

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۴۹ بهار ۱۳۹۷

اثر بخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر میزان افسردگی، اضطراب و رضایت زناشویی زنان دارای آشفتگی زناشویی

احمد اعتمادی^۱

حسین سلیمی^۲

کیومرث فرحبخش^۳

حسین قلی‌زاده^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر میزان افسردگی، اضطراب و رضایت زناشویی زنان دارای آشفتگی زناشویی بود. طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی (گروه کنترل نابرابر) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر زوج‌های دارای آشفتگی زناشویی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناختی سازمان بهزیستی شهر تبریز بود که زن خانواده دارای علائم اضطرابی با همایندی افسردگی بود. از بین این مراجعان ۳۰ زوج به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و انتظار جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از سیاهه افسردگی بک، سیاهه اضطراب بک، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه سازگاری دو نفره استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس یک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند در هر سه متغیر، پس از کنترل متغیر همپراش (نمرات پیش‌آزمون) بین دو گروه آزمایش و انتظار تفاوت معنادار آماری وجود دارد (افسردگی: $F=۸۰/۱۲$; $p=۰/۰۰۱$ ؛ اضطراب: $F=۳۶/۵۹$; $p=۰/۰۰۱$ ؛ و رضایت زناشویی: $F=۱۹۶/۳۲$; $p=۰/۰۰۱$). به عبارتی دیگر

۱- دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)

۲- استادیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی

۳- دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی

۴- دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی Email:gholizadeh.h@gmail.com

رواندرمانی تحلیلی کارکردی در کاهش افسردگی و اضطراب زنان مشارکت‌کننده در طرح اثربخش بوده است. همچنین رضایت زناشویی زنان گروه آزمایش، نسبت به زنان گروه انتظار، افزایش معناداری داشت.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی تحلیلی کارکردی؛ اضطراب، افسردگی؛ رضایت زناشویی؛ آشفتگی زناشویی

مقدمه

از بین تمامی انواع رنج‌های بشری، آشفتگی‌های مربوط به روابط بین زوجین و خانواده-ها احتمالاً شایع‌ترین و سردرگم‌کننده‌ترین آنها می‌باشد که زندگی با آنها و نیز بدون آنها غیرممکن است (گهارت^۱، ۲۰۱۲). آشفتگی زناشویی^۲ به موقعیت و شرایطی گفته می‌شود که در آن، زوجها مشکلات ارتباطی و حل مسئله را تجربه می‌کنند، نمی‌توانند با هم همکاری نمایند و تفاوت‌های همدیگر را نمی‌پذیرند (جاکوبسون و کریستنسن^۳، ۱۹۹۶).

شواهد روزافزون نشانگر آن است که شادی و سلامت جسمی یک فرد ارتباطی قوی با روابط صمیمانه و وضعیت زندگی زناشویی آن شخص دارد (گمبل و کیلینگ^۴، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر شواهد بالینی و نیز یافته‌های پژوهشی، موید این موضوع هستند که بین اختلالات روانشناختی و آشفتگی‌های زناشویی رابطه وجود دارد اما این رابطه یک رابطه ساده و یک‌طرفه نیست بلکه رابطه‌ای پیچیده و چندگانه است. پژوهش ویسمن، یوبلاکر و وینستوک^۵ (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که برخی از اختلالات روانی با مشکلات زناشویی ارتباط دارند. همچنین یافته‌ها حکایت از رابطه بین کیفیت پایین زندگی زناشویی، آشفتگی زناشویی و طلاق با افزایش آشفتگی روانی و کاهش سلامت روانی کلی دارند (هاوکینز و بوت^۶، ۲۰۰۵).

1- Gehart

3- Jacobson & Christensen

5- Whisman, Uebelacker & Weinstock

2- marital distress

4- Gambrel & Keeling

6- Hawkins & Booth

محققان شواهد معتبری ارائه کرده‌اند که نشان می‌دهد بین افسردگی و روابط بین فردی آشفته در جمعیت‌های مختلف (بالینی در مقابل افراد عادی) رابطه دو سویه وجود دارد (ریمن، اورایر، کاریمیا و گودنایت^۱، ۲۰۱۵). یافته‌های مویا^۲ (۲۰۰۵؛ به نقل از کوهی، اعتمادی و فاتحی‌زاده، ۱۳۹۳) نشان می‌دهد زوجینی که همسرانشان دچار افسردگی هستند، سطوح پایین‌تری از سازگاری و رضایتمندی زناشویی را تجربه می‌کنند. پژوهش کارمیا (۲۰۰۸) نشان داد که افسردگی و اضطراب دو پیش‌بینی‌کننده قوی در کاهش رضایتمندی زوجین هستند. بیمارانی که از اختلال افسردگی اساسی رنج می‌برند، سطح بالایی از آشفتگی بین فردی را گزارش می‌کنند، رضایت کمی از ازدواج خود داشته و در مقایسه با افراد سالم مشکلات بین فردی آنها را بیشتر آشفته می‌سازد (ویسمن و یوبلاکر، ۲۰۰۹؛ به نقل از ریمن و همکاران، ۲۰۱۵).

