

بررسی اثربخشی رویکرد درمانی نظام‌های زبان مشارکتی بر افزایش میزان صمیمیت زناشویی زوج‌های دانشجوی^۱

بتول حامدی^۲

عبدالله شفیع آبادی^۳

شکوه نوایی نژاد^۴

علی دلاور^۵

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۲۶

تاریخ وصول: ۹۲/۶/۲۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رویکرد درمانی نظام‌های زبان مشارکتی بر افزایش میزان صمیمیت زناشویی زوج‌های دانشجوی بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی است و جامعه آماری آن، دانشجویان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌های شهر تهران بودند. نمونه مورد پژوهش شامل ۱۴ زوج (۲۸ نفر) بود که به روش تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. زوج‌های گروه آزمایش در ۸ جلسه درمان زبان مشارکتی شرکت نمودند. ابزار سنجش در این پژوهش پرسشنامه نیازهای صمیمیت باگاروزی و پرسشنامه جمعیت شناختی بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد، درمان نظام‌های زبان مشارکتی بر افزایش میزان صمیمیت و همه

۱- این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته‌ی مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است.

۲- دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) bnhamedi@yahoo.com

۳- استاد دانشگاه علامه طباطبائی

۴- استاد دانشگاه تربیت معلم

۵- استاد دانشگاه علامه طباطبائی

ابعاد آن (عاطفی، روانشناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی، اجتماعی-تفریحی) مؤثر است و این اثربخشی در سطح $p < 0,001$ معنادار می‌باشد. می‌توان نتیجه گرفت که در درمان زبان مشارکتی، درمانگر با ایجاد فرایند و فضایی برای روابط مشارکتی و گفتمانی موجب افزایش صمیمیت زناشویی و ابعاد آن در زوج‌ها می‌گردد.

واژگان کلیدی: رویکرد درمانی نظام‌های زبان مشارکتی، صمیمیت زناشویی، زوج‌ها.

مقدمه

«صمیمیت^۱» اهمیتی محوری در زندگی انسان‌ها دارد و بیشتر مردم برای اینکه احساس معنی و امنیت شخصی کنند به روابط صمیمانه روی می‌آورند. شواهد تجربی قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که روابط بین فردی مثبت، سلامت روانی و جسمانی را ارتقاء می‌بخشد و خصوصاً صمیمیت پیش‌بینی‌کننده مهمی برای سلامت روانی و جسمانی است (کاستلو^۲، ۱۹۸۲؛ میچل و تریکت^۳، ۱۹۸۰؛ به نقل از دندی نیو^۴، ۱۹۹۰). روابط صمیمانه برای بسیاری از افراد، یکی از بخش‌های مهم دوران جوانی است. صمیمیت، هم رضایت فردی و هم رضایت ارتباطی را ایجاد می‌کند و به عنوان عامل اصلی فراهم آوردن سلامت، سازگاری، شادکامی و احساس معنی کردن در جوانی می‌باشد (پاپوویس^۵، ۲۰۰۵؛ به نقل از فیفه و ویکس^۶، ۲۰۱۰). در عین حال آمارهای طلاق و جدایی آشکار می‌سازند که این روابط محکوم به شکست بوده‌اند. شاید یکی از چالش‌های بزرگ در زندگی به کسی نزدیک بودن و با وی ماندن باشد (دندی

-
1. intimacy
 2. Costello
 3. Mitchell&Tricket
 4. Dandeneau
 5. Popovice
 6. Fife&Weeks

نیو، ۱۹۹۰). جوانی، اغلب به عنوان دوره انطباق با نقش‌ها و موقعیت‌های جدید مانند جدا شدن از خانه برای استقلال مالی، تکمیل تحصیلات، کسب شغل تمام وقت، ازدواج و والد شدن توصیف می‌شود (کوهن^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). نیاز به رشد صمیمیت در روابط دوستانه و زناشویی در طول این سال‌ها بیشتر می‌گردد (رویزمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). شکست در برقراری رابطه صمیمانه، می‌تواند موجب کمبود حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی شود که با افزایش عاطفه منفی، احساس بیگانگی و تنهایی، تبدیل به عوامل فشارزا می‌شوند (کوهن، ۲۰۰۴). اریکسون^۳ معتقد بود که افراد آسیب‌پذیری بالایی برای بحران در جوانی دارند و این بدان معنا است که «صمیمیت» می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ای برای جدایی در دوران میانسالی باشد. لذا ما معتقدیم کسانی که مسائل مربوط به صمیمیت را در دوران جوانی به طور موفقیت‌آمیزی حل کنند، شانس بیشتری برای حفظ یک رابطه زناشویی با ثبات در دوران میانسالی دارند (وینبرگر، ۲۰۰۸)^۴ وجود تفاوت‌ها در معنای صمیمیت (پاپوویس، ۲۰۰۵) و درک صمیمیت (گریف و مال هرب، ۲۰۰۱)^۵ در میان زوج‌ها، ممکن است مانعی برای نزدیکی و ارتباط آنها شود. همچنین ممکن است تفاوت‌های زیادی هم در مورد صمیمیت خواسته شده و سطح آن داشته باشند (ویکس، ۱۹۹۵؛ شیفر و اولسون، ۱۹۸۱)^۶. اگر این تفاوت‌ها به طور باز، مورد شناسایی و بحث قرار نگیرند، ممکن است زوج‌ها خواسته‌های ارضانده‌ای را تجربه کنند که به کاهش صمیمیت کمک نماید (فیفه و ویکس، ۲۰۱۰). بیشترین مسائل و مشکلاتی که زوج‌ها با آن روبرو هستند، مربوط به نوع گفتگویی است که همسران، آنها را حفظ نموده و تقویت می‌کنند (بیور، بابل و نورث^۷، ۱۹۸۸). بنابراین، وظیفه درمانگر ایجاد یک فرایند مشارکتی و خلق فضایی

-
1. Cohen
 2. Roisman
 3. Erikson
 4. Weinberger
 5. Greef & Malherbe
 6. Schaefer&Olson
 7. Biever, J. L., Bobele, M., & North

سازنده است که در آن زوجها گفتگوی جدید را داشته باشند، در گفتگوهای قبلی بازنگری کنند و یا در گفتگوهایشان تغییر ایجاد کنند (سسما^۱، ۲۰۱۱، ص ۴۹).

