

مدلهای زوج درمانگری

محمد علی بشارت^۱

چکیده

راه‌کارهای درمانی مشکلات زوجین در چارچوب رویکردهای متفاوت درمانگری به کار بسته می‌شوند. در این مقاله تعدادی از مدل‌های زوج درمانگری با استناد به نتایج درمانی هر یک از رویکردها تشریح می‌شوند. ضمن مقایسه میزان کارآمدی مدل‌های درمانی، پیشرفت‌های به دست آمده در نتایج درمان و طرح‌های تحقیق در زمینه درمان مشکلات زوجین با هدف تاثیرگذاری بر آینده زوج درمانگری ارایه خواهند شد.

Models of Couple Therapy

Besharat, M. A.Ph. D. Clinical Psychologist & Psychotherapist, Assistant Professor, Tehran University.

ABSTRACT

Therapeutic interventions with maritally distressed couples span a wide range of treatment models. A number of models for marital and couple therapy are briefly presented in this paper, and the outcome literature for each is discussed with a view to reviewing the empirical findings for couples therapy. The comparative efficacy of treatment models is also considered and a number of improvements to outcome research and research design for future couples therapy studies are presented.

تقاضای فزاینده زوجین برای حل مشکلات ارتباطی و زناشویی، مدل‌های متعدد درمانی را فعال ساخته است. انتخاب مدل درمانی کارآمد و مطلوب در چنین شرایطی اهمیت مضاعف دارد. علاوه بر متغیرهایی چون درمانگر، مراجع، مشکل و جز اینها، نتیجه درمان مدل‌های متفاوت درمانی نیز تعیین‌کننده این انتخاب خواهد بود. این مقاله نتایج درمانی مدل‌های زوج

۱. دکتر محمد علی بشارت، دکتری تخصصی روانشناسی بالینی از دانشگاه لندن، استادیار دانشگاه تهران، روان‌درمان و عضو انجمن سکس‌درمانی انگلستان

درمانگری را براساس یافته‌های تجربی مقایسه می‌کند و با روشن ساختن نقاط قوت و ضعف هر مدل، زمینه پاسخدهی به پرسش چگونگی انتخاب مدل درمانی کارآمد و مطلوب را برای تحقیقات آینده فراهم می‌سازد. بررسی موضوع تشابه و هم‌ارزی نتایج رویکردهای متفاوت درمانی ما را با پارادکس درمانگری‌های متفاوت و نتایج درمانی مشابه مواجه می‌سازد؛ پارادکسی که بار دیگر نقش متغیرهای مربوط به مراجع را به عنوان دسته‌ای از تعیین‌کننده‌های تغییر در فرایند روان‌درمانگری برجسته می‌سازد.

رفتار درمانگری مشکلات زناشویی (Behavioral Marital Therapy (BMT)

سنگ بنای رفتار درمانگری مشکلات زناشویی (BMT)، همانند سایر روش‌های رفتار درمانگری، «تحلیل کنشی^۱» مشکلات زوجین است (جاکوبسن، ۱۹۹۲). تحلیل کنشی مشکل همزمان به منزله ابزار سنجش و فرایندی درمان‌بخش زوجین را در شناخت مشکلاتشان یساری می‌رساند. رفتارها و تعامل‌های هریک از زوجین ممکن است تحت تأثیر پاسخ‌های دیگری استمرار یافته یا پایان پذیرند. این تعامل‌ها به هنگام مواجه شدن بسا پاسخ مطلوب یا حذف تقاضاهای نامطلوب به صورت مثبت یا منفی تقویت می‌شوند. رسالت اصلی زوج درمانگری مشکلات زناشویی، با توجه به هزینه‌های سنگین ناهمسازی زوجین، کمک به آنها برای یسافتن شیوه‌های مطلوب‌تر تعامل می‌باشد (کرو و ریدلی، ۱۹۹۰). کریستنسن و شنک (۱۹۹۱) با مقایسه سبک‌های ارتباطی سه گروه از زوج‌های مطلقه، با مشکلات زناشویی و بدون مشکلات زناشویی به این نتایج دست یافته‌اند: دو گروه نخست کمتر از گروه سوم از توانایی برقراری «ارتباط سازنده متقابل^۲» برخوردارند؛ دو گروه نخست بیش از گروه سوم از برقراری ارتباط اجتناب می‌کنند، از شیوه‌های ارتباطی اصرار / انصراف^۳ استفاده می‌کنند، و در مورد «فاصله روانشناختی^۴» دچار تعارض می‌شوند. این یافته‌ها با تبیین‌های مبتنی بر «نارسایی ارتباطی^۵» در اختلاف‌های زناشویی مطابقت می‌کنند. بر این اساس ارتباط آموزی^۶ از اجزاء تفکیک‌ناپذیر BMT به حساب می‌آید (جاکوبسن، ۱۹۸۴).

1. Functional analysis

2. Mutually constructive communication

3. Demand/withdraw communication

4. Psychological distance

5. Communication deficit

6. Communication training

آذرین و همکاران (۱۹۷۳) روش «گفتگوی دو جانبه، دو سویه»^۱ را برای کمک به زوجین به کار بستند. ضمن آموزش، از هریک از زوجین خواسته می‌شود جنبه‌های مطلوب و خوشایند سبک‌های تعاملی دیگری را به طور مشخص، محدود و جزئی بیان کند و به آنها کمک می‌شود تا برای افزایش این رفتارهای مطلوب گفتگو کنند. این روش به تعامل‌های پاداش بخش‌تر دو جانبه منجر می‌شود.

آموزش حل مسأله^۲ روش دیگر BMT است که زوجین را در فعالیت مشترک برای بهبود وضعیتشان توانمند می‌سازد (جاکوبسن و مارگولین، ۱۹۷۹). این روش میزان رضایت زوجین را در مورد اموری که تاکنون نتوانسته‌اند در مورد آنها به توافق برسند افزایش می‌دهد.

