



A Comparison of the Effectiveness of Bowen's Systemic Therapy and Minuchin's Structural Therapy on Marital Commitment and Improvement of Communication Patterns among Couples with Marital Conflict

Hamid Seraj Kermani ¹, Mehdi Ghasemi Motlagh ^{2✉}, Barat Ali Ghavami ³

1. Department of Counseling, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

E-mail: ha.serajkermani@iau.ir

2. Corresponding Author, Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

E-mail: mehdi.gasemi@iau.ac.ir

3. Department of Counseling, Qu.C., Islamic Azad University, Quchan, Iran.

E-mail: 0871828332@iau.ir

Article Info	ABSTRACT
Article type: Research Article history: Received: 04 Mar 2026 Received in revised form: 09 Apr 2026 Accepted: 18 Jun 2026 Published online: 27 Jun 2026 Keywords: Bowen Systemic Therapy, Minuchin Structural Therapy, Marital Commitment, Communication Patterns.	Introduction: The use of effective family therapy approaches, including Bowen systemic therapy and Minuchin structural therapy, can play an important role in improving couples' relationships and enhancing marital quality of life. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Bowen systemic therapy and Minuchin structural therapy on marital commitment and communication patterns of couples with conflict. Methods: This semi-experimental study with a pre-test-post-test design, with a control group and one-month follow-up, was conducted. The statistical population included all conflicted couples referring to counseling centers (Dr. Hokmabadi, Lifestyle, Farhikhtegan, Rah-e Sabz, Rasa) in Mashhad during summer (July to September 2024). Using convenience sampling, 18 couples were selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (12 participants per group). Data were collected using the Adams and Jones (1997) Marital Commitment Questionnaire and the Christensen and Sullaway (1984) Communication Patterns Questionnaire. Bowen systemic therapy (1978) intervention was conducted in 8 two-hour sessions, and Minuchin structural therapy intervention was conducted in 9 weekly two-hour sessions. To examine between-group differences, multivariate repeated-measures analysis of variance was used. Results: Results showed that Bowen systemic therapy and Minuchin structural therapy were effective on marital commitment and communication patterns in conflicted couples. Also, no significant difference was observed between the effectiveness of Bowen systemic therapy and Minuchin structural therapy on marital commitment, while a significant difference was found in communication patterns of conflicted couples regarding demand/withdraw and mutual avoidance patterns. Conclusion: Overall, findings indicated that family therapy interventions based on systemic and structural approaches can, by improving family interactions, increasing couples' awareness of dysfunctional communication patterns, strengthening responsibility and mutual commitment, and enhancing communication skills, play an important role in reducing marital problems and improving the quality of couples' relationships.

Cite this article: Seraj Kermani H, Ghasemi Motlagh M, Ghavami B. A Comparison of the Effectiveness of Bowen's Systemic Therapy and Minuchin's Structural Therapy on Marital Commitment and Improvement of Communication Patterns among Couples with Marital Conflict. Journal of Modern Approaches in Education Management and Health Sciences. 2026; 03 (02): 80-96. [Doi: 10.22034/edus.2026.581288.1098](https://doi.org/10.22034/edus.2026.581288.1098)

Journal of New Approaches in Educational Management and Health Sciences is licensed under CC BY-NC 4.0.

| Web site: <https://www.eduhealthsci.ir> | Email: eduhealthsci@gmail.com.

© The Author(s).

| Publisher: Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Mazandaran Branch, Mazandaran, Iran.





Extended Abstract

Introduction

Marital conflicts are among the most significant challenges in the field of family psychology and mental health, as they can profoundly affect individual well-being, family stability, and the overall quality of marital life. In recent years, increasing attention has been paid to the role of emotional and communication factors in the emergence and persistence of marital conflicts. Among these factors, marital commitment and communication patterns are considered two fundamental components in either maintaining or undermining marital relationships. Marital commitment reflects the degree of dedication, responsibility, and willingness of partners to sustain their relationship, whereas communication patterns represent the ways couples interact, solve problems, and manage conflicts. Family therapy approaches, particularly systemic models, have gained considerable importance due to their focus on relational processes, interactional patterns, and family structure. Among these approaches, Bowen's systemic theory and Minuchin's structural family therapy are two of the most influential and widely applied models. Bowen's systemic therapy emphasizes concepts such as differentiation of self, reduction of multigenerational anxiety, emotional detachment from dysfunctional family processes, and the management of triangulation. Through these mechanisms, this approach helps couples separate emotional reactivity from rational thinking, thereby promoting emotional stability and improving relationship quality. In contrast, Minuchin's structural family therapy focuses on the organization of the family system, boundaries between subsystems, hierarchy of power, and dysfunctional interactional patterns. This approach intervenes directly in live family interactions and seeks to restructure dysfunctional relational patterns by strengthening boundaries, clarifying roles, and correcting hierarchical imbalances. In other words, while Bowen's approach primarily targets internal and intergenerational emotional processes, Minuchin's model emphasizes external, structural, and interactional change within the family system. Given these theoretical and practical differences, a comparative evaluation of the effectiveness of these two approaches can provide valuable insights into their relative contributions to improving marital commitment and communication patterns. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Bowen's systemic therapy and Minuchin's structural therapy on marital commitment and communication patterns among couples experiencing conflict, in order to determine whether one approach is superior or whether both are equally effective in enhancing marital functioning.