صمیمیت سازه پیچیده‌ای است که مشکلات زیادی برای تعریف نمودن و عملیاتی کردن آن وجود دارد (وینبرگر، ۲۰۰۸). به نظر باگاروزی (۲۰۰۱)، صمیمیت واقعی فرایندی تعاملی که از چندین مؤلفه مربوط به هم تشکیل شده است و هسته اصلی این فرایند شناخت، فهم و پذیرش فرد مقابل، همدلی با احساسات او و احترام به دیدگاه بی‌همتای وی نسبت به جهان می‌باشد. وین گارتن^۲ (۱۹۹۱) می‌گوید که هر زوج تعریف خودش را از صمیمیت براساس تجربه مشترکش روایت می‌کند. وی معتقد است که صمیمیت شامل معناسازی است. تعامل صمیمانه، زمانی اتفاق می‌افتد که مردم در معنای یکدیگر شریک شده یا با هم به خلق معنا پردازند و قادر باشند که اعمالشان را برای انعکاس معناسازی مشترک^۳، هماهنگ کنند. به علاوه، برای معناسازی مشترک، وین گارتن به اهمیت هماهنگی اشاره می‌کند. برای مثال، مردم دامنه‌ای از فعالیت‌ها را بر می‌گزینند که احتمال می‌دهند در آن تعاملات صمیمانه، بین خودشان و کسی که با آنها مشارکت می‌کنند، روی خواهد داد. از طریق نوشتن، گفتگو کردن، حرکات، یا نمادها می‌توان در ساخت معنی شریک شد. در فرایند خلق معنا، افراد، تجربه شناختن و شناخته شدن را کسب می‌کنند.

هر رویکرد براساس تبیین خاص خود در مورد صمیمیت، روش‌های درمانی و آموزشی ویژه‌ای را برای افزایش آن به کار می‌گیرد. در این پژوهش برای تسهیل و افزایش میزان صمیمیت همسران از رویکرد درمانی نظام‌های زبان مشارکتی^۴ که برگرفته از اصول جنبش فرامدرن^۵ در علوم انسانی و اجتماعی، سازنده‌گرایی اجتماعی^۶ و نظریه‌های دیالوگی می‌باشد

-
1. Sesma
 2. Wiengarten
 3. co-creating meaning,
 4. Collaborative Language Systems Therapy (CLST)
 5. postmodern
 6. Social construction

(اندرسن، ۲۰۰۷) و به وسیله گولیشین^۱ و اندرسن و همکارانشان مطرح گردیده، استفاده شده است. در این رویکرد، نظام‌های انسانی به عنوان نظام‌های زبان ساز^۲ و همزمان، نظام‌های معنی ساز^۳ تلقی می‌شوند. آن‌ها معتقدند که نظام‌های انسانی نظام‌های خلق کننده زبان و معنی می‌باشند. نظام‌های زبانی به وسیله مردمی که در حال گفتگو حول یک موضوع خاص که به آن‌ها ربط پیدا می‌کند، شکل می‌گیرد (تاراگونا^۴، ۲۰۰۸). انسان، از طریق زبان، به تجارب خود معنی می‌بخشد. یک نظام درمانی، شکل خاصی از نظام زبان ساز است که خود را حول تعریف یک «مسئله» سازمان می‌دهد. مسئله تجربه نمی‌شود مگر این که کسی، وضعیتی را به عنوان یک وضعیت «مسئله دار» تفسیر کند (جهارت، و تاتل، ۲۰۰۳، ص ۲۳۸)^۵. گفتگوها، روابط و فرایند محاوره‌ای (دیالوگی) ابزار اصلی درمانگران مشارکتی می‌باشند (اندرسن، ۲۰۰۷). روشی که درمانگر در گفتگوها مشارکت می‌کند و جگونگی ساخته شدن آن گفتگوها، منبعی برای گسترش و خلق امکانات است. از طریق گفتگوها است که ما تجارب زندگی و رویدادها را شکل می‌دهیم و از طریق آنهاست که ما واقعیت‌ها، روابط و خودمان را می‌سازیم و باز سازی می‌کنیم. امکانات از میان گفتگوها شروع به پیدا شدن می‌کنند. فرصت‌ها برای برقراری رابطه به وسیله فرآیند گفتگوی محاوره‌ای خلق می‌شوند و نیازی به راهبردهای از پیش تهیه شده ندارد (اندرسون، ۱۹۹۷؛ به نقل از سسما، ص ۴۸). یک درمانگر مشارکتی معتقد است که چیزی به عنوان مسئله واقعی وجود ندارد. مسائل شکلی از معنی به طور مشترک ساخته شده موجود در ارتباطات مداوم با دیگران و خود، می‌باشد. درمانگران و درمانجویان از طریق گفتگوی محاوره‌ای برای مسئله معانی جدیدی می‌آفرینند. هر تفسیر یا توصیف جدید از مسئله، اقدامات و نگرش‌های متفاوتی نسبت به مسئله را موجب می‌شود. این فرایند پیش رونده تفسیر مجدد، به

-
1. Goolishian
 2. Language-generating systems
 3. Meaning-generating systems
 4. Tarragona
 5. Gehart.& Tuttle

