

مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و رویکرد تصمیم‌گیری مجدد بر افزایش ابعاد تاب‌آوری زنان متأهل

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۲۱

سید جمال رئیسی^۱، کوروش محمدی^۲، اقبال زارعی^۳، سمانه نجارپوریان^۴

چکیده

تاب‌آوری می‌تواند انعطاف‌پذیری و توانمندی خانواده را در گذر از موقعیت‌های مصیبت‌بار زندگی بهبود بخشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان تصمیم‌گیری مجدد بر افزایش ابعاد تاب‌آوری زنان متأهل به شیوه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری انجام شد. نمونه مورد مطالعه به تعداد سی زن متأهل با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان زنانی که به دلیل تعارض زناشویی در فاصله زمانی شش ماهه به مراکز مشاوره شهر گرگان مراجعه کرده بودند، انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه تاب‌آوری خانواده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری و به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره، با استفاده از نرم‌افزار SPSS21 تحلیل شد. نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت معنادار زوج‌درمانی هیجان‌مدار و رویکرد تصمیم‌گیری مجدد بر روی نمرات تاب‌آوری زنان متأهل بود ($P < 0/001$). همچنین نتایج نشان داد که درمان تصمیم‌گیری مجدد نسبت به زوج‌درمانی هیجان‌مدار در افزایش تاب‌آوری زنان مؤثرتر است.

واژگان کلیدی: زوج‌درمانی هیجان‌مدار، تصمیم‌گیری مجدد، تاب‌آوری خانواده.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره خانواده، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.
Email: sjraisi@gmail.com

۲. استادیار گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران. (نویسنده مسئول)
Email: mohammadi.km@gmail.com

۳. دانشیار گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.
Email: eghbalzareei@yahoo.com

۴. استادیار گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.
Email: s.najarpouriyan@yahoo.com

۱. مقدمه

هر خانواده‌ای ممکن است در طول دوره حیات خود با مشکلات و دشواری‌های مختلفی مثل بیماری، طلاق، مرگ یکی از اعضای خانواده، مشکلات شغلی، بلایای طبیعی و اعتیاد اعضا مواجه شود. (کویل، ناچجسکی، مگوین، سافیر، دوئیت، و مک دونالد، ۲۰۰۹). طیف وسیعی از تحقیقات در سه دهه گذشته نقش تاب‌آوری را در روان‌شناسی مثبت‌نگر، رشد و سلامت اثبات نموده‌اند و اخیراً نقش سازه تاب‌آوری در حوزه روان‌شناسی خانواده نیز مطرح شده است (حسینی، و حسین چاری، ۱۳۹۲).

تاب‌آوری و به‌طور خاص، تاب‌آوری روان‌شناختی، به توانایی سازگاری با استرس و گرفتاری اشاره دارد. (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۶) میدوس و بیکت، والینگ همکاران^۳ (۲۰۱۶) تعاریف متعددی از تاب‌آوری خانواده را مورد بررسی قرار دادند و در نهایت تعریفی که توسط سیمون، مورفی و اسمیت^۴ (۲۰۰۵) ارائه شده بود را تعریف جامعی از تاب‌آوری دانستند. تاب‌آوری خانواده یعنی، توانمندی خانواده در بروز عکس‌العمل مثبت به موقعیت مصیبت‌بار و سخت، و بیرون آمدن از آن موقعیت با احساس توانمندی کارا تر، خلاق تر، مطمئن تر و دلگرم تر از حالت گذشته. از منظر علم خانواده، برای مطالعه تاب‌آوری، تعیین مؤلفه‌هایی که تاب‌آوری فرد و خانواده را بالا می‌برد و همچنین شناختن اثرات محیطی گروه، لازم و ضروری است (بوئن، مارتین، و مانسینی، ۲۰۱۳). تحلیل مفهوم تاب‌آوری ویژگی‌های تعیین‌کننده‌ای مثل داشتن احساس خودمختاری، اعتماد به نفس مثبت، حس شوخ‌طبعی و حضور روابط مثبت را ضروری می‌داند (اروولینو - رامیرز، ۲۰۰۷). کلایل^۷ (۲۰۰۳) مطرح می‌کند که عوامل تاب‌آوری در خانواده شامل مواردی مثل راهبردهای حل مسئله، فرایندهای تعاملی مؤثر، برابری، معنویت، انعطاف‌پذیری، امیدواری، حمایت اجتماعی، سلامت روانی و جسمانی است.

1. Coyle, J. P., Nochajski, T., Maguin, E., Safyer, A., Dewit, D., & Macdonald, S.
2. American Psychological Association
3. Meadows, O. S., Beckett., Wowling., & et al
4. Simon, J., Murphy, J., & Smith, S.
5. Bowen, G. L., Martin, J. A., & Mancini, J. A.
6. Earvolino-Ramirez, M.
7. Kalil, A.

در شرایط آسیب‌زا به‌ویژه آسیب‌های عودکننده پیچیده و پیش‌رونده، کارکرد خانواده و شبکه‌های حیاتی وابسته بدان ممکن است از هم‌گسیخته شود. بنابراین، توجه به تأثیرپذیری خانواده از آسیب‌های عمده، در هر رویکرد درمانی ضروری است (والش، ۲۰۰۶) و رویکردهای درمانی باید بتوانند تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری خانواده را در مواجهه با چالش‌ها افزایش دهند.

اگرچه طی چهل سال تحقیق و تمرین در زوج‌درمانی، طیف وسیعی از روش‌های درمانی ارائه شده است، تعدادی از پژوهش‌ها ضعف رویکردهای کلاسیک را در درمان پایدار زوج‌ها نشان می‌دهند (اشنایدر، و بالدراما، ۲۰۱۳^۲؛ تاوارز، واسوه، ۲۰۱۳^۳). بنابراین، امروزه درمان‌های تلفیقی طرفداران زیادی پیدا کرده است و درمانگران درصدد آن هستند با ترکیب رویکردهای درمانی مختلف به روش‌های درمانی کارآمدتری دست یابند. رویکردهایی که بتوانند با افزایش تاب‌آوری و قدرت تحمل زوجین، دستاوردهای درمان را ثبات بخشند. از این رو، در پژوهش حاضر دو رویکرد تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان تصمیم‌گیری مجدد مورد توجه قرار گرفتند.

