

مقایسه مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دلبستگی با مدل غنی‌سازی زناشویی انریچ در افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین

Comparison of integrated model of self regulation-attachment couple therapy and marital enrichment program in marital satisfaction and psychological wellbeing of couples

Tooraj Sepahvand
Psychology

Seyed Kazem Rasoolzade Tabatabaei
Tarbiat Modares University
Mohammad Ali Besharat
University of Tehran
Abbas Ali Allahyari
Tarbiat Modares University

تورج سپهوند*
روانشناسی

سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی
دانشگاه تربیت مدرس
محمد علی بشارت
دانشگاه تهران
عباسعلی الهیاری
دانشگاه تربیت مدرس

Abstract

This research was conducted to examine the efficacy of the integrated model of self regulation-attachment couple therapy and marital enrichment program in marital satisfaction and psychological wellbeing of couples. For this purpose, 33 couples were selected from among couples who attended the counseling services centers in the City of Khoramabad. Eleven couples were then randomly assigned to each of self regulation-attachment couple therapy, marital enrichment program or a control groups. Before the programs began, the questionnaires of Enriching and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness (ENRICH), Golombok-Rust Inventory of marital state (GRIMS), and Mental Health Inventory-28 (MHI-28) were administered to all couples. Then couples of the experimental groups participated in integrated model of self regulation-attachment couple therapy (6-8 sessions) and marital enrichment program (6 sessions). The control group remained on the waiting list. After the completion of intervention programs, all couples completed the questionnaires again as posttest. Results of MANCOVA indicated that after the control of pretest effects, the differences between means of groups in composite dependent variable was significant, that represent the effect of group on linear combination of dependent variables. Results of ANOVA indicated that there were also significant differences between the means of groups in each of the dependent variables including marital problems, marital satisfaction, psychological well-being, and psychological distress. Moreover, the pairwise comparisons of least significant differences (LSD) also indicated that integrated model of self regulation-attachment couple therapy and marital enrichment program had significant differences in each of the dependent variables compared to the control group, but not compared to each other.

Keywords: couple therapy, marital enrichment program, marital satisfaction

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دلبستگی و برنامه غنی‌سازی زناشویی انریچ بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین انجام شده است. برای این منظور، از میان زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان خرم‌آباد تعداد ۳۳ زوج انتخاب شدند و به‌طور مساوی در سه گروه زوج درمانگری مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دلبستگی، غنی‌سازی زناشویی و گروه کنترل قرار گرفتند. پیش از مداخله، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (ENRICH)، پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبک-راست (GRIMS) و پرسشنامه سلامت روانی (MHI-28) توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. سپس زوجین گروه‌های آزمایش در برنامه زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری - دلبستگی (۸-۶ جلسه) و برنامه غنی‌سازی زناشویی (۶ جلسه) شرکت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. بعد از اجرای مداخله زوجین سه گروه مجدداً پرسشنامه‌ها را در مرحله پس‌آزمون تکمیل کردند. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که پس از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت میانگین گروه‌ها در متغیر وابسته مرکب معنادار است که بیانگر اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته است. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین گروه‌ها در هر یک از متغیرهای وابسته یعنی مشکلات زناشویی، رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی نیز تفاوت معنادار وجود دارد. به علاوه، مقایسه‌های زوجی کمترین تفاوت معنادار نیز نشان داد که مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دلبستگی و برنامه غنی‌سازی زناشویی در هر یک از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار با گروه کنترل دارند، اما در مقایسه با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند.

واژه‌های کلیدی: زوج درمانگری، برنامه غنی‌سازی، رضایت زناشویی

مقدمه

امروزه دستیابی به جنبه‌های چندگانه روابط رمانتیک زوجی به چالش مهمی برای تحقیقات تبدیل شده است (زیمر-گمبک و دوکات، ۲۰۱۰). در بسیاری از زوجین احساسات مثبت اولیه در گذر زمان کاهش می‌یابد (هالفورد^۱، زیر چاپ؛ به نقل از هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲) و سطح متوسط رضایت رابطه در هر سال، حداقل در طی ده سال اول، کاهش بیشتری می‌یابد (گلن، ۱۹۹۸). علاوه بر این، متغیرهایی که هر یک از زوجین با آنها وارد زندگی می‌شوند، بر نحوه تعامل آنها و میزان رضایت آنها از رابطه اثر می‌گذارد (لورنس، الدریج و کریس‌تنسن، ۱۹۹۸).

اگرچه رابطه کیفیت و رضایت زناشویی^۲ با بهزیستی کلی^۳ در زنان و مردان تا حدی متفاوت است و به طور کلی به زمینه‌ای که در آن ازدواج صورت می‌گیرد بستگی دارد (کوهن، گرون و فارچی، ۲۰۰۹)، اما فرض بر این است که اگر افراد در خانواده‌هایی زندگی کنند که اتحاد زناشویی دارند، از لحاظ سلامت و بهزیستی روانشناختی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند (کمپدوش، تیلور و کروگر، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نیز این فرضیات را تایید می‌کنند. کمپدوش و آماتو (۲۰۰۵) دریافتند شادکامی زناشویی بالاتر از میانگین، با بهزیستی ذهنی^۴ بیشتر همراه است. پرولکس و همکاران (۲۰۰۷) نیز با انجام یک فراتحلیل دریافتند که سطوح بالاتر کیفیت زناشویی با بهزیستی فردی رابطه دارد. با وجود این، تباهی^۵ روابط زناشویی یکی از عوامل ایجادکننده رنج انسانی است (کوردووا، اسکات، دوربان، میرگین، یاگر و همکاران، ۲۰۰۵) و آشفتگی زناشویی به عنوان یک عامل خطر مهم برای سلامت جسمی و روانی (بشارت، تاشک و رضازاده، ۱۳۸۶۵؛ پیهت، بودمن، سینا، ویدمر و شانتیناث، ۲۰۰۷)، با سلامت، بهزیستی و سرمایه‌های^۶ روانی کمتر در همسران مرتبط است (اسویندل، هلر، پسکوسولیدو و کیکوزاوا، ۲۰۰۰). بنابراین از آنجا که پیشگیری

یا درمان مشکلات زناشویی می‌تواند با بهبود سنجش‌های مربوط به سلامت همراه باشد (برمن و مارگولین^۷، ۱۹۹۲؛ به نقل از پیهت و همکاران، ۲۰۰۷)، امروزه نیازمند برنامه‌های موثرتر توانمندسازی زناشویی و درمان زناشویی هستیم که به نوبه خود اثرات مثبتی بر کارکرد خانوادگی و اجتماعی خواهند داشت (گریف و مالهرب، ۲۰۰۱).

پژوهشگران معتقدند که زوج‌درمانی، نیاز به حرکتی فراتر از درمان‌های موجود، در جهت بررسی رویکردهای یکپارچه^۸ درمانی دارد. هرچند فراتحلیل‌ها تایید می‌کنند که درمان‌های مختلف برای آشفتگی زوجی از نظر آماری و بالینی پیامدهای معناداری ایجاد می‌کنند، اما یافته‌های پژوهشی دیگری نشان می‌دهند که درصد زیادی از زوجین در بهره‌وری از آنها شکست می‌خورند یا مدتی پس از درمان‌های رایج بدتر می‌شوند (اسنایدر و بالدراما-دوربین، ۲۰۱۲). به گونه‌ای که تنها در ۵۰ درصد زوجین درمان شده، هر دو شریک بهبود معنادار در رضایت از رابطه نشان می‌دهند و ۳۰ تا ۶۰ درصد زوجین درمان شده تباهی معناداری در دو سال یا بیشتر بعد از پایان درمان نشان می‌دهند (اسنایدر، کاستلانی و ویسمن، ۲۰۰۶). بر مبنای چنین یافته‌هایی، از فواید رویکردهای یکپارچه به زوج‌درمانی حمایت می‌شود (اسنایدر و بالدراما-دوربین، ۲۰۱۲)، که در آن زوجین ممکن است از یک راهبرد درمانی که از نوآوری‌های مفهومی و تکنیکی مدل‌های نظری مختلف مرتبط با مشکلات گوناگون زوجی طرح می‌شود، بیشتر سود ببرند (اسنایدر، اشنایدر و کاستلانی، ۲۰۰۳).

