

## رفتار درمانی شناختی زوج‌ها - بخش اول: مقاله مروری

### دکتر فرانک م. داتیلیو

دانشکده پزشکی دانشگاه هاروارد

### دکتر بهروز بیرشک<sup>۱</sup>

انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات  
بهداشت روان

این مقاله روش‌های نوین شناختی- رفتاری زوج درمانی و مفهوم‌سازی مورد بر اساس مدل شناختی را مطرح می‌کند و سپس به بررسی و توضیح درباره جنبه‌هایی نظیر افکار خودآیند طرح واره‌های زیربنایی، انواع تحریف‌های شناختی و مهارت‌های برقراری ارتباط و نحوه حل مشکل می‌پردازد. سپس نحوه ارزیابی بالینی شامل مصاحبه مشترک اولیه و مصاحبه‌های انفرادی، پرسشنامه‌هایی که برای ارزیابی به‌کار می‌روند و ارائه پسخوراند به زوج توضیح داده می‌شود. قسمت دوم که در شماره آینده چاپ خواهد شد به‌نحوه درمان و انجام مداخلات خواهد پرداخت.

کلیدواژه: رفتاردرمانی شناختی، زوج، طرح‌واره، افکار خودآیند

### مقدمه

رفتاردرمانی شناختی زوج‌ها<sup>۲</sup> (CBTC) در دهه گذشته به عنوان ره‌یگری قدرتمند و مؤثر در زمینه مشکلات ارتباطی شکل گرفته است (داتیلیو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ داتیلیو و اپشتاین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). آلبرت ایس برای اولین بار قابلیت استفاده از CBTC را مطرح کرد (الیس و هارپر<sup>۵</sup>، ۱۹۶۱). او و همکارانش به نقش مهم شناخت در مشکلات ازدواج، اشاره نمودند. به‌نظر ایس ناکارآمدی ارتباطی زمانی رخ می‌دهد که طرفین از روابط خود باورهای غیرواقعی داشته باشند و از منشأ نارضایتی خود ارزیابی‌های بسیار منفی ارائه دهند (الیس، ۱۹۹۷؛ ایس، سیکل<sup>۶</sup>، بیگر<sup>۷</sup>، دی‌ماتیا<sup>۸</sup> و دی‌گیوسپه<sup>۹</sup>، ۱۹۸۹). در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، رفتاردرمانگران برای پرداختن به رفتارهای مشکل‌دار بزرگسالان و کودکان از اصول نظریه یادگیری استفاده کردند. بسیاری از اصول و روش‌های رفتاری که در درمان انفرادی از آنها استفاده می‌شد، بعدها برای زوج‌های ناراضی و پس از آن برای خانواده‌ها به‌کار گرفته شد. به‌عنوان مثال، استوارت<sup>۱۰</sup> (۱۹۶۹)، لیبرمن<sup>۱۱</sup> (۱۹۷۰) و وایس<sup>۱۲</sup>، هویس<sup>۱۳</sup> و پاترسون<sup>۱۴</sup> (۱۹۷۳) برای

تسهیل تعامل‌های ارضاکنده زوج‌های مشکل‌دار و خانواده‌ها از نظریه تبادل اجتماعی و اصول یادگیری عامل استفاده کردند. این کار باعث شد که تحقیقات بعدی زوج‌درمانگران به سمت شناسایی اهمیت مداخله عوامل شناختی و الگوهای تعاملی رفتار سوق داده شود. قبل از ارائه نظریه‌های اصلی خانواده‌درمانی، اینگونه مطرح شده بود که شناختارها را می‌توان به‌عنوان بخش فرعی درمان در الگوی رفتاری مورد استفاده قرار داد (مارگولین<sup>۱۵</sup> و وایس، ۱۹۷۸)، اما در دهه ۱۹۸۰ عوامل شناختی در کانون اصلی توجه منابع پژوهشی و درمانی زوج‌ها قرار گرفتند و مستقیم‌تر و ساختارمندتر از آنچه در سایر رویکردهای نظری زوج‌درمانی وجود داشت، وارد درمان شدند (باکوم<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۷؛ باکوم، اپشتاین، سائرز<sup>۱۷</sup> و شر<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۹؛ بک<sup>۱۹</sup>، ۱۹۸۸؛ داتیلیو، ۱۹۸۹؛ اپشتاین، ۱۹۸۲؛ اپشتاین و ایدلسون<sup>۲۰</sup>، ۱۹۸۱؛ فینچام<sup>۲۱</sup>، بیچ<sup>۲۲</sup> و نلسون<sup>۲۳</sup>، ۱۹۸۷؛ وایس، ۱۹۸۴). با مطرح‌شدن تحریف‌های شناختی و

2- Cognitive Behavioral Therapy with Couples

4- Epstein

6- Sichel

8- Dimattia

10- Stuart

12- Weiss

14- Patterson

16- Baucom

18- Sher

20- Eidelson

22- Beach

3- Dattilio

5- Harper

7- Yeager

9- Diguseppe

11 - Liberman

13- Hops

15- Margolin

17- Sayers

19- Beck

21- Fincham

23- Nelson

۱- نشانی تماس: خیابان ستارخان، نبش، جنب بیمارستان حضرت رسول (ص)، انستیتو روانپزشکی تهران.

Email: birashk@ams.ac.ir

زمانی که برای فهم تعامل بین دو نفر تلاش می‌شود. بسیاری از مفهوم‌سازی‌های مورد استفاده، از نظریه بنیادی طرحواره‌های ناکارآمد پیروی می‌کنند که در زیر به تفصیل شرح داده شده است.

