

مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی زوجین مراجعه کننده به خانه‌های سلامت

شاداب شیرزادی^۱، عبدالله شفیع‌آبادی^۲، فریده دوکانه‌ای فرد^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی زوجین مراجعه کننده به خانه سلامت در منطقه ۶ شهر تهران انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی همراه با دو گروه آزمایش و گواه و پیگیری دو ماهه بود. نمونه مشتمل بر ۴۸ نفر از زوجین مراجعه کننده به خانه سلامت منطقه ۶ تهران بود، که به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۲۴ نفر قرار گرفتند. گروه آزمایش اول، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت خانواده درمانی بوئن و گروه آزمایش دوم نیز ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت خانواده درمانی مینوچین قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار قرار داده شد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه طلاق عاطفی (گاتمن، ۱۹۹۵) و پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاضل میانگین نمرات طلاق عاطفی و کیفیت زندگی در گروه خانواده درمانی بوئن و مینوچین با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار بود ($p < 0/001$). همچنین، هر دو مداخله به صورت معناداری باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش طلاق عاطفی شدند، ولی مقایسه بین دو درمان معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که می‌توان از خانواده درمانی عاطفی بوئن و مینوچین در جهت کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی زوجین استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: خانواده درمانی بوئن، خانواده درمانی مینوچین، طلاق عاطفی، کیفیت زندگی

* این پژوهش مستخرج از پایان نامه دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد.

۱ دکترای مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲ استاد تمام گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی تهران (نویسنده مسئول) Email: ashafiabady@yahoo.com

۳ استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن تهران

مقدمه

ازدواج مبنای شکل‌گیری خانواده و قطب مقابل آن طلاق سبب اضمحلال آن می‌شود (علوی و احمدی، ۱۳۹۶، ۴۹). طلاق یکی از مهم‌ترین آسیب‌های خانوادگی است که فروپاشی فردی، خانوادگی و اجتماعی را در پی داشته و برای زنان نسبت به مردان اثرات منفی بیشتری دارد (موسایی، توسلی و مه‌ری، ۲۰۱۱، ۹۰). طلاق در مناطق روستایی کمتر از مناطق شهری است و دلیل آن هم منسجم بودن پایه و اساس خانواده در مناطق روستایی می‌باشد (سان و زاو^۱، ۲۰۱۶، ۵۶). در خانواده‌های ایرانی وابستگی اقتصادی زنان به همسرانشان اغلب مانع طلاق رسمی بین آن‌ها می‌شود و همین امر زمینه‌ساز طلاق عاطفی^۲ را فراهم می‌سازد. علاوه بر این طلاق عاطفی یکی از مشکلات جدی در ایران است که از میزان شیوع آن آمار دقیقی در دست نیست (برزوکی، توکل و بورجج^۳، ۲۰۱۵، ۱۱۰). گرچه منابع گوناگون آمارهای مختلفی ارائه می‌دهند، ولی نمی‌توان به هیچ‌کدام از این آمارها اطمینان کامل داشت، زیرا طلاق عاطفی به صورت رسمی سنجیده نشده است؛ اما در برخی منابع گفته می‌شود که طلاق عاطفی دو برابر طلاق قانونی است (رشید و مرادی، ۱۳۹۶، ۱۳۶). در تعریف طلاق عاطفی باید گفت، طلاق عاطفی که مرحله قبل از طلاق رسمی می‌باشد، به نوعی جدایی خاموش اطلاق می‌شود که به لحاظ قانونی و شرعی اتفاق نیفتاده است و مرد و زن بنا بر ملاحظاتی و به ناچار در زیر یک سقف به ظاهر زندگی می‌کنند و لیکن به دلیل شدت سردی روابط و عدم تبادل احساسات و عواطف، احساس نارضایتی همراه با ناامیدی دارند (برزوکی و همکاران، ۲۰۱۵، ۱۱۱-۱۱۰). به عبارت دیگر، طلاق عاطفی پدیده‌ای پنهان و ثبت نشده در زندگی بسیاری از همسران است که اگرچه زن و شوهر به طور رسمی از هم جدا نمی‌شوند، اما بدون هیچ احساس و عاطفه‌ای نسبت به هم و فقط به صورت هم‌خانه به زندگی خود ادامه می‌دهند (اشرفی، ۱۳۸۸، ۳۵). در مورد بررسی شرایط علی و میانجی طلاق عاطفی، نتایج پژوهش لطیفیان، عرشی، علی‌پور و هارونی (۱۳۹۵، ۸) نشان داده است که طلاق عاطفی پدیده‌ای تک عاملی نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل (عدم تامین نیاز عاطفی، بی‌توجهی مرد، مشکلات ارتباطی، تفکر و نگرش ناهماهنگ زن و مرد، عدم همدلی و همراهی مرد با زن و ...) در پیوند با هم منجر به طلاق عاطفی می‌گردند. علاوه بر این طلاق همسران، بر کیفیت زندگی^۴ و عملکرد خانواده^۵ نیز تاثیر منفی می‌گذارد (کریستوفر^۶، جیمز و آماتو^۷، ۲۰۱۴، ۲۵۴).