آن جا منجر می‌شود که مسئله دیگر به صورت یک مسئله تجربه نمی‌شود بلکه چیزی است که درمانجو، «مدیریت»، «پرداختن» و «کار کردن» با آن را آموخته است. به جای توصیف آن به عنوان حل مسئله، مسائل از طریق فرایند گفتمانی خاص خاتمه می‌یابند. سیستم درمان، به وسیله کسانی که در آن مشارکت دارند تعریف می‌شود. چون تعریف مسئله تغییر می‌کند کسانی که نیازمند حضور در گفتگو هستند نیز تغییر می‌کند. رویکرد مشارکتی هیچ هدف تعریف شده به وسیله نظریه یا تعریف شده از سوی درمانگر، برای مراجع پیشنهاد نمی‌کند. نقش درمانگر، نقش تسهیل کننده فرآیند گفتمان است. درمانگر درمان مشارکتی، به جای تلاش برای «تغییر» درمانجو یا ساختار خانواده، خود را کسی می‌بیند که گفتگوهای دگرگون ساز را تسهیل و تشویق می‌کند. بنابر این می‌توان گفت هدف درمان، گفتمانی است که معانی و امکانات جدید را می‌آفریند. اهداف درمان مشترکاً با مراجع تعیین می‌شوند. این اهداف در طول جلسات درمان می‌توانند پیوسته مورد بحث مجدد قرار بگیرند و تغییر کنند. این رویکرد، از یک روش ارزیابی استاندارد شده یا رسمی پشتیبانی نمی‌کند، ولی درمانگران معمولاً کنجکاوند بدانند تمام افراد موجود در نظام‌های زبان، چگونه به مسئله می‌نگرند و بنابراین، خواهان آن هستند که تمام افراد درباره مسئله‌ای که در نظام درمان مطرح است صحبت کنند. این رویکرد، استفاده از مداخلات یا تکنیک‌های از قبل تعیین شده را مورد حمایت قرار نمی‌دهد. در عوض، درمانگر بیش از همه توجه به این دارد که فضای گفتگوهای پرسش و پاسخی که ایجاد امکانات و معانی تازه را ممکن می‌سازد، حفظ شود (جهارت، ۲۰۰۳، ص ۲۴۱). زوج درمانی مشارکتی این واقعیت را مطرح می‌سازد که جو درونی یک ارتباط دائماً تغییر می‌کند و در هر لحظه امکان به دست آوردن صمیمیتی برای آن لحظه وجود دارد و لذا یک حلقه مشارکتی به وجود می‌آید (گورمن و جاکوبسن^۲، ۲۰۰۰).

1. Gehart
2. Gurman.&Jacobson

شواهد زیادی دال بر اثربخشی درمان مشارکتی وجود دارد که شامل مقالاتی در مورد «تجارب مراجعان» از این روش درمانی می‌باشد (اندرسن، ۱۹۹۷). مطالعاتی کیفی در مورد «تجارب مراجعان و مشاوران» از درمان زبان مشارکتی (جهارت^۱، بروکز و لایل^۱، ۱۹۹۹ صص ۵۸-۵۷)، نیز بیانگر مفید بودن درمان می‌باشد. کروپر^۲ (۲۰۰۸) تحقیقی در مورد دیدگاه‌های درمانگران سازنده گرای اجتماعی در مورد درمان مشارکتی در جوامع مختلف انجام داد، که بیانگر تجارب مثبت درمانگران و مراجعان از درمان‌های مشارکتی بود. ساترلند^۳ (۲۰۰۸، ۲۰۱۱) نتیجه گرفت که وقتی به درمان به عنوان «فعالیتی سازنده»^۴ نگریسته شود، تمرکز درمانگران از کشف علل ریشه‌ای مسائل متوجه کمک نمودن به زوج و خانواده برای گفتگوی مجدد در مورد روابطشان به صورت مشارکتی می‌گردد و خطوط گفتگو کمتر دو قطبی می‌شود. سسما^۵ (۲۰۱۱، ص ۴۸)، در تحقیقی به شناسایی اصولی که راهنمای درمانگران مشارکتی در تلاششان برای ایجاد گفتگو میان زوج‌ها می‌باشد، پرداخت. با توجه به اهمیت تأثیر روابط صمیمانه زوج‌های جوان بر سلامت، سازگاری و شادکامی آن‌ها، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان زبان مشارکتی بر میزان صمیمیت زناشویی زوج‌های دانشجو پرداخته است.

فرضیه پژوهش

رویکرد درمانی زبان مشارکتی بر میزان صمیمیت زناشویی زوج‌ها مؤثر است.

روش پژوهش

این پژوهش از نظر روش، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل صورت گرفته است.

-
1. Gehart-Brooks & Lyle,
 2. Kruper
 3. Sutherland
 4. constrictive
 5. Sesma

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری: در این پژوهش شامل زوج‌های دانشجویی است که به منظور حل مشکلات زناشویی خود در سال ۹۰-۹۱ تحصیلی به مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌های شهر تهران مراجعه نموده‌اند و معیارهای ورود به پژوهش برای زوج‌ها عبارت بود از: ۱- سه سال از مدت ازدواج آنها گذشته باشد؛ ۲- یک یا هر دو زوج، دانشجو باشند؛ ۳- حداقل مدرک تحصیلی زوج‌ها دیپلم باشد؛ ۴- مشکلات حاد روانی- شخصیتی نداشته باشند؛ ۵- تعارض‌های حاد و بحرانی نداشته و در آستانه طلاق قرار نگرفته باشند.