گورمن و همکاران (۱۹۸۶) با بررسی مقایسه‌ای نتایج تحقیقات انجام شده در زمینه BMT نشان داده‌اند که هیچ یک از روش‌های درمانی این مدل کارآمدتر از دیگری نیست. جاکوبسن و همکاران (۱۹۸۷) با مقایسه اطلاعات مربوط به ۳۴ زوج که به صورت تصادفی در گروه‌های درمانی با روش‌های ۱. گفتگوی دو جانبه؛ ۲- ارتباط آموزی و آموزش حل مسأله؛ ۳. ترکیب روش‌های ۱ و ۲ جایگزین شده بودند تفاوتی بین نتایج اولیه درمان گروه‌های سه‌گانه مشاهده نکردند. در بررسی‌های پی‌گیری نیز تنها تفاوت مشاهده شده بیانگر آن بود که درصد بیشتری از زوج‌های گروه سوم همچنان به زندگی مشترک ادامه می‌دهند.

شواهد تجربی برتری نتایج اجرای فردی روش‌های BMT را بر اجرای کاملاً استاندارد و ساخت‌دار این روش‌ها تا شش ماه پس از پایان دوره درمان نشان داده‌اند (جاکوبسن و همکاران، ۱۹۸۹).

گرچه بررسی کامل تحقیقات از تفاوت نتایج درمانی در دو زمینه گستردگی تغییرات مثبت و اهمیت بالینی این تغییرات حکایت می‌کنند (گورمن و همکاران، ۱۹۸۶؛ باکوم و هوفمن، ۱۹۸۶)، کارآمدی رویکردی‌های رفتار درمانگری برای حل مشکلات زوجین به تحقیق ثابت شده است (کوکرتلی، ۱۹۸۰؛ بنان، ۱۹۸۴؛ ویلسون و همکاران، ۱۹۸۸).

جاکوبسن و همکاران (۱۹۸۴) نتایج چهار تحقیق BMT را در مورد ۱۴۸ زوج بررسی کردند. تحلیل مجدد نتایج درمان نشان داد که پیشرفت بالینی ۵۴٫۷ درصدی زوج‌ها در مقابل پسرقت ۵٫۴ درصدی آنها معنی دار است. در پایان دوره درمان ۳۵٫۳٪ زوج‌ها هیچگونه نشانه

۱. Reciprocity negotiation

۲. Problem solving training

اختلال ارتباطی نداشتند. بررسی نتایج پی‌گیری پس از یک دوره شش ماهه نیز نشان داد که تغییرات مثبت درمانی در ۶۰٪ زوج‌ها پایدار مانده است.

فرا تحلیل‌گری نتایج ۱۷ تحقیق BMT در مورد ۶۱۳ زوج (هالچ و مارکمن، ۱۹۸۸) نشان داد که آزمودنی‌های گروه BMT به طور متوسط ۸۳٪ بیش از آزمودنی‌های گروه کنترل اعم از لیست انتظار و داروی کاذب پیشرفت داشتند.

بررسی انتقادی زوج‌درمانگری رفتاری سنتی^۱ (جاکوبسن، ۱۹۹۲) فقدان «تحلیل کنشی» تعامل‌های زوجین را در این مدل درمانی برجسته می‌سازد و برتری راه کارهای مخصوص رفتاردرمانگری فردی (واحد زوجی) را بر اساس کنش اعمال و ارتباطات معین مشخص می‌کند. وقتی هدف تغییرات درمانی رفتارهایی باشند که در سطح تفاوت‌های گروهی بین زوجین مشکل‌دار و بی‌مشکل تمایز ایجاد می‌کنند، راه کارهای درمانی مبتنی بر «همتاسازی با نمونه»^۲ به گونه‌ای نامتناسب تجویز می‌شوند. لذا، به جای شکل‌دهی رفتارها به وسیله پیشامدهای طبیعی برای تحکیم رابطه زوجین، جانشین‌سازی تعامل‌های آیینی جدید بر اساس مشخصه‌های موضعی تعامل زوجی به آنها آموخته می‌شود. انتخاب نامطلوب تقویت‌کننده‌ها نیز برجسته می‌گردد و بین تقویت‌کننده‌های تصنعی (غالباً با قدرت تقویت‌کنندگی پائین) و طبیعی (که خارج از کلینیک با قدرت بیشتری عمل می‌کنند) تمایز ایجاد می‌شود.

جاکوبسن روش زوج‌درمانگری رفتاری جامع^۳ را که هدفش یکپارچه‌سازی تغییر رفتاری با پرورش احساس «پذیرش»^۴ (یعنی تجویز و آزادسازی تنازع برای تغییر) می‌باشد مطرح کرده است. راهبردهای چندی برای افزایش قدرت پذیرش مشکلات ارتباطی پیشنهاد شده‌اند: الف - ترغیب به تصور مشکل به منزله دشمن مشترک و در نتیجه متحد ساختن زوجین علیه مشکل؛ ب - افزایش تحمل هریک از زوجین نسبت به رفتار منفی دیگری؛ ج - افزایش مسئولیت شخص (خودکفایی) برای کاهش وابستگی هریک از زوجین به دیگری. کارآمدی روش زوج‌درمانگری رفتاری جامع هنوز بررسی نشده است.

Cognitive Marital Therapy (CMT)

شناخت درمانگری مشکلات زناشویی

1. Traditional behavioral couple therapy
2. Matching sample
3. Integrative Behavior couple therapy
4. Acceptance

طبق نظر باکوم واپستین (۱۹۹۱) مفاهیم تشکیل دهنده یک رویکرد موفق درمانگری مشکلات زناشویی می‌توانند براساس به کارگیری مدل شناختی بازسازی شوند. استفاده از راه کارهای شناخت درمانگری برای حل مشکلات زوجین در خلال دهه گذشته بنا اقبال فزاینده مواجه گشته است. یک (۱۹۸۸) تصریح می‌کند که مشکلات زوجین همانند اختلالات افسردگی و اضطراب، از تحریف‌ها و خطاهای شناختی یکسان تبعیت می‌کنند.

باکوم و همکاران (۱۹۸۹) پدیده‌های شناختی را که نقشی مهم در پیدایش و پایداری اختلافات زناشویی دارند به پنج مقوله تقسیم می‌کنند: فرایندهای توجه انتخابی؛ اسنادهای علت شناختی؛ انتظارات (مربوط به حوادث آینده)؛ مفروضات (در مورد ماهیت جهان و روابط بین حوادث و ویژگی‌های شخصی)؛ و معیارها (در مورد بایدها).

باورهای تحریف شده به نارسا فهمی بین زوجین منجر می‌شوند و خشم و یأس متقابل را در روابط آنها برمی‌انگیزند. شناخت درمانگری مشکلات زناشویی (CMT) به زوجین کمک می‌کند تا تفسیرهای ناصواب را بشناسند و تصحیح کنند و با تکیه بر افکار و ارتباطات شفاف‌تر از مشکلات بیشتر پیش‌گیری به عمل آورند.