در تعریف کیفیت زندگی باید گفت، کیفیت زندگی در خانواده و در بین اعضای خانواده، مفهومی چند بعدی

1 Sun & Zhao
2 emotional divorce
3 Burrage
4 quality of life
5 family function
6 Christopher
7 James & Amato

و پیچیده دارد و در برگیرنده‌ی عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک شخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی و سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود (بالجانی، کاظمی، امان‌پور و تیز فهم، ۱۳۹۰، ۵۳). مطالعات طولی و مقطعی در حوزه‌ی کیفیت زندگی نشان می‌دهد که با افزایش کیفیت زندگی افراد می‌توان آرامش روانی و مناسبات اجتماعی و خانوادگی بهتری را برای آنان فراهم کرد. در مورد کیفیت زندگی، روابط با خانواده و بستگان به عنوان مهم‌ترین جنبه در نظر گرفته شده که پیش از هر چیز دیگری اهمیت دارد و مطالعات نشان داده‌اند فعالیت‌های خانواده به طور خاص با رضایت از زندگی و بهزیستی در ارتباط می‌باشد (وار^۱، بوچر و رابرتسون^۲، ۲۰۰۴، ۱۸۱). پس ایجاد مداخلاتی که بتواند باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش طلاق عاطفی در زوجین شود، لازم است. خانواده درمانی^۳ به عنوان یک مداخله تخصصی می‌تواند راه حل مناسبی برای هر چه لذت‌بخش‌تر کردن روابط زوجین با یکدیگر باشد و اطلاعاتی را که برای ایجاد یک زندگی مطلوب لازم است به زوجین منتقل کند و دانش و آگاهی آن‌ها را در مسائلی که بر روابط زناشویی تأثیر می‌گذارد افزایش دهد و با تأکید بر توان حل تعارض و برقراری ارتباط، موجب کاهش طلاق عاطفی و ارتقاء کیفیت زندگی زوجین گردد (مارکمن و فلوید^۴، ۱۹۹۱، ۴۵). شواهد رو به رشدی نیز وجود دارد که درمان خانواده محور، کارکرد خانواده را بهبود می‌بخشد و در این زمینه نسبت به رویکردهای دیگر برتری دارد (فالس استیوارت^۵، افارل و بیرچلر^۶، ۲۰۰۳، ۱۴۳). از جمله این مداخلات خانواده درمانی بوئن^۷ می‌باشد. رویکرد خانواده درمانی بوئن، خانواده را یک واحد عاطفی و شبکه‌ای از روابط درهم تنیده می‌پندارد که برای درک بهتر، باید آن را از چهارچوب مختلف یا دیدگاه تاریخی تحلیل کنیم. بوئن اعتقاد دارد، که کل منظومه خانواده یک واحد عاطفی تلقی می‌شوند که نمی‌توانند از یکدیگر مجزا یا به طور موفقیت‌آمیز تفکیک شوند. به عبارتی زیربنا و پایه این نظریه بر اساس مفهوم تفکیک خود^۸ قرار دارد (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۹، ۲۰۱۲، ۲۳۸-۲۴۰). بوئن (۱۹۷۵) دو نوع اساسی تفکیک خود را معرفی می‌کند: تمایز پایه^{۱۰} و تمایز کارکردی^{۱۱}. آن‌چه در درمان می‌تواند تغییر کند تمایز کارکردی است (به نقل از بشارت، رستمی، قره‌باغی و لواسانی، ۱۳۹۴، ۴). درمانگران منظومه‌های خانواده بوئن بر این باورند که تمام مشکلاتی که در کارکرد خانواده وجود دارد، از جمله مشکل در برقراری ارتباط زوجین با یکدیگر و طلاق عاطفی از مدیریت ناکارای

1 Warr

2 Butcher & Robertson

3 family therapy

4 Markman & Floyd

5 Fals-Stewart

6 O'Farrell & Birchler

7 Bowen

8 separate yourself

9 Goldenberg & Goldenberg

10 basic distinction

اضطراب^۱ در سیستم خانواده ناشی می‌شود. از این رو، هدف اصلی درمان بوئنی کاهش اضطراب مزمن به وسیله آگاه کردن از سیستم عاطفی خانواده، افزایش سطح تمایز و تمرکز بر تغییر خود به جای سعی در تغییر دیگران است (موسسه نظام خانواده بوئن، ۲۰۰۹).

از طرف دیگر در خانواده‌هایی که دچار روابط عاطفی سرد هستند، ارتباط دارای چند سطح می‌باشد. آنچه آشکار در یک سطح از فرد خواسته می‌شود، در سطح دیگری به صورت پنهانی نفی یا نقص می‌شود و فرد در تنگنا یا بن بست قرار می‌گیرد. تنها راه پاسخ به چنین ارتباطی بازسازی ساختارهای ارتباطی است (مرادی، ۱۳۹۶، ۲۱). ایده اصلی خانواده درمانی ساختاری این است که نشانه مرضی فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود، قابل شناخت‌تر خواهد بود. از نظر خانواده درمانی ساختاری قبل از درمان و برطرف کردن نشانه‌های مرضی، لازم است در سازمان یا ساختار خانواده تغییراتی صورت گیرد. ساختار خانواده مجموعه نامرئی از نقش‌های ویژه‌ای است که اعضای خانواده، از طریق آن به یکدیگر مرتبط می‌شوند. در این رویکرد تاکید بر خانواده به عنوان یک کل و تعاملات بین زیرمنظومه‌های آن است. مهم‌ترین ملاک عملکرد سالم کارکردی زیرمنظومه‌ها، برخورداری از مرزهای روشن بوده و بر نقش و قواعد و قدرت مبتنی است (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۱۲، ۳۴۳-۳۳۹). فرایند خانواده درمانی به آشکارسازی الگوهای ارتباطی تکرار شونده و قابل پیش‌بینی و چگونگی تاثیرگذاری این الگوها بر رفتار بیمار معلوم می‌گردد. از مفروضه‌های اساسی خانواده درمانی ساختاری، این است که مشکلات زوجین نشانگر وجود مشکل در الگوهای تعامل خانواده است و از این رو در درمان مشکلات زوجین بر تغییر الگوهای تعامل تاکید ویژه‌ای می‌شود (موسوی، فرزند و نوابی‌نژاد، ۱۳۸۹، ۲۴).