زوج‌درمانی هیجان‌مدار^۴ (EFCT) شیوه معتبری برای درمان آشفتگی زوج‌هاست. این رویکرد بر یک مبنای نظری روشن پایه‌گذاری شده است؛ این مبنا از یک نظریه تغییر که برآیند تلفیق درمان تجربی انسان‌گرا^۵ و نظریه سیستمی^۶ است و از یک نظریه عشق بزرگسالان تشکیل شده است. تمامی این جریان با عنوان فرایند دل‌بستگی^۷ در نظر گرفته می‌شود (جانسون^۸، ۲۰۰۴)؛ EFCT براساس نظریه دل‌بستگی پایه‌ریزی شده است. در سه دهه گذشته، تحقیقات فراوانی در رابطه با نقش رابطه‌ها در سلامت و بهزیستی انجام گرفته است. علم عصب‌شناسی نشان می‌دهد که روابط امن باعث تقویت خودتنظیمی استرس و افزایش سازگاری می‌شود. اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر روی کاهش علائم استرس

1. Walsh, F.
2. Snyder, D. K., & Balderrama-Durbin, C.
3. Tavares, L., & Aassve, A.
4. Emotionally Focused Couple Therapy
5. Experimental Humanistic Therapy
6. Systemic theory
7. Attachment
8. Johnson, S. M.

و استرس پس از سانحه زوج‌هایی که سطح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند، ثابت شده است. به علاوه، زوج درمانی هیجان مدار نشان داده است که در تنظیم پاسخ‌های روانی عصبی زوج‌ها به استرس، مفید است (ویب، و جانسون، ۲۰۱۷). زوج درمانی هیجان مدار، الگوهای رفتاری ناکارآمد را در نتیجه رابطه دلبستگی ناایمن زوج‌ها می‌داند که باعث فاصله گرفتن آنها از شریکشان می‌شود. EFCT به زوج‌ها کمک می‌کند تا این چرخه‌های منفی را از طریق تقویت الگوهای تعاملی ایمن در رابطه بشکنند (جانسون، ۲۰۰۴).

درمان تلفیقی دیگری که نظر زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران را به خود جلب کرده است، درمان به شیوه تصمیم‌گیری مجدد است. گلدینگ و گلدینگ^۲ (۱۹۷۹)، پیشوایان مکتب تصمیم‌گیری مجدد، رویکرد تحلیل تبادلی برن را گسترش دادند. آنها در برخی شیوه‌ها از رهیافت کلاسیک برنی متمایز هستند. آنها تحلیل تبادلی را با اصول و فن‌هایی از گشتالت درمانی^۳، خانواده درمانی^۴، نقش‌گذاری روانی^۵ و رفتار درمانی^۶ ترکیب کرده‌اند (کوری، ۲۰۰۹).

درمان‌گران تا مدت‌ها اعتقادی به کاربرد تصمیم‌گیری مجدد در کار با زوج‌ها نداشتند، اما در چند سال گذشته نه تنها درمان‌گران طرفدار رویکرد سنتی تحلیل تبادلی، بلکه سایر درمان‌گران نیز در کارهای بالینی خود به کاربرد این درمان در زوج درمانی پرداخته‌اند (استنبرگ^۸، ۲۰۱۰؛ سانیسن^۹، ۲۰۱۰؛ جنکینز، و تیچورس، ۲۰۱۲). به اعتقاد بادرو پیرسون (۲۰۱۱) تصمیم‌گیری مجدد در هر یک از زوج‌ها، تصمیم‌های اولیه زندگی که نمایشنامه زندگی را تحت تأثیر قرار داده‌اند، آشکار می‌کند و تصمیم‌گیری جدید در سطوح شناختی و عاطفی را تسهیل می‌کند تا زوج‌ها را از دام محدودیت‌های تصمیم‌های گذشته آزاد نماید. آنها در مطالعه خود نشان دادند که تصمیم‌گیری می‌تواند سبب انتخاب‌های دیگری را در روابط زوج‌ها شود. زوج‌ها

1. Wiebe, A. S., & Johnson, M. S.
2. Goulding, M., & Goulding, R.
3. Gestalt Therapy
4. Family Therapy
5. Psychodrama
6. Behavior Therapy
7. Cory, G.
8. Steinberg, R.
9. Thunnisen, A.
10. Jenkins, P. H., & Teachworth, A.

همان طور که از مراحل لذت بخش اولیه یک رابطه فراتر می روند در زمینه رشد شخصی یا تمایز مؤثر با مشکل مواجه می شوند. مانع عمده این رشد نیافتگی، تصمیم های یک شریک در پاسخ به سرخوردگی های دردناک شریک دیگر است. درد حاصل از سرخوردگی زوج ها اغلب منجر به تصمیمات خود محافظتی می شود که تعاملات آتی، الگوهای رفتاری و تبادلات هیجانی آنان را تحت تأثیر قرار می دهد. تصمیم گیری مجدد به زوج ها کمک می کند تا در مورد چگونگی باهم بودنشان تجدید نظر کنند. جنکینز و تیچ وورس (۲۰۱۲) ادغام سیستم روانی ژنتیکی و درمان تصمیم گیری مجدد را نسل جدید درمان زوجی می دانند و در یک مورد پژوهشی به تشریح شیوه کار خود و همچنین اثربخشی روش خود در درمان تعارض زوجین پرداخته اند.