فینچام و برادبوری (۱۹۸۸) نقش اسنادها را در خرسندی زناشویی بررسی کردند. نتیجه این تحقیق رابطه علت شناختی بین اسنادها و خرسندی زناشویی را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که خود آشکارسازی^۱ در حد فاصل این دو متغیر قرار می‌گیرد (اسنادها از طریق خود آشکارسازی بر خرسندی زناشویی تأثیر می‌گذارند). تغییر درمانی حاصل بازسازی ادراکی هریک از زوجین و زوج دیگر در مورد اسنادهای آشکار شده می‌باشد. این فرایند با گفتگو دنبال می‌شود و ماهیت رفتار فرد نسبت به همسرش تحت تأثیر اسنادها قرار می‌گیرد.

باکوم و همکاران (۱۹۹۰) ۶۰ زوج با مشکلات زناشویی را به صورت تصادفی در پنج گروه درمانی BMT، BMT همراه با بازسازی شناختی، BMT همراه با آموزش آشکارسازی هیجانی^۲، BMT همراه با بازسازی شناختی و آموزش آشکارسازی هیجانی و یا گروه کنترل لیست انتظار جایگزین کردند. در این تحقیق پیشرفت آزمودنی‌ها در همه گروه‌های فعال درمانی به صورت معنی‌دار بیش از گروه کنترل بود. مقایسه نتایج گروه‌های فعال درمانی تفاوت

۱. Self-disclosure

۲. Emotional expressiveness training

معنی داری نشان نداد. بررسی‌های پی‌گیری پایداری این تغییرات درمانی را تا شش ماه پس از پایان دوره درمان تأیید می‌کنند.

مطالعات بالینی در زمینه نتایج رویکردهای متفاوت زوج‌درمانگری طبق یک سنت روش شناختی زوجین را به صورت تصادفی در گروه‌های متفاوت درمانی جایگزین می‌کنند. باکوم و همکاران (۱۹۹۰) معتقدند که اگر درمانگری‌ها با توجه به نیازهای هر زوج (واحد زوجی) برحسب طول دوره درمان و رویکرد درمانی انتخاب شوند نتایج مطلوب‌تری به دست خواهند آمد (بعضی از زوجها از راه کارهای شناختی بیشتر سود می‌برند، بعضی از راه کارهای رفتاری). در شرایط فعلی شواهد تجربی کافی در تأیید یا رد این ادعا وجود ندارد.

مدل‌های رفتاری و شناختی زوج‌درمانگری پیوندی تنگاتنگ دارند (جاکوبسن و هولتزورث - مونرو، ۱۹۸۶؛ اپستین و همکاران، ۱۹۹۳) و ظهور مدل یادگیری اجتماعی. شناختی^۱ مشکلات زناشویی وجود چنین پیوندی را تأیید می‌کند. در پرتو بهبود مهارت‌های رفتاری و شناختی زوجین تبادل فزاینده رفتارهای مثبت و تغییر فزاینده تفسیرهای تحریف شده زوجین در مورد عملکرد یکدیگر امکان‌پذیر می‌شود.

اپستین و همکاران (۱۹۹۳) از پیوستگی و اتحاد راه‌کارهای رفتاری با راهبردهای شناختی یاد شده حمایت می‌کنند. این راه‌کارهای مشترک عبارتند از: اجتناب از تعامل‌های تعارضی؛ پایان بخشیدن به تعارضات؛ و آرسی پیامد تعارضات. از این دیدگاه هر دو جنبه شناختی و رفتاری درمانگری در ارتباط با موضوعات مشترک زوجین؛ موضوعاتی که زوجین مشکلات رفتاری خود را به آنها نسبت می‌دهند، در نظر گرفته می‌شوند. این موضوعات با مفاهیمی که به صورت سستی در چارچوب مدل «سیستمی»^۲ قرار می‌گیرند (مرزها^۳، قدرت، کنترل^۴ و تفاوت در سرمایه‌گذاری ارتباطی) همپوشی دارند.

جاکوبسن در مخالفت با اقداماتی که به منظور پیوند فرایندهای شناختی و رفتاری در جریان درمانگری انجام می‌شوند، مبانی مجزا پنداری «رفتار»، «شناخت» و «عاطفه» را مردود

1. *Social learning/cognitive model*

2. *Systemic*

3. *Boundaries*

4. *Power/control*

می‌داند. جاکوبسن معتقد است که افکار و احساسات به منزله «اعمال درونی»^۱ و «شکل‌های خصوصی رفتار»^۲ هستند که همچون رفتار خارجی از قواعدی یکسان تبعیت می‌کنند. باکوک و جاکوبسن (۱۹۹۳) با استناد به یافته‌های پژوهشی یادآور می‌شوند که هیچ برتری تایید شده‌ای برای ترکیب راه‌کارهای شناختی با BMT وجود ندارد و بر این اساس معتقدند که به منظور پیش‌گیری از درهم آمیختگی مبانی نظری بهتر است از ترکیب ایسن دو مدل اجتناب شود.

بینش‌درمانگری مشکلات زناشویی^۳ (Insight Oriented Marital Therapy (IOMT)

جایگاه زوج درمانگری روان‌پوشی با تأکید بر مفهوم انتقال^۴ در چارچوب روابط انسانی تشریح شده است (بالینت، ۱۹۶۸؛ دیکس، ۱۹۶۷؛ راز ینسکی، ۱۹۹۲). تجربه‌های روابط نخستین، نقشگرهای نیرومندی به وجود می‌آورند که روابط صمیمی بعدی را زیر نفوذ خود می‌گیرند. دانیل (۱۹۸۵) معتقد است که روابط عاطفی ناهشیار با موضوع (موضوع‌های) عشق، همسرگزینی شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

هدف روان‌درمانگری مشترک زوجین فراهم‌سازی فضایی امن است که در آن زوجین بتوانند جنبه‌های طرد و تهدید شده شخصیت خود و تأثیرات پیوندهای ناهشیار با موضوع‌های عشق پیشین را بازشناسی کنند (دیکس، ۱۹۶۷). وجود روابط انتقالی (انتقال احساسات عمیق وابسته به نگاره‌های ذی‌نفوذ قبلی به روابط فعلی) در چارچوب رابطه زوجین کشف می‌شوند. سپس در دامنه گسترده‌تر هشیاری نسبت به نیازها، تصمیمات اتخاذ می‌شوند و ساخت جدید استمرار می‌یابد.