پژوهشگران در مطالعه رابطه بین اختلالات روانی و رضایت زناشویی، عموماً دو چشم‌انداز را مورد توجه قرار می‌دهند. در چشم‌انداز اول محققان رابطه بین سطح اختلال روانی فرد با رضایت زناشویی همان فرد را مورد بررسی قرار می‌دهند (اثر بازیگر^۳). اما چشم‌انداز دوم رابطه بین اختلالات روانی شخص با سطح رضایت زناشویی همسر یا شریک فرد را مورد بررسی قرار می‌دهد (اثر شریک^۴) (برای مرور مراجعه شود به ویسمن و همکاران، ۲۰۰۴). به عبارت دیگر یک رابطه پیچیده بین وجود اختلال روانی با رابطه صمیمانه وجود دارد، به طوری که اختلال روانی هم می‌تواند با نارضایتی زناشویی خود فرد در تعامل متقابل باشد و هم نارضایتی همسر را تحت تأثیر قرار دهد، از سوی دیگر کیفیت رضایت زناشویی می‌تواند سیر و شدت اختلالات روانی را هم در خود فرد و هم در همسر فرد تغییر دهد.

اما از جهت سبب‌شناسی هنوز این ارتباط مورد تردید است. برخی شواهد اولیه بر این امر صحنه می‌گذارند که آشفتگی زناشویی نه تنها با شروع، سیر و درمان اختلال‌های روان‌شناختی بزرگسالان همبستگی دارد بلکه این رابطه می‌تواند علی نیز باشد (ویسمن،

1-Rehman, Evraire, Karimiha & Goodnight
3- actor effects

2- Moya
4- partner effects

۱۹۹۹؛ ویسمن و یوبلکر، ۲۰۰۶).

امروزه زوج‌درمانی درمان انتخابی برای ناراضی‌های ارتباطی است. چندین مطالعه نشان داده‌اند که زوج‌درمانی می‌تواند آشفتگی‌های ارتباطی را به‌طور موثری کاهش دهد و رضایت و ثبات روابط بین فردی را افزایش دهد (کریستنسن و هیوی، ۱۹۹۹). با وجود تاثیرات مثبت برخی از درمان‌ها در مشکلات زوجین هنوز برخی ابهام‌ها (مانند تأثیر بلند مدت این درمان‌ها) در این بین وجود دارد (جانسون و لبو، ۲۰۰۰) و این مسئله زمانی مشکل‌ساز و پیچیده‌تر می‌شود که یکی (یا هر دو نفر) از زوجین به یک اختلال روانی مبتلا باشند. از سوی دیگر روان‌درمانی‌های فردی، بدون در نظر گرفتن - و یا کم اهمیت دانستن - بافت خانواده و مسائل ارتباطی درمان را محدود به فرد دارای اختلال روانی می‌کنند. بنابراین، پویه‌های روابط بین فردی نادیده گرفته می‌شود.

پژوهشگران معتقدند که زوج‌درمانی، نیاز به حرکتی فراتر از درمان‌های موجود، در جهت بررسی رویکردهای یکپارچه درمانی دارد. هرچند فراتحلیل‌ها تأیید می‌کنند که درمان‌های مختلف برای آشفتگی زوجی از نظر آماری و بالینی پیامدهای معناداری ایجاد می‌کنند، اما یافته‌های پژوهشی دیگری نشان می‌دهند که درصد زیادی از زوجین در بهره‌وری از آنها شکست می‌خورند یا مدتی پس از درمان‌های رایج بدتر می‌شوند (اسنایدر و بالدرا - دوربین، ۲۰۱۲). به‌گونه‌ای که تنها در ۵۰ درصد زوجین درمان شده، هر دو شریک بهبود معنادار در رضایت از رابطه نشان می‌دهند و ۳۰ تا ۶۰ درصد زوجین درمان شده تباهی معناداری در دو سال یا بیشتر بعد از پایان درمان نشان می‌دهند (اسنایدر، کاستلانی و ویسمن، ۲۰۰۶).

بر همین اساس در پژوهش حاضر جهت آماج قرار دادن آشفتگی‌های زناشویی و نیز اختلالات هیجانی یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی یعنی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی^۳ انتخاب شد که با تغییراتی برای کاربرد بر روی زوجان آشفته منطبق شد، که

1- Heavy

2- Johnson & Lebow

3- Functional Analytic Psychotherapy (FAP)

همزمان آشفتگی‌های زناشویی و هم علائم اختلالات هیجانی را آماج درمان قرار می‌دهد. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی (FAP) یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که بر روابط مراجع - درمانگر به عنوان کلیدی‌ترین فرایند تغییر نگاه می‌کند. همان طور که کولنبرگ و سای^۱ (۱۹۹۵-۱۹۹۱) مطرح کرده‌اند، FAP، جانشینی برای رفتاردرمانی است که منطبق بر اصول رفتارگرایی رادیکال می‌باشد. بسیاری از رفتاردرمانگران به خاطر تصور غلطی که از رفتارگرایی رادیکال دارند در برابر آن واکنش نشان می‌دهند. اغلب گمان می‌رود که رفتارگرایی رادیکال رویکردی ساده‌انگارانه، ماشین‌نگر و دستکاری‌کننده^۲ بوده که فقط با رفتارهای قابل مشاهده سر و کار دارد و پدیده‌هایی مثل ناهشیاری، خلاقیت، خود، رابطه مراجع-درمانگر و افکار و احساسات را نادیده می‌گیرد (کولنبرگ و سای، ۱۹۹۵). این رویکرد بر تأثیر وابستگی‌ها که در طول جلسات درمانی پدیدار می‌شوند، بافت تعاملی درمانگر-مراجع، تعادل کارکردی بین محیط، تقویت طبیعی و شکل‌دهی توسط درمانگر تأکید می‌کند. از آنجاکه هدف اصلی FAP تحلیل کارکردی رفتار مراجع است، از این رو بر اهمیت رفتار و گفتار مراجع در طول جلسات درمانی-رفتارهای آماج بالینی^۳ مراجع- تأکید می‌شود (کولنبرگ و سای، ۱۹۹۱). این رفتارها آماج بالینی نامیده می‌شوند چون مشابهت زیادی با رفتارهایی دارند که در زندگی روزمره درمانجو رخ می‌دهند و او را به اتاق درمان آورده است (سای، کولنبرگ، کانتر، هولمن و لودان^۴، ۲۰۱۲). سه نوع رفتار آماج بالینی وجود دارد: نوع اول مشکلات درمانجو هستند که در اتاق درمان رخ می‌دهند. مثل اجتناب هیجانی نظیر گشوده نبودن در رابطه و دشواری در اعتماد کردن به درمانگر. نوع دوم بهبودی‌های درمانجو هستند که در جلسه رخ می‌دهند. نوع سوم شامل تفسیرهای درمانجو درباره رفتارش است که به‌طور مکرر در جلسه رخ می‌دهد. بر اساس دیدگاه تحلیلی کارکردی تفسیر مطلوب تفسیری است که کارکردی‌تر بوده و به تاریخچه تقویت و تنبیه اشاره دارد (سای و همکاران، ۲۰۱۲).