به طور کلی، تمام زوج درمانی‌ها با هدف تسهیل تغییر در رابطه زوجی، برای اثر بخشی بیشتر رابطه و رضایت بیشتر زوجین طراحی شده‌اند (لیندگر و بری، ۱۹۹۹). یکی از رویکردهای مهم زوج درمانی، رویکرد خود تنظیم‌گری^۹ است (هالفورد، ساندرز و بهرنز، ۱۹۹۴). یافته‌های مکرری وجود دارد که خود تنظیم‌گری رابطه^{۱۰} رضایت از رابطه را پیش‌بینی می‌کند (ویلسون، چارکر، لیزیو، کیم‌لین و هالفورد، ۲۰۰۵؛

1. Halford, W. K.
2. marital quality
3. global well-being
4. subjective
5. deterioration
6. finances

7. Burman, B., & Margolin, G.

8. integrative

9. self-regulation

10. relationship self-regulation

شکایت‌هایی که زوجین به درمانگران ارایه می‌کنند، واقعا شکایت‌هایی درباره نیازهای دل‌بستگی ناکام و بدون نتیجه مانده است که می‌توانند منجر به اعتراض، ترس و در بعضی مواقع کناره‌گیری ناامیدانه شوند (سولومون، ۲۰۰۹). بنابراین درمانگران با هر رویکردی، زمانی که با خانواده‌ها مواجه هستند، ناگزیرند به مساله دل‌بستگی بپردازند (بینگ-هال، ۲۰۰۱). بر این اساس، نظریه دل‌بستگی می‌تواند خود تنظیم‌گری را در زوج درمانگری رفتاری (هالفورد و همکاران، ۱۹۹۴؛ هالفورد، ۲۰۰۱/۱۳۸۷) تقویت نماید.

نظریه دل‌بستگی مدرن ادعا می‌کند که توانایی برای خود تنظیم‌گری از رابطه نوزاد- مراقب ناشی می‌شود (اسکور و اسکور، ۲۰۰۸؛ به نقل از پادیکولا و کونکلین، ۲۰۱۰) و مبادلات متقابل^۴ اساس همه ظرفیت‌های خود تنظیم‌گر هستند (پادیکولا و کونکلین، ۲۰۱۰). بنابراین، نظریه دل‌بستگی اساسا یک نظریه تنظیم‌کننده است (فونگی و تارگت، ۲۰۰۲؛ لارنت و پاورز؛ ۲۰۰۷) و مدل‌های دل‌بستگی کاربردهایی در تحول ظرفیت‌های خود تنظیم‌گری دارند (ابلو، مارکس، فلدمن و هافمن، ۲۰۰۴؛ بشارت، ۱۳۸۵). از طرفی، آسیب دل‌بستگی ظرفیت انطباق انسان را به عنوان بخشی از سیستم خود تنظیم‌کننده تحلیل می‌برد و در عملکرد خود تنظیم‌گری اختلال ایجاد می‌کند (پادیکولا و کونکلین، ۲۰۱۰). مدل‌های نظری نیز که شامل عقایدی درباره خود تنظیم‌گری و تنظیم متقابل هستند، فرض می‌کنند که افراد آسیب دیده متمایل به استفاده از راهبردهای اجتنابی، سازمان نیافته یا دوسوگرا برای تنظیم استرس هستند. این راهبردها مدل‌های تعاملی مساله‌زا را در روابط زوجی ایجاد می‌کنند. بنابراین تنظیم یک فضای درمانی براساس همدلی، پاسخدهی و اعتماد که ظرفیت زوجین را برای تغییر مدل‌های تعاملی‌شان تسهیل می‌کند، از اهمیت زیادی برخوردار است. این فضای درمانی، گسترش دل‌بستگی ایمن، درک و فهم و رشد بیشتر را هدف قرار می‌دهد (فلد، ۲۰۰۴). در نتیجه، اگر مداخلات رفتاری به طور دقیق‌تری انگیزه‌های بالقوه زیربنای رفتارها، مانند شیوه‌های ترجیحی افراد درباره اداره کردن اضطراب مرتبط با دل‌بستگی، اهداف

هالفورد، لیزیو، ویلسون و اکچی پینتی، ۲۰۰۷) و مداخله زوجی که خود تنظیم‌گری ارتباطی را توانمند سازد، رضایت رابطه زوجی را افزایش می‌دهد (هالفورد، مور، ویلسون، دایر، فارورجیا، ۲۰۰۴). فینکل و کمپبل (۲۰۰۱) نیز نشان دادند که خود تنظیم‌گری با توانایی افراد برای انطباق در پاسخدهی به رفتار بالقوه مخرب شرکای رمانتیک‌شان (مثلا فریاد زدن و بی‌ملاحظه بودن) مرتبط است. علاوه بر این، شیوه‌های مختلف خود تنظیم‌گری دارای اثرات تعاملی با بهزیستی روانی هستند (هونگ، تان و چانگ، ۲۰۰۴).

بر اساس نظریه هماهنگی^۱ گراو^۲ (۲۰۰۲)، به نقل از اسنایدر و بالدراما- دوربین، ۲۰۱۲) که یک رویکرد یکپارچه فراتر از متناسب برای مداخلات زوج‌مدار است، ناهمخوانی^۳ ناهمخوانی^۳ بین ادراکات و اهداف فردی، بهزیستی را کاهش می‌دهد و خطر تحول و تداوم آسیب روانی را افزایش می‌دهد. از این رو، مداخلات درمانی تلاش می‌کنند سطح ناهمخوانی را در درازمدت کاهش دهند، در حالی که در کوتاه مدت ناهمخوانی را برمی‌انگیزند تا تغییرات را با احتمال بیشتری در جهت خود تنظیم‌گری سالم و هماهنگی پایدار گسترش دهند. با این حال، خود تنظیم‌گری یک مکانیسم پیچیده است که می‌تواند به شیوه‌های متفاوتی مختل گردد (بامیستر و هیترتون، ۱۹۹۶). هم‌چنین، مشخص شده است که روابط بین فردی و هیجان‌های مربوط به آن، بر خود تنظیم‌گری اثر می‌گذارند و تحت تاثیر آن قرار می‌گیرند (بامیستر و وهس، ۲۰۰۴). از طرفی، در زوج درمانگری با محوریت خود تنظیم‌گری نیز بعضی از زوجین برای دستیابی به اهداف تغییر خود و تغییر مدل‌های رفتار، شناخت و عاطفه که با مشکلات ارتباطی پیوند دارد، نیاز به درمانی گسترده‌تر و استفاده از روش‌های سایر رویکردها دارند (هالفورد، ۲۰۰۱/۱۳۸۷).

براساس نظریه دل‌بستگی، گسترش سبک ایمن، توانایی افراد را جهت یادگیری تجارب جدید و در صورت ضرورت پذیرش تغییر در خود و دیگران تسهیل می‌کند (جانسون و ویفن، ۲۰۰۲/۱۳۸۸). در واقع می‌توان گفت که بسیاری از

