

اثربخشی الگوی زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم گری - دل بستگی بر رضایت زناشویی و سلامت روانی زوجین

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۰

تورج سپهوند*، سید کاظم رسولزاده طباطبایی**، محمد علی بشارت***، عباسعلی الهیاری****

چکیده

مقدمه: این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی الگوی زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم گری - دل بستگی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی زوجین انجام شده است.

روش: برای انتخاب نمونه پژوهش، از میان زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان خرم آباد، تعداد ۲۲ زوج انتخاب و سپس به گونه تصادفی تعداد ۱۱ زوج از آنها به گروه آزمایش و ۱۱ زوج دیگر به گروه کنترل گمارده شدند. با توجه به اینکه این پژوهش یک پژوهش شبه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل بود، قبل از اجرای برنامه زوج درمانگری خود تنظیم گری - دل بستگی، ابتدا پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ، پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک - راست و مقیاس سلامت روانی در مورد تمامی شرکت کنندگان اجرا گردید. سپس شرکت کنندگان در گروه آزمایش، به مدت شش تا هشت جلسه هفتگی در برنامه زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم گری - دل بستگی شرکت کردند؛ اما گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. بعد از اتمام جلسات درمانی، مجدداً زوجین دو گروه توسط این پرسشنامه ها مورد پس آزمون قرار گرفتند. در نهایت، داده های دو گروه با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از مانکووا نشان داد که با در نظر گرفتن اثر پیش آزمون، اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته رضایت زناشویی، مشکلات زناشویی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی معنادار بود. آزمون های تک متغیری تحلیل کوواریانس نیز نشان داد که میانگین گروهها در متغیرهای وابسته مورد نظر تفاوت معناداری با هم داشتند و آزمون های تعقیبی LSD برای مقایسه های زوجی گروهها نشان داد که، الگوی زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم گری - دل بستگی در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معناداری بر افزایش رضایت زناشویی، کاهش مشکلات زناشویی، افزایش بهزیستی روان شناختی و کاهش درماندگی روان شناختی داشته است.

نتیجه گیری: در این پژوهش مشخص گردید که زوج درمانگری خود تنظیم گری - دل بستگی به عنوان یک درمان مؤثر، می تواند بویژه برای زوجینی که علاوه بر نارضایتی و مشکلات زناشویی، دارای مشکلات مربوط به سلامت روانی (بهزیستی روان شناختی پایین و درماندگی روان شناختی بالا) نیز هستند، مفید باشد.

واژه های کلیدی: زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم گری - دل بستگی، رضایت زناشویی، مشکلات زناشویی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی

T-sepavand@araku.ac.ir

Rasool1340@yahoo.com

Besharat@ut.ac.ir

Abasali.allahyari@gmail.com

* استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اراک، اراک، ایران

** نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

*** استاد، گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

**** استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مقدمه

هر چند درباره پیشگیری از ناسازگاری زناشویی و طلاق مطالب بسیاری آموخته شده است، اما بررسی‌ها نشان داده‌اند که هنوز درک و فهم چگونگی کمک به زوجین برای داشتن یک ازدواج دوام دار و رضایت بخش در مراحل اولیه خود قرار دارد [۱]. آمارهای مربوط به میزان بالای طلاق نیز نشان می‌دهند که رضایت زناشویی به راحتی حاصل نمی‌شود [۲]؛ این در حالی است که به نظر می‌رسد رضایت زناشویی یک تعیین‌کننده مهم بهزیستی روان‌شناختی زوجین باشد [۳].

یکی از فرضیات نظری اصلی این است که اگر افراد در خانواده‌هایی زندگی کنند که اتحاد زناشویی دارند، از لحاظ سلامت و بهزیستی روان‌شناختی وضعیت بهتری خواهند داشت [۴]. مطالعات انجام شده نیز بیانگر آن است که یک رابطه متقابل سالم و رضایت بخش، پیش‌بینی‌کننده بالقوه سلامت مثبت و بهزیستی زوجین بزرگسال و فرزندانشان است [۵، ۶، ۷]. پرولکس و همکاران [۶] یک فرا تحلیل بررسی‌کننده ۹۳ مطالعه در مورد کیفیت زناشویی و بهزیستی فردی را انجام دادند. آنها دریافتند که سطوح بالاتر کیفیت زناشویی با بهزیستی فردی بیشتری مرتبط است؛ با وجود این، شیوع مشخصاً بالای آشفتگی زوجی [۷، ۸]، به همراه طلاق و تعارض زوجی مخرب، عوامل خطر اصلی برای بسیاری از اشکال ناکارآمدی و آسیب‌شناسی روانی در خانواده هستند [۹]. در چنین شرایطی، ناکارآمدی زناشویی به یک مسأله مهم (در خانواده و جامعه) تبدیل شده است و آثار دیرپا و گسترده‌ای^۱ بر سلامت روانی، سلامت جسمانی و بهزیستی اقتصادی افرادی دارد که آن را تجربه می‌کنند. [۱]. بنابراین، مداخلات لازم برای بهبود ازدواجها ممکن است اثر جانبی مثبتی بر بهبود بهزیستی همسران در ازدواجهای ناشاد داشته باشد [۴].

یافته‌هایی به دست آمده است که اثر بخشی زوج درمانی و مداخلات زوج مدار^۲ برای درمان آشفتگیهای ارتباطی عمومی و نیز درمان مشکلات فردی مربوط به سلامت روانی یا جسمی را مورد توجه قرار می‌دهند [۷]. اما از آنجا که درمانهای تک‌بعدی^۳ (مثلاً مبتنی بر شناخت یا رفتار)

نتوانسته‌اند روابط زوجی را با همه پیچیدگی‌هایش در نظر بگیرند [۱۰] و محدودیتهای معناداری برای اثر بخشی زوج‌درمانی وجود دارد [۷]، محققان به طور ویژه‌ای به این باور رسیده‌اند که زوج‌درمانی به حرکتی فراتر از درمانهای موجود برای بررسی رویکردهای یکپارچه^۴ نیاز دارد و از فواید بالقوه رویکردهای یکپارچه به زوج‌درمانی حمایت می‌کنند [۱۱]. بنابراین، امروزه تلاشهایی برای ترکیب مؤلفه‌های درمانی خاص و مؤثر مربوط به رویکردهای مختلف، در قالب مداخلات چند مؤلفه‌ای، به یک روش منظم و در یک مدل از نظر مفهومی منسجم و یکپارچه-انجام می‌شود [۸]. این حرکت رویکردهای یکپارچه‌ای را پیشنهاد می‌کند که مثلاً نظریه‌های دلبستگی و ساختارگرا^۵ را ترکیب کرده‌اند [۱۰] یا اینکه یافته‌هایی از عصب فیزیولوژی^۶، تنظیم عاطفی^۷ و تحقیقات دلبستگی را یکپارچه کرده‌اند و آن را برای درمان زوجین به کار برده‌اند [۱۲]. در زوج‌درمانی رفتاری نیز به ایجاد یک پایگاه ایمن^۸ برای یکپارچه‌سازی درمانی توجه شده است [۱۳]؛ همچنین، درمانهای زناشویی شناختی-رفتاری نیز که اغلب شامل آموزش مهارت‌های ارتباطی است، شروع به تلفیق نظریه‌های دلبستگی و تنظیم هیجان کرده‌اند (مثلاً درمان شناختی-رفتاری غنی‌شده برای زوجین؛ [۱۴]).