1- Kohlenberg & Tsai
3- clinically relevant behaviors (CRB)

2- manipulative
4- Kanter, Holman & Loudon

گرچه FAP نوعی از رفتاردرمانی است اما با دیگر درمان‌های رفتاری همانند آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی و سکس‌تراپی کاملاً متفاوت است. در عوض، فنون این درمان هم‌نوا با انتظارات مراجعینی است که به دنبال تجارب درمانی پرشور، هیجانی و عمیقی هستند (کولنبرگ و سای، ۲۰۰۷).

پروتکل FAP برای درمان بسیاری از اختلالات و مشکلات روانی به کار رفته است که از آن جمله می‌توان به اختلالات اضطرابی (لوپز برمودز، فرو و کالویل^۱، ۲۰۰۲، به نقل از گارسیا، ۲۰۰۸)؛ افسردگی (فرو، والرو و وایوز، ۲۰۰۶)؛ و مشکلات ارتباطی و به عنوان زوج‌درمانی (وندربرج، ناصر و سیلوا^۲، ۲۰۱۰ و کولنبرگ، سای، کوزینسکی^۳ و همکاران، ۲۰۱۵) اشاره نمود.

اگر خانواده درمانی را فرایند استفاده از تکنیک‌های ویژه برای مداخله در الگوهای سیستمی مشکل‌ساز و انتخاب الگوهای تعاملی جدید و انتخابی برای ساختار بخشی به این الگوها بدانیم، درمانگر سیستمی به مراجعانی که در این زمینه مشکل دارند کمک می‌کند تا بتوانند الگوهای قبلی خود را تغییر داده پاسخ‌های رفتاری جدیدی بیاموزند و در نهایت الگوهای جدید و موثرتری را ایجاد نمایند (گهارت، ۲۰۱۲). در FAP نیز الگوهای رفتاری مراجعان در جلسات درمانی مورد مشاهده و توجه قرار می‌گیرد. این رفتارها با استفاده تکنیک‌های رفتاری تقویت شده و پس از تسلط یافتن مراجع به آنها در جلسات درمانی، به زندگی روزمره نیز تعمیم داده می‌شوند.

بر اساس دانش ما، پژوهشی در این زمینه در ایران انجام نگرفته است هم به این دلیل و هم به دلیل اینکه FAP می‌تواند یک درمان وابسته به فرهنگ باشد (وندنبرگ^۴، ۲۰۰۸) نیاز هست که این درمان با شرایط فرهنگی و بومی کشور ما منطبق شود لذا در پژوهش حاضر به این سوال پاسخ می‌دهد که آیا روان‌درمانی تحلیلی کارکردی می‌تواند بر آشفته‌گی زوجان و میزان علائم اختلالات هیجانی آنها اثربخش باشد؟

1- López Bermúdez, Ferro, & Calvillo
3- Kuczynski

2- Vandenberghe, Nasser & Silva
4- Vandenberghe

طرح تحقیق

در پژوهش حاضر از طرح نیمه‌آزمایشی گروه کنترل نابرابر (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل با نمونه‌گیری غیرتصادفی) استفاده شد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر زوج‌های دارای آشفتگی زناشویی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناختی سازمان بهزیستی شهر تبریز بودند که زن خانواده دارای علائم اضطرابی با همایندی افسردگی بود. از بین این مراجعین ۳۰ زوج به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۱۵ زوج) تحت درمان روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و گروه انتظار قرار گرفتند. با توجه به عدم همکاری دو زوج نمونه نهایی در گروه آزمایشی به ۱۳ زوج کاهش یافت. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۵/۹۲ با انحراف معیار ۷/۲۸ و میانگین سنی گروه انتظار ۳۳/۵۳ با انحراف معیار ۶/۲۴ بود.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از: زوج‌هایی با حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال سن، داشتن علائم اضطرابی و افسردگی بر اساس پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی روانپزشک یا روانشناس (برای زن‌ها)، داشتن حداقل مدرک سیکل، توانایی خواندن و نوشتن و صحبت کردن روان به زبان ترکی یا فارسی. ملاک‌های حذفی هم شامل اختلالات سایکوتیک^۱، وابستگی دارویی، بیماری صرع، استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی و روان‌گردان در سه ماه قبل از اولین جلسه درمان و استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی برای هر اختلال روانی محور ۱ و ۲ بود.