بانانو^۱ (۲۰۱۲) معتقد است در برخی از تحقیقات، تأثیر شرایط محیطی بر تاب آوری در نظر گرفته نشده است. بنابراین، عملکرد خانواده می تواند با فرایندی که ضرورت نتایج تاب آوری را تعیین و افزایش می دهد، مفهوم سازی شود. والدین و جوانان خانواده های متعادل، رضایت خانوادگی بالاتری را گزارش کردند (گیورت، و سرگرین، ۲۰۱۲). در مقابل، خانواده های نامتعادل در سطوح همبستگی، در بیشتر موارد نسبت به استرس آسیب پذیرتر هستند (پارک، و بن، ۲۰۱۰).

بر اساس آنچه گفته شد، ضرورت مطالعه تاب آوری خانواده برای کشف فاکتورهایی در مقاوم نمودن خانواده در برابر خطر ها و آسیب های احتمالی اهمیت زیادی دارد. از طرف دیگر، برای ساخت نظریه هایی در مورد تاب آوری خانواده، پیشرفت هایی صورت گرفته است، اما شواهد تجربی زیادی در این زمینه موجود نیست. اکثر پژوهش های مربوطه به شکل اختصاصی بر روی تاب آوری خانواده تمرکز نکرده اند، بلکه تمرکز خود را بیشتر بر مطالعه رابطه عملکرد خانواده با سازگاری مثبت در محیط های نامساعد قرار داده اند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و رویکرد تصمیم گیری مجدد بر افزایش تاب آوری زنان متأهل صورت گرفت.

1. Banano, G. A.
2. Givertz, M., & Segrin, C.
3. Park, J. W., & Ban, K. O.

۲. شیوه اجرای پژوهش

۲-۱. روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. پیش از انجام مداخلات درمانی و همچنین دو هفته پس از اتمام زوج درمانی، آزمون تاب آوری خانواده با عنوان پیش آزمون و پس آزمون بر روی اعضای هر سه گروه اجرا و داده های به دست آمده به روش آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا^۱) در نرم افزار SPSS21 تحلیل شد.

جدول ۱

بروتکل درمان مبتنی برزوج درمانی هیجان مدار (جانسون، ۲۰۰۴)

مرحله	گام	فعالیت ها در جلسه
مرحله اول کاهش چرخه منفی تعاملی	۱	برگزاری پیش آزمون، ایجاد رابطه و بررسی تعارضات برحسب دل بستگی
	۲	مشخص کردن چرخه تعاملی منفی که باعث تعارضات می شوند
	۳	مشخص کردن هیجانات تأیید نشده که وضعیت های تعاملی را تعیین می کنند
	۴	چارچوب بندی دوباره مشکل برحسب چرخه تعاملی منفی با تأکید بر هیجانات و نیازهای دل بستگی. بیان چرخه منفی تعامل با عنوان دشمن مشترک و ریشه محدودیت هیجانی و آشفستگی زوجین
مرحله دوم تغییر وضعیت های تعاملی	۵	افزایش همانندسازی با هیجانات دل بستگی، نیازها و جنبه های پذیرفته نشده خود و وارد کردن این موارد در تعاملات
	۶	بالا بردن پذیرش تجربه ها و واکنش های تعاملی جدید مراجع
	۷	تسهیل ابراز خواسته ها، نیازها و ایجاد درگیری عاطفی برای شکل دهی مجدد دل بستگی بین زوجین
مرحله سوم تحکیم و یکپارچه سازی	۸	تسهیل ظهور راه حل های جدید برای مشکلات رابطه ای قبل
	۹	ایجاد و تحکیم وضعیت ها و چرخه های جدید رفتارهای دل بستگی

جلسه	هدف	تکلیف
اول	معارفه و ایجاد یک رابطه دوستانه، اجرای پیش‌آزمون، بیان اصول و مقررات	تکمیل پرسش‌نامه
دوم	آشنایی با معانی و ابعاد تعارض زناشویی، معایب و اثرات آن بر بچه‌ها و زوجین، بحث راجع پیامدهای طلاق	بیان مشکلات توسط زوجین در جلسه و مطالعه جزوه تدارک دیده‌شده توسط مشاور و آمادگی برای جلسه بعد
سوم	آشنایی با رویکرد تصمیم‌گیری مجدد، آشنایی با ساختار شخصیت یا حالات من (والد- بالغ- کودک)، آشنایی اعضا با فرایند شکل‌گیری شخصیت از دیدگاه برن و آشنایی با اصول گشتالتی	مطالعه جزوه تدارک دیده‌شده توسط مشاور و آمادگی برای جلسه بعد و رفع ابهامات
چهارم	توضیح رویکرد تصمیم‌گیری مجدد و نام بردن از مؤلفه‌های آن (بازدارنده‌ها، تصمیمات، تنگناها، ...)، آشنایی با بازدارنده‌ها و سوق دهنده‌ها، آشنایی با تصمیماتی (نمایشنامه‌های زندگی) که به دنبال بازدارنده‌ها و سوق دهنده‌ها اتخاذ می‌شوند	یادداشت کردن بازدارنده‌ها و سوق دهنده‌هایی که زوجین از والدین خود به یاد دارند
پنجم	آموزش طریقه کشف نمایشنامه‌های زندگی، آشنایی با مفهوم و انواع نوازش، آشنایی با مفهوم تک‌نوازشی و اقتصاد نوازش	مطالعه جزوه و لیست کردن نوازش‌هایی که در کودکی دریافت کرده‌اند
ششم	توضیح در مورد عقد قرارداد، گفتگو در رابطه با مسئولیت شخصی با تک‌تک اعضا و بستن قرارداد با آنها	تبادل نظر در مورد عقد قرارداد، مکتوب کردن مواردی که شرکت‌کنندگان توقع دارند در زندگی زناشویی تغییر دهند
هفتم	شناسایی قواعد خانوادگی و باید‌ها و نباید‌ها با استفاده از فن‌های شناختی (جدال شناختی، مباحثه، پرسش‌های سقراطی...) برای درک تصمیم‌های اولیه	شناسایی باورهای معیوب و پیشنهاد دادن باورهای واقع‌گرایانه
هشتم	کار بر روی تصمیم‌های اولیه به کمک فن‌های گشتالت درمانی (ایفای نقش، وارونگی نقش و صندلی خالی) برای بازسازی مجدد صحنه‌هایی که از گذشته به ذهن اعضا می‌رسد	کار بر روی تصمیم‌های اولیه با استفاده از فن‌های گشتالت درمانی، روبه‌رو شدن با کارهای ناتمام از طریق فن صندلی خالی
نهم	به بحث گذاشتن سؤالات بازنگری در تصمیم‌ها، (آیا شما مایلید برخی از تصمیم‌های اولیه خود را مورد بازنگری قرار دهید؟ آیا این تصمیمات هنوز هم برای شما مفید هستند؟ چه تصمیم‌های جدیدی را می‌خواهید اتخاذ کنید؟)	از اعضا خواسته می‌شود هفته‌ها یا روزهایی را مشخص کنند و دست‌کم در یک محیط مانند خانه یا محل کار به‌گونه‌ای باشند و به‌گونه‌ای عمل کنند که گویی آن فرد است
دهم	برگزاری پس‌آزمون، مصاحبه با آزمودنی‌ها در مورد اثربخشی درمان در زندگی شخصی آنها	انجام پس‌آزمون و بیان تغییراتی که توانسته‌اند در دنیای خارج از درمان در زندگی واقعی اعمال کنند