### افکار خودآیند، طرح‌واره‌های زمینه‌ای و تحریف‌های شناختی

باکوم و همکاران (۱۹۸۹) یک نوع‌شناسی شناختی را بنا نهاده‌اند که در توضیح روابط مشکل‌دار مورد استفاده قرار می‌گیرد. اگرچه تمام این انواع در واقع شکلی از اشکال شناخت طبیعی انسان است، ولی احتمال تحریف برای همه آنها وجود دارد (باکوم و اپشتاین، ۱۹۹۰؛ اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲). این انواع عبارتند از:

- ۱- توجه انتخابی<sup>۱</sup>: تمایل فرد به توجه به جنبه‌های خاصی از اتفاقاتی که در روابط او حادث می‌شوند و چشم‌پوشی از بقیه؛
  - ۲- اسنادها<sup>۲</sup>: استنباط در مورد عوامل مؤثر بر اعمال خود فرد یا طرف مقابل (به عنوان مثال این نتیجه‌گیری که فرد مقابل به این دلیل به سؤال پاسخ نمی‌دهد که می‌خواهد رابطه را کنترل کند)؛
  - ۳- انتظارات<sup>۳</sup>: پیش‌بینی احتمال وقوع وقایع خاص در رابطه (به عنوان مثال، بیان احساسات منجر به ناسزا گفتن طرف مقابل خواهد شد)؛
  - ۴- فرض‌ها<sup>۴</sup>: باورداشت‌هایی درباره مشخصات طبیعی افراد یا روابط آنها (به عنوان مثال، زنی که به طور کلی فرض می‌کند مردان به وابستگی عاطفی نیاز ندارند)؛
  - ۵- معیارها<sup>۵</sup>: باورداشت‌هایی راجع به خصوصیات که افراد و روابطشان باید داشته باشند (به عنوان مثال اینکه طرفین نباید هیچ مرزی بینشان باشد و تمام عقاید و عواطفشان را باید با یکدیگر در میان بگذارند).
- از آنجا که معمولاً در هر برخورد بین فردی مقدار زیادی اطلاعات وجود دارد، درجاتی از توجه انتخابی گریزناپذیر است.

ادراکات نادرست در درمان زوج‌ها، توجه درمانگران به استنباط‌ها و باورهای طرفین نسبت به هم معطوف گشت و استفاده احتمالی از این باورها برای پیدا کردن راهی برای رهایی از بن‌بست‌های رابطه‌ای، مورد توجه قرار گرفت (باکوم، اپشتاین، ۱۹۹۰؛ داتیلو و پادسکی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ اپشتاین، ۱۹۹۲؛ اپشتاین و باکوم، ۱۹۸۹). ارزیابی شناختی و روش‌های مداخله‌ای، از درمان انفرادی به عاریه گرفته شد و برای استفاده در مورد زوج‌ها مطابقت داده شد. همانند درمان انفرادی، برای تقویت قابلیت زوجین در ارزیابی و تغییر شناخت‌های مشکل‌ساز، مداخلات شناختی- رفتاری مربوط به زوج طراحی شد که این مداخلات باعث کسب مهارت‌های ارتباطی و حل مشکل نیز می‌گردند (باکوم و اپشتاین، ۱۹۹۰؛ اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲).

اگرچه برای نشان دادن تأثیر CBTC، شواهد تجربی قابل ملاحظه‌ای بر اساس مطالعات بررسی نتیجه درمان به دست آمده است، اما اغلب مطالعات اساساً به مداخلات رفتاری توجه کرده، فقط تعداد کمی اثر روش‌های بازسازی شناختی را مورد مطالعه قرار داده‌اند (باکوم، شوهم<sup>۲</sup>، موسر<sup>۳</sup>، دایوتو<sup>۴</sup> و استیکل<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). افزایش استفاده از روش‌های شناختی- رفتاری به وسیله زوج‌درمانگران احتمالاً به عوامل زیر مربوط است: پژوهش‌هایی که اثربخشی آنها را تأیید کرده‌اند؛ استقبال مراجعین، که اغلب برای رویکردهای فعال<sup>۶</sup> در حل مشکلات و کسب مهارت‌ها ارزش قائلند؛ تأکید بر روش‌هایی که در آنها بین درمانگر و درمانجو رابطه مشارکتی برقرار است و در نهایت اینکه ایده‌ها با سایر روش‌های درمانی بسیار سازگار هستند. اخیراً CBTC گسترش یافته و عوامل زمینه‌ای گسترده‌ای مانند جنبه‌هایی از محیط فیزیکی و بین فردی زوج (به عنوان مثال، خانواده گسترده، محل کار، مزاحمت همسایگان، شرایط اقتصاد ملی) را مدنظر قرار می‌دهد (اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲). این رویکرد در اثر تلاش‌های خلاقانه درمانگران و پژوهش‌های در دست انجام (که قابلیت استفاده از CBTC را افزایش می‌دهند) همچنان رو به تکامل است.

### مدل شناختی - رفتاری مفهوم‌سازی مورد

مفهوم‌سازی مورد<sup>۷</sup> در CBTC بسیار اهمیت دارد، به خصوص

1- Padesky	2- Shoham
3- Mueser	4- Daiuto
5- Stickle	6- proactive
7- case conceptualization	8- selective attention
9- attributions	10- expectations
11- assumptions	12- standards

منابع اولیه نظیر خانواده اولیه، آداب و رسوم فرهنگی، رسانه‌ها و تجربیات زودرس عاطفی و سایر روابط آموخته می‌شود. به اعتقاد نظریه‌پردازان دلبستگی<sup>۷</sup>، الگوهای ارتباط «خود» با دیگران طرح‌واره‌هایی هستند که افکار خود آیند و پاسخ‌های عاطفی آنها را در رویارویی افراد مهم در زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد (جانسون<sup>۸</sup> و دنتون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). هر یک از زوجین علاوه بر طرح‌واره‌هایی که با خود به رابطه می‌آورد، در ارتباط فعلی خود نیز طرح‌واره‌هایی به وجود می‌آورد که خاص این رابطه هستند.

طرح‌واره‌های روابط اغلب به وضوح در ذهن فرد شکل نگرفته‌اند، بلکه به صورت مفاهیم مهمی از آنچه هست یا باید باشد، وجود دارند (بک، ۱۹۸۸؛ ایشتاین و باکوم، ۲۰۰۲). ایده‌های شکل گرفته قبلی، نحوه پردازش اطلاعات را در موقعیت‌های جدید تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طور مثال، می‌تواند آنچه را فرد به طور انتخابی دریافت می‌کند تحت تأثیر قرار بدهد، یا بر استنباط وی از دلیل رفتار دیگران، و یا اینکه آیا فرد از رابطه راضی یا ناراضی است، مؤثر باشد. تعدیل طرح‌واره‌های موجود می‌تواند مشکل باشد، ولی تجربیات مکرر و جدید، بالقوه می‌تواند آنها را دگرگون کند (ایشتاین و باکوم، ۲۰۰۲؛ جانسون و دنتون، ۲۰۰۲).

