

Comparison of the Efficacy of the Integrative Behavioral Couple Therapy and Rational-Emotive Behavior Therapy on the Communication Beliefs among Maladjustment Couples

Niazi E¹, *Mami Sh², Ahmadi V³

Author Address

1. PhD student of General Psychology, Ilam branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran;

2. Assistant Professor of Psychology department, Ilam branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran;

3. Assistant Professor of Psychology department, Ilam branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

*Corresponding Author Email: shahram.mami@yahoo.com

Received: 2019 February 21; Accepted: 2019 April 7

Abstract

Background & Objective: With the growing complexity of marriage and family, there is abundant literature on marital relationships and marital adjustment and an emerging understanding of how marriage might influence health and well-being. The understanding marital relationship is also very timely, given the changes the institution of marriage has been witnessing over the last several decades. The link between “better” or “worse” marriages and “sickness and health” has been a subject of much researcher interest over the last half-century. Being married contributes to concordance in health behaviors over time between spouses. Moreover, the marital adjustment may also buffer against the impact of non-marital stressors on health behaviors and increase personal resources (i.e., self-efficacy, self-regulatory capacity) needed for initiating and maintaining health behavior change. The marital strain may add or interact with non-marital stressors leading to increased use of health-compromising behaviors to cope with such stressors and decreasing personal resources that could be used during change attempts. Marital adjustment, which refers to affective and cognitive states along with the related actions that are precedent to terminating a relationship, is a crucial indicator of well-being. Several studies have shown that separated and divorced couples experience more significant risk for mental and physical health problems, as well as can have strong negative consequences for their children, such as impacting their children’s mental health, academic and social performance. Since marriage maladjustment is detrimental to the family unit and society, the importance of identifying the factors that promote marital adjustment is overwhelmingly apparent. Meanwhile, the role of the family and the way their members communicate with each other in shaping the quality of marital life is very important. The beliefs and cognitions that exist in the minds of individuals, such as couples, affect their communication. Understanding these beliefs and their influence on couples, family functioning, marital adjustment and the continuity of this relationship cannot be ignored. The purpose of this study was to compare the efficacy of the integrative behavioral couple therapy and couple rational- emotive- behavior therapy on communication beliefs among maladjustment couples.

Methods: This study method was a semi-experimental study with pre-test, post-test, and control group. The statistical population of this study was all couples with marital complaints referred to Ilam counselling and psychology centres in 2017. Among them, 30 couples were selected through the available sampling method and accidentally homogenized in three groups. Relationship Belief Inventory by Eidelson & Epstein (1982) for pre-test and post-test. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance, Bonferroni follows up test and SPSS software and 0.05 probability values.

Results: The results of this study showed that Integrative Behavioral Couple Therapy was effective on post-test scores of disagreement is destructive belief (20.10 ± 2.58 , $p=0.001$), mindreading is expected belief (22.50 ± 4.12 , $p=0.001$), partners cannot change belief (22.50 ± 4.12 , $p=0.001$), sexual perfectionism belief (22.40 ± 3.72 , $p=0.001$) and sexes are different belief (22.00 ± 3.43 , $p=0.001$). Rational-Emotive Behavior Therapy was effective on post-test scores of disagreement is destructive belief (19.45 ± 2.23 , $p=0.001$), mindreading is expected belief (23.40 ± 3.16 , $p=0.002$), partners cannot change belief (23.75 ± 3.41 , $p=0.003$), sexual perfectionism belief (22.00 ± 3.15 , $p=0.001$) and sexes are a different belief (22.30 ± 3.71 , $p=0.001$).

Conclusion: The purpose of psychotherapy is to make desirable changes in the system of individual beliefs. Rational-Emotive Behavior Therapy is characterized by commonly accepted approaches to cognition and behavior, which emphasizes thinking, judging, deciding, analyzing and practicing. Another method used for couple treatment is Integrative Behavioral Couple Therapy. The goal of Integrative Behavioral Couple Therapy is emotional acceptance through the release of vulnerable emotions that enhance empathy and change behavior. Based on the findings of this research couple therapists and counsellors can increase marital adjustment of the couple by training correct relational beliefs via integrative behavioral couple therapy and rational- emotive behavior therapy.

Keywords: Integrative Behavioral Couple Therapy, Communication Beliefs, Maladjustment Couples, Rational- Emotive- Behavior Therapy.

مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری تلفیقی و درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری بر باورهای ارتباطی زوجین ناسازگار

الیاس نیازی^۱، *شهرام مامی^۲، وحید احمدی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران؛
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران؛
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
*رایانامه نویسنده مسئول: shahram.mami@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲ اسفندماه ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۸ فروردین ماه ۱۳۹۸

چکیده

هدف: باورها و شناخت‌هایی که در اذهان زوجین وجود دارد در نحوه ارتباطات آن‌ها تأثیر می‌گذارد. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری تلفیقی و زوج درمانی عقلانی-هیجانی- رفتاری بر باورهای ارتباطی زوجین ناسازگار بود.

روش بررسی: روش بررسی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود و جامعه آماری این پژوهش تمامی زوجین با شکایت زناشویی و مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهرستان ایلام در سال ۱۳۹۶ بودند. از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ زوج انتخاب شده و با همگن‌سازی و به‌طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. زوجین جهت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه باورهای ارتباطی ایدلسون و ایستین (۱۹۸۲) پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بن‌فرونی، نرم‌افزار SPSS و مقدار احتمال ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد زوج درمانی رفتاری تلفیقی بر کاهش میانگین نمره‌های پس‌آزمون باور به تخریب‌کنندگی مخالفت ($20/10 \pm 2/58$) و $p=0/001$ ، توقع ذهن‌خوانی ($23/50 \pm 4/49$) و $p=0/001$ ، باور به عدم تغییرپذیری همسر ($22/50 \pm 4/12$) و $p=0/001$ ، کمال‌گرایی جنسی ($22/40 \pm 3/72$) و $p=0/001$ و باور به تفاوت‌های جنسیتی ($22/00 \pm 3/43$) و $p=0/001$ اثربخش بود. درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری بر کاهش میانگین نمره‌های پس‌آزمون باور به تخریب‌کنندگی مخالفت ($19/45 \pm 2/23$) و $p=0/001$ ، توقع ذهن‌خوانی ($23/40 \pm 3/1$) و $p=0/002$ ، باور به عدم تغییرپذیری همسر ($23/75 \pm 3/41$) و $p=0/003$ ، کمال‌گرایی جنسی ($22/00 \pm 3/15$) و $p=0/001$ و باور به تفاوت‌های جنسیتی ($22/30 \pm 3/71$) و $p=0/001$ اثربخش بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش زوج درمان‌گران و مشاوران می‌توانند با آموزش باورهای ارتباطی صحیح با استفاده از زوج درمانی رفتاری تلفیقی و رویکرد عقلانی-هیجانی- رفتاری در جهت افزایش سازگاری زناشویی زوجین اقدام نمایند.

