

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال پانزدهم شماره ۵۷ بهار ۱۳۹۹

اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی سیستمی - روان‌پوشی - رفتاری بر سبک شنیداری زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره

سمیه پورمیدانی^{۱*}، مهناز مهرابی‌زاده هنرمند^۲، سید اسماعیل هاشمی^۳، ذبیح اله عباسپور^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۴- استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۱۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۴/۱۷

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی سیستمی - روان‌پوشی - رفتاری بر سبک شنیداری زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بود. طرح پژوهش از نوع طرح آزمایشی تک‌موردی یا تک‌آزمودنی بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زوج‌های ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ بودند. روش نمونه‌گیری به صورت دردسترس بود که ۳ زوج دارای کیفیت زندگی زناشویی پایین انتخاب شدند و تحت مداخله زوج‌درمانی تلفیقی سیستمی - روان‌پوشی - رفتاری در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعت قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های کیفیت ادراک شده ابعاد رابطه زناشویی (فلیچر و همکاران، ۲۰۰۰) و پرسشنامه سبک‌های شنیداری (دوئل، ۱۹۹۷) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد. نتایج نشان داد شاخص پایا در مرحله درمان و پیگیری برای سبک تاملی و واکنشی معنی‌دار است ($P < 0/05$). درصد بهبودی کلی نیز نشان داد اثربخشی درمان تلفیقی سیستمی - روان‌پوشی - رفتاری بر سبک شنیداری زوجین ناسازگار بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در زنان در مرحله درمان و پیگیری، در طبقه بهبودی اندک و در مردان برای سبک تاملی در طبقه درمان موفق و برای سبک واکنشی در طبقه بهبودی اندک قرار گرفت که بطور کلی حاکی از موفقیت مداخله تلفیقی بر افزایش سبک شنیداری تاملی و کاهش سبک واکنشی در زوجین ناسازگار است.

کلیدواژه: زوج‌درمانی تلفیقی؛ سیستمی، روان‌پوشی؛ رفتاری؛ سبک شنیداری زوجین

مقدمه

برای بسیاری از افراد، ازدواج مهمترین رابطه‌ای است که در طول زندگی خود به آن وارد می‌شوند (پراکس، هلمز و بوهرلر^۱، ۲۰۰۷). امروزه دلایل و انگیزه‌های ازدواج به شدت تغییر کرده است. در حالی که در گذشته انگیزه اصلی ازدواج فرزندآوری بود، امروزه عمدتاً به دلیل تجربه عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، لذت بردن و ارضای انتظارات عاطفی-روانی و همچنین افزایش شادی و خوشنودی است (برنشتاین و برنشتاین، ۱۳۸۹). زوجین می‌توانند ارضای نیازهای عاطفی، روانی، امنیتی و جنسی را برای یکدیگر به ارمغان بیاورند و محیط خانواده را به یک مرکز برای آموزش نسل‌های سالم در یک محیط امن تبدیل کنند (مورات یالسین و کارابان^۲، ۲۰۰۷). آنها انتظار دارند نیازهای روانشناختی آنها مثل عزت نفس در طول دوره ازدواج بیش از هر دوره دیگری برآورده شود (فینکل، هوی، کارسول و لارسون^۳، ۲۰۱۴). اما این مسئله زمانی اتفاق می‌افتد که روابط بین زوجین گرم و صمیمی و به دور از تنش و مشکل باشد (مورات یالسین و کارابان، ۲۰۰۷).

عوامل گوناگونی وجود دارد که باعث بروز مشکل، تنش، نارضایتی و ناسازگاری در زندگی زناشویی می‌شود. به طور خاص کیفیت زندگی زناشویی^۴ پایین از مهمترین عواملی است که کانون گرم خانواده را با تنش و آشفتگی مواجه نموده و رابطه زوج را سرد، بی‌روح و عاری از صمیمیت می‌سازد (برنشتاین و برنشتاین، ۱۳۸۹). طبق نظر مارکس، کیفیت روابط زناشویی و میزان شادی بستگی به نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر و مقابله با شرایط استرس‌زا در زندگی دارد (به نقل از تارابان^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). از نظر ایلس^۶ (۲۰۰۴) کیفیت زندگی زناشویی، شامل بسیاری از مولفه‌های موثر در زندگی زناشویی نظیر: سازگاری، رضایت، شادمانی، یکپارچگی و تعهد است، و پیامدهای مثبت مهمی برای سلامت جسمی و سلامت روان شناختی دارد (چوی، یورگاسون و جانسون^۷، ۲۰۱۶؛ بولاندا، براون و یاماشیتا^۸، ۲۰۱۶) و پیش‌بینی کننده قوی تندرستی و طول عمر می‌باشد (اسلاچر و شویی^۹، ۲۰۱۷). بهبود کیفیت زندگی زناشویی می‌تواند منجر به ارتقای رفاه و شادی شود (خرم آبادی، معینی و رحیمی، ۲۰۱۶).

یکی از متغیرهای مهم در روابط زناشویی که می‌تواند بر کیفیت رابطه زوجین تاثیرگذار باشد، مهارت‌های ارتباطی می‌باشد. کیفیت مهارت‌های ارتباطی زوجین می‌تواند بر کیفیت زندگی (پنبرثی، چاپرا، دوکر، آویتابیل و لینچ^{۱۰}، ۲۰۱۸)، کاهش تعارضات زناشویی، بهبود روابط جنسی و واکنش‌های هیجانی (توکلی زاده، نجاتیان و سوری، ۲۰۱۵)، سلامت روانشناختی زوجین (امبرسون، ویلیامز، پاورز، لیو و نیدهام^{۱۱}، ۲۰۰۶) و رضایتمندی زناشویی (معینی، کریمی، سلطانیان و ولی‌پور، ۱۳۹۵) تاثیر بگذارد و منجر به سازگاری زناشویی و جلوگیری از تعارضات زناشویی (علوی، احمدی و بابایی زاد، ۲۰۱۱) شود.

یکی از مهارت‌های ارتباطی مهم در روابط زوجین، نحوه گوش دادن زوجین به هم و درک آنها از یکدیگر است که می‌تواند بر رضایت زناشویی تاثیرگذار باشد. تفاوت‌های فردی در سبک شنیداری تاملی و یا واکنشی می‌تواند میزان رضایت از رابطه را در بین

1-Proulx, Helms & Buehler

2-Murat Yalcin & karaban

3-Finkel, Hui Carswell & Larson

4-marital quality

5-Taraban

6-Ayles

7-Choi, Yorgason, & Johnson

8-Bulanda, Brown, & Yamashita

9-Slatcher, & Schoebi

10-Penberthy, Chhabra, Ducar, Avitabile, & Lynch

11-Umberson, Williams, Powers, Liu, & Needham

زوجین مشخص کند. افرادی که از سبک تاملی استفاده می‌کنند، رضایت بیشتری را گزارش می‌کنند و قادر به ایجاد محیطی هستند که در آن ارتباط بین زوجین پویا می‌باشد (دوئل^۱، ۲۰۰۳).

سبک شنیداری عبارت است از فرآیند آموخته شده و پیچیده حس کردن، تفسیر، ارزیابی، ذخیره سازی و پاسخ‌دهی به پیام‌های شفاهی (حسین چری و فداکار، ۲۰۰۵)، که به دو صورت سبک شنیداری تاملی^۲ و سبک شنیداری واکنشی^۳ می‌باشد. سبک شنیداری تاملی، سبکی فعال و عمدی است که نیاز به توجه دقیق و بازتابی، از سوی شنونده دارد و نشان می‌دهد زمانی که همسر برای برقراری ارتباط تلاش می‌کند، فرد انگیزه واقعی برای درک آن را دارد. افرادی که برای فهمیدن و درک کردن گوش می‌کنند، تلاش می‌کنند واقعا آنچه را که همسرشان می‌گوید بشنوند و به طور جدی سعی می‌کنند درک عمیق‌تری از شریک زندگی خود داشته باشند و پیام‌های همسر خود را به درستی تفسیر می‌کنند. همچنین درباره نیازهای همسر خود فکر می‌کنند. تصور می‌شود این افراد برای تداوم رابطه خود بیشتر تشویق می‌شوند. این سبک شنیداری، فضایی ایجاد می‌کند تا زوجین بتوانند آزادانه به کشف یکدیگر بپردازند (دوئل، ۲۰۰۳).