تلفیق و یکپارچه‌سازی زوج‌درمانی خود تنظیم‌گری^۹ و زوج درمانی مبتنی بر دلبستگی نیز در این پژوهش در راستای چنین حرکتی انجام گردیده و اثر بخشی آن بر رضایت زناشویی و بهزیستی و سلامت روان زوجین بررسی شده است. زوج‌درمانی خود تنظیم‌گری که توسط هالفورد و همکارانش به کار رفته است [۱۵، ۱۶]، شامل تحولی در زوج‌درمانی رفتاری و تغییر رفتارها، شناختها و عواطف فرد از طریق تلاشهای تغییر شخصی برای افزایش رضایت شخصی از روابط است [۱۷]. زوج درمانی مبتنی بر دلبستگی و هیجان‌مدار نیز که توسط جانسون و همکارانش به کار رفته است [۱۸، ۱۹]، شامل ایجاد و گسترش ایمنی

4 . integrative
5 . constructivist
6 . neurophysiology
7 . affect-regulation
8 . secure base
9 . self-regulation

1 . far-ranging
2 . couple-based intervention
3 . unidimensional

بدکارکردی خود تنظیم‌کننده ایجاد می‌کند [۲۸]؛ بنابراین، نظریه دلبستگی، یک چارچوب نظری یکپارچه برای درک اینکه چگونه سیستم‌های چندگانه بیولوژیکی و روان‌شناختی در بافت روابط دلبستگی بزرگسال تنظیم می‌شوند، توسط تجارب جدایی^۴ و فقدان^۵ دچار بدتنظیمی می‌شوند و به طور بالقوه از طریق تلاش‌های بهبود دهنده فرد^۶ تنظیم مجدد می‌شوند، عرضه می‌کند [۳۰].

بنابراین، امروزه محققان مفهوم دلبستگی را به عنوان یک فرا دیدگاه و مفهوم یکپارچه کننده ایده آل برای مداخله و درمان زوجین پیشنهاد می‌کنند [۳۱، ۳۲]. به طور کلی، با توجه به عملکرد بهتر مراجعان ایمن در استفاده از درمان نسبت به مراجعان نایمن [۳۳] و با توجه به اینکه ماهیتاً سبک ایمن توانایی افراد را جهت یادگیری تجارب جدید و در صورت ضرورت پذیرش تغییر در خود و دیگران تسهیل می‌کند [۱۸]، فهم سبک‌های دلبستگی زوجین ممکن است نشانه‌های مهمی را برای فهم این موضوع فراهم آورد که چگونه به بهترین وجه یک پایگاه ایمن برای مذاکره در مورد تغییر تثبیت گردد [۳۱]. پس در حقیقت همه درمانگران هنگامی که با خانواده‌ها درگیر هستند، مجبورند مسأله هر چه باشد، به شیوه‌های خاص خودشان با دلبستگی‌ها ارتباط داشته باشند [۳۴]. آنها می‌توانند رویکردهای خودشان را هنگامی که یک پایگاه درمانی ایمن تثبیت می‌شود، نیز مورد استفاده قرار دهند و بدین ترتیب شیوه خود را غنی و تسهیل نمایند [۳۵، ۳۴].

با توجه به جدید بودن این الگوی درمانی و اینکه تلفیق این دو نظریه به عنوان یک الگوی یکپارچه برای اولین بار در ایران انجام شده است، تاکنون تحقیقاتی که به بررسی این الگو پرداخته باشند، وجود ندارد. با این حال، تعدادی از بررسی‌های کلی وجود دارد که می‌توان آنها را مرتبط با این الگو دانست؛ مثلاً، در یک مداخله پژوهشی، زوجین تحت آموزش تنظیم هیجانی، مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله قرار گرفتند. آثار درمان قابل ملاحظه‌ای در تعدادی از حوزه‌ها، از جمله کاهش در نشانه‌های افسردگی و نارسی تنظیم‌گری هیجانی زنان و افزایش در رضایت رابطه مردان و اعتماد به توانایی همسرانشان برای تنظیم هیجانی تأیید

در روابط زوجی است که در نتیجه زمینه را برای تسهیل خود تغییر در روابط زوجی فراهم می‌کند.

رویکرد خود-تنظیم‌گری^۱ یکی از رویکردهای مهم زوج درمانی است. بر اساس چشم انداز خود-تنظیم‌گری فرایند درمان زناشویی، معمولاً شامل حرکت مراجع از یک چشم انداز سرزنش همسر^۲ به یک مدل خود تنظیم‌گری مشکلات زناشویی است که زوجین را برمی‌انگیزد به جای این که متکی به تغییر در همسرانشان باشند، تغییراتی را در خود شناسایی کنند که می‌توانند برای روابطشان بهبود ایجاد کنند [۱۵]. یافته‌ها به خوبی نشان می‌دهند که مداخلات زوجی که خود تنظیم‌گری ارتباطی را توانمند سازند، رضایت رابطه زوجی را افزایش [۲۰] و آزار عاطفی و آشفتگی زناشویی را کاهش [۲۱] می‌دهند. این مداخلات حتی بر تقویت مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی در میان زوج-های ناسازگار مؤثر [۲۲] است. علاوه بر این، شیوه‌های مختلف خود تنظیم‌کننده^۳ دارای آثار تعاملی با بهزیستی روانی هستند [۲۳]. با این حال، در چند سال گذشته شناخت رو به رشدی وجود داشته است که روابط بین فردی و هیجانات مربوط به آن، بر خود تنظیم‌گری تأثیر می‌گذارند و توسط آن تحت تأثیر قرار می‌گیرند [۲۴]. از طرفی، محققان زوج‌درمانگری خود تنظیم‌گری نیز اظهار می‌کنند که بعضی از زوجین برای دستیابی به اهداف خود تغییر رویه‌شان، نیاز به درمانی گسترده‌تر دارند و استفاده از روش‌های سایر رویکردها می‌تواند زوجین را در جهت دستیابی به تغییر در رابطه و تغییر الگوهای رفتار، شناخت و عاطفه که با مشکلات ارتباطی آنها پیوند دارد، توانا سازد [۱۶].

نظریه دلبستگی نیز که به توصیف آسیب‌های دلبستگی و موقعیت‌های نایمن‌کننده ارتباطات می‌پردازد [۲۵]، دارای مزیت‌هایی است [۱۸] که کاربرد آنها می‌تواند بویژه خود تنظیم‌گری در زوج درمانگری رفتاری [۱۵، ۱۶] را تقویت نماید. نکته مهم این است که نظریه دلبستگی اساساً یک نظریه تنظیم‌کننده است [۲۶، ۲۷، ۲۸] و مدل‌های دلبستگی کاربردهایی در تحول ظرفیت‌های خود تنظیم‌گری دارند [۲۹]. از طرفی، آسیب دلبستگی، ظرفیت انطباق انسان به عنوان بخشی از سیستم خود تنظیم‌کننده را تحلیل می‌برد و

4 . separation

5 . loss

6 . individual recovery efforts

1 . self-regulation

2 . partner blaming

3 . self-regulatory

زوج‌درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی بر رضایت زناشویی و سلامت و بهزیستی روان‌شناختی زوجین است.