تا دهه گذشته شواهد تجربی محدودی در مورد کارآمدی زوج درمانگری روان‌پوشی منتشر شده‌بود. اشناپدر و ویلس (۱۹۸۹) بینش‌درمانگری مشکلات زناشویی (IOMT) را با رفتار درمانگری مشکلات زناشویی مقایسه کردند. طبق تعریف اشناپدر و ویلس IOMT اقدامی است روان‌پوشگرانه به‌منظور آزادسازی زوجین در تعامل به سبکی رشد یافته‌تر، مستقل‌تر، و منسجم‌تر با انحلال منابع پنهان یا ناهشیار تعارضات. هفتاد و نه زوج با مشکلات

1. Internal actions

2. Private forms of behaving

3. Transference

زناشویی به صورت تصادفی در گروه‌های درمانی IOMT (۳۰ زوج)، BMT (۲۹ زوج) و گروه کنترل (۲۰ زوج) جایگزین شدند. گروه‌های درمانی در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار پیشرفت بیشتری در کنش‌وری فردی و ارتباطی نشان دادند، گرچه این تفاوت برای گروه‌های درمانی معنی‌دار نبود. بررسی‌های پی‌گیری نشان داد که پیشرفت‌های به دست آمده تا شش‌ماه پس از پایان دوره درمان ادامه داشتند. نتایج مطالعات پی‌گیری ۵۹ زوج از ۷۹ زوج مذکور نشان می‌دهند که با گذشت چهار سال از پایان دوره درمان ۳۸٪ از زوج‌های گروه BMT کارشان به طلاق انجامید در حالی که تنها ۳٪ از زوج‌های گروه IOMT چنین سرنوشتی داشتند (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). جاکوبسن (۱۹۹۱) در تفسیر این یافته معتقد است که درمان رفتاری ارایه شده از نوآوری‌های بالینی مانند یکپارچه‌سازی اجزاء شناختی و راه‌کارهای جدید برای تبادل رفتاری سود نبرده است. اقداماتی که به منظور همکاری بین زوجین و برای پذیرش تکالیف خانگی انجام شده نیز همانند آموزش و سرپرستی درمانگران نابسندده بوده‌اند.

اشنایدر و همکاران (۱۹۹۳) نیز شماری از متغیرهای پیش‌بینی کننده نتایج ضعیف IOMT را، چه در انتهای دوره درمان و چه چهار سال پس از پایان درمان، تشخیص داده‌اند. طبق گزارش زوجین این متغیرها عبارتند از: عواطف زیاد زناشویی؛ افسردگی؛ مهارت‌های ضعیف حل مسأله؛ بهبودی ضعیف روانشناختی؛ پاسخگویی نامطلوب هیجانی؛ و حرفه‌ای نبودن و ضعف استخدامی هریک از زوجین.

هیجان‌درمانگری مشکلات زناشویی Emotionally Focused Marital Therapy

جانسن و گرینبرگ (۱۹۸۷) مدل هیجان‌درمانگری مشکلات زناشویی را به صورت آزمایشی مطرح کردند. جنبه‌های آزمایشی این رویکرد درمانی بر حالت هیجانی فعلی مراجع و چگونگی پردازش این تجربه‌ها توسط زوجین متمرکز می‌شوند. درمانگر سعی می‌کند فضای پذیرش دنیای پدیدار شناختی زوجین را فراهم سازد و به پاسخ هریک از زوجین به آن دنیا اعتبار بخشد. فتون گشتالت درمانگری (پرلز و همکاران، ۱۹۵۱) و درمانگری مراجع محوری (راجرز، ۱۹۵۱) به منظور توانمندسازی زوجین در پذیرش جنبه‌های جدید خودشان در همسراری، و برای تعریف مجدد روابط برحسب این تجربه‌های جدید مورد استفاده قرار می‌گیرند.

جانسن و گرینبرگ (۱۹۸۷a) زوجین را به صورت تصادفی برای هشت جلسه هیجان‌درمانگری یا درمان رفتاری - شناختی حل مسأله تقسیم کردند. پیشرفت‌های هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار به صورت معنی‌دار بیشتر بود. تغییرات مثبت درمانی گروه هیجان‌درمانگری نیز در مقایسه با گروه درمان رفتاری - شناختی حل مسأله بیشتر بود و این تغییرات تا شش ماه پس از درمان نیز استمرار داشتند.

جانسن و گرینبرگ (b ۱۹۸۵) در پژوهشی دیگر نتایج هیجان‌درمانگری را برای درمانگران نوآموز که پیش از اجرای درمان ۱۲ ساعت آموزش دیده بودند بررسی کردند. کار این درمانگران در جریان درمان تحت سرپرستی انجام شد. پیشرفت‌های گزارش شده برای ۱۴ زوج معنی‌دار بوده اما میزان تأثیرات درمانبخش کمتر از تغییرات درمانی مطالعه قبلی بود.

جانسن و گرینبرگ (۱۹۸۸) با تجزیه و تحلیل تعدادی از جلسات درمان که طی آنها تغییرات درمانی در روابط زوجین مشاهده شده بود، رابطه فرایند هیجان‌درمانگری را با نتایج درمان بررسی کردند. نتیجه نشان داد که سطوح بالاتر «درگیری درمسانجوا^۱» (تجربه آموزی، اکتشاف، آشکارسازی احساسات) و مقادیر بیشتر «تعامل‌های مستقل و مشترک^۲» (آشکارسازی، مشارکت، مفاهمه) بین زوجین از مشخصه‌های جلسات درمانی موفق بودند.

درمانگری سیستمی مشکلات زناشویی (Systemic Marital Therapy (SMT

ازدواج و زندگی مشترک به منزله یک سیستم دو عضوی تحت تسأثیر حالت‌های هیجانی زوجین، بین آنها و تأثیرات محیط (مثل بچه‌ها، خانواده‌های اصلی، دوستان و سیستم‌های کاری) قرار می‌گیرد (تود، ۱۹۸۶). سیستم زوجی سعی می‌کند نیازهای هریک از زوجین و نیازهایی را که محیط بر آنها تحمیل می‌کند برآورده سازد.