به نظر بک و همکاران (۱۹۷۹) علاوه بر افکار خود آیند و طرح‌واره‌ها، تحریف‌های شناختی<sup>۱۰</sup> یا خطاهای پردازش اطلاعات نیز در تبدیل شناختارها به منبع نگرانی و تضاد در زندگی افراد نقش دارند. بر اساس توصیفات نوع‌شناسی باکوم و همکاران (۱۹۸۹) این خطاها منجر به دریافت‌ها، اسنادها، انتظارات، فرض‌ها و معیارهای تحریف شده یا نامناسب می‌شوند.

در نوع‌شناسی باکوم و همکاران (۱۹۸۹) پژوهش درباره اسنادها و معیارها بیشتر از سایر شکل‌های شناختارها انجام گرفته است [برای مروریافته‌ها به ایشتاین و باکوم (۲۰۰۲) مراجعه نمایید]. بسیاری از پژوهش‌هایی که روی اسناد زوج‌ها شده، نشان داده است که در یک رابطه مشکل دار احتمال اینکه زوج‌ها رفتارهای منفی طرف مقابل را به خوی کلی و ثابت، بدخواهی، خودخواه و

با این وجود باید به احتمال تشکیل دریافت سوگیرانه از یکدیگر توجه داشت. خطا در این استنباط‌ها می‌تواند بر روابط زوج‌ها اثر منفی بگذارد، خصوصاً وقتی یک فرد عمل فرد مقابل را به انگیزه‌های منفی (مثلاً بدخواهی) نسبت می‌دهد و یا در مورد اینکه فرد مقابل چه واکنشی نسبت به عمل وی نشان خواهد داد، قضاوت نادرست می‌نماید. وقتی فرض‌های مربوط به افراد و روابطشان واقع‌گرایانه باشد، به سازگاری افراد کمک می‌کند و بسیاری از معیارهای فردی (مانند معیارهای اخلاقی در مورد سوءاستفاده نکردن از دیگران)، به افزایش کیفیت روابط کمک می‌کند. با وجود این، فرض‌ها و معیارهای نادرست و افراطی می‌تواند به تعاملات نامناسب منجر شود.

بک (۱۹۹۵) و بک، راش<sup>۱</sup>، شاو<sup>۲</sup> و امری<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) جریان آگاهی لحظه به لحظه ایده‌ها، باورها یا تصاویر را افکار خود آیند نامیده‌اند. به عنوان مثال، «زن من مسایل خصوصی ما را با دیگران در میان می‌گذارد؛ به نظر من او به حریم شخصی اهمیتی نمی‌دهد». درمانگران رفتاردرمانی شناختی متوجه شده‌اند که معمولاً افراد به جای آنکه درستی افکار خود آیند را بسنجند، درستی آنها را براساس ارزش ظاهریشان قبول می‌کنند. گرچه هر یک از پنج نوع شناختاری که به وسیله باکوم و همکاران (۱۹۸۹) مطرح شده است، می‌تواند در افکار خود آیند افراد تجلی پیدا کند، اما درمانگران رفتاردرمانی شناختی بر برداشت‌های انتخابی لحظه به لحظه و استنباط‌هایی که در اسناد و انتظارات دخیل است، تأکید دارند و آنها را بارزترین شاخصه آگاهی فردی می‌دانند. به نظر می‌رسد که فرض‌ها و معیارها، جنبه‌های زمینه‌ای وسیعتری از جهان‌بینی فرد را دربرمی‌گیرند و در مدل شناختی بک طرح‌واره به حساب می‌آیند (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ بک، ۱۹۹۵؛ لیهی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶).

بر اساس مدل شناختی، محتوای دریافت‌ها و استنباط‌های هر فرد در اثر طرح‌واره‌ها یا ساختارهای شناختی زمینه‌ای نسبتاً ثابتی مانند ساختارهای<sup>۵</sup> شخصی (که اولین بار به وسیله کلی<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) توصیف شد)، شکل می‌گیرد. طرح‌واره‌ها شامل باورهای بنیادی درباره ذات انسان‌ها و روابط آنهاست، که نسبتاً ثابت هستند و ممکن است حتی انعطاف‌ناپذیر شوند. بسیاری از طرح‌واره‌های مربوط به روابط و تعاملات زوج‌ها در سال‌های اولیه زندگی و از

1- Rush	2- Shaw
3- Emery	4 - Leahy
5- constructs	6- Kelly
7- attachment	8 - Johnson
9- Denton	10 - cognitive distortions

و تجارب تلخ روابط گذشته که فرد را موقع تعامل با سایر افراد مستعد ابراز پاسخ‌های شناختی، احساسی و رفتاری تنش‌زا (به عنوان مثال خشم و ترس) می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، همسرانی که با یکدیگر ارتباط منفی برقرار می‌کنند، ممکن است در رابطه با سایرین مهارت‌های سازنده‌ای به کار برند که نشان می‌دهد اختلال مزمن در روابط نزدیک، مستقیماً مانع برقراری روابط مثبت نمی‌گردد (باکوم و اپشتاین، ۱۹۹۰).