روش

طرح پژوهش: با توجه به گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های مورد بررسی و وجود پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای آنها، این پژوهش یک پژوهش شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دولتی و خصوصی شهرستان خرم‌آباد بودند که به دلیل مشکلات ارتباطی و زناشویی، جهت دریافت کمک‌های تخصصی به این مراکز مراجعه کردند. از بین مراکز مشاوره مذکور، تعداد ۳ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابتدا از میان مراجعان این مراکز، زوجینی که بر اساس اطلاعات به دست آمده از مصاحبه متخصصان روان‌شناختی با آنها و تشخیص این متخصصان، دارای معیارهای زیر بودند مشخص شدند: حداقل ۱ سال و حداکثر ۱۵ سال از ازدواج آنها گذشته باشد؛ مشکلات جدی مانند بیماری شدید جسمی و روانی و یا بیکاری و فقر در زندگی آنها وجود نداشته باشد؛ اقدام عملی به طلاق نکرده باشند؛ زوجین تمایل مشترکی برای شرکت در برنامه‌ها داشته باشند.

هر چند در این روش، نوع نمونه حاصل یک نمونه نظری یا قضاوتی خواهد بود که اعضای آن بر پایه داوری شخص پژوهنده (و یا یک نفر متخصص یا کارشناس) با هدف گزینش زیرمجموعه‌ای از جامعه که معرف جامعه اصلی باشد مشخص می‌شود، اما ممکن است معرف جامعه باشد یا نباشد [۴۱]. با این حال، زوجین انتخاب شده بر اساس معیارهای فوق، به صورت تصادفی به گروه‌های مورد نظر گماشته شدند و پس از اجرای برنامه‌های مورد نظر، داده‌های حاصل از آنها مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

۱- پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ^۱ (ENRICH): پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ یک ابزار ۱۱۵ سؤالی و فرم دیگر آن ۱۲۵ سؤالی است. این پرسشنامه برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های

شد که این نتایج طبیعت وابسته به هم تنظیم هیجانی و کارکرد زوجی را نشان می‌دهند [۳۶]. در یک بررسی اکتشافی دیگر نیز، محققان با یکپارچه کردن تحقیقات انجام شده درباره اضطراب دلبستگی، طرد، خودتنظیم‌گری و رفتارهای سالم، آثار تعاملی اضطراب دلبستگی و تهدید ارتباطی را روی تنظیم‌گری بررسی کردند. نتایج مطالعه نشان داد که زنان و نه مردان، که در اضطراب دلبستگی بالا بودند، زمانی که تهدید رابطه فراخوانده می‌شد شکست خود تنظیم‌گری را حتی در رفتارهای ساده مربوط به سلامت تجربه کردند. نتایج این مطالعه شواهد اولیه‌ای را برای اثر تعاملی بین اضطراب دلبستگی و استرس رابطه روی پیامدهای سلامتی و بهزیستی نیز فراهم کرد [۳۷] که در ارتباط با آن پیشنهاد شده است که طرد منجر به شکست خود تنظیم‌گری می‌شود که به نوبه خود می‌تواند افراد را به انجام انتخاب‌های رفتاری ناسالم سوق دهد [۳۸]؛ همچنین، در یک بررسی آشکار شد که خودتنظیم‌گری ارتباطی، به عنوان یک فرایند تنظیم واکنش‌های هیجانی بین فردی، نسبت به همسر ظاهر می‌گردد [۳۹]. علاوه بر این، در یک بررسی اولیه، نتایج قابل توجهی با اجرای این الگوی درمانی در مورد زوجین ایرانی به دست آمد. این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی الگوی زوج درمان‌گری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری-دلبستگی و برنامه غنی سازی زناشویی انریچ بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین انجام شد. نتایج حاصل نشان داد که الگوی زوج درمان‌گری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری-دلبستگی و برنامه غنی سازی زناشویی در هر یک از متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری با گروه کنترل ایجاد کردند؛ هر چند در مقایسه با یکدیگر تفاوت معنادار نداشتند. به عبارت دیگر، الگوی زوج درمان‌گری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری-دلبستگی حداقل در سطح برنامه غنی سازی زناشویی انریچ بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین مؤثر بود [۴۰].

با وجود این، تحقیقات بیشتری نیاز است که اثربخشی الگوی زوج درمان‌گری تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی را به عنوان یک الگوی درمان‌گری جدید هم بر رضایت زناشویی و هم بر بهزیستی روان‌شناختی بررسی کنند. بنابراین هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی الگوی

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

همدلی زوجین می‌سند. حداقل نمره 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 نمونه‌ای از زنها و ۰/۹۴ برای شوهرها محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^{۱۳} بالای پرسشنامه است [۴۸]. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۴، آزمودنی‌های زن ۰/۹۳ و آزمودنی‌های مرد ۰/۹۵ به دست آمد که نشانه پایایی باز آزمایی^{۱۴} خوب پرسشنامه است.

۳- مقیاس سلامت روانی (MHI-28): مقیاس سلامت روانی^{۱۵} ۲۸ [۴۹] فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سؤالی سلامت روانی [۵۰، ۵۱]، یک آزمون ۲۸ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ خواهد بود. ویژگی‌های روانسنجی فرم ۲۸ سؤالی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از هفتصد و شصت آزمودنی در دو گروه بیمار (۲۷۷ نفر؛ ۱۷۳ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (۴۸۳ نفر؛ ۲۶۷ 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 است. پایایی بازآزمایی برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی در آزمودنی‌های بهنجار (۹۲ نفر) به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و برای تعدادی از آزمودنی‌های بیمار (۷۶ نفر) نیز به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۸ بودند که همه آنها در سطح معنادار بوده و نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی-۲۸ نیز از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی^{۱۶} [۵۲، ۵۳] در مورد

قوت و پرباری^۱ 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 سؤالی وسایر مقیاس‌های آن هر کدام ۱۰ سؤال دارد [۴۲].

پرسشنامه انریچ خصوصیات روانسنجی قوی دارد [۴۳]. ثبات درونی^۲ آن در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ تخمین زده می‌شود [۴۴]. همچنین در بررسی روایی این آزمون، ضریب همبستگی آن با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه^۳ آن است. کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه انریچ زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کنند و این نشان می‌دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک^۴ خوبی برخوردار است [۴۲]. فورز^۵ و السون [۴۵] دریافتند که انریچ می‌تواند بین زوجین متأهل شاد و زوجین متأهل ناشاد با حدود ۸۵ تا ۹۵ درصد دقت، تمایز بگذارد. با توجه به طولانی بودن سؤاله‌های مقیاس، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است که در این پژوهش از فرم ۴۷ سؤالی آن استفاده شده است. در ایران، فرم کوتاه ۴۷ ماده‌ای مورد هنجاریابی قرار گرفته و همبستگی درونی آن ۰/۹۵ محاسبه و گزارش شده است [۴۶].

۲- پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست^۶ (GRIMS): پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست [۴۷] یک مقیاس ۲۸ سؤالی است. پرسش‌ها در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت، مشکلات موجود در روابط زناشویی زوجین را از صفر تا نمره سه در زمینه میزان حساسیت^۷ و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد^۸، وفاداری^۹، مشارکت^{۱۰}، همدردی^{۱۱}، ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت^{۱۲} و

- 1 . enrichment
- 2 . internal consistency
- 3 . construct validity
- 4 . criterion validity
- 5 . Fowers
- 6 . The Golombok-Rust Inventory of Marital State
- 7 . sensitivity
- 8 . commitment
- 9 . loyalty
- 10 . cooperation
- 11 . sympathy
- 12 . intimacy

- 13 . internal consistency
- 14 . test-retest reliability
- 15 . Mental Health Inventory
- 16 . General Health Questionnaire

روند اجرای پژوهش: برای اجرای این پژوهش، قبل از اجرای برنامه زوج درمانگری، پرسشنامه‌های فوق به عنوان پیش‌آزمون در مورد همه زوجین اجرا گردید. سپس زوجین گروه آزمایش به مدت شش تا هشت جلسه در برنامه زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی شرکت کردند؛ اما گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند.

همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار ($-0/87$) و با زیر مقیاس درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار ($0/89$) وجود داشت که روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند [۴۹].

جدول ۱) طرح درمان زوج درمانگری تلفیقی 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 مسأله مصاحبه فردی، بررسی جنبه‌های خشونت‌آمیز رابطه و آسیب شناسی فردی و کسب اطلاعاتی که در حضور همسر امکان پذیر نیست اجرای پیش آزمون، ارزیابی سطح آشفتگی، 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.
۲	ادامه ارزیابی	مرور آنچه تا کنون انجام شده و مذاکره پیرامون موضوعات مورد بحث در جلسه مصاحبه فردی، جمع‌آوری اطلاعات بیشتر که در جلسه اول انجام نشده است و کسب اطلاعاتی که در حضور همسر امکان پذیر نیست ایجاد درکی مشترک از رابطه و ایجاد توافق درمانی ارزیابی مشاهده‌ای از تعامل زوجین خلاصه کردن روند رشد تا این مرحله
۳	ادامه ارزیابی، شناسایی چرخه تعامل منفی و رفتارهای مربوط به دلبستگی	ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی درک و شناسایی چرخه‌های تعامل منفی بررسی نقش عملکرد رفتاری زوج در حفظ یا وخیم‌تر کردن نا ایمی و نارضایتی بررسی نقش مراقبت‌کننده و مراقبت‌جوینده تبیین تغییر و انعطاف‌پذیری سبک‌های دلبستگی
۴	تحلیل و تغییر هیجانات	بازکردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی پذیرش احساسات تصدیق‌نشده بنیادی پذیرش چرخه تعامل توسط زوج
۵	درگیری هیجانی	افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی ابراز و پذیرش هیجانات ارتقای روش‌های جدید تعامل تمرکز روی خود نه دیگری ابراز خواسته و آرزوها در حضور همسر
۶	بازخورد و مذاکره در مورد اهداف و ارزشیابی امکان خود تغییر کوتاه مدت	مشخص کردن نقاط قوت ارتباط، نقاط ضعف ارتباط، رفتارهای نایمن‌کننده ارتباطات، عوامل شروع‌کننده و تداوم بخش مشکلات ارتباط ارائه مدل مشارکتی و کاربردی درمانگر درباره ارتباط که مبتنی بر نکات فوق باشد تعیین اهداف احتمالی و ارزیابی مهارت‌های سطح بالای خود تنظیم‌گری زوجین
۷	اجرای خود تغییر کوتاه مدت و حمایت از آن	بحث درباره انجام اهداف خود تغییر در زوجین کمک به آنها جهت ارزیابی تأثیر خود تغییر بر رابطه‌شان تحلیل تعامل‌های زوجین بین جلسات و توجه به انجام اهداف خود تغییر مشخص شده در جلسات قبل تقویت و برانگیختن خود تغییر، اطمینان از مرتبط بودن تغییرات خاص پیشنهادی زوجین با اهداف ارتباطی آنها، کمک به زوجین جهت رشد بیشتر اهداف تغییر مورد نیاز
۸	ادامه خود تغییر، جمع‌بندی و اختتام	کمک به همسران برای خود تنظیم‌گری در شیوه رفتاری، فکری و احساس آنها نسبت به یکدیگر، هدف‌گذارهای طبیعی در منزلشان و کاربرد نتایج به دست آمده خارج از جلسه درمانی رسیدن به این نتیجه که برای سرزندگی، نیازی به درمانگر نیست و تغییر خود مهمتر از تغییر همسر است اجرای پس‌آزمون

مورد نظر مجدداً زوجین هر دو گروه توسط پرسشنامه های مربوطه مورد پس آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده ابتدا به توصیف داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی پرداخته شده است. داده‌های مربوط به گروه آزمایش (شامل ۱۱ زوج با میانگین سنی ۳۱/۲ و انحراف معیار ۵/۴ سال) و گروه کنترل (شامل ۱۱ زوج با میانگین سنی ۳۴ و انحراف معیار ۵/۸ سال) مورد تحلیل قرار گرفته است. بر این اساس، خلاصه‌ای از نتایج توصیفی (تعداد، میانگین و انحراف معیار نمرات) پیش آزمون و پس آزمون شرکت‌کنندگان دو گروه در پرسشنامه‌های وضعیت زناشویی گلوبوک-راست، رضایت‌زناشویی انریچ و سلامت‌روان (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی) در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲) تعداد، میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در پرسشنامه‌های وضعیت زناشویی گلوبوک-راست، رضایت‌زناشویی انریچ و سلامت‌روان (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی)

گروه	پرسشنامه		وضعیت زناشویی گلوبوک-راست		رضایت زناشویی انریچ		بهزیستی روانشناختی		درماندگی روانشناختی	
	شاخص آزمون	تعداد	میانگین معیار	انحراف معیار	میانگین معیار	انحراف معیار	میانگین معیار	انحراف معیار	میانگین معیار	
آزمایش	پیش آزمون	۲۲	۴۰/۹۵	۱۰/۵۵	۱۴۴/۵۴	۲۲/۹۱	۴۳/۹۱	۱۰/۴۸	۴۲/۲۳	۱۱/۸۹
	پس آزمون	۲۲	۳۲/۶۸	۹/۰۸	۱۵۹/۳۶	۱۹/۷۶	۵۲/۳۲	۷/۶۸	۳۳/۹۵	۸/۶۲
کنترل	پیش آزمون	۲۲	۳۱/۳۲	۱۳/۶۶	۱۵۲/۴۵	۳۴/۷۹	۴۸/۷۳	۱۲/۷۰	۳۹/۹۱	۱۵/۱۹
	پس آزمون	۲۲	۳۳/۳۲	۱۴/۵۴	۱۵۴/۴۱	۳۲/۷۷	۴۹/۶۸	۱۱/۱۹	۳۹/۶۳	۱۳/۲۶

حدی مقاوم می‌باشد. آزمون کرویت بارتلت نیز نشان می‌دهد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود دارد (Approx. Chi-Square= ۵۱/۴۲۲ و $p= ۰/۰۰$). علاوه بر این، آزمون‌های مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون نیز انجام شده است. بر اساس نتایج این آزمون‌ها، شیب خط رگرسیون برای هر دو شرایط آزمایشی در هر یک از متغیرهای مورد بررسی در سطح $p < ۰/۰۱$ یکسان است. بنابراین پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس برقرار است. بدین ترتیب، نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی و سلامت روانی (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی) در جدول ۳ آمده است.