Methods

This semi-experimental study with a pre-test–post-test design, with a control group and one-month follow-up, was conducted. The statistical population included all conflicted couples referring to counseling centers (Dr. Hokmabadi, Lifestyle, Farhikhtegan, Rah-e Sabz, Rasa) in Mashhad during summer (July to September 2024). Using convenience sampling, 18 couples were selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (12 participants per group). Data were collected using the Adams and Jones (1997) Marital Commitment Questionnaire and the Christensen and Sullaway (1984) Communication Patterns Questionnaire. Bowen systemic therapy (1978) intervention was conducted in 8 two-hour sessions, and Minuchin structural therapy intervention was conducted in 9 weekly two-hour sessions. To examine between-group differences, multivariate repeated-measures analysis of variance was used.

Results

Results showed that Bowen systemic therapy and Minuchin structural therapy were effective on marital commitment and communication patterns in conflicted couples. Also, no significant difference was observed between the effectiveness of Bowen systemic therapy and Minuchin structural therapy on marital commitment, while a significant difference was found in communication patterns of conflicted couples regarding demand/withdraw and mutual avoidance patterns.

Conclusion

The findings of the present study indicated that both Bowen's systemic therapy and Minuchin's structural therapy are effective in improving marital commitment and communication patterns among couples experiencing conflict. This suggests that family therapy interventions grounded in systemic frameworks, despite differences in theoretical orientation and therapeutic techniques, can ultimately contribute to enhancing the quality of marital relationships. Bowen's systemic therapy enhances marital functioning through increasing differentiation of self, reducing emotional reactivity, managing chronic anxiety, and minimizing triangulation within family systems. These intrapsychic and interpersonal changes enable couples to respond more rationally and less impulsively in conflict situations, thereby strengthening emotional stability and increasing marital commitment. Furthermore, improved emotional regulation and reduced intergenerational



emotional pressures contribute significantly to healthier communication patterns. On the other hand, Minuchin's structural therapy directly targets the family organization by restructuring boundaries, correcting hierarchical imbalances, and modifying dysfunctional interactional sequences. By creating clearer roles, eliminating dysfunctional coalitions, and promoting healthier interactions, this approach facilitates more adaptive communication patterns among couples. Consequently, improvements in everyday interactions and relational clarity indirectly enhance marital commitment. The absence of a significant difference between the two approaches in improving marital commitment suggests that commitment is a multidimensional construct influenced by emotional, cognitive, structural, and cultural factors. Both therapeutic models, although different in mechanisms, appear to strengthen commitment through distinct yet complementary pathways. However, differences observed in communication patterns indicate that therapeutic approaches may have varying levels of effectiveness depending on the specific dimension of marital functioning being addressed. In general, the results suggest that both Bowen and Minuchin approaches are effective therapeutic tools for improving marital relationships. The choice between these interventions may depend on the nature of the problem, couple characteristics, and cultural context. Moreover, an integrative application of both models may yield even greater therapeutic benefits in certain cases. These findings can provide valuable guidance for family therapists and counselors in selecting appropriate intervention strategies and designing more effective treatment programs for couples experiencing conflict.

Ethical Considerations

Ethical considerations in this study included providing written information about the research to the participants, assuring them of the confidentiality of their information and its use solely for research purposes, emphasizing the voluntary nature of participation, and obtaining written informed consent from all participants. It should be noted that the present study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Bojnourd Branch, under the ethics code IR.IAU.BOJNOURD.REC.1404.029.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency.

Authors' contribution

Conceptualization, Mehdi Ghasemi Motlagh; Methodology, Hamid Seraj Kermani; Analysis, Mehdi Ghasemi Motlagh; Investigation, Barat Ali Ghavami; Data Curation, Mehdi Ghasemi Motlagh; Writing - Original Draft Preparation, Mehdi Ghasemi Motlagh; Supervision, Hamid Seraj Kermani; Project Administration, Mehdi Ghasemi Motlagh.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest regarding this article.