سبک شنیداری واکنشی، یک روش ساده و بدون تلاش است که به نظر می‌رسد هدف اصلی آن، به دست آوردن درک سطحی از معنای آنچه شنیده شده می‌باشد. افرادی که از این سبک استفاده می‌کنند تنها آنچه همسرشان در ظاهر می‌گوید را درک می‌کنند و درک درستی از شکایت اصلی همسر به دست نمی‌آورند. در واقع این افراد تلاش می‌کنند به اندازه‌ای اطلاعات کسب کنند که بتوانند به کمک آنها به همسر خود پاسخ دهند. وقتی افراد به طور معمول تصور می‌کنند از آنچه که همسرشان قصد صحبت درباره آن را دارد اطلاع دارند، خود را برای واکنش نشان دادن و پاسخ دادن آماده می‌کنند و احساس واقعی و بیان نشده همسر خود را درک نمی‌کنند. این مسئله منجر به تفسیر نادرست یا ناقص پیام‌های همسر می‌شود (دوئل، ۲۰۰۳).

معینی و همکاران (۱۳۹۵) در بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی در افزایش رضایتمندی زناشویی زوجین نشان دادند آموزش الگوهای ارتباطی مبتنی بر گفت و شنود زیاد در رضایت از زندگی زوجین و نیز افزایش رضایتمندی زناشویی زوجین مؤثر است. تامپسون و شروت^۴ (۲۰۱۵)، دیدگاه فهمی در خانواده‌هایی که جهت‌گیری گفت و شنود داشتند را با کسانی که دارای جهت‌گیری انطباق بودند، مقایسه کردند. هنگامی که یک خانواده دارای جهت‌گیری گفت و شنود است، همه اعضا تشویق می‌شوند تا با صحبت در مورد موضوعات متنوع با هم ارتباط برقرار کنند. در خانواده‌های با جهت‌گیری انطباق، تاکید بر نگرش‌های همگن و اطاعت از اقتدار والدین است. تراء، جلاندا، وریس، بودنمن و اودستن^۵ (۲۰۱۴) نیز نشان دادند مهارت‌های مقابله دوتایی به عنوان یک دیدگاه سیستمی، رفتارهای حمایتی و الگوهای ارتباطی نقش مهمی در رضایت از رابطه بازی می‌کنند. دوئل (۲۰۰۳) در بررسی رابطه سبک‌های شنیداری همسران و رضایت از رابطه نشان داد گوش دادن تاملی با رضایت بالاتر و گوش دادن واکنشی با سطح پایین‌تری از رضایت رابطه دارد. در واقع اختلاف بین سبک گوش دادن می‌تواند پیامدهای مهمی برای تجربه رضایت در رابطه برای زوجین به دنبال داشته باشد.

آنچه مسلم است این است که ازدواج به چالش کشیده می‌شود، حتی اگر دلایل آن برای بسیاری از مردم ناشناخته باقی بماند. اگر چه بسیاری از زوجین با شکایت از "مشکلات ارتباطی" برای درمان مراجعه می‌کنند، مشکل واقعی آنها این است که قادر به یافتن زمینه مشترک نیستند و ممکن است تلاش کنند یکدیگر را تغییر دهند و یا از تعارض فرار کنند. به منظور بهبود نتایج حاصل از زوج

¹-Doell

²-listening to understand style

³-listening to responding style

⁴- Thompson, & Schrod

⁵- Traa, Jolanda, Vries, Bodenmann, & Oudsten

درمانی، بایستی چالش‌ها و موانعی را درک کرد که روابط صمیمی را دشوار می‌کنند و در عین حال اغلب عشق را به جنگ مجازی تبدیل می‌کنند (نیلسن^۱، ۲۰۱۶).

در تحقیقات مختلف اثربخشی رویکردهای مختلف زوج‌درمانی مانند سیستمی، روان‌پویشی کوتاه مدت، شناختی و رفتاری تایید شده است (رجبی، نادری، امان‌اللهی و شهینی بیلاق، ۱۳۹۴؛ عباسی، بگیان، درگاهی، و قمری، ۱۳۹۴؛ مبسم، دلاور، کرمی، ثنایی و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۱). در واقع تعارضات زناشویی را می‌توان با توجه به دیدگاه‌های نظری مختلف توضیح داد. بر اساس نظریه پردازان سیستماتیک، درگیری‌ها در زمینه وضعیت و منابع قدرت می‌باشد. بر طبق روانکاوی کلاسیک، این نتیجه از مشکلات درونی روانی همسران است و بر اساس رویکرد رفتاری، نتیجه پاداش و تنبیه دریافت شده از سوی همسر می‌باشد (توکلی زاده و همکاران، ۲۰۱۵). "آگاهی سیستمی"، به عنوان مفهومی که توسط گاتمن مطرح شد، می‌تواند یک مدل دقیق از دنیای بین فردی زوجین ارائه دهد که مسئولیت شخصی، شرم و گناه را کاهش می‌دهد (گورمن^۲، ۲۰۰۸ ب). در واقع اولین کلید ارتقا زوج درمانی تمرکز بر فرآیند تعامل بین زن و شوهر است. درمانگر به جای تمرکز بر محتوای تعاملات، باید بر روی فرآیند تعامل و اینکه در این تعامل چگونه تجربیات درونی استخراج می‌شود تمرکز کند (جانسون^۳، ۲۰۰۸). تعامل منفی پیامدهای ضعیفی را پیش بینی می‌کند (لیو، چمبرز، کریستنسن^۴ و جانسون، ۲۰۱۲). درمانگر برای این‌که بتواند در نهایت چرخه تعامل منفی بین زن و شوهر را باز کند، می‌تواند تصمیم بگیرد که درمان را در یکی از دو جهت انجام دهد: در جهت رویکرد روان‌پویشی که تلاش می‌کند تا نگرانی‌های روان‌شناختی عمیق‌تر را بیابد و به آن پاسخ دهد، و یا رویکرد آموزشی یا رفتاری که به زوجها می‌آموزد چگونه در مکالمات سخت، ماهرتر و کمتر توهین‌آمیز باشند (نیلسن، ۲۰۱۶). برای غیرفعال کردن و تغییر چرخه منفی، معمولاً نیاز به کشف خواسته‌ها و دغدغه‌های عمیق‌تر و ترس‌هایی است که در گفتگوهای سازنده زوجین دخالت دارند. صحبت کردن درباره استدلال‌های تکراری باعث تحریک نزاع بین زوجین می‌شود. در حالی که برای از بین بردن پویایی چرخه منفی بایستی بحث در مورد نگرانی‌های عمیق‌تر جایگزین شوند (وایل^۵، ۲۰۰۲).

بسیاری از درمانگران درباره مشکلات زناشویی و زوج درمانی از دیدگاه روان‌پویشی بحث کرده‌اند و بر این باورند که درک و بازخوانی تعاملات منفی زوجین، نیاز به کشف مسائل روان‌شناختی فردی دارد. رفتار غیرعادی و ناسازگارانه هنگام بررسی از دریچه انگیزه‌ها، ترس‌ها و دفاع‌های مهم، و اغلب ناخودآگاه، معنا پیدا می‌کند (نیلسن، ۲۰۱۶). دانش رو به رشد نشان می‌دهد نگرش زوجین که مبتنی بر سطح ناخودآگاه می‌باشد، نسبت به نگرش صریحی که آنها بیان می‌کنند، ماهیت رابطه با همسرشان را بهتر نشان می‌دهد (هیگز، مک‌نالتی، ملترز و السون، ۲۰۱۸). نیلسن (۲۰۱۶) بیان می‌کند که موفقیت در زوج درمانی بیشتر بستگی به دانش درمانگر در مورد نحوه استفاده و توالی تکنیک‌های مختلف دارد. یکپارچه سازی رویکردهای مختلف می‌تواند مزایای بی‌شماری برای زوج درمانی داشته باشد. مهمترین قدم این است که ابتدا و به طور صریح در فرآیند بین فردی زن و شوهر، بر چرخه تعامل منفی آنها متمرکز شود. در اغلب موارد، این چرخه ناسازگار، که در آن زوجها همه رفتارهای اشتباه را انجام می‌دهند و به تدریج منجر به افزایش سطح ناراحتی و ناتوانی می‌شود، باید پیش از مشکلات خاص (درباره مسایل مالی، فرزندان و یا مسایل جنسی) حل شود. دیگر قدم‌های مهم شامل کشف آسیب‌شناسی با تمرکز بر روان‌پویشی؛ کار به سوی پذیرش و بخشش؛ آموزش ارتباطات، تنظیم هیجانی و مهارت‌های حل مسئله؛ و افزایش تجارب مثبت می‌باشد.