نمونه و روش نمونه گیری: نمونه مورد پژوهش شامل ۱۴ زوج است که به طور تصادفی ساده و در چند مرحله انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. فرایند انتخاب نمونه به این ترتیب بود که ابتدا از میان فهرستی از دانشگاه‌های شهر تهران که دارای مراکز مشاوره هستند، سه دانشگاه (تهران، علوم و تحقیقات و شهید بهشتی) به طور تصادفی انتخاب شدند و پس از اعلام فراخوان مشارکت در پژوهش، ۱۰۰ زوج داوطلب، پرسشنامه نیازهای صمیمیت باگاروزی را تکمیل نمودند، آنگاه به طور تصادفی از میان ۴۵ زوج که نمرات آنها پایین‌تر از میانگین بود، ۱۴ زوج (۲۸ نفر) انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، جایگزین شدند.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه نیازهای صمیمیت^۱ با گاروزی^۲: این پرسشنامه دارای ۴۱ سؤال است و نیازهای صمیمیت زوج و ابعاد آن (عاطفی، روانشناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی- تفریحی) را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این پرسشنامه برای هر یک از ابعاد صمیمیت به جز بعد معنوی که ۶ سؤال دارد، ۵ سؤال جهت ارزیابی در نظر گرفته شده است و

1. Marital Intimacy Needs Questionnaire (MINQ)

2. Bagarozzi

در یک طیف ده گزینه‌ای از ۱ (ابتداً این نیاز در من وجود ندارد) تا ۱۰ (کاملاً این نیاز در من وجود دارد) درجه‌بندی شده است. کمترین نمره ۴۱ و بیشترین نمره ۴۱۰ می‌باشد. این پرسشنامه توسط اعتمادی (۱۳۸۴) ترجمه و ضریب پایانی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. در مطالعه‌ای دیگر خمسه و حسینیان (۱۳۸۷)، در تعیین پایایی پرسشنامه با روش بازآزمون، ضریب آلفای کرونباخ را برای صمیمیت عاطفی ۰/۸۹، صمیمیت روان شناختی ۰/۸۲، صمیمیت عقلانی، ۰/۸۱، صمیمیت جنسی ۰/۹۱، صمیمیت فیزیکی ۰/۸۰، صمیمیت زیباشناختی ۰/۷۶، صمیمیت اجتماعی- تفریحی ۰/۵۱، صمیمیت معنوی ۰/۶۵ و برای صمیمیت کل ۰/۸۲ به دست آوردند و جهت تعیین روایی آزمون، این پرسشنامه همراه با پرسشنامه صمیمیت زناشویی، هم زمان به وسیله ۳۰ زوج پاسخ داده شد، که ضریب همبستگی بین نتایج دو آزمون صمیمیت، بیانگر همبستگی معنی دار ۰/۶۵ است (خمسه و حسینیان، ۱۳۸۷).

۲- پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی: این پرسشنامه توصیف مناسبی از جمعیت نمونه این پژوهش بود. از زوج‌ها در مورد سن، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، شغل، رجوع قبلی به روانپزشک و قصد طلاق سؤال شد.

شیوه اجرا

محتوای جلسات براساس رویکرد درمانی نظام‌های زبان مشارکتی اندرسن و گولیشین (۱۹۸۸)، اندرسن (۱۹۹۷)، چهارت و تاتل (۲۰۰۳) و اندرسن و چهارت (۲۰۰۷) تهیه گردید. پروتکل زوج درمانی زبان مشارکتی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در هر هفته یک جلسه و به صورت زوجی اجرا شد.

خلاصه جلسات درمان

جلسات	اهداف درمان	مداخلات درمان
جلسه اول	- آشنایی با زوج	ایجاد رابطه - گفتگو در مورد نقش دو طرف در درمان - گفتگو در مورد اهداف درمان و روش درمان
جلسه دوم	- برقراری رابطه مشارکتی با زوج از طریق گفتگوی پرسش و پاسخی	ایجاد فضا برای اینکه زوج افکار، دیدگاه‌های متناقض و تاریخچه تعاملاتی خویش را به مشارکت بگذارند - توجه به زبان زوج و معانی ویژه هر یک از آن‌ها - اتخاذ حالتی کنجکاوانه و ندانستن در برابر زوج - آشکار بودن - حفظ موقعیت متواضعانه توسط درمانگر
جلسه سوم	- کسب توضیحات بیشتر از زوج در مورد مسائل شان	کسب دیدگاه زوج در مورد تعاملاتشان و اینکه مسایل چگونه به وجود آمده‌اند - پرسش در مورد تشابهات و تفاوت‌های زوج - توجه به وابستگی همسران - ایجاد فضا برای مطرح شدن باورهای فرهنگی مربوط به روابط و تعارضات آن‌ها
جلسه چهارم	- بحث در مورد اهداف و انتظارات و امکانات درمان	کاوش در مورد نظر زوج نسبت به درمان - در مورد شروع کار درمان بحث می‌شود و به طور مشترک دستور جلسه‌ای برای درمان تهیه می‌گردد.
جلسه پنجم	- بر اساس دستور جلسه قبل، درمانگر و زوج اهداف خاصی که به موضوع مساله آنها مربوط می‌شود شناسایی می‌کنند.	دیدگاه زوج در مورد مساله، از طریق پرسش‌های محاوره‌ای جستجو می‌گردد - سهم شدن در گفتگوی داخلی هر یک از زوج به وسیله ایجاد فضا برای سکوت و پرسش‌های کنجکاوانه - گزارش زوج در مورد ارتباط نسبی شان و مهارتشان برای حل مساله مورد تشویق قرار می‌گیرد - برای تشویق کنجکاوی و چشم اندازهای دیگر، اندیشه‌هایی که به طور غیر معمولی مناسب هستند ارائه می‌گردد - همگامی و همراهی با سبک‌های ارتباطی زوج و تمرکز بر تمایل آنها به ایجاد تغییر - حفظ تبادل دو جانبه افکار
جلسه ششم	- هر موضوع جدیدی که مطرح می‌گردد، مورد توجه قرار می‌گیرد.	کسب توضیحاتی در مورد اینکه زوج‌ها چگونه توانسته‌اند لحظاتی را دارای تعادل باشند و یا می‌خواهند تعادل ایجاد کنند - کاوش درباره این که زوج درمان را چگونه می‌بینند و درمان چگونه می‌تواند سودمند باشد - بررسی درباره امکان این که فرزندان گاه به گاه به گفتگو آورده شوند - تهیه یک دستور جلسه اولیه برای درمانی که هر دو نفر علاقمند به انجام آن هستند.