### وفور رفتار منفی و کمبود رفتار مثبت میان همسران

تعاملات مشکل‌آفرین در زوج‌های مشکل‌دار تنها محدود به منفی و غیرمؤثر بودن مهارت‌های ارتباطی و حل مشکل نمی‌باشد. طرفین یک رابطه نزدیک معمولاً در برابر یکدیگر از رفتارهای غیرکلامی مختلف استفاده می‌کنند (باکوم اپشتاین، ۱۹۹۰؛ اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲)؛ مثل اعمال منفی و مثبتی که ابزاری<sup>۱</sup> هستند (یعنی انجام وظیفه‌ای برای رسیدن به هدفی، مانند اتمام کارهای منزل) یا اعمالی که به قصد تأثیر بر احساسات طرف مقابل انجام می‌شوند (مانند هدیه دادن). اگرچه این اعمال حاوی پیام‌های ضمنی می‌باشند ولی افکار و احساسات را به وضوح و روشنی بیان نمی‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرفین یک رابطه مشکل‌دار، در مقایسه با طرفین یک رابطه خوب اعمال منفی بیشتر و اعمال مثبت کمتری از خود به نمایش می‌گذارند (اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲). به علاوه ممکن است زوج‌های مشکل‌دار رفتارهای منفی را مقابله به مثل کنند که این خود به افزایش تعارض و مشکل منجر می‌گردد. بنابراین، یک قضیه بنیادی در CBTC این است که تکرار رفتار منفی باید کاهش یابد و رفتار مثبت بیشتر تکرار شود. این عمل به ویژه از آن جهت مهم است که رفتارهای منفی بیش از رفتارهای مثبت بر تجربه رضایتمندی از رابطه تأثیر می‌گذارد (گتمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ وایس و هایمن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). درمانگران هم به رفتارهای منفی بیشتر توجه کرده‌اند. با وجود این، درمان‌شوندگان علیرغم اینکه ممکن است بدون چنین رفتارهایی دچار مشکل و

بی‌عاطفه بودن وی نسبت دهند، بیشتر است [برای مطالعه بیشتر به برادبری<sup>۱</sup> و فین‌چام<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) و اپشتاین و باکوم (۲۰۰۲) مراجعه کنید]. به علاوه، در روابط مشکل‌دار احتمال اینکه همسران رفتارهای مثبت طرف مقابل را به خوبی ثابت و کلی وی نسبت دهند، کمتر است. این استنباط‌های سوگیرانه می‌تواند باعث بدبینی نسبت به بهبود رابطه، ارتباطات منفی و اشکال در حل مشکل<sup>۳</sup> شود. یکی از حوزه‌های تحقیق در زمینه طرح‌واره‌ها، بر باورهای غیرواقعی بالقوه افراد در مورد ازدواج متمرکز شده است (اپشتاین و ایدسون<sup>۴</sup>، ۱۹۸۱). باکوم، اپشتاین، رانکین<sup>۵</sup> و برنت<sup>۶</sup> (۱۹۹۶) به ارزیابی استانداردهای رابطه افراد در مورد مرز میان طرفین، توزیع کنترل/قدرت و مقداری که هر فرد لازم است در رابطه سرمایه‌گذاری کند، پرداختند. آنها متوجه شدند کسانی که از تحقق یافتن معیارهایشان در درون یک رابطه ناراضی‌تر بودند، بیشتر مشکل داشتند و ارتباطشان با طرف مقابل منفی‌تر بود.

### مهارت‌های ارتباطی و حل مشکل

بسیاری از شواهد تجربی نشان می‌دهد که زوج‌های مشکل‌دار در بیان افکار و احساسات، مهارت‌های گوش‌فرا دادن و حل مشکل از انواع الگوهای منفی و غیرمؤثر برقراری ارتباط استفاده می‌کنند (اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲؛ والش<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸). بیان افکار و احساسات، مستلزم خودآگاهی، استفاده صحیح از واژه‌ها برای بیان تجربه‌های شخصی، رهایی از عوامل مهارکننده (شامل ترس از طرد شدن) و مقداری خویشتن‌داری است (به عنوان مثال، تسلیم نشدن در برابر میل به مقابله به مثل در برابر کسی که فرد را ناراحت کرده است). محور حل مؤثر مشکل عبارت است از قابلیت‌هایی که فرد به وسیله آنها شاخصه‌های یک مشکل را به وضوح بیان و راه‌حل‌های بالقوه جایگزین را مطرح می‌کند، با همسر خود در بررسی سود و زیان هر یک از راه‌حل‌ها همکاری می‌کند و در مورد بهترین راه‌حل به توافق می‌رسد و برای عملی کردن آن برنامه‌ریزی می‌نماید.

ضعف در برقراری ارتباط و حل مشکل ممکن است به دلیل فرآیندهای مختلفی باشد، از جمله الگوهای یادگیری ناسازگار در دوره اجتماعی شدن فرد در خانواده اولیه، نقص در عملکردهای شناختی و برخی انواع از آسیب‌های روان‌شناختی، مانند افسردگی

1- Bradbury  
3- problem solving  
5- Rankin  
7- Walsh  
9- Gottman

2- Fineham  
4- Eidelson  
6- Burnett  
8- instrumental  
10- Heyman

و این مسأله می‌تواند به نادیده گرفتن احساساتشان در یک رابطه نزدیک منجر شود. برعکس، احساسات ناسنجیده ممکن است به‌طور ناگهانی نیازمند ابراز توجه شوند و به‌صورتی مخرب مانند دشنام دادن یا برخورد فیزیکی، بروز کنند. علت ناآگاهی احساسی افراد متفاوت است، ولی اغلب این افراد از خانواده اولیه آموخته‌اند که بیان احساسات، کاری نامناسب یا خطرناک است که باعث می‌شود این تصور در آنها پرورش یابد که حتی بیان جزئی احساسات می‌تواند به از دست رفتن تعادل آنها منجر شود (احتمالاً همراه با اختلال استرس پس از سانحه یا سایر اختلالات اضطرابی) و یا این ذهنیت که همسرشان به آنچه آنها احساس می‌کنند، اهمیت نمی‌دهد (اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲).

از سوی دیگر، برخی افراد در تعدیل احساسات خود دچار مشکل هستند و در پاسخ به حوادث نسبتاً جزئی زندگی، احساسات شدیدی را تجربه می‌کنند. تجربه احساسات تعدیل‌نشده (مانند اضطراب، خشم و غم) ممکن است به کاهش رضایتمندی از رابطه منجر شود. فردی که نتواند احساساتش را تعدیل کند، ممکن است طوری رفتار کند که تعارض را تشدید کند. عوامل مؤثر در تجربه احساسات کنترل‌نشده ممکن است شامل ضربه‌های احساسی گذشته (سوءاستفاده یا رها شدگی)، بزرگ شدن در خانواده‌ای که دیگر افراد آن قادر به تعدیل بیان احساسات خود نبوده‌اند و وجود اشکالی از آسیب‌های روانشناختی مانند اختلالات شخصیتی باشد (لینهان، ۱۹۹۳).