استیصال وقتی شکل می‌گیرد که زوجین در دام یک الگوی تعاملی ناخرسند ساز که در عین حال احساس می‌کنند ایمن‌ترین الگوی تعاملی است گرفتار می‌شوند. این «موقعیت پایدار ناخرسندساز^۳» (تود، ۱۹۸۶) در جریان کاهش رفتارهای انطباقی و شکل‌گیری رفتارهای غیرانطباقی، مانند شرابخواری، خشونت، افسردگی و مشکلات جنسی آشکار است.

1. Client involvement

2. Autonomous and affiliative interactions

3. Stable unsatisfactory situation

بحران زناشویی گاه به دنبال تغییرات اساسی در سیستم زوجی، مانند بیماری، داغدیدگی، تولد یا مرگ فرزند که سیستم توان انطباق با آن را ندارد، ایجاد می‌شود (ترچر، ۱۹۸۵). انطباق ممکن است تحت تأثیر رفتاری مخصوص که به طور ثابت وجود داشته اما ناخرسندساز می‌باشد با مشکل مواجه شود.

مفاهیمی مانند «مرزهای قوی و ضعیف^۱»، «فاصله^۲» و «قدرت^۳» در چارچوب سیستم زوجی (مینوچین، ۱۹۷۴)، به منزله ابعادی محسوب می‌شوند که جایگاه و موقعیت زوجین را مشخص می‌کنند. مواضع خشک و انعطاف‌ناپذیر در این ابعاد زمینه‌ساز بروز مشکلاتی برای سیستم زوجی در پاسخگویی به خواسته‌های معین می‌باشند.

تضعیف و تقویت مرزها و تغییر توازن قدرت در سیستم زوجی با تجویز رفتارها و تعامل‌های مخصوص امکان‌پذیر است. کرو و ریدلی (۱۹۹۰) معتقدند که این مفاهیم مقیاس‌های مناسبی برای سنجش پیشرفت در روابط نیستند، زیرا حرکت در امتداد یک بعد ممکن است برحسب ماهیت خواسته‌ها در هریک از جهت‌ها لازم باشد. البته مفهوم «انعطاف‌پذیری^۴» برای انطباق با تغییر شرایط، شاخصی کسارآمد برای یک سیستم سالم به حساب می‌آید. راه کارهای راهبردی مانند مثبت‌انگاری نشانه‌های مرضی ارزشمند برای سیستم یا استفاده از «دستورات پارادکسی^۵» با درهم شکستن الگوهای خشک رفتاری، انعطاف‌پذیری را به سیستم بر می‌گردانند.

بولنر و همکاران (۱۹۸۰) رویکرد سیستمی را با مشاوره دو جانبه برای زوجین با مشکلات زناشویی مقایسه کردند. درمانگری سیستمی با ایجاد بینش نسبت به جنگ قدرت پنهان و آشکار زوجین این امکان را برایشان فراهم کرد تا به بحث در مورد تغییراتی بپردازند که وقوع آنها را در چارچوب روابطشان ضروری می‌دانستند. دو رویکرد درمانی در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار پیشرفت‌های معنی‌دار را باعث شدند. تغییرات مثبت درمانی تا شش ماه پس از پایان دوره درمان پایدار بودند، گرچه میزان طلاق بین زوجین برای رویکرد سیستمی

1. Strong and weak boundaries

۲. Distance

۳. Power

۴. Flexibility

۵. Paradoxical injunctions

بیشتر بود. این یافته چنین القاء می‌کند که بیش به تنهایی برای درمان کفایت نمی‌کند و انضمام رویکردهای رفتاری به نتایجی بهتر می‌انجامد.

گلدمن و گرینبرگ (۱۹۹۲) درمانگری سیستمی مشکلات زناشویی (SMT) را با هیجان درمانگری مقایسه کردند. پس از ۱۰ جلسه نتایج هر دو گروه بهتر از گروه کنترل لیست انتظار بود. درمانگری‌های سیستمی و هیجانی به یک میزان در تسکین استیصال زوجین، تسریع انحلال تعارضات و کاهش نارضایتی‌ها مؤثر بودند، با این تفاوت که گروه SMT پایداری بیشتری در زمینه تغییرات مثبت درمانی چهار ماه پس از پایان دروه درمان نشان دادند.

زوج درمانگری رفتاری - سیستمی (Behavioral-systems Couple Therapy (BSCT)

زوج درمانگری رفتاری - سیستمی با به کارگیری دو رویکرد BMT و SMT بر حسب مشکلات و نشانه‌های مرضی زوجین از راه‌کارهای درمانی هر دو رویکرد استفاده می‌کند (اسپینکس و بیرچلر، ۱۹۸۲؛ کرو و ریدلی، ۱۹۹۰). درمانگر از راه‌کارهای رفتاری برای حل مشکلات زوجین در زمینه‌های ارتباطی، گفتگو و مهارت‌های حل مسأله استفاده می‌کند، و راه‌کارهای سیستمی را زمانی به کار می‌برد که پیچیدگی و انعطاف ناپذیری تعاملی زوجین برجسته‌تر باشند.

اسپینکس و بیرچلر (۱۹۸۲) استفاده از راه‌کارهای سیستمی را به منزله فنون جایگزین روش‌های درمان رفتاری زمانی توصیه می‌کنند که مقاومت زوجین مانع پیشرفت درمان شود. دلایل مقاومت در برابر رفتار درمانگری عبارتند از: نقض قواعد مسلم و استقرار یافته خانوادگی؛ آداب و اعمال پنهان؛ ترس‌های فاجعه‌آمیز از مطرح ساختن موضوعات معین؛ گراف بینی هزینه‌های تغییر؛ و نفوذ مخرب والدین. نشانگرهای چنین مقاومت‌ها و موانعی را می‌توان به این شرح برشمرد: عدم حضور در جلسات درمان؛ کوتاهی و شکست در تکمیل تکالیف خانگی؛ انسداد در آموزش مهارت‌های ارتباطی؛ ظهور مجدد نشانه‌های مرضی اصلی یا پیدایش نشانه‌های جدید؛ و فقدان تداوم و تعمیم‌دهی پیشرفت‌های به دست آمده. موارد زیر نمونه‌هایی از راه‌کارهای سیستمی هستند: تفسیر و تغییر برچسب (بازنامی)؛ مشکل؛ سرمشق‌گیری تشریحی؛^۲ پیش‌بینی و مواجهه با تمایلات ایدایی زوجین؛ و روش‌های پاراداکسی. راه‌کارهای

1. Relabelling

2. Interpretive modeling

درمانی مورد نظر اسپینکس و بیرچلر از رویکردهای درمانی متعدد از جمله رویکرد سیستمی مشتق شده‌اند.