4. Schore, J., & Schore, A. N.
5. dyadic exchange

1. consistency
2. Grawe, K.
3. incongruence

آگاهی از افکار و احساسات خود و همسر، گسترش همدلی و صمیمیت و رشد ارتباط موثر و مهارت‌های حل مساله در آنها اجرا می شود (بولینگ، هیل و جنسیوس، ۲۰۰۵). برنامه غنی‌سازی زناشویی انریچ اولین بار توسط السن^۸ (۱۹۸۷)؛ به نقل از السن و السن، ۱۹۹۹) طراحی شده است. شش هدف زوجی و شش تمرین زوجی در برنامه آماده‌سازی/ غنی‌سازی^۹ که اساس برنامه مذکور است به شرح ذیل وجود دارد: (۱) کشف نیرومندی‌های رابطه^{۱۰} و حوزه‌های رشدی^{۱۱}، (۲) تقویت مهارت‌های ارتباط زوجی از جمله قاطعیت^{۱۲} و گوش دادن فعال، (۳) حل تعارض زوجی با استفاده از روش ده مرحله‌ای، (۴) کشف موضوعات خانواده اصلی، (۵) تحول در بودجه عملی و طرح مالی، (۶) تحول اهداف شخصی، زوجی و خانوادگی. مطالعات مختلفی اثر بخشی این برنامه‌ها را نشان داده‌اند. در یک پژوهش، ۲۹ زوج را در برنامه غنی‌سازی ازدواج و گروه کنترل قرار دادند. نمرات زنان بیشتر از مردان افزایش یافت و در کل، زوجین سطوح بالای رضایت از مشارکت در برنامه را گزارش کردند (آرنولد و مین، ۲۰۰۴). برنامه آموزش توانمندسازی مقابله زوجین نیز توانست در بهزیستی روانشناختی هر دو جنس و رضایت زندگی در میان زنان بهبود ایجاد کند و این اثرات تا یک سال پابرجا ماندند (پیپت و همکاران، ۲۰۰۷). بررسی‌هایی که به مقایسه برنامه‌های زوج‌درمانی و غنی‌سازی زناشویی پرداخته باشند اندک است. در یکی از این مطالعات، سازگاری زناشویی در زوجین شرکت‌کننده در مدل مشاوره زوجی یکپارچه فشرده^{۱۳} بررسی شد (یانگ و لانگ، ۱۹۹۸). (۲۰۰۷)، که شامل مراحل ارزیابی، تنظیم اهداف، مداخلات، نگهداری و اعتباربخشی است و گروه دیگر در کارگاه آخر هفته آموزش ازدواج غنی‌سازی همسران که مبتنی بر برنامه آماده‌سازی/ غنی‌سازی (السن و السن، ۱۳۸۳/۲۰۰۰) بود مورد بررسی قرار گرفتند. هیچ تفاوتی در نمرات سازگاری زناشویی بین دو گروه درمانی وجود نداشت (لوینگستون، ۲۰۰۶). با

ارتباطی زوجین و تجارب هیجانی را بررسی کنند، مهارت‌های کسب شده با احتمال بیشتری مفید واقع می‌شوند و درمانگران نیز در هدایت زوجین به سمت تغییر رفتار موفق‌تر خواهند بود (گوردن و کریسمن، ۲۰۰۸).

در پژوهشی زوجین، تحت آموزش تنظیم هیجان، مهارت‌های ارتباطی و حل مساله قرار گرفتند (کربی و باکوم، ۲۰۰۷). اثرات درمانی قابل ملاحظه‌ای در کاهش نشانه‌های افسردگی و نارضا تنظیم‌گری هیجانی^۱ زنان و افزایش رضایت رابطه مردان تایید شد. در یک بررسی اکتشافی نیز، محققان با یکپارچه کردن تحقیقات درباره اضطراب دلبستگی^۲، طرد، خود تنظیم‌گری و رفتارهای سالم، اثرات تعاملی اضطراب دلبستگی و تهدید ارتباطی را بر تنظیم‌گری بررسی کردند. نتایج مطالعه نشان داد که زنان و نه مردان، که در اضطراب دلبستگی بالا بودند، زمانی که رابطه تهدید می‌شد شکست در خود تنظیم‌گری را، حتی در رفتارهای ساده مربوط به سلامت تجربه کردند (مارکوس، ۲۰۱۰).

از سوی دیگر بررسی‌ها نشان می‌دهند که برنامه‌های آموزش رابطه مبتنی بر مهارت نیز می‌توانند حداقل بخشی از استرس و ناشادی را که باعث آشفتگی و طلاق در میان زوجین می‌شود، کاهش دهند (هالوگ و ریشتر، ۲۰۱۰). برنامه‌های آموزش زوجی معمولاً ترکیبی از چهار مولفه آگاهی^۳، بازخورد^۴، تغییر شناختی^۵ و آموزش مهارت^۶ هستند (هالفورد، مارکمن، کلاین و استنلی، ۲۰۰۳). رضایت از رابطه در میان برنامه‌هایی که شامل ترکیب متنوعی از این چهار مولفه هستند آشکار است (هالفورد، ۱۹۹۹). غنی‌سازی ازدواج^۷ یکی از رویکردهای پرکاربرد و شناخته شده در زمینه پیش‌گیری از عواقب آسیب‌زای نابسامانی روابط زناشویی است که با هدف افزایش رشد بهنجار و پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی (ورتینگتون جی آر، باستون و هاموندز، ۱۹۸۹)، و نیز کمک به زوجین برای

8. Olson, D. H.
9. prepare/ enrich
10. relationship strength
11. growth areas
12. assertiveness
13. brief integrative couple counseling model

1. emotion dysregulation
2. attachment anxiety
3. awareness
4. feedback
5. cognitive change
6. skill training
7. marriage enrichment

د) زوجین تمایل مشترکی برای شرکت در برنامه‌ها داشته باشند. به این ترتیب، از میان افراد مراجعه کننده تعداد ۳۳ زوج انتخاب شدند و سپس به گونه تصادفی تعداد ۱۱ زوج به برنامه زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دل‌بستگی (با میانگین سنی ۳۱/۲ سال و انحراف استاندارد ۵/۴)، ۱۱ زوج به برنامه غنی‌سازی زناشویی (با میانگین سنی ۳۰/۴ سال و انحراف استاندارد ۵/۴)، و ۱۱ زوج دیگر به گروه کنترل (با میانگین سنی ۳۴ سال و انحراف استاندارد ۵/۸) واگذار شدند و برنامه‌های مورد نظر روی آنها اجرا شد.

با توجه به دیدگاه‌های محققان مختلف درباره خود تنظیم‌گری (هالفورد، ۱۹۹۸) و دل‌بستگی (اینسورث، ۱۹۸۹؛ بینگ-هال، ۲۰۰۱؛ لیندگر و بری، ۱۹۹۹)، می‌توان گفت زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دل‌بستگی عبارت است از تغییر رفتارها، شناخت‌ها و هیجان‌های زوجین توسط خود آنها که با بازسازی و گسترش سبک‌های دل‌بستگی به کمک درمانگر و ایجاد یک فضای تعاملی ایمن میان آنها تسهیل می‌شود. این مدل درمانی از تلفیق و یکپارچه‌سازی مفاهیم نظری و اصول درمانی دو نظریه خود تنظیم‌گری و دل‌بستگی ساخته شده و به مدت شش تا هشت جلسه زوجی مطابق طرح جدول ۱ در درمان زوجین به کار برده می‌شود.

توجه به آنچه گفته شد هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دل‌بستگی و برنامه غنی‌سازی زناشویی انریچ بر رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زوجین در مقایسه با گروه کنترل است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که زوجین شرکت‌کننده در آن پس از مراجعه به مراکز مشاوره به گونه تصادفی به گروه‌های جداگانه واگذار شدند و مداخلات مورد نظر نیز به گونه تصادفی به همراه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مورد آنها اجرا شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر، زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره دولتی و خصوصی شهرستان خرم آباد بودند که به دلیل مشکلات ارتباطی و زناشویی، جهت دریافت کمک‌های تخصصی به این مراکز مراجعه کردند. از میان این مراجعان، زوجینی که دارای معیارهای زیر بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند: الف) حداقل ۱ سال و حداکثر ۱۵ سال از ازدواج آنها گذشته باشد؛ ب) مشکلات جدی مانند بیماری شدید جسمی و روانی و یا بیکاری و فقر در زندگی آنها وجود نداشته باشد؛ ج) اقدام عملی به طلاق نکرده باشند؛

جدول ۱

طرح درمان زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دل‌بستگی

ردیف	عنوان جلسه	اهداف و محتوای جلسه
۱	ارزیابی اولیه	آشنایی و مقدمات بیان ساختار جلسه بررسی انگیزه درمان بررسی بیانات مشترک زوجین از مساله مصاحبه فردی، بررسی جنبه‌های خشونت‌آمیز رابطه و آسیب‌شناسی فردی و کسب اطلاعاتی که در حضور همسر امکان پذیر نیست. اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی سطح آشفته‌گی، سبک‌های دل‌بستگی، زمینه‌های مهم تضاد و زمینه‌های تغییر خلاصه کردن نگرانی‌های فردی، توصیف رویکرد زوج درمانگری، بررسی مناسب بودن زوج درمانگری، مذاکره در مورد وظایف ارزیابی که باید قبل از جلسه بعدی انجام شود.