بر اساس این دو رویکرد پژوهش‌های متعددی صورت پذیرفته که حاکی از اثربخشی این دو رویکرد در کاهش تعارضات زناشویی (رامیش^۲، مک ویکر و ساهین^۳ ۲۰۰۹، ۴۸۱؛ ایونس^۴، ترنر و تروت^۵، ۲۰۱۲، ۷۸)، سبک‌های اسنادی و بهزیستی اجتماعی (آقایوسفی، فتحی‌آشتیانی، علی‌اکبری و ایمانی‌فر، ۱۳۹۴، ۱۱۵)، کاهش مشکلات روانی (شکیبایی، اسماعیلی و کرمی، ۱۳۸۶، ۱۱۵)، مشکلات رفتاری بزرگسالان در خانواده‌شان (گانندی، ۲۰۰۷، ۴۷)، درمان خودکشی (دایون^۶، ۲۰۰۳، ۲۳۵)، سوء مصرف مواد (غفاری، رفیعی و ثنائی، ۱۳۸۹، ۲۲۷) و طرحواره‌های ناسازگار (یوسفی، ۱۳۹۰، ۳۵۶) بوده است. با این حال پژوهشی که به مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر طلاق عاطفی و کیفیت زندگی در زوجین

^۱ anxiety

^۲ Ramisch

^۳ McVicker & Sahin

^۴ Evans

^۵ Turner & Trotter

ایرانی پردازد، در ادبیات پژوهش یافت نشد. از طرف دیگر طلاق عاطفی و کاهش کیفیت زندگی از عوامل خطر برای آسیب روانی و زمینه‌ساز مشکلات جسمی و خانوادگی بعدی افراد است که با شناسایی آن‌ها و آموزش راهبردهای انطباقی‌تر و کاهش راهبردهای غیرانطباقی، می‌توان از تبدیل راهبردهای غیرانطباقی به سبک‌های تثبیت شده و مقاوم در برابر تغییر، در خانواده پیشگیری نموده و در نتیجه رشد این مشکلات را در خانواده و در جامعه کاهش داد. لذا با توجه به اهمیت و ضرورت این مساله در جامعه، پژوهش حاضر با هدف "مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی زوجین مراجعه کننده به خانه‌های سلامت" انجام گردید.

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود که با دو گروه آزمایش و گواه به همراه پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری سه ماهه صورت گرفت. جامعه پژوهش را کلیه افراد متاهل که به دلیل تعارضات زناشویی و جهت بهبود رابطه خود به مراکز خانه سلامت منطقه ۶ شهر تهران در سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده‌اند، تشکیل داد. از این افراد درخواست شد تا در صورت تمایل در جلسات روان‌درمانی ثبت‌نام نمایند. از میان کلیه افراد متاهل مراجعه کننده به این مراکز، تعداد ۱۳۵ زوج اقدام به ثبت‌نام کردند که ۴۸ زوج ملاک‌های لازم برای ورود به مطالعه را داشتند. معیارهای ورود شامل متاهل بودن، نداشتن تعارض‌های حاد و بحرانی یا در آستانه طلاق بودن، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، نداشتن اختلال حاد روانی - شخصیتی و عدم استفاده از سایر مداخلات روان‌شناختی بود. حجم نمونه پژوهش حاضر ۴۸ نفر بر اساس جدول کوهن و با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸۰، سطح آلفای ۰/۰۵ (آزمون دو طرفه) و اندازه اثر ۰/۶، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. در هر گروه ۱۴ زوج و در کل ۴۲ زوج نیاز بود، اما با توجه به احتمال ریزش حجم نمونه، ۴۸ نفر (۱۶ زوج در دو گروه آزمایش) و ۱۶ زوج در گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نمی‌گرفت. جلسات مداخله‌ای در گروه‌های آزمایش توسط پژوهشگر، در ۱۸ هفته متوالی به مدت ۲ ساعت به اجرا درآمد. یکی از گروه‌های آزمایش تحت خانواده درمانی بوئن و گروه دیگر تحت خانواده درمانی مینوچین قرار گرفتند (جدول ۱). پس از پایان جلسات مداخله، پرسشنامه طلاق عاطفی و کیفیت زندگی به عنوان پس‌آزمون و سه ماه بعد از اتمام دوره مداخله به عنوان پیگیری در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل اجرا شد و مجدداً نتایج ۳ گروه باهم مقایسه شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از پایان تمامی مراحل پژوهش، برای افراد گروه کنترل که تمایل داشتند، در مداخله شرکت کنند، نیز جلسات مداخله اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام گرفت.

ابزار

ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس طلاق عاطفی بود که در زیر به ارائه آن‌ها پرداخته شده است:

(۱) **پرسشنامه کیفیت زندگی:** در پژوهش حاضر برای بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال می‌باشد و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می‌باشند). دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه لیکرتی است که به هر سوال نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. پس از انجام محاسبه‌های لازم، امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه به تفکیک به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیاز با دامنه ۱۰۰-۰ می‌باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). بررسی روایی این پرسشنامه در ایران بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت و شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون با روش بازآزمایی برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. هم‌چنین در بررسی همسانی درونی پرسشنامه نمره کل مقیاس ۰/۸۸ گزارش شد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵، ۱). در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد.

(۲) **مقیاس طلاق عاطفی (EDS):** مقیاس طلاق عاطفی که توسط گاتمن^۲ (۱۹۹۵) تدوین شده است، برای نخستین بار در ایران توسط جزایری (۱۳۸۷) ترجمه شد و مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس شامل جملاتی درباره جنبه‌های مختلف زندگی است که ممکن است فرد با آن موافق یا مخالف باشد که ۲۴ سوال دارد و به شیوه بله یا خیر باید به آن جواب داد. پاسخ بله امتیاز ۱ و پاسخ خیر ۰ می‌گیرد. پس از جمع عبارات با یکدیگر، حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۰ و ۲۴ است؛ بدین صورت که در نمره بین ۰ تا ۸ احتمال جدایی در زندگی ضعیف است. در نمره بین ۸ تا ۱۶ احتمال جدایی متوسط و در نمره بالاتر از ۱۶ احتمال جدایی بالا است؛ بنابراین نمرات بالا در این مقیاس نشان می‌دهد که احتمال طلاق عاطفی بیشتر است (گاتمن، ۱۹۹۵، ۱۱۹). در پژوهش مامی و عسگری (۱۳۹۳، ۲۰۰) آلفای کرونباخ برای پایایی پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش شده است. هم‌چنین در پژوهشی درستی آزمایی محتوایی و صوری توسط پنج تن از اساتید مجرب این حوزه ارزیابی و مورد تایید قرار گرفت. به این صورت که ابتدا یک فرم ۶۳ جمله‌ای از

