



Comparing the Effectiveness of Gottman Couple Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy (CBCT) on Marital Quality and Emotional Intimacy in Couples at Risk of Divorce

Gandom Heydari^{1✉}, Moslem Abbasi²

1. Master of Science in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran. E-mail: gandomheydari1374@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun, Iran. E-mail: abbasi@kazerunfu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 18 July 2025

Received in revised form 10 January 2026

Accepted 17 February 2026

Published Online 23 July 2026

Keywords:

marital quality,
Gottman Couple Therapy,
Cognitive-Behavioral
Couple Therapy (CBCT),
emotional intimacy,
divorce.

ABSTRACT

Background: Given the rising rates of divorce and the critical role of marital quality and emotional intimacy in sustaining relationships, it is essential to identify the most effective therapeutic approaches to improve these factors. Comparing the effectiveness of the Gottman method and cognitive-behavioral couple therapy can provide valuable guidance for selecting efficient interventions for couples at risk of divorce.

Aims: This study was conducted with the objective. It employed a quasi-experimental design, including a pre-test, post-test, and a three-month follow-up, along with a control group.

Methods: This study was conducted with a specific purpose and employed a quasi-experimental design, including a pre-test, post-test, and 3-month follow-up, with a control group. The statistical population consisted of all couples who sought psychological services at counseling centers in Shiraz in 2024. Among couples at risk of divorce, 24 couples were selected using purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria, and were randomly assigned to two experimental groups and one control group. Data were collected using the Revised Dyadic Adjustment Scale (Busby et al., 1995) and the Emotional Intimacy Scale (Walker & Thompson, 1983). The two experimental groups received eight sessions of Gottman couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy (CBCT), respectively, while the control group received no intervention during the study period. Data were analyzed using mixed analysis of variance with repeated measures in SPSS version 27.

Results: The results showed that both Gottman couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy are effective in improving the marital quality of life among couples ($P \leq 0.05$). Post hoc Bonferroni tests revealed a significant difference in the mean scores of marital quality of life between the Gottman Method and Cognitive-Behavioral Therapy groups compared to the control group ($P \leq 0.05$). However, there was no significant difference in the mean scores of marital quality of life and emotional intimacy between the Gottman and Cognitive-Behavioral Therapy groups ($P > 0.05$). The follow-up phase results demonstrated that the stability of the interventions on marital quality of life was maintained over time. Moreover, the findings indicated that neither the Gottman Method nor Cognitive-Behavioral Couples Therapy had a significant effect on the emotional intimacy of couples ($P \geq 0.05$).

Conclusion: This study showed that both Gottman couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy can improve marital quality and emotional intimacy in couples at risk of divorce. Therefore, the use of these approaches is recommended for family counselors to enhance couples' relationships and prevent divorce.

Citation: Heydari, G., & Abbasi, M. (2026). Comparing the effectiveness of Gottman Couple Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy (CBCT) on marital quality and emotional intimacy in couples at risk of divorce. *Journal of Psychological Science*, 25(161), 1-27. [10.66224/jps.25.161.14](https://doi.org/10.66224/jps.25.161.14)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 161, 2026

© The Author(s). DOI: [10.66224/jps.25.161.14](https://doi.org/10.66224/jps.25.161.14)



✉ **Corresponding Author:** Gandom Heydari, Master of Science in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.

E-mail: gandomheydari1374@gmail.com, Tel: (+98) 9123076618

Extended Abstract

Introduction

Marriage has long been recognized as one of the most important social institutions, as it plays a crucial role in ensuring mental health and social development, with many individuals' quality of life and emotional support being dependent upon it (Shekaret al., 2019). A successful marriage can lead to mutual satisfaction, psychological support, improved physical health, and enhanced family vitality. In contrast, dysfunctional and stressful marriages can have serious negative consequences for individuals, families, and society (Bodenmann et al. 2020). The reciprocal dynamics within the family, the quality of life it generates, and its impact on other social structures have prompted scholars to investigate this social unit from various perspectives (Abreu-Afonso et al., 2021). Despite the significant importance of marriage, statistics indicate that many marriages, especially in recent decades, are failing and eventually ending in divorce (Lie Ken Jie et al., 2025). Analysis of national civil registration data reveals that since 2000, the divorce rate in Iran has been increasing. The number of divorces increased from 60,000 cases in 2001 to 183,193 cases in 2020, and reached 201,468 cases in 2024. Reports from the Asian Population Studies and Research Center also confirm this upward trend, indicating that the increase in divorce is particularly more pronounced in urban areas compared to rural regions (Ardeh et al., 2025).

In a study by Karimi et al. (2019), which aimed to systematically examine the protective factors of marital stability in long-term marriages, the results revealed that the identified protective factors associated with marital stability could be categorized as both interpersonal and intrapersonal. The most notable factors extracted included spirituality and religiosity, commitment, sexual relationship, positive

relationship, children, love and attachment, intimacy, and conflict resolution approaches. These findings suggest that certain aspects of relationships, such as commitment, play a crucial role in maintaining the foundations of marriage during crises, while other aspects, including intimacy, contribute to the formation of identity and marital satisfaction.

Intimacy can be considered a collection of feelings that encompass acceptance, trust, commitment, and compassion, all of which are vital for the continuity of marriage and long-term relationships. Thus, intimacy is not merely a desire or aspiration but rather a fundamental and real human need. Its lack of fulfillment may lead to increased conflicts, reduced marital satisfaction, and the emergence of emotional and psychological problems (Chen et al., 2025). One dimension of intimacy is emotional intimacy, which refers to the experience of psychological closeness, honest communication, and the exchange of emotional support between two individuals. In such a relationship, partners can freely share their feelings, fears, hopes, needs, and vulnerabilities with each other, without fear of judgment or rejection. Emotional intimacy encompasses empathy, acceptance, trust, mutual respect, unconditional positive regard, and a sense of psychological safety, enabling couples to experience a high-quality and enduring relationship (Wu et al., 2024).

Marital relationship quality is a multidimensional construct encompassing various aspects such as consensus, satisfaction, and cohesion. This variable reflects the ways couples interact, the degree of empathy, and their strategies for managing conflict, and is regarded as a fundamental indicator in assessing the health and stability of marital relationships (Huston et al., 2021). Additionally, marital quality of life is a multidimensional concept that is evaluated through the examination of multiple dimensions. Its positive aspects include marital

satisfaction, adjustment, intimacy, positive supportive interactions, marital support, constructive communication, and enjoyment of shared life, whereas its negative dimensions comprise marital stress, marital risk, tension and pressure within the relationship, as well as negative and unsupportive interactions (Rastkar & Jalalifar, 2023).

One of the most effective approaches for reducing family conflicts, increasing marital satisfaction, enhancing awareness, and strengthening emotional intimacy between couples is Cognitive-Behavioral Couple Therapy (CBCT) (Sungur & Giami, 2021). CBCT facilitates more effective communication and constructive conflict resolution by modifying maladaptive cognitive and behavioral patterns between partners, thereby leading to improvements in marital quality of life (Kishita & Laidlaw, 2017). This therapeutic approach is used to improve the quality of couples' relationships and address marital issues. CBCT is based on the assumption that each partner's thoughts, beliefs, and interpretations play a key role in shaping their emotions and behaviors toward one another. Therefore, the primary goal of cognitive-behavioral couple therapy is to identify and modify dysfunctional cognitive patterns—such as negative beliefs, unrealistic expectations, and erroneous interpretations—and to replace them with more rational and positive thoughts (Bouchard et al., 2025). Gottman has found that couples on the verge of divorce tend to use negative emotions more frequently than positive emotions in their marital interactions. Therefore, by modifying negative verbal interactions—which are considered a dynamic behavioral factor—it is possible to enhance marital satisfaction. Couples need to learn how to regulate their emotions, regain their composure, and refocus on their relationship. They must learn how to manage and modulate “intense and diverse emotions” (Gottman & Gottman, 2018). In the Gottman

approach, a successful and satisfying marriage is formed when couples treat each other as friends and manage conflicts with gentleness, respect, and a positive outlook. This approach is based on the principle that each partner has unique perspectives and feelings about the relationship; these differences must be acknowledged and managed within a context of empathy and constructive interaction (Davoodvandi et al., 2018).

Overall, cognitive-behavioral couple therapy (CBCT), with its focus on identifying and correcting dysfunctional thoughts and behaviors, and the Gottman couple therapy approach, which emphasizes strengthening emotional bonds, communication skills, and problem-solving abilities, each possesses distinct strengths. However, recent research evidence directly comparing the effectiveness of these two approaches—especially within the Iranian context and among couples at high risk of divorce—remains insufficient. Given that each of these methods draws upon unique theoretical principles and therapeutic interventions, it is important to note that Gottman couple therapy emphasizes components such as emotional connection, interaction patterns, and conflict management, relying on the Sound Relationship House model. In contrast, CBCT primarily focuses on modifying maladaptive beliefs, changing negative behaviors, and enhancing communication skills. While both approaches have demonstrated considerable effectiveness in improving marital relationship quality, their fundamentally different therapeutic mechanisms and focus on distinct aspects of couple interactions leave it unclear which is more effective for high-risk couples, especially in terms of enhancing intimacy and improving the quality of life in marriage. Thus, a direct comparison of these two approaches enables the identification of their respective strengths and the better tailoring of interventions to the actual needs of

Iranian couples. Therefore, the present study seeks to answer the question: Is there a significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and Gottman couple therapy in improving marital quality of life and emotional intimacy among couples seeking divorce?

Method

This research is applied in terms of its purpose and uses a quasi-experimental method for data collection. The quasi-experimental design of the present study involved pre-test, post-test, and three-month follow-up assessments with a control group. The statistical population consisted of all couples at risk of divorce who attended counseling and psychological service centers in Shiraz in 2024 (1403 in the Persian calendar). The research sample comprised 48 individuals (24 couples) who sought counseling services in Shiraz and were selected through purposive sampling. After obtaining the required permissions and in coordination with three counseling and psychological service centers, the researchers made announcements to recruit participants. Among the couples who attended the centers between September and March 2024, those at risk of divorce due to marital conflicts were screened based on specific inclusion and exclusion criteria, resulting in the purposive selection of 48 individuals (24 couples). They were then randomly assigned to two experimental groups (cognitive-behavioral couple therapy and Gottman couple therapy) and a control group (each with 8 couples). To access the

sample, initial coordination was conducted with counseling and psychological centers, and information regarding the study’s purpose, procedures, and intervention methods was provided in both written and verbal forms. After securing the centers’ consent and access to eligible participants—while adhering to ethical principles (voluntary participation, informed consent form, and the right to withdraw at any stage)—24 couples from 30 applicant couples (60 individuals) were selected based on referral records and researcher announcements. Inclusion criteria included: scoring below the mean on the Marital Quality of Life Questionnaire (Busby et al., 1995) and Emotional Intimacy Scale (Walker & Thompson, 1983), confirmation of scores through a clinical interview, having at least a high school diploma, physical and psychological health (as assessed by the General Health Questionnaire, GHQ-28), age between 20 and 45 years, at least three years since marriage, and having experienced severe marital conflict leading to divorce petition in the past two months at electronic legal centers. Exclusion criteria included having psychiatric disorders such as depression or personality disorders based on clinical interview and medical records, simultaneous participation in social work or psychological interventions, substance abuse based on center diagnostic kits, any physical illness preventing participation, or absence from more than three therapy sessions.

Results

Table1. Results of the Significance Test of One-Way Repeated Measures Analysis of Variance in the Context of Repeated Measures MANOVA on Pre-test, Post-test, and Follow-up Scores

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial η^2
Between Subjects	Pillai's Trace	.996	2835.054 ^b	4.000	42.000	.000	.996
	Wilks' Lambda	.004	2835.054 ^b	4.000	42.000	.000	.996
	Hotelling's Trace	270.005	2835.054 ^b	4.000	42.000	.000	.996
	Roy's Largest Root	270.005	2835.054 ^b	4.000	42.000	.000	.996
Group	Pillai's Trace	.452	3.143	8.000	86.000	.004	.226
	Wilks' Lambda	.555	3.589 ^b	8.000	84.000	.001	.255
	Hotelling's Trace	.786	4.030	8.000	82.000	.000	.282

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial η^2
Within Subjects	Roy's Largest Root	.768	8.255 ^c	4.000	43.000	.000	.434
	Pillai's Trace	.717	12.030 ^b	8.000	38.000	.000	.717
	Wilks' Lambda	.283	12.030 ^b	8.000	38.000	.000	.717
	Hotelling's Trace	2.533	12.030 ^b	8.000	38.000	.000	.717
	Roy's Largest Root	2.533	12.030 ^b	8.000	38.000	.000	.717
	Pillai's Trace	.923	4.180	16.000	78.000	.000	.462
	Time * Wilks' Lambda	.249	4.772 ^b	16.000	76.000	.000	.501
	Hotelling's Trace	2.327	5.380	16.000	74.000	.000	.538
	Group Roy's Largest Root	1.977	9.636 ^c	8.000	39.000	.000	.664

As shown in Table 1, Wilks' Lambda results indicate significant effects for group ($F_{(8, 86)} = 3.589$, $P \leq 0.001$), time ($F_{(8, 38)} = 12.030$, $P \leq 0.001$), and the group $\times$ time interaction ($F_{(16, 76)} = 12.820$, $P \leq 0.001$). These findings suggest there are notable differences between the experimental and control groups, as well as a significant interaction effect (group $\times$ time) in at least one of the dependent variables, which include marital quality of life and

emotional intimacy. Additionally, a significant difference is observed between measurement times (post-test and follow-up). Because there are significant differences between the groups and the group $\times$ time interaction for at least one dependent variable, one-way repeated measures ANOVAs were conducted on each variable to determine the specific points of difference. The results are shown in Table 2.

Table2. Results of One-Way Repeated Measures Analysis of Variance within the Context of Repeated Measures MANOVA on Pre-test, Post-test, and Follow-up Scores

Source	Measure	SS	df	MS	F	Sig.	Partial η^2
Within-Subjects (Time)	Marital Satisfaction	174.597	1.683*	103.715	37.834	.000	.457
	Marital Cohesion	205.042	1.319	155.398	41.046	.000	.477
	Marital Adjustment	37.167	1.177	31.578	19.523	.000	.303
	Marital Quality	1124.264	1.310	858.131	71.554	.000	.614
	Emotional Intimacy	33.097	1.369	24.177	6.571	.007	.127
Within-Subjects (Time $\times$ Group)	Marital Satisfaction	70.403	3.367	20.910	7.628	.000	.253
	Marital Cohesion	58.167	2.639	22.042	5.822	.002	.206
	Marital Adjustment	39.167	2.354	16.639	10.287	.000	.314
	Marital Quality	413.361	2.620	157.756	13.154	.000	.369
	Emotional Intimacy	38.903	2.738	14.209	3.862	.016	.146
Between-Subjects (Group)	Marital Satisfaction	317.556	2	158.778	14.729	.000	.396
	Marital Cohesion	279.542	2	139.771	8.611	.001	.277
	Marital Adjustment	62.542	2	31.271	1.729	.189	.071
	Marital Quality	1793.389	2	896.694	14.553	.000	.393
	Emotional Intimacy	26.014	2	13.007	1.574	.218	.065

Note: Greenhouse-Geisser

The results presented in Table 2 indicate that the one-way repeated measures ANOVA, concerning the intervention effect (pre-test to post-test), intervention stability (post-test to follow-up), and the effect of time (pre-test to follow-up) on the dependent variable (marital quality of life), are statistically significant. According to the table, the effect of group on the scores of marital quality of life is substantial ($F_{(2, 45)} = 14.553$, $p < 0.001$). However, the effect of group on

the scores of emotional intimacy is not significant ($F_{(2, 45)} = 1.574$, $p > 0.05$). Additionally, the effects of time and the time $\times$ group interaction on the variables of marital quality of life and emotional intimacy were significant. Therefore, it can be stated that cognitive-behavioral couple therapy and the Gottman method have a positive impact on marital quality of life. However, there was no significant difference between the experimental and control groups in the component

of marital adjustment and the total score of emotional intimacy ($P \geq 0.05$).

Conclusion

The results of this study showed that both the Gottman and cognitive-behavioral therapeutic approaches had a significant effect on improving the marital quality of life in couples, and this improvement persisted through the follow-up phase. The success of these interventions can be attributed to the focus of both approaches on key skills, such as enhancing communication, managing conflict, and improving problem-solving skills, which have a direct impact on marital quality and can increase cooperation and reduce tension, even among couples at risk of divorce. However, neither therapy could significantly improve emotional intimacy. This is because emotional intimacy requires deeper rebuilding of trust, healing of emotional wounds, and recreating a sense of closeness—processes that usually cannot be achieved through short-term therapy or through mere training in behavioral and communication skills. Especially in couples with chronic emotional injuries and long-standing negative experiences, longer and deeper interventions based on emotion-focused or attachment-based approaches may be necessary. Overall, improving quality of life with therapeutic intervention may be relatively easier than restoring deep emotional intimacy in the critical context of a distressed marriage.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study is the outcome of a research project carried out with the financial support of the researchers themselves.

Authors' contribution: Conceptualization: Dr. Moslem Abbasi, Implementation and Data Collection: Gandom Heydari, Supervision and Data Analysis: Dr Moslem Abbasi, Manuscript Writing: Gandom Heydari and Dr Moslem Abbasi.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: At the end of this study, I consider it my duty to sincerely express my deepest gratitude and appreciation to all those who assisted me in carrying out this research. In particular, I am truly thankful to the esteemed couples whose commitment and sincere cooperation in the therapy sessions played a significant role in advancing this research.



مقایسه اثربخشی زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در معرض طلاق

گندم حیدری^۱، مسلم عباسی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران. رایانامه: gandomheydari1374@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران. رایانامه: abbasi@kazerunsfu.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۷

بازنگری: ۱۴۰۴/۱۰/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۸

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی زناشویی،

زوج درمانی گاتمنی،

زوج درمانی شناختی - رفتاری،

صمیمیت عاطفی،

طلاق.

زمینه: با توجه به افزایش آمار طلاق و نقش کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی در حفظ زندگی مشترک، یافتن مؤثرترین روش درمانی برای بهبود این عوامل ضروری است. مقایسه اثربخشی زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند راهگشای انتخاب مداخلات کارآمد برای زوجین در معرض طلاق باشد.

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در معرض طلاق انجام شد.

روش: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش پژوهشی شبه آزمایشی از سری طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماهه) با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوجین که در سال ۱۴۰۳ برای دریافت خدمات روانشناختی به مراکز مشاوره شهر شیراز مراجعه کرده بودند؛ تشکیل دادند. از بین زوجین در معرض طلاق با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ۲۴ زوج به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تجدیدنظرشده کیفیت زندگی زناشویی (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵) و مقیاس صمیمیت عاطفی (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳) بود. دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری قرار گرفتند و گروه گواه حین پژوهش هیچ درمانی دریافت نکردند. داده‌ها جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS.27 و با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین اثربخش هستند ($P \leq 0/05$). نتایج آزمون‌های تعقیبی بنفرونی نشان دادند که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی زناشویی زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری با گروه گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P \leq 0/05$). همچنین بین میانگین نمرات کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی بین زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). نتایج حاصل از مرحله پیگیری نشان داد که ثبات مداخلات در مرحله پیگیری بر روی نمرات کیفیت زندگی زناشویی حفظ شد. همچنین نتایج نشان داد که که زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر صمیمیت عاطفی زوجین اثربخش نبود ($P \geq 0/05$).

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که هم زوج درمانی به شیوه گاتمن و هم زوج درمانی شناختی-رفتاری می‌توانند کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در معرض طلاق را بهبود بخشند؛ بنابراین، استفاده از این روش‌ها به مشاوران خانواده برای ارتقای روابط زوجین و پیشگیری از طلاق توصیه می‌شود.

استناد: حیدری، گندم؛ و عباسی، مسلم (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در معرض طلاق. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۱، ۱-۲۷.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۱، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.161.14



© نویسنده‌گان.

✉ **نویسنده مسئول:** گندم حیدری، کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران. رایانامه:

gandomheydari1374@gmail.com تلفن: ۰۹۱۲۳۰۷۶۶۱۸

مقدمه

ازدواج از دیرباز به عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی، ضامن سلامت روان و توسعه اجتماعی شناخته می‌شود و کیفیت زندگی و حمایت عاطفی بسیاری از افراد به آن وابسته است (شکر و همکاران، ۲۰۱۹). ازدواج موفق می‌تواند منجر به رضایت متقابل، حمایت روانی، ارتقاء سلامت جسمانی و پویایی خانواده شود؛ اما در مقابل، ازدواج ناکارآمد و پرتنش می‌تواند پیامدهای منفی جدی برای فرد، خانواده و جامعه به همراه داشته باشد (بودنمن و همکاران، ۲۰۲۰؛ یانگ و همکاران، ۲۰۲۳). با وجود اهمیت بالای ازدواج، متأسفانه آمارها نشان می‌دهد که بسیاری از ازدواج‌ها، به ویژه در دهه‌های اخیر، با ناکامی و نهایتاً طلاق روبرو می‌شوند (لای و همکاران، ۲۰۲۵). تحلیل داده‌های ثبت احوال کشور نشان می‌دهد که از سال ۲۰۰۰ تاکنون، نرخ طلاق در ایران روندی افزایشی داشته است؛ به‌طوری‌که تعداد طلاق‌ها از ۶۰ هزار مورد در سال ۱۳۷۹ به ۱۸۳۱۹۳ هزار نفر در سال ۱۳۹۹ به ۲۰۱۴۶۸ هزار نفر در سال ۱۴۰۳ رسیده است. گزارش‌های مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا نیز این روند صعودی را تأیید می‌کند و بیانگر آن است که افزایش طلاق به‌ویژه در مناطق شهری بیش از مناطق روستایی مشهود است (ارده و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های جدید عوامل متعددی را در افزایش نرخ طلاق مؤثر می‌دانند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به ضعف ارتباط و تعهد، خیانت و بی‌وفایی، خشونت خانگی، ناسازگاری شخصیتی و انتظارات غیرواقع‌بینانه اشاره کرد. علاوه بر این، متغیرهایی مانند سن ازدواج، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و حتی فرهنگ خانواده نقش مهمی در پایداری یا گسست پیوند زناشویی ایفا می‌کنند (افانتس و جوراددا، ۲۰۲۴). بررسی آمارهای اخیر در حوزه تداوم و پایداری ازدواج نشان داده است طی دهه‌ها و به ویژه سال‌های اخیر شاهد روند کاهشی ازدواج و افزایش نرخ طلاق در کشور بوده‌ایم به طوری‌که آمارهای ارائه شده نشان داده‌اند نرخ ازدواج در سال ۱۳۹۷ نسبت به سال ۱۳۸۷ حدود ۳۷/۶ درصد روند منفی داشته است؛ همچنین در همین زمان آمار طلاق با ۵۸/۳۲ درصد روند مثبت داشته است (کیانی و همکاران، ۱۴۰۱) که نشان از کاهش ثبات و پایداری زندگی زناشویی در کشور به شکلی نگران‌کننده است. همچنین بر اساس آخرین آمارها نرخ طلاق در

^۱. marital intimacy

سال ۱۴۰۲ بیش از ۲۰۲ هزار و ۱۸۳ مورد طلاق رسیده است. به این ترتیب با توجه به نسبت طلاق‌ها به ازدواج‌های ثبت شده در سال ۱۴۰۲ به ۴۱ درصد رسیده است که بالاترین آمار در تاریخ ثبت احوال ایران از سال ۱۳۴۴ است (شریعتی و آل‌یاسین، ۱۴۰۲). علاوه بر این، زوجین زیادی نیز وجود دارند که به دلایل متعدد بدون تصمیم به طلاق، ترجیح می‌دهند به زندگی سخت خود ادامه دهند و اصطلاحاً دچار طلاق عاطفی شده‌اند که متأسفانه آماری رسمی برای این گروه نمی‌توان ارائه کرد اما تعداد آنها بدون شک در شرایط کنونی جامعه کم نیست (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۱؛ کیانی و همکاران، ۱۴۰۱). فرایند طلاق معمولاً تدریجی است و یکی از نخستین علائم هشدار، کاهش یا فقدان صمیمیت عاطفی است (لای و همکاران، ۲۰۱۴). زوجینی که در مسیر طلاق قرار دارند معمولاً پیش‌تر، ماه‌ها یا سال‌ها سطح صمیمیت عاطفی شان پایین آمده و به جای همدلی، رفتارهای تدافعی و حتی پرخاشگرانه تجربه کرده‌اند که این خود به تسریع جدایی کمک می‌کند (ویلیامسون، ۲۰۲۱).

صمیمیت زناشویی^۱ عبارت است از رابطه نزدیک، خودمانی و معمولاً محبت‌آمیز یا رابطه‌ای عاشقانه و شخصی با فرد دیگری که مستلزم داشتن اطلاعات بسیار جزئی یا شناخت عمیق وی است (لاک و لوک، ۲۰۱۹). صمیمیت فرایندی تعاملی و شامل ابعادی مرتبط به سه هم‌است (کریمی و همکاران، ۲۰۱۹). محور این فرایند، شناخت، درک، پذیرش، همدلی با احساسات فرد دیگر، قدردانی و پذیرش دیدگاه اوست (کاستلو و همکاران، ۲۰۲۴). نیاز به صمیمیت، نیاز به نزدیکی فیزیکی، پیوند و تماس با دیگر افراد را در بر می‌گیرد و یکی از ضرورت‌های تداوم، رضایت‌مندی و موفقیت ازدواج است (کورنو و همکاران، ۲۰۲۵؛ فرناندز و همکاران، ۲۰۲۵). صمیمیت را می‌توان مجموعه‌ای از احساسات پذیرش، اعتماد، تعهد و دلسوزی در نظر گرفت که برای استمرار ازدواج و روابط بلند مدت حیاتی می‌باشد؛ بنابراین صمیمیت یک آرزو یا تمایل نیست، بلکه نیاز اساسی و واقعی انسان است و عدم ارضای آن می‌تواند موجب افزایش تعارضات، کاهش رضایت زناشویی و بروز مشکلات عاطفی و روانی شود (چن و همکاران، ۲۰۲۵). یکی از ابعاد صمیمیت، صمیمیت عاطفی است که به معنای تجربه نزدیکی روانی، ارتباط صادقانه و تبادل حمایت عاطفی میان دو نفر است؛

به گونه‌ای که افراد در یک رابطه قادر باشند احساسات، ترس‌ها، امیدها، نیازها و آسیب‌پذیری‌های خود را آزادانه، بی‌هراس از قضاوت یا طرد شدن، با یکدیگر در میان بگذارند (آبرو- آفانسو و همکاران، ۲۰۲۱). صمیمیت عاطفی شامل همدلی، مقبولیت، اعتماد، احترام متقابل، پذیرش بدون شرط و احساس امنیت روانی است که به زوجین اجازه می‌دهد رابطه‌ای با کیفیت و پایدار تجربه کنند (وو و همکاران، ۲۰۲۴). در پژوهش دیگری مطالعات خضری و همکاران (۲۰۲۰) نشان می‌دهد روابط صمیمانه و عاشقانه زوجین یکی از عوامل‌های افزایش سازگاری و تداوم خانواده است. همچنین نتایج نشان داد که این روابط با مشکلات سلامت روان‌شناختی، تعامل منفی زوجین و بدکارکردی عملکرد خانواده رابطه منفی دارند. فرناندز و همکاران (۲۰۲۵) در یک مطالعه نشان داد که سه مضمون متمایز اما درهم تنیده را برای صمیمیت عاطفی زوجین مؤثر است: الف. پذیرش آسیب‌پذیری‌ها به منظور تقویت خودپذیری؛ ب. شکل دادن به ارتباط با شریک زندگی؛ پ. تثبیت پیوند با خانواده، دوستان و اجتماع. با پذیرش آسیب‌پذیری‌ها برای تقویت خودپذیری، شرکت‌کنندگان به شجاعت درونی و خودمختاری به عنوان مؤلفه‌های کلیدی جهت رویارویی با چالش‌های متنوع صمیمیت عاطفی در روابطشان اشاره کردند. در مضمون دوم، یعنی ایجاد ارتباط با شریک زندگی، شرکت‌کنندگان توضیح دادند که چگونه همدلی، اعتماد و دوسویگی، اساس همکاری مؤثر برای تقویت صمیمیت عاطفی را فراهم می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در خانواده‌هایی که تعامل میان اعضا بر پایه صمیمیت، نزدیکی و تفاهم بنا شده است، اعضای خانواده در برابر فشارهای روانی و چالش‌های زندگی مقاوم‌تر هستند (ون لانکولد و همکاران، ۲۰۱۸). نقش خانواده در بروز یا تداوم اختلال‌های روانی کاملاً شناخته شده است و حجم قابل توجهی از یافته‌های پژوهشی نیز از این موضوع پشتیبانی می‌کنند (هیون و همکاران، ۲۰۲۲).

رابطه زناشویی و کیفیت زندگی زناشویی^۱ آن از جمله عوامل روان‌شناختی مهمی هستند که بر جنبه‌های مختلف وضعیت سلامت فرد تأثیر می‌گذارند (یو و لئو، ۲۰۲۱). کیفیت زندگی زناشویی به معنای ارزیابی کلی از ازدواج است که براساس سنجش مجموعه‌ای از ویژگی‌های مثبت و منفی رابطه تعیین می‌شود (فینچام و بردبری، ۱۹۸۷؛

^۱. Marital quality

رستگار و جلالی‌فر، ۲۰۲۳). کیفیت رابطه زناشویی مفهومی چندبعدی است که ابعاد مختلفی همچون توافق، رضایت و انسجام را دربر می‌گیرد. این متغیر بازتابی از نحوه تعامل، میزان همدلی و شیوه مدیریت تعارضات میان زوجین است و به عنوان شاخصی اساسی در ارزیابی سلامت و پایداری روابط زناشویی شناخته می‌شود (هیو ستون و همکاران، ۲۰۲۱). افزون بر این، کیفیت زندگی زناشویی مفهومی چندبعدی است که از رهگذر بررسی ابعاد متعددی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. ابعاد مثبت آن شامل رضایت زناشویی، سازگاری، صمیمیت، تعاملات حمایتی مثبت، حمایت زناشویی، ارتباط سازنده و لذت از زندگی مشترک است؛ در حالی که ابعاد منفی آن شامل استرس زناشویی، ریسک زناشویی، تنش و فشار در رابطه و همچنین تعاملات منفی و فاقد حمایت می‌باشد (رستگار و جلالی‌فر، ۲۰۲۳؛ یو و هارا، ۲۰۲۳). رابطه‌ای با کیفیت بالا، فضایی امن برای رشد فردی و مشترک ایجاد می‌کند، در حالی که کیفیت پایین رابطه، می‌تواند زمینه‌ساز نارضایتی، تعارض‌های مکرر و در نهایت فروپاشی زندگی مشترک شود (بالزارینی و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش گانونگ و همکاران (۲۰۱۹) به این نتیجه دست یافته شد که شناخت عوامل مؤثر در بهبود روابط و مدیریت آن، یکی از راهکارهای مهم در حل تعارض‌های زوجین و دستیابی به رضایت زناشویی و ارتقاء کیفیت روابط زناشویی به شمار می‌رود.

یکی از بهترین شیوه‌های کارآمد در کاهش تعارضات خانوادگی، افزایش رضایت زناشویی، تقویت سطح آگاهی و افزایش صمیمیت عاطفی زوجین آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری^۲ است (سانگور و گیامی، ۲۰۲۱). زوج درمانی شناختی-رفتاری با اصلاح الگوهای فکری و رفتاری ناسازگارانه بین زوجین، ارتباط مؤثرتر و حل تعارض سازنده‌تر را تسهیل کرده و در نتیجه منجر به بهبود کیفیت زندگی زناشویی می‌شود (گشتا و لایت لاو، ۲۰۱۷). یکی از رویکردهای روان‌درمانی است که برای بهبود کیفیت روابط زوجین و حل مسائل زناشویی به کار می‌رود. در این رویکرد، فرض بر این است که افکار، باورها و تفسیرهای هر یک از زوجین در شکل‌گیری هیجانات و رفتارهای آن‌ها نسبت به یکدیگر نقش کلیدی دارند (بلویل و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بنابراین، هدف اصلی زوج درمانی شناختی-رفتاری شناسایی و اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد

^۲. Cognitive-Behavioral Couple Therapy

(مانند باورهای منفی، انتظارات غیرواقع‌بینانه، یا برداشت‌های اشتباه) و جایگزینی آن‌ها با افکار منطقی‌تر و مثبت‌تر است (بوچارد و همکاران، ۲۰۲۵). در این فرایند، علاوه بر تمرکز بر شناخت‌ها (افکار)، به مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، مدیریت هیجانات و رفتارهای حمایتی نیز توجه می‌شود. زوج درمانی شناختی - رفتاری روش‌های مختلفی مانند آموزش مهارت‌های گفت‌وگو، بازسازی شناختی، تمرینات رفتاری و استراتژی‌های مقابله‌ای را جهت ارتقاء صمیمیت، حل تعارض سازنده، افزایش رضایت زناشویی و کاهش تعارض و سوء تفاهم بین زوجین به کار می‌برد (ارده و همکاران، ۲۰۲۵). نتایج مطالعات سانگر و گیامی (۲۰۲۱) با هدف اثربخشی سکس تراپی و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر کیفیت روابط جنسی و صمیمیت جنسی بررسی کردند. نتایج نشان داد که سکس تراپی و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش کیفیت روابط جنسی و صمیمیت جنسی زوجین اثربخش است. در مطالعه‌ای دیگر ارده و همکاران (۲۰۲۵) با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر طرحواره در کاهش میل به طلاق و ملالت زناشویی نتایج نشان داد که پس از مداخله، هر دو گروه زوج درمانی شناختی - رفتاری و مبتنی بر طرحواره کاهش معنی‌داری در نمرات ملالت زناشویی و میل به طلاق نشان دادند. در حالی که در گروه کنترل هیچ تغییر معنی‌داری مشاهده نشد. این روند مثبت در ارزیابی‌های پس از مداخله و یک ماه بعد نیز تداوم داشت، اما نمرات گروه کنترل در تمامی مراحل بدون تغییر باقی ماند.

پیامدهای منفی ناشی از تعارضات و نارضایتی زناشویی مانند طلاق، ضرورت توسعه و به کارگیری روش‌های درمانی مؤثر را برجسته می‌سازد. زوج درمانی گاتمن^۱ با تأکید بر بهبود مهارت‌های ارتباطی، افزایش تعامل مثبت و تقویت پیوند عاطفی بین زوجین، نقش مؤثری در ارتقای صمیمیت و بهبود کیفیت زندگی زناشویی ایفا می‌کند (کاسلو و همکاران، ۲۰۱۲). زوج درمانی گاتمن توسط جان و جولی گاتمن و بر پایه بیش از چهار دهه پژوهش میدانی و تحلیل دقیق تعاملات زوجین در محیط‌های آزمایشگاهی توسعه یافته است (گاتمن و گاتمن، ۲۰۱۸). زوج درمانی گاتمن با تکیه بر مدل مفهومی «خانه سالم روابط^۲» و با تمرکز بر بهبود مؤلفه‌هایی همچون صمیمیت، تعهد، احترام، حل و فصل سازنده تعارض و

تقویت معنای مشترک، کوشیده است چارچوبی عملی و جامع برای ارتقاء کیفیت زندگی زناشویی ارائه دهد (رجایی و همکاران، ۲۰۱۹). فرض بنیادی رویکرد گاتمن این است که تعارضات زناشویی غالباً به دلیل تجربه هیجانات منفی در تعاملات بین فردی زوجین، مانند انتقاد، حالت دفاعی، تحقیر و سرزنش شکل می‌گیرد؛ بنابراین، هدف اصلی این رویکرد بازسازی رابطه و تقویت صمیمیت بین زوجین است تا بتوانند هیجانات، تعارضات و احساسات منفی خود را مدیریت کنند (ایروین و همکاران، ۲۰۲۴). گاتمن دریافته است زوج‌هایی که در آستانه طلاق قرار دارند، در تعاملات زناشویی خود بیشتر از هیجانات منفی استفاده می‌کنند تا هیجانات مثبت. از این رو، با تغییر در تعاملات کلامی منفی که به عنوان عامل رفتاری پویا شناخته می‌شود، می‌توان رضایت زناشویی را افزایش داد. زوج‌ها باید بیاموزند چگونه هیجانات خود را کنترل کنند، آرامش خود را بازیابند و تمرکز خود را مجدداً بر روابطشان معطوف کنند. آن‌ها باید یاد بگیرند چگونه «هیجانات شدید و متنوع» را تنظیم و تعدیل نمایند (گاتمن و گاتمن، ۲۰۱۸). در رویکرد گاتمن، ازدواج موفق و رضایت‌بخش زمانی شکل می‌گیرد که زوج‌ها همانند دو دوست با یکدیگر رفتار کنند و تعارضات را با نرمی، احترام و دیدگاهی مثبت مدیریت نمایند. این رویکرد بر این اصل استوار است که هر یک از زوجین دیدگاه‌ها و احساسات خاص خود را نسبت به رابطه دارند و لازم است این تفاوت‌ها در بستر همدلی و تعامل سازنده پذیرفته و مدیریت شوند (داوودوندی و همکاران، ۲۰۱۸). هدف اصلی این مدل، بازسازی ارتباط آسیب‌دیده و تقویت صمیمیت زناشویی است تا زوجین بتوانند با افزایش درک متقابل و کنترل هیجانات منفی، کیفیت زندگی مشترک خود را بهبود بخشند (ناواری و گاتمن، ۲۰۱۹). مطالعات متعددی اثربخشی این رویکرد را در افزایش رضایت زناشویی، ارتقاء تنظیم هیجانات و کاهش احتمال طلاق به‌ویژه در زوج‌های در معرض آسیب تأیید کرده‌اند (رودی و همکاران، ۲۰۲۰). داوودوندی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که رویکرد زوج درمانی گاتمن تأثیرات مثبتی بر بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت زوجین داشت. علاوه بر این، نتایج ارزیابی‌های انجام‌شده در دوره پیگیری نشان داد که زوج درمانی گاتمن آثار پایداری بر سازگاری زناشویی و صمیمیت زوجین داشته است. ایروین و همکاران (۲۰۲۴) در

². Sound Relationship House Theory

¹. Gottman Couple Therapy

مطالعه‌ای مطالعه مقدماتی اثربخشی زوج درمانی به روش گاتمن در مقایسه با درمان‌های متداول در زوجین مواجه با خیانت نتایج نشان داد که زوج درمانی به روش گاتمن به طور کلی در تسهیل فرایند بهبود پس از خیانت نسبت به درمان‌های متداول؛ به ویژه در حوزه‌های اعتماد، مدیریت تعارض، رضایت زناشویی و کیفیت رابطه جنسی اثربخشی بیشتری داشت. حسینی و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی به شیوه گاتمن بر صمیمیت زناشویی زوج‌های دارای تعارض زناشویی نتایج پژوهش بیانگر وجود تفاوت معنادار در متغیر نزدیکی عاطفی، رضایت زناشویی و صمیمیت زناشویی زوجین هر دو گروه مداخله نسبت به گروه گواه بود، اما در متغیر از خودگذشتگی، تفاوت معنی داری بین میانگین گروه اکت با گروه گواه مشاهده نشد.

در مجموع در سال‌های اخیر، افزایش نرخ طلاق به ویژه در جوامع در حال گذار مانند ایران، به یکی از نگرانی‌های جدی حوزه سلامت روان و خانواده تبدیل شده است. کاهش کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی، از اصلی‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده تمایل به طلاق و فروپاشی خانواده محسوب می‌شوند که می‌تواند آثار آسیب‌زایی بر سلامت روان فردی، فرزندان و ساختار اجتماعی خانواده بر جای گذارند (ارده و همکاران، ۲۰۲۵). با توجه به ماهیت پیچیده و چندبعدی مشکلات زناشویی، توسعه و ارزیابی مداخلات مؤثر درمانی امری ضروری به نظر می‌رسد. در این میان، زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی به شیوه گاتمن به عنوان دو رویکرد معتبر و مبتنی بر شواهد، جایگاه ویژه‌ای در مداخله و ارتقای کیفیت روابط زوجین یافته‌اند (سانگر و گیامی، ۲۰۲۱؛ آروین و همکاران، ۲۰۲۴). زوج درمانی شناختی-رفتاری با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای ناکارآمد و زوج درمانی گاتمن با تأکید بر بهبود پیوند عاطفی، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله، هریک نقاط قوت خاص خود را دارند. با این حال، شواهد پژوهشی جدید درخصوص مقایسه مستقیم اثربخشی این دو رویکرد به خصوص در جامعه ایرانی و در زوجین با خطر بالای طلاق، هنوز کافی نیست. لذا با توجه به اینکه هر یک از رویکردهای زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی گاتمنی، مبتنی بر اصول نظری و مداخلات درمانی متمایز هستند؛

زوج درمانی گاتمن بر مؤلفه‌هایی مانند پیوند عاطفی، الگوهای تعامل و مدیریت تعارضات با تکیه بر مدل خانه سالم روابط تأکید دارد، در حالی که زوج درمانی شناختی-رفتاری بیشتر بر اصلاح باورهای ناکارآمد، تغییر رفتارهای منفی و ارتقاء مهارت‌های ارتباطی تمرکز می‌کند. اگرچه هر دو رویکرد از اثربخشی قابل توجهی در بهبود کیفیت روابط زناشویی برخوردارند، اما به دلیل تفاوت‌های بنیادی در مکانیسم‌های درمانی و تمرکز هر کدام بر ابعاد خاصی از روابط زوجین، مشخص نیست که کدام یک برای زوجین با ریسک بالای طلاق، به ویژه در تقویت صمیمیت و کیفیت زندگی زناشویی اثربخش‌تر است؛ بنابراین مقایسه مستقیم این دو رویکرد، امکان شناسایی نقاط قوت نسبی هریک و متناسب‌سازی مداخلات درمانی بر اساس نیازهای واقعی زوجین ایرانی را فراهم می‌آورد؛ بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی به شیوه گاتمن از نظر اثربخشی بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین متقاضی طلاق تفاوت معنی داری وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش از نظر روش کاربردی و از لحاظ گردآوری اطلاعات شبه آزمایشی است. طرح شبه آزمایشی پژوهش حاضر پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماهه) با گروه گواه^۱ به مرحله اجرا گذاشته شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوجین در معرض طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر شیراز در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۴۸ نفر (۲۴ نفر از زوجین) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ای شهر شیراز بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم، هماهنگی با سه مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی و اعلام فراخوان پژوهشگران در مراکز از بین زوجین مراجعه‌کننده در فاصله ماه‌های شهریور تا اسفند ۱۴۰۳ از بین زوجینی که به دلیل تعارضات زناشویی در معرض طلاق بودند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدفمند ۴۸ نفر (۲۴ زوج) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (زوج درمانی شناختی رفتاری و

^۱. The pretest-posttest and follow-up with a control group design

زوج درمانی گاتمنی) و گروه گواه گمارده شدند (هر گروه ۸ زوج). برای دسترسی به نمونه در ابتدا با مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی هماهنگی لازم انجام شد، هدف، روش و نحوه مداخله بر طبق یک دستورالعمل به صورت کتبی و شفاهی در اختیار آن‌ها قرار داده شد و در ادامه ضمن موافقت این مراکز و دسترسی به نمونه با رعایت موازین اخلاقی (از جمله آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش، امضاء فرم رضایت آگاهانه، آزادی شرکت کنندگان برای رها کردن پژوهش در هر مرحله از آن) بر اساس پرونده‌های ارجاع شده و فراخوان پژوهشگر از بین ۳۰ زوج (۶۰ نفر) مراجعه کننده به این مراکز (۲۴ زوج) بر اساس ملاک‌های ورود شامل نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵) و صمیمیت عاطفی (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳) و تأیید نمره زوجین بر اساس انجام مصاحبه بالینی، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه، برخورداری از سلامت جسمانی - روانی (بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، شرایط سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل سه سال از ازدواج آن‌ها گذشته باشد، در طول ۲ ماه اخیر تجربه تعارضات شدید منجر به دادخواست طلاق به مراکز الکترونیک قضایی را داشته باشند؛ و ملاک‌های خروج داشتن بیماری‌های روانی مثل افسردگی و اختلالات شخصیت بر اساس مصاحبه بالینی و پررود پزشکی، شرکت هم‌زمان در یک مداخله مددکاری اجتماعی یا خدمات روان‌شناختی، مصرف مواد با توجه به تشخیص کیت‌های مراکز بهداشت و درمان، سابقه بیماری جسمانی که مانع مشارکت در پژوهش شود و غیبت بیش از سه جلسه در برنامه درمانی به صورت هدفمند انتخاب شدند.

لازم به توضیح است که در این پژوهش قبل از انتخاب گروه‌های آزمایشی و گواه، میزان کیفیت زندگی زناشویی (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵) و صمیمیت عاطفی (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳) مورد ارزیابی قرار گرفت و پس از اطمینان از میزان نمرات مورد انتظار (۱/۵ انحراف استاندارد نمره پایین‌تر از میانگین)، آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایشی (زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی گاتمنی) گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. در این پژوهش، گروه‌های آزمایشی به مدت ۸ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی، تحت آموزش زوج درمانی شناختی - رفتاری داتلیو (۲۰۱۰؛ اپستاین و زانگ، ۲۰۱۷) و زوج درمانی گاتمنی (گاتمن و گاتمن،

۲۰۱۸) قرار گرفتند و به گروه گواه هیچ آموزشی ارائه نشد. در این پژوهش با توجه به الگوی زوج درمانی شناختی - رفتاری داتلیو (۲۰۱۰) و زوج درمانی گاتمنی که شامل ۸ تا ۲۰ جلسه (گاتمن و گاتمن، ۲۰۱۸) می‌تواند متغیر باشد و باید از گروه‌های ۱۲ تا ۱۶ نفری (۶ تا زوجی) استفاده شود. مطابق با این استاندارد و به خاطر توانایی کنترل و مدیریت افراد نمونه در فرآیند درمان پژوهشگران برای هر گروه ۸ زوج را در نظر گرفتند. برای این‌که گروه گواه در جریان چگونگی مداخلات انجام شده بر روی گروه‌های آزمایشی نباشد در مطالعه حاضر از آلودگی تضعیف روحیه آزمودنی‌ها از طریق برنامه‌ریزی و کنترل دقیق جلوگیری به عمل می‌آید (به این صورت که پس از اتمام مداخلات برای گروه گواه نیز یک مداخله ۶ جلسه‌ای صورت گرفت)، همچنین بین گروه‌های آزمایشی و گواه ارتباطی وجود نداشت تا از انتشار عمل آزمایشی جلوگیری شد. برای اینکه پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد عمل آزمایشی به طور روشن و شفاف توضیح داده شد، تداخل عمل‌های آزمایشی با ایجاد ملاک ورود و خروج کنترل شد. لازم به ذکر است با توجه به نرم‌افزار G*Power نوع تحلیل آماری پارامتریک (تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر)، اندازه اثر ۰/۶۰، آلفا (α) ۰/۰۵، توان آماری ۰/۹۵، تعداد متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی) و تعداد گروه‌ها ۳ حجم نمونه ۴۷ نفر برآورد شد. لذا مطابق با این فرمول در این پژوهش ۴۸ نفر (۲۴ نفر) به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ب) ابزار

مقیاس کیفیت زندگی زناشویی (RDAS):^۱ برای ارزیابی کیفیت زندگی زناشویی، از مقیاس تجدیدنظرشده کیفیت زندگی زناشویی باسبی و همکاران (۱۹۹۵) استفاده شد. این مقیاس توسط باسبی و همکاران در سال ۱۹۹۵ به منظور سنجش میزان سازگاری و کیفیت روابط زناشویی، چه در زوجین برخوردار از رابطه مطلوب و چه در زوجین دارای مشکلات زناشویی، طراحی و هنجاریابی شده است. پرسشنامه RDAS شامل ۱۴ سؤال است که سه بعد اساسی روابط زوجین را شامل توافق (سؤالات ۱ تا ۶)، رضایت (سؤالات ۷ تا ۱۱) و انسجام (سؤالات ۱۲ تا ۱۴) ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای

^۱. Revised Dyadic Adjustment Scale

(همیشه اختلاف داریم = ۰ و توافق دائم داریم = ۵) نمره گذاری می شوند و مجموع نمرات پرسشنامه بین ۰ تا ۶۹ متغیر است. امتیاز بالاتر نشان دهنده کیفیت و سازگاری بالاتر در رابطه زناشویی است. بر اساس پژوهش اصلی، نمره ۳۵ و بالاتر نشانگر برخورداری از کیفیت زندگی زناشویی مطلوب و نمره ۲۴ و کمتر بیانگر کیفیت زندگی زناشویی پایین است (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵). مقیاس کیفیت زندگی زناشویی از نظر ویژگی های روان سنجی در پژوهش های متعدد از جمله مطالعه سازندگان، دارای روایی محتوا، سازه و همگرایی مطلوب و پایایی بالایی بوده است، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی بالای ۰/۸۰ گزارش شده است (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵). این ابزار برای زوجین ایرانی نیز توسط پژوهشگران مختلف ترجمه و اعتبارسنجی شده و کاربرد بالایی در مطالعات حوزه خانواده و ازدواج دارد. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های توافق، رضایت و انسجام به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است. همبستگی خرده مقیاس ها با یکدیگر بین ۰/۴۹ تا ۰/۷۱ و از نظر آماری معنادار است که روایی سازه ابزار را تأیید می کند (یوسفی، ۱۳۹۰). در مطالعه یوسفی (۱۳۹۰) با استفاده از تحلیل تمایزات، نقطه برش برای این ابزار ۲/۸۴ محاسبه شد به این معنا که اگر فردی نمره کیفیت زندگی زناشویی او بالاتر از ۲/۸۴ بشود، دارای کیفیت زندگی زناشویی خوب است و اگر زیر این نمره دریافت کند، دارای کیفیت زندگی زناشویی ضعیف می باشد. همچنین حساسیت پرسشنامه ۷۴/۱۲ درصد و ویژگی آن ۷۸/۴۷ درصد برآورد شد. ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ در مطالعه یوسفی (۱۳۹۰) برای خرده مقیاس توافق ۰/۸۲ در نمونه زنان ۰/۸۲ و مردان ۰/۸۱، برای خرده مقیاس رضایت ۰/۸۶ در نمونه زنان ۰/۸۶ و مردان ۰/۸۳ و برای انسجام ۰/۹۲ در نمونه زنان ۰/۸۳ و مردان ۰/۸۹ به دست آمد. در این مطالعه همسانی درونی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس توافق ۰/۸۴، رضایت ۰/۸۶، انسجام ۰/۸۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس صمیمیت زناشویی (MIS):^۱ مقیاس صمیمیت زناشویی توسط واکر و تامپسون (۱۹۸۳) برای سنجش میزان مهر، محبت، از خود گذشتگی و رضایت در روابط خانوادگی و زناشویی طراحی شده و شامل ۱۷ گویه

^۱. Marital Intimacy Scale

است. این مقیاس بخشی از یک ابزار بزرگ تر است که به طور مستقل نیز اعتبارسنجی شده و در ایران توسط ثنائی (۱۳۷۹) ترجمه و به کار گرفته شده است. پاسخ ها بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) نمره گذاری می شود و نمره کلی با جمع نمرات و تقسیم بر تعداد سؤالات محاسبه می گردد. دامنه نمره از ۱۷ تا ۱۱۹ متغیر است که نمره بین ۱۷ تا ۳۴ نشان دهنده صمیمیت پایین، نمره ۳۴ تا ۸۵ صمیمیت متوسط و نمره بالاتر از ۸۵ بیانگر صمیمیت بالا است. تامپسون و واکر (۱۹۸۳) روایی محتوایی این مقیاس را بر اساس نظر خبرگان روان شناسی تأیید کرده اند. همچنین، روایی همگرایی آن با ابزارهای مشابه مانند مقیاس سازگاری زناشویی مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی مقیاس نیز در پژوهش های مختلف گزارش شده است؛ ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه گویه ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی دو تا چهار هفته بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است که نشان دهنده ثبات درونی و زمانی مناسب این ابزار است. دعاغله و همکاران (۱۳۹۱). ضریب قابلیت اعتماد این آزمون را با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۶ و ضریب همبستگی درونی این مقیاس را ۰/۸۸ گزارش کرده اند. همچنین بین این مقیاس و مدت ازدواج همبستگی معنادار ($r=0/648$) گزارش شده است (به نقل از حسینی و همکاران، ۱۴۰۱). در مطالعه حاضر همسانی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

برنامه آموزشی زوج درمانی شناختی-رفتاری. برنامه آموزشی زوج درمانی شناختی-رفتاری (CBCT) در هشت جلسه برگزار شد. هر جلسه به طور متوسط ۹۰ دقیقه به طول انجامید و کل برنامه شامل ۱۲ ساعت آموزش حضوری برای هر زوج بود. جلسات به صورت هفتگی (معمولاً در یک روز و ساعت مشخص) برگزار می شوند و هر جلسه با هدف ها، محتوای آموزشی، تمرین های عملی و تکالیف خانگی مشخصی طراحی شده است (اپستاین و زانگ، ۲۰۱۷). در ابتدای برنامه، ارزیابی اولیه و آشنایی با رویکرد شناختی-رفتاری و اهمیت شناخت الگوهای فکری و رفتاری ناسازگار در روابط زناشویی صورت می گیرد. طی جلسات مختلف، موضوعات متعدد نظیر آموزش مهارت های ارتباطی مؤثر، شناسایی خطاهای شناختی، بازسازی افکار منفی، حل مسئله مشترک، مدیریت تعارض، تنظیم هیجان و ارتقاء صمیمیت زوجین مورد بررسی قرار می گیرد.

در هر جلسه، ابتدا خلاصه‌ای از مباحث قبلی و تکالیف خانگی مطرح می‌شود، سپس محتوای آموزشی جلسه ارائه شده و مباحث از طریق مثال، ایفای نقش یا تمرین عملی برای زوجین قابل فهم تر می‌گردد. در انتها، تکالیف خانگی با هدف تثبیت یادگیری و تمرین عملی مهارت‌ها به زوجین محول می‌شود تا در طول هفته به کار بسته شود و در جلسه بعدی بازخورد لازم دریافت شود.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و بررسی مجدد نحوه ورود داده‌ها، تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS.27 و با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی (زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری) و درون گروهی (اثر مداخله: پیش‌آزمون - پس‌آزمون، ثبات مداخله: پس‌آزمون - پیگیری و اثر زمان: پیش‌آزمون - پیگیری) از آزمون‌های تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات زوج درمانی شناختی رفتاری (اپستاین و زاتک، ۲۰۱۷)

جلسات	هدف	محتوای جلسه	تمرینات درون جلسه‌ای	تکالیف خانگی
جلسه اول	ایجاد اعتماد و معرفی ساختار درمان	آشنایی با فرآیند درمان، معرفی CBCT، تعیین قوانین و اهداف همکاری	مصاحبه انگیزشی زوجین، گفتگوی هدایت‌شده درباره انتظارات	نگارش انتظارات و انتقادات نسبت به رابطه
جلسه دوم	آموزش ارتباط مؤثر	آموزش اصول ارتباطی سالم، بررسی اشتباهات ارتباطی	نقش‌بازی بازخورد و گوش کردن مؤثر	تمرین «گوش دادن فعال» با همسر و ثبت نمونه‌ها
جلسه سوم	شناسایی افکار ناکارآمد درباره همسر و رابطه	معرفی مفاهیم شناخت‌های ناکارآمد و خطاهای شناختی	شناسایی افکار خودکار منفی و بازسازی افکار	ثبت افکار منفی و شواهد موافق/مخالف آن‌ها
جلسه چهارم	آموزش حل مسئله و مهارت سازش	مراحل حل مسئله، طرح راهکارها	تمرین حل یک مشکل روزمره به صورت عملی	انجام حل مسئله درباره موضوع جدید و ثبت مراحل
جلسه پنجم	مدیریت تعارض	تشخیص علل تعارض و تفاوت‌های فردی، راهکارهای کاهش تنش	ایفای نقش گفتگو در زمان اختلاف	تمرین روش «وقفه در تعارض» و ثبت موارد کاربرد
جلسه ششم	تقویت عاطفه مثبت و افزایش حمایتگری	آموزش تقویت رفتارهای ابراز محبت، افزایش تقویت‌کننده‌های مثبت	تمرین ابراز احساسات مثبت و قدردانی دوطرفه	ثبت سه رفتار مثبت جدید و تأثیر آن‌ها
جلسه هفتم	اصلاح سبک‌های مقابله با استرس زوجین	آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، برنامه‌ریزی برای حمایت متقابل	تمرین بررسی یک موقعیت استرس‌زا و راهبردهای سازگارانه	ثبت راهبردهای مقابله‌ای موفق در طول هفته
جلسه هشتم	جمع‌بندی و برنامه‌ریزی برای آینده	مرور محتوای جلسات، بازنگری اهداف، پیش‌گیری از عود مشکلات	تعیین استراتژی‌های حفظ تغییر، تهیه برنامه اقدام آینده	تهیه برنامه عملی حفظ تغییرات و تعهد به تکرار تمرینات

ساختار جلسات آموزش زوج درمانی گاتمن. بسته آموزشی حاضر بر اساس مدل گاتمن و گاتمن (۲۰۱۸) در قالب هشت جلسه ساختاریافته و منظم طراحی شده است تا زوج‌ها به صورت تدریجی و عملیاتی با اساسی‌ترین مهارت‌ها و راهبردهای ارتقاء رابطه آشنا شوند. هر جلسه تقریباً ۹۰ دقیقه به طول می‌انجامد و ترکیبی از آموزش نظری، تمرین‌های عملی در جلسه و تکالیف خانگی را شامل می‌شود. این روند به زوجین کمک می‌کند تا نه تنها به فهم عمیق‌تری از یکدیگر دست یابند، بلکه مهارت‌هایی همچون مهارت گفتگو، مدیریت مؤثر تعارض و تقویت پیوند عاطفی را در بستر زندگی واقعی تمرین و تثبیت کنند. در ساختار این آموزش، تلاش شده

است متناسب با نیازهای بومی و فرهنگی زوجین ایرانی، مهم‌ترین ارکان نظری و عملی مدل گاتمن انتخاب و اجرا گردد تا اثربخشی درمان حداکثری را به همراه داشته باشد. آغاز جلسات با ارزیابی اولیه و آشنایی با «نقشه عشق» و مؤلفه‌های کلیدی رابطه و ادامه مسیر با آموزش و تمرین تکنیک‌هایی مانند افزایش تحسین، حل تعارض، گفتگو درباره اختلافات پایدار و نهایتاً برنامه‌ریزی برای نگهداری مهارت‌های ارتباطی و عاطفی، از جمله نقاط قوت این بسته آموزشی محسوب می‌شوند. در ادامه، خلاصه‌ای از محورهای هر جلسه، اهداف، محتوای آموزشی، تمرینات و تکالیف خانگی مربوط به هریک از جلسات در جدول ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات زوج درمانی به شیوه گاتمن (گاتمن و گاتمن، ۲۰۱۸)

جلسات	هدف	محتوا	تمرین درون جلسه	تکلیف خانگی
جلسه اول	آشنایی و ارزیابی اولیه زوجین	معرفی رویکرد گاتمن، گرداب چهارگانه، اهمیت دوستی و آشنایی	گفت و گوی کوتاه درباره انتظارات؛ تست نقشه عشق	پرسشنامه نقشه عشق گاتمن، یادداشت نکات مثبت همسر
جلسه دوم	تقویت نقشه عشق	آموزش نقشه عشق و شناخت دنیای یکدیگر	پرسش و پاسخ درباره علایق، دغدغه‌ها و تاریخچه همسر	نوشتن ۵ چیز جدید که درباره همسر یاد گرفتند
جلسه سوم	افزایش تحسین و احترام	معرفی و تمرین ستون دوم گاتمن؛ قدردانی و تحسین	بیان سه ویژگی مثبت همسر و گفت و گوی مثبت	هر روز یادداشت و بیان یک مورد تحسین نسبت به همسر
جلسه چهارم	نزدیک شدن عاطفی	آموزش ستون سوم (روی آوردن به جای دوری گزینی)، پاسخ به تقاضاها	ایفای نقش درباره واکنش مناسب به درخواست همسر	تمرین «درخواست‌های کوچک» و ثبت واکنش خود
جلسه پنجم	مدیریت تعارضات	آموزش مدیریت تعارض، تفاوت مسائل قابل حل و حل نشدنی	تمرین حل مسئله طبق مدل گاتمن (شروع آرام، گوش دادن مثبت)	شناسایی یک تعارض کوچک و مدیریت آن با تکنیک‌های جلسه
جلسه ششم	گفتگو درباره اختلافات دائمی	آموزش گفتگوی سازنده، رویکرد پذیرش تفاوت‌ها	تمرین «گفتگوی حل مسئله در مورد یک نگرانی دائمی»	نگارش احساسات و نیازهای خود پیش از بحث درباره موضوع حساس
جلسه هفتم	ارتقاء حمایت متقابل	تقویت حمایت عاطفی، همدلی و ایجاد پیوند معنوی	تمرین گوش دادن فعال و بازگو کردن احساس همسر	تخصیص زمان روزانه برای صحبت کوتاه عاطفی با همسر
جلسه هشتم	جمع‌بندی و برنامه‌ریزی آینده	مرور پیشرفت‌ها و برنامه‌ریزی حفظ مهارت‌ها	گفت و گوی آزاد درباره مسیر طی شده، تعیین اهداف آینده	تعیین سه تعهد عملی برای حفظ مهارت‌ها و رابطه سالم

یافته‌ها

گستره سنی گروه زوج درمانی به شیوه گاتمن در دامنه ۲۰ تا ۴۴ سال با میانگین (و انحراف استاندارد) ۳۷/۵۷ (۳/۴۳) سال بود. گستره سنی گروه زوج درمانی شناختی - رفتاری در دامنه ۲۰ تا ۴۸ سال با میانگین (و انحراف استاندارد) ۳۸/۱۴ و ۵/۱۵ بود. گستره سنی گروه گواه در دامنه ۳۱ تا ۴۶ سال با میانگین (و انحراف استاندارد) ۳۷/۸۷ (۳/۳۸) سال بود. در گروه زوج درمانی به شیوه گاتمن، ۱۱ نفر (۶۸/۷ درصد) دارای مدرک لیسانس،

۳ نفر (۱۸/۷ درصد) دارای مدرک فوق‌لیسانس و ۲ نفر (۱۲/۶ درصد) دارای مدرک دکتری بودند؛ در گروه زوج درمانی شناختی - رفتاری، ۸ نفر (۵۰ درصد) دارای مدرک لیسانس، ۶ نفر (۳۷/۵ درصد) دارای مدرک فوق‌لیسانس و ۲ نفر (۱۲/۶ درصد) دارای مدرک دکتری بودند. در نهایت در گروه گواه نیز ۱۴ نفر (۸۷/۵ درصد) دارای مدرک لیسانس ۲ نفر (۱۲/۵ درصد) دارای مدرک فوق‌لیسانس داشتند. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی به همراه مولفه‌های آن به تفکیک زمان و گروه ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرها بر حسب گروه

موقعیت گروه	متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
زوج درمانی به شیوه گاتمن	توافق	۶/۸۱ (۳/۹۵)	۱۱/۳۱ (۲/۲۱)	۱۰/۵۰ (۱/۶۷)
	رضایت	۱۰/۰۰ (۳/۹۶)	۱۳/۵۶ (۲/۱۲)	۱۳/۰۰ (۲/۰۶)
	انسجام	۴/۶۳ (۲/۳۶)	۶/۱۳ (۲/۴۷)	۸۸/۶ (۲/۳۰)
	کیفیت زندگی زناشویی	۲۱/۴۴ (۷/۲۲)	۳۱/۰۰ (۴/۱۱)	۳۰/۳۸ (۳/۴۰)
	صمیمیت	۲۴/۶۹ (۳/۷۹)	۲۶/۲۵ (۰/۷۷)	۲۶/۰۶ (۰/۹۲)
زوج درمانی شناختی - رفتاری	توافق	۶/۸۱ (۲/۳۷)	۹/۱۳ (۲/۵)	۸/۹۴ (۲/۴۳)
	رضایت	۹/۰۰ (۲/۴۴)	۱۲/۶۳ (۲/۶۸)	۱۲/۵۶ (۲/۶۸)
	انسجام	۴/۴۴ (۲/۵۰)	۶/۰۶ (۲/۴۶)	۶/۲۵ (۲/۶۹)
	کیفیت زندگی زناشویی	۲۰/۲۵ (۵/۰۱)	۲۷/۸۱ (۶/۳۹)	۲۷/۷۵ (۶/۳۵)
	صمیمیت	۲۳/۶۹ (۱/۷۴)	۲۶/۰۶ (۲/۰۱)	۲۵/۱۹ (۱/۷۲)

موقعیت گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد	پیگیری
گروه گواه	توافق	(۱/۱۵) ۵/۵۰	(۱/۳۶) ۵/۸۸	(۱/۳۶) ۶/۵۰	
	رضایت	(۲/۵۵) ۸/۴۴	(۲/۶۸) ۸/۸۸	(۲/۲۵) ۹/۴۴	
	انسجام	(۳/۰۰) ۴/۶۳	(۲/۸۰) ۴/۳۸	(۲/۵۴) ۴/۰۶	
	کیفیت زندگی زناشویی	(۴/۳۰) ۱۸/۵۶	(۳/۸۴) ۱۹/۱۳	(۳/۴۰) ۲۰/۰۰	
	صمیمیت	(۲/۱۷) ۲۴/۹۴	(۲/۱۵) ۲۴/۳۸	(۲/۱۵) ۲۴/۶۳	

همان‌طور که از جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات کیفیت زندگی زناشویی زوج درمانی به شیوه گاتمنی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۲۱/۴۴، ۳۱/۰۰ و ۳۰/۳۸ و انحراف استاندارد آن‌ها به ترتیب ۷/۲۲، ۴/۱۱ و ۳/۴۰ بود. میانگین نمرات کیفیت زندگی زناشویی زوج درمانی شناختی- رفتاری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۲۰/۲۵، ۲۷/۸۱ و ۲۷/۷۵ با انحراف استاندارد ۵/۰۱، ۶/۳۶ و ۶/۳۵ و میانگین نمرات کیفیت زندگی زناشویی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه گواه به ترتیب ۲۴/۹۴، ۲۴/۳۸ و ۲۴/۶۳ با انحراف استاندارد ۴/۳۰، ۳/۸۴ و ۳/۴۰ است. میانگین نمرات سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صمیمیت در زوج درمانی به شیوه گاتمن به ترتیب ۲۴/۶۹، ۲۶/۲۵ و ۲۶/۰۶ و انحراف استاندارد آن‌ها به ترتیب ۳/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۹۲ بود. میانگین نمرات سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صمیمیت در زوج درمانی شناختی- رفتاری به ترتیب ۲۳/۶۹، ۲۶/۰۶ و ۲۵/۱۹ با انحراف استاندارد ۱/۷۴، ۲/۰۱ و ۱/۷۲ و میانگین نمرات سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه گواه به ترتیب ۲۴/۹۴، ۲۴/۳۸ و ۲۴/۶۳ با انحراف استاندارد ۲/۱۷، ۲/۱۵ و ۲/۱۵ است.

قبل از استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک سطوح معناداری نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک^۱ نشان می‌دهد که توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها نرمال است. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی بر حسب موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($P \geq 0.05$)، نتایج نمودار پراکندگی^۲ (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها^۳) و پس‌آزمون آن‌ها که با یکدیگر همبستگی بالایی ۰/۷۰ نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، تقریباً مفروضه هم خطی چند گانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار جعبه‌ای نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد؛ که نشان دهنده این امر بود که مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شده است، برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمون‌های لوین^۴ و تصحیحات باکس استفاده شد نتایج آزمون باکس برای متغیر کیفیت زندگی زناشویی ($P \geq 0.05$ ، $F=1/894$ و $BOX=25/184$) و صمیمیت عاطفی ($P \leq 0.001$ ، $F=4/786$ و $BOX=9813/446284$) که میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس برای متغیر کیفیت زندگی زناشویی، پذیرفته شد؛ اما فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس برای متغیر صمیمیت عاطفی، پذیرفته شد.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری برای متغیرهای کیفیت زندگی زناشویی در مرحله پیش‌آزمون ($P \geq 0.270$ ، $DF=2$ و 45 ، $2/989$ =لوین) و پس‌آزمون ($P \geq 0.060$ ، $DF=2$ و 45 ، $2/989$ =لوین) و پیگیری ($P \geq 0.080$ ، $DF=2$ و 45 ، $4/463$ =لوین) و صمیمیت عاطفی در مرحله پیش‌آزمون ($P \geq 0.576$ ، $DF=2$ و 45 ، $0/563$ =لوین)، پس‌آزمون ($P \geq 0.056$ ، $DF=2$ و 45 ، $4/240$ =لوین) و پیگیری ($P \geq 0.104$ ، $DF=2$ و 45 ، $3/335$ =لوین) معنی‌دار نبوده است؛ بنابراین مفروضه همگونی

3. covariate

4. Levene's test of equality of variances

1. Shapiro-Wilk Test

2. scatter plot

استفاده از این آزمون مجاز بود؛ بنابراین برای آزمودن فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا تکراری استفاده شد.

در مورد عوامل درون‌گروهی بایش از دو سطح، فرض کرویت باید برقرار باشد، به این معنی که واریانس اختلاف‌ها بین همه جفت سطوح عامل درون‌گروهی یکسان باشد. این فرض معمولاً با آزمون ماچلی بررسی می‌شود. نتایج آزمون ماچلی نشان داد که مفروضه کرویت برای متغیر کیفیت زندگی زناشویی ($P \leq 0/001$ ، $\chi^2 = 32/901$ و $W = 0/473$ موچلی) و صمیمیت عاطفی ($P \leq 0/001$ ، $\chi^2 = 27/191$ و $W = 0/539$ موچلی) رعایت نشده است. لذا با توجه به معناداری آزمون ماچلی برای متغیرهای پژوهش از آزمون گرین‌هاوس گیرز با اصلاح در درجات آزادی استفاده شد. در نهایت مفروضه استقلال مشاهدات داده‌های مربوط به هر فرد از سایرین مستقل باشد؛ اما داده‌های درون هر فرد (در سطوح مختلف عامل درون‌گروهی) مجاز به هم‌بستگی هستند.

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	اندازه اثر
بین آزمودنی (گروه)	اثربیایی	۰/۴۵۲	۳/۱۴۳	۸	۸۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۲۶
	لمبدای ویلکس	۰/۵۵۵	۳/۵۸۹	۸	۸۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۵۵
	اثر هتینگ	۰/۷۸۶	۴/۰۳۰	۸	۸۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۸۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۷۶۸	۸/۲۵۵	۴	۴۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۳۴
درون آزمودنی (زمان)	اثربیایی	۰/۷۱۷	۱۲/۰۳۰	۸	۳۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۷
	لمبدای ویلکس	۰/۲۸۳	۱۲/۰۳۰	۸	۳۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۷
	اثر هتینگ	۲/۵۳۳	۱۲/۰۳۰	۸	۳۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۷
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۵۳۳	۱۲/۰۳۰	۸	۳۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۷
درون آزمودنی (زمان × گروه)	اثربیایی	۰/۹۲۳	۴/۱۸۰	۱۶	۷۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۶۲
	لمبدای ویلکس	۰/۲۴۹	۴/۷۷۲	۱۶	۷۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۰۱
	اثر هتینگ	۲/۳۲۷	۵/۳۸۰	۱۶	۷۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۳۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۹۷۷	۹/۶۳۶	۸	۳۹	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۶۴

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج حاصل از لامبدای ویلکز در مرحله بین آزمودنی گروه $(F(۸۶, ۸) = ۳/۵۸۹, P \leq ۰/۰۰۱)$ درون آزمودنی زمان $(F(۳۸, ۸) = ۱۲/۰۳۰, P \leq ۰/۰۰۱)$ و تعامل گروه $\times$ زمان $(F(۷۶, ۱۶) = ۱۲/۸۲۰, P \leq ۰/۰۰۱)$ نشان می‌دهد که بین گروه‌های (آزمایشی و گواه) و تعامل (گروه $\times$ زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی) تفاوت

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس یکراهه با اندازه گیری مکرر در متن مانوای تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

موقعیت	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	Partial η^2
بین گروهی (گروه)	توافق	۶۲/۵۴۲	۲	۳۱/۲۷۱	۱/۷۲۹	۰/۱۸۹	۰/۰۷۱
	رضایت	۳۱۷/۵۵۶	۲	۱۵۸/۷۷۸	۱۴/۷۲۹	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۷۷
	انسجام	۲۷۹/۵۴۲	۲	۱۳۹/۷۷۱	۸/۶۱۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۷۷
	کیفیت زندگی زناشویی	۱۷۹۳/۳۸۹	۲	۸۹۶/۶۹۴	۱۴/۵۵۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۹۳
	صمیمیت عاطفی	۲۶/۰۱۴	۲	۱۳/۰۰۷	۱/۵۷۴	۰/۲۱۸	۰/۰۶۵
درون گروهی زمان	توافق	۱۷۴/۵۹۷	۱/۶۸۳	۱۰۳/۷۱۵	۳۷/۸۳۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۵۷
	رضایت	۲۰۵/۰۴۲	۱/۳۱۹	۱۵۵/۳۹۸	۴۱/۰۴۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۷۷
	انسجام	۳۷/۱۶۷	۱/۷۷۷	۳۱/۵۷۸	۱۹/۵۲۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۰۳
	کیفیت زندگی زناشویی	۱۱۲۴/۲۶۴	۱/۳۱۰	۸۵۸/۱۳۱	۷۱/۵۵۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۱۴
	صمیمیت عاطفی	۳۳/۰۹۷	۱/۳۶۹	۲۴/۱۷۷	۶/۵۷۱	$P \leq ۰/۰۰۷$	۰/۱۲۷
درون گروهی (تعامل زمان و گروه)	توافق	۷۰/۴۰۳	۳/۳۶۷	۲۰/۹۱۰	۷/۶۲۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۵۳
	رضایت	۵۸/۱۶۷	۲/۶۳۹	۲۲/۰۴۲	۵/۸۲۲	$P \leq ۰/۰۰۲$	۰/۲۰۶
	انسجام	۳۹/۱۶۷	۲/۳۵۴	۱۶/۶۳۹	۱۰/۲۸۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۱۴
	کیفیت زندگی زناشویی	۴۱۳/۳۶۱	۲/۶۲۰	۱۵۷/۷۵۶	۱۳/۱۵۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۶۹
	صمیمیت عاطفی	۳۸/۹۰۳	۲/۷۳۸	۱۴/۲۰۹	۳/۸۶۲	$P \leq ۰/۰۰۵$	۰/۱۴۶

* نتایج حاصل از آزمون گرین هاوس گیرز با اصلاح در درجات آزادی

زناشویی و صمیمیت عاطفی معنی دار است؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی به شیوه گاتمن بر کیفیت زندگی زناشویی اثربخش هستند؛ اما بین نمرات مؤلفه توافق و نمره کل صمیمیت عاطفی بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه تفاوت وجود ندارد ($P \geq ۰/۰۵$) همچنین اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بنفونی مورد بررسی قرار گرفت؛ که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهند که تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوای تکراری مربوط به اثر مداخله (از پیش‌آزمون - پس‌آزمون) ثبات مداخله (پس‌آزمون - پیگیری) و اثر زمان (پیش‌آزمون - پیگیری) در متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی زناشویی) معنی دار می‌باشند. با توجه به نتایج جدول تأثیر گروه بر نمرات متغیر کیفیت زندگی زناشویی ($F(۲,۴۵) = ۱۴/۵۵۳, P < ۰/۰۰۱$)، معنی دار است. با توجه به نتایج تأثیر گروه بر نمرات متغیر صمیمیت عاطفی ($F(۲,۴۵) = ۱/۵۷۴, P < ۰/۰۰۱$)، معنی دار نیست. همچنین تأثیر زمان و تعامل زمان $\times$ گروه بر متغیر کیفیت زندگی

جدول ۶. نتایج آزمون بنفونی مقایسه بین گروهی در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه در نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته

متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین‌ها	SD	P
توافق	زوج درمانی گاتمن	۱/۲۵	۰/۶۷۰	۰/۲۰۶
	زوج درمانی گاتمن	۳/۵۸	۰/۶۷۰	$P \leq ۰/۰۰۱$
	شناختی - رفتاری	۲/۳۳	۰/۶۷۰	$P \leq ۰/۰۰۳$
رضایت	زوج درمانی گاتمن	۰/۷۹	۰/۸۲۲	۱
	زوج درمانی گاتمن	۳/۲۷	۰/۸۲۲	$P \leq ۰/۰۰۱$
	شناختی - رفتاری	۲/۴۸	۰/۸۲۲	$P \leq ۰/۰۰۵$
انسجام	زوج درمانی گاتمن	۰/۲۹	۰/۸۶۸	۱
	زوج درمانی گاتمن	۱/۵۲	۰/۸۶۸	۰/۲۶۰
	شناختی - رفتاری	۱/۲۳	۰/۶۸۶	۰/۴۹۱
کیفیت زندگی زناشویی	زوج درمانی گاتمن	۲/۳۳	۱/۶۰۲	۰/۴۵۷
	زوج درمانی گاتمن	۸/۳۸	۱/۶۰۲	$P \leq ۰/۰۰۱$

متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین‌ها	SD	P
صمیمیت عاطفی	شناختی - فناری	گواه	۶/۰۴	$P \leq ۰/۰۰۱$
	زوج درمانی گاتمن	شناختی - فناری	۰/۵۸۷	۰/۷۴۳
	زوج درمانی گاتمن	گواه	۱/۰۲	۰/۲۶۶
	شناختی - فناری	گواه	۰/۵۸۷	۱

مداخله (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) در نمرات صمیمیت عاطفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۵$)؛ اما در پس‌آزمون - پیگیری (ثبات مداخله) و پیش‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوتی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج درمانی به شیوه گاتمن و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در معرض طلاق بود. نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که زوج درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین در معرض طلاق مؤثر بوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (سانگر و گیامی، ۲۰۲۱؛ بوچارد و همکاران، ۲۰۲۵؛ ارده و همکاران، ۲۰۲۵) همخوانی دارد.

در تبیین اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری می‌توان گفت، این رویکرد با افزایش آگاهی و انعطاف‌پذیری روانی، درست‌هنگامی که هر کدام از زوجین احساس می‌کنند، برای بازسازی رابطه دیگر کاری از دست او برنمی‌آید، انتخاب‌های دیگری را پیش روی او قرار داد. این درمان، سبب شد که زوجین دارای تعارضات زناشویی، با درک افکار منفی و پردازش‌های ناکارآمد حاصل از سوگیری شناختی، آگاهی یافته و از درآمیختگی اعمال خود با این افکار جلوگیری نمایند. با آگاهی و انعطاف‌پذیری روانی، زوجین یاد می‌گیرند که با هیجانات و افکار منفی، مقابله مسأله‌مدار نموده و در نتیجه با چالش با افکار خودآیند منفی و پردازش‌های شناختی ناکارآمد، از میزان تعارضات زناشویی کاسته شود (سانگر و گیامی، ۲۰۲۱). همچنین آموزش‌های مرتبط با شناسایی و برخورد مناسب با هیجانات، سبب شد که زوجین در مواجهه با استرس‌های زندگی، سازگاری و انطباق بیشتری داشته باشند و در نتیجه کمتر به تنشی، ناامیدی و نارضایتی از رابطه و دیگر پیامدهای منفی زندگی مبتلا شوند. در واقع،

نتایج حاصل از سطح تصحیح بنفرونی نشان داد که در متغیرهای توافق، رضایت، نمره کل کیفیت زندگی زناشویی بین گروه‌های زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی به شیوه گاتمن و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$)؛ به عبارت دیگر آموزش زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی به شیوه گاتمن بر کیفیت زندگی زناشویی مؤثر بوده است. همچنین در متغیرهای انسجام و صمیمیت عاطفی بین بین گروه‌های زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی به شیوه گاتمن و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P \geq ۰/۰۵$)؛ به عبارت دیگر آموزش زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی به شیوه گاتمن بر صمیمیت عاطفی مؤثر نبوده است. همچنین بین زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی به شیوه گاتمن از نظر اثربخشی بر کیفیت زندگی زناشویی تفاوتی وجود ندارد.

لازم به ذکر است که نتایج آزمون‌های تعقیبی بنفرونی برای مقایسه درون آزمودنی پیش‌آزمون - پس‌آزمون (اثر مداخله)، پس‌آزمون - پیگیری (ثبات مداخله) و پیش‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) بین گروه‌های مورد مطالعه (گروه‌های آزمایشی و گواه) در دو موقعیت اثر مداخله (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) و اثر زمان (پیش‌آزمون - پیگیری) در نمرات کیفیت زندگی زناشویی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$)؛ به عبارت دیگر شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی در نمرات کیفیت زندگی زناشویی و مؤلفه‌های آن یک روند خطی افزایشی داشته است. همچنین در نمرات ثبات مداخله برای متغیر کیفیت زندگی زناشویی و مؤلفه‌های آن (پس‌آزمون - پیگیری) تفاوت معنی‌داری در هیچ‌کدام از متغیرها به دست نیامد که نشان دهنده ثبات مداخله‌ها بعد از پیگیری دو ماهه است. لازم به ذکر است. نتایج آزمون‌های تعقیبی بنفرونی برای مقایسه درون آزمودنی پیش‌آزمون - پس‌آزمون (اثر مداخله)، پس‌آزمون - پیگیری (ثبات مداخله) و پیش‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) بین گروه‌های مورد مطالعه (گروه‌های آزمایشی و گواه) در دو موقعیت اثر

زوجینی که دارای درک هیجانی بالاتری می‌شوند، به گونه‌ای زندگی می‌کنند که پیامدهای منفی کمتری را تجربه کنند و در ایجاد و حفظ روابط نیز مهارت دارند و این عوامل باعث کاهش تعارضات زناشویی می‌گردد (ارده و همکاران، ۲۰۲۵). در این رویکرد با آموزش حل مسئله به زوجین کمک می‌کند، تا بتوانند بدون در نظر گرفتن افکار منفی و راهکارهای ناکارآمد، در شرایط استرس‌زای یک خانواده بازساختاریافته، راهکار درستی را برای مشکلات زندگی خود، پیدا نمایند. این امر به هر یک از زوجین کمک می‌کند تا متوجه شوند که مشکلاتشان فاجعه‌بار نیست، بلکه قابل مدیریت هستند. در واقع، تمرکز بر روی روشن کردن و حل مسائل است و این موضوع فرصت‌هایی برای موفقیت زوجین در مدیریت مشکلات، به جای احساس غرق شدن توسط آن‌ها را فراهم می‌آورد (بوچارد و همکاران، ۲۰۲۵).

درواقع، زوج درمانی شناختی-رفتاری یکی از اثبات‌شده‌ترین رویکردهای درمانی برای بهبود کیفیت رابطه زناشویی به شمار می‌رود. اساس این رویکرد بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات و تعارضات زوجین، ریشه در افکار ناکارآمد، باورهای منفی، انتظارات غیرواقع‌بینانه و تفسیرهای اشتباه نسبت به همسر و رابطه دارد. زمانی که این افکار و باورهای منفی شکل می‌گیرد، زوجین در تفسیر رفتارها و رویدادهای زندگی مشترک معمولاً به سوی برداشت‌های منفی و پیش‌داوری‌های اشتباه کشیده می‌شوند و این امر موجب افزایش سوء تفاهم، تعارض و کاهش رضایت زناشویی می‌گردد. در زوج درمانی شناختی-رفتاری، درمانگر تلاش می‌کند تا این شناخت‌های ناکارآمد و الگوهای فکری آسیب‌زا را شناسایی کند و با کمک فنون شناختی، افراد را به بازنگری و اصلاح آنها ترغیب کند؛ به عبارت دقیق‌تر، فرد می‌آموزد که افکار و باورهای منفی، انتظارات غیرواقع‌بینانه و تعبیرهای اشتباه در مورد همسر و رابطه را شناسایی کند و آنها را با افکار منطقی‌تر، واقع‌بینانه‌تر و مثبت‌تر جایگزین کند. این تغییر در فرایندهای شناختی به تدریج منجر به تغییر در احساسات و واکنش‌های هیجانی و رفتاری زوجین نسبت به یکدیگر می‌شود. علاوه بر اصلاح شناخت‌ها، این رویکرد به آموزش و تمرین مهارت‌های رفتاری نیز توجه ویژه دارد (بلویل و همکاران، ۲۰۱۸). از جمله مهمترین این مهارت‌ها می‌توان به مهارت‌های ارتباط مؤثر، گوش دادن فعال، مدیریت خشم،

مهارت‌های حل مسئله و چگونگی مواجهه سازنده با تعارضات اشاره کرد. زوجین طی جلسات درمان می‌آموزند که به جای واکنش‌های شتاب‌زده، اجتناب یا رفتارهای دفاعی، با همدلی، آرامش و واقع‌بینی با مسائل و اختلافات برخورد کنند. همچنین، درمانگر روش‌هایی را برای افزایش کیفیت تعامل زوجین، افزایش فعالیت‌های مشترک و تقویت پیوند عاطفی ارائه می‌دهد. شواهد علمی و یافته‌های مطالعات گوناگون نشان می‌دهند که زوج درمانی شناختی-رفتاری با کاهش افکار و رفتارهای منفی و ناسازگار، افزایش ارتباط مثبت و حمایت‌گرانه و بهبود توان حل مسئله، منجر به افزایش رضایت زناشویی، صمیمیت، انسجام و کیفیت زندگی مشترک می‌شود. بسیاری از پژوهش‌ها نیز تأکید دارند که تأثیرات مثبت این رویکرد صرفاً کوتاه‌مدت نیست بلکه در بلندمدت نیز پایدار می‌ماند، به شرط آنکه زوجین به تمرین و تداوم استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده ادامه دهند.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر نشان داد که زوج درمانی به شیوه گاتمن بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین در معرض طلاق مؤثر بوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (داودوندی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ایروین و همکاران، ۲۰۲۴؛ حسینی و همکاران، ۱۴۰۱) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، در زوج درمانی مبتنی بر الگوی گاتمن، تأکید ویژه‌ای بر تمرین‌های عملی و مهارت‌آموزی مستمر وجود دارد که هدف آن بهبود کیفیت تعامل زوجین و افزایش رضایت و صمیمیت زناشویی است. در این شیوه، درمانگر تلاش می‌کند ابتدا بنیان‌های شناختی و هیجانی رابطه را با استفاده از تمرین‌هایی مانند نقشه عشق تقویت کند. زوجین با پاسخ دادن به پرسش‌هایی درباره علایق، ترس‌ها، خواسته‌ها و خاطرات شخصی یکدیگر، نقشه ذهنی نسبتاً دقیقی از دنیای درونی همسرشان را ترسیم می‌کنند. این شناخت عمیق، احساس صمیمیت، اعتماد و درک متقابل را ارتقا می‌دهد، زیرا هر یک از زوجین به جای برداشت‌های سطحی و پیش‌داوری، قادر به همدلی با واقعیات و نیازهای شریک زندگی خود می‌شود (گاتمن و گاتمن، ۲۰۱۸). از سوی دیگر، گاتمن اهمیت تمرین «ابراز تحسین و قدردانی» را به عنوان یک رفتار روزانه و پایدار مورد تأکید قرار می‌دهد. زوجین در طول درمان می‌آموزند که ویژگی‌های مثبت، نقاط قوت و کوچک‌ترین رفتارهای مثبت همسرشان را شناسایی و ابراز کنند. تقویت این جنبه مثبت‌نگر، محیط هیجانی رابطه را ایمن و گرم

می‌کند و در عین حال مانع غالب شدن انتقاد و سرزنش در تعاملات روزمره می‌شود؛ بنابراین، یک چرخه مثبت و حمایت‌گر در رابطه به وجود می‌آید که احتمال ورود به رفتارهای مخرب و واکنش‌های منفی را کاهش می‌دهد. تمرین دیگر در این رویکرد، تشویق زوجین به پاسخ‌دهی به نیازهای عاطفی همسر و تمایل به تعامل است؛ به این معنا که حتی در کوچک‌ترین درخواست‌های توجه، همدلی یا حمایت باید به جای بی‌توجهی یا کناره‌گیری، واکنشی مثبت و پذیرا نشان دهند. این امر در بلندمدت باعث شکل‌گیری حس امنیت، اعتمادپذیری و اطمینان به پایداری حمایت همسر خواهد شد. بسیاری از تعارضات زناشویی در زوج‌هایی ایجاد می‌شود که درخواست‌ها و تمایلات عاطفی یکدیگر را نادیده می‌گیرند یا پاسخ سرد و اجتنابی نشان می‌دهند، اما در الگوی گاتمن، آموزش این مهارت‌ها موجب پیوند عمیق انسانی می‌شود (ایروین و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی دیگر از محورهای عملیاتی درمان گاتمن تمرین آموختن شیوه بیان مؤدبانه خواسته‌ها و مدیریت تعارض است. زوجین می‌آموزند که هنگام مواجهه با اختلاف و مشکل، به جای به کار بردن جملاتی با بار منفی یا انتقاد شخصی، احساس، نیاز و درخواست خود را با بیانی دلنشین و شفاف مطرح کنند. این شیوه، از تشدید تعارض جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود هر یک از طرفین بدون احساس تهدید یا شرمندگی به موضوع نگاه کنند (کاسلو و همکاران، ۲۰۱۲). آموزش حل تضادها نیز با تأکید بر مهارت‌هایی مانند گوش دادن فعال، استراحت موقت در زمان هیجان شدید، مشخص کردن مشکل، واگذاری مسئولیت و جستجوی راه‌حل مبتنی بر همکاری انجام می‌شود. حتی در زمینه مسائلی که ماهیت تکرارشونده یا مزمن دارند (مانند تفاوت‌های ارزشی، خانوادگی یا سبک زندگی)، درمان‌گر به زوجین کمک می‌کند تا ضمن درک ریشه‌های عمیق‌تر چنین مسائل، با همدلی، پذیرش و انعطاف‌پذیری بیشتری نسبت به هم برخورد کنند. گاتمن استفاده از تمرین «دفترچه قدردانی» و «اختصاص زمان منظم برای گفتگو و هم‌نشینی دو نفره» را نیز توصیه می‌کند تا زوجین حتی در شلوغی‌های روزمره، فرصت تقویت پیوند عاطفی و بازآفرینی خاطرات مثبت مشترک را از دست ندهند (رجایی و همکاران، ۲۰۱۹). اجرای مستمر این تمرین‌ها باعث نهادینه شدن الگوهای رفتاری مثبت در زندگی روزمره شده و در زمان‌های پرتلاطم، رابطه را در برابر ضربه‌ها مقاوم‌تر می‌کند. بر اساس پژوهش‌ها، پیگیری این فرایندها و تمرین‌ها

موجب کاهش چشمگیر میزان برخوردهای منفی، سرزنش، طعنه و مقابله در رفتارهای زوجین شده و به جای آن رفتارهای حمایت‌گر، مثبت و همدلانه به تدریج گسترش می‌یابد. نتیجه این فرآیند ارتقای معنادار کیفیت رابطه، افزایش رضایت و صمیمیت، تقویت حس دوستی و کاهش احتمال شکست رابطه است (حسینی و همکاران، ۱۴۰۱). نکته مهم این است که تأثیر مثبت این تمرین‌ها غالباً فراتر از دوره درمان و در پیگیری‌های کوتاه‌مدت و میان‌مدت نیز پابرجا باقی می‌ماند، چراکه زوجین نه تنها نگرش خود، بلکه به صورت عملی رفتارهایشان را تغییر داده‌اند و با آگاهی و انگیزه بیشتری به ایجاد فضای امن و محبت‌آمیز زناشویی ادامه می‌دهند. در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت زوج‌درمانی به شیوه گاتمن با تکیه بر شواهد علمی و تمرین‌های عملی متعدد، زوجین را قادر می‌سازد که رابطه‌ای انعطاف‌پذیرتر، سازنده‌تر و صمیمی‌تر داشته باشند و کیفیت زندگی زناشویی و هیجانی خود را به شکل پایدار ارتقا دهند.

نتایج حاصل از آزمون‌های تعقیبی بنفرونی نشان داد که بین زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی گاتمن از نظر اثربخشی بر کیفیت زندگی زناشویی تفاوتی وجود نداشت. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (داودوندی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ایروین و همکاران، ۲۰۲۴؛ حسینی و همکاران، ۱۴۰۱؛ بوچارد و همکاران، ۲۰۲۵؛ ارد و همکاران، ۲۰۲۵) همخوانی دارد.

در بررسی پژوهش‌ها و یافته‌های علمی مرتبط با اثرات زوج‌درمانی شناختی رفتاری و زوج‌درمانی به شیوه گاتمن بر کیفیت زندگی زناشویی، گاهی مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری از نظر اثربخشی این دو رویکرد گزارش نمی‌شود. یکی از دلایل این عدم تفاوت، شباهت‌های بنیادی در اهداف و تمرکز هر دو رویکرد است. هر دو شیوه، اگرچه از لحاظ تئوریک بر جنبه‌های متفاوتی تأکید دارند، اما در عمل به طور مستقیم یا غیرمستقیم به بهبود تعاملات زوجین، افزایش درک متقابل، بهبود سبک‌های ارتباطی و کاهش تعارضات می‌پردازند. در زوج‌درمانی شناختی رفتاری، تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار منفی، باورهای ناکارآمد و یادگیری مهارت‌هایی مانند حل مسئله، مدیریت هیجان و ارتباط مؤثر است. این فرایندها به اصلاح رفتارها و نگرش‌های غیرسازگارانه کمک کرده و در نهایت کیفیت رابطه را ارتقا می‌دهد (بوچارد و همکاران، ۲۰۲۵).

در مقابل، مدل گاتمن از زاویه دیگری به رابطه نگاه می‌کند و با ارائه تمرینات مشخص و ساختارمند در زمینه تقویت دوستی، افزایش همدلی، متمرکز شدن بر دنیای درونی همسر و همچنین شیوه‌های سالم مدیریت تعارض، روابط زوجین را هدف قرار می‌دهد؛ اما نتیجه عملی هر دو رویکرد، شکل‌دهی الگوهای تعامل مثبت، کاهش رفتارهای منفی و برقراری ارتباط مطلوب است. از سوی دیگر، تأثیر فراوان مهارت‌های آموزش داده‌شده در هر دو رویکرد، به شکلی است که زوجین یاد می‌گیرند رفتار خود را تعدیل کرده و به نیازهای عاطفی و روانی یکدیگر توجه نشان دهند؛ عاملی که تأثیر مستقیمی بر افزایش کیفیت زندگی زناشویی دارد (رجایی و همکاران، ۲۰۱۹).

عامل مهم دیگر، نقش انگیزه و مشارکت زوجین در فرایند درمان است. در اغلب مطالعات، زوج‌هایی که در جلسات درمانی فعالانه مشارکت می‌کنند و تمرین‌های محول‌شده را اجرا می‌نمایند، بهبودی بیشتری را تجربه می‌کنند، چه از روش شناختی-رفتاری استفاده کنند و چه از مدل گاتمن؛ بنابراین بخش قابل توجهی از بهبود، به تعهد و همکاری زوجین نسبت داده می‌شود و نه صرفاً به نوع رویکرد درمانی. نکته بعدی، اشتراکات محتوایی در جلسات درمان است. تقریباً همیشه حوزه‌هایی چون آموزش ارتباط مؤثر، گوش دادن فعال، حل تعارض، ابراز هیجانات، احترام به تفاوت‌ها و ایجاد هدف مشترک در هر دو رویکرد دیده می‌شود، ولو این آموزش‌ها با زبان و ساختار متفاوت باشد. به بیان دیگر، بسیاری از مهارت‌هایی که سبب ارتقای کیفیت رابطه می‌شوند، ماهیت جهانی دارند و در مدل‌های مختلف درمان مورد توجه واقع می‌شوند. همچنین باید در نظر داشت که اندازه اثر درمان بر کیفیت زندگی زناشویی تا حد زیادی به مشکلات اولیه زوجین، شدت تعارضات، باورها و فرهنگ هر زوج بستگی دارد. در بسیاری از نمونه‌ها، صرف ورود به یک فرآیند درمانی ساختارمند و دریافت توجه تخصصی، باعث ایجاد امید، کاهش ناامیدی و فعال شدن منابع فردی و زوجی می‌شود، به گونه‌ای که تأثیر مثبت حتی صرف نظر از نوع درمان مشاهده می‌شود (کاسلو و همکاران، ۲۰۱۲). در نهایت، نکته مهم دیگر آن است که کیفیت زندگی زناشویی مفهومی پیچیده و چندبعدی است و عوامل زیادی در کوتاه‌مدت و بلندمدت بر آن اثر می‌گذارند. از این رو، نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی، اگر به صورت اصولی و با حفظ کیفیت اجرا شوند، قابلیت ایجاد تغییرات معنادار

و پایدار را دارند و تفاوت قابل توجهی در خروجی نهایی آن‌ها مشاهده نمی‌شود. این مساله می‌تواند حاصل همپوشانی هدف‌ها، نقش فعال مشارکت زوجین و محتوای مشترک در هسته درمان باشد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر نشان داد که زوج درمانی شناختی-رفتاری بر صمیمیت عاطفی زوجین در معرض طلاق مؤثر نبوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (سانگر و گیامی، ۲۰۲۱؛ بوچارد و همکاران، ۲۰۲۵؛ ارده و همکاران، ۲۰۲۵) همخوانی ندارد.

عدم اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر صمیمیت عاطفی زوجین در معرض طلاق را می‌توان از چندین زاویه مهم و علمی توضیح داد. نخست باید توجه داشت که صمیمیت عاطفی، مؤلفه‌ای عمیق و چندلایه است که فراتر از صرفاً آموزش مهارت‌های ارتباطی یا تغییر افکار منفی عمل می‌کند. یکی از دلایل اصلی این عدم اثربخشی، ماهیت شناختی‌محور و تا حدی سطحی مداخلات در زوج درمانی شناختی-رفتاری است؛ این رویکرد اساساً بر اصلاح باورها و افکار ناکارآمد و آموزش مهارت‌های رفتاری مانند حل مسئله و مدیریت تعارض متمرکز است؛ اما برای شکل‌گیری و تقویت صمیمیت عاطفی، نیاز به تجربه‌گری هیجانی فعال، تقویت دلبستگی، اعتمادسازی منسجم و لمس دوباره پیوند عمیق عاطفی بین زوجین وجود دارد (سانگر و گیامی، ۲۰۲۱). در زوج‌هایی که در معرض طلاق قرار دارند، اغلب مشکلات عمیق هیجانی مانند احساس طردشدگی، دلخوری‌های کهنه، عدم اعتماد بنیادین و خاطرات منفی فراوان نسبت به شریک زندگی وجود دارد که صرف تغییر افکار، به تنهایی نمی‌تواند آن را ترمیم کند. این زوجین معمولاً دوره‌های طولانی فاصله عاطفی، زخم‌های روانی و فرسودگی هیجانی را تجربه کرده‌اند و صرفاً یادگیری تکنیک‌های رفتاری موجب فعال شدن مجدد احساس نزدیکی یا دلبستگی نمی‌شود. همچنین باید توجه داشت که زوج درمانی شناختی-رفتاری برای موفقیت و اثرگذاری بر مؤلفه‌های عمیقی چون صمیمیت عاطفی، نیازمند زمان طولانی‌تر و ترکیب با روش‌های مبتنی بر هیجان و دلبستگی است. این در حالی است که اغلب پروتکل‌های رایج، محدود به تعداد جلسات معین و تمرکز بر تغییر شناختی هستند و کمتر به فرایندهای تجربه‌محور، خودآشنایی هیجانی، یا بازآفرینی لحظات عمیق عاطفی می‌پردازند (بوچارد و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، الگوی شناختی-رفتاری معمولاً به

شکلی ساختاریافته و برنامه‌ریزی شده پیش می‌رود و فضای لازم برای باز شدن خودجوش هیجانات، ابراز احساسات آسیب‌پذیرانه یا مواجهه با ریشه‌های هیجانی مشکلات ایجاد نمی‌کند. این در حالی است که صمیمیت عاطفی اغلب از دل تعاملات صادقانه، آسیب‌پذیری عاطفی، بیان خواسته‌ها و ترس‌های عمیق و پذیرش بی‌قید و شرط، رشد می‌کند و چنین فضایی در درمان شناختی-رفتاری معمولاً کمتر مهیا می‌شود. در جمع‌بندی باید اشاره کرد که اگرچه زوج درمانی شناختی-رفتاری برای بهبود برخی جنبه‌های رابطه مانند مهارت حل مسئله و کاهش تعارض کارآمد است، اما برای تغییر اساسی و معنادار در صمیمیت عاطفی به مداخلات پیچیده‌تر و عمیق‌تر نیاز است که بر هیجانات، دلبستگی و بازآفرینی تجربیات مشترک تمرکز داشته باشند. از این‌رو، عدم اثربخشی این رویکرد بر صمیمیت عاطفی در زوج‌های پرخطر را می‌توان نتیجه فقدان مواجهه و ترمیم مستقیم زخم‌های هیجانی و نیز عدم فراهم آوردن بستر مناسب برای تجربه مجدد دلبستگی و نزدیکی عمیق عاطفی دانست.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که زوج درمانی به شیوه گاتمن بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین در معرض طلاق مؤثر بوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (داودوندی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ایروین و همکاران، ۲۰۲۴؛ حسینی و همکاران، ۱۴۰۱) همخوانی ندارد.

در تبیین این عدم اثربخشی می‌توان گفت، یکی از دلایل مهم اینکه زوج درمانی گاتمن بر صمیمیت عاطفی زوجین در معرض طلاق اثرگذار نیست، شدت و ریشه‌دار بودن بی‌اعتمادی، آسیب‌های گذشته و احساس طرد یا رنجش در این زوج‌هاست. در بسیاری از موارد، این افراد سال‌ها تحت فشار تعارض و دلخوری‌های حل‌نشده بوده‌اند و ارتباط عاطفی‌شان کاملاً تضعیف شده است. تمرین‌های گاتمن عمدتاً بر بهبود رفتارها، ارتباط سازنده و افزایش دوستی تمرکز دارد، اما وقتی زخم‌های عاطفی عمیق باشد، چنین تمرین‌هایی نمی‌تواند به تنهایی کافی باشد (رجایی و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، بسیاری از این زوج‌ها به لحاظ روانی و هیجانی به شدت خسته و ناامید شده‌اند و انگیزه‌ای برای برقراری دوباره صمیمیت ندارند. فقدان اعتماد و امید در آن‌ها باعث می‌شود حتی اگر تکنیک‌های گاتمن را انجام دهند، ارتباط سطحی باقی بماند و صمیمیت واقعی ایجاد نشود. در واقع، قبل از اجرای تمرین‌های ارتباطی، گاهی لازم است ابتدا

آسیب‌های اساسی‌تر مورد توجه و درمان قرار گیرد تا زوجین آمادگی پذیرش و تجربه مجدد نزدیکی عاطفی را پیدا کنند (ایروین و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، زوج‌هایی که در مرحله طلاق قرار دارند معمولاً دچار دفاع‌های روانی قوی، تردید جدی نسبت به تداوم رابطه و حتی گاه بی‌میلی به تغییر هستند و این مسائل اجرای موفق روش‌های گاتمن را دشوار می‌کند. از طرفی، محدودیت‌های فرهنگی و نگرش‌های منفی می‌تواند کار را برای ابراز هیجانی یا تلاش دوباره برای صمیمیت سخت‌تر کند؛ بنابراین، اگرچه روش گاتمن در بهبود روابط بسیاری از زوج‌ها مؤثر است، اما در مواجهه با مشکلات عمیق‌تر، مزمن‌تر و لایه‌های عاطفی حل‌نشده، ممکن است به تنهایی کافی نباشد و نتواند صمیمیت عاطفی را به‌طور معنی‌دار بازگرداند. در این پژوهش، یکی از محدودیت‌های اصلی، حجم نمونه نسبتاً کم و انتخاب نمونه به روش هدفمند بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. همچنین، پژوهش فقط بر زوجینی که داوطلب شرکت در جلسات درمانی بودند و معیارهای ورود خاصی داشتند متمرکز بود و بنابراین یافته‌ها ممکن است قابل تعمیم به همه زوجین در معرض طلاق نباشد. مدت زمان مداخلات نسبتاً کوتاه بود و صرفاً به رویکردهای شناختی-رفتاری و گاتمن پرداخته شد، در حالی که مداخلات طولانی‌مدت‌تر و یا استفاده از رویکردهای دیگر مانند زوج درمانی هیجان‌محور یا دلبستگی‌محور می‌تواند نتایج متفاوتی به همراه داشته باشد. همچنین، متغیرهای فردی مانند تفاوت‌های شخصیتی، میزان انگیزه و انتظار زوجین از درمان و عوامل فرهنگی و خانوادگی بررسی نشد که ممکن است بر اثربخشی درمان مؤثر بوده باشند. با توجه به نتایج، توصیه می‌شود در برنامه‌های مداخله‌ای برای زوجین در معرض طلاق، علاوه بر آموزش مهارت‌های ارتباطی و مدیریت تعارض، مداخلات عمیق‌تر و بلندمدت‌تری در نظر گرفته شود که تمرکز آنها بر ترمیم اعتماد، التیام آسیب‌های هیجانی و بازسازی صمیمیت باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود برای افزایش پایداری اثرات درمان، جلسات پیگیری بیشتری برگزار شود و زوج‌ها به صورت فعال‌تر در فرآیند یادگیری و تمرین مهارت‌ها مشارکت داده شوند تا به تدریج، کیفیت رابطه و سطح صمیمیت عاطفی آن‌ها به شکل پایدارتر و عمیق‌تری تقویت شود. پژوهش‌های آینده نیز می‌تواند با افزایش حجم نمونه، استفاده از روش‌های تصادفی‌تر و به کارگیری رویکردهای نوین، به بررسی جامع‌تر اثربخشی درمان‌ها در زمینه مشکلات پیچیده زوجین بپردازد.

References

- Abreu-Afonso, J., Ramos, M. M., Queiroz-Garcia, I., & Leal, I. (2022). How Couple's Relationship Lasts Over Time? A Model for Marital Satisfaction. *Psychological reports*, 125(3), 1601–1627. <https://doi.org/10.1177/00332941211000651>
- Afunts, G., & Jurajda, S. (2024). Who Divorces Whom: Unilateral Divorce Legislation and the Educational Structure of Marriage. *Demography*, 61(4), 1097–1116. <https://doi.org/10.1215/00703370-11462868>
- Ardeh, A., Goodarzi, E., Madadi, Z., Rostami, C., Ghiaci, A., & Shahverdi, J. (2025). Comparing the effectiveness of group-based Cognitive-Behavioral Couple Therapy (CBCT) and Schema-Based Couple Therapy (SBCT) workshops in reducing desire for divorce and marital boredom. *BMC research notes*, 18(1), 275. <https://doi.org/10.1186/s13104-025-07339-4>
- Balzarini, R. N., Muise, A., Zoppolat, G., Di Bartolomeo, A., Rodrigues, D. L., Alonso-Ferres, M., Urganci, B., Debrot, A., Bock Pichayayothin, N., Dharma, C., Chi, P., Karremans, J. C., Schoebi, D., & Slatcher, R. B. (2022). Love in the Time of COVID: Perceived Partner Responsiveness Buffers People From Lower Relationship Quality Associated With COVID-Related Stressors. *Social Psychological and Personality Science*, 14(3), 342–355. <https://doi.org/10.1177/19485506221094437>
- Belleville, G., Dubé-Frenette, M., & Rousseau, A. (2018). Efficacy of Imagery Rehearsal Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in Sexual Assault Victims With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of traumatic stress*, 31(4), 591–601. <https://doi.org/10.1002/jts.22306>
- Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K. (2020). Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapy: Similarities and Differences. *Clinical psychology in Europe*, 2(3), e2741. <https://doi.org/10.32872/cpe.v2i3.2741>

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این مطالعه حاصل یک کار پژوهشی است که با حمایت مالی پژوهشگران انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: ایده پردازی دکتر مسلم عباسی، اجرا و جمع آوری داده ها گندم حیدری، نظارت و تحلیل داده ها مسلم عباسی، تدوین و نگارش گندم حیدری و مسلم عباسی.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: در پایان این پژوهش، وظیفه خود می دانم مراتب سپاس و قدردانی صمیمانه ام را از تمامی افرادی که در اجرای این مطالعه یاریم کردند، ابراز نمایم. به ویژه از زوج های محترمی که با تعهد و همکاری صادقانه خود در جلسات درمانی، نقش مؤثری در پیشبرد این تحقیق داشتند، صمیمانه سپاسگزارم.

منابع

- حسینی، سید رحمان؛ تاجیک اسماعیلی، عزیزاله؛ ثنائی ذاکر باقر و رسولی، محسن (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی به شیوه گاتمن بر صمیمیت زناشویی زوج های دارای تعارض زناشویی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۰)، ۲۸۷-۳۰۴. [doi:10.52547/JPS.21.110.287](https://doi.org/10.52547/JPS.21.110.287)
- شریعتی، فاطمه و آل یاسین، سید علی (۱۴۰۲). مقایسه سازگاری با طلاق، با تنش و تنهایی در زنان مطلقه مستقل و وابسته به خانواده. *نشریه مدیریت ارتباطی سلامت*، ۱۲ (۴)، ۵۷-۶۹. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1658-en.html>
- کیانی، اردشیر، احمدی، خدابخش، نوابی نژاد، شکوه، تقوایی، داود. (۱۴۰۱). شناسایی عوامل استحکام بخش ازدواج در فرهنگ ایران. *مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*، ۲۱ (۵۶)، ۳۳۴-۳۱۳. <https://doi.org/10.22034/ssys.2022.1794.2276>
- نوروزی، اعظم، منیرپور، نادر، میرزاحسینی، حسن (۱۴۰۱). پایداری ازدواج بر اساس کیفیت رابطه والدین و دلبستگی: نقش میانجی خود شیفتگی، ییگانگی و تجربه مایی. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۵)، ۱۸۳-۱۹۶. <http://frooyesh.ir/article-1-3644-fa.html>
- یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). بررسی شاخص های روان سنجی مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدیدنظر شده (RDAS). *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۲ (۲)، ۲۰۰-۱۸۳. <http://doi:10.22067/ijap.v1i2.9534>

- Bouchard, K. N., Bergeron, S., & Rosen, N. O. (2025). Feasibility of a Cognitive-Behavioral Couple Therapy Intervention for Sexual Interest/Arousal Disorder. *Journal of sex research*, 62(5), 765–775. <https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2333477>
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289–308. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x>
- Chen, M., Rizzi, E. L., & Yip, P. S. F. (2020). Divorce trends in China across time and space: an update. *Asian Population Studies*, 17(2), 121–147. <https://doi.org/10.1080/17441730.2020.1858571>
- Chen, T., Dai, M., Calabrese, C., & Merrill, K., Jr (2025). Dyadic and Longitudinal Influences of Sexual Communication on Relationship Satisfaction, Emotional Intimacy, and Daily Affect Among Same-Sex Male Couples. *Health communication*, 40(7), 1352–1362. <https://doi.org/10.1080/10410236.2024.2400813>
- Cornu, I., Vandewiele, W., & Gastmans, C. (2025). The ethics of intimacy and sexuality of older adults living in nursing homes: A systematic review of argument-based literature. *Nursing ethics*, 32(4), 1013–1034. <https://doi.org/10.1177/09697330251324301>
- Costello, M. A., Bailey, N. A., Stern, J. A., & Allen, J. P. (2024). Vulnerable self-disclosure co-develops in adolescent friendships: Developmental foundations of emotional intimacy. *Journal of social and personal relationships*, 41(9), 2432–2454. <https://doi.org/10.1177/02654075241244821>
- Daghaghele, F., Asgari, P., & Heydari, A. (2012). The relationship between forgiveness, love, intimacy and marital satisfaction. *New Findings in Psychology*, 7(24), 69–57. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=203009>
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. The Guilford Press. <https://apa.org/record/2010-01074-000>
- Davoodvandi, M., Navabi Nejad, S., & Farzad, V. (2018). Examining the Effectiveness of Gottman Couple Therapy on Improving Marital Adjustment and Couples' Intimacy. *Iranian journal of psychiatry*, 13(2), 135–141. <https://doi.org/pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29997659/>
- Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current opinion in psychology*, 13, 142–147. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.004>
- Fernandez, C. C., Gao, N., Wilson, M. J., Goodyear, T., Seidler, Z. E., Sharp, P., Rice, S. M., Krusi, A., Gilbert, M., & Oliffe, J. L. (2025). Sexual minority men's experiences of, and strategies for emotional intimacy in intimate partner relationships. *Culture, health & sexuality*, 27(6), 733–750. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2399288>
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1987). The assessment of marital quality: A reevaluation. *Journal of Marriage and the Family*, 49(4), 797–809. <https://doi.org/10.2307/351973>
- Ganong, L., Jensen, T., Sanner, C., Russell, L., & Coleman, M. (2019). Stepfathers' affinity-seeking with stepchildren, stepfather-stepchild relationship quality, marital quality, and stepfamily cohesion among stepfathers and mothers. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 33(5), 521–531. <https://doi.org/10.1037/fam0000518>
- Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2018). *The science of couples and family therapy: Behind the scenes at the "love lab"* W. W. Norton & Company. <https://doi.org/record/2017-54751-000>
- Hosseini, S., Tajikesmaeili, A., Sanaei zaker, B., Rasuli, M. (2022). Comparison of the effectiveness of couple therapy based on acceptance and commitment (ACT),

- and gottman's couple therapy on marital intimacy among conflicting couples. *Journal of Psychological Science*, 21(110), 287-304. [doi:10.52547/JPS.21.110.287](https://doi.org/10.52547/JPS.21.110.287) [In Persian]
- Huston, T. L., McHale, S. M., & Crouter, A. C. (2021). When the honeymoon's over: Changes in the marriage relationship over the first year. In the emerging field of personal relationships (pp. 109-132). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003164005-10>
- Huynh, T., Phillips, E., & Brock, R. L. (2022). Self-compassion mediates the link between attachment security and intimate relationship quality for couples navigating pregnancy. *Family process*, 61(1), 294-311. <https://doi.org/10.1111/famp.12692>
- Irvine, T. J., Peluso, P. R., Benson, K., Cole, C., Cole, D., Gottman, J. M., & Schwartz Gottman, J. (2024). A pilot study examining the effectiveness of Gottman method couples therapy over treatment-as-usual approaches for treating couples dealing with infidelity. *The Family Journal*, 32(1), 81-94. <https://doi.org/10.1177/10664807231210123>
- Karimi, R., Bakhtiyari, M., & Masjedi Arani, A. (2019). Protective factors of marital stability in long-term marriage globally: a systematic review. *Epidemiology and health*, 41, e2019023. <https://doi.org/10.4178/epih.e2019023>
- Kaslow, N. J., Broth, M. R., Smith, C. O., & Collins, M. H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of marital and family therapy*, 38(1), 82-100. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00257.x>
- Khezri, Z., Hassan, S. A., & Nordin, M. H. M. (2020). Factors Affecting Marital Satisfaction and Marital Communication Among Married Women: A Literature Review. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 10(16), 220-236. DOI:10.6007/IJARBS/v10-i16/8306
- Kiani, A., Ahmadi, Khodabakhsh, Nowabinajad, Sh., & Taghvai, D. (2022). Identifying strengthening factors of marriage in Iranian culture. *Strategic Studies on Youth and Sports*, 21(56), 313-334. <https://doi.org/10.22034/ssys.2022.1794.2276> [In Persian]
- Kishita, N., & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults?. *Clinical psychology review*, 52, 124-136. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.003>
- Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2014). Relationship problems over the early years of marriage: stability or change?. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 28(6), 979-985. <https://doi.org/10.1037/a0037752>
- Lie Ken Jie, C., Jessen Yramategui, J., & Huang, R. (2025). Children and divorce: A rapid review targeting cognitive dissonance, in the context of narrative therapy. *Clinical child psychology and psychiatry*, 30(2), 465-478. <https://doi.org/10.1177/13591045251314908>
- Luk, B. H. K., & Loke, A. Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(2), 108-122. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1529407>
- Navarra, R.J., Gottman, J.M. (2019). *Trust in Gottman Method Couples Therapy*. In: Lebow, J.L., Chambers, A.L., Breunlin, D.C. (eds) *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. (pp. 3079-3081). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_184
- Norouzi, A., Monirpour, N., & Mirzahosseini, H. (2022). Marital stability based on parental relationship quality and attachment: The mediating role of narcissism, alienation, and "we-experience." *Ravanshenasi-ye Royesh (Growth of Psychology)*, 11(5), 183-196 <http://frooyesh.ir/article-1-3644-fa.html> [In Persian]
- Rajaei, A., Daneshpour, M., & Robertson, J. (2019). The effectiveness of couples therapy based on the Gottman method among Iranian couples with conflicts: A quasi-experimental study. *Journal of*

- Couple & Relationship Therapy, 18(3), 223-240. <https://doi.org/10.1080/15332691.2019.1567174>
- Rastkar, M., & Jalalifar, E. (2023). The association between marital quality and diabetes mellitus: A systematic review. *Health science reports*, 6(2), e1106. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1106>
- Roddy, M. K., Walsh, L. M., Rothman, K., Hatch, S. G., & Doss, B. D. (2020). Meta-analysis of couple therapy: Effects across outcomes, designs, timeframes, and other moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(7), 583-596. <https://doi.org/10.1037/ccp0000514>
- Sariati, F., & Aleyasin, S. A. (2023). Comparison of divorce adjustment, coping with stress and loneliness feeling in independent and family-dependent divorced women. *Journal of Health Promotion Management*, 12(4), 57-69. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1658-en.html>
- Shekar, M., Elumalai, R., Elayaperumal, I., Yelahanka, R. P., Anandkumar, D. G., Bandi, V. K., & Matcha, J. (2019). Prevalence and outcome of systemic fungal infections in renal transplant recipients - A tertiary care experience. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation: an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia*, 30(5), 1137-1143. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.270270>
- Sungur, M., and Giami, A. (2021). Between couple therapy and sex therapy: A cognitive behavioural approach. A conversation with Dr Mehmet Sungur, *Sexologies*, 30 (1) e77-e82. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.12.012>
- van Lankveld, J., Jacobs, N., Thewissen, V., Dewitte, M., & Verboon, P. (2018). The associations of intimacy and sexuality in daily life: Temporal dynamics and gender effects within romantic relationships. *Journal of social and personal relationships*, 35(4), 557-576. <https://doi.org/10.1177/0265407517743076>
- Walker, A. J., & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*, 45(4), 841-849. <https://doi.org/10.2307/351796>
- Williamson H. C. (2021). The development of communication behavior over the newlywed years. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 35(1), 11-21. <https://doi.org/10.1037/fam0000780>
- Wu, Q., Han, S., Tawfiq, D., Jalapa, K., Lee, C., & Pocchio, K. (2024). A family systems investigation on couple emotional intimacy, parent-child relationships, and child social skills in middle childhood. *Child development*, 95(6), 2195-2214. <https://doi.org/10.1111/cdev.14155>
- Yang, L., Yang, Z., & Yang, J. (2023). The effect of marital satisfaction on the self-assessed depression of husbands and wives: investigating the moderating effects of the number of children and neurotic personality. *BMC psychology*, 11(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01200-8>
- Yoosefi, N. (2012). Investigation of Psychometric Properties of the Revised Dyadic Adjustment Scales (RDAS). *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 1(2), 183-200. doi: [10.22067/ijap.v1i2.9534](https://doi.org/10.22067/ijap.v1i2.9534) [In Persian]
- Yu, W. H., & Hara, Y. (2023). Stability and Relevance of Marriage Desires: Importance of Age Norms and Partnering Opportunities. *Journal of marriage and the family*, 85(2), 391-412. <https://doi.org/10.1111/jomf.12891>
- Yu, Y. L., & Liu, H. (2021). Marital Quality and Salivary Telomere Length Among Older Men and Women in the United States. *Journal of aging and health*, 33(5-6), 300-309. <https://doi.org/10.1177/0898264320980250>