کرو و ریدلی (۱۹۹۰) راهنمای بالینی سلسله مراتب سطوح راه‌کارهای درمانی را تنظیم کردند. این شکل از زوج‌درمانگری رفتاری - سیستمی (BSCT) راه‌کارهای درمانی را مطابق با مشکلات زوجین تجویز می‌کند. انتخاب بین راه‌کارهای رفتاری یا سیستمی در پی سنجش میزان درآمیختگی روابط زوجین و انعطاف‌ناپذیری تعاملی آنها صورت می‌گیرد. حرکت در جهت بالا و پائین سلسله مراتب سطوح راه‌کارهای درمانی همچنین بر حسب نوع پاسخ به تغییرات در چارچوب روابط زوجین در فواصل بین جلسات تعیین می‌شود. راه‌کارهای رفتاری شامل فرایندهایی مانند گفتگوی دوجانبه، مهارت‌های حل‌مسأله و ارتباط آموزشی می‌شوند، در حالی که راه‌کارهای سیستمی فرایندهای ساختاری ناظر بر عدم توازن بین زوجین و تصریح و تعیین مرزهای بین زوجین و پیرامون آنها را در بر می‌گیرند. راه‌کارهای راهبردی به صورت پیام‌های دقیق به منظور بر هم زدن تعادل بین زوجین، مانند استفاده از دستورات پارادکسی، به کار گرفته می‌شوند (رک، بشارت، ۱۳۷۸).

بررسی کارآمدی زوج‌درمانگری رفتاری - سیستمی نیازمند تحقیقات نظام‌دار در رابطه با زوجین دارای مشکلات زناشویی است.

پیامدها و رهنمودها

هم‌ارزی آشکار مدل‌های درمانی مورد استفاده برای درمان مشکلات زوجین (باکوم و هوفمن، ۱۹۸۶) بیانگر مشابهت قاطع در زمینه نتایج به دست آمده از راه‌کارهای درمانی متفاوت می‌باشد (استایلز و همکاران، ۱۹۸۶). این هم‌ارزی را می‌توان به چند شکل تبیین کرد: الف) مقیاس‌های سنجش - در مورد تنوع و میزان حساسیت مقیاس‌های به کار رفته برای سنجش تغییرات در جریان درمانگری انتقادهایی مطرح شده (مارکمن، ۱۹۹۱، ۱۹۹۲؛ پک و شاپیرو، ۱۹۹۰؛ مورلی، ۱۹۸۹) و برای ابداع ابزار سنجش معتبرتر پیشنهادهایی ارائه شده‌اند. یکی از پیشنهادها این است که از شیوه‌های سنجش متنوع‌تری استفاده شود. این شیوه‌ها می‌توانند شامل مقیاس‌های جمعیت‌شناختی (مانند میزان جدایی و طلاق)، خودسنجی و مشاهده‌ای، مخصوصاً در مورد سبک‌های تعاملی رفتار والگوه‌های ارتباطی زوجین باشند. مارکمن (۱۹۹۲) معتقد است که تحقیقات در مورد مشکلات زوجین بیش از حد بر معیار «خرسندی» برای ارزشیابی نتیجه درمان تاکید کرده‌اند و به معیارهای ارزشمندی مانند

مقیاس‌های عشق‌ورزی، تعهد، و تدابیر تعارضی کمتر توجه شده است. سنجش این متغیرهای متنوع امکان اندازه‌گیری و ارزشیابی تغییرات درمانی را در سطوح متفاوت امکان‌پذیر می‌سازد.

ب) صحت فرایند درمان - علی‌رغم تنوع ظاهری راه‌کارهای درمانی، اکثر رویکردها در متغیرهای مؤثر و درمان‌بخش مشترک هستند و در واقع همین متغیرها باید معیار ارزشیابی تغییرات درمانی قرار گیرند (باتلر، ۱۹۸۳؛ استایلز و همکاران، ۱۹۸۶). گرچه بعضی محققان برای پاسخگویی به این شبهه به تحلیل جلسات درمان پرداخته‌اند (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱؛ جاکوبسن، ۱۹۹۱)، ضرورت اطمینان از صحت فرایند درمان مورد استفاده برای پژوهش‌های سنجش نباید دست کم گرفته شود (استارتاپ و شاپیرو، ۱۹۹۳).

ج) انتخاب تصادفی نمونه تحقیق - دقت در معیارهای روش شناختی طرح تحقیق به جمع‌آوری اطلاعات معتبر در مورد نتایج درمان کمک می‌کند. انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های درمانی کنترل، یا همسان‌سازی آزمودنی‌های هر گروه، دو روش کارآمد برای حصول اطمینان از توزیع تصادفی و شکل‌گیری گروه‌های مشابه هستند (رز و کلاین، ۱۹۸۸).

د) اندازه نمونه تحقیق - نمونه‌های کوچک قدرت آماری یافته‌های مربوط به نتایج درمان را کاهش می‌دهند (استکتی و جامبلس، ۱۹۹۲). بعضی سعی کرده‌اند این نقیصه را با فرا تحلیل‌گری داده‌ها جبران کنند (هالچ و مارکمن، ۱۹۸۸)، اما در شرایط فعلی تنها زوج درمانگری رفتاری مشکلات زناشویی با نمونه کافی و شرایط مطلوب چنین تحلیلی را امکان‌پذیر می‌سازد. البته تحقیق با نمونه‌های کوچک در نقطه آغاز و به منظور آزمودن میزان کارآمدی رویکردهای جدید می‌تواند مفید باشد و از اتلاف منابع محدود ایسن قبیل مطالعات پیش‌گیری کند (مارکمن، ۱۹۹۲). بر این اساس، استفاده از روش مطالعه موردی برای ارزشیابی راه‌کارهای درمانی متناسب با آن مورد توصیه شده است (مورلی، ۱۹۸۹). تحقیقات موردی همچنین فرایند پژوهش‌های سنجشی را در موقعیت‌های بالینی که معمولاً تعداد مراجعان محدود هستند تسهیل می‌کنند و امکان بررسی‌های کنترل شده نتایج درمان را فراهم می‌سازند.