کلیدواژه‌ها: باورهای ارتباطی، رویکرد عقلانی-هیجانی- رفتاری، زوج درمانی رفتاری تلفیقی، زوجین ناسازگار.

ازدواج به عنوان مهم ترین و عالی ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی افراد، همواره تأیید شده است (۱). سازگاری زناشویی را سازگاری زوجین با زندگی روزمره و تغییر شرایط زندگی و تغییر مناسب این شرایط در دوره زمانی خاص تعریف کرده اند (۲). شناسایی عوامل مرتبط و تأثیرگذار بر سازگاری زناشویی از ضرورت و اهمیت ویژه ای برخوردار است. روابط و سازگاری زناشویی بر بهزیستی روان شناختی زوجین، دستیابی به جامعه ای امن و خانواده سالم و پرورش نسل آینده تأثیرگذار است؛ ناسازگاری زناشویی از علل ناتوانی در دستیابی به بهزیستی روان شناختی زوجین و جامعه امن و خانواده سالم و پرورش نادرست نسل آینده به شمار می آید (۳). باورها و شناخت هایی که در اذهان افراد از جمله زوجین وجود دارد در نحوه ارتباطات آن ها تأثیر می گذارد. شناخت این باورها و نفوذ آن ها را در زوجین و کارکرد خانواده و در سازگاری زناشویی و تداوم این ارتباط، نمی توان نادیده گرفت (۴). باورهای ارتباطی غیرمنطقی، علت اصلی بسیاری از ناسازگاری های اجتماعی به ویژه در روابط زوجین است (۵). از نظر اپستین و ایدلسون باورهای ارتباطی زناشویی عبارتند از: ۱. توقع ذهن خوانی: انتظار این که بدون نیاز به گفتن و اظهار نظر کردن فرد باید احساسات، افکار و نیازهای همسر خود را بداند؛ ۲. کمال گرایی جنسی: انتظار از همسر در ایجاد رابطه جنسی در همه موقعیت ها بدون توجه به وضعیت او؛ ۳. باور ناهمسانی های جنسی: نداشتن درک درست از ناهمسانی های شناختی و فیزیولوژیکی زن و مرد، به صورت انتظار یکسان داشتن یا ناهمسانی های مادرزادی را علت اختلافات دانستن؛ ۴. باور به تخریب کنندگی مخالفت: به معنای نپذیرفتن و ناراحتی و تفسیر منفی اختلاف نظرها و ۵. باور به تغییر ناپذیری همسر: اعتقاد به نداشتن توانایی همسر در تغییر رفتارها و تکرار شدن آن ها در آینده (۶). به اعتقاد الیس تفکرات غیرمنطقی همان اندیشه های باطل و وهمی و خیالی هستند که منجر به بروز ناسازگاری های زناشویی می شوند (۷). رفتار درمانی عقلانی هیجانی یکی از رویکردهای تک مکتبی در درمان مشکلات زوجین و اولین درمان شناختی رفتاری بوده و این روزها همچنان رویکرد شناختی رفتاری عمده است. هدف از روان درمانی آن است که تغییرات مطلوبی در نظام باورهای فرد به وجود آورد. متعاقب آن فرد رفتارهای مطلوبی از خود بروز دهد و به نحو مناسبی عاطفه به خرج دهد (۸). پس از خاتمه درمان، انتظار می رود که زوجین عقاید غیرمنطقی و غیرعقلانی خود را رها کنند و به سوی تفکر منطقی و عقلانی روی آورند (۹). انتظار می رود که زوجین بسیاری از تأکیدهایشان را که در روند اندیشه و رفتار، انتظار از خود و دیگران (که براساس اجبار و الزام و وظیفه توجیه می کنند)، رها کنند (۱۰). در این رویکرد هنگام کار با زوجین، اصول رفتار درمانی عقلانی هیجانی به زن و شوهرها آموخته می شود تا بتوانند ناسازگارهای خود را حل و فصل کنند یا حداقل کم تر در مورد آن ها آشفته شوند (۱۱). در این راستا، پاشنگ و همکاران پیشنهاد کردند که می توان از شیوه مداخله عقلانی- عاطفی به عنوان روشی مؤثر در کاهش باورهای غیرمنطقی زوجین متقاضی طلاق سود جست و با اصلاح باورهای

غیرمنطقی زوج ها، در سطح گسترده تری سایر مشکلات بین فردی آن ها را نیز کاهش داد (۱۲).

یکی دیگر از رویکردهایی که جهت زوج درمانی استفاده می شود، زوج درمانی رفتاری تلفیقی است. زوج درمانی رفتاری تلفیقی نوعی رفتار درمانی مبتنی بر بافت است که با تلفیق پذیرش و تغییر به زوجین کمک می کند تا ناسازگاری هایشان کاهش یابد (۱۳). در ابتدای یک رابطه، پذیرش و تحمل تفاوت ها در میان بیش تر زوجین به سادگی رخ می دهد. وقتی که پذیرش کم رنگ تر می شود زوجین یکدیگر را نه به عنوان افراد متفاوت بلکه به صورت افرادی ناقص می بینند و در نهایت شروع به بدگویی از همدیگر می کنند و دو نفر سعی می کنند که همدیگر را تغییر دهند و این تلاش ها اغلب باعث رفتارهای اجباری و منفی مثل دروغ گویی، کناره گیری و انتقاد می شود (۱۴). در زوج درمانی رفتاری تلفیقی به منظور افزایش پذیرش هیجانی میان زوجین از چهار شیوه گسترده استفاده می شود: ۱. اتحاد همدلانه در مورد مشکل؛ ۲. بی طرفه متحدانه در بررسی مشکل؛ ۳. افزایش تحمل در مواجهه با یک مشکل آزارنده و ۴. افزایش فعالیت های رسیدگی به خود در برابر مشکلات لاینحل. همچنین این درمان برخی از تکنیک های تغییر مدار شامل تبادل رفتاری و آموزش ارتباط و حل مسئله را حفظ کرده است (۱۵، ۱۶). در این راستا، در پژوهش سیویر و همکاران زوج درمانی رفتاری تلفیقی بر تغییرات رفتاری و ارتباطی زوجین اثربخش بود (۱۷). عباسی بوردنر و همکاران در پژوهش خود نشان دادند هر دو شیوه درمانی رفتاری- تلفیقی و رفتاری- شناختی در کاهش باورهای ارتباطی ناکارآمد زوجین متقاضی طلاق مؤثرند و تفاوت دو رویکرد در افزایش باورهای ارتباطی ناکارآمد زوج های متقاضی طلاق معنادار است. به این معنا که زوج درمانی رفتاری- تلفیقی در افزایش بهبود باورهای ارتباطی مؤثرتر از زوج درمانی رفتاری- شناختی است (۱۸). در پژوهش نظری و همکاران هر دو شیوه زوج درمانی شناختی رفتاری غنی شده و زوج درمانی تلفیقی رفتاری درمانی در افزایش رضایت زناشویی مؤثر بود، اگرچه زوج درمانی تلفیقی رفتاری، مؤثرتر از زوج درمانی شناختی- رفتاری بود (۱۹).