زوجین با موضوعات متنوعی در زمینه مسائل زناشویی، از جمله ساختارهای خانوادگی و زناشویی، عوامل روانشناختی فردی و عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی روبرو هستند که هر کدام می‌تواند منجر به استرس و پریشانی در روابط زناشویی شود. تنوع در منابع استرس زناشویی نیازمند راهکارهای درمانی مختلف برای ایجاد تغییرات مثبت و از میان برداشتن هر یک از آنها می‌باشد. با

¹-Nielsen

²-Gurman

³-Johnson

⁴-Lebow, Chambers, & Christensen

⁵-Wile

توجه به چند بعدی بودن زندگی زناشویی، به نظر می‌رسد ترکیب دیدگاه‌های مختلف زوج درمانی بتواند منجر به نتایج مثبت‌تری در زمینه بهبود روابط زوجین و افزایش کیفیت زندگی زناشویی آن‌ها شود. طرفداران مدل‌های ترکیبی روانشناختی بر رویکرد روان‌تحلیل‌گری برای شناسایی مسائل درون‌فردی مرتبط با سازگاری و افزایش آگاهی عاطفی، رویکرد سیستمی برای شناسایی چرخه‌های معیوب، رویکرد شناختی برای شناسایی باورهای ناکارآمد و رویکرد رفتاری برای یادگیری الگوهای رفتاری جدید تاکید می‌کنند (نورکرس^۱، ۲۰۰۵). تحقیقات مختلف کارایی روش‌های ترکیبی در زوج درمانی را نشان داده‌اند (نیلسن، ۲۰۱۶؛ اشناپدر و بالدراما-دوربین^۲، ۲۰۱۲). بسته ترکیبی زوج درمانی استفاده شده در این پژوهش نیز رویکردهای مختلف را مورد استفاده قرار داده است. با توجه به تحقیقات انجام شده، متغیرهایی چون سبک‌های شنیداری می‌توانند بر میزان رضایت و کیفیت زندگی زناشویی تاثیر گذار باشند و باعث افزایش پایداری زناشویی شوند. از این‌رو هدف تحقیق حاضر بررسی این مسئله است که آیا زوج‌درمانی تلفیقی سیستمی- روان‌پوشی- رفتاری بر سبک شنیداری زوجین دارای کیفیت زندگی زناشویی پایین موثر است؟

روش پژوهش

طرح پژوهش از نوع طرح آزمایشی تک موردی یا تک آزمودنی بود. در این پژوهش از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی از طرح تجربی "خط پایه چندگانه" استفاده شد، زیرا این نوع طرح‌ها، ابزار پژوهشی مناسبی برای کارهای عملی در تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی و مداخله‌ای هستند (هیز، بارلو و نلسون-گرای، ۱۹۹۹، به نقل از پیترسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان به صورت همزمان وارد مرحله خط پایه شدند و با قرار گرفتن به صورت تصادفی در یکی از دوره‌های انتظار دو یا سه هفته-ای در مرحله خط پایه، به ترتیب وارد مرحله مداخله ۱۲ جلسه‌ای و سه نوبت پیگیری (هر ۳ هفته یکبار) شدند. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زوج‌های ناسازگار مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ بودند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. به این صورت که ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی در اختیار زوجین قرار گرفت و به صورت تصادفی ۳ زوج که نمره آنها ۱ انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی بود، انتخاب شدند. معیارهای ورود: ۱) داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، ۲) گذشتن حداقل دو سال از زندگی مشترک، ۳) نداشتن بیماری جسمی و روانی که توسط مصاحبه بالینی مشخص شد و ۴) تمایل به شرکت در دوره درمانی بود. ملاک‌های خروج نیز ۱) داشتن اختلال بالینی و ۲) سوء مصرف مواد بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت ابعاد رابطه ادراک شده زناشویی: پرسشنامه کیفیت ادراک شده از ابعاد رابطه زناشویی^۴، توسط فلیچر، سیمپسون، و توماس^۵ (۲۰۰۰) تدوین شده است. این پرسشنامه کوتاه و معتبر شامل ۱۸ سؤال در ابعاد رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی، و عشق است، و هر بعد توسط سه سوال سنجیده می‌شود. از این پرسشنامه برای غربالگری نمونه در این طرح پژوهشی استفاده شد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس لیگرت هفت درجه‌ای از هرگز=۱ تا کاملاً=۷ می‌باشد. پراکس و همکاران (۲۰۰۷) آلفای کلی را برابر با ۰/۷۸ بدست آوردند و برای خرده مقیاسها به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۹۱، ۰/۷۱، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط پناهی و فاتحی زاده (۱۳۹۳) مورد تایید قرار گرفت و آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز ۰/۹۵ به دست آمد. در پژوهش حیدری (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۶ برای زنان بدست آمد. رضایر میر صالح،

¹-Norcross

²-Snyder & Balderrama-Durbin

³-Peterson

⁴-The perceived relationship quality component

⁵-fletcher, simpson, & thomas

آقایانی، ملازمانی و صابری (۱۳۹۶) نیز آلفای کلی پرسشنامه را ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۴ به دست آوردند. آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های شنیداری: نسخه اولیه پرسشنامه سبک‌های شنیداری^۱ توسط دوئل در سال ۱۹۹۷ ساخته شد و دارای ۳۲ گویه بود. این پرسشنامه برای تشخیص سبک شنیداری زوجین استفاده می‌شود و دارای دو خرده مقیاس سبک شنیداری تاملی و واکنشی است. به منظور ارزیابی روان‌سنجی، روی ۲۵ زوج اجرا شد و نهایتاً، ۱۶ گویه برای سبک شنیداری تاملی و ۷ گویه برای سبک واکنشی استخراج و ۹ گویه به دلیل مشترک بودن بین دو خرده مقیاس حذف شد. ضریب آلفا برای دو سبک به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۲ و ضریب همبستگی بین دو خرده مقیاس نیز ۰/۶۶- و ضریب بازآزمایی یک ماهه برای دو سبک به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ به دست آمد (دوئل، ۱۹۹۷). برای بررسی روایی سازه، همبستگی پرسشنامه مذکور با پرسشنامه نیاز به شناخت^۲ (اپستین، پاسینی، دنس-راج و هیر،^۳ ۱۹۹۶) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد سبک شنیداری تاملی با نیاز به شناخت ($r=0/26$) رابطه مثبت دارد. همچنین سبک واکنشی با نیاز به شناخت ($r=-0/29$) رابطه منفی دارد. در سال ۲۰۰۳، پرسشنامه مجدداً توسط دوئل مورد بررسی روانسنجی قرار گرفت و تعداد گویه‌های آن به ۱۸ گویه تقلیل یافت. ضریب بازآزمایی یک ماهه برای دو خرده مقیاس ۰/۷۶ و ۰/۸۱ به دست آمد. در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی استفاده شد که ۹ سوال سبک تاملی و ۹ سوال سبک واکنشی را می‌سنجد. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس لیکرت ۷ درجه‌ای از همیشه تا هرگز می‌باشد.

پایایی و روایی پرسشنامه نیز در ایران توسط پورمیدانی، مهرابی زاده هنرمند، هاشمی و عباس‌پور (در دست چاپ) مورد بررسی قرار گرفت. همسانی درونی پرسشنامه برای ۱۸ گویه بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۷ و بارهای عاملی بین ۰/۴۳ تا ۰/۹۴ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ پرسشنامه برای زنان ۰/۸۸ و برای مردان ۰/۹ به دست آمد.