ه) فرایند تحقیق - مطالعه فرایندهای درمان‌بخش بر حسب راه‌کارهای درمانی، میزان کارآمدی متغیرهای زوج درمانگری‌های متفاوت را مشخص می‌کند. تحقیقاتی که در آنها جلسات درمان فردی به منظور سنجش کیفیت تعامل زوجین و عمق روابط عاطفی آنها انجام می‌شوند، مانند آنچه جانسن و گرینبرگ (۱۹۸۸) گزارش کرده‌اند، جایشان در پژوهش‌های مربوط به زوج درمانگریها واقعا خالی است. ارزشیابی فرایند درمان در چارچوب

درمانگری‌های فردی به عنوان جزء تفکیک‌ناپذیر بررسی‌های نتایج درمانی درآمده (شاپیرو و همکاران، ۱۹۸۹؛ مارکمن و همکاران، ۱۹۹۳)، اما هنوز در حوزه زوج‌درمانگری جایگاه خاص خود را به دست نیاورده است.

(و) **برنامه‌های پیش‌گیری** - مارکمن (۱۹۹۲) تدارک برنامه‌های پیش‌گیری و افزایش سطح رابطه را به جای تمرکز محض بر «درمان» مشکلات ارتباطی، تحت عنوان «موضوعات داغ» سنجش، زوج‌درمانگری پیشنهاد می‌کند. مارکمن و همکاران (۱۹۹۳) با بررسی نتایج یک برنامه پیش‌گیری و افزایش سطح رابطه^۱ چهار و پنج سال پس از پایان برنامه مذکور، سطوح بالاتر مهارت‌های ارتباطی مثبت، سطوح پایین‌تر مهارت‌های ارتباطی منفی، و سطوح پائین‌تر خشونت زناشویی را برای زوجین دریافت‌کننده PREP گزارش کرده‌اند. برنامه افزایش سطح رابطه در نخستین مراحل درمان، زمانی که زوجین برای شکل‌گیری عادت‌های جدید تلاش می‌کنند، می‌تواند به استمرار روابط موفقیت‌آمیز دراز مدت کمک کند.

(ز) **تحقیقات طولی** - علی‌رغم دشواری‌های تحقیقات طولی مانند استخدام و نگهداری آزمودنی و آنچه اصطلاحاً «خاصیت زدایی ابزاری (زوال پذیری ابزاری)»^۲ نامیده می‌شود (یعنی تاثیر تکرار فرم‌های ارزشیابی مشابه بر آزمودنی)، بر ضرورت ادامه تحقیقات طولی تاکید می‌شود (مارکمن، ۱۹۹۲). تحقیقات طولی شاخص‌های ارزشمندتر و معنی‌دارتری از تاثیر دراز مدت و پایداری تغییرات درمانی فراهم می‌سازد.

(ح) **پارادکس تعادل**^۳ - تحقیقات کارآمدی زوج‌درمانگری را برای مدل‌های درمانی متفاوت نشان داده‌اند. یافته‌های تحقیقات بالینی در زمینه رویکردهای متفاوت درمانگری فردی تشابه آشکار نتایج درمانی مدل‌های مختلف را اثبات کرده‌اند (استایلز و همکاران، ۱۹۸۶؛ بشارت، ۱۹۹۶؛ لاپورسکی و همکاران، ۱۹۷۵). نتایج درمانی ارائه شده در این مقاله نیز چنین نتیجه‌ای را در مورد رویکردهای متفاوت زوج‌درمانگری تایید می‌کنند.

در پاسخ به این پارادکس در دس‌آفرین تعادل، یعنی نتایج درمانی مشابه برای درمانگری‌های متفاوت، بعضی یافته‌ها تغییرات مثبت درمانی را بیش از راه‌کارهای درمانی به مشخصه‌ها و کنش‌وری‌های مراجع نسبت داده‌اند (استایلز و سلطان، ۱۹۶۹؛ بشارت، ۱۹۹۶) و بعضی تعادل را حاصل قدر مشترک متغیرها و فرایندهای پویای فضای درمان (درمانگر، راه‌کارهای درمانی،

1. Prevention and Relationship Enhancement Programme (PREP)

۲. Instrument decay

۳. Equivalence Paradox

درمانجو) دانسته‌اند (بشارت، ۱۹۹۶). فرض هر یک از اسنادهای مذکور در مورد کارآمدی رویکردهای متفاوت زوج‌درمانگری محتمل به نظر می‌رسد، اما اثبات آن مستلزم ادامه تحقیقات و ارزشیابی کمی و کیفی بیشتری باشد.

منابع

بشارت، م.ع. (۱۳۷۸). زوج‌درمانگری مشکلات جنسی. تازه‌های روان‌درمانی، ۱۲-۱۱، صفحه ۴۱-۲۳.

