بهبود قابل ملاحظه‌ای از نظر بالینی داشتند که این مقدار برای TBCT، ۶۴٪ بود. همچنین در پژوهشی دیگر (کریستنسن و همکاران، ۲۰۰۴) میزان اثر ۷۱٪ برای IBCT در مقابل ۵۹٪ برای TBCT پیدا کرده‌اند.

زوج درمانی رفتاری- تلفیقی در مقایسه با گروه کنترل بر باورهای ارتباطی زوج‌های متقاضی طلاق تأثیر معناداری دارد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که F محاسبه شده در سطح $0/001 <$ معنادار است. با ۹۹ درصد سطح اطمینان تأیید می‌شود. نتایج این پژوهش با یافته‌های بدست آمده از پژوهش‌های دیبورد، رومانز، ۱۹۹۶، اپستین، پریتر و فلیمینگ، ۱۹۸۷؛ دیبورد و همکاران، ۱۹۶۰، مولر و راندر، ۱۹۹۷؛ مولر و ونزیل، ۱۹۹۱؛ استاکرت و بورسیک، ۲۰۰۳ که به بررسی ارتباط بین باورهای ارتباطی غیرمنطقی و سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی در زنان و مردان متأهل ترکی پرداخته است، و یافته‌های سلیمانیان (۱۳۷۳) که نشان داد میزان تفکرات غیرمنطقی در افرادی که نارضایتی زناشویی دارند بیشتر از افرادی بود که دارای رضایت زناشویی بودند، همسو می‌باشد.

زوج‌درمانی رفتاری- شناختی در مقایسه با گروه کنترل بر بهبود باورهای ارتباطی زوج‌های متقاضی طلاق تأثیر معناداری دارد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که F محاسبه شده در سطح $0/001 <$ معنادار است؛ و با ۹۹ درصد سطح اطمینان تأیید می‌شود. این یافته‌ها با سایر یافته‌های پژوهشی در زمینه CBCT همخوان است (به عنوان مثال باکوم و همکاران ۱۹۹۸، باکوم، سایرزوشر ۱۹۹۰، داتیلیو و اپشتاین ۲۰۰۵؛ باتلر و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج فراتحلیلی نشان می‌دهد که استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری در درمان آشفتگی‌های زناشویی مؤثرتر از عدم درمان است و ماندگاری این بهبودی حداقل تا یک سال ادامه دارد (هالوگ، مارکمن، ۱۹۸۸).

اگر چه هر دو دیدگاه از زوج درمانی رفتاری نشأت گرفته‌اند اما IBCT و CBCT به صورت اساسی دیدگاهشان نسبت به علت رفتار آدمی متفاوت است. CBCT از دیدگاه شناختی- اجتماعی نشأت می‌گیرد که معتقد است شناخت، عاطفه و رفتار عناصر

تأثیرگذار علی در تعاملات زوجی است و آشکارا این فرض را دارد که شناخت واسطه بین محیط و رفتار است. در مقابل IBCT چنین نقشی برای شناخت قایل نیست و اساساً بر عوامل بافتی رفتار تأکید دارد. اگر چه دو دیدگاه در مواردی مشابه نیز هستند، از جمله این که هر دو بر اهمیت عوامل بافتی خاصی از قبیل تاریخچه رابطه زناشویی، مبادله تقویت‌کننده‌ها، کمبودها و افراط‌های رفتاری و نیروهای محیطی فعلی تأکید دارند (چاپمن و دهلی، ۲۰۰۲).

یکی دیگر از تفاوت‌های این دو دیدگاه استفاده گسترده از فن پذیرش در IBCT است. همچنان که عنوان شد IBCT اساساً درمان مبتنی بر پذیرش هیجانی است. شواهد زیادی در پژوهش‌های مختلف پیدا شده است که اثبات‌کننده پذیرش به عنوان یک مکانیسم تغییر در بسیاری از مشکلات رفتاری، همچنین مشکلات زناشویی است (هیز، ۲۰۰۴، پترسون، ایفرت، فین، گلد، دیویدسون، ۲۰۰۹). باید توجه کرد که اگر چه تکنیک‌های پذیرش تلفیقی، همراه با آموزش دادن مهارت‌ها یک تئوری واحد یک زوج درمانی رفتاری است، محتوای پذیرش به عنوان یک عنصر سازنده مهم در نظریه‌های دیگر زوج درمانی تصدیق و قبول شده است (گرینبرگ، ۱۹۹۶؛ گرینبرگ و جاکسون، ۱۹۸۸؛ جاکسون و گرینبرگ، ۱۹۸۸). از طرف دیگر دو عنصری که فرض می‌شود در CBCT عامل ایجاد رضایت بین زن و شوهر است (شناخت و مهارت‌های ارتباطی) هنوز نتوانسته‌اند به صورت قابل قبول خود را به عنوان مکانیسم‌های تغییر به اثبات برسانند (برای مثال چاپمن و دهلی، ۲۰۰۲).