روش اجرا

در این پژوهش از رویکرد زوج درمانی تلفیقی سیستمی- روان‌پویشی- رفتاری استفاده شد که توسط نیلسن (۲۰۱۶) ارائه گردید. پس از انتخاب نمونه، طی سه هفته (خط پایه)، سه زوج شرکت کننده ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند و از هفته چهارم هر زوج با فاصله یک جلسه از زوج‌های دیگر وارد درمان شدند. به اینصورت که در ابتدای هفته چهارم در حالی که بقیه زوج‌ها در مرحله خط پایه قرار داشتند، زوج اول در مرحله درمان قرار گرفتند. جلسه دوم درمان زوج اول همزمان با جلسه اول درمان برای زوج دوم و خط پایه زوج سوم بود. در جلسه سوم درمان زوج اول و جلسه دوم درمان زوج دوم، زوج سوم نیز درمان خود را آغاز کردند. همچنین در جلسات ۳، ۴، ۵ و ۹ و ۱۲ زوج‌ها مورد سنجش قرار گرفتند. پس از اتمام درمان سه پیگیری (هر سه هفته یکبار) نیز در مورد کلیه زوجین اعمال شد. در هر جلسه از درمان فرآیند ارزیابی تکالیف جلسه قبل، بررسی نتایج انجام تکالیف یا دلایل ناکامی در انجام تکالیف، ارائه تکالیف تازه بر مبنای محتویات بحث هر جلسه صورت گرفت. جلسات درمان تلفیقی نیلسون در جدول (۱) گزارش شده است. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، رویکرد شاخص تغییر پایا^۴ و درصد بهبودی استفاده شد. در ادامه فرمول شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی ارائه می‌گردد:

$$\text{شاخص تغییر پایا} = \frac{\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

^۱-Listening Styles Scale

^۲-need for cognition scale

^۳-Epstein, Pacini, Denes-Raj, & Heier

^۴-Reliable change index

$$(\text{خطای استاندارد میانگین})^2 = \text{خطای استاندارد تفاوت}$$

$$\text{پایایی باز آزمون} = \sqrt{1 - \text{انحراف معیار خطای استاندارد میانگین}}$$

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} \times 100$$

جدول (۱) محتوای جلسات مشاوره (نیلسن، ۲۰۱۶)

جلسات	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی بین زوج و درمانگر، بررسی مشکلات و تعارضات در حوزه‌های مختلف و شناخت ماهیت مشکل، تاریخچه روابط و سطح مسئولیت‌پذیری و تعهد (تا چه حد فرد معتقد است که خودش در ایجاد و تداوم مشکلات سهیم بوده و باید تغییر کند)، آشنایی زوج-ها با قواعد و مقررات درمانی از جمله در میان گذاشتن افکار و احساساتشان، تأکید بر فعالیت و انجام تکالیف، بازخورد دادن و صحبت کردن بیشتر درباره خود و تجارب خود
دوم	شناسایی چرخه تعامل منفی و الگوهای ارتباطی ناکارآمد زوجین، آشنایی آنها با چرخه‌های بازخورد مثبت و منفی، شناسایی نقطه شروع چرخه‌ها، استفاده از استعاره‌ها برای توصیف کلی رابطه و آشنایی زوجین با نحوه عملکرد چرخه‌های معیوب
سوم	تغییر چرخه تعامل منفی از طریق اشتراک قدرت، تغییر جهت‌گیری زوج از انتقاد و سرزنش و شکایت به سوی مشارکت فعال و رسیدن به رابطه ایده‌آل، تکمیل پرسشنامه‌ها
چهارم و پنجم	شناسایی ترس‌های زیربنایی مانند ترس از صمیمیت، ترس از رها شدن / طرد شدن / از دست دادن عشق، ترس از دوست داشتنی نبودن (ترس از عدم صلاحیت)، ترس از احساس شرمساری، حسادت، گناه، ترس از کنترل شدن، از دست دادن کنترل احساسات، و حل آنها
ششم و هفتم	شناسایی آرزوها، تمایلات و نیازهای برآورده نشده مانند تمایل به فعالیت مشترک و هماهنگ با شریک، به اشتراک گذاشتن موفقیت‌ها و شادی‌های خود، تمایل به شناخته شدن توسط شریک، نزدیکی با یک همدم در زندگی مشترک و نیاز به حضور ساده شریک، تمایل به همدلی و استقلال و تنهایی، و برآورده کردن آنها، تکمیل پرسشنامه‌ها
هشتم	شناسایی انتقال و مکانیسم‌های دفاعی و مقابله با آنها
نهم	آموزش مهارت‌های ارتباطی شامل صحبت کردن و گوش دادن، تفاوت گوش دادن همدلانه در مقابل گوش دادن منتقدانه، تمرین مهارت در مکالمات پیچیده بین زوجین، تکمیل پرسشنامه‌ها
دهم	آموزش تنظیم هیجانی شامل آگاهی از احساسات و نامگذاری آنها، آرامش‌آموزی، تغییر توجه، مدیریت هیجان و موقعیت
یازدهم	آموزش مهارت‌های حل مساله و مذاکره
دوازدهم	آموزش انجام فعالیتهای سرگرم‌کننده و لذت‌بخش با یکدیگر، بازی و سرگرمی، جمع‌بندی، تکمیل پرسشنامه‌ها

یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی نمونه در جدول (۲) آمده است.

جدول (۲) ویژگی‌های توصیفی نمونه

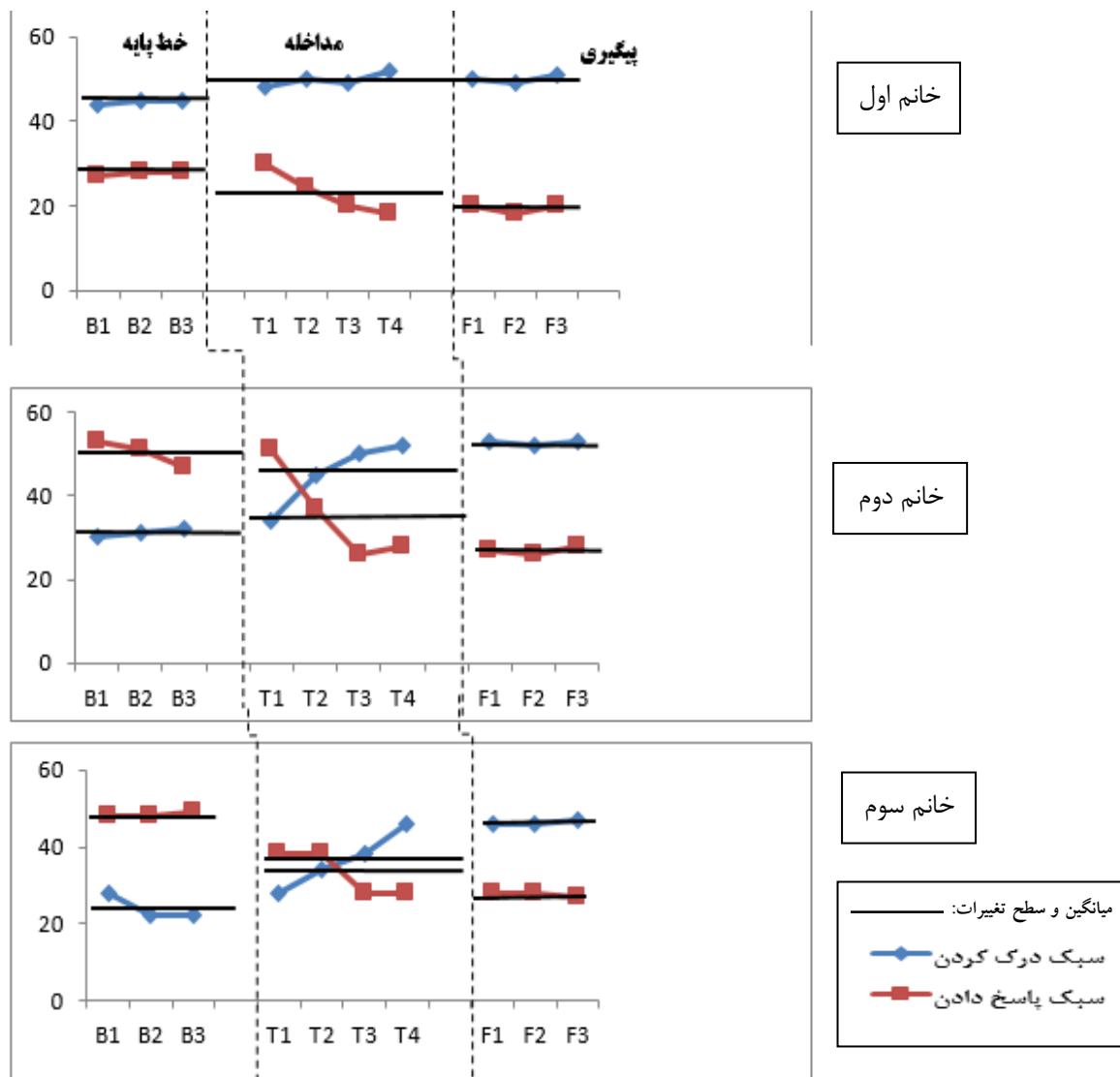
متغیرها	فراوانی	درصد
سن	۳۵-۳۰	۳
	۴۰-۳۶	۳
تحصیلات	فوق دیپلم	۲
	کارشناسی	۲
	کارشناسی ارشد	۱
	دکتری	۱
مدت زمان ازدواج	۳ سال	۲
	۵ سال	۲
	۷ سال	۲
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۴
	۱ فرزند	۲
نوع ازدواج	سنتی	۴
	مدرن	۲