روش اجرا

بعد از گرفتن مشخصات اولیه از بیماران به منظور تشخیص، و رد اختلال‌هایی که شامل ملاک‌های حذفی پژوهش بود، از مصاحبه بالینی ساختار یافته، پرسشنامه اضطراب و افسردگی

1- psychotic

بک و تأیید تشخیص بر اساس نظر روانپزشک یا روانشناس، استفاده شد. سپس بیماران به صورت جایگزینی تصادفی در یکی از دو گروه FAP یا گروه انتظار گمارده شدند. تمام ابزارهای پژوهش حاضر هم قبل از اجرای مداخلات و هم بلافاصله بعد از اتمام درمان بر روی مراجعان اجرا شد.

ساختار جلسات روان‌درمانی تحلیلی کارکردی

برای اجرای روان‌درمانی تحلیلی کارکردی در پژوهش حاضر از راهنمای درمانی ارائه شده در کتاب «راهنمای روان‌درمانی تحلیلی کارکردی» (سای، کولنبرگ، کانتر، کولنبرگ، فولت و کالانگان^۱، ۲۰۰۹) و «کاربست روان‌درمانی تحلیلی کارکردی» (کانتر، سای و کولنبرگ، ۲۰۱۰) استفاده شد.

همانند اغلب درمان‌های ساختاریافته، این درمان نیز با صورت‌بندی درمان^۲ صورت می‌گیرد. برای این منظور از فرم ارزیابی کارکردی فردنگر^۳ (FIAT) که به نوعی یک مصاحبه ساختاریافته است استفاده شد. در جلسات اولیه رفتارهای آماجی با همکاری درمانگر و مراجع مشخص شدند. درمان شامل سه مرحله آغازین، میانی و پایانی است. در مرحله آغازین منطق درمان ارائه می‌شود. همچنین در جلسات اولیه سنجش کارکردی از مشکلات ارتباطی زوجان به عمل می‌آید. بر اساس این سنجش اهداف درمانی شکل می‌گیرند. شروع درمان معمولاً با تمرینات ذهن آگاهی آغاز می‌شود. همچنین مراجعان یاد می‌گیرند عواطف و احساسات خود را بیان کنند، ذهن آگاه باشند و به تجارب و احساسات دیگران با روی گشاده گوش بدهند. همچنین شناسایی رفتارهای آماج بالینی (راب) در این مراحل درمانی صورت می‌گیرد. بقیه جلسات درمانی بر اساس قواعد (اصول) پنج‌گانه درمان پیش می‌رود. درمانگر رتک باید از پنج دستورالعمل یا قاعده راهبردی پیروی کند: الف) پایش راب‌ها ب) فراخوانی راب‌ها ج) تقویت راب‌های نوع ۲، د) مشاهده تأثیر احتمالی تقویتی رفتار درمانگر در ارتباط با راب‌های مراجع و ه) تفسیر

1- Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan 2- case formulation

3- Functional Idiographic Assessment Template (FIAT)

متغیرهایی که بر راب‌های مراجع تأثیر می‌گذارند. در مرحله میانی درمان دستورالعمل ج و نیز تعمیم‌دهی رفتار به زندگی روزمره بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. این مرحله مهم‌ترین مرحله درمانی است که علاوه بر پیروی از اصول درمانی، روی اجتناب‌های بیماران هم، کار می‌شود. در مرحله پایانی هم روی بستن درمان تمرکز می‌شود.

ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

سیاهه افسردگی بک^۱ - ویرایش دوم (BDI-II): این سیاهه، نوع بازنگری شده BDI می‌باشد و با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است. BDI-II شامل ۲۱ آئتم است که هر آئتم یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. هر آئتم دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد. هر جمله از نظر شدت بین صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. همچنین این سیاهه از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است (بک، استیر^۲، و براون، ۱۹۹۶). در پژوهش قاسم‌زاده، مجتبابی، کرم قدیری و ابراهیم خانی (۲۰۰۵) ضریب آلفای BDI-II ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی ۰/۷۴ گزارش شده است.

سیاهه اضطراب بک^۳ (BAI): این پرسشنامه توسط بک، اپستن^۴، براون و ستیر در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و شامل ۲۱ ماده بوده و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد، که نمره بالا نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. بک و همکاران، (۱۹۸۸، به نقل از عبدی، ۱۳۹۱) همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۹۰ و ضریب پایایی باز آزمایی (به فاصله یک هفته) ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. کاپیانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی: ۰/۸۳ به‌دست آورده‌اند.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: این پرسشنامه در سال ۱۹۳۹ توسط اولسون، فورنیر و

1- Beck Depression Inventory
3- Beck Anxiety Inventory

2- Steer
4- Epstein, & Brown & Steer

دراکمن تدوین شده است. انریچ شامل ۱۱۵ ماده و ۱۲ خرده‌مقیاس می‌باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رابطه زناشویی به کار می‌رود. از این پرسشنامه برای تشخیص زوج‌هایی استفاده می‌شود که دارای نارضایتی زناشویی بوده و نیاز به مشاوره، آموزش و تقویت رابطه دارند. به عنوان یک ابزار معتبر در پژوهش‌های متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است (ثنایی، علاقبند و هومن، ۱۳۸۴). یک فرم ۴۷ سوالی نیز از این پرسشنامه ساخته شده است که بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار فرم ۴۷ سوالی با استفاده از همسانی درونی ۰/۹۲ گزارش شده است (سلیمانیان، ۱۳۷۳؛ به نقل از یوسفی و همکاران، ۱۳۸۹).