Acknowledgments

The authors extend their sincere gratitude to all participants and collaborators for their involvement in every stage of this study.



مقایسه اثربخشی درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین بر تعهد زناشویی و بهبود الگوهای

ارتباطی زوجین دارای تعارض

حمید سراج کرمانی^۱، مهدی قاسمی مطلق^۲، براتعلی قوامی^۳

۱. گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. رایانامه: ha.serajkermani@iau.ir

۲. نویسنده مسئول، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. رایانامه: mehdi.gasemi@iau.ac.ir

۳. گروه مشاوره، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران. رایانامه: 0871828332@iau.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	مقدمه: استفاده از رویکردهای خانواده درمانی مؤثر، از جمله درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین، می تواند نقش مهمی در بهبود روابط زوجین و ارتقای کیفیت زندگی زناشویی ایفا کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین بر تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی زوجین دارای تعارض انجام شد.
تاریخ دریافت:	۱۴۰۴/ ۱۲/ ۱۳
تاریخ بازنگری:	۱۴۰۵/ ۰۱/ ۲۰
تاریخ پذیرش:	۱۴۰۵/ ۰۳/ ۲۸
تاریخ انتشار:	۱۴۰۵/ ۰۴/ ۰۶
کلیدواژه ها:	یافته ها: نتایج نشان داد که درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین بر تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی در زوجین دارای تعارض مؤثر می باشد. همچنین بین اثربخشی درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین بر تعهد زناشویی تفاوت معناداری مشاهده نشد و در الگوهای ارتباطی زوجین دارای تعارض بر الگوهای ارتباطی (زن کناره گیر/مرد متوقع و اجتناب متقابل) تفاوت معناداری وجود داشت.
درمان سیستمی بوئن، درمان ساختاری مینوچین، تعهد زناشویی، الگوهای ارتباطی.	نتیجه گیری: به طور کلی، یافته های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر رویکردهای سیستمی و ساختاری می توانند با اصلاح تعاملات خانوادگی، افزایش آگاهی زوجین نسبت به الگوهای ارتباطی ناکارآمد، تقویت مسئولیت پذیری و تعهد متقابل، و ارتقای مهارت های ارتباطی، نقش مهمی در کاهش مشکلات زناشویی و بهبود کیفیت روابط زوجین ایفا کنند.

استناد: سراج کرمانی، حمید؛ قاسمی مطلق، مهدی؛ قوامی، براتعلی. مقایسه اثربخشی درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین بر تعهد زناشویی و بهبود الگوهای

ارتباطی زوجین دارای تعارض. نشریه رویکردهای نوین در مدیریت آموزش و علوم سلامت. ۱۴۰۵؛ ۰۳ (۰۲): ۸۰-۹۶. Doi: 10.22034/edus.2026.581288.1098



دسترسی به این نشریه علمی، رایگان است و حق مالکیت فکری خود را بر اساس لایسنس کرییتیو کامنز (CC BY-NC 4.0) به نویسندگان واگذار کرده است.

| آدرس نشریه: <https://www.eduhealthsci.ir> | ایمیل: eduhealthsci@gmail.com

ناشر: جهاد دانشگاهی واحد استان مازندران.

مقدمه

ازدواج به عنوان یکی از مهم ترین روابط اجتماعی، نقشی اساسی در ثبات روانی و اجتماعی افراد ایفا می کند (۱). این رابطه که مبتنی بر صمیمیت، تعهد و تعامل پایدار میان دو نفر شکل می گیرد، زمانی کارآمد و رضایت بخش است که زوجین بتوانند در مواجهه با چالش ها و تنش های روزمره، از مهارت های ارتباطی مؤثر و باورهای سازگارانه بهره مند شوند (۲). از این رو پایداری ازدواج از مهم ترین مسائلی است که در سلامت عمومی فرد، خانواده و جامعه نقش مهمی ایفا می کند. این پایداری می تواند از طریق مشکلات زناشویی به خطر بیفتد؛ و در طول رشد رابطه زناشویی، گاهی ممکن است بسیاری عوامل دست به دست یکدیگر داده و باهم ترکیب شوند و موجبات ایجاد بسیاری از مشکلات در زوجین را فراهم سازند که در نهایت به تعارض می انجامد (۳).