با توجه به تعاریف مطرح شده درباره خود تنظیم‌گری و زوج‌درمانگری مبتنی بر آن [۱۷] و تعاریف و رویکرد درمانی دلبستگی از دیدگاه خانواده و زوج‌درمانگران [۱۸، ۳۱، ۳۴] و [۵۴] و دیدگاه یکپارچه کننده این دو رویکرد درمانی، می‌توان گفت زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی عبارت است از تغییر رفتارها، شناخت‌ها و هیجانات زوجین توسط خود آنها که با بازسازی و گسترش سبک‌های دلبستگی به کمک درمانگر و ایجاد یک فضای تعاملی ایمن میان آنها تسهیل می‌گردد. این الگوی درمانی از تلفیق و یکپارچه سازی مفاهیم نظری و اصول درمانی دو نظریه خود تنظیم‌گری و دلبستگی ساخته شده و به مدت شش تا هشت جلسه درمانی مطابق طرح جدول (۱) در درمان زوجین به کار برده می‌شود. بعد از اتمام جلسات

با توجه به اینکه پژوهش حاضر، شبه تجربی از نوع پیش-آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است و با توجه به وجود متغیرهای وابسته چندگانه، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس، چند متغیری^۱ (مانکووا) استفاده شده است. در تحلیل کوواریانس با کنترل آماری پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کووریت)، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌ها تعدیل و مقایسه می‌شوند. تحلیل‌های اکتشافی در زمینه مفروضه‌های مانکووا نشان می‌دهد که بین ماتریس‌های کوواریانس دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد (Box's M= ۲۲/۲۳۴ و $p= ۰/۰۳۰$). با این حال، آزمون مانکووا نسبت به تخطی از این مفروضه تا

1. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

جدول ۳) آزمونهای تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیرهای رضایت زناشویی، مشکلات زناشویی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی

اثر	آماره	ارزش	F	Df1	Df2	سطح معناداری	مجذور ایتهای تفکیکی
پیش‌آزمون رضایت زناشویی	T پیلایی	۰/۵۹۹	۱۳/۰۶۵	۴	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹
پیش‌آزمون مشکلات زناشویی	T پیلایی	۰/۳۷۰	۵/۱۵۰	۴	۳۵	۰/۰۰۲	۰/۳۷۰
پیش‌آزمون بهزیستی روانشناختی	T پیلایی	۰/۴۰۲	۵/۸۸۵	۴	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
پیش‌آزمون درماندگی روانشناختی	T پیلایی	۰/۳۶۲	۴/۹۶۲	۴	۳۵	۰/۰۰۳	۰/۳۶۲
عضویت گروهی	T پیلایی	۰/۲۹۹	۲/۷۳۵	۴	۳۵	۰/۰۱۲	۰/۲۹۹

آزمون لون برای همگونی واریانسهای خطا (جدول ۴) نشان می‌دهد که بین واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروهها تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$) و بنابراین در آزمون‌های تک متغیری، مفروضه همگونی واریانس‌ها برقرار است. جدول ۵ نتایج این آزمون‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن اثر پیش‌آزمون، اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته رضایت زناشویی، مشکلات زناشویی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی معنادار است. بنابراین، در ادامه آزمونهای تک متغیری تحلیل کوواریانس را مورد بررسی قرار می‌دهیم. در بررسی پیش‌فرض این آزمونها نیز

جدول ۴) آزمون برابری واریانس‌های دو گروه در متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی

شاخص متغیر	F	Df1	Df2	سطح معناداری
وضعیت زناشویی	۰/۱۵۹	۱	۴۲	۰/۶۹۲
رضایت زناشویی	۱/۵۳۷	۱	۴۲	۰/۲۲۲
بهزیستی روان‌شناختی	۱/۱۳۱	۱	۴۲	۰/۲۹۴
درماندگی روان‌شناختی	۰/۹۲۵	۱	۴۲	۰/۳۴۲

جدول ۵) آزمونهای آثار بین گروهی برای متغیرهای رضایت زناشویی، مشکلات زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی

منبع	متغیرهای وابسته	F	سطح معناداری	مجذور ایتهای تفکیکی
عضویت گروهی	رضایت زناشویی	۱۰/۴۴۶	۰/۰۰۳	۰/۲۱۶
	مشکلات زناشویی	۸/۰۰۴	۰/۰۰۷	۰/۱۷۶
	بهزیستی روان‌شناختی	۴/۱۶۳	۰/۰۴۸	۰/۰۹۹
	درماندگی روان‌شناختی	۸/۳۳۳	۰/۰۰۶	۰/۱۸۰

بحث

تمامی زوج درمانیها درجهت تسهیل تغییر در رابطه زوجی برای اثر بخشی بیشتر رابطه و رضایت بیشتر زوجین است [۳۱]. یافته‌های پژوهش حاضر ضمن همسویی با این اهداف، با نتایج تحقیقاتی که اثر بخشی زوج‌درمانی خود تنظیم‌گری بر رضایت رابطه زوجی [۲۰] و ارتقای سازگاری زناشویی [۵۵] و نیز آثار تعاملی شیوه‌های مختلف خود

جدول ۵ نشان می‌دهد که F مشاهده شده برای متغیرهای فوق معنادار است؛ بنابراین میانگین گروهها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری با هم دارند و الگوی زوج‌درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری - دل بستگی در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معناداری بر افزایش رضایت زناشویی، کاهش مشکلات زناشویی، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش درماندگی روان‌شناختی داشته است.

مشکلات زناشویی و هم بر افزایش رضایت زناشویی (براساس مقیاس‌های جداگانه) مؤثر بوده است که به نوعی اعتبار یکدیگر را تأیید می‌کنند. همچنین این برنامه درمانی افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش درماندگی روانشناختی زوجین را در پی داشته است که این خود یافته‌هایی هستند که ضمن همسو بودن با یکدیگر بر اعتبار هم می‌افزایند.

در تبیین اثربخشی کلی برنامه زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی می‌توان گفت که این برنامه درمانی با کاربرد مناسب مفاهیم و تکنیک‌های دلبستگی، خود تنظیم‌گری در روابط زوجی و دستیابی به اهداف خود تغییر را تسهیل می‌کند. مطالعات تجربی و بالینی این نتیجه‌گیری را حمایت می‌کنند که وقتی یک پیوند عاطفی قوی با یک دیگری (فرد) مهم تثبیت می‌شود و گسیختگی‌های اجتناب‌ناپذیر این پیوندها اصلاح می‌شود، در مجموع جریان رشد تسهیل می‌شود [۵۸]. 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 الگوهای تعاملی مسأله‌زا را در روابط زوجی ایجاد می‌کنند. بنابراین تثبیت یک جو درمانی همراه با همدلی، پاسخدهی و اعتماد که ظرفیت زوجین برای تغییر الگوهای تعاملی شان را تسهیل می‌کند، مهم است. این جو درمانی، گسترش دلبستگی ایمن، درک و فهم و رشد بیشتر را مورد هدف قرار می‌دهد [۵۹]. زمانی که یک شکاف دلبستگی وجود دارد، زوجین آموزش داده می‌شوند که چگونه حالت شدید بد تنظیم‌گری^۱ تعاملی توسط هر دو زوج حفظ می‌شود و چگونه این حالت بد تنظیم شده اگر متوقف نشود، می‌تواند پیوند دلبستگی آنها را تحلیل ببرد. آنگاه که احساسات تعارض آمیز به عنوان بخش طبیعی تعامل زوجی دیده شوند، از آن پس هر زوجی می‌تواند به آنچه که در ایجاد سهم شخصی خودش در بن بست تعاملی شان مؤثر است بیشتر علاقمند شود. بدین ترتیب، هر زوجی تشویق می‌شود یاد بگیرد که چگونه خود تنظیم‌گری کند و بنابراین به تنظیم‌گری عاطفی همسرش بیشتر حساس شود. این

تنظیم‌کننده با بهزیستی روانشناختی [۲۳] را نشان می‌دهند، همخوانی دارد. همچنین این یافته‌ها هم با نتایج مبتنی بر دیدگاههایی که فرایندهای دلبستگی در زوج درمانی را مورد توجه قرار می‌دهند [۱۸] و هم با نتایجی که در قالب زوج درمانی متمرکز بر هیجان [۱۹، ۵۶] به درمان مشکلات و درماندگی‌های زوجی می‌پردازند همخوانی دارد.