۱ WHOQOL-BREF

۲ Guttman

مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی ... □۳۱

آزمون سنجش طلاق عاطفی ساخته شد که دارای ۵ گزینه در مقیاس طیف لیکرت بود. این آزمون در اختیار اساتید مربوطه قرار گرفت و از آنان خواسته شد تا به هر سوال بر اساس اینکه آن سوال تا چه اندازه ارزیابی کننده طلاق عاطفی است، نمرات ۱ تا ۵ بدهند. بدین صورت روایی صوری و محتوایی آزمون سنجیده شد که مورد تایید قرار گرفت (پورحسین و بیدست، ۱۳۹۳، ۳۲). در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمانی اجرا شده برای زوجین

محتوای جلسات خانواده درمانی بوئن	
اول	آشنایی با اعضاء، بیان اهداف، قواعد و تعداد جلسات درمان، اجرای پیش آزمون، ارائه دورنمایی از برنامه جلسات آتی و تبیین موضوع.
دوم	آموزش مفهوم خود متمایزسازی، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی زندگی و تمایز یافتگی، بیان ویژگی‌های افراد تمایز یافته و تمایز نیافته. تکالیف: توجه به روابط خود با دیگران در طول هفته و اینکه هر روز یک واقعه را یادداشت کرده و واکنش‌های خود را دسته بندی کنند که در دسته تمایز یافته است یا تمایز نیافته.
سوم	توضیح اجزای چهارگانه تمایز یافتگی، مدیریت هیجان، بحث در مورد تفاوت واکنش هیجانی با عقلانی و استفاده از گزینه‌های رفتاری مختلف به جای هدایت شدن توسط هیجان‌های خود، مدیریت کردن هیجان در مواقع مشاجره. تکالیف: بیان دو داستان فرضی از موقعیت‌های مشکل ساز در زندگی و بررسی واکنش‌های هیجانی خود در آن موقعیت‌ها.
چهارم	تشریح منطبق سازی در خانواده، بررسی اثرات مثلث سازی در تداوم مشکل و کاهش عملکرد خانواده و ارتباط خانوادگی، آموزش فنون نامثلث سازی برای کاهش روان بنه‌های ناسازگار. تکالیف: لیست کردن مثلث‌سازی‌ها در طول هفته در مشاجرات انجام شده با اعضای خانواده و ارائه راهکار برای نامثلث‌سازی.
پنجم	توضیح تاثیر محیط خانواده و میدا فرد در زندگی او، بررسی رابطه بین مشکلات فعلی زندگی و مشکلات سابق خانه پدری، بازگشت ذهنی و حتی حضوری به خانه پدری، برای کاهش روان بنه‌های گناه و... بررسی و اصلاح الگوهای یادگرفته شده و بازخورد. تکالیف: خاطرات خود را در دوران کودکی یادداشت کنند و در رابطه با نقش خود در آن‌ها قضاوت کنند.
ششم	توضیح برای افراد در مورد مفاهیم فرافکنی خانوادگی و گسلس عاطفی و تاثیر آن‌ها در مشکلات خانواده، آموزش به افراد در مورد ویژگی رابطه بلوغ یافته و گسترش مسئولیت پذیری در خانواده، خواستن توضیحاتی در مورد آنچه یادگرفته شده و ارائه بازخورد. تکالیف: بررسی خواسته‌ها و باورهای شخصی خود و فکر کردن به پیامد رفتارهای خود.

هفتم	مسئولیت پذیری و خود پیروی (تلاش برای تغییر دادن خود به جای دیگران، کم کردن سرزنش و انتقاد و نحوه درست بیان احساسات و باورهای شخصی برای جای گزینه کردن رهنه‌های سازگار). تکالیف: بررسی این سوال که من در حال حاضر چه کسی هستم و چه باید باشم و بررسی احساسی که در پایان پاسخ به این سوال دارند.
هشتم	مروری بر تمام جلسات و راهبردهای نهایی برای بهبود وضعیت، و اجرای پس آزمون.
محتوای جلسات خانواده درمانی مینوچین	
اول	آشنایی با اعضاء، بیان اهداف، قواعد و تعداد جلسات درمان، اجرای پیش آزمون.
دوم	شناخت و درک مشکل بررسی تاریخ شروع مشکل و نشانه‌های آن در خانواده، تمرکز بر یافتن رابطه مشکل دار.
سوم	مشاهده تسلسل‌های گفتار اشخاص و تجزیه و تحلیل حیطه مروده‌ای زوجین، کاوش در ساختار خانواده و شناخت و درک چگونگی عملکرد خانواده.
چهارم	پیوستن درمانگر به خانواده و تشخیص تعامل اعضای خانواده با یک‌دیگر، ارزیابی خانواده و مشخص کردن هدف درمان.
پنجم	بازگو کردن ابهامات در عملکرد خانواده و صحبت در مورد اختلافات بین اعضا.
ششم	سازمان‌دهی خانواده بر اساس زیر منظومه‌ها، مشاهده زیر منظومه‌ها و بررسی روابط افراد در هر زیر منظومه.
هفتم	دگرگونی الگوهای مختل خانواده و بازسازی خانواده، تغییر دادن ساختار خانواده و اتحاد درمانگر با بعضی از افراد خانواده.
هشتم	جمع بندی مطالب ارائه شده، نظر خواهی در مورد کارایی یا بن بست‌های عملی، اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار گروه‌های آزمایش $31/50 \pm 1/2$ و گروه گواه $32/05 \pm 1/03$ بود. $35/50$ کل گروه‌های آزمایش دیپلم، $30/31$ لیسانس و $14/15$ فوق لیسانس و بالاتر بودند. میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر طلاق عاطفی و کیفیت زندگی زوجین در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار طلاق عاطفی و کیفیت زندگی در دو گروه