پرسش‌نامه سازگاری زن و شوهر^۱ (DAS): این پرسش‌نامه یک ابزار ۳۲ سوالی است که در سال ۱۹۷۶ توسط گراهام و اسپنیر^۲ ساخته شده و برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. این ابزار دارای چهار خرده‌مقیاس رضایت^۳، هم‌بستگی^۴، توافق^۵ و ابراز محبت^۶ است و دارای ۵ نمره (۴ خرده‌مقیاس و یک نمره کل) که دامنه آن بین ۴ تا ۱۵۱ می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۶ و برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ (ثنایی ذاکر، علاقبند و هومن، ۱۳۷۹) و نقطه برش این ابزار ۱۰۱ گزارش شده‌اند. کجیاف، مقدس و آقایی (۱۳۹۰) ضریب باز آزمایی و انحراف استاندارد این ابزار را به ترتیب ۲۰/۶۷ و ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر این پرسشنامه صرفاً جهت تأیید تشخیص بالینی و انتخاب زوج‌های آشفته به کار رفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس یک‌راهه (ANCOVA) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

1- Dyadic Adjustment Scale
3- satisfaction
5- consensus

2- Graham
4- cohesion
6- affectional expression

یافته‌ها

در جدول (۱) آماره‌های توصیفی مرتبط با پرسشنامه‌ها در پیش‌آزمون آورده شده است.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی پرسشنامه‌های پژوهش در پیش‌آزمون

متغیرها	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۳۲/۵۳	۵/۶۵	۳۱/۸۰	۴/۷۵
اضطراب	۲۸/۵۳	۵/۳۳	۲۵/۹۳	۳/۹۱
رضایت زناشویی	۱۱۰/۱۵	۱۸/۷۶	۱۰۳/۷۳	۲۲/۰۱

قبل از تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون در هر سه متغیر (افسردگی، اضطراب و رضایت زناشویی) نشان داد بین شیب‌های رگرسیون دو گروه (ضرایب بتا) تفاوت معنادار وجود ندارد (افسردگی: $p=0/06$; $F=4/61$; اضطراب: $p=0/19$; $F=1/77$; رضایت زناشویی: $p=0/97$; $F=0/01$)، بنابراین می‌توان گفت پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. به عبارتی بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل تعامل وجود ندارد. در گام بعدی از آزمون لون جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس خطا استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد که برابری واریانس در متغیر افسردگی رعایت شده اما در دو متغیر دیگر اینگونه نبود (افسردگی: $p=0/42$; $F=0/66$; اضطراب: $p=0/001$; $F=14/21$ و رضایت زناشویی: $p=0/001$; $F=18/16$). با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های دیگر رعایت شده است و نیز با توجه به تعداد کم نمونه‌ها و تفاوت تعداد نمونه‌ها در دو گروه، تحلیل کواریانس نسبت به این تخطی مقاوم می‌باشد. همچنین تحلیل داده‌ها نشان داد پیش‌فرض خطی بودن رگرسیون همپراش و وابسته که نشانگر وجود همبستگی بین متغیر همپراش و وابسته است، رعایت شده است (افسردگی: $p=0/001$; $F=9/03$; اضطراب: $p=0/001$; $F=17/94$ و رضایت زناشویی: $p=0/001$).

$F=228/17$). در نهایت جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد (جدول ۲).

جدول (۲) آزمون شاپیرو- ویلک

متغیرها	گروه‌ها	آماره	درجه آزادی	معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۹۵	۱۳	۰/۶۷
	کنترل	۰/۹۶	۱۵	۰/۶۴
پس‌آزمون	آزمایش	۰/۹۸	۱۳	۰/۹۵
	کنترل	۰/۹۰	۱۵	۰/۱۰
اضطراب	پیش‌آزمون	۰/۹۵	۱۳	۰/۶۲
	کنترل	۰/۹۲	۱۵	۰/۲۳
پس‌آزمون	آزمایش	۰/۹۷	۱۳	۰/۹۱
	کنترل	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۹
رضایت	پیش‌آزمون	۰/۹۸	۱۳	۰/۹۹
	کنترل	۰/۹۴	۱۵	۰/۴۰
زناشویی	پس‌آزمون	۰/۹۵	۱۳	۰/۵۹
	کنترل	۰/۹۳	۱۵	۰/۳۷

مطابق با جدول (۲) پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه آزمایش و کنترل رعایت شده است. با توجه به رعایت همه پیش فرض‌های اساسی، تحلیل کواریانس انجام گرفت که نتایج آن به همراه داده‌های توصیفی پس‌آزمون در جدول (۳) نشان داده شده است.