تعارض زناشویی یکی از بحران های خانوادگی و اجتماعی است که در بسیاری از موارد موجب عدم تعادل خانواده گشته و به عنوان یکی از حوادث تنش زا، ثبات خانواده را درهم شکسته و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اعضای آن را تهدید می کند و با تأثیرگذاری بر کیفیت زندگی زوجین و رضایت زناشویی آن ها می تواند سبب بروز طلاق و سایر آسیب های اجتماعی شود (۴). می توان اظهار داشت، یک ازدواج سالم مستلزم چندین عنصر از جمله صمیمیت، تعهد، رضایت و ارتباط و همچنین عدم وجود عناصری مانند خشونت و خیانت است و اساسی ترین و ضروری ترین عناصر- شناخت، اعتماد و لذت بردن از یکدیگر- باید در اولویت قرار گیرند (۵)؛ تنها پس از استقرار این پایه های محکم، یک رابطه می تواند واقعاً رشد و شکوفا کند. بنابراین با توجه به اینکه ازدواج و تشکیل خانواده یکی از مراحل حساس زندگی محسوب می شود و به عنوان اولین تعهد عاطفی و پیوند قانونی بین یک زن و مرد شناخته می شود، این پیوند سه رکن اساسی جذابیت، تعهد و تفاهم را دربرمی گیرد (۶). در این میان تعهد زناشویی به عنوان دومین عامل مهم، نقش ثبات و حفظ زندگی زناشویی را بر عهده دارد (۷). به طوری که اگر یکی از زوجین تعهد زناشویی را نقض کند، احتمال طلاق و جدایی افزایش می یابد و پایدارترین و نیرومندترین عامل پیش بینی ثبات در ازدواج است (۸).

تعهد زناشویی قوی ترین و پایدارترین عامل پیش بینی کننده ثبات رابطه زناشویی است که مسئولیت، وفاداری و وظیفه را شامل می شود. فقدان تعهد زناشویی بر فرد، خانواده و جامعه تأثیر منفی می گذارد (۹). همچنین نتایج پژوهش ها نیز نشان می دهد که هرچه سطوح تعهد زناشویی پایین تر باشد، مشکلات و تعارضات زوجین نیز بیشتر می شود. بنابراین، تعهد زناشویی به عنوان یک مؤلفه کلیدی در رشد و ثبات روابط زناشویی شناخته می شود که منعکس کننده ماهیت وابستگی هر یک از طرفین به روابط زناشویی است و عنصر مهمی در ثبات و انسجام هر ازدواج محسوب می شود که منعکس کننده دیدگاه بلندمدت زوجین نسبت به ازدواجشان است و ماهیت وابستگی هر یک از زوجین را در روابط زناشویی نشان می دهد (۱۰).

از طرفی دیگر، از آنجا که خانواده سیستم ارتباطی منحصربه فردی است که فراتر از سایر روابط است، الگوهای ارتباطی بر سلامت جسمانی و سلامت روان اعضای خانواده اثر چشمگیری دارد. الگوهای ارتباطی به مجموعه ای از سبک ها و شیوه های کلامی و غیر کلامی گفته می شود که نه تنها باعث رشد در مسیر درک متقابل، همدلی و حل و فصل تعارض ها هستند، بلکه با جلوگیری از سوء تفاهم و افزایش تنش، به افزایش کیفیت تعاملات زوجین کمک می کنند (۱۱). الگوهای ارتباطی ناکارآمد معمولاً به شکل واکنش های تدافعی، کناره گیری، بی توجهی، سرزنش، تهدید، یا ناتوانی در بیان هیجانات و نیازها بروز پیدا می کنند. مطالعات متعدد نشان داده اند که استفاده مداوم از الگوهای ارتباطی ناکارآمد، همبستگی بالایی با هیجانات منفی شدید و همچنین کاهش شدید توانمندی زوجین در حل تعارض و گفت و گوی سازنده دارد (۱۲). با توجه به نقش بنیادین تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی در بروز و تداوم تعارض های زناشویی، ضرورت بهره گیری از مداخلات روان شناختی مبتنی بر شواهد، به ویژه در قالب رویکردهای ساختاریافته و علمی، بیش از پیش احساس می شود (۱۳). رویکرد اصلی که در این پژوهش

به آن پرداخته می‌شود، رویکرد سیستمی بوئن و رویکرد ساختاری مینوچین است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند درمان سیستمی و درمان ساختاری بر تعارضات زناشویی مؤثر هستند (۱۴).