مقیاس	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار

مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی ... ۳۳

طلاق	بوئن	۹/۱۲	۲/۶۴	۳/۳۱	۲/۴۹	۴/۳۶	۲/۲۰
عاطفی	مینوچین	۱۱/۱۸	۱/۲۸	۵/۷۵	۰/۶۴	۵/۴۲	۰/۶۰
	گواه	۹/۳۱	۲/۳۸	۸/۹۳	۱/۰۹	۸/۴۶	۲/۸۴
کیفیت زندگی	بوئن	۱۳۶/۸۱	۴/۹۰	۱۵۶/۸۷	۴/۳۵	۱۵۵/۸۰	۳
	مینوچین	۱۳۶/۷۵	۵/۷۲	۱۵۷/۳۷	۴	۱۵۲/۴۵	۲
	گواه	۱۴۱/۹۳	۵/۱۱	۱۴۴/۰۰	۲/۴۰	۱۴۲/۰۸	۳/۵۸

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، در هر دو گروه آزمایش نمرات طلاق عاطفی در مرحله پس-آزمون و پیگیری کاهش یافت. همچنین در مورد متغیر کیفیت زندگی نیز نتایج نشان داد که نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است. جهت بررسی اثربخشی خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر طلاق عاطفی و کیفیت زندگی زوجین از تحلیل کواریانس استفاده شد که پیش فرض های استفاده از آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. پیش فرض های آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره

مقیاس	شاخص	Box M	آزمون لوین	آزمون شاپیروویلک
طلاق عاطفی	مقدار محاسباتی	۱۲/۱۸	۲/۱۶	۰/۱۸
	سطح معناداری	۰/۱۱۰	۰/۳۱۹	۰/۲۵
کیفیت زندگی	مقدار محاسباتی	۱۳/۲۶	۲/۴۸	۰/۲۲۵
	سطح معناداری	۰/۱۲۸	۰/۱۴۸	۰/۱۸۲

طبق جدول ۳ نتایج جدول نشان می دهد که پیش فرض های تحلیل کواریانس برقرار است و می توان از تحلیل کواریانس برای تحلیل داده ها استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره عضویت گروهی بر متغیرهای کیفیت زندگی و طلاق عاطفی

متغیر	منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	F	مقدار p	مجذور اتا
طلاق عاطفی	پیش آزمون	۱۲۷/۵۲	۱	۱۲۲/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	عضویت گروهی	۴/۲۰	۳	۱۲/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲۰۸/۶۵	۱	۱۴۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	عضویت گروهی	۵/۸۰	۳	۱۶/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰

براساس داده های جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش (خانواده درمانی بوئن و مینوچین) و گروه گواه در متغیرهای کیفیت زندگی و طلاق عاطفی وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی هر دو رویکرد مورد تایید قرار می گیرد. جهت مشخص شدن این که از نظر متغیرهای طلاق عاطفی و کیفیت زندگی بین گروه ها چه مقدار تفاوت

وجود دارد، از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت تعیین تفاوت میانگین کیفیت زندگی و طلاق عاطفی

متغیر	گروه	بوئن		مینوچین		مقدار p
		تفاوت میانگین	مقدار p	تفاوت میانگین	مقدار p	
طلاق عاطفی	بوئن	-	-	۱/۹۱	۰/۰۵۰	۵/۶۹
	مینوچین	-۱/۹۱	۰/۰۵۰	-	-	۳/۷۷
کیفیت زندگی	گواه	-۵/۶۹	۰/۰۰۱	-۳/۷۷	۰/۰۰۱	-
	بوئن	-	-	۰/۶۰	۰/۰۸۰	۱۶/۱۳
گواه	مینوچین	-۰/۶۰	۰/۰۸۰	-	-	۱۶/۷۳
	گواه	-۱۶/۱۳	۰/۰۰۱	-۱۶/۷۳	۰/۰۰۱	-

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد هر دو مداخله به صورت معنی‌داری باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش طلاق عاطفی شدند، ولی مقایسه بین دو درمان معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر طلاق عاطفی و کیفیت زندگی زوجین مراجعه‌کنندگان به خانه سلامت انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که میزان طلاق عاطفی در زوجین گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش معناداری داشت؛ ولی در مقایسه این دو رویکرد تفاوت آماری وجود نداشت. این نتیجه با یافته‌های رشید و مرادی (۱۳۹۶، ۱۳۳)، مرادی و همکاران (۱۳۹۱، ۵۰۰)، سودانی، کریمی و شیرالی‌نیا (۱۳۹۵، ۸۳)، اکبری و دیناورند (۲۰۱۴، ۳۸)، یحیایی و همکاران (۲۰۱۵، ۱۲۰) و لیچتر (۲۰۱۶) همسو بود.

این یافته را می‌توان با توجه به ماهیت و کانون مداخلاتی درمانی بوئن با تاکید بر نظریه بوئن تبیین کرد. از دیدگاه مداخله با تاکید بر نظام خانواده بوئن عاملی که باعث مشکلات در خانواده می‌شود، تمایز یافتگی^۱ پایین زوجین در زندگی است (کوری، ۲۰۱۳، ۶۱۰-۶۰۸). بوئن (۱۹۷۸، ۴۳۶-۴۳۱) تمایز یافتگی را مترادف بلوغ عاطفی^۲ می‌داند و آن را توانایی سیستم خانواده و اعضای آن برای مدیریت واکنش‌های هیجانی، عملکرد عاقلانه در بحران‌های هیجانی و برقراری تعادل میان صمیمیت و استقلال، توانایی تمییز دادن افکار و احساسات و انتخاب بین هدایت شدن توسط عقل یا هیجان، قابلیت فرد در تعریف خود، اهداف و ارزش-هایش علیرغم فشار محیط برای پیروی کردن از دیگران، حداکثر مسئولیت‌پذیری برای اهداف و هویت خود و تمایز یافتن به عنوان یک فرد مستقل از بستر عاطفی خانواده تعریف می‌کند. در فرایند درمان سعی شد با