جلسه هفتم - گفتگو در مورد نقش از فرزندان دعوت می‌شود تا در جلسه درمان شرکت کرده و والدینی زوج، در صورتی دیدگاه‌هایشان را را در مورد خانواده به اشتراک بگذارند، نظرات یکایک اعضای خانواده مورد کاوش قرار می‌گیرد، گفتگوهای داخلی خانواده کشف می‌شود و در مورد اینکه خانواده چگونه می‌تواند با یکدیگر کار کند، جستجو می‌گردد- از تیم‌های بازتاب دهنده جهت ارایه دیدگاه‌های خارج از جلسه درمان، دعوت می‌شود.

جلسه هشتم - در مورد زمان خاتمه از پرسش‌های محاوره‌ای برای کاوش در باره نظرات زوجها در مورد دادن به صورت مشترک درمان و امیدهایی که به عنوان یک زوج و خانواده برای آینده دارند، تصمیم گیری می‌شود - استفاده می‌گردد- آنچه که در درمان مفید بوده است، برجسته می‌شود و درباره پیشرفت، بحث در باره استفاده از آنها در آینده بحث می‌گردد- نتیجه پیشرفت زوج به می‌شود- در مورد نگرانی آنها منعکس می‌شود ° درمانگر درباره پایان دادن به رابطه درمانی، آشکار های مربوط به آینده و شفاف است. گفتگو می‌شود.

یافته‌های پژوهش

در این مبحث ابتدا به بررسی ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها پرداخته شد و به منظور توصیف آماری، از جداول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد که در آن فراوانی، میانگین و انحراف معیار به عنوان شاخص‌های توصیفی استفاده گردید.

جدول ۱. شاخص‌های آماری نمرات صمیمیت در دو گروه

مرحله	گروه	زنان		مردان		کل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱	زبان مشارکتی	۲۲۲,۲۹	۲۸,۲۰	۲۲۱,۰۰	۲۷,۴۴	۲۶,۷۴
	کنترل	۲۱۲,۴۳	۳۲,۱۴	۲۰۹,۸۶	۳۱,۶۹	۳۰,۶۹
۳	زبان مشارکتی	۲۶۹,۷۱	۲۴,۹۱	۲۶۵,۸۶	۲۴,۲۳	۲۳,۶۹
	کنترل	۲۱۵,۱۴	۲۷,۶۶	۲۱۸,۷۱	۲۵,۵۴	۲۵,۶۴

با توجه به جدول ۱، میانگین نمرات «صمیمیت» در گروه آزمایش در پس آزمون افزایش داشته است اما در گروه کنترل میانگین نمرات «صمیمیت» تفاوت کمی داشته است. در تحلیل استنباطی، برای بررسی تأثیر درمان زبان مشارکتی بر صمیمیت زوجین با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (یکسان بودن شیب خط رگرسیون، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن رابطه بین دو متغیر و نرمال بودن توزیع نمرات) از این آزمون استفاده شد که نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۲ مشاهده می‌شود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۲۰۳/۵۹۶) با درجه آزادی ۱ و ۲۵ از مقدار F جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان زبان مشارکتی بر صمیمیت زوجین موثر است. با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات صمیمیت زوج‌ها در دو

گروه						
منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر
پیش آزمون	۱۴۳۶۷,۷۱۳	۱	۱۴۳۶۷,۷۱۳	۲۴۲,۱۱۳	۰,۰۰۱	۰,۹۰۶
گروه‌ها (مستقل)	۱۲۰۸۱,۹۵۱	۱	۱۲۰۸۱,۹۵۱	۲۰۳,۵۹۶	۰,۰۰۱	۰,۸۹۱
واریانس خطا	۱۴۸۳,۵۷۳	۲۵	۵۹,۳۴۳	-	-	-

برای بررسی تأثیر درمان زبان مشارکتی بر خرده مقیاس‌های صمیمیت زوج‌ها، با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری (همگنی ضرایب رگرسیون، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها، همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن) از این آزمون استفاده شد که نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا)

آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
آزمون اثر پیلاپی	۰,۹۶۱	۳۳,۸۶۳	۸	۱۱	۰,۰۰۱	۰,۹۶۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰,۰۳۹	۳۳,۸۶۳	۸	۱۱	۰,۰۰۱	۰,۹۶۱
آزمون اثر هتلینگ	۲۴,۶۲۸	۳۳,۸۶۳	۸	۱۱	۰,۰۰۱	۰,۹۶۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲۴,۶۲۸	۳۳,۸۶۳	۸	۱۱	۰,۰۰۱	۰,۹۶۱

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون، سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین زوج‌های گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خرده مقیاس‌های صمیمیت: عاطفی، شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی - تفریحی) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0,001$) و برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، چند تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ نشان داده شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۶۱ می‌باشد، یعنی ۹۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون خرده مقیاس‌های صمیمیت مربوط به تأثیر زوج درمانی زبان مشارکتی می‌باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی میانگین نمرات پس آزمون خرده