افراد انتخاب شده به تصادف در سه گروه ده نفره جایگزین شدند. گروه آزمایش اول به مدت نه جلسه تحت درمان زوج درمانی هیجان محور قرار گرفتند. جلسات به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت نود دقیقه برگزار گردید. گروه آزمایش دوم به مدت ده جلسه تحت درمان

تصمیم‌گیری مجدد قرار گرفتند. جلسات به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت نود دقیقه برگزار شد. گروه گواه در این فاصله هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، اعضای گروه گواه بعد از پایان پژوهش به مدت سه جلسه تحت زوج درمانی قرار گرفتند.

۲-۲. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان متأهل دارای مشکلات زناشویی شهر گرگان بود. از میان زنان متعارض مراجعه‌کننده به سه مرکز مشاوره (مراکز مشاوره آموزش و پرورش، گام نو و پویان) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و براساس ملاک‌های زیرسی نفر برای گروه نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: علاقمندی به شرکت در پژوهش، نمره آزمون تعارض زناشویی با یک انحراف معیار بالاتر از میانگین، عدم اختلالات روانی و شخصیتی حاد در زمان اجرای پژوهش و حداقل تحصیلات دیپلم.

۲-۳. ابزار پژوهش

۲-۳-۱. پرسش‌نامه تاب‌آوری خانواده

مقیاس تاب‌آوری خانواده توسط سیکسبی^۱ (۲۰۰۵) طراحی شده است. این پرسش‌نامه ۶۶ سؤالی که در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (از به شدت موافقم تا به شدت مخالفم) طراحی شده است، شش بعد دارد. این شش بعد عبارتند از: ارتباط خانواده و حل مسئله، کاربرد منابع اقتصادی و اجتماعی، تثبیت یک چشم‌انداز مثبت، تماس (مرز) خانواده، و توانایی معناسازی برای مصیبت. نمره‌های این مقیاس در طیفی از حداقل ۶۶ تا حداکثر ۲۰۴ قرار می‌گیرند. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تاب‌آوری بالای خانواده و نمره پایین نشان‌دهنده سطح پایین تاب‌آوری خانواده است. در پژوهش سیکسبی (۲۰۰۵)، نمره کل پایایی مقیاس ۰/۹۶ و همچنین روایی ملاکی هم‌زمان با ابزار سنجش خانواده (FAD) نسخه یک، ابزار سنجش خانواده نسخه دوم و شاخص معنای شخصی (PMI)، خوب ارزیابی شد. حسینی و حسین چاری (۱۳۹۲) نیز این مقیاس را در ایران هنجاریابی کردند.

1. Sixbey, M.

بررسی روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس تاب آوری خانواده دارای سه عامل فرایندهای ارتباط و حل مسئله، منابع مذهبی- اجتماعی و باور خانواده با عنوان یک واحد کلی در پذیرش مشکل می باشد. پایایی آزمون به روش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ به دست آمد.

۳. یافته های پژوهش

جدول ۳

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه آزمون	زوج درمانی هیجان مدار (تعداد=۱۰)		تصمیم گیری مجدد (تعداد=۱۰)		کنترل (تعداد=۱۰)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سبک سازنده متقابل	پیش آزمون	۱۶/۱	۴/۶۷	۱۶/۶	۴/۱۴	۱۹/۲	۵/۲۶
	پس آزمون	۳۱/۵	۶/۲	۲۹/۶	۶/۸۵	۱۹/۴	۵/۲۵
	پیگیری	۳۰/۱	۷/۱۲	۲۸/۸	۷/۵۸	۱۸/۷	۵/۰۷
سبک متوقع / کناره گیر	پیش آزمون	۲۶/۶	۶/۷۳	۲۶/۸	۵/۶۱	۲۸	۷/۱۸
	پس آزمون	۱۶/۱	۴/۲	۱۷/۱	۳/۸۷	۲۷/۶	۷/۲
	پیگیری	۱۵/۶	۳/۸۹	۱۷	۵/۰۱	۲۷/۵	۸/۵۴
سبک اجتناب متقابل	پیش آزمون	۱۹	۵/۸۱	۱۶/۱	۶/۲۹	۱۴/۲	۳/۵۸
	پس آزمون	۱۰	۴/۵	۸/۷	۳/۱۶	۱۳/۵	۳/۷۷
	پیگیری	۱۰	۴/۳۲	۹/۱	۳/۶۹	۱۳/۱	۳/۸۴