اکثر این درمان ها مبتنی بر اصول مشترکی هستند و تعدادی از پژوهش ها، ضعف رویکردهای تک مکتبی را در درمان زوجین نشان می دهند (۲۰). امروزه درمان های تلفیقی طرفداران ویژه ای پیدا کرده است و درمانگران درصدد آن هستند که با ترکیب نظریات و رویکردهای درمانی مختلف به روش های درمانی کارآمدتری دست یابند (۲۱). علاوه بر این، باید اشاره داشت که ناسازگاری ها و تعارض های شدید و مزمن زناشویی، تنش زاست که خطر ناتوانی ها و مشکلات جسمانی، هیجانی، روانی و اقتصادی، اجتماعی و شغلی را افزایش می دهد. فرزندان حاصل از چنین ازدواج هایی علاوه بر این که نیازهایی ویژه دارند در معرض آسیب های روانی و اجتماعی فراوانی قرار می گیرند. ناسازگاری زناشویی در زمان حاضر تبدیل به مسئله ای اجتماعی شده است که به نهاد خانواده آسیب می رساند و اندک اندک جامعه را به وضعیت بحرانی و تا مرز متلاشی شدن ارزش ها می کشاند (۲۸-۲۲). لازمه تقویت زندگی خانوادگی، ثبات و دوام آن و نوع

نگرش و طرز ارتباط زوج‌ها با یکدیگر است و مطالعه روابط زوجین به روشن شدن چهارچوب‌های ساختاری که رابطه زوجین در آن شکل می‌گیرد کمک می‌کند (۲۹). شناسایی و اصلاح باورهای ارتباطی غیرمنطقی زوجین منجر به افزایش میزان سازگاری زناشویی و دوام زندگی زناشویی می‌شود (۳۰). ناتوانی‌های جسمانی، هیجانی-روانی، اجتماعی حاصل از ناسازگاری‌های زناشویی که بر زوجین و فرزندان و جامعه اثرگذارند و لزوم شناسایی عوامل مرتبط با سازگاری زوجین و ارائه راهکارهایی در جهت کاهش ناسازگاری‌ها، ضرورت پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. پژوهش و تمرین در زوج‌درمانی منجر به ارائه طیف گسترده‌ای از پروتکل‌های درمانی از لحاظ کیفیت و چگونگی اجرا شده است (۳۱). از این رو، هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی دو روش زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و رویکرد عقلانی هیجانی رفتاری در بهبود باورهای ارتباطی در زوجین ناسازگار بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی زوجین با شکایت زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهرستان ایلام در سال ۱۳۹۶ بودند که به‌صورت در دسترس ۳۰ زوج، به‌عبارتی ۶۰ نفر بنابر پیشنهاد ون و ورهیس و مورگان درباره حداقل تعداد نمونه برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (۳۲) و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی ۶۰ دقیقه‌ای، درمان عقلانی هیجانی رفتاری ۶۰ دقیقه‌ای و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل: ۱. حداقل مدرک تحصیلی سیکل ۲. گذشت حداقل پنج سال از ازدواج؛ ۳. عدم مصرف الکل و مواد روان‌گردان؛ ۴. عدم وجود سابقه خیانت زناشویی؛ ۵. عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و ۶. عدم وجود سابقه اختلال‌های روانی و شخصیت و بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بودند و ملاک خروج از پژوهش انصراف از ادامه همکاری بود. ابزارهای این پژوهش نیز عبارت بودند از: پرسشنامه باورهای ارتباطی؛ مقیاس باورهای ارتباطی اولین بار

توسط ایدلسون و اپستین در سال ۱۹۸۲ ساخته شد که شامل ۴۰ گویه است و پنج خرده‌مقیاس باور به تخریب‌کنندگی مخالفت با شماره سؤال‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۲۶، ۳۱، ۳۶؛ باور به تغییرپذیری همسر با شماره سؤال‌های ۳، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۳، ۳۸؛ توقع ذهن‌خوانی با شماره سؤال‌های ۲، ۷، ۱۲، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۳۲، ۳۷؛ کمال‌گرایی جنسی با شماره سؤال‌های ۴، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۹، ۳۴، ۳۹ و باور درباره تفاوت‌های جنسی با شماره سؤال‌های ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۴۰ را در یک طیف لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً غلط = ۱ تا کاملاً درست = ۶ ارزیابی می‌کند. سؤال‌های ۵، ۷، ۹، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۳، ۳۴، ۳۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۳۳). ایدلسون و اپستین (۳۳) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ و همبستگی این ابزار را با آزمون سازگاری زناشویی و آزمون باورهای غیرمنطقی به‌عنوان شاخصی از روایی گزارش کردند. آزادی‌فر و امانی ضرایب آلفای کرونباخ را برای پنج خرده‌مقیاس باور به تخریب‌کنندگی مخالفت، باور به تغییرپذیری همسر، توقع ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسی و باور تفاوت‌های جنسی به‌ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۵۳، ۰/۴۲ و ۰/۴۴ و همبستگی خرده‌مقیاس‌های این ابزار را با رضایت زناشویی در دامنه‌ای از ۰/۱۱ تا ۰/۳۵ گزارش کردند (۳۴).

جدول ۱ شرح مختصری از جلسات زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و جدول ۲ شرح مختصری از جلسات درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری را نشان می‌دهد. زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی در ۱۶ جلسه و درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری در ۱۰ جلسه در دو گروه آزمایش متشکل از زوجین ناسازگار اجرا شد.

پس از آشنایی شرکت‌کننده‌ها با اهداف پژوهش و اطمینان از رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و اعلام رضایت، آن‌ها وارد پژوهش شدند. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌طرفه، کای اسکور پیروسون، شاپیرو-ویلک، لون، معادله شیب خط رگرسیون، تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی بن‌فرونی و نرم افزار SPSS و مقدار احتمال ۰/۰۵ تحلیل شدند.