مقیاس‌های صمیمیت زوج‌های گروه آزمایش (زبان مشارکتی) و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
صمیمیت عاطفی	پیش آزمون	۹۹,۱۳۴	۱	۹۹,۱۳۴	۴۰,۲۴۷	۰,۰۰۱	۰,۶۹۱	۱
	گروه	۱۶۹,۸۱۴	۱	۱۶۹,۸۱۴	۶۸,۹۷۰	۰,۰۰۱	۰,۷۹۳	۱
	خطا	۲,۴۶۳	۱۸	۴۴,۳۳۷				
صمیمیت روانشناختی	پیش آزمون	۷۸,۹۲۱	۱	۷۸,۹۲۱	۴۷,۸۹۳	۰,۰۰۱	۰,۷۲۷	۱
	گروه	۲۸۰,۲۳۶	۱	۲۸۰,۲۳۶	۱۷۰,۰۵۸	۰,۰۰۱	۰,۹۰۴	۱
	خطا	۱,۶۴۸	۱۸	۲۹,۶۶۲				
صمیمیت عقلانی	پیش آزمون	۱۶۶,۲۹۶	۱	۱۶۶,۲۹۶	۵۴,۳۹۹	۰,۰۰۱	۰,۷۵۱	۱
	گروه	۲۹۷,۵۲۲	۱	۲۹۷,۵۲۲	۹۷,۳۲۶	۰,۰۰۱	۰,۸۴۴	۱
	خطا	۳,۰۵۷	۱۸	۵۵,۰۲۶				
صمیمیت جسی	پیش آزمون	۱۸۹,۴۹۲	۱	۱۸۹,۴۹۲	۱۵۸,۴۹۴	۰,۰۰۱	۰,۸۹۸	۱
	گروه	۷۹,۷۳۶	۱	۷۹,۷۳۶	۶۶,۶۹۳	۰,۰۰۱	۰,۷۸۷	۱
	خطا	۱,۱۹۶	۱۸	۲۱,۵۲۰				
صمیمیت بدنی	پیش آزمون	۵۶,۸۴۸	۱	۵۶,۸۴۸	۳۴,۳۰۹	۰,۰۰۱	۰,۶۵۶	۱
	گروه	۱۳۷,۷۹۶	۱	۱۳۷,۷۹۶	۸۳,۱۶۱	۰,۰۰۱	۰,۸۲۲	۱
	خطا	۱,۶۵۷	۱	۲۹,۸۲۶				
صمیمیت معنوی	پیش آزمون	۲۴۸,۳۳۶	۱	۲۴۸,۳۳۶	۴۱,۶۴۰	۰,۰۰۱	۰,۶۹۸	۱
	گروه	۱۵۷,۲۲۱	۱	۱۵۷,۲۲۱	۲۶,۳۶۲	۰,۰۰۱	۰,۵۹۴	۱
	خطا	۵,۹۶۴	۱	۱۰۷,۳۵۰				
زیانشناختی	پیش آزمون	۱۷۴,۳۲۰	۱	۱۷۴,۳۲۰	۹۱,۰۵۵	۰,۰۰۱	۰,۸۳۵	۱
	گروه	۸۵,۹۰۸	۱	۸۵,۹۰۸	۴۴,۸۷۴	۰,۰۰۱	۰,۷۱۴	۱

				۳۴,۴۶۰	۱	۱,۹۱۴	خطا	
۱	۰,۷۹۳	۰,۰۰۱	۳۰,۹۴۴	۱۰۷,۴۵۹	۱	۱۰۷,۴۵۹	پیش آزمون	مقیاس های شناختی
۱	۰,۳۶۹	۰,۰۰۱	۱۰,۵۱۷	۳۶,۵۲۱	۱	۳۶,۵۲۱	گروه	
				۶۲,۵۰۸	۱	۳,۴۷۳	خطا	

در نهایت می توان گفت زوج درمانی زبان مشارکتی بر افزایش صمیمیت و تمامی خرده مقیاس های آن (عاطفی، شناختی، عقلانی، جنسی، جسمی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی-تفریحی) در گروه نمونه مورد مطالعه، اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، اثر بخشی درمان سیستم های زبان مشارکتی بر افزایش میزان صمیمیت زوج ها را مورد بررسی قرار می دهد. نتایج نشان داد که زوج درمانی بر اساس سیستم های زبان مشارکتی بر صمیمیت زناشویی زوج ها اثر دارد و این اثربخشی در سطح $p < 0,001$ معنادار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۸۹ درصد افزایش صمیمیت زناشویی آزمودنی های شرکت کننده در گروه آزمایش را می توان به زوج درمانی زبان مشارکتی نسبت داد. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که زوج درمانی بر اساس سیستم های زبان مشارکتی بر کلیه ابعاد صمیمیت زناشویی زوج هانیز اثر دارد و این اثربخشی در تمام خرده مقیاس ها در سطح $p < 0,001$ معنادار است.

با وجود مطالعات تجربی اندکی که در مورد تاثیر کار مشارکتی در روابط درمانی موجود است، اما نتایج چند مطالعه کیفی در مورد دیدگاه مراجعان، بیانگر رضایت درمانگران و درمانجویان نسبت به درمان می باشد (سسما، ۲۰۱۱؛ کروپر، ۲۰۰۸). درمانگر مشارکتی، تغییر درمانی را برابر با تحول معنا از طریق گفتگوی محاوره ای می داند (اندرسن و گولیشین، ۱۹۸۸، ۱۹۹۰؛ به نقل از ساترلند، ۲۰۰۷). و تحول در معنا را نتیجه روابط مشارکتی و گفتگوهای