میانگین سنی زنان شرکت کننده در آزمون $33/2 \pm 12/3$ سال بود. جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان در ابعاد تاب آوری خانواده را نشان می دهد. برای بررسی فرضیه اثربخش بودن زوج درمانی هیجان مدار و درمان تصمیم گیری مجدد از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) استفاده شد. برای بررسی مفروضه برابری کوواریانس های متغیر وابسته از آزمون باکس استفاده شد. معنی دار بودن آزمون باکس نشان داد که فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس برقرار نیست ($P < 0.001$) و $F(7/33) = 100/98$ (Boxes M). پس لازم است در تفسیر نتایج آزمون، شاخص اثر پیلایی گزارش شود. همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت بیانگر وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته در سطح معنی داری ۰/۰۱ بود ($P < 0.001$ و $\chi^2 = 28/54$ Df=5).

آزمون لوین نیز فرض همگنی رگرسیون متغیرهای وابسته را تأیید کرد ($P > 0.05$). بعد از تأیید پیش فرض ها تحلیل مانکوا انجام شد.

جدول ۴

تحلیل کوواریانس چند متغیره پس آزمون نمرات ابعاد تاب آوری خانواده در گروه های پژوهش با کنترل پیش آزمون

اثر	ارزش	F	فرضیه DF	خطا DF	sig	مجذور اتای سهمی	توان آماری
اثر بینایی	۱/۱	۹/۵۳	۶	۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۴۷	۱۱/۸۲	۶	۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۷	۱

با توجه به نتایج جدول ۴، اثر اصلی درمان معنادار بود ($P < 0.001$, $\eta^2 = 0.55$ partial). معنی دار شدن اثر اصلی درمان بدین معناست که بین سه گروه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی دار آماری وجود دارد. براساس شاخص اثربخشی، مجذور اتای سهمی ۰/۵۵ می باشد که بدین معناست که ۵۵٪ واریانس نمرات ابعاد تاب آوری خانواده مربوط به تأثیر دوروش زوج درمانی هیجان مدار و درمان تصمیم گیری مجدد است.

جدول ۵

نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون ابعاد تاب آوری خانواده گروه های پژوهش با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
فرایندهای ارتباط و حل مسئله	گروه	۹۵۷/۰۳	۲	۱۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶	۱
	خطا	۶۲۱/۱۵	۲۴				
منابع مذهبی- اجتماعی	گروه	۴۷۹/۴۸	۲	۱۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
	خطا	۵۳۴/۲۵	۲۴				
باور خانواده با عنوان یک واحد کل در پذیرش مشکل	گروه	۱۶۵/۵۲	۲	۸/۳۳	۰/۰۰۲	۰/۴۱	۰/۹۵
	خطا	۲۳۸/۴۵	۲۴				

با توجه به جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه با استفاده از آلفای میزان شده بونفرونی (۰/۰۱۷) بیانگر این واقعیت است که پس از تعدیل پیش آزمون بین گروه های زوج درمانی هیجان مدار، درمان تصمیم گیری مجدد و گروه کنترل، از لحاظ نمرات پس آزمون ابعاد فرایندهای ارتباط و حل مسئله ($P < 0.001$, $\eta^2 = 0.6$ partial $F_{2,24} = 18.47$)، منابع مذهبی- اجتماعی ($P < 0.001$, $\eta^2 = 0.47$ partial $F_{2,24} = 10.77$)، و بعد باور خانواده

با عنوان یک کل ($p < 0/01$ $F_{۳,۲۴} = ۸/۳۳$ $partia = ۰/۴۱$)، تفاوت معنی دار آماری وجود دارد. براساس نتایج به دست آمده، ۶۰٪ واریانس نمرات پس آزمون فرایندهای ارتباط و حل مسئله، حدود ۴۷٪ واریانس نمرات پس آزمون منابع مذهبی- اجتماعی و حدود ۴۱٪ واریانس نمرات پس آزمون باور خانواده با عنوان یک واحد کل در پذیرش مشکل توسط روش های درمانی تبیین شد. در کل، نتایج تحلیل کوواریانس نشانگر آن است که مداخلات درمانی در بهبود ابعاد تاب آوری خانواده زنان متأهل مؤثر بوده است.

جدول ۶

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون ابعاد تاب آوری خانواده

متغیر وابسته	گروه های مقایسه		اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
	گروه	گروه			
فرایندهای ارتباط و حل مسئله	زوج درمانی	تصمیم گیری مجدد	۵/۸	۲/۵۹	۰/۱۰۴
	هیجان مدار	کنترل	۱۴/۷۹	۲/۵۱	۰/۰۰۱
	تصمیم گیری مجدد	زوج درمانی هیجان مدار	-۵/۸	۲/۵۹	۰/۱۰۴
		کنترل	۸/۹۸	۲/۳۱	۰/۰۰۲
منابع مذهبی- اجتماعی	زوج درمانی	تصمیم گیری مجدد	-۴/۲	۲/۴	۰/۲۸
	هیجان مدار	کنترل	۵/۷	۲/۳۳	۰/۰۶۶
	تصمیم گیری مجدد	زوج درمانی هیجان مدار	۴/۲	۲/۴	۰/۲۸۰
		کنترل	۹/۹۱	۲/۱۵	۰/۰۰۱
باور خانواده با عنوان یک واحد کل در پذیرش مشکل	زوج درمان	تصمیم گیری مجدد	۳/۰۹	۱/۶	۰/۲
	هیجان مدار	کنترل	۶/۲۹	۱/۵۵	۰/۰۰۱
	تصمیم گیری مجدد	زوج درمانی هیجان مدار	-۳/۰۹	۱/۶	۰/۲
		کنترل	۳/۲	۱/۴۳	۰/۱

برای روشن شدن تفاوت گروه ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. با توجه جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و درمان تصمیم گیری مجدد تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$) و هر دو درمان توانسته اند در بهبود ابعاد تاب آوری خانواده زنان متأهل مؤثر باشند.