علاوه بر تجربه احساسات، میزان و چگونگی بیان احساسات به شریک عاطفی نیز می‌تواند کیفیت رابطه زوج را تحت تأثیر قرار دهد. درحالی‌که برخی افراد بیان خود را مهار می‌کنند، برخی دیگر احساسات خود را بی‌پرده ابراز می‌نمایند. عوامل احتمالی در بیان احساسات تعدیل نشده شامل موارد زیر است: تجربیات گذشته که در آن ابراز احساسات قوی تنها وسیله مؤثر جلب توجه و یا رهایی موقتی از تنش شدید احساسی بوده است و کمبود مهارت‌های تسکین دادن به خود.<sup>۴</sup>

فردی که از بروز احساسات خود جلوگیری کرده، ممکن است راحت‌تر باشد که با احساسات همسرش کاری نداشته باشد،

نگرانی شوند، همچنان خواستار یک رابطه مفید هستند (اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲).

محققان و نظریه‌پردازان زوج‌ها، تاکنون بیشتر بر اعمال مثبت و منفی سطح خرد<sup>۱</sup> تمرکز کرده‌اند، ولی به نظر اپشتاین و باکوم (۲۰۰۲) در بسیاری موارد، رضایت فرد از رابطه، بیشتر بر الگوهای رفتاری سطح کلان<sup>۲</sup> بنا شده است. برخی الگوهای اصلی سطح کلان شامل موارد زیر است: مرزهای بین یک زوج و بین آنها و اطراف (به عنوان مثال، میزان اشتراک ارتباطات، فعالیت‌ها و زمان)، توزیع قدرت و کنترل (مثلاً اینکه طرفین چگونه سعی می‌کنند یکدیگر را تحت تأثیر قرار دهند و تصمیم‌ها چگونه گرفته می‌شود) و میزانی از وقت و انرژی که هر یک از همسران به رابطه اختصاص می‌دهد. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، رابطه معمول افراد از نظر این ابعاد به رضایتمندی از رابطه و ارتباط بستگی دارد. متون و مقالات اشاره دارند که این الگوهای رفتاری، جنبه‌های اصلی تعاملات سازگار می‌باشند (اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲؛ والش، ۱۹۹۸).

همچنین اپشتاین و باکوم (۲۰۰۲) دسته‌ای از الگوهای تعاملی منفی را توصیف کرده‌اند که معمولاً مانع تحقق نیازهای طرفین در رابطه می‌شود. این الگوها شامل حمله به یکدیگر (مقابله به مثل)، تقاضا/کناره‌گیری (یکی ادامه می‌دهد و دیگری کناره‌گیری می‌کند) و اجتناب و کناره‌گیری هر دو طرف می‌باشند. اپشتاین و باکوم اظهار می‌دارند که درمانگران اغلب باید به درمان‌شوندگان کمک کنند تا این الگوها را کاهش دهند و بتوانند برای حل مشکلات ارتباطی‌شان به یکدیگر کمک کنند.

### کمبود یا زیاده‌روی در تجربه و بیان احساسات

علیرغم اینکه احساسات زوجها را نمی‌توان با واژه «شناختی-رفتاری» مرتبط دانست، ولی ارزیابی و تعدیل پاسخ‌های عاطفی مشکل‌دار یکی از اجزای اصلی این روش درمانی است. اپشتاین و باکوم (۲۰۰۲) درباره کمبود و زیاده‌روی در تجربه احساسات در رابطه صمیمانه و همچنین بیان آن احساسات برای شریک عاطفی به تفصیل توضیح می‌دهند. در زیر به خلاصه‌ای از عوامل احساسی ایجادکننده مشکلات زوجها اشاره می‌شود.

برخی افراد به حالت‌های احساسی خود توجه زیادی نمی‌کنند

1- microlevel  
3- Linehan

2- macrolevel  
4- self-soothing

حوادث خانوادگی که در آن رشد کرده‌اند، اطلاعاتی فراهم می‌آورد، بلکه فرصتی است برای درمانگر تا تعاملات زوج را مشاهده کند. هر چند مردم در حضور یک فرد غریبه رفتار خود را تعدیل می‌کنند، اما حتی در مصاحبه اول هم این احتمال وجود دارد که زوج برخی جنبه‌های الگوهای بارز را نشان دهند؛ خصوصاً وقتی که درمانگر آنها را وادار دارد تا در مورد مشکلی که برای درمان آن مراجعه کرده‌اند، توضیح دهند. در رویکرد شناخت‌درمانی، در مراحل ارزیابی به کمک برداشت‌های اولیه نظریه‌هایی شکل می‌گیرد که لازم است در جلسات بعدی و با جمع‌آوری اطلاعات بیشتر مورد آزمون قرار گیرند.

اغلب، درمانگر کار را در مرحله ارزیابی با ملاقات طرفین آغاز می‌کند تا بتواند فرآیند رابطه آنها را مشاهده کند و درباره الگوهایی که ممکن است به اختلال رابطه منجر شده باشند، فرضیه‌ای بسازد. نظریه پردازان سیستم‌ها آنرا «یاد گرفتن رقص آنها» می‌نامند (داتلیو، ۱۹۹۸).