جدول (۳) خلاصه نتایج تحلیل کواریانس و آماره‌های توصیفی پرسشنامه‌ها در پس‌آزمون

متغیرها	آزمایش		کنترل		F	Sig.	ضریب اتا
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
افسردگی	۱۸/۰۱	۳/۳۹	۳۰/۴۱	۴/۹۱	۸۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶
اضطراب	۱۹/۰۷	۴/۶۴	۲۴/۸۶	۳/۰۶	۳۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹
رضایت زناشویی	۱۴۶/۶۹	۲۱/۲۴	۱۰۲/۴۶	۲۲/۴۴	۱۹۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸

همانطور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود در هر سه متغیر، پس از کنترل متغیر همپراش (نمرات پیش‌آزمون) بین دو گروه آزمایش و انتظار تفاوت معنادار آماری وجود دارد (افسردگی: $F=۸۰/۱۲$; $p=۰/۰۰۱$ ؛ اضطراب: $F=۳۶/۵۹$; $p=۰/۰۰۱$ ؛ و رضایت زناشویی: $F=۱۹۶/۳۲$; $p=۰/۰۰۱$). با توجه به جدول توصیفی می‌توان گفت که متغیر مستقل (ارائه روان‌درمانی تحلیلی کارکردی) در کاهش افسردگی زنان مشارکت‌کننده در طرح اثربخش بوده است. همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که ۷۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیر مستقل قابل تبیین است. همچنین روان‌درمانی تحلیلی کارکردی در کاهش میزان اضطراب زنان موثر بوده است. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۵۹ درصد از تغییرات اضطراب به واسطه متغیر مستقل قابل تبیین است. در نهایت یافته‌ها نشان دادند رضایت زناشویی زنانی که تحت روان‌درمانی تحلیلی کارکردی قرار گرفته بودند نسبت به زنان گروه انتظار، افزایش معناداری نشان می‌دهد همچنین ۸۸ درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیر مستقل قابل تبیین است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر میزان افسردگی، اضطراب و رضایت زناشویی زنان دارای آشفتگی زناشویی بود. یافته‌ها نشان دادند زنانی که تحت روان‌درمانی تحلیلی کارکردی قرار گرفتند پس از اتمام درمان در میزان افسردگی کاهش معنادار نشان دادند. یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه همسو با یافته‌های فرو و همکاران (۲۰۰۶)؛ کولنبرگ، کانتر، بولینگ، پارکر و سای (۲۰۰۲) و میتلند^۱ (۲۰۱۵) است. پژوهش میتلند (۲۰۱۵) به‌عنوان اولین پژوهش اولین کارآزمایی بالینی تصادفی^۲ (RCT) در حیطه روان‌درمانی تحلیلی کارکردی نشان داد که گروه آزمایش که تحت این درمان بودند بعد از درمان در مقیاس صمیمیت و آشفتگی‌های روانشناختی بهبود معناداری نسبت به گروه انتظار نشان دادند. یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که FAP می‌تواند اضطراب زنان را کاهش دهد. این یافته همسو با لویز، فرو و

1- Mateland

2- randomized clinical trial



کالویلو (۲۰۰۲)، به نقل از گارسیا، (۲۰۰۸) می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان دادند گروه آزمایش پس از اتمام درمان رضایت زناشویی بالاتری را نسبت به گروه انتظار گزارش کردند. این یافته همسو با پژوهش‌های وندربگ، ناصر و سیلوا (۲۰۱۰) و کولنبرگ، سای، کوزینسکی و همکاران (۲۰۱۵) است.

اصلی‌ترین منطق درمان روان‌درمانی تحلیل کارکردی که برای همه موارد و همه مکان‌ها یکسان باشد رابطه درمانگر-درمانجو به‌عنوان نقطه تمرکز و نیز عامل کلیدی برای رسیدن به اهداف درمانی است (سای و همکاران، ۲۰۱۲). به‌عبارتی دیگر تغییرات درمانی زمانی به روابط اصلی بیرون از جلسه درمان تعمیم می‌یابد که در جلسات درمانی بین درمانگر و مراجع به‌صورت طبیعی و صمیمی نمود پیدا کنند.

از سوی دیگر مکانیسم‌های تغییر رتک در پنج قاعده شرح داده شده است: (۱) پایش رفتارهای آماج بالینی (راب‌ها)، (۲) فراخوانی راب‌ها، (۳) تقویت طبیعی راب نوع دو، (۴) توجه به تأثیر درمانگر به مراجع و (۵) ارائه تفاسیر در مورد روابط کارکردی (کولنبرگ و سای، ۱۹۹۱).

این قواعد فرایند درمانی‌ای را پیشنهاد می‌کنند که در آن راب‌ها ارزیابی می‌شوند، مورد مشاهده قرار می‌گیرند و از طریق ارتباط درمانی فراخوانده می‌شوند (قاعده ۱ و ۲)؛ وقتی که راب‌ها در جلسات درمانی رخ می‌دهند درمانگر پاسخ مشروط ارائه می‌دهد (قاعده ۳ و ۴). در نهایت تفسیرهای کارکردی تعاملات برجسته درون جلسه و تکالیف خانگی مرتبط با تعاملات، باعث تعمیم تغییرات رفتاری به بیرون از جلسه می‌شود (قاعده ۵) (ویکز، کانتر، بونو، لندیس و بوش، ۲۰۱۱).

اگرچه همه قاعده‌ها در FAP مهم هستند اما کاربرد قاعده ۳، یعنی پاسخ‌های تقویتی طبیعی به راب‌ها، کلید پیشنهادی رتک به‌عنوان مکانیسم تغییر است (لندیس، کانتر، ویکز و بوش، ۲۰۱۳). قاعده ۳، به‌عنوان نمونه بارزی از اصل رفتاری تقویت است که موفقیت دیگر مداخلات تحلیل رفتار کاربردی را هدایت می‌کند (لیزارازو، مونوز -