خانواده‌درمانی ساختاری بر پویایی خانواده تمرکز دارد و درمانگر با «پیوستن» به خانواده به‌عنوان عامل تغییر، نقشی فعال را بر عهده می‌گیرد. بر اساس خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین (Minuchin) (۲۰۱۸)، نشانه مشکل فرد زمانی که در بافت الگوی تعاملی خانواده ارزیابی شود، بهتر قابل درک است و برای رفع مشکل باید در ساختار یا سازمان خانواده تغییر صورت گیرد (۱۵). فرض مهم رویکرد ساختاری این است که هر خانواده یک ساختار دارد و این ساختار زمانی که خانواده در شرایط واقعی قرار داشته باشد، شناخته می‌شود (۱۶). به عبارت دیگر، ساختار مجموعه‌ای نامرئی و پنهان از نقش‌هاست که اعضای خانواده از آن طریق با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و مینوچین منشأ اختلال در کارکرد سیستم خانواده را در این سه مقوله مرزها، سلسله‌مراتب و زیرمنظومه‌ها جست‌وجو می‌کند و مرزهای دارای ابهامی که بین زوجین وجود دارد، تعارض را شکل می‌دهد (۱۷). بنابراین، اهداف خانواده‌درمانی ساختاری، روشن ساختن مرزها، زیرمنظومه‌ها و سلسله‌مراتب قدرت در درون خانواده (همچنین نیروهای بیرونی اجتماعی که بر خانواده وارد می‌شوند) و سازمان‌دهی مجدد خانواده به‌عنوان ساختاری با کارکرد بیشتر است (۱۸).

همچنین یکی از مداخلات تأثیرگذار در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی، مداخله خانواده‌درمانی بوئن است. در این مداخله، خانواده یک واحد عاطفی و گستره‌ای از روابط درهم‌تنیده تلقی می‌شود و در این رویکرد، خانواده زمانی درک خواهد شد که از دیدگاه چارچوب چندنسلی استفاده شود و آن را بر این اساس تحلیل نماید. بوئن روابط زناشویی را در شرایط رضایت‌بخش می‌داند که فاقد علائم مرضی باشد (۱۹). هدف اصلی بوئن برای ایجاد روابط زناشویی موفق این است که زوجین را ترغیب کند تا بالاترین حد ممکن از تمایز را به وجود آورند. در مطالعات پیشین نیز اثربخشی درمان سیستمی بوئن بر بهبود عوامل مرتبط با تعارضات زوجین مورد تأیید قرار گرفته است. با توجه به اهمیت حفظ جایگاه خانواده، پرداختن به مؤلفه‌هایی که در زندگی روزمره زوجین نقش مهمی ایفا می‌کنند، دارای اهمیت است. علت مقایسه درمان‌های خانواده‌درمانی بوئن و مینوچین بدین دلیل بود که رویکرد مراقبت کنترل‌شده که در دهه‌های اخیر در زمینه این خدمات در کشورهای پیشرفته شکل گرفته است، ناظر بر کاهش هزینه‌های درمانی می‌باشد و با توجه به اینکه پژوهش‌های اندکی بر اثربخشی درمان‌های سیستمی و ساختاری بر تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی پرداخته‌اند، لذا اقدام به مقایسه رویکردهای درمانی از میان درمان‌های گوناگون، کاراترین و درعین‌حال کم‌هزینه‌ترین درمان را انتخاب می‌کند. از میان درمان‌های فعلی برای بهبود الگوهای ارتباطی و حل تعارضات زناشویی، حتی تعارضات ناشی از تعهد زناشویی، رویکرد خانواده‌محور بوئن و ساختاری مینوچین حائز اهمیت بیشتری می‌باشد. از این‌رو اجرای پژوهش حاضر می‌تواند راهبردهای درمانی مؤثری برای مشاوران و درمانگران خانواده و همچنین سازمان‌های آموزش‌دهنده و سیاست‌گذار در حوزه خانواده و زوجین ایجاد کند. با عنایت به مطالب ذکرشده، پژوهش حاضر به‌دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که: آیا اثربخشی درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین بر تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی زوجین دارای تعارض شهر مشهد متفاوت است؟

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود که یک‌ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری از هر سه گروه به عمل آمد. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1404.029 در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد به

تصویب رسید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین دارای تعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در فصل تابستان (تیر لغایت شهریور ۱۴۰۳) بود که مراکز دکتر حکم آبادی، سبک زندگی، فرهیختگان، راه سبز، رسا انتخاب شدند. با توجه به اینکه نوع روش مداخله درمان گروهی می باشد، حجم نمونه برای هر گروه ۱۲ نفری (۶ زوج) بود. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و براساس نمره پرسشنامه تعارض زناشویی ثنایی و براتی (۱۳۸۲)، ۳۶ نفر از افراد دارای تعارض زناشویی که دارای ملاک های ورود و خروج بودند، نمونه آماری را تشکیل دادند. این ۹۰ نفر به طور تصادفی در ۳ گروه ۱۲ نفره (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. در این طرح برای گروه اول، درمان سیستمی بوئن و برای گروه دوم، درمان ساختاری مینوچین به عنوان متغیر مستقل اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت هیچ گونه درمانی دریافت ننمود.