جدول (۲) نشان می‌دهد که هر سه زوج بین ۳۰ تا ۴۰ سال سن داشتند. دو زوج دارای یک فرزند و یک زوج بدون فرزند بودند. همچنین ۲ زوج به صورت سنتی و یک زوج به شیوه مدرن ازدواج کرده بودند.

جدول (۳) و نمودار (۱)، نمره‌های سه زوج ناسازگار (خانم) را در سبک شنیداری تاملی و واکنشی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری درمان نشان می‌دهد.

جدول (۳) روند تغییر مراحل درمان تلفیقی سه خانم ناسازگار در سبک شنیداری تاملی و واکنشی

خانم سوم		خانم دوم		خانم اول		مراجعات
واکنشی	تاملی	واکنشی	تاملی	واکنشی	تاملی	مراحل درمان
خط پایه						
۳۲	۲۶	۵۳	۳۰	۲۷	۴۴	خط پایه اول
۲۸	۲۵	۵۱	۳۱	۲۸	۴۵	خط پایه دوم
۳۳	۲۶	۴۷	۳۲	۲۸	۴۵	خط پایه سوم
۳۱	۲۵/۶۶	۵۰/۳۳	۳۱	۲۷/۶۶	۴۴/۶۶	میانگین مرحله خط پایه
درمان						
۳۰	۳۰	۵۱	۳۴	۳۰	۴۸	جلسه سوم
۳۱	۳۵	۳۷	۴۵	۲۴	۵۰	جلسه ششم
۲۸	۳۱	۲۶	۵۰	۲۰	۴۹	جلسه نهم
۲۱	۴۲	۲۸	۵۲	۱۸	۵۲	جلسه دوازدهم
۲۷/۵	۳۴/۵	۳۵/۵	۴۵/۲۵	۲۳	۴۹/۷۵	میانگین مرحله درمان
۰/۹۲	۲/۲	۳/۹۳	۳/۵۵	۱/۲۳	۱/۲۶	شاخص تغییر پایا (درمان)
۱۱/۲۹	۳۴/۴۵	۲۹/۴۶	۴۵/۹۶	۱۶/۸۴	۱۱/۳۹	درصد بهبودی پس از درمان
سبک واکنشی		سبک تاملی		درصد بهبودی کلی پس از درمان		
۱۹/۱۹		۳۰/۶				
پیگیری						
۲۲	۳۶	۲۷	۵۳	۲۰	۵۰	پیگیری نوبت اول
۲۲	۳۸	۲۶	۵۲	۱۸	۴۹	پیگیری نوبت دوم
۲۰	۳۹	۲۸	۵۳	۲۰	۵۱	پیگیری نوبت سوم
۲۱/۳۳	۳۷/۶۶	۲۷	۵۲/۳۳	۱۹/۳۳	۵۰	میانگین مرحله پیگیری
۲/۵۶	۲/۹۹	۶/۱۸	۵/۳۱	۲/۲	۱/۳۳	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۳۱/۱۹	۴۶/۷۶	۴۶/۳۵	۶۸/۸	۳۰/۱۱	۱۱/۹۵	درصد بهبودی پس از پیگیری
سبک واکنشی		سبک تاملی		درصد بهبودی کلی پس از پیگیری		
۳۵/۸۸		۴۲/۵				



نمودار (۱) روند تغییر نمره‌های سبک شنیداری تاملی و واکنشی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان تلفیقی

نمودار (۱) نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های سبک شنیداری تاملی در هر سه خانم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است. همچنین میانگین و سطح نمره‌های سبک شنیداری واکنشی در هر سه خانم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است.

جدول (۳) نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده برای خانم اول برای سبک تاملی در مرحله بعد از درمان و پیگیری در سطح $p < 0.05$ معنی‌دار نیست، اما برای سبک واکنشی در مرحله پیگیری معنی‌دار شده است. همچنین برای خانم دوم و سوم نیز در هر دو مرحله معنی‌دار است. درصد بهبودی خانم اول پس از درمان برای سبک تاملی ۱۱/۳۹ و برای سبک واکنشی ۱۶/۸۴ و پس از پیگیری نیز به ترتیب ۱۱/۹۵ و ۳۰/۱۱ بود. همچنین برای خانم دوم درصد بهبودی پس از درمان برای سبک تاملی ۴۵/۹۶ و برای سبک واکنشی ۲۹/۴۶ و پس از پیگیری نیز به ترتیب ۶۸/۸ و ۴۶/۳۵ بود. درصد بهبودی خانم سوم نیز پس از درمان برای سبک تاملی ۳۴/۴۵ و برای سبک واکنشی ۱۱/۲۹ و پس از پیگیری نیز به ترتیب ۴۶/۷۶ و ۳۱/۱۹ بود.

بنابراین بر اساس درصد بهبودی کلی این سه مراجع در مرحله درمان برای سبک تاملی (۳۰/۶) و واکنشی (۱۹/۱۹) و پیگیری برای سبک تاملی (۴۲/۵) و واکنشی (۳۵/۸۸) می‌توان گفت که میزان اثربخشی درمان تلفیقی سیستمی- روان‌پویشی- رفتاری بر سبک