۴. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و درمان

تصمیم‌گیری مجدد بر افزایش تاب‌آوری زنان متأهل انجام شد. نتایج تحلیل آماری نشان داد که هر دو درمان در افزایش تاب‌آوری زنان متأهل مؤثر بوده‌اند و آزمون تعقیبی نشان داد که بین این درمان‌ها در اثربخشی تفاوت معناداری وجود نداشته است. اثربخش بودن این درمان‌ها با نتایج یافته‌های اشنایدر و بالدراما^۱ (۲۰۱۲)، ویب و جانسون^۲ (۲۰۱۷)، ویب، جانسون، موزر، دالگلیش و تاسکا^۳ (۲۰۱۷)، روسو، روسو و ویدوسون^۴ (۲۰۱۴)، جنکینز و تیچورس^۵ (۲۰۱۲)، کریمیان، زارعی، محمدی و کریستنسن^۶ (۱۳۹۵) و داورنیا، زهراکار معیری و شاکرمی (۱۳۹۴) همسو است.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث افزایش امنیت دلبستگی در روابط می‌شود (نیورگلت، میاهافر، ساستاپیک، و همکاران، ۲۰۱۵^۲)، روابط امن و سالم را پایه‌ریزی می‌کند و در صورت مواجهه با استرس و سختی‌ها، تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. دلبستگی ایمن، تاب‌آوری را از طرق مختلف مانند افزایش سلامت جسمانی، کنار آمدن سازگاران، کاهش خطر افسردگی و استرس پس از سانحه (پیترموناکو، اوچینو، و دانکل، ۲۰۱۴^۴) و تنظیم هیجان‌ها تقویت می‌کند (کوآن، کسل، جکسون، شیفر، ویدیوسون، ۲۰۱۳^۵). همچنین زوج‌درمانی هیجان‌مدار به همسران کمک می‌کند تا روابط امن‌تری را ایجاد کنند و در تنظیم هیجانات خود مؤثرتر باشند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۳^۲).

دو درمان بر روی الگوهای ارتباطی در کودکی و نقش و تأثیر آن در بزرگسالی تمرکز دارند. براساس نظروالش^۷ (۲۰۰۶) نیز سومین حوزه اصلی تأثیرگذار در تاب‌آوری خانواده، فرایندهای ارتباطی و حل مسئله است. فرایندهای حل مسئله و ارتباطی می‌تواند نقش مهمی در تاب‌آوری خانواده داشته باشد. این حوزه شامل سه بعد است: نخست، وضوح و شفافیت که شامل قدرت روشن‌سازی مسئله، مشخص کردن تغییراتی که ممکن است در مسئله رخ دهد و مشارکت باز اعضای خانواده در حل مسائل است و ممکن است به رفتارهای سازگاران‌تری منجر شود. بنابراین، این بعد شامل روشنی، پیام‌های یکدست و توضیح

1. Wiebe, A. S., Johnson, M. S., Moser, B. M., Dalglesch, L. T., & Tasca, A. G.
2. Rosseau, M., Rosseau, R., & Widdowson, M.
3. Nievergelt, C. M., Maihofer, A. X., Mustapic, & et al
4. Pietromonaco, P. R., Uchino, B., & dunkel Schetter, C.
5. Coan, J. A., Kasle, S., Jackson, A., Schaefer H. S., & Davidson, R. J.

موقعیت مبهم است. دوم، تجلی هیجانی باز که شامل توانایی خانواده در بیان هیجانات، همدلی دوطرفه و شوخ طبعی است. سوم، حل مسئله جمعی که شامل استفاده از روش همکارانه برای حل مسئله است و می تواند احساسی از اعتبار در فرآیند تصمیم گیری را در بین اعضای خانواده ایجاد نماید. این بعد شامل بارش ذهنی خلاقانه، تصمیم گیری مشترک، حل تعارض به شیوه سازنده و کارآمد، اتخاذ موضع فعال برای پیشگیری از مسائل و بحران ها و آماده شدن برای چالش های بعدی است.

بادر و پیرسون (۲۰۱۱) در مطالعه خود با عنوان کاربرد تصمیم گیری مجدد در کار با زوج ها، نشان دادند که تصمیم گیری مجدد می تواند انتخاب های دیگری را در روابط زوج ها باعث شود. به اعتقاد آنها همان طور که زوج ها از مراحل لذت بخش اولیه رابطه فراتر می روند در زمینه رشد شخصی یا تمایز، با مشکل مواجه می شوند. علت اصلی رشد نیافتگی، تصمیم های یک در شریک در پاسخ به سرخوردگی های دردناک شریک دیگر است. درد حاصل از این سرخوردگی زوج ها اغلب منجر به تصمیمات خود محافظتی می شود که تعاملات آتی، الگوهای رفتاری و تبادلات هیجانی آنان را تحت تأثیر قرار می دهد. تصمیم گیری مجدد به زوج ها کمک می کند تا در مورد چگونگی با هم بودنشان تجدید نظر کنند.