در تبیین و تشریح اثربخشی آموزش زوج درمانگری رفتاری - تلفیقی در مقایسه با زوج‌درمانی شناختی - رفتاری می‌توان گفت این رویکرد کمتر به رفتار طرف مقابل توجه می‌کند و در عوض روی درک خود فرد از رفتار تأکید می‌کند. همچنین این رویکرد معتقد است در هر رابطه‌ای مشکلات غیرقابل حلی وجود دارد که طرفین تمایل یا قدرتی برای تغییر آن ندارند پیشرفت در این مسائل به وسیله تأکید روی پذیرش و تحمل امکان‌پذیر است که پیشرفت در پذیرش باعث پیشرفت در تغییر می‌شود و مکانیسم تغییر

بجای این که بر اساس رفتار قانونمند ارائه شده توسط درمانگر انجام گیرد بلکه بر اساس رفتار شکل‌گیری احتمالی است که زوجین در محیط طبیعی آن را تجربه می‌کند و یک رفتار واقعی و معتبر می‌باشد که این عامل باعث ایجاد ارتباط صمیمی بین زوجین می‌گردد. در این درمان به جای تمرکز روی ایجاد قواعد و قوانین روی دیدگاه‌های افراد و هیجان‌ها (آرام و سخت) و تغییر آنها تأکید می‌شود. و به زوجین کمک می‌کند تا با افشاسازی نرم، مشکلاتشان بدون سرزنش، تهمت، بیان کنند و بدون اینکه به‌طور مستقیم با این مشکلات درگیر شوند الگوهای مخرب مشترک درون ارتباطشان را تشخیص داده و تغییر دهند. این جلوه‌های هیجانی ملایم باعث پاسخگویی و صمیمیت بیشتر در ارتباط می‌گردد. در نهایت هدف اصلی درمان IBCT عبارت است از کمک کردن به زوجها تا یکدیگر را به عنوان یک فرد بهتر درک کرده و بپذیرند و یک مجموعه همکاری مشترک را توسعه دهند. به‌طوری که به موجب آن هر یک از پارتنرها مایل به ایجاد تغییر لازم برای بهبود کیفیت رابطه باشند.

در تبیین و تشریح اثربخشی آموزش زوج‌درمانگری شناختی- رفتاری بر افزایش باورها و در کل سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار می‌توان اشاره نمود که تفکرات منفی و تحریف‌های شناختی می‌توانند روابط زوج را چنان آلوده سازند که زوجین قادر به تحمل یکدیگر و تداوم یک زندگی مشترک نباشند و امروزه اکثر مشکلات زوجین ناشی از همین تحریف‌های شناختی است و چون هدف آموزش زوج‌درمانگری شناختی- رفتاری تصحیح خطاها و تحریف‌ها بوسیله تمرکز بر مثبت‌ها به جای منفی‌هاست و همچنین تأکید بر کیفیت رابطه است. بنابراین در این پژوهش طی شناساندن تحریف‌های شناختی و آموزش فنون و مهارت‌های ارتباطی، به همسران کمک شد مهارت‌هایی همچون صحبت کردن، گوش دادن فعالانه و مؤثر، انواع پیام‌ها و پیام‌های سالم و مخرب در یک ارتباط پرداخته شود و از آنجایی که آموزش صحیح مهارت‌های ارتباطی توانایی همسران را در بیان افکار، احساسات، نیازها، خواسته‌ها و آرزوهایشان به صورت روشن، دقیق، و به نحو مؤثر بیشتر می‌کند. بنابراین با آموزش چگونگی برقراری ارتباط کارآمد، گام مؤثری در فرآیند بهبود الگوها و باورهای ارتباطی برداشته شد همچنین به

نظر می‌رسد آموزش‌های ارتباطی داده شده، باعث گردید همسران تعاملات بیشتری داشته باشند و به طور همدلانه‌ای یکدیگر را درک کنند، و همچنین با آموزش فنون و مهارت‌های حل مسأله به همسران کمک شد تا با یادگیری شیوه حل مسأله، مسائل و مشکلات حل نشده‌ای که منجر به بروز احساسات و نگرش‌های منفی نسبت به یکدیگر شده‌اند، را حل کنند. در واقع آموزش حل مسأله کمک کرد تا زوجین در یک سطح کاملاً عملی با هم بحث کنند، به حل مشکلات بپردازند و اطلاعات مهم را مبادله کنند.