جدول ۱. جلسات زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی

جلسه	شرح مختصر
اول	ارزیابی مناسب بودن زوج برای درمان؛ آشنایی با مشکلات فعلی؛ اخذ تاریخچه رشدی؛ حرکت به سمت فرمول‌بندی؛ جهت‌دهی مراجعین به سمت فرایند درمان.
دوم	ارزیابی مشکلات اختصاصی هر یک از زوجین؛ جهت‌دهی اولیه؛ فهم الگوهای تعارضی؛ فهم الگوهای تعارضی خانواده منشأ؛ ارزیابی خشونت‌های فیزیکی؛ ارزیابی تعهد هر یک از طرفین به درمان؛ ارزیابی روابط فرازناشویی.
سوم	بیان انتظار از درمان؛ ایجاد مشارکت در فرمول‌بندی؛ درمیان‌گذاشتن اطلاعات پرسشنامه و مصاحبه با درمان‌جویان؛ مشخص کردن حوزه‌های مشکل؛ بین زمینه‌ها و تم‌ها؛ بیان قطبی‌سازی و تله دو طرفه.
چهارم و پنجم	اتحاد همدلانه؛ ارائه تکالیف داخل و بیرون جلسه بر مبنای اتحاد همدلانه؛ قرارگرفتن در جایگاه طرف مقابل؛ ایجاد فضای امن برای بیان دلخوری‌ها؛ ارائه تکالیف داخل و بیرون جلسه بر مبنای افشای نرم.
ششم و هفتم	فاصله‌گرفتن از تعارض با تحلیل عقلی مسئله؛ صحبت درباره مشکل بدون اتهام و سرزنش؛ فهم توالی تعاملی که منجر به ناکامی زوج شده است؛ ارجاع مکرر همسران در تلاش برای فهم مقایسه و تضاد مداوم که برایشان

اتفاق می‌افتد؛ درگیر کردن همسران در تلاش برای فهم مقایسه و تضاد مداوم که برایشان اتفاق می‌افتد؛ استفاده از صندلی چهارم که مشکل در صندلی چهارم فرض شود.	
عدم تلاش برای تغییر طرف مقابل؛ اشاره به جنبه مثبت رفتار منفی؛ حساسیت‌زدایی از رفتار منفی هر یک از همسران و حساس‌سازی همسر مهاجم بر تأثیر رفتارشان بر طرف مقابل.	هشتم و نهم
انجام رفتار به صورت ساختگی؛ توصیه به زوجها در خصوص به کارگیری تکلیف؛ شناسایی رفتارهای منفی قابل انجام در منزل؛ برنامه‌ریزی برای انجام رفتارهای منفی در منزل؛ تحلیل رفتار انجام‌شده؛ تحلیل بازخورد همسر؛ ارزیابی نتیجه تکلیف.	دهم
شناسایی نیازهای هر یک از زوجها؛ ایجاد انگیزه برای تعریف فعالیت‌های متناسب با نیازها؛ ایجاد انگیزه برای احترام به استقلال دو طرف؛ برنامه‌ریزی برای فعالیت‌ها؛ اجرای تکالیف.	یازدهم و دوازدهم
شناسایی رفتارهایی که هر یک از همسران برای دیگری می‌تواند انجام دهد تا رضایت در روابط را افزایش دهند؛ افزایش فراوانی رفتارهای مثبت در خزانه رفتاری روزانه همسران؛ نگاه مجدد فراهم کردن و دریافت رفتارهای مثبت.	سیزدهم و چهاردهم
آموزش همسران برای بحث درباره مشکلاتشان بدون توسل به شیوه‌های مخرب؛ آموزش مهارت‌ها به عنوان گوینده و شنونده؛ آموزش بحث‌های سازنده برای حل مسئله؛ آموزش و تمرین مهارت‌های تعریف مسئله؛ آموزش و تمرین مهارت‌های حل مسئله؛ آموزش و تمرین مهارت‌های ساخت‌دهی.	پانزدهم و شانزدهم

جدول ۲. جلسات درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری

جلسه	شرح مختصر
اول	دست‌یابی زوجین به خودپذیری نامشروط و پذیرفتن نامشروط دیگران؛ آموزش باور غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران به زوجین و این‌که مطلوب است انسان مورد محبت و دوستی قرار گیرد، ولی درعین حال فرد منطقی هیچ‌گاه علائق و خواسته‌هایش را قربانی چنین هدفی نمی‌کند.
دوم	بحث با زوجین در رابطه با میزان توانمندی‌شان برای رسیدن به انتظاراتشان.
سوم	دست‌یابی زوجین به مسئولیت‌پذیری در برابر مشکلات شخصی و عدم سرزنش و تنبیه یکدیگر؛ آموزش فنونی در زمینه مهارت ارتباطی، جسارت‌ورزی، حساسیت‌زدایی و نظایر آن و یادگیری چگونگی جایگزینی احساس‌های مثبت به جای احساس‌های منفی و روبه‌رو شدن با آن‌ها.
چهارم	تعبیر ناکامی‌ها به صورت رویدادهای ناگوار و گریزناپذیر نه به صورت فجایی غیرقابل تحمل.
پنجم	مسئولیت‌پذیری زوجین در برابر تمایل‌شان به نامعقول بودن افکارشان.
ششم	دانستن این‌که اضطراب، پیامد نامناسب شناخت‌های غیرمنطقی است.
هفتم	مسئولیت‌پذیری زوجین در برابر اعمال و رفتار خود؛ آموزش چگونگی پیگردی عقاید مستبدانه و به چالش کشیدن آن‌ها و تمرین گفت‌وگوی رضایت‌بخش با همسر.
هشتم	کاهش وابستگی به همسر و اطرافیان و تقویت فردیت و اعتمادبه‌نفس هر یک از زوجین.
نهم	دانستن این‌که همیشه یک راه‌حل برای مشکلات وجود ندارد و راه‌حل‌ها متنوع هستند.
دهم	این جلسه به سؤال‌های زوجها درباره مسائل مشترک‌شان پاسخ داده شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در میان شرکت‌کننده‌ها تحت زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی $29/80 \pm 6/67$ بود. میانگین و انحراف معیار سن در میان شرکت‌کننده‌ها تحت درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری $32/55 \pm 6/17$ بود. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کننده‌های گروه گواه $30/45 \pm 6/97$ بود. میانگین مدت ازدواج در میان شرکت‌کننده‌ها تحت زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی $3/70$ و انحراف معیار آن $1/66$ بود. میانگین مدت ازدواج در میان شرکت‌کننده‌ها تحت درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری $4/10$ و انحراف معیار آن $1/41$ بود. میانگین مدت ازدواج شرکت‌کننده‌های گروه گواه $3/30$ و انحراف معیار آن $1/51$ بود. استفاده از تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ سن ($p=0/059$) و مدت ازدواج ($p=0/060$) تفاوت معناداری وجود ندارد. لازم به توضیح است که استفاده از آزمون کای اسکور پی‌رسون نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ میزان تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ($p=0/079$).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های باورهای ارتباطی و شاخص‌های مربوط به ارزیابی مفروضه‌های تحلیل