محواره‌ای می‌داند (اندرسن، ۱۹۹۷، به نقل از ساترلند، ۲۰۰۷). یافته‌های پژوهش حاضر نیز با نتایج تحقیقات فوق هم راستا می‌باشد. یک رویکرد محاوره‌ای و ارتباطی، مخصوصاً برای درمان زوج‌ها مناسب می‌باشد؛ زیرا زوج‌ها غالباً هنگامی درمان را شروع می‌کنند که ارتباطشان قطع گردیده، رابطه آن‌ها دو قطبی شده و منابع رابطه‌ای آنها بسیار تهی گشته است. چالش اصلی درمان، تسهیل دیالوگ در درمان و میان زوج است که موجب می‌شود هر یک حضوری کامل در رابطه داشته باشند. در این پژوهش نیز تسهیل و ایجاد فضای محاوره‌ای و رابطه‌ای در درمان، موجب شناخت بیشتر زوج از نیازهای یکدیگر و در نتیجه افزایش نزدیکی و صمیمیت میان آنها گردید. درمانگر با رعایت اصولی مانند شریک گفتگو بودن، گوش دادن دقیق، احترام، پذیرش زوج به عنوان متخصص در مشکلات، داستان‌ها، زندگی، تجارب و راه‌حل‌های خویش، کنجکاوی اصیل، ندانستن، برچسب نزدن، شنیدن همه صداهای (گفتگوی درونی و بیرونی) مربوط به درمان، پیشنهاد کردن بدون تحمیل نمودن، باز بودن (سسما، ۲۰۱۱؛ ص ۴۸) موجبات گفتگوی محاوره‌ای را فراهم می‌سازد. شریک محاوره‌ای بودن با زوج، موجب می‌شود تا آنها احساس آرامش کنند و بخواهند که افکارشان را به اشتراک بگذارند. زوج، زمانی یک فرایند محاوره‌ای را آغاز می‌نمایند که احساس کنند به حساب آمده و مورد احترام واقع می‌شوند. درمانگر در فرایندی بدون انتقاد کردن، قضاوت نمودن و با اطمینان بخشی به زوج؛ به زبان آن‌ها، داستان‌هایشان، توصیفات، هیجان‌ها، مسائل، امکانات و منابع زوج احترام می‌گذارد، و وقتی که زوج احساس کنند مورد احترام واقع شده‌اند، محاوره شکل می‌گیرد. درمانگر، زوج را متخصص در مشکلات، داستان‌ها، زندگی، تجارب و راه حل‌هایشان می‌داند. درمانگر، شریک محاوره‌ای است که برای آنچه زوج می‌خواهند به آن برسند، مشارکت می‌کند. درمانگر متخصص خلق محاوراتی است که در آن، زوج‌ها می‌توانند امکانات خودشان را پیدا نموده و توسعه بخشند. زوج تحت تأثیر این اصول و تکنیک‌ها در جلسات درمان و در زندگی زناشویی، در معرض بازسازی، تجدیدنظر و اصلاح در روابط منحصر به فرد خویش قرار می‌گیرند.

بر اساس اصل گوناگونی^۱ (تعدد)، درمانگر، حوزه‌های مختلف تجربه و دانش را مانند ایده‌های برگرفته از کتاب‌ها، نویسندگان، همکاران، ادبیات، تاریخ، فیلم‌ها، استعاره‌ها، دوستان، تجارب شخصی، مدل‌های روان‌درمانی دیگر، یا هر چیز دیگری که با آنچه زوج به محاوره می‌آورد، ربط پیدا می‌کند، به جلسه درمان می‌آورد؛ در این صورت بیش از یک راه برای نگرستن به مسئله پیدا می‌شود و در نتیجه بیش از یک راه حل نیز مطرح می‌گردد. این اصل موجب می‌شود تا زوج تحمل و انعطاف بیشتری در گفتگو داشته باشند (سسما، ۲۰۱۱، صص ۵۷-۶۰). در این جستجوی دو جانبه و از میان آن، معانی و ادراکات به طور مداوم تفسیر می‌شوند، باز تفسیر می‌شوند، روشن می‌گردند اصلاح می‌شوند و خلق می‌گردند. همان طور که چیزهای جدیدی در معنا و ادراکات پدیدار می‌شود، امکاناتی برای تفکر، احساس، هیجان، ابراز کردن و عمل نمودن به وجود می‌آید (اندرسن، ۲۰۰۷). در نتیجه زوج در همه ابعاد صمیمیت (عاطفی، شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی-تفریحی) می‌توانند با هم به خلق معنا پرداخته و به صمیمیتی بیشتر در رابطه دست یابند.

بنابراین بر اساس فلسفه، اصول، و مفاهیم رویکرد درمانی نظام‌های زبان مشارکتی، این نوع درمان برای ایجاد نزدیکی و صمیمیت میان زوج، مستعد می‌باشد و در این پژوهش نیز درمانگر با ایجاد فرایند و فضایی برای روابط مشارکتی و گفتگوهای محاوره‌ای موجب گردید که زوج، با احترام به دیدگاه‌های بی‌همتای یکدیگر، شناخت بیشتری نسبت به نیازهای هم پیدا نموده، در معنای یکدیگر شریک شده و یا باهم به خلق معنا پردازند تا در هر لحظه بتوانند صمیمیتی را ایجاد کنند. نتایج نشان داد که درمان زبان مشارکتی موجب افزایش صمیمیت زوج‌ها می‌گردد و با نتیجه تحقیقات اندرسن (۲۰۰۷، ۱۹۹۷)، فینش بین (۱۹۹۸)، چهارت و لایل (۱۹۹۹)، کروپر (۲۰۰۸)، ساترلند (۲۰۰۸)، سسما (۲۰۱۱) همسویی دارد.

با توجه به عدم پیشینه پژوهش ایرانی در مورد درمان نظام‌های زبان مشارکتی، پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌هایی کیفی، به منظور تحلیل گفتگوها و محاورات در جلسات درمان

مشارکتی، انجام شود. در این پژوهش استفاده از تیم بازتاب دهنده که در درمان نظام‌های زبان مشارکتی به کار گرفته می‌شود، به دلیل برخی محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی میسر نگردید، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای اثر بخشی بیشتر درمان، در صورت امکان از نظرات این تیم نیز در درمان استفاده شود. مشاوران و روانشناسان با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توانند در پیشگیری و درمان مسائل مربوط به صمیمیت زوج‌ها که در واقع تلاش زوج درمانی نیز ارتقا این سازه در همسران می‌باشد، گام‌های مؤثری بردارند.