ادامه جدول ۱

۲	ادامه ارزیابی	<p>مرور آنچه تا کنون انجام شده و مذاکره پیرامون موضوعات مورد بحث در جلسه مصاحبه فردی، جمع آوری اطلاعات بیشتر که در جلسه اول انجام نشده است و کسب اطلاعاتی که در حضور همسر امکان پذیر نیست</p> <p>ایجاد درکی مشترک از رابطه و ایجاد توافق درمانی</p> <p>ارزیابی مشاهده ای از تعامل زوجین</p> <p>خلاصه کردن روند رشد تا این مرحله</p>
۳	ادامه ارزیابی، شناسایی چرخه تعامل منفی و رفتارهای مربوط به دل بستگی	<p>ارزیابی مشکل و موانع دل بستگی</p> <p>درک و شناسایی چرخه های تعامل منفی</p> <p>بررسی نقش عملکرد رفتاری زوج در حفظ یا وخیم تر کردن نا ایمنی و نارضایتی</p> <p>بررسی نقش مراقبت کننده و مراقبت جوینده</p> <p>تبیین تغییر و انعطاف پذیری سبک های دل بستگی</p>
۴	تحلیل و تغییر هیجان ها	<p>بازکردن تجربه های برجسته مربوط به دل بستگی</p> <p>پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی</p> <p>پذیرش چرخه تعامل توسط زوج</p>
۵	درگیری هیجان ها	<p>افزایش شناسایی نیازهای دل بستگی</p> <p>ابراز و پذیرش هیجان ها</p> <p>ارتقای روش های جدید تعامل</p> <p>تمرکز روی خود نه دیگری</p> <p>ابراز خواسته و آرزوها در حضور همسر</p>
۶	بازخورد و مذاکره در مورد اهداف و ارزشیابی امکان خود تغییری کوتاه مدت	<p>مشخص کردن نقاط قوت و ضعف ارتباط، رفتارهای نایمن کننده، عوامل شروع کننده و تداوم بخش مشکلات ارتباط</p> <p>ارایه مدل مشارکتی و کاربردی درمانگر درباره ارتباط که مبتنی بر نکات فوق باشد تعیین اهداف احتمالی و ارزیابی مهارت های سطح بالای خود تنظیم گری زوجین</p>
۷	اجرای خودتغییری کوتاه مدت و حمایت از آن	<p>بحث درباره انجام اهداف خود تغییری در زوجین</p> <p>کمک به آنها جهت ارزیابی تاثیر خودتغییری بر رابطه</p> <p>تحلیل تعامل های زوجین بین جلسات و توجه به انجام اهداف خود تغییری مشخص شده در جلسات قبل</p> <p>تقویت و برانگیختن خودتغییری، اطمینان از مرتبط بودن تغییرات خاص پیشنهادی زوجین با اهداف ارتباطی آنها، کمک به زوجین جهت رشد بیشتر اهداف تغییر مورد نیاز</p>
۸	ادامه خود تغییری، جمع بندی و اختتام	<p>کمک به همسران برای خود تنظیم گری در شیوه رفتاری، فکری و احساس آنها نسبت به یکدیگر، هدف گذاری های طبیعی در منزل و کاربرد نتایج به دست آمده خارج از جلسه درمانی</p> <p>رسیدن به این نتیجه که برای سرزندگی نیازی به درمانگر نیست و تغییر خود مهم تر از تغییر همسر است</p> <p>اجرای پس آزمون</p>

برنامه آماده سازی/ غنی سازی نسخه ۲۰۰۰ گرفته شده است و بقیه تکنیک ها از سایر برنامه های غنی سازی اخذ شده است (اولیا، فاتحی زاده و بهرامی، ۱۳۸۵). هدف کلی برنامه آماده سازی/ غنی سازی کمک به زوجین برای ساختن

منظور از برنامه غنی سازی زناشویی انریچ شرکت در جلسات آموزشی است که به مدت شش جلسه و هر جلسه دو ساعت و به طور هفتگی تحت عناوین و اهداف جدول ۲ اجرا می شود (پورمحسنی کلوری، ۱۳۸۹). پکیج اصلی این برنامه از

توانایی‌های‌شان به عنوان یک زوج است. این کار به طور عمده با ایجاد بینش مناسب نسبت به ازدواج و آموزش مهارت‌های ارتباطی (به‌خصوص مهارت‌های گفتگو و حل تعارض) انجام می‌شود (السن و السن، ۲۰۰۰/۱۳۸۳). زوجین در این جلسات به صورت گروهی شرکت کرده و آموزش‌های مورد نظر را دریافت کردند.

جدول ۲

عناوین جلسات و اهداف برنامه غنی‌سازی زناشویی انریچ

جلسه	عنوان جلسه	اهداف کلی
۱	آشنایی اعضا با یکدیگر و معرفی قواعد گروه	آشنایی اعضا با اهداف برنامه غنی‌سازی، شرکت منظم هر دو زوج در تمامی جلسات، انجام تکالیف هفتگی و آرایه آن در جلسات بعدی
۲	بازسازی شناختی (آموزش چهارچوب‌دهی مجدد شناختی)	افزایش آگاهی زوجین نسبت به تفکرات غیرمنطقی و خودانگیخته، آموزش اصول A-B-C، روش‌های مقابله با باورهای غیر منطقی، آموزش روش مجادله برای اصلاح باورهای غیرمنطقی
۳	آموزش صمیمیت	تعریف صمیمیت و ابعاد آن، آموزش تکنیک‌هایی جهت افزایش صمیمیت جنسی، جسمی، عاطفی، عقلانی و ارتباطی زوجین
۴	آموزش بهبود روابط جنسی	افزایش آگاهی جنسی زوجین، بیان چرخه رابطه جنسی، شناسایی و اصلاح اسطوره‌ها و باورهای جنسی نادرست
۵	آموزش حل تعارض و حل مساله	تعریف مفهوم تعارض زناشویی و طبیعی بودن وجود تعارض بین زوجین، آشنایی با شیوه‌های متداول برخورد با تعارض زناشویی در زوجین، آموزش قواعد و شیوه صحیح حل تعارض و فرایند حل مساله
۶	مدیریت خانواده	آموزش نحوه ارتباط صحیح با فرزندان، نحوه ارتباط با خانواده‌های اصلی، نحوه برخورد با مسایل مشکلات مالی

برای اجرای این پژوهش، قبل از اجرای مداخلات درمانگری، ابزارهای پژوهش به عنوان پیش‌آزمون در مورد همه زوجین اجرا شد. سپس زوجین گروه‌های آزمایش در برنامه زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دلبستگی و برنامه غنی‌سازی زناشویی شرکت کردند اما گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. بعد از اتمام جلسات مورد نظر مجدداً زوجین همه گروه‌ها توسط پرسشنامه‌های مذکور مورد پس‌آزمون قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ (ENRICH)؛ پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ^۱ یک ابزار ۱۱۵ سوالی و فرم دیگر آن ۱۲۵ سوالی است. این پرسشنامه برای ارزیابی

زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های پربرابری^۲ رابطه زناشویی به کار می‌رود. هم‌چنین به عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعددی برای سنجش میزان رضایت زناشویی زوجین مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه از ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده است. مقیاس اول آن ۵ سوالی و سایر مقیاس‌های آن هر کدام ۱۰ سوال دارد (ثنایی، ۱۳۸۷). پرسشنامه انریچ خصوصیات روانسنجی قوی دارد (آرنولد و مین، ۲۰۰۴). همسانی درونی^۳ آن در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۹۰، تخمین زده می‌شود (السن و السن، ۲۰۰۰). اعتبار این آزمون با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی برای مردان ۰/۹۳ و برای زنان ۰/۹۴ به دست آمده است (مهدویان، ۱۳۷۶؛ به نقل از ثنایی، ۱۳۸۷). هم‌چنین در بررسی روایی این آزمون ضریب همبستگی آن با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت

2. enrichment
3. internal consistency

1. Enriching and Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness (ENRICH)

r و آزمودنی‌های مرد $r = 0/95$ نشان پایایی بازآزمایی^{۱۱} خوب پرسشنامه است.