باورهای ارتباطی	متغیر	± میانگین انحراف معیار	مقدار احتمال شاپیرو-ویلک	مقدار احتمال آزمون لون	مقدار احتمال شیب خط رگرسیون
باور به تخریب کنندگی	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۳۰/۷۵±۴/۵۴	۰/۸۳۹	۰/۷۷۹	۰/۶۶۵
	پیش‌آزمون	۳۰/۲۵±۳/۷۸	۰/۶۱۵		
	رویکرد عقلانی هیجانی رفتاری	۳۰/۵۰±۳/۵۷	۰/۰۶۵		
	گواه				
	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۲۰/۱۰±۲/۵۸	۰/۳۲۹		
	پس‌آزمون	۱۹/۴۵±۲/۲۳	۰/۳۲۶		
توقع ذهن خوانی	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۳۰/۲۵±۲/۷۵	۰/۳۸۸	۰/۱۱۳	۰/۳۰۹
	پیش‌آزمون	۳۴/۸۰±۴/۷۰	۰/۱۶۶		
	رویکرد عقلانی هیجانی رفتاری	۳۲/۵۰±۳/۶۰	۰/۴۱۰		
	گواه	۳۳/۴۰±۵/۹۵	۰/۰۴۵		
	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۲۳/۵۰±۴/۴۹	۰/۴۳۲		
	پس‌آزمون	۲۳/۴۰±۳/۱۶	۰/۴۹۱		
باور به عدم تغییر پذیری	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۳۵/۸۵±۴/۶۲	۰/۰۸۲	۰/۰۵۱	۰/۵۳۶
	پیش‌آزمون	۳۴/۰۵±۴/۴۳	۰/۲۶۱		
	رویکرد عقلانی هیجانی رفتاری	۳۳/۳۰±۳/۸۸	۰/۵۵۹		
	گواه	۳۴/۰۵±۴/۳۹	۰/۱۰۳		
	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۲۲/۵۰±۴/۱۲	۰/۲۳۰		
	پس‌آزمون	۲۳/۷۵±۳/۴۱	۰/۲۳۰		
کمال گرایی جنسی	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۳۶/۶۵±۴/۷۸	۰/۵۸۲	۰/۱۳۵	۰/۹۳۷
	پیش‌آزمون	۳۱/۵۵±۴/۲۸	۰/۱۱۹		
	رویکرد عقلانی هیجانی رفتاری	۳۰/۱۰±۴/۲۳	۰/۵۵۴		
	گواه	۲۹/۷۵±۵/۶۹	۰/۳۲۹		
	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۲۲/۴۰±۳/۷۲	۰/۰۶۵		
	پس‌آزمون	۲۲/۰۰±۳/۱۵	۰/۳۸۵		
باور به تفاوت‌های	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۲۸/۵۵±۵/۵۱	۰/۳۰۷	۰/۲۰۵	۰/۴۸۷
	پیش‌آزمون	۳۰/۷۱±۳/۸۰	۰/۵۵۹		
	رویکرد عقلانی هیجانی رفتاری	۳۰/۳۸±۴/۴۲	۰/۷۰۴		
	گواه	۳۱/۴۵±۵/۷۸	۰/۰۸۳		
	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	۲۲/۰۰±۳/۴۳	۰/۲۳۶		
	پس‌آزمون	۲۲/۳۰±۳/۷۱	۰/۱۶۳		
	گواه	۳۰/۸۰±۵/۴۳	۰/۵۹۲		

جدول ۳ نشان داد مقادیر شاپیرو-ویلک بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون لون بیانگر برقراری مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین گروه‌ها و غیرمعناداری تفاوت شیب خط رگرسیون بیانگر برقراری مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون در بین گروه‌ها بود. استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که مفروضه همگنی واریانس - کوواریانس در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار نیست ($p=0/001$). با این وجود، در صورت برابری حجم نمونه‌های مورد مقایسه، عدم برقراری مفروضه نتایج تحلیل را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد (۳۵). نتیجه آزمون کرویت بارلت معنادار بود ($p=0/001$). در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد ارزش F معنادار است ($p=0/001$).

استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین گروه‌ها پیش از اجرای متغیرهای مستقل به لحاظ مؤلفه‌های باورهای ارتباطی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/678$). این موضوع بیانگر برقراری مفروضه استقلال متغیرهای پیش‌آزمون از عضویت گروهی در

جدول ۴. تحلیل کوواریانس یک طرفه

متغیر وابسته	میانگین مجزورات بین گروهی	میانگین مجزورات خطا	F	مقدار احتمال	ضریب مجذور ایتا
باور تخریب‌کنندگی مخالفت	۶۹۵/۰۹	۶/۳۳	۱۰۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰۹
توقع ذهن‌خوانی	۹۳۵/۶۷	۱۷/۳۰	۵۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵
باور به عدم تغییرپذیری همسر	۱۱۱۱/۸۷	۱۶/۹۶	۶۵/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶
کمال‌گرایی جنسی	۲۲۴/۳۹	۱۸/۰۱	۱۲/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
باور به تفاوت‌های جنسیتی	۴۲۵/۲۸	۱۷/۰۸	۲۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹۰

درجه آزادی گروه برابر با ۲ و درجه آزادی خطا برابر با ۵۲.

جدول ۴ نشان داد اجرای متغیرهای مستقل مؤلفه‌های باور (p=۰/۰۰۱) و باور به تفاوت‌های جنسیتی (p=۰/۰۰۱) را تحت تأثیر تخریب‌کنندگی مخالفت (p=۰/۰۰۱)، توقع ذهن‌خوانی (p=۰/۰۰۱)، قرار داده است.