با این حال، اهمیت این پژوهش در این است که زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی هم بر مشکلات زناشویی و رضایت زوجین و هم بر سلامت روان (بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی) زوجین مؤثر بوده است، که مجموعه این نتایج با دیدگاههایی که اثر بخشی مداخلات زوجی برای درمان آشفتگیهای ارتباطی و مشکلات سلامت روانی یا جسمی [۷] و نیز تحقیقاتی که ارتباط کیفیت زناشویی و بهزیستی روانشناختی [۴] را مورد توجه قرار می‌دهند همخوانی دارد. همچنین این یافته‌ها با نتایج فراتحلیل‌هایی نیز همخوان است که نشان می‌دهند در اشخاص دارای ازدواج‌های آشفته، زوج درمانی حداقل به همان اندازه درمان فردی در بهبودی اختلالاتی مانند افسردگی و نیز در کاهش مشکلات رابطه مؤثر است [۵۷]. در مداخلاتی هم که به کاربرد تنظیم هیجانی و یکپارچگی تحقیقات دلبستگی و خودتنظیم‌گری پرداخته‌اند نتایج مشابهی به دست آمده است. به عنوان مثال، در مداخله انجام شده توسط کایربی و باکوم [۳۶] اثرات درمان قابل ملاحظه‌ای در کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش رضایت رابطه مشاهده شد. در بررسی مارکوس [۳۷] 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 روی خود تنظیم‌گری و پیامدهای سلامتی و بهزیستی نشان می‌دهد. این نتایج، با توجه به دیدگاه دانیل [۳۳] در مورد عملکرد بهتر مراجعان ایمن در استفاده از درمان و اینکه سبک ایمن [و گسترش دلبستگی ایمن] توانایی افراد را جهت پذیرش تغییر در خود و دیگران تسهیل می‌کند [۱۸] قابل انتظار است. ضمناً نتایج این پژوهش به گونه‌ای است، که یافته‌های حاصل از فرضیه‌ها نیز با یکدیگر هماهنگ است؛ به طوری که، برنامه زوج‌درمانی تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی هم بر کاهش

1. dysregulation

قرار می‌دهند [۳، ۶۲]، اثربخشی برنامه زوج‌درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی بر یکی از آن‌ها می‌تواند بر دیگری نیز مؤثر باشد. به عبارتی دیگر، با توجه به رابطه متقابل و تأثیرپذیری وضعیت زناشویی و سلامت زوجین، آثار مثبت برنامه درمانی بر هر کدام از این متغیرها، می‌تواند پیامدهای مثبت بیشتری از لحاظ دیگر متغیرها ایجاد نماید. همچنین بر اساس تشریح پرولکس و همکاران [۶] از دیدگاه‌های مرتبط کننده کیفیت زناشویی و بهزیستی روانشناختی، نتایج حاصل از این پژوهش به خوبی تبیین می‌شوند. بر مبنای این دیدگاه‌ها، افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی پایین، دارای تعاملات استرس زا با همسرانشان هستند و این تعاملات استرس زا به نوبه خود منجر به کاهش بیشتری در بهزیستی روان‌شناختی می‌شوند؛ همچنین ازدواجهای ناشاد و با کیفیت پایین که حمایت اجتماعی همسران در آنها وجود ندارد، منجر به افزایش خطر افسردگی می‌شوند. در این مدلها پیش بینی می‌شود که آشفتگی زناشویی منجر به خطر فراوان کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود و بر این اساس، آثار جانبی حاصل از مداخلات زوجی بر بهبود بهزیستی زوجین [۴] قابل تبیین است.

بر اساس این دیدگاه‌ها، چنانچه برنامه زوج‌درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی بتواند با بهبود تعاملات و کاهش آشفتگی رابطه، تنش بین زوجین را کاهش و رضایت زناشویی را افزایش دهد، می‌توان انتظار داشت که بهبود در بهزیستی و سلامت زوجین نیز مشاهده گردد. این برنامه زوج‌درمانگری با حذف چرخه‌های تعاملی منفی و تنظیم هیجانات منفی زوجین و رشد صلاحیت‌های خود تنظیم‌گری آنان برای دستیابی به اهداف خود تغییری، آشفتگی و تنش بین زوجین را کاهش می‌دهد و زمینه‌ای برای بهبود بهزیستی روانشناختی آن‌ها فراهم می‌کند. چنین تبیینی با توجه به آثار کلی و معنادار استرس بر سلامت و بهزیستی افراد پذیرفتنی است. علاوه بر این، چنانچه برنامه زوج‌درمانگری خود تنظیم‌گری-دلبستگی بتواند با تمرکز بر نقش حمایت و مراقبت در رضایت از روابط زوجی، خطر افسردگی را کاهش دهد، نتیجه اجتناب‌ناپذیر آن بهبود وضعیت بهزیستی و سلامت زوجین خواهد بود. این نکته به خوبی در این برنامه درمانی آشکار است. معمولاً افزایش

تنظیم‌گری، آگاهی متقابل و همدلی را در بین زوجین ایجاد می‌کند و چرخه منفی در جریان را قطع می‌کند [۱۲]. همچنین، با توجه به اینکه مدل درونکاری^۱ احتمال دارد، فرایند شناختی-هیجانی را که به وسیله آن هر زوجی به طور ضمنی اهداف یا ایده‌آلهایی را برای رابطه و ملاک‌هایی برای ارزیابی کارآمد رابطه و رضایت از روابط زوجی تنظیم می‌کند، تحت تأثیر قرار دهد [۶۰]، اگر مداخلات رفتاری به طور دقیق‌تری انگیزه‌های بالقوه پشت رفتارها، مانند شیوه‌های ترجیحی افراد درباره اداره کردن اضطراب مرتبط با دلبستگی، اهداف ارتباطی زوجین و تجارب هیجانی را بررسی کنند، پس مهارت‌های اکتساب شده ممکن است با احتمال بیشتری استفاده شده و تأثیرگذارتر باشند و درمانگران نیز در حرکت دادن زوجین به سمت تغییر رفتار، بیشتر مؤثر باشند [۳۵]. بر اساس نظر بینگ-هال، مدل درونکاری و دلبستگی ایمن، اهداف یا ایده‌آلهایی را که زوجین برای رابطه و رضایت از روابط تنظیم می‌کند، تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳۱] و توجه به مسائل گفته شده، اکتساب مهارت‌ها توسط زوجین و حرکت دادن آنها توسط درمانگران به سمت تغییر رفتار بیشتر را تسهیل می‌کند [۳۵]. در چنین شرایطی، بهبود رضایت از روابط و کاهش اضطراب‌ها و هیجانات منفی که نقشی تعیین کننده در بهزیستی روانشناختی دارند، به عنوان پیامدهای برجسته این شیوه مداخله آشکار خواهد شد؛ بنابراین، ارزیابی و تکنیک‌های درمانی مبتنی بر نظریه دلبستگی و کاهش عواطف منفی در طی جلسات درمانی، امکان خود تنظیم-گری رابطه و استفاده از صلاحیت‌های سطح بالا (خود ارزیابی، هدف‌گذاری معطوف به خود، خود تغییری و خود ارزشیابی از تلاش‌های تغییر) برای حل مشکلات رابطه و بدین ترتیب رضایتمندی و بهبود بهزیستی زوجین را تسهیل می‌نماید.

در تبیین اینکه چگونه برنامه زوج‌درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی هم بر وضعیت زناشویی و هم بر بهزیستی و سلامت زوجین مؤثر است، می‌توان گفت که با توجه به رابطه قوی آشفتگی زناشویی با مشکلات مربوط به سلامت و بهزیستی زوجین [۷، ۸، ۶۱] و با توجه به اینکه رضایت زناشویی و بهزیستی زوجین یکدیگر را تحت تأثیر

1 . internal working model

درمانی و تناسب بیشتر آن با فرهنگ ایرانی، پیشنهاد می-گردد که عناصر فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر مشکلات زوجین ایرانی نیز در چارچوب آن مفهوم‌پردازی و یکپارچه-سازی شود.

تشکر و قدردانی

از اساتید و همکاران گرامی جناب آقایان دکتر سید کاظم رسولزاده طباطبایی، دکتر محمدعلی بشارت و دکتر عباسعلی الهیاری که در راهنمایی و مشاور با اینجانب همکاری نمودند و از سردبیر و همکاران مجله روانشناسی بالینی که زحمت بررسی مقاله را کشیدند کمال سپاسگزاری و قدردانی را می نمایم.

منابع

- 1- Sayers SL, Kohn CS. Prevention of marital dysfunction: Behavioral approaches and beyond. *Clin Psychol Rev.* 1998; 18(6): 713-44.
- 2- Rosen-Grandon JR, Myers JE, Hattie JA. The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *J Couns and Dev.* 2004; (82): 58-68.
- 3- Sacco WP, Phares V. Partner appraisal and marital satisfaction: The role of self-esteem and depression. *J Marriage and Fam.* 2001; (63): 504-13.
- 4- Kamp Dush CM, Taylor MG, Kroeger RA. Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Fam Relat.* 2008; (57): 211-26.
- 5- Amato PR. Consequences of divorce for adults and children. *J Marriage and Fam.* 2000; (58): 356-65.
- 6- Proulx CM, Helms HM, Buehler C. Marital quality and personal well-being: A meta analysis. *J Marriage and Fam.* 2007; (69): 576-93.
- 7- Halford WK, Snyder DK. Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behav Ther.* 2012; (43): 1-12.
- 8- Snyder DK, Castellani AM, Whisman MA. Current status and future directions in couple therapy. *Annu Rev Clin Psychol.* 2006; (57): 317-44.
- 9- Hahlweg K, Richter D. Prevention of marital instability and distress: Results of an 11-year longitudinal follow-up study. *Behav Res Ther.* 2010; (48): 377-83.
- 10- Leonard WT. Couple therapy: An attachment constructivist approach [Dissertation]. USA: Widener University; 2006.
- 11- Snyder D K, Balrerrama-durbin C. Integrative approaches to couple therapy: Implications for clinical practice and rerearch. *Behav Ther.* 2012; 43(1): 13-24.

حمایت چند جانبه، از جمله اهداف ارتباطی است که زوجین بر مبنای نظریه خود تنظیم‌گری تعیین می‌کنند. پیشنهاد نظریه دلبستگی نیز شامل تأکید بر مهارت‌های حمایتی و تمرکز بر جستجو و تأمین حمایت است. بنابراین، برجسته شدن چنین دیدگاهی در زوج درمانگری تلفیقی می‌تواند در ارتقای رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زوجین مؤثر باشد. به نظر می‌رسد زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری- دلبستگی با مورد توجه قرار دادن چنین نکاتی از دیدگاه‌های فوق، نتایج امیدوارکننده‌ای را به بار آورده است.

حاصل آنچه که تشریح شد این است که شیوه درمانگری خود تنظیم‌گری- دلبستگی می‌تواند با گسترش ایمنی در روابط، کاهش تعاملات منفی و کناره‌گیری از روابط، ابراز هیجانات به صورت مثبت و سازنده و افزایش حمایت و مراقبت از یکدیگر، انتخاب و اجرای اهداف خودتغییری را برای دستیابی به کارکرد مناسب زوجی و بهبود وضعیت سلامت و بهزیستی روان‌شناختی زوجین تسهیل نماید.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بوده است که برنامه درمانی استفاده شده در آن، یک درمان تلفیقی جدید است و تحقیقات مقایسه‌ای چندانی که به صورت مستقیم به آثار آن مربوط باشد موجود نمی‌باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد با تحقیقات بیشتر روی زوجین گروه‌های مختلف، امکان چنین مقایسه‌هایی برای رشد و گسترش این برنامه درمانی فراهم گردد. علاوه بر این، دشواری در دستیابی به تعداد زوجین بیشتر برای همگن کردن کامل گروه‌ها و کنترل دقیق متغیرهای مزاحم، از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بوده است. هرچند مشکلات اولیه زوجین در پیش-آزمون مورد سنجش قرار گرفته و اثر آن کنترل شده است، اما پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با دستیابی به زوجین بیشتر و انتخاب تصادفی کامل زوجین و همگن کردن آن‌ها، تحقیقات بیشتری در جهت دستیابی به نتایج علمی اطمینان‌بخش‌تر انجام گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به استفاده مؤثر این برنامه درمانی از اصول دو نظریه مهم زوج درمانی و تأثیرات مثبت آن بر رضایت و بهزیستی، برای زوجینی که بویژه شکایات مربوط به سلامت و بهزیستی فراوان‌تری نیز دارند، بیشتر استفاده گردد. در نهایت اینکه با تقویت و گسترش این برنامه