پرسشنامه سلامت روانی (MHI-28): مقیاس سلامت روانی - ۲۸^{۱۲} (بشارت، ۱۳۸۸) یک آزمون ۲۸ سوالی و فرم کوتاه شده مقیاس ۳۴ سوالی سلامت روانی (بشارت، ۱۳۸۵؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) است. این مقیاس دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ خواهد بود. ویژگی‌های روانسنجی فرم ۲۸ سوالی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از هفتصد و شصت آزمودنی در دو گروه بیمار (۲۷۷؛ $n = 173$ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (۴۸۳؛ $n = 267$ زن، ۲۱۶ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ($n = 92$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب $r = 0/90$ و $r = 0/89$ و در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی برای سنجش پایایی رضایت‌بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ($n = 76$) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب $r = 0/83$ و $r = 0/88$ و در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی-۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی^{۱۳} (گلدبرگ، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب

زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه^۱ آن است. کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه انریچ زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کنند و این نشان می‌دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک^۲ خوبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷). فاورز و السن (۱۹۸۹) دریافتند که انریچ می‌تواند بین زوجین متاهل شاد و زوجین متاهل ناشاد با حدود ۸۵ تا ۹۵٪ دقت تمایز بگذارد. با توجه به طولانی بودن سوال‌های مقیاس، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است که در این پژوهش از فرم ۴۷ سوالی آن استفاده شده است. در ایران، فرم کوتاه ۴۷ ماده‌ای مورد هنجاریابی قرار گرفته و همسانی درونی آن $0/95$ محاسبه و گزارش شده است (سلیمانیان، ۱۳۷۳).

پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (GRIMS): پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست^۳ (راست، بنان، کرو و گلوبوک، ۱۹۸۸) یک مقیاس ۲۸ سوالی است. پرسش‌ها در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت، مشکلات موجود در روابط زناشویی زوجین را از نمره صفر تا سه در زمینه میزان حساسیت^۴ و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد^۵ وفاداری^۶، مشارکت^۷، همدردی^۸، ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت^۹ و همدلی^{۱۰} زوجین می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۸۴ خواهد بود. نمره تراز شده آزمودنی‌ها در ۹ درجه بر حسب شدت و ضعف مشکلات زناشویی محاسبه می‌شود. در فرم فارسی این پرسشنامه نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای نمونه ای از زن‌ها و ۰/۹۴ برای مردها محاسبه شد که نشانه همسانی درونی بالای پرسشنامه است (بشارت، ۱۳۸۰). ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها $r = 0/94$ ، آزمودنی‌های زن $r = 0/93$

1. construct validity
2. criterion validity
3. Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS)
4. sensitivity
5. commitment
6. loyalty
7. cooperation
8. sympathy
9. intimacy
10. empathy

11. test-retest reliability

12. Mental Health Inventory (MHI-28)

13. General Health Questionnaire (GHQ)

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی به توصیف داده‌های مربوط به گروه‌های زوج درمانگری تلفیقی، غنی‌سازی زناشویی و کنترل پرداخته شد. بر این اساس، خلاصه‌ای از نتایج توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد نمرات) پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت‌کنندگان سه گروه در پرسشنامه‌های وضعیت زناشویی گلوبوک-راست، رضایت زناشویی انریچ و سلامت روانی (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی) در جدول ۳ آمده است.

همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار ($r = -0/87, p < 0/001$) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ($r = 0/89, p < 0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تایید می‌کنند. روایی تفکیکی^۱ مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۸).

جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه در پرسشنامه‌های وضعیت زناشویی گلوبوک-راست، رضایت زناشویی انریچ و سلامت روانی (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی)

گروه	آزمون	وضعیت زناشویی		رضایت زناشویی		بهزیستی روانشناختی		درماندگی روانشناختی	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
تلفیقی	پیش‌آزمون	۱۰/۵۵	۴۰/۹۵	۲۲/۹۱	۱۴۴/۵۴	۱۰/۴۸	۴۳/۹۱	۱۱/۸۹	۴۲/۲۳
	پس‌آزمون	۹/۰۸	۳۲/۶۸	۱۹/۷۶	۱۵۹/۳۶	۷/۶۸	۵۲/۳۲	۸/۶۲	۳۳/۹۵
غنی‌سازی	پیش‌آزمون	۱۱/۷۴	۲۹/۹۵	۲۲/۸۶	۱۵۴/۳۲	۹/۰۵	۴۸/۰۴	۱۱/۵۳	۳۶/۶۸
	پس‌آزمون	۱۱/۲۰	۲۳/۳۲	۲۴/۴۴	۱۶۸/۱۴	۸/۷۷	۵۳/۹۵	۱۰/۰۹	۳۲/۳۶
کنترل	پیش‌آزمون	۱۳/۶۶	۳۱/۳۲	۳۴/۷۹	۱۵۲/۴۵	۱۲/۷۰	۴۸/۷۳	۱۵/۱۹	۳۹/۹۱
	پس‌آزمون	۱۴/۵۴	۳۳/۳۲	۳۲/۷۷	۱۵۴/۴۱	۱۱/۱۹	۴۹/۶۸	۱۳/۲۶	۳۹/۶۳

گروه‌ها تعدیل و مقایسه می‌شوند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به مقایسه گروه‌های آزمایش (زوج درمانگری تلفیقی و غنی‌سازی زناشویی) و کنترل در متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی و سلامت روانی (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی) در جدول ۴ آمده است.

باتوجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های شبه تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود و با توجه به وجود متغیرهای وابسته چندگانه، برای بررسی فرضیه پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا)^۲ استفاده شده است. در تحلیل کوواریانس با کنترل آماری پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش^۳، میانگین نمرات پس‌آزمون

1. differential validity
2. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)
3. covariate

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی و سلامت روانی (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی)

اثر	آماره	ارزش	نسبت F	df	سطح معناداری	مجذور Eta	توان
پیش‌آزمون رضایت زناشویی	T پیلایی	۰/۶۵۸	۲۶/۹۷۳	۴،۵۶	۰/۰۰۰	۰/۶۵۸	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون مشکلات زناشویی	T پیلایی	۰/۳۳۰	۶/۸۹۳	۴،۵۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۰	۰/۹۹۰
پیش‌آزمون بهزیستی روانشناختی	T پیلایی	۰/۳۶۰	۷/۸۸۹	۴،۵۶	۰/۰۰۰	۰/۳۶۰	۰/۹۹۶
پیش‌آزمون درماندگی روانشناختی	T پیلایی	۰/۳۳۸	۷/۱۴۲	۴،۵۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۸	۰/۹۹۲
گروه	T پیلایی	۰/۳۰۱	۲/۵۲۷	۸،۱۱۴	۰/۰۱۴	۰/۱۵۱	۰/۸۹۷
	لامبدای ویلکز	۰/۷۰۸	۲/۶۳۷	۸،۱۱۲	۰/۰۱۱	۰/۱۵۸	۰/۹۱۱
	T هتلینگ	۰/۳۹۹	۲/۷۴۳	۸،۱۱۰	۰/۰۰۸	۰/۱۶۶	۰/۹۲۳
	بزرگترین ریشه روی	۰/۳۶۳	۵/۱۶۷	۴،۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶	۰/۹۵۵

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل مانکووا (در همه آزمون‌های چند متغیری) معنادار است. بنابراین، با در نظر گرفتن اثرات پیش‌آزمون (که در اینجا تنها نتایج پیش‌آزمون مربوط به T پیلایی هر یک از متغیرها آمده است)، تفاوت میانگین گروه‌ها در متغیر وابسته مرکب معنادار است که بیان‌گر اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای مانکووا (در همه آزمون‌های چند متغیری) معنادار است. دقیق‌تر تفاوت‌ها در متغیرهای وابسته، نتایج تحلیل واریانس تک متغیره آنها نیز در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵

نتایج تحلیل واریانس تک متغیره تفاوت گروه‌های آزمایش (زوج درمانگری تلفیقی و غنی‌سازی زناشویی) و کنترل در متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی و سلامت روانی (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی)

متغیر	SS	df	MS	F	p	Eta ²	توان آماری
وضعیت زناشویی	۹۰۸/۹۰	۲	۵۴۵/۴۶	۶/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۱۸۴	۰/۹۰
رضایت زناشویی	۲۱۴۳/۸۰	۲	۱۰۷۱/۹۰	۷/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱۲	۰/۹۴
بهزیستی روانشناختی	۳۴۶/۷۹	۲	۱۷۳/۴۰	۳/۷۲	۰/۰۳۰	۰/۱۱۲	۰/۶۶
درماندگی روانشناختی	۶۰۴/۰۵	۲	۳۰۲/۰۳	۴/۸۰	۰/۰۱۲	۰/۱۴۰	۰/۷۷

نتایج تحلیل واریانس جدول ۵ نشان‌دهنده آن است که بین میانگین گروه‌ها در هر یک از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، در ادامه برای بررسی تفاوت گروه‌ها با یکدیگر در این متغیرها نتایج آزمون تعقیبی مقایسه‌های زوجی کمترین تفاوت معنادار در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶

نتایج آزمون مقایسه‌های زوجی برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش (زوج درمانگری تلفیقی و غنی‌سازی زناشویی) و کنترل در هر یک از متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی و سلامت روانی (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی)

متغیرهای وابسته	گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
وضعیت زناشویی	۱*	۲**	۲/۱۹۴	۲/۷۰۷	۰/۴۲۱
	۱	۳***	-۶/۷۵۵	۲/۷۰۵	۰/۰۱۵
	۲	۳	-۸/۹۴۸	۲/۵۳۹	۰/۰۰۱

ادامه جدول ۶

۰/۹۵۲	۳/۸۰۸	-۰/۲۹۹	۲	۱	رضایت زناشویی
۰/۰۰۲	۳/۸۰۵	۱۲/۴۴۲	۳	۱	
۰/۰۰۱	۳/۵۷۳	۱۲/۶۷۱	۳	۲	
۰/۶۶۲	۲/۲۳۹	۰/۹۸۳	۲	۱	بهزیستی روانشناختی
۰/۰۱۶	۲/۲۳۸	۵/۵۴۰	۳	۱	
۰/۰۳۴	۲/۱۰۱	۴/۵۵۷	۳	۲	
۰/۳۶۱	۲/۶۰۱	-۲/۳۹۳	۲	۱	درماندگی روانشناختی
۰/۰۰۴	۲/۶۰۰	-۷/۷۱۰	۳	۱	
۰/۰۳۳	۲/۴۴۰	-۵/۳۱۸	۳	۲	

* زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری- دلبستگی ** غنی‌سازی زناشویی *** کنترل

به‌طور مثال، بیشتر برنامه‌های آموزش رابطه مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری هستند. این مدل مداخله فرض می‌کند که مشکلات ارتباطی زوجی مانند ناتوانی برای اداره هیجان‌های منفی و حل تعارضات، زیربنای تخریب روابط است. در نتیجه آموزش ارتباط موثر و حل تعارض برای زوجین در تمام برنامه‌های مبتنی بر مهارت رابطه زوجی امری معمول است (هاوکینز، بلانچارد، بالدوین و فاوست، ۲۰۰۸). رویکردهای زوج‌درمانی هم از یک سو بر تغییر رفتاری (تبادل رفتار و مداخلات ایجاد مهارت) و از سوی دیگر بر مداخلاتی که بر پویایی‌های درون‌فردی و آسیب‌پذیری‌ها تاکید دارند، تمرکز می‌کنند (هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲). همچنین، زوج درمانی را برای کاهش آشفتگی ارتباطی براساس این فرض به کار می‌برند که تعارض زناشویی به عنوان یک عامل استرس‌زای گسترده عمل می‌کند که در تحول، تشدید یا حفظ مشکلات فردی یا ارتباطی خاص اثرگذار است (باکوم، شوهم، موسر، دایوتو، و استیکل، ۱۹۹۸). علاوه بر این، آموزش رابطه و غنی‌سازی دارای دلالت‌های بالینی مهمی است. دو مورد از دلالت‌های بالینی، محافظت و نگهداری پیوندهای مثبت (استنلی^۱، ۱۹۹۸؛ به نقل از هالفورد و همکاران، ۲۰۰۳) و تلاش هر فرد برای ایفای سهم خود (هالفورد و همکاران، ۲۰۰۳) به منظور داشتن یک رابطه است؛ با توجه به این نکته که هالفورد و همکاران (۱۹۹۴، ۲۰۰۱؛ هالفورد، ۱۳۸۷/۲۰۰۱) مداخلات غنی‌سازی رابطه را بر افزایش خود تنظیم‌گری رابطه متمرکز کردند.

نتایج جدول ۶ نیز نشان می‌دهد که مدل زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری- دلبستگی و برنامه غنی‌سازی زناشویی در هر یک از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار با گروه کنترل دارند، اما هیچ‌کدام از این دو برنامه برتری معنادار نسبت به دیگری ندارند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد زوج درمانگری خود تنظیم‌گری- دلبستگی و برنامه غنی‌سازی زناشویی در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معنادار بر کاهش مشکلات زناشویی، افزایش رضایت زناشویی و افزایش سلامت روانی (افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش درماندگی روانشناختی) دارند. در این پژوهش تفاوت معنادار بین مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری- دلبستگی و برنامه غنی‌سازی زناشویی مشاهده نشد که همسو با پژوهش لیوینگستون (۲۰۰۶) در مقایسه درمان زوجی یکپارچه فشرده و غنی‌سازی است. بررسی‌ها نیز نشان می‌دهند که رویکردهای مختلف به زوج درمانی و آموزش رابطه، اثرات بسیار مشابهی از کیفیت رابطه زوجی را ایجاد می‌کنند (هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲). با اینکه این یافته‌ها می‌توانند به شیوه‌های مختلفی تفسیر شوند، این امکان وجود دارد که بسته‌های درمانی زوج‌درمانی که احتمالاً بر اصول مشابهی از تغییر تاکید می‌کنند (بنسون، مک‌گین و کریستنسن، ۲۰۱۲)، عناصر و تاکیدات مشترکی با غنی‌سازی زناشویی داشته باشد.

دهد. همچنین پژوهش آرنولد و مین (۲۰۰۴) اثربخشی بالایی بر رضایت زوجین به‌ویژه در میان زنان نشان داد. نتایج پژوهش عدالتی شاطری و همکاران (۱۳۸۸) نیز حاکی از اثربخشی برنامه غنی‌سازی ازدواج بر رضایت زناشویی زوجین براساس مقیاس‌های انریچ و داس است که در پژوهش حاضر نیز اثربخشی برنامه غنی‌سازی براساس مقیاس‌های وضعیت زناشویی گلوبوبوک-راست و مقیاس رضایت زناشویی انریچ تایید شده است.

با توجه به تحقیقات مختلف در مورد رابطه کیفیت و رضایت زناشویی با بهزیستی روانشناختی در زوجین (پروکس، هلمس و بوهرلر، ۲۰۰۷؛ پیهت و همکاران، ۲۰۰۷؛ کوهن و همکاران، ۲۰۰۹؛ هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲؛ هالوگ و ریشتر، ۲۰۱۰)، پیشگیری یا درمان مشکلات زناشویی می‌تواند با بهبود سلامت همراه باشد (برمن و مارگولین، ۱۹۹۲؛ به نقل از پیهت و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین با توجه به اینکه رضایت و بهزیستی هریک از زوجین به صورت متقابل بر هم اثر می‌گذارد (زیمر-گمبک و دوکات، ۲۰۱۰؛ ساکو و فارس، ۲۰۰۱) اثربخشی برنامه‌های زوجی بر یکی از آنها می‌تواند بر دیگری نیز موثر باشد. عواملی مانند تعاملات استرس‌زا و فقدان حمایت اجتماعی در زوجین دارای مشکلات زناشویی، رابطه متقابلی با بهزیستی روانشناختی آنها دارد. مدل تولید استرس^۱ (داویلا، برادبری، کوهان و تاچلوکس^۲، ۱۹۹۷؛ به نقل از کمپدوش و همکاران، ۲۰۰۸) ادعا می‌کند افراد دارای بهزیستی روانشناختی پایین، دارای تعاملات استرس‌زا با همسران‌شان هستند و این تعاملات استرس‌زا به نوبه خود منجر به کاهش بیشتری در بهزیستی روانشناختی می‌شود. مدل ناسازگاری زناشویی افسردگی^۳ (بیچ، ساندین و اولیری^۴، ۱۹۹۰؛ به نقل از کمپدوش و همکاران، ۲۰۰۸) نیز بیان می‌کند که ازدواج‌های با کیفیت پایین منجر به افزایش خطر افسردگی می‌شوند. حمایت اجتماعی همسران به طور طبیعی یک عامل حمایتی قوی در برابر افسردگی است (براون، آندریوز، هریس، آدلر و

همچنین، با توجه به اهمیت پرداختن به زوجین در معرض خطر و با مشکلات زیاد، که از طرفی هدف مناسبی برای آموزش رابطه محسوب می‌شوند (هالفورد و همکاران، ۲۰۰۳) و از طرفی نتایج زوج درمانی در مورد آنها (در مقایسه با زوجین شدیداً آشفته که اقدام به طلاق نیز نموده‌اند) امیدوارکننده است، پژوهش حاضر به بررسی چنین زوجینی پرداخت و نشان داد که نتایج حاصل از غنی‌سازی زناشویی توانسته است در سطح نتایج زوج‌درمانی ظاهر شود.

اما نتایج حاصل از مقایسه هر یک از این برنامه‌های درمانی با گروه کنترل، نشان‌دهنده اثرات مثبت برنامه‌های غنی‌سازی زناشویی و درمان زناشویی بر کارکرد خانوادگی است (گریف و مالهرب، ۲۰۰۱) و با دیدگاه‌هایی که اثر بخشی مداخلات زوجی را برای درمان آشفتگی‌های ارتباطی و مشکلات سلامت روانی یا جسمی (هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲)، مورد توجه قرار می‌دهند، هم‌خوانی دارد.

نتایج زوج درمان‌گری مبتنی بر خود تنظیم‌گری-دلبستگی، با دیدگاه دانیل (۲۰۰۶) در مورد عملکرد بهتر مراجعان ایمن در استفاده از درمان و اینکه گسترش دلبستگی ایمن توانایی افراد را برای پذیرش تغییر در خود و دیگران تسهیل می‌کند (جانسون و ویفن، ۲۰۰۲ / ۱۳۸۸) همسو است. در مداخلاتی هم که به کاربرد تنظیم هیجانی و یکپارچگی تحقیقات دلبستگی و خود تنظیم‌گری پرداخته‌اند نتایج مشابهی به دست آمده است. به‌طور مثال، در مداخله انجام شده توسط کربی و باکوم (۲۰۰۷) اثرات درمانی قابل ملاحظه‌ای در کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش رضایت رابطه مشاهده شد. در بررسی مارکوس (۲۰۱۰) نیز نتایج نشان داد که اضطراب دلبستگی بالا در زمان تهدید رابطه شکست خود تنظیم‌گری را در حوزه‌های مربوط به سلامت به دنبال دارد که شواهدی را برای اثر تعاملی بین اضطراب دلبستگی و استرس رابطه بر خود تنظیم‌گری و پیامدهای سلامتی و بهزیستی نشان می‌دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین به خوبی با اهداف و نتایج تحقیقات انجام شده درحوزه غنی‌سازی زناشویی هم‌خوانی دارد. مداخله پیهت و همکاران (۲۰۰۷) توانسته است رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زوجین را افزایش

1. stress generation model

2. Davila, J., Bradbury, T. N., Cohan, C. L., & Tochlax, S.

3. marital discord model of depression

4. Beach, S. R. H., Sandeen E. E., & Oleary, K. D.

رضایت و سلامت آنها داشته باشد. اما در مورد زوجین به شدت آشفته و آنهایی که اقدام عملی به طلاق نموده‌اند، بررسی‌های مقایسه‌ای بیشتری از لحاظ اثربخشی این برنامه‌های درمانی نیاز است. همچنین، با توجه به هم‌آیندی مشکلات زناشویی و مسایل مربوط به سلامت روانی زوجین و با توجه به اثربخشی این برنامه‌ها بر رضایت و بهزیستی روانشناختی زوجین، پیشنهاد می‌شود زوجین آسیب‌پذیر به ویژه آنهایی که شکایات مربوط به سلامت و بهزیستی نیز دارند شناسایی شوند و این مداخلات برای آنها اجرا شود. همچنین بررسی اثربخشی این مداخلات به‌ویژه زوج درمانگری مبتنی بر خود تنظیم‌گری- دلبستگی بر رضایت و سلامت زوجین سنین مختلف و دارای مشکلات ارتباطی خاص و نیز اثرات احتمالی آنها بر سلامت فرزندان و جو کلی خانواده پیشنهاد می‌شود.

بریدج، ۱۹۸۶)، اما در ازدواج‌های ناشاد این حمایت اجتماعی وجود ندارد. در این مدل‌ها پیش‌بینی می‌شود که آشفتگی زناشویی منجر به خطر کاهش بهزیستی روانشناختی می‌شود و بر این اساس اثرات جانبی حاصل از مداخلات زوجی بر بهبود بهزیستی زوجین (کمپدوش و همکاران، ۲۰۰۸) نیز قابل تبیین است.

هرچند در این پژوهش مشکلات اولیه زوجین در پیش‌آزمون سنجش، و اثر آن کنترل شده است، اما در صورت دستیابی به زوجین بیشتر و انتخاب تصادفی کامل زوجین یا همگن کردن آنها، نتایج علی‌اطمینان‌بخش‌تری حاصل خواهد شد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد. از لحاظ کاربردی نیز برای زوجین جویای کمک‌های تخصصی، که سطح مشکلات آنها شدید نیست، دسترسی به هر کدام از این برنامه‌های درمانی می‌تواند اثرات سودمندی بر

مراجع

- اولیا، ن.، فاتحی‌زاده، ن.، و بهرامی، ف. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش صمیمیت زوجین. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۶، ۱۳۵-۱۱۹.
- السن، د. ا. ج.، و السون، آ. ک. (۲۰۰۰). توانمندسازی همسران: توانایی‌های خود را بسازید، ترجمه کامران جعفری نژاد و منصوره اردشیر زاده، ۱۳۸۳. تهران: سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با مشکلات زناشویی در زوجین نابارور. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۱۷ و ۱۸، ۶۶-۵۵.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). فصلنامه دانشور رفتار، ۱۶، ۱۶-۱۱.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). تبیین اختلال‌های شخصیت براساس نظریه دلبستگی. روانشناسی معاصر، ۲، ۴۸-۴۱.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سولی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. مجله علمی پزشکی قانونی، ۵۴، ۹۱-۸۷.
- بشارت، م.، تاشک، آ.، و رضازاده، م. (۱۳۸۵). تبیین رضایت زناشویی و سلامت روانی بر حسب سبک‌های مقابله، روانشناسی معاصر، ۱، ۵۶-۴۸.
- پورمحسنی کلوری، ف. (۱۳۸۹). طراحی برنامه غنی‌سازی زوجین بر مبنای الگوی رضایت‌مندی زناشویی و مقایسه آن با برنامه توانمندسازی انریچ. پایان‌نامه دکترای روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- ثناپی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- جانسون، اس. ام.، و ویفن، و. ای. (۲۰۰۲). فرایندهای دلبستگی در زوج درمانی و خانواده درمانی. ترجمه فاطمه بهرامی، روناک عشقی، ناصر یوسفی، علی نویدیان، عذرا اعتمادی، مهناز جوکار و همکاران، ۱۳۸۸. تهران: دانژه.
- سلیمانیان، ع. ا. (۱۳۷۳). بررسی تاثیر تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه خوارزمی.
- عدالتی شاطری، ز.، آقامحمدیان شهرباف، ح. ر.، مدرس غروی، م.، و حسن‌آبادی، ح. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی طرح تایم (غنی‌سازی ازدواج) بر رضایت زناشویی زوج‌های دانشجوی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۴، ۹۸-۸۹.

مژده کاردانی و فروغ جعفری، ۱۳۸۷. تهران: فراروان.

هالفورد، دبلیو. ک. (۲۰۰۱). زوج درمانی کوتاه مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان. ترجمه مصطفی تبریزی،

References

- Ablow, J. C., Marks, A. K., Feldman, S. S., & Huffman, I. C. (2004). Models of attachment and mother-infant arousal ANS implications for the developing self-regulation capacities. *Society for Psychophysiological Research, Annual Meeting program*. Santa Fe, New Mexico, S10-S10.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist, 44*, 709-716.
- Arnold, R. W. V., & Min, D. (2004). Empowering couples program for married couples. *Marriage and Family, 7*, 237-253.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88.
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry, 7*, 1-15.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2004). *Handbook of self regulation: Research, theory and application*. New York: Guilford Press.
- Benson, L. A., McGinn, M. M., & Christensen, A. (2012). Common principle of couple therapy. *Behavior Therapy, 43*, 25-35.
- Bowling, T., Hill, C. M., & Jencius, M. (2005). An overview of marriage enrichment. *The Family Journal, 13*, 87-94.
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self esteem, and depression. *Psychological Medicine, 16*, 813-831.
- Byng-Hall, J. (2001). Attachment as a base for family and couple therapy. *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*, 31-36.
- Cohen, O., Geron, Y., & Farchi, A. (2009). Marital quality and global well-being among older adult Israeli couples in enduring marriages. *The American Journal of Family Therapy, 37*, 299-317.
- Cordova, J. V., Scott, R. L., Dorian, M., Mirgain, S., Yaeger, D., & Groot, A. (2005). The marriage checkup: An indicated preventive intervention for treatment-avoidant couples at risk for marital deterioration. *Behavior Therapy, 36*, 301-309.
- Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review, 26*, 968-984.
- Feld, B. (2004). Holding and facilitating interactive regulation in couples with trauma histories. *Psychoanalytic Inquiry, 24*, 420-437.
- Finkel, E. J., & Campbell, W. K. (2001). Self-control and accommodation in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 263-277.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry, 22*, 307-336.
- Fowers, J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH marital inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of Marital and Family Therapy, 15*, 65-79.
- Glenn, N. D. (1998). The course of marital success and failure in five American 10-year marriage cohorts. *Journal of Marriage and Family, 60*, 569-576.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of Psychiatric illness by questionnaire*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A users guide to the general health questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Gordon, K. C., & Christman J. A. (2008). Integrating social information processing and attachment style research with cognitive-behavioral couple therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 38*, 129-138.
- Greeff, A. P., & Malherbe, H. L. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 247-257.
- Hahlweg, K., & Richter, D. (2010). Prevention of marital instability and distress: Results of an 11-year longitudinal follow-up study. *Behavior Research and Therapy, 48*, 377-383.

- Halford, W. K. (1998). The ongoing evolution of behavioral couple therapy: Retrospect and prospect. *Clinical Psychological Review, 18*, 613-633.
- Halford, W. K. (1999). *Australian couples in Millennium three: A research and developments agenda for marriage and relationship education*. Brisbane: Academic Press.
- Halford, W. K., Lizzio, A., Wilson, K. L., & Occhipinti, S. (2007). Does working at your marriage help? Couple relationship self-regulation and satisfaction in the first years marriage. *Journal of Family Psychology, 21*, 185-194.
- Halford, W. K., Markman, H. J., Kline, G. H., & Stanley, S. M. (2003). Best practice in relationship education. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 385- 406.
- Halford, W. K., Moore, E. M., Wilson, K. L., Dyre, C., & Farurrigia, C. (2004). Benefits of flexible delivery relationship education: An evaluation of the couple CARE program. *Family Relations, 53*, 469-476.
- Halford, W. K., Sanders, M. R. & Behrens, B. (1994). Self-regulation in behavioral couple therapy. *Behavior Therapy, 25*, 431-452.
- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of Family Psychology, 15*, 750-768.
- Halford, W. K. & Snyder, D. k. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy, 43*, 1-12.
- Hawkins, A. J., Blanchard, V. L., Baldwin, S. A., & Fawcett, E. B. (2008). Does marriage and relationship education work? A meta-analytic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 723-734.
- Hong, R. Y., Tan, M. S., & Chang, W. C. (2004). Locomotion and assessment: Self-regulation and subjective well-being. *Personality and Individual Differences, 37*, 325-332.
- Kamp Dush, C. M., & Amato, P. R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships, 22*, 607-627.
- Kamp Dush, C. M., Taylor, M. G., & kroeger, R. A. (2008). Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Family Relations, 57*, 211-226.
- Kirby, J. S., & Baucom, D. H. (2007). Integrating dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral couple therapy: A couple skills group for emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 394-405 .
- Laurent, H., & Powers, S. (2007). Emotion regulation in emerging adult couples: Temperament, attachment and HPA response to conflict. *Biological Psychology, 76*, 61-71.
- Lawrence, E., Eldridge, K. A., & Christensen, A. (1998). The enhancement of traditional behavioral couple therapy: Consideration of individual factors and dyadic development. *Clinical Psychology Review, 18*, 745-764.
- Lindegger, G., & Barry, T. (1999). Attachment as an integrating concept in couple and family therapy: Some considerations with special reference to South Africa. *Contemporary Family Therapy, 21*, 267-288.
- Livingston, T. M. (2006). *A comparison of marriage education and brief couples counseling*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. University of Central Florida.
- Marques, S. R. F. (2010). *Relationship threat and self-regulation: The moderating effect of attachment anxiety*. Unpublished doctoral dissertation. Queen's University.
- Olson, D. H., & Olson, A. K. (1999). Prepare/enrich program. In R. Berger, and M. Hannah (Eds.), *Handbook of preventative approaches in couple therapy*. (pp. 196-216). New York: Brunner/Mazel Inc.
- Olson, D. H., & Olson, A. K. (2000). Empowering couples: Prepare/enrich program. *Marriage and Family: A Christian Journal, 3*, 69-81.
- Padykula, N. L., & Conklin, P. (2010). The self-regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal, 38*, 351-360.
- Pihet, S., Bodenmann, G., Cina, A., Widmer, K., & Shantinath, S. (2007). Can prevention of marital distress improve well-being? A year

- longitudinal study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 79-88.
- proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69, 576-593.
- Rust, J., Bennun, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1988). *The Golombok-Rust Inventory of Marital State*. London: Nefer-Nelson.
- Sacco, W. P., & Phares, V. (2001). Partner appraisal and marital satisfaction: The role of self-esteem and depression. *Journal of Marriage and Family*, 63, 504- 513.
- Sayers, S. L., & Kohn, C. S. (1998). Prevention of marital dysfunction: Behavioral approaches and beyond. *Clinical Psychology Review*, 18, 713-744.
- Snyder, D. K., & Balderrama-durbin, C. (2012). Integrative approaches to couple therapy: Implications for clinical practice and rerearch. *Behavior Therapy*, 43, 13-24.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 57, 317-344.
- Snyder, D. K., Schneider, W. J., & Castellani, A. M. (2003). Tailoring couple therapy for individual differncess: A conceptual approach. In D. K. Snyder and M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 27-51). New York: Guilford Press.
- Solomon, N. F. (2009). Attachment repair in couple therapy: A prototype for treatment of intimate relationships. *Clinical Social Work Journal*, 37, 214- 223.
- 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 Psychologists*, 55, 740-749.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983).The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Wilson, K. L., Charker, J., Lizzio, A., Kimlin, S., & Halford, W. K. (2005). Assessing how much couples work at their relationship: The Behavioral self-regulation for effective relationships scale. *Journal of Family Psychology*, 19, 385-393.
- Worthington JR, E. L., Buston, B. G., & Hammonds, T. M. (1989). A component analysis of marriage enrichment: Information and treatment modality. *Journal of Counseling and Development*, 61, 555-560.
- Young, M. E., & Long, L. L. (1998, 2007). *Counseling and therapy for couples*. California: Brooks/Cole.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Ducut, W. (2010). Positive and negative romantic relationship quality: Age, familiarity, attachment and well-being as correlates of couple agreement and projection. *Journal of Adolescence*, 33, 879-890.