1 differentiation

2 emotional maturity

استفاده از سه راهکار اساسی مشکلات به وجود آمده در خانواده تعدیل شود که عبارت بود از: مثلث زدایی^۱ از طریق کشف و حل همجوشی‌ها و آگاه کردن فرد از فرایندهای هیجانی و تعاملات درون خانواده. برای این منظور، درمانگر مثلث جدیدی را که یک مثلث درمانی است ایجاد کرد. لذا، اگر درمانگر در تماس با زوج باشد و در عین حال از لحاظ عاطفی خنثی باشد، آن‌ها می‌توانند فرایند مثلث‌زدایی و تمایز را آغاز کنند و این امر تغییری عمیق و دائمی در خانواده به وجود می‌آورد (قره باغی و همکاران، ۱۳۹۴، ۱۷۱). مدیریت هیجانی یعنی کاهش واکنش‌های هیجانی و افزایش واکنش‌های عقلانی، کاهش کناره‌گیری عاطفی و افزایش حمایت و تقویت خودپیروی و مسئولیت‌پذیری فرد از طریق کاهش مقصریابی و فرافکنی^۲ ضعیف که در جلسات مداخله بر این موارد تاکید شد و نقش مهمی در کاهش نمرات طلاق عاطفی زوجین در مرحله پس-آزمون و پیگیری داشت. در رابطه با اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در کاهش طلاق عاطفی زوجین می‌توان به دو نکته اشاره کرد. در نظام خانواده درمانی ساختاری از یک طرف با ارائه تکالیف عملی در جلسات و از طرف دیگر با آموزش روش‌های موثر در حل تعارضات زناشویی زمینه افزایش رضایتمندی روابط زناشویی و کاهش طلاق عاطفی و تقویت زیر منظومه زناشویی فراهم می‌گردد. دو وظیفه مهم زیر منظومه زناشویی که در رویکرد ساختاری عنوان شده‌اند، ارضای نیازهای یک‌دیگر (زن و شوهر) و حمایت روانی-اجتماعی از هم می‌باشد (موسوی و همکاران، ۱۳۸۶، ۱۲). در صورت بی‌توجهی به انجام هر یک از این وظایف، زمینه بروز تعارضات، کاهش احساسات بین زوجین و طلاق عاطفی بیشتر می‌شود. بنابراین با دادن تکالیفی به زوجین در مورد توجه به یکدیگر و رفع نیازهای متقابل، رضایت از روابط زناشویی فراهم می‌شود. رامیش و همکاران (۲۰۰۹، ۴۸۲) نیز در پژوهشی از طریق درمان توانان خانواده درمانی راه حل مدار و خانواده درمانی ساختاری با استفاده از سوالات معجزه^۳ و مرز سازی^۴ در زوجین در آستانه طلاق با تعارض خفیف توانستند به نحو قابل موثری تعارض در این زوجین را کاهش دهند و قابلیت همکاری و ارتباط را در آن‌ها با اعضای خانواده بهبود بخشند.

هم‌چنین نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که میزان کیفیت زندگی زوجین در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشت؛ ولی در مقایسه دو رویکرد بوئن و مینوچین تفاوتی حاصل نگردید. این نتایج با یافته‌های غفاری و همکاران (۱۳۸۹، ۲۲۷)، کاظمیان و کلاتر (۱۳۹۱، ۶۳)، اسکورون^۵، استنلی و شاپیر^۶ (۲۰۰۹، ۴)، قره‌باغی (۲۰۱۱، ۵۶) همسو می‌باشد با این تفاوت که پژوهش‌هایی که ذکر گردید بیشتر از دسته تحقیقات همبستگی می‌باشد.

1 triangulation

2 projection

3 Question Miracle

4 Boundaries Using

5 Skowron

6 Stanley & Shapiro

در تبیین یافته‌های فوق باید گفت، بوئن (۱۹۷۸، ۴۳۶-۴۳۱) بر نقش سیستم هیجانی خانواده در سلامت و کیفیت روابط افراد تاکید می‌کند. به اعتقاد وی، منبع اصلی اضطراب مزمن و ابتلا به اختلال‌های روانشناختی و مشکلات خانواده که باعث کاهش کیفیت زندگی در زوجین می‌شود، سیستم هیجانی خانواده می‌باشد. زمانی که افراد در موقعیت‌های تنش‌آور قرار می‌گیرند، در اغلب مواقع به سختی می‌توانند سیستم هیجانی و عقلانی خود را از یکدیگر متمایز کنند و واکنش‌های هیجانی بیشتری نسبت به واکنش‌های عقلانی در برابر محیط از خود نشان می‌دهند. این واکنش‌پذیری هیجانی در نتیجه تمایز نیافتگی نظام هیجانی خانواده، هسته همه مشکلات و نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی و جسمانی است. در فرایند مداخله با رویکرد بوئنی تلاش شد با استفاده از راهکارهای مختلف درمانی مانند مثلث‌زدایی، افزایش آگاهی از مثلث‌هایی که در خانواده وجود دارد، در جهت بهبود رابطه اعضای خانواده و در نتیجه کاهش مقصری‌بینی و افزایش مسئولیت‌پذیری و کاهش فاصله عاطفی و همجوشی، مدیریت هیجان‌ها و استفاده از حل مسئله در مواجهه با چالش‌های بین فردی، آگاه شدن از فرایند رابطه و علیت حلقوی در شکل‌گیری و تداوم تعارض بر اساس مفاهیم سیستمی خانواده گام برداشت که این عوامل توانایی افراد را برای پذیرش دشواری که با آن روبرو خواهند شد، افزایش داد و به خودآگاهی هیجانی آن‌ها منجر گردید که نتیجه آن استفاده از رضایت از روابط زناشویی و افزایش کیفیت زندگی زوجین بود.