باور به عدم تغییرپذیری همسر (p=۰/۰۰۱)، کمال‌گرایی جنسی

جدول ۵. آزمون بن‌فرونی در مقایسه اثر دو شیوه درمانی

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
باور تخریب‌کنندگی همسر	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	۰/۶۱	۰/۸۲	۰/۵۲
		گواه	۱۰/۲۱	۰/۸۲	<۰/۰۰۱
	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	گواه	۱۰/۸۲	۰/۸۲	<۰/۰۰۱
توقع ذهن‌خوانی	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	۰/۱۴	۱/۳۶	۰/۶۸
		گواه	۱۲/۳۲	۱/۳۹	<۰/۰۰۱
	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	گواه	۱۲/۱۸	۱/۳۳	۰/۰۰۲
باور به عدم تغییرپذیری همسر	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	۱/۰۵	۱/۳۵	۰/۰۹۸
		گواه	۱۲/۸۴	۱/۳۲	<۰/۰۰۱
	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	گواه	۱۳/۸۹	۱/۳۸	۰/۰۰۳
کمال‌گرایی جنسی	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	۰/۴۱	۱/۳۹	۰/۰۷۶
		گواه	۵/۷۷	۱/۴۲	<۰/۰۰۱
	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	گواه	۶/۱۸	۱/۳۶	<۰/۰۰۱
باور به تفاوت‌های جنسیتی	زوج درمانی رفتاری تلفیقی	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	۰/۳۹	۱/۳۵	۰/۰۶۹
		گواه	۸/۴۶	۱/۳۸	<۰/۰۰۱
	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	گواه	۸/۰۷	۱/۳۲	<۰/۰۰۱

جدول ۵ نشان داد زوج درمانی رفتاری تلفیقی و درمان عقلانی هیجانی رفتاری منجر به کاهش میانگین مؤلفه‌های باورهای ارتباطی در زوجین ناسازگار تفاوت معنادار ناسازگار شدند. بین اثر زوج درمانی رفتاری تلفیقی و درمان عقلانی

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی دو روش زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و رویکرد عقلانی هیجانی رفتاری در بهبود باورهای ارتباطی در زوجین ناسازگار بود. در تبیین یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌توان گفت اعتقاد به باور عدم تغییر پذیری همسر باعث می‌شود که وقتی یکی از زوجین رفتار ایده آلی نداشته باشد، زوج دیگر با بزرگ‌نمایی هرگونه اشکال در رابطه و همچنین با شخصی‌سازی مشکلات موجود در تعامل‌شان را به همسرش نسبت می‌دهد؛ این جریان منتهی به از بین رفتن نیروهای بالقوه زوجین برای بهبود روابط زناشویی و امکانات موجود برای حل ناسازگاری‌های زناشویی می‌شود. هنگامی که زوجین با باورهای کمال‌گرایی جنسی بر خود حکم می‌کنند که باید از نظر جنسی کامل و بدون نقص بوده تا مورد پذیرش همسر خود قرار گیرند، موجب اضطراب در عملکرد جنسی می‌شوند و احتمالاً منجر به سرکوب واکنش‌های جنسی در آن‌ها می‌شود. از آن‌جا که ارتباط جنسی رضایت‌بخش، یکی از الزامات رابطه زناشویی است؛ با اختلال در این بُعد رابطه، همبستگی زناشویی و سازگاری زناشویی دچار اشکال می‌شود (۳۶).

مشکل زوجین در برقراری روابط همدلانه به همراه پذیرش عدم بهبود ارتباطات و حل تعارضات و تداوم ناتوانی‌های حاصل از ناسازگاری‌های زناشویی را منجر می‌شود. زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی تغییرات مورد انتظار را در رفتارهای مربوط به روابط و الگوهای ارتباطی و حل مسئله ایجاد می‌کند (۱۳). برای مثال آموزش گوش دادن فعال، آموزش بیان احساسات، استفاده از ضمیر من و مشخص کردن و حذف موانع ارتباطی کمک می‌کند تا اتهام، تحقیر، بی‌احترامی و تعمیم‌های افراطی کاهش یابد (۱۶). تکنیک اصلی که در زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی برای ایجاد پذیرش به کار می‌رود داشتن اتحاد همدلانه در مواجهه با مشکل است. هنگامی که یک زوج برای درمان مراجعه می‌کنند، معمولاً رنج زیادی را تجربه کرده‌اند. متأسفانه وقتی که آن‌ها رنج‌هایشان را بیان می‌کنند، غالباً به سرزنش کردن و مقصردانستن همدیگر می‌پردازند که معمولاً مشکلات ارتباطی آن‌ها را تشدید می‌کند؛ بنابراین هدف اتحاد همدلانه این است که زوجین یاد بگیرند رنج‌هایشان را به شیوه‌ای ابراز کنند که همدیگر را سرزنش و متهم نکنند (۳۷). راهبرد اتحاد همدلانه، ترغیب زوج به افشاگری‌های ملایم به جای افشاگری‌های تند است که این تغییرات رفتاری (افشاگری ملایم به جای افشاگری‌های تند و عدم سرزنش و مقصردانستن همسر) زوجین را در جهت حفظ آرامش، پرهیز از سرزنش و در نتیجه بهبود روابط و افزایش سازگاری سوق می‌دهد (۱۶). زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی ابتدا بر ایجاد پذیرش هیجانی به عنوان سازوکار تغییر تأکید دارد و سپس در درجه دوم بر تغییر رفتار تأکید می‌کند (۱۵). پذیرش زمانی ایجاد می‌شود که یک فرد با مدارا با رفتارهای ناخوشایند همسر برخورد کند یا حتی آن‌ها را قبول کند چون همسرش را، خود را و روابط‌شان را درک می‌کند که این محیطی قابل فهم برای رفتارهای مشکل‌زا ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد که پذیرش، میل فرد برای تغییر همسر را کاهش داده و تأثیر هیجانی رفتارهای منفی همسر را نرم (ملایم) می‌کند. همچنین ممکن است پذیرش

باعث ایجاد تغییرات رفتاری خودبه‌خود، در برخی از رفتارهای مشکل‌زا گردد که برای زوج مقابل تنش ایجاد می‌کند (۱۴). در این درمان انتظار بر این است که افزایش پذیرش به افزایش رضایت در روابط منجر شود. زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی فرض می‌کند که ناسازگاری واقعی در بین زوج‌هایی وجود دارد که الف: نمی‌توانند درک کنند که واکنش‌های هیجانی به میزان خود رفتار می‌تواند مشکل‌زا باشد

ب: نمی‌دانند تأکید بیش از حد بر تغییر، اغلب موجب مقاومت در برابر تغییر می‌شود (۳۸)؛ بنابراین پذیرش هیجانی بین زوج‌ها در کنار تغییر رفتار یکی از اهداف اصلی این درمان است (۳۹). این رویکرد کم‌تر به رفتار طرف مقابل توجه می‌کند و در عوض روی درک خود فرد از رفتار تأکید می‌کند. همچنین این رویکرد معتقد است در هر رابطه‌ای مشکلات غیرقابل‌حلی وجود دارد که طرفین تمایل یا قدرتی برای تغییر آن ندارند پیشرفت در این مسائل به‌وسیله تأکید روی پذیرش و تحمل امکان‌پذیر است که در دراز مدت سازگاری زناشویی را به دنبال دارد (۴۰).