1- Weeks, Kanter, Bonow, Landes & Busch

مارتینز، سانتوز و کانتر^۱، (۲۰۱۵). لازم به ذکر است که قاعده ۳ بدون یک ارتباط درمانی قوی نمی‌تواند شکل بگیرد. به زبان رفتاری، قاعده ۳، بدون وجود یک درمانگر به‌مثابه منبع معنادار و برجسته تقویت نمی‌تواند به‌وجود آید (لندیس و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس دیدگاه FAP یک ارتباط شفا بخش شامل خودافشاگری‌های درمانجو و درمانگر می‌شود. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند پاسخگویی به خودافشاگری مراجع احتمالاً تأثیر مستقیم بر عمق افشاگری دارد، این مسئله ناشی از رویکرد رفتاری بافتاری FAP به پاسخگویی عاشقانه^۲ به‌مثابه تقویت می‌باشد. مدل FAP پیش‌بینی می‌کند برای اینکه در روابط بین فردی بیرون از جلسه درمانی، بهبودی بلندمدت اتفاق بیفتد، خودافشایی مراجع باید به‌صورت مکرر و عمیق در طی جلسات درمانی تقویت بشود. سپس این بهبودی به بیرون از جلسات باید تعمیم داده شود (هاورث، کانتر، سای، کوزینسکی، را و کولنبرگ^۳، ۲۰۱۵). بنابراین ارتباط عمیق و عشق درمانگرانه شکل گرفته بین مراجع و درمانگر یکی از مکانیسم‌های تغییر احتمالی FAP می‌تواند باشد.

یکی از راهبردهای درمانی که مدل FAP از آن استفاده می‌کند ذهن آگاهی است. به نظر می‌رسد ذهن آگاهی یکی دیگر از مکانیسم‌های تغییر در این درمان است. برخی تحقیقات نشان داده‌اند که ذهن آگاهی درون فردی سنتی، می‌تواند پیامدهای بین فردی را نیز بهبود ببخشد (برای مرور رجوع شود به اتکینسون، ۲۰۱۳). اگر چه تحقیقات نادری اثر بخشی ذهن آگاهی ساختاریافته بر روی روابط بین فردی بررسی کرده‌اند (کارسون، کارسون، گیل و باکوم^۴، ۲۰۰۴) اما تبیین احتمالی در مورد مزایای تمرینات ذهن آگاهی بر روابط زوجین می‌تواند به مولفه‌هایی چون افزایش همدلی و دیدگاه‌گیری، بهبود تنظیم هیجان، همسویی هیجانی با همسر در زمان حال و آگاهی مبتنی بر زمان حال از احساسات مرتبط با صمیمیت مربوط باشد (اتکینسون، ۲۰۱۳). افزایش آگاهی و تجربه پذیری باعث تسهیل فعالیت‌های مهم مرتبط با صمیمیت شده که در صورت پاسخگویی

1- Lizarazo & Muñoz-Martínez & Santos & Kanter 2- loving responsiveness
3- Haworth, Kanter, Tsai, Kuczynski, Rae & 4- Carson, Carson, Gil and Baucom
Kohlenberg



از طرف زوج منجر به بهبود رابطه می‌شود (کولنبرگ و همکاران، ۲۰۱۵). زوجین اغلب با شکایت‌های طرف مقابلشان مواجه می‌شوند مبنی بر اینکه به آنها گوش نمی‌دهند. افرادی که در توجه آگاهانه نسبت به همسرشان با مشکل مواجه هستند ممکن است به هنگام مکالمه با همسرشان به آنها توجه کنند اما نمی‌توانند ذهنشان را متمرکز کنند و نیز ذهن‌شان توسط واکنش‌هایی که به حرف‌های همسرشان می‌دهند پرت می‌شود. در تمرینات ذهن‌آگاهی بر روی تمرکز عمدی و بدون قضاوت بر روی موضوع اصلی تأکید می‌شود. بنابراین فرایند تمرکز بر توجه در ذهن‌آگاهی می‌تواند توانمندی زوجین در توجه به همدیگر را افزایش دهد (اتکینسون، ۲۰۱۳).

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند مدل FAP می‌تواند بر آشفتگی‌های زناشویی زنان اثر مثبتی داشته باشد. همچنین میزان افسردگی و اضطراب زنان مشارکت‌کننده در درمان نیز نسبت به گروه انتظار به‌طور معناداری کاهش یافته بود. این پژوهش شامل محدودیت‌هایی بود که از جمله آنها می‌توان به نداشتن پیگیری پس از درمان، عدم دسترسی به برخی از ابزارهای اختصاصی FAP به‌دلیل قانون کپی رایت و عدم امکان انتخاب تصادفی نمونه‌ها، اشاره نمود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۱۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- ثنایی، باقر؛ علاق‌بند، ستیلا و عباس هومن (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: موسسه انتشارات بعثت.
- عبدی، رضا (۱۳۹۱). ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، منتشر نشده، *پایان‌نامه دکترای روانشناسی*، دانشگاه تبریز.
- کجباف، محمدباقر، مقدس، مائده و اصغر آقایی (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش راهبردی برنامه ریزی عصبی کلامی بر سازگاری زناشویی، *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۲ (۴): ۳۰-۴۰.
- کوهی، سمانه؛ اعتمادی، عذرا و مریم فاتحی‌زاده (۱۳۹۳). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روانی با سرخوردگی زناشویی در زوجین، *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۴ (۶): ۸۴-۷۱.
- کاویانی، حسین و اشرف‌السادات موسوی (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی، *مجله دانشکده پزشکی*، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۶: ۱۳۶-۱۴۰.
- یوسفی، رحیم؛ عابدین، علیرضا، تیرگری، عبدالحکیم و جلیل فتح‌آبادی (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طرحواره‌ها در ارتقاء رضایت زناشویی، *مجله روانشناسی بالینی*، ۲ (۳): ۲۵-۴۰.
- Atkinson, B.J. (2013). Mindfulness Training and the Cultivation of Secure, Satisfying Couple Relationships, *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2 (2): 73-94.
- Beck, AT., Steer, RA., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*, The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company San Antonio.
- Carson, J.W., Carson, K.M., Gil, K.M. & Baucom, D.H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement, *Behavior Therapy*, 35 (3), 471-494.
- Christensen, A. & Heavey, C.L. (1999). Interventions for couples, In Spence, J.T., Darley, J. M., & Foss, D.J. (Eds.), *Annual review of psychology* (pp. 165-190), Palo Alto, CA: Annual Reviews.