متخصصان حوزه خانواده پنج اصل عمومی زوج درمانی ارائه کرده اند: تغییر دیدگاه زوج در مشکل فعلی به یک دیدگاه عینی تر، بافتارنگر و دوتایی؛ کاهش احساسات سرکوب شده و رفتارهای ناکارآمد؛ استخراج رفتارهای مبتنی بر هیجان، اجتنابی و خصوصی؛ افزایش الگوهای ارتباطی سازنده و تأکید بر نقاط قوت و تقویت دستاوردها (بنسون، مک گین، و کریستنسن، ۲۰۱۲).^۱ به نظر آنها درمان اثربخش باید حاوی این پنج اصل باشد. در مکانیسم درمانی این دو رویکرد نیز دو بخش وجود دارد که این پنج بخش را پوشش می دهد که عبارتند از: آموزش مبانی نظری و استفاده از فنون کاربردی. در آموزش مبانی نظری هر دو درمان تلاش می کنند فرد را به یک بینش و شناخت نسبت به انگیزه رفتار و احساسات خود برسانند. برای مثال، اساس نظری رویکرد زوج درمانی هیجان مدار، نظریه دلبستگی جان بولبی^۲

1. Benson, L. A., McGinn, M. M., & Christensen, A.
2. Bowlby, J.

(۱۹۹۸) است که سه سبک دلبستگی را در بزرگسالی تشریح می‌کند. این نظریه ادعا می‌کند که ریشه هیجانات و رفتارهای افراد در کودکی و با افراد نزدیک شکل می‌گیرد. بنابراین، این رویکرد درمانی ابتدا سعی دارد مراجع را به این بینش برساند که هیجانات اولیه که در رفتار فرد بروز می‌کنند ریشه در هیجانات و عواطف سرکوب‌شده در دوران کودکی دارند و در اصل هیجانات اولیه‌ای هستند که با تداعی شرایط کودکی در بزرگسالی به شکل دیگری و به صورت هیجانات ثانویه برون‌ریزی می‌شوند. برای مثال از دید نظریه هیجان‌مدار، خشم یک هیجان ثانویه است که در واکنش به هیجان اولیه احساس ناامنی و طرد از طرف مقابل در فرد برانگیخته می‌شود. زمانی که همسری در دسترس و پاسخگو نباشد، طرف مقابل خشمگین می‌شود. به این دلیل که احساسات دلبستگی ناایمن دوران کودکی در او برانگیخته می‌شود و حس طرد شدن و مورد علاقه نبودن و بی‌اهمیت بودن به فرد دست می‌دهد. در نتیجه، تعادل روانی به هم می‌ریزد، مضطرب می‌شود و برای برگرداندن این تعادل و آرامش خشمگین می‌شود و رفتارهای پرخاشگرانه بروز می‌دهد که این سبک رفتاری ناکارآمد یعنی، عدم شناخت هیجانات اولیه و عدم بروز آنها به شکل صحیح، باعث ایجاد چرخه تعاملی منفی می‌شود و همسرش را بیشتر از خود دور می‌کند و او بیشتر خشمگین می‌شود. این چرخه تعاملی به همین شکل تکرار و تشدید می‌شود تا در نهایت باعث ایجاد تعارضات زناشویی، عدم رضایت از زندگی و طلاق می‌گردد.

درمان تصمیم‌گیری مجدد، ریشه مشکلات ارتباطی افراد در بزرگسالی را در تصمیماتی می‌داند که فرد در کودکی در نتیجه دستورها و بازدارنده‌های سرپرستان خود اتخاذ کرده است و در بزرگسالی نیز بدون بررسی، آنها را استفاده می‌کنند. این درمان نیز سعی در افزایش آگاهی و بینش افراد از ریشه و انگیزه رفتار و هیجان‌اتشان دارد. در بخش اول هر دو درمان، آموزش صورت می‌گیرد و در بخش بعدی که به کاربست فنون درمانی برای انتقال این آموزش و بینش به عمل و رفتار در دنیای واقعی است از فن‌ها و راهبردهای مشابه استفاده می‌شود. هر دو درمان از فنون رویکردهای انسان‌گرا و تجربه‌گرا که مراجع را تشویق می‌کند تا تجربیات گذشته را در زمان حال و اینجا بازسازی کند، استفاده می‌کنند؛ یعنی هر دو درمان در تلاش است که مراجع را متوجه تجربیات دوران کودکی خود کند و او را تشویق می‌کند که

تجربیات آن دوران را بازنمایی و دوباره در جلسه درمان تجربه کنند. هر دو درمان مراجع را تشویق می‌کنند تا هیجانات فروخورده خود را برون‌ریزی کنند تا از تنش روانی و جسمی رها شوند. از دید این دو درمان، علت سد شدن ابراز هیجانات، رفتارهای سرپرستان آنها در قبال ابراز هیجاناتشان در کودکی بوده است. برای مثال مادری که در کودکی به فرزندش می‌گوید که من به خاطر تو پدرت را تحمل می‌کنم، این باور را به کودک منتقل می‌کند که وجود تو باعث آزار و تحمل سختی برای من است و پیام نباش منتقل می‌شود. به دنبال این رفتار کلامی مادر، کودک تصمیم می‌گیرد که نباشد و افکار خودکشی در بزرگسالی در او به وجود می‌آید.

درباره درمان هیجان مدار نیز می‌توان مثال مادری را مطرح کرد که فرزندش را در دوران کودکی تنها می‌گذارد و سرکار می‌رود. بر اساس نظریه رشدی اریکسون تا ۱/۵ سالگی دوران شکل‌گیری امنیت در کودک است. در این بین، کودک احساس عدم امنیت می‌کند و این احساس ناامنی در روابط بزرگسالی به شیوه‌های اختلال شخصیت اجتنابی و در شکل حادث‌تر آن اسکیزوئیدی یا پارانوئیدی یا اختلالات بالینی مثل اعتیاد یا اسکیزوفرنی بروز می‌کند که هر نوع این مشکلات در روابط بزرگسالی به ویژه در روابط زناشویی تأثیر بسیار زیادی دارد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم نتایج آن را باید با احتیاط انجام داد. آزمودنی‌ها همگی از بین زنان دارای تعارض زناشویی و در دسترس انتخاب شده‌اند و طبیعی است در چنین شرایطی انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها غیر ممکن است. خودگزارشی بودن ابزار پژوهش نیز یکی دیگر از محدودیت‌هاست که باید به آن توجه کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در سایر مناطق کشور و همچنین بر روی جامعه مردان و زوج‌ها انجام شود. نتایج اثربخش این دو روش در پژوهش حاضر، موفقیت روش‌های تلفیقی را در افزایش تاب‌آوری زنان متأهل نشان می‌دهد و امیدوار است که کاربرد این رویکردها از سوی متخصصان حوزه خانواده با اقبال بیشتری مواجه شود.