- Azrin, N.H., Naster, B.J. & Jones, R. (1973). Reciprocity counselling: a rapid learning based procedure for marital counselling. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 365-382.
- Babcock, J.C. & Jacobson, N.S. (1993). A program of research on behavioral marital therapy: hot spots and smouldering embers in marital therapy research. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 119-135.
- Balint, E. (1968) Unconscious communications between husband and wife, in: W. Joffe (Ed.) *What is Psychoanalysis?* London, Institute of Psychoanalysis.
- Barkham, M., Stiles, W.B. & Shapiro, D.A. (1993). The shape of change in psychotherapy: longitudinal assessment of personal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 667-677.
- Baucom, D.H. & Epstein, N. (1991). Will the real cognitive-behavioral marital therapy please stand up? *Journal of Family Psychology*, 4, 394-401.
- Baucom, D.H. & Hoffman, J.A. (1986). The effectiveness of marital therapy: current status and application to the clinical setting, in: N. Jacobson & A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York, Guilford Press.
- Baucom, D.H., Epstein, N., Sayers, S. & Goldman Sher, T. (1989). The role of cognitions in marital relationships: definitional, methodological and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 31-38.
- Baucom, D.H., Sayer, S.L. & Sher, T. (1990). Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: an outcome investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 636-645.
- Beck, A.T. (1988). *Love is Never Enough*. New York, Harper and Row.
- Bennun, I. (1984). Evaluating marital therapy: a hospital and community study. *British Journal of Guidance and Counselling*, 12, 855-891.
- Besharat, M.A. (1996). An investigation of the relationship between personality-family factors and response to treatment in young adult anorexic and bulimic patients. Unpublished Ph.D. thesis. University of London.
- Beutler, L.E. (1983). *Eclectic Psychotherapy: A Systematic Approach*. New York. Pergamon Press.
- Boelens, W., Emmelkamp, P., Macgillarvry, D. & Markvoort, M. (1980). A clinical evaluation of marital treatment: reciprocity counselling vs system-theoretic counselling. *Behavioral Analysis and Modification*, 4, 85-96.
- Bradbury, T.N. & Fincham, F.D. (1990). Preventing marital dysfunction: review and analysis, in: Fincham & Bradbury (Eds) *The Psychology of Marriage*. New York. Guilford Press.
- Carroll, L. (1962). *Alice's Adventures in Wonderland*. Harmondsworth. Penguin Books.
- Christensen, A. & Shenk, J.L. (1991). Communication, conflict and psychological distance in non-distressed, clinical and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 458-463.
- Cookerly, J.R. (1980). Does marital therapy do any lasting good? *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, 393-397.
- Crowe, M. & Ridley, J. (1990). *Therapy With Couples: A behavioural-systems approach to marital and sexual problems*. Oxford. Blackwell.

- Daniel, D. (1985). Marital therapy: the psychodynamic approach, in: W. Dryden (Ed.) *Marital Therapy in Britain*, Vol. 1. London: Harper & Row.
- Dicks, H.V. (1967). *Marital Tensions*. Clinical studies towards a psychological theory of interaction. London: Rotledge & H.Kegan Paul.
- Epstein, N., Baucom, D.H. & Rankin, L.A. (1993). Treatment of marital conflict: a cognitive-behavioral approach. *Clinical Psychology Review*, 13, 45-57.
- Fincham, F.D. & Bradbury, T.N. (1988). The impact of attributions in marriage: empirical and conceptual foundations. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 77-90.
- Goldman, A. & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 962-969.
- Gurman, A.S., Kniskern, P.D. & Pinsof, W.M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy, in: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds) *Handbook on the Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Hahlweg, K. & Markman, H.J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Jacobson, N.S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: the relative effectiveness of behavior exchange and problem solving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 295-305.
- Jacobson, N.S. (1991). Behavioral vs insight-oriented marital therapy: labels can be misleading. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 142-145.
- Jacobson, N.S. (1992). Behavioral couple therapy: a new beginning. *Behavior Therapy*, 23, 493-506.
- Jacobson, N.S. & Margolin, G. (1979). *Marital Therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N.S., Follett, W.C., Revenstorf, D., Baucom, D.H., Hahlweg, K. & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: a reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 496-504.
- Jacobson, N.S. & Holtzworth-Munroe, A. (1986). Marital therapy: a social learning-cognitive perspective, in: N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, N.S., Schmalings, K.B. & Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: 2 year follow-up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 187-195.
- Jacobson, N.S., Schmalings, K.B., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J.L., Wood, L.F. & Follette, V.M. (1989). Research-structured vs clinical flexible versions of social learning based marital therapy. *Behavior Research and Therapy*, 27, 173-180.
- Johnson, S.M. & Greenberg, L.S. (1985a) The differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184.
- Johnson, S.M. & Greenberg, L.S. (1985b) Emotionally focused couples therapy: an outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 313-317.
- Johnson, S.M. & Greenberg, L.S. (1987). Emotionally focused marital therapy: an overview. *Psychotherapy*, 24, 552-560.
- Johnson, S.M. & Greenberg, L.S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175-183.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Markman, H.J. (1991). Backwards into the future of couples therapy and couples therapy research. *Journal of Family Psychology*, 4, 416-425.
- Markman, H.J. (1992). Marital and family psychology: burning issues. *Journal of Family Psychology*, 5, 264-275.
- Markman, H.J., Renick, M.J., Floyd, F.J., Tetanley, S.S. & Clements, M. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict training: a 4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 70-77.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge MA: Harvard University Press.

- Morley, S. (1989). Single case research, in: G. Parry & F.N. Watts (Eds) *Behavioral and Mental Health Research: A Handbook of Skills and Methods*. London. Erlbaum.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy*. New York, Julian Press.
- Peck, D.F. & Shapiro, C.M. (1990). Guidelines for the construction, selection and interpretation of measurement devices, in: Peck, D.F. & Shapiro, C.M. (Eds) *Measuring Human Problems*. Chichester. Wiley.
- Rogers, C.R. (1951). *Client Centred Therapy*. Boston, MA. Houghton Mifflin.
- Ross, D.C. & Klein, D.F. (1988). Group matching: is this a research technique to be avoided? *Educational and Psychological Measurement*, 48, 281-295.
- Ruszczynski, S.P. (1992). Notes towards a psychoanalytic understanding of the couple relationship. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 6, 33-48.
- Shapiro, D.A., Barkham, M., Hardy, G.E. & Morrison, L.A. (1989). The second sheffield psychotherapy project: rationale, design and preliminary outcome data. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 97-108.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD. Johns Hopkins University Press.
- Snyder, D.K. & Wills, R.M. (1989). Behavioral vs insight-oriented marital therapy: effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 39-46.
- Snyder, D.K., Wills, R.M. & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral vs insight-oriented marital therapy: a 4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 138-141.
- Snyder, D.K., Mangrum, L.F. & Wills, R.M. (1993). Predicting couples' response to marital therapy: a comparison of short- and long-term predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 61-69.
- Spinks, S.H. & Birchler, G.R. (1982). Behavioral-systems marital therapy: dealing with resistance. *Family Process*, 21, 169-185.
- Startup, M. & Shapiro, D.A. (1993). Therapist treatment fidelity in prescriptive vs exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 443-456.
- Steketee, G. & Chambless, D.L. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 387-400.
- Styles, W.B., Shapiro, D.A. & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Todd, T.C. (1986). Structural-strategic marital therapy, in: N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds) *Marital Therapy in Britain*. London. Harper & Row.
- Wilson, G.L., Bornstein, P.H. & Wilson, L.J. (1988). Treatment of relationship dysfunction: an empirical evaluation of group and conjoint behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 929-931.