- Ferro, R., Valero, L. & Vives, M.C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical Analysis of a patient with Depressive Disorder, *The Behavior Analyst Today*, 7, 1-18.
- Gambrel, L. & Keeling, M.L. (2010). Relational aspects of mindfulness: Implications for the practice of marriage and family therapy, *Contemporary Family Therapy*, 32 (4), 412-426.
- Garcia, R.F. (2008). Recent Studies in Functional Analytic Psychotherapy, *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2): 239-250.
- Gehart, D.R. (2012). *Mindfulness and acceptance in couple and family therapy*, New York: Guilford.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Eberahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II-Persian, *Depression and anxiety*, 21, 185-192.
- Hawkins, D, N., & Booth, A. (2005). Unhappily ever after: effects of long-term, quality marriage on well-being, *Journal of Social Forces*, 84 -1 - 457- 471.
- Haworth, K., Kanter, J.W., Tsai, M., Kuczynski, A.M., Rae, J.R. & Kohlenberg, R.J. (2015). Reinforcement matters: A preliminary, laboratory-based component-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's model of social connection, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 281-291.
- Jacobson, NS, & Christensen A. (1996). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*, New York: Norton.
- Johnson, S. & Lebow, J. (2000). The "Coming of age" of couple's therapy: A decade review, *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 23-38.
- Kanter, J.W., Tsai, M., & Kohlenberg, R.J. (2010). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*, New York: Springer.
- Karimiha, G. (2008). *Actor-partner effects and the differential roles of depression and anxiety in intimate relationships: A cross-sectional and longitudinal analysis*, California State University, Long Beach.

-
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*, New York: Plenum.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M.Y., Parker, C.R. & Tsai, M. (2002). Enhancing Cognitive Therapy for Depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment Guidelines and Empirical Findings, *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R. & Tsai, M. (1995). In W.T. O'Donohue & L. Krasner (Eds.). *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*, Washington, DC: American Psychological Association (pp. 637-658).
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (2007). *Functional Analytic Psychotherapy Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*, New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Kuczynski, A.M., Rae, J.R., Lagbas, E., Lo, J., Kanter, J.W. (2015). A brief, interpersonally oriented mindfulness intervention incorporating Functional Analytic Psychotherapy's model of awareness, courage and love, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4: 107-111.
- Landes, S.J., Kanter, J.W., Weeks, C.E. & Busch, A.M. (2013). The impact of the active components of functional analytic psychotherapy on idiographic target behaviors, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 49-57.
- Lizarazo, N.E., & Muñoz-Martínez, A.M., & Santos, M.M., & Kanter, J.W. (2015) Within-Subjects Evaluation of the Effects of Functional Analytic Psychotherapy on In-Session and Out-of-Session Client Behavior, *Psychological research*, 65: 463-474.
- Maitland, D.W.M. (2015). *Functional analytic psychotherapy compared to watchful waiting for enhancing social connectedness: a randomized clinical trial with a diagnosed sample*, A Dissertation submitted for the degree of Doctor of Philosophy Psychology Western Michigan University.
- Rehman, U.S., Evraire, L.E., Karimiha, G., & Goodnight, J.A. (2015). Actor-Partner Effects and the Differential Roles of Depression and Anxiety in Intimate Relationships: A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis, *Journal of Clinical Psychology*, doi: 10.1002/jclp.22162.



- Snyder, D.K., & Balderrama-durbin, C. (2012). Integrative approaches to couple therapy: Implications for clinical practice and research, *Behavior Therapy*, 43, 13-24.
- Snyder, D.K., Castellani, A.M., & Whisman, M.A. (2006). Current status and future directions in couple therapy, *Annual Review of Clinical Psychology*, 57, 317-344.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Gareth I. Holman, G.I., Loudon, M.P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: Distinctive feature*. New York: Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follette, W.C., Callaghan, G.M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy*, New York: Springer.
- Vandenberghe, L. (2008). Culture-Sensitive Functional Analytic Psychotherapy, *Behavioral Analysis*, 31 (1): 67-79.
- Vandenberghe, L., de Oliveira Nasser, K.C.F. & e Silva, D.P. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: Two case studies in Functional Analytic Psychotherapy, *Counselling Psychology Quarterly*, 23(1), 45-53.
- Weeks, C.E., Kanter, J.W., Bonow, J.T., Landes, S.J. & Busch, A.M. (2011). Translating the theoretical into practical: A logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes, *Behavior Modification*, 36, 87-119.
- Whisman, M.A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the national comorbidity survey, *Journal of Abnormal Psychology*, 108; 701-706.
- Whisman, M.A., & Uebelacker, L.A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults, *Journal of Family Psychology*, 20, 369-377.
- Whisman, M.A., & Uebelacker, L.A. & Weinstock, L.M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 830-838.