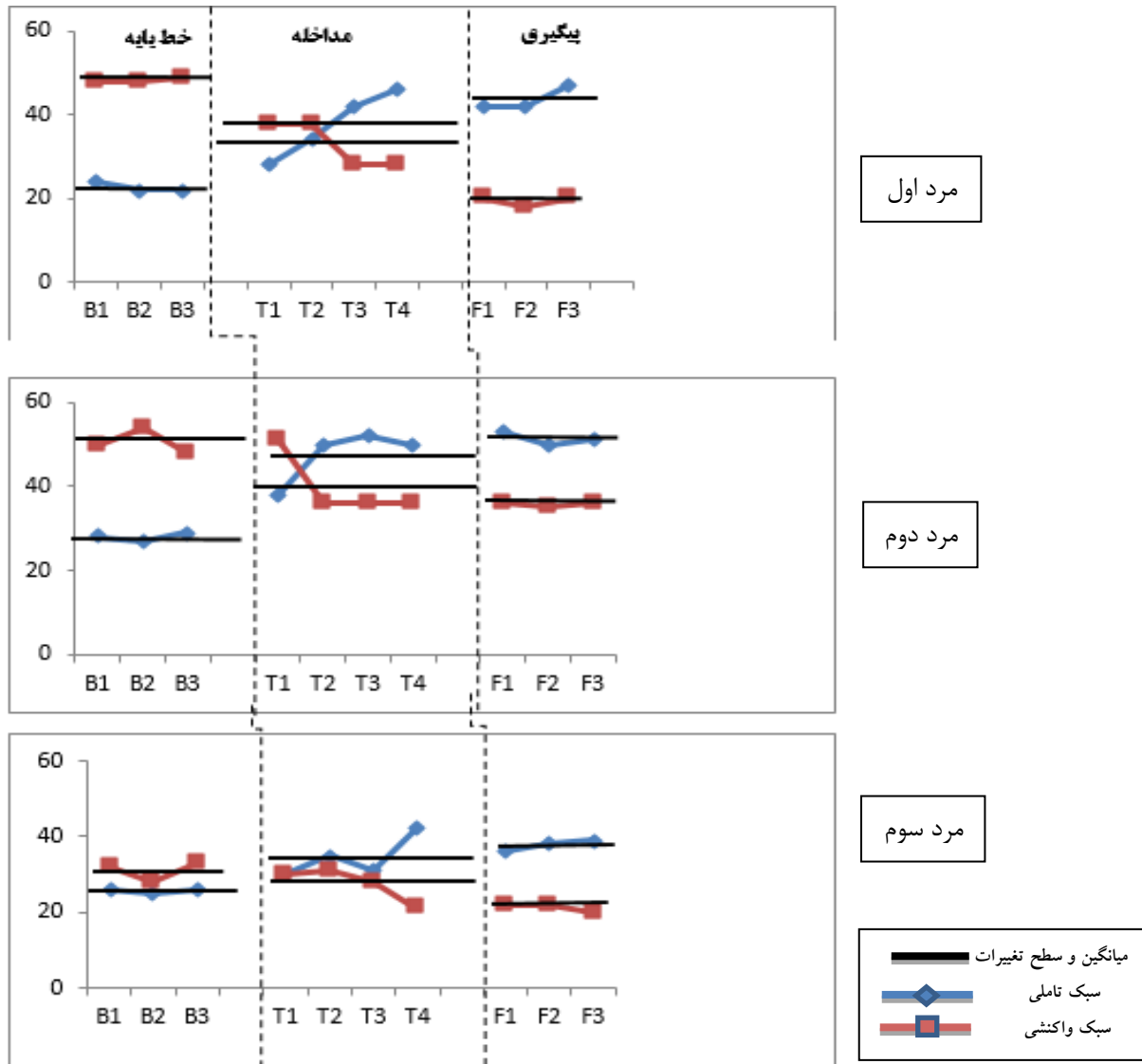
شنیداری زوجین ناسازگار بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پوپن^۱، ۱۹۸۹، به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۷) در مرحله درمان و پیگیری، در طبقه بهبودی اندک و به طور کل حاکی از موفقیت مداخله تلفیقی بر سبک شنیداری زوجین ناسازگار است.

جدول (۴) و نمودار (۲)، نمره‌های سه زوج ناسازگار (مرد) را در سبک شنیداری تاملی و واکنشی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری درمان نشان می‌دهد.

جدول (۴) روند تغییر مراحل درمان تلفیقی سه مرد ناسازگار در سبک شنیداری تاملی و واکنشی

مرد سوم		مرد دوم		مرد اول		مراجعات مراحل درمان
واکنشی	تاملی	واکنشی	تاملی	واکنشی	تاملی	
خط پایه						
۳۲	۲۶	۵۰	۲۸	۴۸	۲۴	خط پایه اول
۲۸	۲۵	۵۴	۲۷	۴۸	۲۲	خط پایه دوم
۳۳	۲۶	۴۸	۲۹	۴۹	۲۲	خط پایه سوم
۳۱	۲۵/۶۶	۵۰/۶۶	۲۸	۴۸/۳۳	۲۲/۶۶	میانگین مرحله خط پایه
درمان						
۳۰	۳۰	۵۱	۳۸	۳۸	۲۸	جلسه سوم
۳۱	۳۵	۳۶	۵۰	۳۸	۳۴	جلسه ششم
۲۸	۳۱	۳۶	۵۲	۲۸	۴۲	جلسه نهم
۲۱	۴۲	۳۶	۵۰	۲۸	۴۶	جلسه دوازدهم
۲۷/۵	۳۴/۵	۳۹/۷۵	۴۷/۵	۳۳	۳۷/۵	میانگین مرحله درمان
۰/۹۲	۲/۲	۲/۸۹	۴/۸۶	۴/۰۶	۳/۷	شاخص تغییر پایا (درمان)
۱۱/۲۹	۳۴/۴۵	۲۱/۵۳	۶۹/۶۴	۳۱/۷۱	۶۵/۴۸	درصد بهبودی پس از درمان
سبک واکنشی			سبک تاملی			درصد بهبودی کلی پس از درمان
۲۱/۵۱			۵۶/۵۲			
پیگیری						
۲۲	۳۶	۳۶	۵۳	۲۰	۴۲	پیگیری نوبت اول
۲۲	۳۸	۳۵	۵۰	۱۸	۴۲	پیگیری نوبت دوم
۲۰	۳۹	۳۶	۵۱	۲۰	۴۳	پیگیری نوبت سوم
۲۱/۳۳	۳۷/۶۶	۳۵/۶۶	۵۱/۳۳	۱۹/۳۳	۴۲/۳۳	میانگین مرحله پیگیری
۲/۵۶	۳/۱۸	۳/۹۷	۵/۸۱	۷/۶۹	۴/۹	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۳۱/۱۹	۴۶/۷۶	۲۹/۶	۸۳/۳۲	۶۰	۸۶/۸	درصد بهبودی پس از پیگیری
سبک واکنشی			سبک تاملی			درصد بهبودی کلی پس از پیگیری
۴۰/۲۶			۷۲/۲۹			

¹-Popen



نمودار (۲) روند تغییر نمره‌های سبک شنیداری تاملی و واکنشی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان تلفیقی

نمودار (۲) نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های سبک شنیداری تاملی در هر سه مرد در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است. همچنین میانگین و سطح نمره‌های سبک شنیداری واکنشی در هر سه مرد در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است.

جدول (۴) نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده برای هر سه مرد در مرحله بعد از درمان و پیگیری در سطح $p < 0.05$ معنی‌دار است. درصد بهبودی برای مرد اول پس از درمان برای سبک تاملی $65/48$ و برای سبک واکنشی $31/71$ و پس از پیگیری نیز به ترتیب $86/8$ و 60 بود. همچنین برای مرد دوم درصد بهبودی پس از درمان برای سبک تاملی $69/64$ و برای سبک واکنشی $21/53$ و پس از پیگیری نیز به ترتیب $83/32$ و $29/6$ بود. درصد بهبودی مرد سوم پس از درمان برای سبک تاملی $34/45$ و برای سبک واکنشی $11/29$ و پس از پیگیری نیز به ترتیب $46/76$ و $31/19$ بود.