در اولین مصاحبه مشترک، درمانگر از علت مراجعه سؤال می‌کند که در این مورد نظر هر یک از زوجین مهم است، هم راجع به نگرانی‌های آنها و هم راجع به تغییراتی که ضروری انگاشته می‌شوند. درمانگر تاریخچه زوج را نیز جویا می‌شود. به عنوان مثال، در مورد چگونگی و زمان آشنایی آنها با یکدیگر و یا اینکه در مراحل اولیه چه چیزی آنها را به هم جلب کرده، کی ازدواج کرده‌اند، فرزندانشان چه موقع به دنیا آمده‌اند، و یا هر اتفاق دیگری که آنها باور دارند رابطه‌شان را در طی زمان تحت تأثیر قرار داده است. درمانگر با استفاده از مدل استرس و سازگاری، در ارزیابی روشمند، انتظاراتی را که زوج تجربه کرده‌اند پیدا می‌کند؛ این انتظارات بر پایه خصوصیات فردی (مانند اثرات باقیمانده از کودک‌آزاری در یک همسر)، پویایی رابطه (مانند تعارض‌های حل‌نشده نسبت به تمایل به صمیمیت و استقلال) و محیط آنها (مانند مسؤولیت‌های سنگین شغلی) بنا شده است. درمانگر درباره منابع در دسترس زوج برای پاسخ به انتظارات مطرح‌شده و عواملی که استفاده از این منابع را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مثل باور فرد به

درحالی که همسر در اثر عدم ارتباط دچار سرخوردگی می‌شود و ممکن است به تلاش برای برقراری رابطه ادامه دهد که این به تشکیل الگوی تقاضا/کناره‌گیری منجر می‌گردد. همسرانی که مورد خطاب احساسات تعدیل‌نشده قرار می‌گیرند، معمولاً آن را ناراحت کننده می‌یابند و یا پرخاشگرانه پاسخ می‌دهند یا از طرف مقابل اجتناب می‌کنند. هر چند بیان افسارگسیخته احساسات ممکن است به قصد درگیر کردن طرف مقابل برای توجه به نیازها باشد، این الگو اغلب نتیجه عکس می‌دهد (اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲؛ جانسون و دنون، ۲۰۰۲).

## اصول درمان<sup>۱</sup>

### روش‌های ارزیابی بالینی

مصاحبه‌های انفرادی و مشترک با زوج‌ها، پرسشنامه‌هایی که خود افراد پر می‌کنند و مشاهده تعامل زوج‌ها توسط درمانگران، سه روش اصلی ارزیابی بالینی هستند (داتلیو و پادسکی، ۱۹۹۵؛ اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲؛ اسنیدر<sup>۲</sup>، کاول<sup>۳</sup> و هفر<sup>۴</sup> و مانگرم<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵). بر اساس مفاهیمی که در بالا شرح داده شد، اهداف ارزیابی به قرار زیر است:

الف) شناخت نقاط قوت و خصوصیات مشکل‌دار فرد، زوج و محیط؛  
ب) مشخص کردن عملکرد فعلی افراد در طول مراحل و تغییرات رشدی آنها؛

ج) شناخت جنبه‌های شناختی و عاطفی تعامل زوج‌ها که می‌تواند هدف مداخلات درمانی باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد جزئیات این ایده‌ها، به گزارش مفصل این روش‌ها در منابعی مانند باکوم و اپشتاین (۱۹۹۰)، داتلیو و پادسکی (۱۹۹۰) و اپشتاین و باکوم (۲۰۰۲) مراجعه نمایید.

### مصاحبه مشترک اولیه

یک یا چند مصاحبه مشترک با زوج‌ها، منبع اصلی کسب اطلاعات در مورد عملکرد گذشته و حال می‌باشد. این مصاحبه نه تنها در مورد خاطرات زوج و نظراتشان درباره خصوصیات

1- practice principles

2- Synder

3- Cavell

4- Heffer

5- Mangrum

6- learning their dance

(۱۹۸۷).

برای بررسی حوزه‌های کلیدی رابطه زوج‌ها (مانند رضایتمندی کلی، به‌هم‌پیوستگی، کیفیت برقراری ارتباط، تصمیم‌گیری، ارزش‌ها و میزان تعارض) روش‌های اندازه‌گیری مختلفی به وجود آمده است. به عنوان مثال، مقیاس تطابق جفتی<sup>۱</sup> (اسپانیر<sup>۲</sup>، ۱۹۷۶) و آزمون تجدیدنظرشده رضایتمندی از ازدواج<sup>۳</sup> (سیندر و ایکمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). گزینه‌های این پرسشنامه‌ها اطلاع دقیقی از پاسخ‌های شناختی، احساسی، و رفتاری هر یک از همسران به دست نمی‌دهد و درمانگر باید در طی مصاحبه‌ها درباره همه این موارد فحوص کند. برای نمونه اگر امتیاز یک پرسشنامه نشان از همدلی محدود همسران دارد، یک CBTC ممکن است در مورد مسائل زیر از زوج‌ها سؤال کند: الف) معیارهای شخصی برای شکل‌ها و درجات رفتار همدلانه؛ ب) نمونه رفتارهای همدلانه یا غیرهمدلانه؛ ج) پاسخ‌های منفی یا مثبت احساسی به این اعمال. بنابراین، پرسشنامه می‌تواند در تعیین حوزه‌های قدرت و نگرانی به درمانگر کمک کند، ولی برای درک اشکال ویژه تعاملات منفی و مثبت و عوامل مؤثر بر آنها به تجزیه و تحلیل عمیق‌تری نیاز است.

### مصاحبه‌های انفرادی

اغلب پس از جمع‌آوری اطلاعات در مورد عملکرد گذشته و حال، شامل فشارهای روانی زندگی، آسیب‌های روان‌شناختی، سلامت عمومی و میزان سازگاری، جداگانه با هر یک از همسران مصاحبه می‌شود. همسران بیشتر تمایل دارند درباره مشکلات فردی نظیر افسردگی، قطع رابطه‌های قبلی و موضوعات مشابه، در غیاب همسر خود صحبت کنند. این نوع مصاحبه‌ها برای درمانگر فرصتی فراهم می‌آورد تا بتواند آسیب‌های روان‌شناختی احتمالی را که تحت تأثیر مشکلات ارتباطی زوج قرار گرفته است (و می‌تواند به نوبه خود بر تعامل با همسر تأثیر منفی داشته باشد<sup>۵</sup>) ارزیابی نماید. به دلیل احتمال بالای وجود همزمان آسیب‌های روان‌شناختی

خودکفایتی که باعث می‌شود فرد از کمک گرفتن یا پذیرش کمک سایرین امتناع کند، سؤال می‌کند (اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲). در حین مصاحبه، درمانگر در مورد شناختارها، پاسخ‌های احساسی و رفتارهای همسران در قبال یکدیگر، اطلاعات جمع‌آوری می‌کند. به عنوان مثال، اگر شوهر بعد از اینکه زنش پدر وی را مورد انتقاد قرار دهد، سکوت و از بحث کناره‌گیری کند، ممکن است درمانگر توجه وی را به مسأله جلب و سؤال کند که او بعد از شنیدن نظرات زنش چه افکار و احساساتی را تجربه می‌کند که ممکن است افکار خودآیند شوهر نظیر «او به عقیده من احترام نمی‌گذارد» و یا «این بحث فایده ندارد» و احساساتی از خشم و ناامیدی را آشکار کند.