۱. حسینی، فریده سادات، و حسین چاری، مسعود (۱۳۹۲). بررسی شواهد مرتبط با روایی و پایایی مقیاس تاب‌آوری خانواده. نشریه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳ (۲)، ۱۸۱-۲۰۸.
۲. داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، معیری، نسیم، و شاکرمی، محمد (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. نشریه علوم پزشکی دانشگاه آزاد تهران، ۲۵ (۲)، ۱۳۲-۱۴۰.
۳. کریمیان، نادر، زارعی، اقبال، محمدی، کوروش، و کرسینسن، اندرو (۱۳۹۵). بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری التقاطی (IBCT) و درمان تصمیم‌گیری مجدد در بهبود آسفتگی زناشویی زوجین متعارض سندج. نشریه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۲ (۲۵)، ۱۱۱-۱۳۲.
4. American Psychological Association (2016). *The road to resilience*. Washington, D.C : American Psychological Association.
5. Banano, G. A. (2012). Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma and health related adversities. *Social science and medicine*, 74(5), 753-756.
6. Benson, L. A., McGinn, M. M., & Christensen, A. (2012). Common Principles of Couple Therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 25-35.
7. Bowen, G. L., Martin, J. A., & Mancini, J. A. (2013). *The resilience of military families: Theoretical perspectives*. New York, NY: Routledge.
8. Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Development and healthy Human Development*. New York: Basic Book.
9. Coan, J. A., Kasle, S., Jackson, A., Schaefer H. S., & Davidson, R. J. (2013). Mutuality and the social regulation of neural threat responding. *Attach Hum Dev*, 15, 303-315.
10. Cory, G. (2009). transactional analysis for theory and practice of counseling and psychotherapy. <http://acdemid.engage.com/resource/uploads/>.
11. Coyle, J. P., Nochajski, T., Maguin, E., Safyer, A., Dewit, D., & Macdonald, S. (2009). An exploratory study of the nature of family resilience in families affected by parental alcohol abuse. *Journal of Family Issues*, 2, 1-18.
12. Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum*, 42(2), 73-82.
13. Givertz, M., & Segrin, C. (2012). The association between overinvolved parenting and young adults' self-efficacy, psychological entitlement, and family communication. *Communication Research*. Advance online publication. Doi: 10.1177/0093650212456392.
14. Goulding, M., & Goulding, R. (1979). *Changing lives through redescision therapy*. New York. Grove press.
15. Jenkins, P. H., & Teachworth, A. (2012). Psychogenetics in Redecision Therapy: The Next Generation of Couples Work. *Transactional Analysis Journal*, 40(2), 123-130.
16. Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection*. New York, NY: Burnner-Routledge.
17. Kalil, A. (2003). *Family Resilience and Good child outcomes*. Center for social Research and Evaluation: Ministry of social Development, To Manato Whakahiato Ora.
18. Meadows, O. S., Beckett, W., Wowing, K., Golinelli, D., Fisher, P. M., Martin, T. L., Meredith, S. L., & Osilla, C. K. (2016). Family resilience in military: Definition,

- Models, and Policies. *Read Health Quarterly*, 5(3), PMID: PMC5158214.
19. Nievergelt, C. M., Maihofer, A. X., Mustapic, M., Yurgil, K. A., Schork, N. J., Miller, M. W., & et al. (2015). Genomic predictors of combat stress vulnerability and resilience in U.S. Marines: A genome - wide association study across multiple ancestries implicates PRTFDC1 as a potential PTSD gene. *Psych neuroendocrinology*, 51, 459-471.
 20. Park, J. W., & Ban, K. O. (2010). Family function and successful aging for vulnerable elderly based on circumplex model. *Journal of Korean Academy of adult Nursing*, 22, 239-249.
 21. Pietromonaco, P. R., Uchino, B., & Dunkel Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychol*, 32, 499-513 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/236468833>.
 22. Rosseau, M., Rosseau, R., & Widdowson, M. (2014). Application of rededecision therapy in executive coaching workshop. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 3(2), 15-18.
 23. Simon, J., Murphy, J., & Smith, S. (2005). Understanding and fostering resilience. *The Family Journal*, 13, 427-436.
 24. Sixbey, M. (2005). *Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs*. Doctoral dissertation. school of counselor Education. University of Florida.
 25. Snyder, D. K., & Balderrama-Durbin, C. (2012). Integrative approaches to couple therapy: Implications for clinical Practice and Research. *Behavior Therapy*, 1(43), 13-24.
 26. Steinberg, R. (2010). Using rededecision therapy to resolve postdivorce impasses and loss. *Transactional analysis journal*, 40(2), 130-143.
 27. Tavares, L., & Aassve, A. (2013). Psychological distress of marital and cohabitation breakups. *Social Science Research*, 42(6), 1599-1611.
 28. Thunissen, A. (2010). Rededecision therapy with personality disorders: How does it work and what are the results? *Transactional analysis journal*, 40(2), 114-120.
 29. Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
 30. Wiebe, A. S., & Johnson, M. S. (2017). Creating relationship that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 65-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc>.
 31. Wiebe, A. S., Johnson, M. S., Moser, B. M., Dalglish, L. T., & Tasca, G. A. (2017). Predicting follow-up outcomes in Emotionally Focused Couple Therapy: The role of change in trust, relationship-specific attachment, and emotional engagement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 213-226. doi: 10.1111/jmft.12199. Epub 2016 Nov 22.