باورهای غیرمنطقی و غیرکارکردی که واقعیت‌های زندگی فرد را تأیید نمی‌کند از علل ناتوانی‌های هیجانی و رفتاری در افراد به‌ویژه زوجین است. در درمان عقلانی-هیجانی کار درمان‌گر این است که به مراجعان خود کمک نماید تا خود را از افکار غیرمنطقی نامعقول رها کرده و افکار منطقی و معقول را جایگزین آن‌ها نماید. این فرآیند از طریق غیرمعقول و غیرمنطقی نشان‌دادن این افکار به مراجع شروع می‌شود (۵). این بیش وقتی به وجود می‌آید که مراجع تشخیص می‌دهد که اختلال کنونی او علت‌های قبلی دارد و آن علل قبلی، همان نگرش‌ها و باورهای نامعقول وی است و نه رویدادهای گذشته یا حال (۸). مرحله بعد در این فرآیند شامل متقاعدکردن مراجعان است. این که آن‌ها اختلال خود را از طریق تلقین مجدد همان افکار نامعقول به خودشان حفظ و نگهداری می‌کنند. در مرحله بعد مراجعان به سوی تصدیق کامل این مطلب هدایت می‌شوند که تنها راه رهایی از اختلال‌ها این است که با نظام باورهای خود مبارزه کنند و از طریق مبارزه و چالش به یک نظام جدید و عاقلانه دست یابند. آخرین مرحله فلسفه‌ای از زندگی را به مراجع پیشنهاد می‌کند تا از آن طریق، از به‌وجود آمدن افکار غیرمنطقی بیشتر جلوگیری نماید (۹). نتیجه‌ای که درمان‌گر عقلانی-عاطفی-رفتاری مایل است بدان دست یابد، این است که مراجع از طریق تغییر باورهای نامعقول به باورهای معقول به‌سوی زندگی عاقلانه حرکت کند؛ چنان‌چه این کار صورت گیرد، آن‌وقت رفتارهای مبتنی بر شکست خود، علیه خود ناپدید شده و اختلال‌های هیجانی کاهش می‌یابد (۷). درمان‌گر مشکل را از سه بُعد شناختی، عاطفی و رفتاری بحث و بررسی می‌کند. در بُعد شناختی، درمان‌گر، فرد را متوجه غیرمنطقی بودنش می‌کند و به او نشان می‌دهد که چگونه و چرا به آن حالت در آمده است. رابطه بین عقاید غیرعقلانی با اختلال‌های عاطفی و ناراحتی‌های او را نیز نشان می‌دهد. همچنین درمان‌گر به فرد می‌آموزد که به اجبارها و الزام‌ها و وظیفه‌هایی که به آن معتقد است، پی ببرد و بیش‌تر به شناسایی و پذیرش واقعیت بپردازد و برای حل مشکلاتش استفاده کند (۹). در

پژوهش‌گر در گواه برخی از متغیرهای مزاحم مانند تعداد فرزندان و وضعیت اجتماعی اقتصادی بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی یا در مورد این متغیرها گواه به عمل آید یا به عنوان متغیر وارد پژوهش و بررسی شوند.

۵ نتیجه‌گیری

در پاسخ به پرسش اصلی پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری هر دو بر بهبود مؤلفه‌های باور تخریب‌کنندگی مخالفت، توقع ذهن‌خوانی، باور به عدم تغییرپذیری همسر، کمال‌گرایی جنسی و باور به تفاوت‌های جنسیتی باورهای ارتباطی زوجین ناسازگار اثرگذارند و در میزان اثربخشی این دو درمان تفاوتی مشاهده نشد. براساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر زوج درمان‌گران و مشاوران می‌توانند با آموزش باورهای ارتباطی صحیح با استفاده از زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و رویکرد عقلانی-هیجانی رفتاری در جهت افزایش سازگاری زناشویی زوجین اقدام نمایند.

در آخر به عدم تضاد منافع نویسندگان اشاره می‌شود. این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلى است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

بعد عاطفی، درمان‌گر به عناوین مختلف فرد را تشویق و وادار می‌کند تا عواطف خود را به‌طور عینی احساس کند و به تغییر ارزش‌های اساسی خود دست بزند. در این‌جا به فرد نشان داده می‌شود که عواطفش به خاطر عقاید نامطلوب خودش به وجود آمده است. در بعد رفتاری درمان‌گر مستقیماً به اعمالی دست می‌زند تا فرد رفتاری متفاوت با رفتار غیرعادی خود بروز دهد. تا بدین‌وسيله در رفتار او تغییری حاصل شود. (۱۱). زمانی که مراجعین قادر به تغییر احساسات نامناسب‌شان باشند توانایی تغییر رفتارشان را نیز دارند که در ارتباطات بین فردی و موقعیت‌هایی برای فرد مشکل‌زاست مؤثر است و ناسازگاری‌های زناشویی را بهبود می‌بخشد (۱۰). در زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی پیشرفت در پذیرش باعث پیشرفت در تغییر می‌شود و سازوکار تغییر به جای این‌که براساس رفتار قانون‌مند ارائه شده توسط درمان‌گر انجام گیرد، براساس رفتار شکل‌گیری احتمالی است که زوجین در محیط طبیعی آن را تجربه می‌کنند و رفتاری واقعی و معتبر است که این عامل باعث ایجاد ارتباط صمیمی بین زوجین می‌شود. زوج‌درمانی عقلانی-هیجانی- رفتاری می‌تواند موجب تقویت مهارت‌های ارتباطی مانند مهارت‌های کلامی و غیرکلامی گردد؛ تقویت مهارت‌های ارتباطی باعث افزایش درک و فهم متقابل، همدلی و پذیرش و سازگاری زناشویی می‌شود. هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر ناتوانی