### پرسشنامه‌ها

درمانگران شناختی- رفتاری معمولاً برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه دیدگاه همسران درباره خود و رابطه‌شان از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده می‌کنند. اغلب درمانگران از همسران می‌خواهند که قبل از مصاحبه‌های مشترک و انفرادی، پرسشنامه‌های مختلف را پر کنند تا آنها بتوانند مصاحبه را بر اساس پاسخ به پرسشنامه طراحی نمایند. به طور طبیعی، گزارش افراد از طریق پرسشنامه مستعد خطاست؛ زیرا ممکن است مشکلات ارتباطی را با استدلال عقلی تفسیر کنند و خود را در جایگاهی که از نظر اجتماعی پسندیده است، قرار دهند (سیندر و همکاران، ۱۹۹۵). با وجود این، استفاده مناسب از پرسشنامه می‌تواند روش سودمندی برای ارزیابی سریع برداشت‌های زوج نسبت به طیف وسیعی از موارد باشد که ممکن است بدون پرسشنامه مورد توجه قرار نگیرد. به علاوه، برخی زوج‌ها در نوشتار خود را بهتر از گفتار بیان می‌کنند. مواردی که در پرسشنامه مشخص می‌شود، می‌تواند در مصاحبه‌ها و مشاهدات رفتاری بعدی عمیق‌تر بررسی شود. در ادامه به چند مرجع که حاوی نمونه پرسشنامه‌های مفیدی برای بررسی حیطه مدل شناختی- رفتاری هستند، اشاره می‌شود؛ اگرچه بسیاری از آنها بدین منظور طراحی نشده‌اند. منابعی برای مرور تعدادی از مقیاس‌های مرتبط دیگر عبارتند از تولیاتوس<sup>۱</sup>، پرلموتر<sup>۲</sup> و اشتراس<sup>۳</sup> (۱۹۹۰)، گروتوان<sup>۴</sup> و کارلسون<sup>۵</sup> (۱۹۸۹)، و فردمن<sup>۶</sup> و شرمن<sup>۷</sup>

1- Toulitatos	2 - Perlmutter
3- Straus	4 - Grotevant
5- Carlson	6 - Fredman
7- Sherman	8 - Dyadic Adjustment Scale
9- Spanier	10 - Marital Satisfaction Inventory - Revised
11- Aikman	

<sup>۱</sup> - در طی جلسات فردی باید مراعات بود، چرا که ممکن است در مانجو با استفاده از جملات خاصی که درمانگر بی‌مغز بیان می‌کند، در برابر طرف مقابل بایستد.

تأثیر قرار گیرد. در این مورد، می‌توان از ضبط ویدیویی یا صوتی استفاده کرد. در تحقیقات تعامل زوج دائماً از این نوع بحث‌های حل مشکل استفاده می‌شود (وایس و هایمن، ۱۹۹۷). اگرچه رفتار همسران در جلسه اغلب متفاوت از رفتار آنها در خانه است، ولی معمولاً آنقدر در بحث غرق می‌شوند که جنبه‌های مورد نظر آشکار می‌گردد.

### پسخوراند ارزیابی به زوج

درمان شناختی- رفتاری یک رویکرد مشارکتی است که در آن درمانگر مرتب فکر خود را با درمان‌جویان در میان می‌گذارد و برای رفع دغدغه‌های آنها مداخلاتی را طراحی می‌کند. بعد از جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه، پرسشنامه و مشاهدات رفتاری، درمانگر با زوج ملاقات می‌کند و از الگوهایی که پدیدار شده‌اند، خلاصه‌ای ارائه می‌دهد شامل الف) نقاط قوت همسران، ب) نگرانی‌های اصلی، ج) مشکلات یا فشارهای زندگی که برای خانواده مشکلات تطابقی ایجاد کرده است و د) الگوهای کلان‌سازنده و مشکل‌آفرین در تعاملات همسران که به نظر می‌رسد مشکلات فعلی آنها را تحت تأثیر قرار داده باشد. سپس، درمانگر و زوج مواردی که تغییرشان اولویت دارد را تعیین می‌کنند و به علاوه مداخلاتی را طراحی می‌نمایند که ممکن است مشکلات را تسکین دهند. این لحظه برای درمانگر حیاتی است، زیرا می‌تواند چالش‌های احتمالی درمان را کشف کند. مانند، ترس از تغییراتی که طرفین تصور می‌کنند می‌توانند استرس‌زا و سخت باشد، و درمانگر می‌تواند همراه زوج روی مراحلی که این دو مسأله را کاهش می‌دهد، کار کند. همچنین لازم است درمانگر توجه خود را به جابه‌جایی که درون رابطه اتفاق خواهد افتاد، و تأثیر آن بر تعادل کلی رابطه، معطوف دارد.

فردی و مشکلات ارتباطی (لیت، ۱۹۹۸)، ضروری است که زوج‌درمانگران مهارت بررسی عملکردهای فردی را هم دارا باشند و یا در صورت لزوم، مورد را به همکاران خود که می‌توانند در این زمینه کمک کنند، ارجاع دهند. سپس درمانگر، مشخص می‌کند که آیا لازم است به درمان انفرادی، درمان مشترک اضافه شود؟ همان‌طور که قبلاً مطرح شد، درمانگران باید در مورد محرمانه بودن اطلاعات در مصاحبه‌های انفرادی اصول واضحی را تعیین کنند. رازداری در مواردی مانند پیمان‌شکنی مداوم یکی از همسران، برای درمانگران تعهد اخلاقی ایجاد می‌کند و جلسات مشترک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به همین دلیل نیز به زوج‌ها اطلاع داده می‌شود که درمانگر اسراری که سلامت همسران را به مخاطره اندازد، حفظ نخواهد کرد. این مسأله به‌ویژه از آن جهت مهم است که وقتی درمانگر محرم رازی می‌شود، خود به خود نوعی تبانی شکل می‌گیرد که اهداف درمانی را تحت الشعاع قرار می‌دهد. از طرف دیگر، وقتی درمانگر متوجه شود که یکی از همسران مورد تعرض جسمی قرار گرفته، در معرض خطر است، توجه خود را به آن فرد معطوف می‌کند و برای حفظ امنیت فرد و دور کردن وی از خانه و پناه‌دادنش در جای دیگر (در صورت افزایش احتمال تعرض)، برنامه‌ریزی می‌کند.