بنابراین بر اساس درصد بهبودی کلی این سه مراجع در مرحله درمان برای سبک تاملی ($56/52$) و واکنشی ($21/51$) و پیگیری برای سبک تاملی ($72/29$) و واکنشی ($40/26$) می‌توان گفت که میزان اثربخشی درمان تلفیقی سیستمی- روان‌پویشی- رفتاری بر سبک شنیداری زوجین ناسازگار بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پوپن، ۱۹۸۹، به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۷) در مرحله درمان و پیگیری، برای سبک تاملی در طبقه درمان موفق و برای سبک واکنشی در طبقه بهبودی اندک قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت مداخله تلفیقی بر سبک شنیداری زوجین ناسازگار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی سیستمی- روان‌پویشی- رفتاری بر سبک شنیداری زوجین ناسازگار بود. نتایج نشان داد زوج‌درمانی تلفیقی می‌تواند باعث افزایش سبک شنیداری تاملی و کاهش سبک واکنشی در زوجین ناسازگار شود. بررسی کلیت تغییر نشان داد سه زوج شرکت‌کننده در زوج‌درمانی تلفیقی در پایان درمان به $30/6$ درصد بهبودی کلی برای زنان و $56/52$ درصد برای مردان در سبک شنیداری تاملی و $19/19$ درصد برای زنان و $21/51$ درصد برای مردان در سبک واکنشی دست یافته‌اند. بررسی درصدهای سه زوج به صورت جدا نیز نشان می‌دهد به جز یک خانم، سایر افراد به بهبودی دست یافته‌اند. نتایج به دست آمده در زمینه کارایی بسته ترکیبی زوج‌درمانی با تحقیقات نیلسن (۲۰۱۶) و اشنایدر و بالدرا-دوربین (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. براساس دیدگاه سیستمی، برای عملکرد مطلوب، زوجین باید با تفاوت‌های یکدیگر که موجب ایجاد چرخه تعامل منفی بین آنها می‌شود، مواجه شوند، قدرت را به طور صحیح به اشتراک بگذارند، و با اضطراب ناشی از رفتار بد یکدیگر مقابله کنند. به طور ایده آل، زوجها در مواجهه با اختلافات خود، نه تنها بایستی از اجتناب دوری کنند، بلکه باید سعی کنند به طور سودمند، با این اختلافات روبرو شوند و بهترین تصمیمات آنها نه از نگاه سطحی، بلکه از بررسی نقاط مختلف و جستجوی راه حل‌های خلاقانه به دست می‌آید. آگاهی از چرخه تعامل منفی به زوج‌ها کمک می‌کند تا فرایند ارتباطی خود را بهبود بخشند و با روش‌های ساختارگرا برای تعامل، موجب حل مناقشات خود در زمینه‌های مختلف شوند (فیشر، اوری و پاتون^۱، ۲۰۱۱).

در چرخه تعامل منفی یکی از زوجین بدون توجه به طرف مقابل، به صورت دفاعی و با خصومت، سرزنش و عدم درک و همدلی پاسخ می‌دهد. در حالی که اکثر همسران ماهیت دفاعی چنین پاسخ‌هایی را درک می‌کنند، با این وجود، به ندرت به آن توجه می‌کنند و در مقابل تلاش می‌کنند نسبت به همسری که صدای آنها را نمی‌شنود، با صدای بلند واکنش نشان دهند. در این شرایط، هر دو طرف با استدلال‌های یک طرفه خود شروع به گفتگو می‌کنند بدون آنکه صحبت‌های طرف مقابل را بشنوند. توهین به شریک، عدم

¹-Fisher, Ury, & Patton

اجازه به شریک برای صحبت کردن و واکنش تند نشان دادن منجر به تداوم چرخه می‌شود و هر دو ادعا می‌کنند که قربانی دیگری هستند و پس از این مشاجره، هر یک دیگری را بی‌عاطفه و بی‌توجه می‌خوانند (بنجامین^۱، ۲۰۰۴). آگاهی زوجین از عواقب چرخه منفی و یادگیری مهارت گفتگوی موثر منجر به از بین رفتن چرخه شده و زوجین یاد می‌گیرند در هنگام گفتگو با هم به صحبت‌های طرف مقابل گوش کرده و تلاش کنند پیام همسر خود را درک کنند.

بررسی چرخه منفی شاهره روانکاو است. حل این چرخه نه تنها منجر به بهبود روابط سطحی می‌شود، بلکه بررسی و باز کردن اجزاء چرخه‌های منفی به سرعت منجر به کشف مسائل اساسی حیاتی می‌شود. عدم توانایی مرد در جدایی از همسرش، می‌تواند نشان‌دهنده ترس از رهایی باشد یا زنی که خشمگینانه دفاع می‌کند، می‌تواند شرم او را نشان دهد. تشدید چرخه منفی به نظر می‌رسد بدترین ترس‌های ارتباطی (انتقال‌های منفی) زوجین را تأیید می‌کند. هر کدام به کار خود ادامه می‌دهد تا دیگری بیشتر از آن دچار ترس و وحشت شود. زنی که از رها شدنش می‌ترسد احساس رها شدن می‌کند. مردی که از حمله به شایستگی خود می‌ترسد، احساس مورد حمله قرار گرفتن می‌کند. علاوه بر این، خود را به این صورت ناعادلانه و منفی درک کردن، ناراحتی، تهدید و دفاع بیشتر را به دنبال دارد. خویشتن‌شناسی ترسناک نیز فعال می‌شود، به طوری که همسران دارای احساس گناه یا شرمساری دچار این ترس می‌شوند که مبدا کاری اخلاقی یا شرم آور انجام داده‌اند و سپس در برابر این تشخیص به دفاع از خود می‌پردازند. در چنین شرایط تهدیدآمیزی، زوجین اغلب معتقدند "که باید دیگری را از دست بدهد و یا باید ذهنیت خود را تغییر دهد (رینگستروم^۲، ۲۰۱۴). اکثر افراد نقطه شروع داستان خود را اشتباهات یا اعمال غیر عاطفی شریک زندگی خود می‌دانند. همانطور که فریود کشف کرد رویاها می‌توانند شاهره ناخودآگاه باشند، چرخه آسیب‌پذیری نیز می‌تواند منجر به مسائل روان‌شناختی اصلی شود (نیلسن، ۲۰۱۶).

روان‌پویشی به فرد کمک می‌کند آگاهی عقلانی نسبت به رفتارش پیدا کند که چگونه رفتارش نامناسب است و به گذشته او تعلق دارد. او از نامناسب بودن تجارب هیجانی خود آگاه می‌شود و به او فرصت ابراز وجود داده می‌شود تا با موقعیت‌های تغییر یافته سازگاری حاصل کند و با شرایط واقعی جدید و کاملاً متفاوت همساز شود (دوانلو، ۱۳۸۹).

برای غیرفعال کردن و تغییر چرخه منفی، معمولاً به کشف خواسته‌های عمیق‌تر و ترس‌هایی نیاز است که در گفتگوهای سازنده دخالت دارند. دستیابی به آگاهی بیشتر نسبت به آنچه که در زیر سطح قرار دارد، می‌تواند منجر به کشف نگرانی‌های اصلی هر یک از زوجین شود. زوجین اغلب تصور می‌کنند که روش‌های ناسازگارانه‌ای که آنها در طی چرخه‌های منفی به کار می‌برند، تنها گزینه‌های آنهاست. تحقیق در مورد ریشه‌های دوران کودکی این رفتارها می‌تواند به سرعت با چنین عقایدی مقابله کند. آنها به عنوان روشی که در دوران کودکی یاد گرفته می‌شوند قابل درک هستند. بحث در مورد نگرانی‌های عمیق‌تر می‌تواند ناشنوائی عملکردی آنها را کاهش دهد تا استدلال‌های تکراری بتوانند به وسیله راه‌های بهتر برای پاسخ به انتقاد جایگزین شوند، از جمله تلاش برای حفظ "آرامش، کنجکاو و مراقبت" (نیلسن، ۲۰۱۶).

همچنین بررسی نتایج در مرحله پیگیری حاکی از افزایش درصد بهبودی در هر دو سبک شنیداری در تمامی زوجین بود. سبک شنیداری در طول زمان به صورت عادت درآمده و تغییر آن به دلایل بسیاری مانند راحت‌طلبی، ترس از شکست و قدرتی که یک عادت در طی زمان به دست آورده است، نیاز به زمان دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که هر چه تأثیر عادت‌ها بلندمدت‌تر باشند، تغییر آنها به مراتب سخت‌تر است. تغییر سبک شنیداری واکنشی به سبک تاملی نیز به زمان نیاز دارد تا زوجین بتوانند در روابط خود از این سبک استفاده کنند. از این رو افزایش سبک تاملی و کاهش سبک واکنشی در مرحله پیگیری بیشتر بوده است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها با احتیاط صورت گیرد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد مشاوران حوزه خانواده و زوج درمانگران به منظور بهبود سبک شنیداری زوجین که از عوامل مهم در ارتقا کیفیت زندگی زناشویی می‌باشد، از مداخله تلفیقی سیستمی، روان‌پویشی و رفتاری استفاده کنند. همچنین برگزاری کارگاه‌های آشنایی با