References

1. Asgari A, Goodarzi K. The effectiveness of Emotional Schema Therapy on marital burnout on the brink of divorce. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2018;8:1-10. [Persian] <http://jdisabilstud.ir/article-۱-۱۲۳۷-fa.html>
2. Ozden MS, Celen N. The Relationship between Inherent and Acquired Characteristics of Human Development with Marital Adjustment. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014;140:48-56. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.385>
3. Nazari R, Karbalaee Mohammad Meigouni A. Structural model of perfectionism, psychological well-being and marital adjustment. Journal of Applied Psychology. 2017;11(43):411-32. [Persian]
4. Eslaamee M, Seif S. The role of communication beliefs in family functioning and marital adjustment. The Journal of New Thoughts on Education. 2008;4(1):99-130. [Persian]. <http://apsy.sbu.ac.ir/article/view/10126>
5. Dobson KS, Dozois DJA. Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. 4th ed. New York: Guilford Press; 2019.
6. Epstein N, Eidelson RJ. Unrealistic beliefs of clinical couples: Their relationship to expectations, goals and satisfaction. American Journal of Family Therapy. 1981;9(4):13-22. <http://dx.doi.org/10.1080/01926188108250420>
7. Ellis A. Behavior Psychotherapy: Rational and Emotive. In: Smelser NJ, Baltes PB, editors. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Oxford: Pergamon; 2001, p:1072-6. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/01308-5>
8. Ellis A, Ellis DJE. Rational Emotive Behavior Therapy (Theories of Psychotherapy). Washington, DC, US: American Psychological Association; 2011.
9. Matweychuk WJ, Dryden W. Rational Emotive Behaviour Therapy: A Newcomer's Guide (Routledge Focus on Mental Health). 1st ed. Routledge; 2017.
10. Vernon A. Cognitive and Rational-Emotive Behavior Therapy with Couples: Theory and Practice. New York: Springer; 2012.
11. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. Boston, MA: Cengage Learning; 2014.
12. Pashang S, Saliminia N, Mehrani M, Sodagar S. Effectiveness of rational emotive couple's therapy in reducing irrational beliefs in couples seeking divorce. Journal of Applied Psychology. 2014;8(31):43-56. [Persian] <http://apsy.sbu.ac.ir/article/view/4636>
13. Barraca Mairal J. Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) as a third-wave therapy. Psicothema. 2015;27(1):13-8. Doi: [10.7334/psicothema2014.101](https://doi.org/10.7334/psicothema2014.101)
14. Christensen A, Doss BD. Integrative Behavioral Couple Therapy. Current opinion in psychology. 2017;13:111-4. Doi: [10.1016/j.copsyc.2016.04.022](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.022)
15. Jacobson NS, Christensen A. Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change. 1st ed. New York, NY, US: WW Norton & Co; 1996.

16. Christensen A, Jacobson NS. Acceptance and change in couple therapy: a therapist's guide to transforming relationships. 1st ed. New York, NY, US: WW Norton Company 1998.
17. Sevier M, Eldridge K, Jones J, Doss BD, Christensen A. Observed Communication and Associations with Satisfaction during Traditional and Integrative Behavioral Couple Therapy. *Behavior Therapy*. 2008;39(2):137-50. Doi: [10.1016/j.beth.2007.06.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.06.001)
18. Abbasi Bourondaragh S, Kimyae SA, Ghanbari Hashemabadi B. Investigation and Comparison of Effectiveness of Integrative-behavior and Cognitive-behavior of Couple Therapy on Communicational Beliefs of Couples Who Want to Divorce. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2013;8(31):53-71. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4285.html
19. Nazari V, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. Comparison of effectiveness of Enhanced Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Integrative-Behavioral Couple Therapy in Increasing Marital Satisfaction. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2011;6(22):143-69. [Persian]
20. Snyder DK, Balderrama-Durbin C. Integrative Approaches to Couple Therapy: Implications for Clinical Practice and Research. *Behavior Therapy*. 2012;43(1):13-24. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.004>
21. Perissutti C, Barraca J. Integrative Behavioral Couple Therapy vs. Traditional Behavioral Couple Therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clínica y Salud*. 2013;24(1):11-8. <https://doi.org/10.5093/cl2013a2>
22. Zareei E, Karimian N, Mohammadi K, Kristansen A. Study and comparison of the effectiveness of integrative behavioral couple therapy (IBCT) and redecision therapy in decreasing of marital distress of competing couples. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2016;7(25):111-32. [Persian] http://qccpc.atu.ac.ir/article_5890.html
23. Yahyazadeh H, Hamed M. Issues and Interventions of Children of Divorce in Iran: A Meta-analysis of Articles. *Woman and Family Studies*. 2016;3(2):91-120.
24. Couch KA, Tamborini CR, Reznik GL. The Long-Term Health Implications of Marital Disruption: Divorce, Work Limits, and Social Security Disability Benefits among Men. *Demography*. 2015;52(5):1487-512. Doi: [10.1007/s13524-015-0424-z](https://doi.org/10.1007/s13524-015-0424-z)
25. Masoodi Asl S, Rad F. Marital discord and its related social factors. *The Journal of Sociology Studies*. 2016;9(31):47-68. [Persian] http://jss.iaut.ac.ir/article_526108.html
26. Whisman MA, Baucom DH. Intimate Relationships and Psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2012;15(1):4-13. Doi: [10.1007/s10567-011-0107-2](https://doi.org/10.1007/s10567-011-0107-2)
27. Tamborini CR, Reznik GL, Couch KA. Work Disability among Women: The Role of Divorce in a Retrospective Cohort Study. *Journal of health and social behavior*. 2016;57(1):98-117. Doi: [10.1177/0022146515627849](https://doi.org/10.1177/0022146515627849)
28. Cleak H, Schofield M, Bickerdike A. Efficacy of family mediation and the role of family violence: study protocol. *BMC public health*. 2014;14:57-68. Doi: [10.1186/1471-2458-14-57](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-57)
29. Feizi Manesh B, Yarahmadi Y. The Relationship between Locus of Control and Self-Efficacy with Marital Conflicts among University Students. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017;7:9-15. [Persian]
30. Fathollahzadeh N, Mirsaifard LS, Kazemi M, Saadati N, NavabiNejad Sh. Effectiveness of marital life enrichment based on Choice Theory on quality of marital relationship and couples' intimacy. *Journal of Applied Psychology*. 2017;11(43):353-72. [Persian] <http://apsy.sbu.ac.ir/article/view/19132>
31. Pourmohamad M, Palevan Neshan S, Najafi Fard T. The relationship between irrational beliefs and marital adjustment. *Social Welfare*. 2014;14(53):179-93. [Persian] http://refahj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=1645&sid=1&slc_lang=en
32. Gurman AS, Lebow JL, Snyder DK. *Clinical Handbook of Couple Therapy*. 5th ed. New York: Guilford Press; 2015.
33. VanVoorhis CRW, Morgan BL. Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 2007;3(2):43-50.
34. Eidelson RJ, Epstein N. Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982;50(5):715-20.
35. Azadifard S, Amani R. The relation between relational beliefs and conflict resolution styles with marital satisfaction. *Clinical Psychology & Personality*. 2017;14(2):39-47. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/browse.php?a_id=1057&sid=1&slc_lang=en
36. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Boston, MA: Pearson; 2013.
37. Mansori L, Abdolmohammadi K. The Relationship between communication beliefs and marital adjustment of married women employees of Shahid Beheshti University. *Career and Organizational Counseling*. 2008;2(2):265-80. [Persian] <http://jcoc.sbu.ac.ir/article/view/2584>
38. Doss BD, Benson LA, Georgia EJ, Christensen A. Translation of Integrative Behavioral Couple Therapy to a web-based intervention. *Family process*. 2013;52(1):139-53. Doi: [10.1111/famp.12020](https://doi.org/10.1111/famp.12020)
39. Gurman AS, Lebow JL, Snyder DK. *Clinical handbook of couple therapy*. 1st ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2015.

40. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(2):176-91. Doi: [10.1037/0022-006X.72.2.176](https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.176)