از طرف دیگر خانواده درمانی ساختاری با اصلاح نگرش خانواده نسبت به اعضای خانواده، خودشان، روابطشان و نقشی که هر کدام از آن‌ها در وخیم‌تر شدن اوضاع ایفا می‌کنند، باعث می‌شود خشم انباشته شده‌ی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر که سبب مقصر دانستن دیگری شده و موجب بروز اختلافات و شکستن مرزها و به وجود آمدن تعارضات، سرزنش‌ها و کینه‌توزی‌ها می‌شود، کاهش یابد. همچنین این روش با انگیزه و حس امیدواری در خانواده‌هایی که به خاطر ضعف در کارکردهای خانواده و ناتوانی در رفع مشکلات ایجاد شده، دچار احساس ناامیدی، بی‌کفایتی و خودکارآمدی پایین شده‌اند، موجب کاهش احساسات یاس و ناکارآمدی می‌شود (الکساندر و سکستون^۱، ۲۰۱۱، ۲۵۶). از طرفی، با توجه به اینکه که کیفیت زندگی خانواده تحت تاثیر روابط بین اعضای آن است، اصلاح الگوی ارتباطی خانواده می‌تواند در حل مشکلات خانواده کمک کننده باشد (شریعت، ملک‌پور و قمرانی، ۱۳۹۴، ۱۵). در نتیجه خانواده درمانی ساختاری با آموزش مهارت‌های ارتباطی مناسب و شکست الگوهای ارتباطی ناکارآمد باعث بهبود روابط خانوادگی می‌شود و به دنبال آن با بهبود روابط خانوادگی، افزایش امیدواری و کاهش حس درماندگی اعضای خانواده، کیفیت روانشناختی زندگی خانواده افزایش می‌یابد.

محدود بودن نمونه مطالعه به زوجین یک منطقه از مناطق ۲۲ گانه تهران، تعمیم نتایج را دچار اشکال می‌-

مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی ... □۳۷

کند. از این رو، پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آینده، این پژوهش در میان سایر زوجین نیز انجام گیرد. هم-چنین پیشنهاد می‌گردد از رویکرد خانواده‌درمانی بوئن و مینوچین در جهت بهبود کارکردهای تحولی خانواده و ارتباطات زوجین و کاهش طلاق عاطفی و ارتقاء کیفیت زندگی آنان در مداخلات بالینی و درمانی استفاده شود.

منابع

- اشرفی، فاطمه. (۱۳۸۸). *بررسی جامعه شناختی طلاق عاطفی، مطالعه موردی منطقه ۶ تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران.
- آقاییوسفی، علیرضا؛ فتحی آشتیانی، علی؛ علی‌اکبری، مهناز؛ ایمانی‌فر؛ حمیدرضا. (۱۳۹۴). *اثربخشی ساختارگرایی بر تعارضات زناشویی، سبک‌های اسناد و بهزیستی اجتماعی*. دو فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۳ (۲۵): ۱۱۵-۱۲۸.
- بالجانی، اسفندیار، کاظمی، مهدی،، امان پور، الهام،، تیز فهم، توران. (۱۳۹۰). *بررسی ارتباط بین مذهب، سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان*. *مجله مراقبت مبتنی بر شواهد* مشهد، ۱(۱)، ۶۱-۵۱.
- بشارت، محمدعلی؛ رستمی، رضا؛ قره‌داغی، فاطمه،، لواسانی، مسعود. (۱۳۹۴). *تمایز یافتگی و نشانه‌های اضطراب مزمن در سیستم هیجانی خانواده: طراحی و بررسی اثر بخشی مداخله ای بر اساس نظریه سیستم های خانواده بدون مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) با روان درمانی بین فردی (IPT) بر افزایش رضایت زناشویی زنان باردار*. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۵(۱)، ۲۴-۱.
- پورحسین، رضا؛ بیدست، فهیمه. (۱۳۹۳). *برآورد درستی آزمایشی آزمون طلاق عاطفی*. *رویش روانشناسی*، ۸، ۳۸-۲۷.
- رشید، خسرو؛ مرادی، آزاده. (۱۳۹۶). *تعیین نقش متغیرهای ارتباطی در پیش‌بینی طلاق عاطفی*. *پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*، ۶(۱۰)، ۱۵۱-۱۳۳.
- سودانی، منصور؛ کریمی، سهیلا؛ شیرالی‌نیا، خدیجه. (۱۳۹۵). *اثربخشی مشاوره با تاکید بر نظریه انتخاب در کاهش طلاق عاطفی زوجین*. *روانشناسی خانواده*، ۳(۲)، ۹۲-۸۳.
- شریعت، ارغوان؛ ملک‌پور، مختار؛ قمرانی، امیر. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر عملکرد خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی*. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۵(۱۷)، ۲۵-۱.
- شکیبایی، طیبه؛ اسماعیلی، معصومه؛ کرمی، ابوالفضل. (۱۳۸۶). *بررسی تاثیر آموزش خود متمایزسازی بر*