¹-Benjamin

²-Ringstrom

چرخه‌های تعامل منفی و مهارت‌های گفتگوی موثر و نیز شناسایی مکانیسم‌های دفاعی می‌تواند موجب بهبود روابط زوجین شود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی بسته مداخله مورد نظر در مورد سایر متغیرهای زندگی زناشویی از جمله رضایت و سازگاری زناشویی مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- برنشتاین، فیلیپ؛ و برنشتاین، مارس. (۱۳۸۴). **زناشویی درمانی (از دیدگاه رفتاری- ارتباطی)**. ترجمه حسن پورعابدی نائینی و غلامرضا منشی، تهران، رشد.
- پناهی، احسان؛ و فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی زناشویی در بین زوجین شهر اصفهان. **زن و جامعه**، ۵ (۱)، صص ۱۳۹-۱۵۶.
- پورمیدانی، سمیه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ هاشمی سید اسماعیل و عباس‌پور، ذبیح اله. (در دست چاپ). ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سبک شنیداری زوجین در نمونه ایرانی. **خانواده پژوهی**.
- حمید پور، حسن (۱۳۸۷). اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری-شناختی. **بازتاب دانش**، ۳: صص ۴۹-۵۶.
- حیدری، مرضیه (۱۳۹۶). بررسی روابط چندگانه میان رضایت از زندگی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی با بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان متأهل شهرستان آباد. **زن و جامعه**، ۸ (۴)، صص ۲۰۵-۲۲۸.
- دوانلو حبیب (۱۳۸۹). **روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت**. ترجمه خلیقی سیگارودی عنایت. تهران: ارجمند.
- رجبی، غلامرضا؛ نادری، زهرا؛ امان‌اللهی، عباس و شهینی بیلاق، منیجه (۱۳۹۴). اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-سازه‌گرا بر پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه در زوج‌های آشفته. **روش‌ها و مدل‌های روانشناختی**، ۲۱، صص ۱۰۵-۱۲۸.
- رضاپور میرصالح، یاسر؛ آقاییان چاوشی، اکبر؛ ملازمانی، علی؛ و صابری، مصطفی. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ایمان در رابطه زناشویی. **زنان و خانواده**، ۱۱ (۳۵)، صص ۱۲۳-۱۵۰.
- عباسی، مسلم؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد؛ درگاهی، شهریار؛ و قمری گیوی، حسین. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-ارتباطی بر سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین. **نشریه پرستاری ایران**، ۹۵، صص ۲۲-۳۳.
- مبسم، سلماز؛ دلاور، علی؛ کریمی، ابوالفضل؛ ثنایی، باقر؛ و شفیع‌آبادی، عبد... (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان. **مطالعات روانشناسی بالینی**، ۹، صص ۷۷-۹۷.
- معینی، بابک؛ کریمی شاهنجری، اکرم؛ سلطانیان، علیرضا؛ و ولی‌پور مطلبی، زهرا. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بهار با استفاده از تئوری حمایت اجتماعی درافزایش رضایتمندی زناشویی زوجین. **آموزش و سلامت جامعه**، ۳ (۳)، صص ۹-۱۶.

Alayi, Z., AhmadiGata T., & Babaei Zad Khamen, A. (2011). Relation between communication skills and marital-adaptability among university students. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 1959 – 1963.

Ayles, C. (2004). Biographical Determinates of Marital Quality. Available From: http://www.oneplusone.org.uk/Publications/Reports/BiographicalDeterminants_Full Report.pdf. Accessed 2008.

Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.

Bulanda, J. R., Brown, J. S., & Yamashita, T. (2016). Marital quality, marital dissolution and mortality risk during the later life course. *Social Science & Medicine*, 165, 119-127.

Choi, H., Yorgason, J. B., & Johnson, D.R. (2016). Marital quality and health in middle and later adulthood: dyadic associations. *J Gerontol Soc Sci*, 71, 154-164.

Doell, F. (1997). *Listening to understand: The development of a self-report measure of listening styles in committed relationships*. Unpublished bachelor's thesis, York University, Toronto, Canada.

Doell, F. K. (2003). *Partners' listening styles and relationship satisfaction: listening to understand vs. Listening to respond*. Thesis submitted for the degree of Master of Arts. Graduate Programme in Psychology York University Toronto, Ontario.

- Epstein, S.E., Pacini, R., Denes-Raj, V. & Heier, H. (1996). Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 390-405.
- Finkel, E. J., Hui, C. M., Carswell, K. L., & Larson, G. M. (2014). The suffocation of marriage: climbing mount masloe without enough oxygen. *Psycho Inq*, 25, 1-41.
- Fisher, R., Ury, W., & Patton, B. (2011). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in* (3rd ed.). New York: Penguin Books.
- Fletcher, G. J., Simpson, J. A., & Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 340-354.
- Gurman, A. S. (2008b). Integrative couple therapy: A depth psychological approach. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (4th ed., pp. 383-423). New York: Guilford Press.
- Hicks, L. L., McNulty, J. K., Meltzer, L. A., & Olson, M. A. (2018). A Dual-Process Perspective on How Sexual Experiences Shape Automatic Versus Explicit Relationship Satisfaction: Reply to Brody, Costa, Klapilová, and Weiss. *Psychological Science*, 29 (4), 670-672.
- Hosseinchari, M., & Fadakar, M. (2005). Investigation effectiveness of university on communication skills base on comparison of students and pupils. *Scientific and Research Journal of Shahed University*, new volume, 15, 21-33.
- Johnson, S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy, Chapter 4 in A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (4th ed., pp. 107-137). New York: Guilford Press.
- Khorramabadi, Y., Moein, R., & Rahimi, A. (2016). The Effectiveness of Promoting Iranians' Marital Quality Training Program in Marital Quality Among Couples Referring to Health Centers. *Avicenna J Neuro Psych Physio*, 3(3), e43039.
- Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 145-168.
- Murat Yalcin, B., & karaban, T. F, (2007). Effect of a couple communication program on marital adjustment. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20 (1), 36-44.
- Nielsen, A. C. (2016). A roadmap for couple therapy: Integrating systemic, psychodynamic, and behavioral approaches. New York, NY: Routledge, 290 pp.
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 3-23). New York: Oxford University Press.
- Penberthy, J. K., Chhabra, D., Ducar, D. M., Avitabile, N., Lynch, M., Khanna, S., Xu, Y., Ait-Daoud, N., & Schorling, J. (2018). Impact of Coping and Communication Skills Program on Physician Burnout, Quality of Life, and Emotional Flooding. *Safety and Health at Work*, xxx: 1-7.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using of acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 430-442.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576-593.
- Ringstrom, P. A. (2014). *A relational psychoanalytic approach to couples psychotherapy*. New York: Routledge.
- Slatcher, R. B., & Schoebi, D. (2017). Protective processes underlying the links between marital quality and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 148-152.
- Snyder, D. K., Balderrama-Durbin, C. (2012). Integrative Approaches to Couple Therapy: Implications for Clinical Practice and Research. *Behavior Therapy*, 43 (1), 13-24.
- Taraban, L., Shaw, D. S., Leve, L. D., Wilson, M. N., Dishion, T. J., Natsuaki, M. N., et al. (2017). Maternal depression and parenting in early childhood: Contextual influence of marital quality and social support in two samples. *Dev Psychol*, 53(3), 436-449.
- Tavakolizadeh, J., Nejatian, M., & Soori, A. (2015). The Effectiveness of Communication Skills Training on Marital Conflicts and its Different Aspects in Women. *Social and Behavioral Sciences*, 171 (16), 214-221.
- Thompson, P. A., & Schrodt, P. (2015). Perceptions of joint family storytelling as mediators of family communication patterns and family strengths. *Communication Quarterly*, 63, 405-426.
- Traa, M. J., Jolanda De Vries, J. D., Bodenmann, G., & Oudsten, B. L. (2014). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *Health Psychology*, 20 (1), 85-114.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Liu, H., & Needham, B. (2006). You make me sick: Marital quality and health over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 1-16.
- Wile, D. B. (2002). Collaborative couple therapy. In A. S. Gurman & N.S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 281-307). New York: Guilford Press.