به طور خلاصه یافته‌های پژوهش نشان داد که ۱- زوج درمانی رفتاری-شناختی و زوج درمانی رفتاری-تلفیقی هر دو در افزایش بهبود باورها ارتباطی ناکارآمد مؤثر هستند. ۲- زوج درمانی رفتاری-تلفیقی در افزایش بهبود باورهای ارتباطی مؤثرتر از زوج‌درمانی رفتاری-شناختی است.

با تقدیر و تشکر از کلیه همکاران مرکز مشاوره آرامش واحد معاونت نیروی انتظامی و اجتماعی استان آذربایجان شرقی و همه مراجعانم که به من اعتماد کردند و در این پژوهش ما را یاری رساندند و لازم به ذکر است این مقاله منتج از پایان‌نامه خانم سکینه عباسی است.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:	۱۳۹۱/۱۰/۰۵
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:	۱۳۹۲/۰۱/۲۹
تاریخ پذیرش مقاله:	۱۳۹۲/۰۶/۱۴

References

منابع

- ادیبراد، نسترن؛ مهدوی، اسماعیل؛ ادیب‌راد، مجتبی (۱۳۸۶). مقایسه باورهای ارتباطی زنان مراجعه‌کننده به مراکز قضایی و زنان مایل به ادامه زندگی مشترک شهر تهران، فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال اول، شماره ۲ ص. ۱۳۸-۱۳۲.
- برنشتاین، اچ. و برنشتاین، مارتی شی. (۱۳۸۴). *زناشویی‌درمانی از دیدگاه رفتاری - ارتباطی*، ترجمه حسن‌پور عابدی نایینی، غلامرضا منشئی، تهران: انتشارات رشد.
- بنازاده، زهره؛ باغبان، ایران؛ فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه زوج درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی دوران بارداری، فصلنامه خانواده‌پژوهی، شماره ۹، دور سوم.
- بوستانی‌پور، علیرضا؛ ثنایی‌ذاکر، باقر؛ کیامنش، علیرضا (۱۳۸۶). فراتحلیل اثربخشی الگوهای شناختی رفتاری در درمان مشکلات زناشویی، فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، جلد ۶، شماره ۲۲، ۷-۲۴.
- رسولی، محسن؛ نوایی نژاد، شکوه؛ ثنایی ذاکر، باقر (۱۳۸۷). رابطه بین الگوهای ارتباط زوج‌های دانشجو و الگوهای ارتباط والدین آنها، مجله علمی - پژوهشی زنان، سال دوم، شماره چهارم ص. ۱۰۰-۸۳ هاروی، مایکل (۲۰۱۰). *کتاب زوج درمانی*، تهران: نشر دانژه.
- Atkins, C.D; Baucom, M.D; Christensen, A; Eldridge, A.K; (2005). Infidelity and Ebehavioral Couple Therapy: Optimism in the Face of Betrayal, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.73. N.1: 144-150
- Baucom, H.D; Epstein, & Lataillade, J.J. (2002). Cognitive Behavioral Marital Couple Therapy in: A.S. Gurman & N.S. Jacobsen (Eds) *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3rd ed, pp.22-8-6) New York: Guilford Press
- Baucom, H.D; Epstein, N., (1999). *Cognitive Behavioral Marital Couple Therapy*, New York, Brunner/Mazel, Publishers.
- Christensen, A. & Shank .J.L, (1991). Communication, Conflict, and Psychological Distance in Non-distressed, Clinic, and Divorcing Couple, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 459-463
- Christensen, A., & Sullaway, M. (1984). *Communication Patterns Questionnaire, Unpublished Questionnaire*, University of California, Los Angeles.

- Clinical Handbook of Couple Therapy, Edited by Alan S. Gurman (2008), *Integrative Behavioral Couple Therapy*, New York, London, 73-101
- Gottman, G.M., & Levenson, R.W. (2000). The Timing of Divorce, Predicting.
- Gottman, G.M., & Schwartz, J.G. (2008). *Gottman Method Couple Therapy*, 138-163.
- Hahlweg, K., & Markman, H.J. (1988). The Effectiveness of Behavioral Marital Therapy: Empirical Status of Behavioral Techniques in Preventing and Alleviating Marital Distress, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Greenberg, L.S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally Focused Therapy for Couples*, New York: Guilford Press.
- Markman, H.J., Floyd, F.J., Stanley, S.M. (1993). Preventing Marital Distress through Communication and Conflict Management 4 and 5 Years Follow Up, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 70-77.