منابع فارسی

- اعتمادی، عدرا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احمدی، سید احمد؛ فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر زوج درمانی به شیوه ایماگو تراپی بر افزایش صمیمیت زوج‌ها. فصلنامه علمی- پژوهشی تازه‌ها و پژوهش‌ها، جلد ۵ شماره ۱۹.
- خمسه، اکرم؛ حسینیان، سیمین. (۱۳۸۷). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. مطالعات زنان، سال ۶ شماره ۱ صص ۳۵-۵۲.
- دلاور، علی. (۱۳۸۵). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی. تهران: انتشارات رشد.

منابع لاتین

- Anderson, H. (1997). *conversation , Language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: Basic Book.
- Anderson, Harlene (2007). *The Therapist and Therapy systems: A way of Being with others*. 6th congress of the European family Therapy Association and 32th Association for family Therapy and systemic Practice UK conference Glasgow, Scotland, oct 5, 2007.
- Anderson, H. & Gehart, Diane. (2007). *Relationship and Conversation that make a Difference*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). *Human systems as linguistic systems: Evolving ideas*.

- Bagarozzi, Dennis A.(2001). *Enhancing intimacy in marriage:A clinician's guid*, Brunner-Routledge,A member of the Taylor & francis.
- Biever, J. L., Bobele, M., & North, M. W. (1998). *Therapy with intercultural couples: A postmodern approach*. Counselling Psychology Quarterly, 11 (2), 181-188.
- Craig, Bryan Kingsley (2000).*Intimacy in marriage* . ProQuest Dissertations & Theses (PQDT)
- Choi,Aida W.K.(2012).*The relationship between Family Cohesion and Intimacy in Dating Relationship*. Discovery-SS student E Journal,Vol.1,91-109.
- Cohen,P.(2004) .*Social Relationship and Health* . American Psychologist
- Cohen,P., Kasen, S., Chen, H., Hartmark, C., & Gordon, K. (2003). *Variations in patterns of developmental transitions in the emerging adulthood period*. Developmental Psychology, 39, 657-669.
- Dandeneav,M.(1990). *facilitating intimacy: A comparative outcome study of emotionally focused and cognitive intervention* . ProQuest.Dissertation &Theses , 1990.
- FiFe, S.T., & Weeks, G.R. (2010). *Barriers to recovering intimacy*. In J. Carlson & L.Sperry (Eds.) *Recovering intimacy in love relationships: A clinican s guide* (pp. 157-179). New York: Rutledge.
- Finshbane ,Dekoven, Mona (1998). I, Thou, And We; A Dialogical Approach To Couples Therapy. *Journal of Marital and Family therapy*, 1998. Vol. 24, No. 1. 41-58.
- Gehart-Brooks, D. R., & Lyle, R. R. (1999). Client and therapist perspectives of change in collaborativelanguage systems: An interpretive ethnography. *Journal of Systemic Therapies*, 18(4), 58° 77.
- Gehart, D.R.& Tuttle, A. R. (2003).*Theory-Based Treatment planning for Marriage and Family Therapists*. Brooks col Cengage Learning. USA.
- Giddens, Anthony. 1992. *The Transformation of Intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.
- Gurman, A.& Jacobson.(2002).*Clinical Handbook of couple therapy*. NY,New York:The GuilFord Press.
- Heller ,P.E.&Wood,B.(1998).*The Procses of intimacy*. Journal of Marital and Family Therapy,24,27-52.
- Kruper, Cheryl L.(2008). *Counsellors'perspectives on collaboration in collaborative therapies: A Grounded Theory Analyses*. A Final Project Submitted to the Campus Alberta Applied Psychology.
- Prager, K. J., & Buhrmester, D. (1998). *Intimacy and need fulfillment in couple relationships*. Journal of Social and Personal Relationships, 15(4), 435-469.

- Schaefer, M. T., & Olson, D.H.(1981).Assessing intimacy: The pair inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*,Jun,47-60.
- Seikkula, J. (2002). *Open dialogues with good and poor outcomes for psychochotic crises: Examples form families with violence*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 263° 274.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., & Sutela, M. (1995). *Treating psychosis by means of open dialogue*. In S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 62° 81). New York: Guilford Press
- Sesma, M.(2011).Pathways to Dialogue: The Work of Collaborative Therapists eitgh Couples, *International Jornal Collaborative practices* 2(1),2011:48-66.
- Sutherland, Olga (2007).*Therapist Positioning and Power in Discursive*. *Contem Fam Ther*(2007)29:193-209.
- Sutherland ,Olga(2008). *Therapeutic Collaboration: Conversation Analysis of Couple Therapy*. A Thesis for the Degree of Doctor of Psychology, Colgary, Alberta.
- Sutherland, Olga, Strong, Tom(2011). *a conversation analysis of constructionist therapy*. *Journal of Family Therapy*. Volume 33, Issue 3, pages 256° 278.
- Tarragona, M. (2008). *Postmodern/Post-Structuralist Therapies*. In Lebow, J. (Ed.) 21st Century
- Weeks, Gerald R. and Fife, Stephan T. (2009) .*Rebuilding intimacy following inf idently*. *Psychotherapy in Australia*. Vol 15 ,NO3,May2009.
- Weinberger, Mark I. , Hofstein, Yariv, Whit bourne , susan,(2008) . *Intimacy in young Adulthood as a Predictor of Divorce in Midlife*. *Press Relatsh* 2008 December 1; 15(4): 551-557.
- Weingarten. K. (1991). *The discourses of intimacy: Ading a Social Constructionist and feminis view*. *Family Process*, 30, 285-305
- Wynne, L.C.& Wynne, A.R. (1986). *The quest for intimacy*. *Journal of Marital and Family therapy*, 12, 383-394.