- and HPA response to conflict. *Biol Psychol.* 2007; (76): 61-71.
- 28- Padykula NL, Conklin P. The self-regulation model of attachment trauma and addiction. *Clin Soc Work J.* 2010; (38): 351-60.
- 29- Ablow JC, Marks AK, Feldman SS, Huffman IC. Models of attachment and mother-infant arousal ANS implications for the developing self-regulation capacities. *SPR Abstracts.* 2004; S10-S10.
- 30- Sbarra DA, Hazan C. Coregulation, dysregulation, self-regulation: An integrative analysis and empirical agenda for understanding adult attachment, separation, loss, and recovery. *Personal and Soc Psychol Rev.* 2008; 12(2): 141-67.
- 31- Lindegger G, Barry T. Attachment as an integrating concept in couple and family therapy: Some considerations with special reference to South Africa. *Contemp Fam Ther.* 1999; 21(2): 267-88.
- 32- Shaver PR, Norman AJ. Attachment theory and counselling psychology: A commentary. *The Couns Psychol.* 1995; (23): 491-500.
- 33- Daniel SIF. Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clin Psychol Rev.* 2006; (26): 968-84.
- 34- Byng-Hall J. Attachment as a base for family and couple therapy. *Child Psychol and Psychiatr Rev.* 2001; 6(1): 31-6.
- 35- Gordon KC, Christman JA. Integrating social information processing and attachment style research with cognitive-behavioral couple therapy. *J Contemp Psychother.* 2008; 38(3): 129-38.
- 36- Kirby JS, Baucom DH. Integrating dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral couple therapy: A couple skills group for emotion dysregulation. *Cogn and Behav Pract.* 2007; (14): 394-405.
- 37- Marques SRF. Relationship threat and self-regulation: The moderating effect of attachment anxiety [dissertation]. Canada: Queen's University; 2010.
- 38- Baumeister RF, DeWall CN, Ciarocco NJ, Twenge JM. Social exclusion impairs self-regulation. *J Personal Soc Psychol.* 2005; (88): 589-604.
- 39- Girgzde V, Keturakis V, Sondaite J. Couples relationship self-regulation narratives after interventions. *Eur J of Psychol.* 2014; 10(2): 336-351.
- 40- Sepahvand T, Rasoolzade Tabatabaei SK, Besharat MA, Allahyari AA. The comparison of integrated model of self regulation-attachment couple therapy and marital enrichment program in marital satisfaction and psychological wellbeing of couples. *Contemp Psychol.* 2014; 9(1): 55-70. [Persian].
- 41- Hooman HA. Research methodology in behavioral sciences (Foundations of research). Iran, Tehran: Peyk-e Farhang; 2006. [Persian].
- 12- Goldstein S, Thau S. Integrating attachment theory and neuroscience in couple therapy. *Int J Appl Psychoanal Stud.* 2004; 1(3): 214-23.
- 13- Gurman AS. Behavioral couple therapy: Building a secure base for therapeutic integration. *Fam Proc.* 2013; 52(1): 115-138.
- 14- Epstein NB, Baucom DH. Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples. Washington, DC: Am Psychol Assoc; 2002.
- 15- Halford WK, Sanders MR, Behrens B. Self-regulation in behavioral couple therapy. *Behav Ther.* 1994; 25(3): 431-52.
- 16- Halford Wk. Brief therapy for couples: Helping partners help themselves. Translated to Persian by Tabrizi M, Kardani M, Jafari F. Tehran: fararavan publ; 2009. [Persian].
- 17- Halford WK. The ongoing evolution of behavioral couple therapy: Retrospect and prospect. *Clin Psychol rev.* 1998; 18(6): 613-33.
- 18- Johnson SM, Whiffen VE. Attachment processes in couple and family therapy. Translated to Persian by Bahrami F & et al. Tehran: danjeh publ; 2010. [Persian].
- 19- Naaman S, Pappas JD, Makinen J, Zuccarini D, Johnson-Douglas S. Treating attachment injured couples with emotionally focused therapy: A case study approach. *Psychiatr: Interpers and Biol Process.* 2005; 68(1): 55-77.
- 20- Halford WK, Moore EM, Wilson KL, Dyre C, Farurrigia C. Benefits of flexible delivery relationship education: An evaluation of the couple CARE program. *Fam Relat.* 2004; (53): 469-76.
- 21- Kargar M, Kimiaei SA, Mashhadi A. The effectiveness of group couple therapy based on self-regulated on emotional abuse and marital distress. *Fam Council and Psychother.* 2014; 4(2): 269-297. [Persian].
- 22- Golparvar M, Nilbarghi M, Andalib S. The effectiveness of self-regulation brief couple therapy on psychological capital components among maladaptives spouses. *J Res Behave Sci.* 2015; 13(1): 481-92. [Persian].
- 23- Hong RY, Tan MS, Chang WC. Locomotion and assessment: Self-regulation and subjective well-being. *Personal and Individ Differ.* 2004; (37): 325-32.
- 24- Baumeister RF, Vohs KD. Handbook of self regulation: Research, theory and application. New York: London, Guilford Press; 2004.
- 25- Johnson SM, Makinen JA, Millikin JW. Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *J Marital Fam Ther.* 2001; 27(2): 145-55.
- 26- Fonagy P, Target M. Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanal Inq.* 2002; 22(3): 307-36.
- 27- Laurent H, Powers S. Emotion regulation in emerging adult couples: Temperament, attachment

- maturation. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 1357-1378.
- 59- Feld B. Holding and facilitating interactive regulation in couples with trauma histories. *Psychoanal Inq*. 2004; 24(3): 420-37.
- 60- Byng-Hal J. *Rewriting family scripts*. New York: Guilford; 1995.
- 61- Swindle R, Heller K, pescosolido B, kikuzawa S. Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period: Menral health policy implications. *Am Psychol*. 2000; (55): 740-49.
- 62- Zimmer-Gembeck MJ, Ducut W. Positive and negative romantic relationship quality: Age, familiarity, attachment and well-being as correlates of couple agreement and projection. *J Adolesc*. 2010; (33): 879-90.
- 42- Sanai B. *Family and marriage scales*. Tehran: Besat Publ Co; 2009. [Persian].
- 43- Arnold RWV, Min D. Empowering couples program for married couples. *Marriage and Fam*. 2004; (7): 237-53.
- 44- Olson DH, Olson AK. Empowering couples: PREPARE/ENRICH program. *Marriage and Fam: A Christ J*. 2000; 3(1): 69-81.
- 45- Fowers J, Olson DH. ENRICH marital inventory: A discreminant validity and cross-validation assessment. *J Marital Fam Ther*. 1989; 15(1): 65-79.
- 46- Soleymanian AA. *Explanation the effectiveness of irrational beliefs based-on cognitive approach on marital dissatisfaction [dissertation]*. Tehran: Tarbiat Moallem University; 1995. P.80-110 [Persian].
- 47- Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. *The Golombok-Rust Inventory of Marital State*. London: NEFER-NELSON; 1988.
- 48- Besharat MA. The impact of attachment styles on marital discords among infertile couples. *Psychother Novelties*. 2002; 17 & 18:55-66. [Persian].
- 49- Besharat MA. Relaiability and validity of a short form of a Mental Health Inventory in an Iranian population. *Scienti J Forencic Med*. 2009; 15(2): 87-91. [Persian].
- 50- Besharat MA. Relaiability and validity of Mental Health Inventory (MHI). *Daneshvar Raftar*. 2007; 16: 11-16. [Persian].
- 51- Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and wellbeing in general population. *J Consult Clin Psychol*. 1983; (51): 730-42.
- 52- Goldberg DP. *The ditection of Psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph, 21, Oxford: Oxford University Press; 1972.
- 53- Goldberg DP, Williams P. *A users' guide to the general health questionnaire*. Windsore, UK: NFER-Nelson; 1988.
- 54- Ainsworth MS. Attachment beyond infancy. *Am Psychol*. 1989; 44(4): 709-16.
- 55- Ravshan R, Alinaghi AR, Sanai B, Melyani M. The effectiveness of self-regulatory couple therapy on marital conflict, adjustment and divorce. *Fam Council and Psychother*. 2012; 2(2): 222-234. [Persian].
- 56- Rasoli R, Etemadi A, Shafiabadi A, Delavar A. Comparing efectiveness of individual and marital emotionally focused intervention based-on decreasing relationship distress of couples with chronically ill children. *J Fam Res*. 2008; 3(3): 683-696. [Persian].
- 57- Barbato A, D' Avanzo B. Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatr Quarte*. 2008; (79): 121-132.
- 58- Jerry M, Lewis MD. *Repairing the bond in important relationships: A dynamic for personality*