معیارهای ورود در این مطالعه شامل داشتن تشخیص تعارض زناشویی بر اساس اعلام مسئول فنی مرکز مشاوره، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۴۸ سال، حداقل مدت ازدواج ۲ سال، عدم شرکت همزمان در برنامه های درمانی (دارویی و غیردارویی) دیگر در طی اجرای پژوهش، رضایت آگاهانه و شرکت داوطلبانه در پژوهش، نداشتن اختلالات بالینی دیگر (سایکوتیک و اعتیاد) بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، شرکت در برنامه های درمانی دیگر بطور همزمان با این طرح، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی این طرح پژوهشی بود. ابزار گردآوری داده ها، شامل پرسشنامه های بود:

پرسشنامه تعهد زناشویی آدامز و جونز (۱۹۹۷): ابزاری ۴۴ سوالی است که توسط آدامز و جونز در سال (۱۹۹۷) به منظور ارزیابی تعهد زناشویی ساخته شده است. در این آزمون از شرکت کنندگان خواسته می شود براساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای از یک (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر گویه مشخص کنند. در پژوهشی که آدامز و جونز (۲۰۰۰) انجام دادند پایایی این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۹ گزارش نمودند و روایی محتوایی آن را تأیید کردند. در ایران نیز در پژوهشی که نیازی (۱۳۹۸) انجام داد پایایی این پرسشنامه را به روش تصنیف برابر با ۰/۹۱ گزارش نمود. شاه سیاه و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار این پرسشنامه را تأیید کرده اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمده است.

پرسشنامه الگوهای ارتباطی کریستنسن و سولاوای (Christensen & Sullaway) (۱۹۸۴): این مقیاس یک ابزار ۳۵ آیتمی است که ارتباط زوجین را مورد بررسی قرار می دهد و زوجین براساس تصور سبک ارتباطی خود، پاسخ دهندگان مطابق یک مقیاس ۹ درجه ای از اصلاً امکان ندارد (۱) تا خیلی امکان دارد (۹) به سوالات پاسخ می دهند. این پرسشنامه در برگیرنده پنج حوزه است: ارتباط سازنده متقابل، اجتناب متقابل، الگوی ارتباطی زن-طالبکار/مرد-بدهکار، الگوی ارتباطی مرد-طلبکار/زن بدهکار و کناره گیری متقابل. پرسشنامه توسط عبادت پور (۱۳۷۹) ترجمه و هنجاریابی شده است. هیوی، کریستنسن و مالمات (۱۹۹۵) میزان ثبات درونی برای زیر مقیاس ارتباط سازنده متقابل را به دست آوردند. آلفای کرونباخ برای مردان و زنان در این زیر مقیاس ۰/۸۴ و ۰/۸۱ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمده است.

در پژوهش حاضر ساختار و محتوای جلسات درمان سیستمی بوئن (۱۹۷۸) و درمان ساختاری مینوچین (۱۹۷۴) بر اساس کتاب خانواده و خانواده درمانی گلدنبرگ و گلدنبرگ (۲۰۰۵) ترجمه مهرداد فیروزبخت انجام شد. پروتکل درمان سیستمی بوئن (۱۹۷۸) در ۸ جلسه دوساعته به صورت هفتگی (جدول شماره ۱) و درمان مبتنی بر درمان ساختاری مینوچین در این پژوهش هم شامل آموزش ۹ جلسه دوساعته به صورت هفتگی بود (جدول شماره ۲).

جدول ۱- ساختار و محتوای درمان سیستمی بوئن (۱۹۷۸)

جلسه اول: آشنایی با اعضا، کمک به درک مشکل، عوامل مؤثر با مشکل و تأثیر آن بر خانواده
جلسه دوم: ارزیابی خانواده، ترسیم ژنوگرام اعضا و بررسی الگوهای آن‌ها
جلسه سوم: آشنایی و کار بر روی تمایز یافتگی و توضیح در مورد جدایی افکار از احساس و جدایی فرد از خانواده، ارزیابی افراد در این خصوص
جلسه چهارم: آشنا کردن اعضا با مفهوم هم‌وابستگی و چگونگی بهبودی در آن
جلسه پنجم: آشنایی زوجین با مفهوم مثلث‌سازی و نظام عاطفی خانواده هسته‌ای و تأثیر آن‌ها در ایجاد و تداوم مشکل
جلسه ششم: آشنایی خانواده با مفاهیم فراقلمی خانوادگی و گسلس عاطفی و تأثیر آن‌ها در مشکلات خانواده
جلسه هفتم: آشنایی اعضا با وضعیت همشیرها و فرایند انتقال بین نسلی
جلسه هشتم: مروری بر تمام جلسات و راهبردهای نهایی برای بهبود وضعیت و اجرای پس آزمون

جدول ۲- جلسات درمانی رویکرد ساختاری مینوچین

جلسه اول: آشنایی و معارفه اعضا، بیان اهداف جلسات و ایجاد قرارداد شفاهی بین اعضا انجام ارزیابی اولیه
جلسه دوم: بیان کلیات درمان ساختاری و مفاهیم تاب آوری و رضایت زناشویی
جلسه سوم: به نمایش گذاشتن وضعیت غالب خانواده‌ها و معرفی زیر منظومه‌ها
جلسه چهارم: آموزش فنون خانواده درمانی و انجام الگوهای مراوده‌ای
جلسه پنجم: بیان الگوهای مراوده‌ای رایج و مثلث‌های موجود حول مشکلات خانواده
جلسه ششم: بیان مرزهای موجود در خانواده و حمایت کل اعضای خانواده از همدیگر
جلسه هفتم و هشتم: بازسازی خانواده
جلسه نهم: اجرای آزمون‌های تاب آوری و رضایت زناشویی در مرحله پس آزمون، ختم جلسات و تعیین وقت جلسه‌ی پیگیری

در این پژوهش جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره عاملی با در نظر گرفتن عامل درون گروهی (آزمون) و بین گروهی (عضویت گروهی) استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری با نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گردید.

یافته‌ها

در **جدول شماره ۳** به بررسی توصیفی داده‌ها پرداخته شد و نتایج نشان می‌دهد که در پس آزمون و پیگیری ابعاد انسجام در خانواده، آزمودنی‌های گروه‌های درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل میانگین بیشتری دارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در هر دو گروه درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین میانگین نمرات از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری افزایش داشته است. اما از پس آزمون به پیگیری نمرات آزمودنی‌های این گروه‌ها تغییر چشمگیری نداشته است.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی تعهد زناشویی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تعهد زناشویی	درمان سیستمی بوئن	۹۷/۳۳	۶/۲۲	۱۱۴/۸۰	۶/۱۶	۱۰۷/۳۳	۵/۶۷
	درمان ساختاری مینوچین	۹۵/۴۰	۴/۵۳	۱۲۱/۷۰	۶/۹۹	۱۲۱/۴۰	۵/۱۸
	کنترل	۹۴/۸۷	۵/۶۲	۸۷/۳۰	۴/۶۹	۸۵/۷۰	۴/۷۷

نتایج **جدول شماره ۴** نشان دهنده آن است که در پس آزمون و پیگیری میانگین ابعاد الگوهای ارتباطی آزمودنی‌های گروه‌های درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل تغییر داشته است. مقایسه میانگین‌ها

همچنین گویای آن است که در هر دو گروه درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین میانگین نمرات الگوی ارتباطی سازنده از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است. اما از پس آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری در میانگین نمرات این گروه‌ها ایجاد نشده است. و در نمرات زن کناره گیر/مرد متوقع، مرد کناره گیر/زن متوقع، اجتناب متقابل و تنش عمومی از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است. اما از پس آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری در میانگین نمرات این گروه‌ها ایجاد نشده است.