- کاهش مشکلات روانی زنان مطلقه تهران. *مجله روانشناسی تربیتی*، ۲(۷)، ۱۳۱-۱۱۵.
- علوی لواسانی، اکرم؛ احمدی طهور سلطانی، محسن. (۱۳۹۶). همبستگی بدرفتاری در کودکان با طلاق عاطفی: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۷(۲)، ۴۹-۵۸.
- غفاری، فاطمه؛ رفیعی، حسن؛ ثنایی، باقر. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش خانواده با استفاده از «تئوری سیستمی بوئن» بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۶(۲۲)، ۲۳۹-۲۲۷.
- قره‌باغی، فاطمه؛ بشارت، محمدعلی؛ رستمی، رضا؛ لواسانی، مسعود. (۱۳۹۴). طراحی و بررسی اثربخشی مداخله‌ای بر اساس نظریه نظام‌های خانواده بوئن برای ارتقای سلامت و کیفیت روابط. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۴(۵۴)، ۱۶۹-۱۷۹.
- کاظمیان، سمیه؛ کلانتر هرمزی، آتوسا. (۱۳۹۱). آموزش اثربخشی تفکیک خویشتن بر مبنای نظریه بوئن بر کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس دانش آموزان دبیرستانی خانواده‌های طلاق. *یافته‌های نو در روانشناسی*، ۲۲، ۶۳-۷۲.
- کوری، جرالدا. (۲۰۱۳). *نظریه و کاربردهای مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه سید محمدی، ی. (۱۳۹۲). تهران: انتشارات ارسباران.
- گاتمن، جان. (۱۹۹۵). *موفقیت یا شکست در ازدواج*. ترجمه جزایری، ا. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات خجسته.
- لطیفیان، مریم؛ عرشی، ملیحه؛ علی‌پور، فردین؛ قائد امینی هارونی، غلامرضا. (۱۳۹۵). بررسی رابطه خشونت خانگی و طلاق عاطفی در میان زنان متأهل شهر تهران در سال ۱۳۹۵. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۲)، ۵-۱۲.
- مامی، شهرام؛ عسگری، میترا. (۱۳۹۳). نقش تمایز یافتگی خود و سبک دلبستگی در پیش‌بینی طلاق عاطفی. همایش منطقه‌ای آسیب‌شناسی پدیده طلاق، سقز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سقز.
- مرادی، امید. (۱۳۹۶). اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر کاهش نشانگان اختلال وسواس فکری-عملی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۱ (۴۳): ۱۷-۲۶.
- مرادی، امید؛ اسماعیلی، معصومه؛ شفیق‌آبادی، عبدالله؛ کیامنش، علیرضا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی الگوی یکپارچه مشاوره پیشگیری از طلاق بر کیفیت زندگی و انصراف از طلاق زوج‌های در آستانه طلاق. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۷)، ۵۱۹-۵۰۰.
- موسوی، رقیه؛ فرزاد، ولی‌اله؛ نوایی‌نژاد، شکوه. (۱۳۸۹). تعیین اثر خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان. *دانشور رفتار روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۶(۴)، ۳۰-۲۲.

مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی ... □۳۹

- موسوی، رقیه؛ مرادی، علیرضا؛ مهدوی هرسینی، اسماعیل. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلال اضطراب جدایی. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۳(۲)، ۲۸-۷.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، رضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- یوسفی، ناصر. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرح وارده درمانی و نظام عاطفی بوون بر طرح وارده های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴)، ۳۷۳-۳۵۶.
- Akbari, M., & Dinarvand, F. A. (2014). Effectiveness of therapy based on teaching choice theory on reduction of negative emotional reactions between couples with marital conflicts international. *Journal of Basic Sciences & Applied Research*, 3, 38-41.
- Alexander, J. F., & Sexton. (2011). *Functional family therapy. In Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*. New York: John Wiley.
- Barzoki, M. H., Tavakoll, M., & Burrage, H. (2015). Rational-Emotional 'Divorce' in Iran. *Applied Research in Quality of Life*, 10(1), 107-122.
- Bowen Center for the Study of the Family. (2009). Family Center News. [On-line]. Available: www.thebowncenter.org.
- Bowen, M. (1978). Family treatment in clinical practice. *New York: Jason Aronson*.
- Christopher, J.A., James C.D. & Amato, P. (2014). Divorce, approaches to learning, and children's academic achievement: A longitudinal analysis of mediated and moderated effects. *Journal of school Psychology*, 52, 249-261.
- Dion, A. (2003). A single case study of a survivor of suicide using Bowen therapy and grief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 235-246.
- Evans, P., Turner, S., & Trotter, C. (2012). The effectiveness of family and relationship therapy: A Review of the Literature. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 32, 78-92.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2003). Family therapy techniques. *Treating substance abuse: Theory and technique*, 140-165.
- Gandy, P. (2007). *A Psychoeducational Group Treatment Model for Adolescents with Behavior Problems Based on an Integration of Bowen Theory (BT) and Rational-Emotive Therapy (RET)* (Doctoral dissertation, Alliant International University, California School of Professional Psychology, San Francisco).
- Gharehbaghy, F. (2011). An investigation into Bowen family systems theory in an Iranian sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 5(1), 56-63.

- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An overview*. Cen gage Learning.
- Lichter, E. M. (2016). Evaluating the effectiveness of the four-step assessment model in structural family therapy.
- Markman, H. J., Floyd, F. (1991). Possibilities for the prevention of marital discord. *American Journal of Family Therapy*, 9, 30-48.
- Musai, M., Tavasoli, G., & Mehrara, M. (2011). The relationship between divorce and economic-social variables in Iran. *British Journal of Arts and Social Sciences*, 1(2), 89-93.
- Ramisch, J. L., McVicker, M., & Sahin, Z. S. (2009). Helping Low-Conflict Divorced Parents Establish Appropriate Boundaries Using a Variation of the Miracle Question: An Integration of Solution-Focused Therapy and Structural Family Therapy. *Journal of Divorce & Remarriage*, 50(7), 481-495.
- Skowron, E. A., Stanley, K. L., & Shapiro, M. D. (2009). A longitudinal perspective on differentiation of self, interpersonal and psychological well-being in young adulthood. *Contemporary Family Therapy*, 31(1), 3-18.
- Sun, A., & Zhao, Y. (2016). Divorce, abortion, and the child sex ratio: The impact of divorce reform in China. *Journal of Development Economics*, 120, 53-69.
- Warr, P., Butcher, V., & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in old people. *Aging and Mental Health*, 8, 172-183.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version*.
- Yahyae GA, Nooranipoor R, Shafiabadi A, Farzad V. (2015). The effectiveness of Reality Therapy on the improvement of couples' family functioning. *Arch High Science*, 4, 120-127.