### مشاهده رفتاری

در رویکرد شناختی- رفتاری، ارزیابی در تمام طول درمان ادامه دارد و درمانگر در طی هر جلسه رابطه را مطالعه می‌کند. این مشاهدات رفتاری نسبتاً ساختاریافته، اغلب در طی مصاحبه مشترک اولیه، با تکالیف ارتباطی ساختاریافته تکمیل می‌شود (باکوم و اپشتاین، ۱۹۹۰؛ اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲). بر اساس اطلاعاتی که زوج ارائه می‌دهد، ممکن است درمانگر یک مشکل حل‌شده (به عقیده زوج) را انتخاب کند و از آنها بخواهد تا در حضور او در مورد آن چند دقیقه‌ای بحث کنند. ممکن است صرفاً از زوج بخواهد احساسات خود را درباره یک موضوع بیان کنند و به هر طریقی که مناسب می‌دانند به صحبت‌های یکدیگر پاسخ دهند، و یا از آنها خواسته شود موضوع را در یک زمان معین تحلیل نمایند. معمولاً درمانگر از اتاق خارج می‌شود تا تعاملات آنها کمتر تحت



## منابع

- Baucom, D. H. (1987). Attributions in distressed relations: How can we explain them? In S. Duck & D. Perlman (Eds.), *Heterosexual relations, marriage and divorce* (pp.177-206). London: Sage.
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Rankin, L. A., & Burnett, C. K. (1996). Assessing relationship standards: The Inventory of Specific Relationship Standards. *Journal of Family Psychology, 10*, 72-88.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S., & Sher, T. G. (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., Epstein, N., Sayers, S., & Sher, T. G. (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., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couples and family therapies for adult problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Dattilio, F. M. (1989). A guide to cognitive marital therapy. In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 8, pp. 27-42).
- Dattilio, F. M. (1998). *Case studies in couples and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford.
- Dattilio, F. M., & Epstein, N. B. (2003). Cognitive-behavioral couple and family therapy. In G. Weeks, G. Sexton, & M. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: Theory, research and practice* (pp. 147-175). New York: Brunner Routledge.
- Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1995). *Terapia Cognitiva Com Casais Porto Alegre, Artes Medicas*.
- Ellis, A. (1977). The nature of disturbed marital interactions. In A. Ellis, & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 170-176). New York: Springer.
- Ellis, A. & Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ellis, A., Sichel, J. L., Yeager, R. J., DiMattia, D. J., & DiGiuseppe, R. (1989). *Rational-emotive couples therapy*. New York: Pergamon Press.
- Epstein, N. (1982). Cognitive therapy with couples. *American Journal of Family Therapy, 10*, 5-16.
- Epstein, N. (1992). Marital therapy. In A. Freeman, & F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 267-275). New York: Plenum Press.
- Epstein, N., & Baucom, D. H. (1989). Cognitive-behavioral marital therapy. In A. Freeman, K. M. Simon L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 491-513). New York: Plenum Press.
- Epstein, N., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, N., & Eidelson, R. J. (1981). Unrealistic beliefs of clinical couples: Their relationship to expectations, goals and satisfaction. *American Journal of Family Therapy, 9*, 13-22.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Nelson, G. (1987). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 3. Causal and responsibility attributions for spouse behavior. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 71-86.
- Fredman, N., & Sherman, R. (1987). *Handbook of measurements for marriage and family therapy*. New York: Brunner/ Mazel.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Grotevant, H. D., & Carlson, C. I. (1989). *Family assessment: A guide to methods and measures*. New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M., & Denton, W. (2002). Emotionally focused couple therapy: Creating secure connections. In A. S. Gurman, & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*, 3<sup>rd</sup> ed. (pp. 221-250). New York: Guilford.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- L. Abate, L. (1998). *Family psychopathology: The relational roots of dysfunctional behavior*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. (2003). *Radblocks in Cognitive Therapy*. New York: Guilford.
- Lieberman, R. P. (1970). Behavioral approaches to couple and family therapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 40*, 106-118.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Margolin, G., & Weiss, R. L. (1978). Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1476-1486.
- Snyder, D. K., & Aikman, G. G. (1999). The Marital Satisfaction Inventory B Revised. In M. E. Maruish (Ed.), *Use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 1173-1210). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Snyder, D. K., Cavell, T. A., Heffer, R. W., & Mangrum, L. F. (1995). Marital and family assessment: A multifaceted, multilevel approach. In R. H. Mikesell, D. D. Lusteran, & S. H. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems therapy* (pp. 163-182). Washington DC: American Psychology, 59, 138-141.
- Spanier, G. B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.
- Touliatos, J., Perlmutter, B. F., & Straus, M. A. (Eds) (1990). *Handbook of family measurement techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Weiss, R. L. (1984). Cognitive and strategic interventions in behavioral marital therapy. In K. Hahlweg, & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital interaction: Analysis and modification* (pp. 309-324). New York: Guildford Press.
- Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1997). A clinical-Research overview of couples interactions. In W. K. Halford, & H. J. Markman (Ed.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 13-41). Chichester, England: Wiley.
- Weiss, R. L., Hops, H., & Patterson, G. R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it. In L. A. Hamerlync, L. C. Handy, & E. J. Mash, (Eds.), *Behavior change: Methodology, concepts, and practice* (pp. 309-342). Champaign, IL: Research Press.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی