

اثر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» بر رضایت زناشویی

The Effect of Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) based Brief Psychodynamic Psychotherapy on Marital Satisfaction

Sh. Ahmadi

Department of Psychology, University of Tarbiat Modares, Tehran,
Iran

P. Azad Fallah, Ph.D.

Department of Psychology, University of Tarbiat Modares, Tehran,
Iran

H. Farahani, Ph.D.

Department of Psychology, University of Tarbiat Modares, Tehran,
Iran

شمس‌الدین احمدی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس

دکتر پرویز آزادفلاح ✉

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس

دکتر حجت‌الله فراهانی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس

دریافت مقاله: ۹۷/۴/۱۷

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۷/۹/۱۰

پذیرش مقاله: ۹۷/۹/۱۴

Abstract

The purpose of this study is to investigate the effects of short-term psychodynamic psychotherapy according to "core conflictual relationship theme" on the improvement of marital satisfaction among Iranian couples. The study population consisted of men and women who were married in Qom City for three years. 30 subjects were selected through volunteer sampling, assigned randomly to experimental (15 subjects) and control (15 subjects) groups. Both groups were assessed by ENRICH marital satisfaction questionnaire in the pre-test phase.

✉Corresponding author: Department of Psychology, Faculty of humanities, Tehran University, Theran, Iran.
Email: Azadfa_p@modares.ac.ir

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی اثر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» بر افزایش رضایت زناشویی زوجین ایرانی بود. جامعه آماری شامل زنان و مردان متأهل ساکن شهر قم بودند که حداقل سه سال از زندگی مشترک‌شان گذشته باشد. تعداد ۳۰ آزمودنی که به شکل داوطلبانه انتخاب شده بودند، به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون از طریق مقیاس رضایت زناشویی انریچ ارزیابی شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش دوره درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» را به طور کامل گذراندند.

✉نویسنده مسئول: تهران، پل گیشا، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی
پست الکترونیکی: Azadfa_p@modares.ac.ir

Experimental group passed a short-term psychodynamic psychotherapy according to "core conflictual relationship theme". To evaluate the effect of the treatment, both groups again replied to the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire at the post-test phase. It was indicated that the scores of marital satisfaction and subscales in the experimental group were significantly improved.

Short-term dynamic psychotherapy according to "core conflictual relationship theme" is an effective and reliable treatment for mitigating marital problems and improving marital satisfaction. Moreover, the results highlight the importance of early developmental problems of couples in the present marital dissatisfactions.

Keywords: Marital Satisfaction, Short-term Dynamic Psychotherapy, Core Conflictual Relationship Theme.

به منظور ارزیابی اثر درمان، هر دو گروه مجدداً در مرحله پس‌آزمون پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را پاسخ دادند. یافته‌ها نشان داد، نمرات رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها در گروه آزمایش به طور معنی‌داری افزایش یافته است. نتایج این واری‌نه‌تها سودمندی روان‌درمانگری پوشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» را در کاهش مشکلات زناشویی برجسته می‌سازد؛ بلکه هم‌چنین بر مبنای مفروضه‌های نظری این مدل درمانی، وجود مبانی این مشکلات در روابط پیشین زوجین را نیز مورد تأکید قرار می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: رضایت زناشویی، روان‌درمانگری پوشی کوتاه‌مدت، بن‌مایه تعارضی ارتباط.

مقدمه

خانواده نهاد مهم جامعه بشری است که زیربنایی‌ترین و اولین نهاد اجتماع به شمار می‌رود. اولین گام برای برپایی این نهاد اجتماعی ازدواج است. ازدواج در همه جوامع مسأله مهمی تلقی می‌شود و داشتن زندگی زناشویی موفق تقریباً برای بیشتر افراد، هدفی عمده و آرمانی به شمار می‌رود (رابینو، پروست و بوتیچ، ۲۰۰۵). احساس رضایت و خشنودی زوجین در زندگی زناشویی اهمیت زیادی دارد. این احساس رضایت و خشنودی در پیشینه نظری روان‌شناسی با اصطلاح «رضایت زناشویی^۱» معرفی شده است. رضایت زناشویی به عنوان پدیده‌ای روان‌شناختی، جنبه‌ای مهم و پیچیده از رابطه زناشویی است (استرنبرگ و هوجت^۲، ۱۹۹۴). رضایتی که همسران تجربه و احساس می‌کنند، از جنبه‌های حیاتی یک نظام زناشویی است (تانیکوچی، فری من، تایلور و مالکارن^۳، ۲۰۰۶). اصطلاح رضایت زناشویی به مسرت کلی شخص و خشنودی از روابط نزدیک زناشویی اشاره دارد. زوجین رضایت‌مند، زن و شوهرهایی هستند که توافق زیادی با یکدیگر دارند، از نوع و سطح روابطشان راضی هستند، از نوع و کیفیت گذران اوقات فراغت رضایت دارند و از توانایی مدیریت کردن مسائل مالی خود برخوردارند (گریف^۴، ۲۰۰۰؛ اندرسون، ترودل، بونادر، بویر و ویلینو^۵، ۲۰۰۸). رضایت زناشویی از انطباق بین وضعیت مورد انتظار و وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی حاصل می‌شود و در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف زندگی خود دارند (وود، کران، سالجه و لاو^۶، ۲۰۰۵).

تقریباً همه زوج‌ها در ابتدای ارتباطشان سطح بالایی از رضایت زناشویی را گزارش می‌کنند (دیلیون و بیچر^۸، ۲۰۱۰)؛ اما رضایت از رابطه برای بسیاری از زوجین طی زمان کاهش می‌یابد (برادبری، بیچ، فینچمن و نلسون^۹، ۱۹۹۶). اطلاع دقیقی از رضایت زناشویی افراد در دست نیست؛ اما یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد طلاق که در بیشتر مواقع نتیجه عدم رضایت زناشویی زوجین است، روند صعودی به خود گرفته و نسبت آن به ازدواج در سال، رشد نگران‌کننده‌ای داشته، به طوری که در سال ۱۳۹۴ در مقابل هر ۴/۲ ازدواج یک طلاق در کل کشور و در مقابل ۲/۹ ازدواج یک طلاق در تهران ثبت شده است (ثبت احوال کشور، ۱۳۹۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند مشکلات بین‌فردی در بین عوامل اثرگذار در نارضایتی زناشویی از فراوانی بیشتری برخوردار است و یک رابطه زناشویی رضایت‌بخش نیازمند برقراری ارتباطی مؤثر و کارآمد است. الگوهای ارتباطی زوجین رابطه‌ای کلیدی با رضایت زناشویی دارد؛ این الگوها پیش‌بینی‌کننده قوی از رضایت زندگی زناشویی هستند. الگوهای ارتباطی در فرهنگ‌های مختلف به صورت‌های متفاوتی وجود دارند (لاونر، کارنی و برادبری، ۲۰۱۶؛ هاریس و کمار، ۲۰۱۸). همسرانی که دچار اختلافات و ناسازگاری‌های زناشویی هستند، در زمینه مهارت‌های ارتباطی ضعیف بوده و درگیر الگوهای ارتباطی بی‌حاصلی می‌شوند. مهارت ارتباطی قوی و خوب، رابطه‌ها را بهبود بخشیده و دوستی، اعتماد و حمایت را در بین زوجین افزایش می‌دهد و مهارت ارتباطی ضعیف و ناکارآمد، پیوندها را تضعیف کرده و بی‌اعتمادی و نفرت را افزایش می‌دهد (کاراهان^{۱۰}، ۲۰۰۹ و گیلیپاتریک^{۱۱}، ۲۰۰۱).

مشخص شده است که روابط بین‌فردی مختل، شایع‌ترین و مخرب‌ترین مشکل در ازدواج‌های ناموفق هستند، چراکه الگوهای ارتباطی ناکارآمد، موجب می‌شود مسائل مهم زندگی مشترک، حل‌نشده باقی بمانند و منبع تعارض‌های^{۱۲} تکراری در بین زوج‌ها شوند (کاراهان، ۲۰۰۹).

بروز تعارض در زندگی انسان‌ها اجتناب‌ناپذیر است. تعارض کارکردی طبیعی در سیستم زوجی دارد و محصول تفاوت‌های فردی است. تعارض می‌تواند به رشد رابطه‌ها کمک کند یا به آن آسیب برساند. این امر بسته به این است که تعارض چگونه حل‌وفصل شود (برادبری و همکاران، ۱۹۹۶). مشخص شده است که تعارض زناشویی با مشکلات متعددی از قبیل افسردگی، بیماری مزمن و فرزندپروری ضعیف رابطه دارد (کارن، اگولسلی، هیزن و نلسون^{۱۳}، ۲۰۱۱). هم‌چنین مشخص شده است که تعارض‌های زناشویی موجب آسیب‌های روانی در فرزندان شده که در بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد (امری^{۱۴}، ۱۹۸۲ و کابان^{۱۵}، ۲۰۰۴).

در تبیین ماهیت آسیب‌شناسی^{۱۶} اختلال‌های روانی، «تعارض‌های ناهوشیار^{۱۷}» نقش مهمی دارند. تعارض می‌تواند پیامدهای منفی دربر داشته باشد؛ پاسخ‌های روان‌شناختی بی‌علاقگی، اضطراب و انزوا گرفته تا پاسخ‌های رفتاری سازش‌نیافته پرخاشگرانه یا اطاعت بیش از حد و پاسخ‌های فیزیولوژیک و مشکلات بدنی از پیامدهای تعارض هستند (هاریگوپال^{۱۸}، ۱۹۹۵). به‌رغم چنین پیامدهایی تعارض، بخش اجتناب‌ناپذیر روابط است و به دو نوع سازنده و غیرسازنده تقسیم می‌شود. تعارض سازنده بر مصالحه و راه‌حل‌های مناسب و مثبت استوار است و تعارض غیرسازنده بر تهدید و راه‌حل‌های استبدادی و نامناسب استوار است. اگر شیوه‌های مناسب و سازنده برای مقابله با تعارض به کار برود، تعارض می‌تواند به طور مثبت کیفیت روابط را رشد دهد (رحیم^{۱۹}، ۱۹۸۶).

روی‌آوردهای^{۲۰} نظری در رابطه با رضایت زناشویی به تبیین زیربنای این مشکلات می‌پردازند. عابدی، مسیپی و عریضی^{۲۱} (۱۳۹۲) در یک فراتحلیل، اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی بر میزان رضایت زناشویی را بررسی کردند. این پژوهشگران پس از بررسی و تحلیل نتایج ۱۹ پژوهش بیان داشته‌اند که مداخله و آموزش روان‌شناختی درمان مناسبی برای افزایش رضایت زناشویی است.

رئیس‌ی و حسین‌پور^{۲۲} (۱۳۹۵) پس از مطالعه مروری ۳۲ مقاله در زمینه کاربرد روان‌درمانگری پویایی بیان داشته‌اند، روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت می‌تواند تأثیر معناداری بر اختلالات جسمانی‌سازی، اختلالات حرکتی کارکردی، دردهای مزمن، سندرم درد لگن، کمردرد و سردردهای مزمن، افسردگی، اضطراب و در حوزه زوجین روی کاهش تعارض‌های زناشویی و افزایش رضایتمندی و سازگاری زوجین داشته باشد. روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت^{۲۳} دسته‌ای از روش‌های درمانی محسوب می‌شود که به طور عموم دارای چارچوب زمانی محدود (یک تا بیست‌وپنج جلسه)، با اهداف درمانی مشخص و جهت‌یافته برای بهبودی نشانه‌های اختلال‌های روانی است. به‌رغم اینکه این درمان‌ها دارای انواع متفاوت هستند، هدف مشترک تمامی این دسته از روان‌درمانگری‌ها این است که تعارض‌های ناهوشیار فرد را به حوزه هوشیاری می‌آورند (سرویا^{۲۴}، ۱۹۹۷).

بر اساس یافته‌های تجربی و بالینی، استفاده از روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت برای اختلال‌های بسیاری در حال رشد است (آلن، آلبرت، جون و آلن^{۲۵}، ۲۰۰۸). این نوع از روان‌درمانگری سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان، عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس کرده و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (سامرز^{۲۶}، ۲۰۰۸). روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت در درمان مشکلات چندگانه روان‌پزشکی، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت مؤثر واقع شده است. درمان روان‌پویایی به مراجع کمک می‌کند تا آنچه را که به شیوه کامل‌تری در فرایند درمان تجربه می‌کند، مجدداً فرمول‌بندی کرده و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند. فهمی که درمانگر و مراجع در مورد این مشکلات به وجود می‌آورند، آگاهی مراجع را گسترش داده و راه ورود به گزینه‌های جدید برای مدیریت تعارض را باز می‌کند (عباس، برنایر و کیسلی^{۲۷}، ۲۰۱۵). روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت از جمله درمان‌هایی محسوب می‌شود که به بیمار کمک می‌کند تا با تعارض‌ها یا هیجان‌های ناهوشیار خود روبه‌رو شود؛ تعارض‌ها و هیجان‌هایی که محصول فقدان و آسیب‌های روان‌شناختی هستند که در زندگی افراد رخ می‌دهند. درمانگر با این رویکرد به مراجع کمک می‌کند تا بر اضطراب و اجتناب‌های دفاعی خود غلبه کند. طی این فرایند مراجع می‌آموزد تا هیجان‌های طاقت‌فرسا و غیر قابل تحمل خود را تجربه کند و بتواند احساسات دردناک وقایع گذشته را تحمل کند. در نتیجه این فرایند از علائم و رفتارهای دفاعی بیمار کاسته می‌شود (تین‌ها و لابیچ^{۲۸}، ۲۰۱۰).

در مطالعه حاضر مدل روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط^{۲۹}» با روی‌آورد روابط موضوعی^{۳۰} انتخاب شد (لوبورسکی^{۳۱}، ۱۹۸۴) تا علاوه بر حل تعارض‌های درون‌فردی به حل تعارض‌های بین‌فردی نیز پرداخته شود. روی‌آورد روابط موضوعی تأکید دارد که تحول حس درونی فرد از خود و دیگران، ظرفیت بلوغ انسان برای تداوم روابط با دیگران را افزایش می‌دهد (استراسنر و اسپینگل^{۳۲}، ۱۹۹۶). مدل روان‌درمانگری مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» نوعی از روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت است که بر حوزه تعارضات بین‌فردی تأکید دارد. هرچند لوبورسکی مفهوم «بن‌مایه تعارضی ارتباط» را برای

ارزشیابی و سرانجام روان‌درمانگری کوتاه‌مدت پویشی ابداع کرد، اما همکاران و شاگردانش آن را به عنوان مدل درمانگری توسعه دادند. به طوری که درمان «بن‌مایه تعارضی ارتباط» به عنوان روش درمانی در آمریکا و کانادا به کار گرفته می‌شود. بوک، یکی از شاگردان لوبورسکی، با نگارش کتابی با عنوان چگونه روان‌درمانی کوتاه‌مدت پویشی مدل بن‌مایه تعارضی ارتباط را تمرین کنیم، این روش را به عنوان روش درمانگری به جست‌وجوگران این مدل آموزش می‌دهد (بوک^{۳۳}، ۱۹۹۸). هدف این مدل رفع نشانه‌ها و برخی تغییرات مهم، اما محدود در شخصیت است. «بن‌مایه تعارضی ارتباط» از سه مؤلفه اصلی تشکیل می‌شود: خواست یا آرزو^{۳۴}، یک پاسخ از دیگری^{۳۵} و یک پاسخ از خویشتن^{۳۶}. منشاء «بن‌مایه تعارضی ارتباط» از وقایع ارتباطی است که بیمار از تعامل خود با شخص دیگر بازگو می‌کند. این مدل از دو تا چهار جلسه ارزیابی اولیه و ۱۶ جلسه درمانی تشکیل می‌شود.

در مراحل اولیه کودکی، اختلال در روابط موضوعی (رابطه کودک - والدین یا جانشین‌ها) منجر به آسیب‌ها، اختلال‌های تحولی و کارکردهای روانی مختلف می‌شود. ناتوانی در تنظیم عواطف از دیگر پیامدهای اختلال روابط موضوعی است (بوک، ۲۰۰۷) که می‌تواند منجر به کاهش رضایت از روابط بین‌فردی شود. هرچند در هیچ تحقیقی تأثیر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» بر مشکلات زناشویی گزارش نشده است، اما پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این درمان بر بیماری‌هایی است که ریشه تعارضی دارند (فرامرز، آزادفلاح، بوک، طباطبایی و شکری شیروانی^{۳۷}، ۱۳۹۰). با توجه به این‌که مشکلات زوجین غالباً در اثر تعارض به وجود می‌آید، طرح این فرضیه منطقی به نظر می‌رسد که روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» بر افزایش رضایت زناشویی مؤثر باشد. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» بر افزایش رضایت زناشویی بود.

روش

مطالعه حاضر یک مداخله بالینی شبه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل) است. جامعه آماری شامل کلیه افراد متأهل بین ۲۰ تا ۴۰ سال است که سه سال از زمان زندگی مشترک آن‌ها گذشته و در سال ۱۳۹۶ در کنار هم زندگی می‌کنند. از بین جامعه آماری ۳۰ آزمودنی از مراجعین سه مرکز مشاوره در شهر قم به عنوان نمونه پژوهش به روش داوطلبانه و تصادفی انتخاب شدند که با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در دو جدول زیر خلاصه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سن و طول مدت ازدواج

گروه کنترل		گروه آزمایش		ویژگی مورد نظر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۳/۹۷	۲۱/۸۷	۴/۰۳	۳۱/۷۵	سن
۳/۵	۱۰/۱۵	۳/۴	۹/۸	طول مدت ازدواج

جدول ۲: تعداد و درصد شرکت‌کنندگان به تفکیک تحصیلات

تحصیلات	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر دیپلم	۳	۲۰	۳	۲۰
دیپلم	۶	۴۶/۷	۶	۴۶/۷
بالتر از دیپلم	۵	۳۳/۳	۵	۳۳/۳

ابزار پژوهش

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: برای ارزیابی میزان رضایت زناشویی از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ فرم کوتاه ۴۷ سؤالی استفاده شد. فرم بلند این پرسشنامه یک ابزار ۱۱۵ سؤالی است که برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های پربراری^{۳۸} رابطه زناشویی به کار می‌رود و به عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعددی برای سنجش میزان رضایت زوجین مورد استفاده قرار گرفته است (ثنایی^{۳۹}، ۱۳۸۷). خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از پاسخ‌های قراردادی^{۴۰}، رضایت زناشویی^{۴۱}، مسائل شخصیتی^{۴۲}، ارتباط زناشویی^{۴۳}، حل تعارض^{۴۴}، مدیریت مالی^{۴۵}، فعالیت‌های اوقات فراغت^{۴۶}، روابط جنسی^{۴۷}، ازدواج و فرزندان^{۴۸}، خانواده و دوستان^{۴۹}، نقش‌های مساوات‌طلبی^{۵۰} و جهت‌گیری مذهبی^{۵۱}.

پرسشنامه انریچ خصوصیات روان‌سنجی قوی دارد (آرنولد و مین^{۵۲}، ۲۰۰۴). همسانی درونی^{۵۳} آن در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (فراهانی، قربانعلی‌پور، برجلی و مقدس^{۵۴}، ۱۳۸۶). اعتبار^{۵۵} 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 (ثنایی، ۱۳۸۷).

هم‌چنین در بررسی روایی^{۵۶} این آزمون ضریب همبستگی آن با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت از زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه^{۵۷} آن است. کلیه خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه انریچ زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کنند و این نشان می‌دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک^{۵۸} خوبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷). فاووز و السن^{۵۹} (۱۹۸۹) دریافتند که انریچ می‌تواند بین زوجین شاد و زوجین ناشاد با حدود ۸۵ تا ۹۵ درصد دقت، تمایز بگذارد.

قبلاً پژوهش‌های مختلف فرم کوتاه ۴۷ سؤالی پرسشنامه را به کار بسته و ضریب آلفای کرونباخ ۹۵ درصد را برای اعتبار گزارش کرده‌اند (سلیمانیان^{۶۰}، ۱۳۷۳ و سلمان‌نژاد^{۶۱}، ۱۳۷۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، ازدواج و فرزندان، خانواده و دوستان و جهت‌گیری مذهبی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۷۱۹، ۰/۸۳۷، ۰/۷۹۸، ۰/۷۲۲، ۰/۷۶۸، ۰/۷۴۹، ۰/۶۶۷، ۰/۷۱۰ و ۰/۸۰ به دست آمد.

روش اجرا

از بین جامعه آماری ابتدا ۲۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با آزمودنی‌ها به صورت انفرادی مذاکره شد و برای همکاری با پژوهشگر ترغیب شدند. همه آزمودنی‌ها پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^{۶۲} (ENRICH) را پاسخ دادند، پس از نمره‌گذاری و استخراج نتایج، ۴۶ نفر که نمره رضایت

زناشویی آن‌ها در دو سطح ناراضی و ناراضی شدید بود؛ انتخاب شدند. پژوهشگر پس از مصاحبه بالینی با افراد نمونه، مراجعانی را که برای روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» مناسب نبودند، از نمونه آماری کنار گذاشت و افراد باقی‌مانده را برای ادامه پژوهش انتخاب کرد. معیارهای کلی ورود به درمان عبارت بود از: محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، گذشت سه سال از زندگی مشترک، عدم وجود اختلال روانی شدید مثل روان‌گسستگی و افسردگی - آشفتگی در زمان پژوهش یا تاریخچه زندگی فرد، انگیزه کافی برای تغییر و داشتن ذهن روان‌شناختی^{۶۳} به طوری که مراجع توانایی ارتباط بین حال و گذشته را داشته باشد و بتواند این نکته که رفتارهای فعلی ممکن است نتیجه رویدادهای گذشته باشد را درک کند (لوپروسکی، ۱۹۸۴)؛ بنابراین، ۳۰ آزمودنی شرایط ورود به مطالعه را داشتند که با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه کنترل در طول پژوهش هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌های گروه آزمایش دوره درمان را به طور کامل گذراندند. به منظور ارزیابی تأثیر درمان، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را پاسخ دادند. هم‌چنین پس از گذشت سه ماه از آخرین جلسات درمانی از هر دو گروه آزمون پیگیری گرفته شد. از گروه آزمایشی در آغاز و پایان دوره درمان ارزیابی بالینی انجام شد. پژوهشگر با گروه کنترل توافق کرد؛ پس از پایان فرایند پژوهش، جلسات درمانی آن‌ها را آغاز کند.

فرایند درمان

آزمودنی‌های گروه آزمایشی، پس از جلسات ارزیابی در ۱۶ جلسه روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» به صورت هر هفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، شرکت کردند. در فرایند درمان، درمانگر در اولین جلسه مراجع را ترغیب می‌کرد به بیان تاریخچه زندگی خود بپردازد، از محتوای موقعیت‌های ارتباطی که بیمار بازگو می‌کرد، سه مؤلفه «بن‌مایه تعارضی ارتباط» را استخراج کرده و بن‌مایه تعارض‌های بین‌فردی را در بیمار شناسایی می‌کرد. در جلسات دوم تا چهارم بن‌مایه تعارضی شناسایی شده را با بیمار مطرح کرده و مدل درمانی و قوانین جلسات را با بیمار درمیان می‌گذاشت و تلاش می‌کرد تا در مورد هدف و فرایند درمان توافق حاصل شود. پس از شناسایی بن‌مایه تعارضی در جلسات ارزیابی اولیه، مراحل اصلی درمان شروع می‌شد. در جلسات اول تا چهارم که مرحله شروع^{۶۴} نامیده می‌شود، تمرکز اصلی درمانگر بر این بود که بیمار به این تشخیص برسد که «بن‌مایه تعارضی ارتباط» در تمام ارتباط‌های قبلی و فعلی او با والدین، دوستان، همکاران، اقوام، همسر، تمام کسانی که با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کند و در انتقال با درمانگر حضور دارد. در این جلسات از طریق برقراری اتحاد درمانی، بیمار به آثار «بن‌مایه تعارضی ارتباط» در زندگی‌اش پی می‌برد: این‌که چگونه رفتارهای خودآیند، علت اصلی احساس‌های منفی مزمن، اعتماد به نفس پایین، آسیب دیدن و رنجیدن او هستند. جلسات پنجم تا دوازدهم مرحله میانی^{۶۵} را دربر می‌گیرد که مهم‌ترین بخش درمان است. درمانگر در این مرحله تلاش می‌کرد مراجع خاطرات آزارنده و دردناک مربوط به بن‌مایه تعارض‌های خود که در جلسات آغازین شناسایی شده و به همه‌گیر بودن آن‌ها پی برده بود را از موقعیت‌های مختلف زندگی بازگو کند و احساس‌های مربوط به آن‌ها را به گونه عمیق درک کرده و با آن‌ها چالش کند و در فرایند حل و فصل^{۶۶} قرار گیرد. در این مرحله به مراجع کمک می‌شد تا دفاع‌ها^{۶۷} و

مقاومت‌ها^{۶۸} کنار گذاشته شوند. درمانگر در رابطه درمانی با مراجع با استفاده از تظاهرات انتقال^{۶۹} و انتقال متقابل^{۷۰}، بینش^{۷۱} لازم را برای حل و فصل تعارض‌های مراجع فراهم می‌کند و از تکنیک‌هایی از قبیل سکوت^{۷۲}، پرسش، آشکارسازی^{۷۳}، مواجهه^{۷۴} و تعبیر^{۷۵} استفاده می‌کند. درمانگر بین ارتباط‌های فعلی مراجع با همسر و دیگران و همچنین درمانگر و ارتباط‌ها با والدین در سال‌های کودکی رابطه برقرار می‌کند تا مراجع از طریق فرایند حل‌وفصل و با رسیدن به ریشه موقعیت‌های کودکی، به این شناخت برسد که پاسخ‌های دیگران در واقع یک تحریف انتقال^{۷۶} یا اجبار به تکرار^{۷۷} است. در این صورت مراجع می‌توانست خواست یا آرزوی خود را محقق سازد؛ بدون اینکه پاسخ‌های قبلی خویشتن او را متوقف کند. در پدیده انتقال تحریف‌شده، فرد همان احساس‌های روابط قبلی، به طور مثال ترس را که در روابط با والدین تجربه می‌کرد، در روابط فعلی نیز تجربه می‌کند. در اجبار به تکرار، فرد در روابط فعلی به گونه‌ای دیگران را برمی‌انگیزاند تا همان الگوهای رفتاری والدین با او تکرار شود، به طور مثال فرد مقابل را تحریک به خشم می‌کند تا سر او داد بزند و بعد او کناره‌گیری کند. جلسات ۱۳ تا ۱۶ مرحله پایانی^{۷۸} نامیده می‌شود. رسیدن به جلسات آخر درمان، برخی از بن‌مایه‌های تعارضی ارتباط مراجع را تحریک می‌کند، در این مرحله بیشتر مراجعان ترس‌هایشان از پایان یافتن درمان را نشان می‌دادند. در بیشتر موارد، موضوع جلسات، نگرانی‌ها و دل‌مشغولی‌های مراجعان شامل از دست دادن، طرد شدن، احساس بی‌پناهی، تحقیر شدن، نیاز به حمایت و اضطراب جدایی بود.

یافته‌های پژوهش

با توجه به این‌که مطالعه حاضر یک مداخله بالینی شبه‌آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است؛ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در متغیر رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها در دو گروه آزمایش (n= ۱۵) n= ۱۵)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت زناشویی	کنترل	۱۳۸	۱۲/۷۵	۱۴۴	۱۲/۹۹	۱۴۴/۹۳	۱۱/۸۸
	آزمایش	۱۲۹	۱۳/۸	۱۸۶/۶	۱۱/۷۸	۱۸۹/۵	۸/۵
موضوعات شخصی	کنترل	۱۳/۸۷	۲/۳۶	۱۴	۲/۵۶	۱۴/۶	۱/۹۹
	آزمایش	۱۲/۸۸	۲/۷۲	۱۹/۶	۱/۹۶	۲۰	۱/۳۶
ارتباط زناشویی	کنترل	۱۳/۶۷	۳/۱۸	۱۴/۵	۳/۲۳	۱۴/۸	۲/۴
	آزمایش	۱۲	۳/۶۶	۲۰/۴	۲/۹۵	۲۰/۲۷	۲/۳۱
حل تعارض	کنترل	۱۴/۳۷	۲/۸	۱۴/۳۳	۲/۴۷	۱۴/۴	۱/۸
	آزمایش	۱۲/۸	۳/۵	۱۹/۸۷	۲/۶۱	۲۰/۰۶	۱/۹۴
مدیریت مالی	کنترل	۱۵/۵۳	۱/۴۰	۱۶/۴۰	۱/۳۵	۱۶/۳۳	۱/۵۹
	آزمایش	۱۶/۲۷	۲/۲۵	۱۹/۲۷	۲/۰۱	۱۹/۸۷	۱/۴۱
فعالیت‌های اوقات فراغت	کنترل	۱۶/۲۷	۲/۹۹	۱۵/۸۷	۲/۷۸	۱۵/۸۷	۲/۳۰
	آزمایش	۱۶/۳۰	۳/۱۴	۱۹/۶۷	۲/۵۰	۲۰/۲۷	۱/۷۱

ادامه جدول ۳

۲/۳	۱۶/۸	۳/۴۲	۱۷/۱۳	۲/۸۲	۱۶/۳۳	کنترل	روابط جنسی
۱/۸۴	۲۰/۶۷	۲/۸۵	۲۰/۶۷	۳/۶۷	۱۷/۰۷	آزمایش	
۱/۵۹	۱۵/۶۷	۱/۷۳	۱۶	۱/۵۷	۱۵/۲	کنترل	ازدواج و فرزندان
۱/۳۷	۲۰/۲۰	۱/۷۲	۱۹/۶۷	۱/۸۷	۱۵/۰۷	آزمایش	
۱/۶۴	۱۴/۸۷	۱/۹۲	۱۴/۵۳	۱/۸۸	۱۴/۶۷	کنترل	خانواده و دوستان
۱/۶۷	۱۹/۳۳	۲/۵۳	۱۸/۶۰	۳/۱۸	۱۳/۶۷	آزمایش	
۱/۴۴	۱۴/۷۳	۱/۷۱	۱۳/۹۳	۱/۸۰	۱۳/۱۳	کنترل	جهت‌گیری مذهبی
۱/۵۵	۲۰/۴۷	۱/۵۳	۲۰/۰۷	۳/۱۷	۱۳/۰۷	آزمایش	

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز از ثبات برخوردار است. میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری تغییری نداشته است. برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد که خلاصه نتایج مربوطه در جدول ۴ ارائه شده است. برای اطمینان از تحقق پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های باکس، لوین و موخلی بررسی شد. آزمون باکس در متغیر رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها معنی‌دار نبود (سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵)؛ این نشان می‌دهد که ماتریس‌های کواریانس متغیر مستقل در دو گروه یکسان است. معنی‌دار نبودن آزمون لوین در متغیرها (سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵) نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس در بین گروه‌های متغیر مستقل برقرار است. معنی‌دار بودن آزمون موخلی (سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵) نشان می‌دهد که برای تفسیر اثرات درون‌گروهی باید درجه آزادی تعدیل شود. در چنین شرایطی در بخش اثرات درون‌گروهی از آزمون گرین هاوس گیسر استفاده می‌شود. به همین دلیل در تحلیل نتایج اثرات درون‌گروهی از آزمون گرین هاوس گیسر استفاده شده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط مربوط به اثر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» بر رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها

متغیر	عامل	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
رضایت زناشویی	درون‌گروهی	۱/۶۲	۴۵/۳۹	۲۱۷۴۷/۸	۱۲۸۴/۷	۱۳۴۱۹/۲	۲۸/۳۱	۴۷۳/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	بین‌گروهی	۱	۲۸	۱۴۹۵۱/۱۱	۱۰۹۲۱/۹۶	۱۴۹۵۱/۱۱	۳۹۰/۰۷	۳۸/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸
موضوعات شخصی	درون‌گروهی	۱/۵۲	۴۲/۴۹	۲۸۷/۶۲	۶۸/۴۴	۱۸۹/۵۵	۱/۶۱	۱۱۷/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	بین‌گروهی	۱	۲۸	۲۳۹/۸۲	۲۳۰/۴۰	۲۳۰/۴۰	۱۲/۱۴	۱۸/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴
ارتباط زناشویی	درون‌گروهی	۱/۳۵	۳۷/۷۶	۴۳۵/۶۲	۱۰۰/۲۲	۳۲۲/۹۹	۲/۶۵	۱۲۱/۷۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	بین‌گروهی	۱	۲۸	۲۳۳/۶۱	۶۵۱/۷۸	۲۳۳/۶۱	۲۳/۲۸	۱۰/۰۴	۰/۰۰۴	۰/۲۶۴
حل تعارض	درون‌گروهی	۱/۴۳	۳۹/۹۰	۲۶۴/۳۹	۹۳/۹۶	۱۸۵/۴۸	۲/۳۶	۷۸/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	بین‌گروهی	۱	۲۸	۲۳۶/۸۴	۴۷۰/۹۸	۲۳۶/۸۴	۱۶/۸۲	۱۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵
مدیریت مالی	درون‌گروهی	۱/۶۵	۴۶/۲۸	۸۶/۴۹	۳۹/۴۲	۵۲/۳۳	۰/۸۵	۶۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	بین‌گروهی	۱	۲۸	۱۲۷/۳۱	۲۰۴/۸۴	۱۲۷/۳۱	۷/۳۱	۱۷/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸
فعالیت‌های اوقات فراغت	درون‌گروهی	۱/۴۸	۴۱/۴۳	۵۸۰/۲	۱۰۷/۱۶	۳۹/۲۲	۲/۵۹	۱۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	بین‌گروهی	۱	۲۸	۱۶۵/۳۸	۴۶۵/۹۱	۱۶۵/۳۸	۱۶/۶۴	۹/۹۴	۰/۰۰۴	۰/۲۶
روابط جنسی	درون‌گروهی	۱/۶۶	۴۶/۴۱	۹۰/۱۲	۹۰/۰۲	۵۴/۳۱	۱/۹۴	۲۷/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۹
	بین‌گروهی	۱	۲۸	۱۶۵/۳۸	۶۰۸/۸۴	۱۶۵/۳۸	۲۱/۷۴	۷/۶	۰/۰۰۱	۰/۲۱۴
درون‌گروهی	۱/۴۵	۴۰/۴۹	۱۵۱/۴	۴۵/۵۱	۱۰۴/۶۹	۱/۱۲	۹۳/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷	

ادامه جدول ۴

۰/۴۷	۰/۰۰۱	۲۴/۹	۶/۵۳	۱۶۲/۶۸	۱۸۲/۸۹	۱۶۲/۲۸	۲۸	۱	بین‌گروهی	ازدواج و فرزندان
۰/۶۶	۰/۰۰۱	۵۲/۳۵	۱/۸۹	۱۰۰/۶۲	۷۶/۸۹	۱۴۶/۴۹	۴۰/۷۷	۱/۴۶	درون‌گروهی	خانواده و دوستان
۰/۲۹۹	۰/۰۰۲	۱۱/۹۶	۱۱/۸۶	۱۴۱/۸۸	۳۳۲/۱۸	۱۴۱/۸۸	۲۸	۱	بین‌گروهی	
۰/۸۳	۰/۰۰۱	۱۲۸/۲۸	۱/۷۱	۲۳۶/۷۸	۷۲/۵۳	۳۵۸/۲۰	۴۲/۳۶	۱/۵۱	درون‌گروهی	جهت‌گیری مذهبی
۰/۵۸	۰/۰۰۱	۳۸/۸۸	۸/۹۵	۳۴۸/۱۰	۲۵۰/۶۷	۳۴۸/۱۰	۲۸	۱	بین‌گروهی	

نتایج ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد اثر درمان بر متغیر رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها از نظر آماری در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار است؛ به عبارت دیگر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط»، رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، ازدواج و فرزندان، خانواده و دوستان و جهت‌گیری مذهبی را به طور معنی‌داری افزایش داده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معنی‌داری
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۳۲/۲	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۳۳/۷	۱/۴۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۱/۵	۰/۹۳	۰/۳۶
موضوعات شخصی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۳/۶۳	۰/۳۱۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۳/۹۳	۰/۳۲۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۳	۰/۱۸۹	۰/۳۷۱
ارتباط زناشویی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۴/۶۳	۰/۳۵۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۴/۷	۰/۴۳۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۶۷	۰/۲۰۹	۱/۰۰
حل تعارض	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۳/۵۷	۰/۳۳۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۳/۷	۰/۴۱۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۲۲	۱/۰۰
مدیریت مالی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۱/۹۳	۰/۲۵۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۲/۲	۰/۲۱۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۲۶۷	۰/۱۷۱	۰/۳۹
فعالیت‌های اوقات فراغت	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۱/۵۳	۰/۴۰۷	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۱/۸۳	۰/۴۰۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۳	۰/۲۲۸	۰/۵۹۶
روابط جنسی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۲/۲	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۲/۰۳	۰/۳۹۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۱۶۷	۰/۳۱۱	۱/۰۰
ازدواج و فرزندان	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۲/۷	۰/۲۲۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۲/۸	۰/۲۹۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۱	۰/۱۶۶	۱/۰۰
خانواده و دوستان	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۲/۴	۰/۲۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۲/۹۳	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۵۳	۰/۲۲	۰/۰۷۳
جهت‌گیری مذهبی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۳/۹	۰/۲۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۴/۵	۰/۳۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۶	۰/۲۱	۰/۰۲۶

برای مشخص کردن تفاوت متغیرها در مراحل مختلف پژوهش آزمون‌های تعقیبی به عمل آمد که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

هم‌چنین نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد مقابله‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پس‌آزمون - پیگیری در متغیر رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها معنی‌دار بوده که نشان می‌دهد مداخله اثربخش بوده است. هم‌چنین مقابله پس‌آزمون - پیگیری نشان داد به جز خرده‌مقیاس جهت‌گیری مذهبی در هیچ کدام از موارد تفاوت معنی‌دار وجود ندارد؛ به عبارت دیگر اثر درمان در پیگیری سه‌ماهه نیز تداوم داشته است.

نتایج بررسی بالینی آزمودنی‌ها

ارزیابی اولیه از آزمودنی‌های گروه آزمایش بیانگر این بود که این افراد در موقعیت‌های ارتباطی در بیان خواسته‌ها و ابراز احساسات مشکل داشتند. چون می‌ترسیدند که دیگران را برنجاند یا دیگران آن‌ها را طرد کرده و تحقیرآمیز برخورد کنند یا اینکه موقعیت‌هایشان را از دست بدهند؛ بنابراین تسلیم خواسته‌های دیگران شده و احساسات خود را ابراز نمی‌کردند؛ از روابط زناشویی لذت نمی‌بردند؛ با فرزندان بدرفتاری می‌کردند؛ برنامه‌ای برای اوقات فراغت نداشتند؛ بی‌خوابی، سردرد، معده‌درد و علائم فیزیولوژیک ناراحت کننده داشتند و به طور کلی واکنش‌های ناسازگارانه از خود نشان می‌دادند و با خودسرزنشگری و احساس گناه خود را رنج می‌دادند. ارزیابی جلسات پایانی گروه آزمایش نشان داد آزمودنی‌ها در روابط با دیگران از جمله روابط زناشویی توانمندتر شده‌اند؛ خواسته‌ها و احساسات خود را بیان می‌کنند؛ مشکلات و تعارض‌های خود را از طریق گفت‌وگو حل و فصل می‌کنند؛ علائم فیزیولوژیک آن‌ها کاهش یافته؛ دردهای بدنی بهبود پیدا کرده؛ لذت‌بری از روابط و کل زندگی افزایش یافته؛ خودسرزنشگری و احساس گناه کمتر شده و رضایت زناشویی به طور فراوانی افزایش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» بر افزایش رضایت زناشویی زوج‌های ایرانی انجام شد. تحلیل واریانس مختلط داده‌های حاصل از پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد روان‌درمانگری مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» رضایت زناشویی و کلیه خرده‌مقیاس‌ها شامل مسائل شخصی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، ازدواج و فرزندان، خانواده و دوستان و جهت‌گیری مذهبی را در گروه آزمایش به‌طور معنی‌دار افزایش داده است. از طرفی ارزیابی بالینی نشان داد مراجعان توانسته‌اند تعارض‌های درون‌فردی و بین‌فردی خود را کاهش دهند و با کاهش موفقیت‌آمیز تعارض‌ها، روابط بهتری با دیگران برقرار کرده‌اند؛ احساسات و هیجان‌های خود را به شکل مسالمت‌آمیزی بروز داده‌اند؛ خواسته‌ها و آرزوهای خود را در فضای ارتباطی کمتر تنش‌زا محقق ساخته‌اند و در نتیجه رضایت از روابط زناشویی آن‌ها افزایش یافته است.

فرامرزی، آزاد فلاح، بوک، طباطبایی و شکری (۱۳۹۰) اثر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «هسته تعارضی موضوع ارتباطی» در بهبود شاخص‌های سلامت جسمانی و روانی بیماران سوء‌هاضمه کنشی

را بررسی کردند. نتایج پژوهش نشان داد این مدل درمانی از طریق کاهش تعارضات بین‌فردی می‌تواند نشانه‌های گوارشی، روانی و ناگویی خلقی را در بیماران سوءهاضمه کنشی بهبود بخشد. جراه و طالع‌پسند^{۷۹} (۱۳۹۰) اثر مدیریت دفاع‌های تاکتیکی در فرایند روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت بر رضامندی زناشویی زوج‌ها را بررسی کرده و نشان دادند مداخله‌های درمانی در دفاع‌های تاکتیکی می‌تواند در افزایش رضایت زناشویی مؤثر باشد. مبسم، دلاور، کرمی، ثنایی و شفیع‌آبادی^{۸۰} (۱۳۹۱) اثربخشی روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت بر کاهش تعارض‌های زناشویی در زنان را بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد تعارض‌های زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به طور معنی‌داری بهبود یافته است. کرامر، پسکال، دسپلند و روتن^{۸۱} (۲۰۱۵) در پژوهشی اثربخشی پردازش هیجانی غم و اندوه بر اختلال سازگاری را با مدل روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت بررسی کردند. نتایج نشان داد درمان در کاهش غم و اندوه مؤثر بوده و سازگاری مراجعان بهبود یافته است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های این پژوهش‌ها هم‌خوانی دارد.

ارزیابی بالینی نشان می‌دهد افزایش کنش‌وری بین‌فردی و بهبود توانایی‌های مراجع در فرایند درمان موجب می‌شود صحبت کردن در مورد رابطه زناشویی میان زن و شوهر افزایش یابد. بنابراین گفت‌وگوی سازنده در مورد کارها یا فعالیت‌های روزانه، علائق، احساسات، خواسته‌ها، آرزوها و انتظارات‌شان شکل می‌گیرد و به طور کلی برقراری ارتباط مؤثر و سازگارانه رضایت آن‌ها را در موضوعات مربوط به خرده‌مقیاس‌ها افزایش می‌دهد و تعارض‌های مربوط به موضوع‌های خرده‌مقیاس‌ها که تاکنون لاینحل باقی مانده و خود موجب تشدید ناراضی‌تی می‌شد، حل می‌شود. وقتی مراجعان می‌توانند خواسته‌های خود را مطرح کنند، بدون آن‌که انتظار داشته باشند واکنش‌های قبلی دیگران تکرار شود، مسائل خود را در زمینه‌های مربوط به خرده‌مقیاس‌ها به شکل موفقیت‌آمیزی مدیریت می‌کنند و دیدگاه‌های خود را درباره موضوعاتی مانند مدیریت مالی، تربیت فرزندان، ارتباط با خانواده خود و دوستان، روابط جنسی و جهت‌گیری مذهبی با صراحت و شفافیت و بدون نگرانی از پیامدهای آن بیان می‌کنند. هم‌چنین انتقادات و مخالفت‌های طرف مقابل را با درد و رنج کمتری می‌پذیرند و تحمل می‌کنند. الگوی ارتباطی تحول‌یافته به همراه مدیریت و کنترل هیجان‌ها که بیشتر در نتیجه حل تعارض‌های درون‌فردی و تعارض‌های بین‌فردی به‌دست آمده است و بینش وسیعی که در فرایند درمان در مورد زمینه‌های رفتار و هیجانات مرتبط با آن ایجاد شده، عملکرد و رضایت فرد را در زمینه خرده‌مقیاس‌ها افزایش می‌دهد.

سانچز و مارتینز (۲۰۱۶) در پژوهشی اثربخشی گفت‌وگو بر رضایت زناشویی و مؤلفه‌های زندگی را برجسته ساخته‌اند. هم‌چنین جانسون و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده‌اند درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت ظرفیت مراجع برای تحمل درد هیجانی و مقابله با عدم رضایت را افزایش می‌دهد و توانایی مراجع را برای اندیشیدن و کنجکاوی در مورد تجربه‌هایش در زمینه‌های مختلف زندگی بالا می‌برد. نتایج مربوط به خرده‌مقیاس‌ها با یافته‌های این پژوهش‌ها همسو است.

روی‌آوردهای مختلف تبیین‌های متفاوتی از مشکلات بین‌فردی و الگوهای ارتباطی ارائه کرده‌اند. الگوی روان‌پویشی مشکلات را ناشی از تعارض‌های روانی می‌داند. بر مبنای این الگو، احساسات و تعارض‌های سرکوب‌شده در ناهوشیاری در رفتارهای فرد متجلی می‌شوند (عباس، کیسلی و کرونکه^{۸۲}، ۲۰۰۹). به طور کلی در روی‌آورد روان‌پویشی اعتقاد بر این است که شخصیت انسان با توجه به تجربیات زندگی و توانایی‌های

زیستی شکل می‌گیرد. تجربیات اوایل زندگی، سازنده اصلی سبک‌های رفتاری، عاطفی و شناختی فرد هستند و اختلال روان‌شناختی نتیجه‌ای از تعارض امیال و کشاننده‌هاست. در این روی‌آورد مداخلات درمانی نیز بر تعارض‌ها تمرکز دارند (مأمور^{۸۳}، ۱۹۷۹). در این روی‌آورد درمان بر موضوعات ناسازگارانه در روابط بین‌فردی مراجع تمرکز دارد (بایور و کوباس^{۸۴}، ۱۹۹۳).

هدف مدل روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» رفع نشانه‌ها و برخی تغییرات مهم، اما محدود در شخصیت است. مراجع از طریق فرایند حل‌وفصل و با رسیدن به ریشه‌های کودکی، به این موفقیت نائل می‌شود که پاسخ دیگران، مشتق‌شده از یک انتقال تحریف‌شده یا اجبار تکرار است. در پدیده انتقال تحریف‌شده، فرد همان احساساتی (به طور مثال، ترس) را که در روابط با والدین تجربه می‌کرد، در روابط فعلی نیز تجربه می‌کند. در اجبار تکرار، فرد در روابط فعلی به گونه‌ای دیگران را برمی‌انگیزاند تا همان الگوهای رفتاری والدین با او تکرار شود (به طور مثال، فرد مقابل را تحریک به خشم می‌کند تا سر او داد بزند و بعد او کناره‌گیری کند). یک جنبه مهم درمانی «بن‌مایه تعارضی ارتباط» این است که مراجعان به این بینش می‌رسند که دو پدیده انتقال تحریف‌شده و اجبار تکرار روابط آن‌ها با دیگران را مختل کرده و رضایت از روابط از جمله روابط زناشویی را کاهش می‌دهد. آگاهی یافتن از این فرایند یک مکانیسم درمانی است (بوک، ۲۰۰۷).

در تبیین ماهیت آسیب‌شناسی روانی اختلال‌های روانی، «تعارض‌های ناهوشیار» نقش مهمی دارند. تعارض می‌تواند پیامدهای منفی دربر داشته باشد؛ از پاسخ‌های روان‌شناختی بی‌علاقگی، اضطراب و انزوا گرفته تا پاسخ‌های رفتاری سازش‌نا یافته پرخاشگرانه یا اطاعت بیش از حد و پاسخ‌های فیزیولوژیک و مشکلات بدنی از پیامدهای تعارض هستند. بر همین اساس تبیین علت افزایش رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌ها را می‌توان به ماهیت روان‌درمانگری مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» نسبت داد. مراجع در فرایند درمان طی جلسات روان‌درمانگری کنش‌وری درمانگر از جمله تبدیل فرایندهای ناهوشیار به هوشیار، ارتباط رفتارهای فعلی با تجارب قبلی کودکی را درونی می‌کند (سرویا، ۱۹۹۷). به کار بستن آنچه در مراحل میانی و پایانی از جلسات درمانی درونی شده است، به مراجع کمک می‌کند که تعارض‌های درون‌فردی و بین‌فردی را کاهش دهد. وقتی در فرایند درمان تعارض‌ها به شکل موفقیت‌آمیزی کاهش می‌یابد، رضایت از روابط افزایش می‌یابد.

از طرفی مدل «بن‌مایه تعارضی ارتباط» بر هیجان‌ها و احساسات، به ویژه به کار بستن آن‌ها در فضای ارتباطی متمرکز می‌شود. به این معنی که در این شیوه درمانی احساسات شناسایی شده و نسبت به فرایندهای ناهوشیار آگاهی ایجاد می‌شود؛ بنابراین به نظر می‌رسد رهایی از تعارض‌های درون‌فردی و بین‌فردی و بهبود توانایی تنظیم عواطف به افزایش رضایت زناشویی کمک می‌کند. زمانی که تعارض در روابط حل می‌شود، از حساسیت روابط کاسته شده و کنش‌وری بین‌فردی افزایش می‌یابد.

اگر بخواهیم صرفاً بر سودمندی این مدل درمانی در اصلاح روابط بین‌فردی زوجین محدود نشویم؛ باید به این نکته مهم پردازیم که بر مبنای الگوی روابط موضوعی آنچه در الگوهای ارتباطی کنونی فرد قابل ردیابی است؛ نمایانگر بازنمایی‌هایی است که بر مبنای تجربه‌هایی از «خود» و «موضوع» بنا شده‌اند (کلی،

۲۰۱۳ و شارف، ۲۰۱۵)؛ بنابراین بسیاری از مشکلات بین زوجین تنها بازپدیدآوری الگوهای نادرستی است که در گذشته و حتی در ارتباط با والدین خود تجربه کرده‌اند.

نتیجه آن که روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» مدل درمانی مؤثر و قابل اعتمادی است که می‌تواند رضایت زناشویی زوجین را افزایش دهد. از طرفی از این مزیت مهم برخوردار است که مراجعه زوج برای درمان ضرورتی ندارد؛ بلکه با مراجعه یکی از زوجین درمان انجام شده و تغییرات مهمی ایجاد می‌شود، هم‌چنین رضایت زناشویی افزایش یافته و کنش‌وری در خرده‌مقیاس‌ها بهبود می‌یابد.

از جمله محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر یافتن افراد نمونه با ویژگی‌های تعریف‌شده بود که داوطلب شرکت در دوره درمان باشند. به همین دلیل از نمونه در دسترس و داوطلبانه استفاده شده است. دیگر این که مراجعان گروه کنترل پس از شناسایی و جایگزینی تا پایان فرایند پژوهش هیچ درمانی دریافت نمی‌کردند؛ گرچه پژوهشگر متعهد شد پس از پایان فرایند پژوهش مراجعان گروه کنترل را وارد فرایند درمان کند؛ اما همین انتظار طولانی از نظر اخلاق پژوهش محدودیت محسوب می‌شود. پیدا کردن راهکاری برای غلبه بر این محدودیت در پژوهش‌های مشابه ضروری به نظر می‌رسد. روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» در افزایش رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن اثربخش بوده است، بنابراین کاربرد آن توسط زوج - درمانگران پیشنهاد می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|--|--|
| 1. Rabino, Prost & Boetsch | 43. Marital Communication |
| 2. Marital Satisfaction | 44. Conflict Resolution |
| 3. Strenberg & Hojjat | 45. Financial Management |
| 4. Tanigushi, Freeman, Taylor & Malcarne | 46. Pleasure Activities |
| 5. Greef | 47. Sexual Relation |
| 6. Anderson, Trudel, Bounader, Boyer & Ville-neuve | 48. Marriage and Children |
| 7. Wood, Crane, Schaalje & Law | 49. Family and Friend |
| 8. Dilion & Beechler | 50. Egalitarian Role |
| 9. Bradbury, Beach, Fincham, & Nelson | 51. Religious Orientation |
| 10. Karhan | 52. Arnold & Min |
| 11. Gillpatrick | 53. Internal Consistency |
| 12. Conflicts | 54. Farahani, Ghorbanalipour, Borajali & Moghad-das |
| 13. Curran, Ogolsky, Hazen & Bosch | 55. Reliability |
| 14. Emery | 56. Validity |
| 15. Caban | 57. Construct Validity |
| 16. Patology | 58. Criterion Validity |
| 17. Unconscious Conflicts | 59. Fowers & Olson |
| 18. Harigopal | 60. Soleimanian |
| 19. Rahim | 61. Soleimannejad |
| 20. Approach | 62. Enriching and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness |
| 21. Abedi, Mosayebi & Arizi | 63. Psychological Minded |
| 22. Raeesi & Hosinpoor | 64. Beginning Phase |
| 23. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy (STPP) | 65. Middle Phase |
| 24. Seruya | 66. Working Through |

- | | |
|--|--|
| 25. Allan, Albert, John & Allen | 67. Defenses |
| 26. Summers | 68. Resistances |
| 27. Abbas, Bernier, Kisely, Town & Johansson | 69. Transference |
| 28. TenHave & Labije | 70. Countertransference |
| 29. Core Conflictual Relationship Theme | 71. Insight |
| 30. Object Relationship | 72. Silence |
| 31. Luborsky | 73. Clarification |
| 32. Straussner & Spiegel | 74. Confrontation |
| 33. Book | 75. Interpretation |
| 34. Wish | 76. Transference Distortion |
| 35. Response from Other | 77. Repetition Compulsion |
| 36. Response from the Self | 78. Termination Phase |
| 37. Faramarzi, Azadfallah, Book, Rasoolzadeh-Tabatabai & Shokry-Shirvani | 79. Jarareh & Talepasand |
| 38. Enrichment | 80. Mobassem, Delavare, Karami, Sanai & ShafiAbadi |
| 39. Sanai | 81. Kramer, Pascual-Leone, Despland & Roten |
| 40. Conventionality | 82. Abbass, Kisely & Kroenke |
| 41. Marital Satisfaction | 83. Marmor |
| 42. Personality Issues | 84. Bauer, & Kobos |

منابع

- ثنایی، ب. (۱۳۸۷). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.
- جراره، ج. و طالع‌پسند، س. (۱۳۹۰). تأثیر مدیریت دفاع‌های تاکتیکی در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر رضایتمندی زوجها. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۲)، ۲۳-۱۳.
- رئیس‌ی، ز. و حسین‌پور، م. (۱۳۹۵). مروری بر کاربرد روان‌درمانی پویشی. *مجله علمی - تخصصی روان‌شناسی و علوم تربیتی و علوم اجتماعی*، ۲(۱۲)، ۵۸-۵۱.
- سلیمان‌زاد، ع. (۱۳۷۳). *بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی بر نارضایتی زناشویی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه تربیت معلم. تهران.
- سلیمانیان، ع. (۱۳۷۳). *بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه تربیت معلم. تهران.
- عابدی، ا.، مسیبی، ع. و عریضی، ح. ر. (۱۳۹۲). *فرا تحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی به صورت گروهی بر میزان رضایت زناشویی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۲)، ۲۵۹-۲۳۳.
- فراهانی، ح.، قربانعلی‌پور، م.، برجعلی، ا.، و مقدس، ل. (۱۳۸۶). *تعیین اثربخشی آموزش تغییر سبک زندگی به شیوه گروهی بر افزایش رضایت زناشویی. مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۳)، ۷۲-۵۷.
- فرامرزی، م.، آزادفلاح، پ.، هوار، ا. پ.، رسول‌زاده طباطبایی، ک.، و شکری شیروانی، ج. (۱۳۹۰). تأثیر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر هسته تعارضی موضوع ارتباطی در بهبود نشانه‌های گوارشی و شیوه‌های مقابله با تعارض بیماران سوءهاضمه کنشی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۲)، ۱۳-۱.
- مبسم، س.، دلاور، ع.، کرمی، ا.، ثنایی، ب.، و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۹۱). *بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳)، ۹۷-۷۷.
- Abbas, A., Bernier, D., Kisely, S., Town, J., & Johansson, R. (2015). Sustained reduction in health care costs after adjunctive treatment of graded intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with psychotic disorders. *Psychiatry Research*, 228(3), 538-543.

- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic Psychotherapy For somatic disorders. *Psychother Psychosom*, 78(5), 265-274.
- Abedi, A., Mosayebi, E., & Arizi, H. (2013). [A Meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions on marital satisfaction]. *Quarterly Journal of Counseling & Family Psychotherapy*, 3(2) 233-259[in Persian] .
- Allan, A., Albert, S., John, G., & Allen, K. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy For DSM-IV Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 196(1), 211-216.
- Anderson, M., Trudel, S., Bounader, L., Boyer, A., & Villeneuve, F. (2008). Effect of marital and sexual enhancement intervention for retired couples: the marital life and aging well program. *Journal of sexologist*, 17 (1), 265-276.
- Arnold, R. W. V., & Min, D. (2004). Empowering couples program for married couples. *Marriage and family*. (7)1,237-253.
- Bauer, G. p., & Kobos, J. C. (1993). *Brieftherapy: Short-Term Psychodynamic Intervention*. London: Jason Aronson.
- Book, H. E. (1998). *How to practice brief psychodynamic psychotherapy: The core conflictual Relationship theme Method*. Washington Dc: American psychological Associatio Press.
- Book, H. E. (2007). How to practice brief psychodynamic psychotherapy: the Core Conflictual Relationship theme method. 4nd edition. *J Psychother Pract Res*, 8(3), 248-249.
- Bradbury, T. N., Beach, S. R., Fincham, F. D., & Nelson, G. M. (1996). Attributions and behavior in functional and dysfunctional marriages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 569-576.
- Caban, A. M. (2004). *The Effects of Marital Conflict on Sibling Relationships*. PhD Thesis in Philosophy, University of Tennessee, Knoxville.
- Curran, M., Ogolsky, B., Hazen, N., & Bosch, L. (2011). Understanding marital conflict 7 years later from parental representations of marriage. *Family Process*, 50(2), 221-234.
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological*, 92(2), 310-330.
- Dilion, L. M., & Beechler, M. P. (2010). Marital satisfaction and the impact of children in cultures: a meta-analysis. *Journal of Evolutionary Psychology*, 8(1), 7-22.
- Farahani, H., Ghorbanalipour, M., Borajali, A., & Moghaddas, L. (2007). [Determining the effectiveness of instruction lifestyle on increasing marital satisfaction]. *Journal of psychology studie*, 4(3), 57-72[in Persian] .
- Faramarzi, M., Azadfallah, P., Book, H. E., Rasoolzadeh-Tabatabai, K., & Shokry-Shirvani, J. (2011). [The Effect of brief core conflictual relationship theme (CCRT) psychoanalytic psychotherapy in improvement of gastrointestinal symptoms and conflict resolution styles in patients with functional dyspepsia]. *Journal of Clinical Psychology*, 3(4), 1-13[in Persian].
- Fowers, J., & Olson, D. H. (1998). Enrich marital inventory: A discriminate Validity and cross-Validation Assessment. *Journal of marital and family herapy*, 15 (1), 65-79.
- Gillpatrick, S. (2001). *Seven Ways Couples Add Conflict to Conflict*. Centerstone: Wellness program.
- Greef, A. P. (2000). Characteristics of family's that function well. *Journal of family issu*, 21(8), 948-963.
- Harigopal, K. (1995). *Conflict Management (Managing Interpersonal Conflict)*. London: Oxford Press.
- Haris, F., Kumar, P., A. (2018). Marital Satisfaction and Communication Skills among Married Couples. *Indian Journal of Social Research*, 59 (1), 35- 44.

- Jarareh, J., & Talepasand, S. (2011). [The Effect of tactical defensese management in short-term psychodynamic psychotherapy on Marital satisfaction]. *Journal of Clinical Psychology*, 3(2), 13-22[in Persian].
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Pettitt, E., et al. (2014). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the Internet: a randomized controlled trial. *PLus ONE*, 7(5), 15-39.
- Karhan, T. F. (2009). The Effect of couple communication program on the conflict resolution skills and active conflict tendencies of Turkish couple. *Journal of SeX&Marital Therapy*, 34(3), 220-229.
- Kelly, F. D. (2013). *The Assessment of Object Relations Phenomena in Adolescents: TAT and Rorschach Measures*. New York: Routledge.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J-N., & Roten, Y. (2015). One minute of grief: Emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Consuling and Clinical Psychology*, 83(1), 187-198.
- Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2016): Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction, predict communication? *Journal of Marriage and Family*, 78, 680-694.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive/Expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- Marmor, J. (1979). Short-term dynamic psychotherapy. *Amj psychiatry*, 136(1), 149-155.
- Mobassem, S., Delavare, A., Karami, A., Sanai, B., & ShafiAbadi, A. (2012). [Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy on reducing marital conflicts in womens]. *Quarterly Journal of Clinical Psychology*, 9(3), 77-97 [in Persian].
- Rabino-Massa, E., Prost, M., & Boetsch, G. (2005). Social structure and consanguinity in a french mountain population. *Hum. Biol*, 77(2), 201-212.
- Rahim, M. A. (1986). Refrent role and styles of handling interpersonal conflict. *J Soc Psychol*, 126(1), 79-86.
- Raeesi, Z., & Hosinpoor, M. (2016). [A Review on the Application of psychodynamic Psychotherapy]. *Journal Scientific Specialty of Psychology, Educational Sciences and Social Sciences*, 2(12), 51-58[in Persian].
- Sanai, B. (2008). [*Assessment Scales of Family and Marriage*]. Tehran: Besat Publication.[in Persian].
- Sanchez, B. C. & Martinez, A. W. (2016): Profiles using indicators of marital communication styles, and marital satisfaction in Mexican mouples. *Journal of Sex Marital Therapy*, 30,1-16.
- Seruya, B. B. (1997). *Empathic Brief Psychotherapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Sharf, R. S. (2015). *Theories of Psychotherapy & Counseling; Concepts and Cases*. Boston: Cengage Learning.
- Soleimanian, A. (1994). [*The effect of unrational thinking based on cognitive approach on marital satisfaction*]. M. A. Thesis in Psychology. Tarbiat Moallem University of Tehran [in Persian].
- Soleimannejad, A. (1994). [*The effect of unrational thoughts on marital satisfaction*]. M. A. Thesis In Psychology. Tarbiat Moallem University. Tehran [in Persian].
- Straussner, S. L. A., & Spiegel, B. R. (1996). An analysis of 12- step programs for substance abusers from adevelopmental perspective. *Clin Soc Work J*, (24)3, 299-309.
- Strenberg, R. J., & Hojjat, M. (1997). *Satisfaction in Close Relationship*. New York: Guilford Press.
- Summers, F. (2008). Theoretical insularity and the crisis of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 25 (3), 413-424.

- Tanigushi, S. T., Freeman, P. A., Taylor, S., & Malcarne, B. A. (2006). Marital satisfaction in outdoor recreation. *Journal experi edui*, 28(31), 253-265.
- Ten Have-de Labije, J. (2010). *The Collected Writings of Josette tenHave-de Labije*. New York: Tasora Books.
- Wood, N., Crane, D. R., Schaalje, G. B., & Law, D. D. (2005). What works for whom: A meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *The American Journal of Family Therapy*, 33(4), 273-287.