جدول ۴- شاخص‌های توصیفی الگوهای ارتباطی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
الگوی ارتباطی سازنده	درمان سیستمی بوئن	۱۵/۹۳	۵/۴۳	۲۵/۰۰	۷/۸۳	۶/۹۲
	درمان ساختاری مینوچین	۱۵/۵۳	۵/۰۰	۲۳/۰۷	۷/۳۶	۷/۴۳
	کنترل	۱۴/۹۰	۴/۷۸	۱۵/۶۳	۵/۵۶	۵/۵۸
زن کناره گیر/مرد متوقع	درمان سیستمی بوئن	۴۷/۳۷	۷/۱۸	۴۰/۴۳	۶/۹۷	۷/۲۴
	درمان ساختاری مینوچین	۵۱/۶۰	۸/۲۷	۴۲/۶۳	۵/۳۷	۷/۳۱
	کنترل	۵۱/۴۰	۷/۶۸	۴۸/۵۰	۷/۲۷	۸/۵۰
مرد کناره گیر/زن متوقع	درمان سیستمی بوئن	۵۴/۵۰	۶/۸۲	۴۳/۵۳	۸/۶۶	۸/۱۵
	درمان ساختاری مینوچین	۵۱/۷۰	۵/۹۷	۴۲/۲۰	۸/۱۸	۷/۵۲
	کنترل	۵۲/۷۷	۶/۴۲	۵۴/۲۰	۶/۸۴	۷/۴۵
اجتناب متقابل	درمان سیستمی بوئن	۳۵/۵۷	۶/۳۶	۲۹/۰۰	۵/۴۵	۵/۷۹
	درمان ساختاری مینوچین	۳۲/۱۷	۶/۳۹	۲۷/۲۰	۵/۲۳	۵/۹۵
	کنترل	۳۴/۶۰	۵/۹۴	۳۲/۵۷	۸/۱۷	۷/۱۲
تنش عمومی	درمان سیستمی بوئن	۶۸/۵۰	۷/۰۵	۵۶/۸۳	۳/۹۸	۴/۸۰
	درمان ساختاری مینوچین	۶۶/۱۷	۷/۴۷	۵۶/۸۷	۴/۸۱	۵/۳۶
	کنترل	۶۸/۰۷	۵/۹۱	۶۹/۷۷	۷/۱۷	۶/۸۶

نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی بهنجاری بودن توزیع متغیرها نشان دهنده بهنجاری بودن توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها بود ($P > 0.05$). نتایج آزمون لوین برابری همگنی واریانس‌ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان از برابری واریانس‌های گروه‌ها داشت ($P > 0.05$). آزمون ام.باکس نیز نشان داد که همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای و تعهد زناشویی ($P > 0.05$)، $F = 1.15$ ، $Box' M = 94.51$) و ابعاد الگوهای ارتباطی ($P > 0.05$)، $F = 0.93$ ، $Box' M = 155.01$) محقق شده است. مفروضه کرویت در خصوص متغیر تعهد زناشویی محقق شده است ($P > 0.05$) اما در متغیر الگوهای ارتباطی مفروضه کرویت تنها در خصوص متغیر خرده مقیاس تنش عمومی محقق نشده است ($P < 0.05$) بنابراین، از اصلاح اسپیلن گرین هاوسگیزر برای برآورد تفاوت‌ها در این متغیر استفاده شد و در سایر خرده مقیاس‌ها مفروضه کرویت محقق شده است ($P > 0.05$)؛ اما در خصوص متغیر آزمون لامبدای ویلکز در خصوص مراحل آزمون برحسب عضویت گروهی و تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار است ($P < 0.05$). در ادامه از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چندمتغیره عاملی استفاده شد. نتایج همچنین در خصوص الگوهای ارتباطی نشان می‌دهد که آزمون لامبدای ویلکز در خصوص مراحل آزمون معنادار است ($P < 0.01$). اما بر حسب عضویت گروهی و تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار نیست ($P > 0.05$)؛ و در متغیر تعهد زناشویی جدول فوق نشان می‌دهد که آزمون لامبدای ویلکز در خصوص مراحل آزمون و بر حسب عضویت گروهی معنادار است ($P < 0.01$). اما

براساس تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار نیست ($P > 0/05$). نتایج آزمون چندمتغیره بودن در جدول شماره ۵ آورده شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون چندمتغیره برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی در الگوهای ارتباطی و تعهد زناشویی

متغیرها	منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	سطح معناداری	مجذوراتای سهمی
الگوهای ارتباطی	آزمون	۰/۲۴	۲۲/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰
	عضویت گروهی	۰/۸۲	۲/۳۵	۰/۰۵۳	۰/۱۷
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۹۱	۰/۹۹	۰/۴۴	۰/۰۴
تعهد زناشویی	آزمون	۰/۶۲	۱۶/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷
	عضویت گروهی	۰/۶۲	۱۶/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۹۳	۱/۹۱	۰/۱۵	۰/۰۶

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای تعهد زناشویی ابعاد الگوهای ارتباطی در جدول ۶ نشان می‌دهد که در متغیرهای تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی میان دو گروه درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین در ابعاد بر حسب آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). اما بر حسب عضویت گروهی تنها در زن کناره گیر/مرد متوقع و اجتناب متقابل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$) و در اثر تعامل آزمون و عضویت گروهی تفاوت‌ها معنادار نیست ($P < 0/05$)؛ و در تعهد زناشویی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/01$). در اثر تعامل آزمون و عضویت گروهی اندازه اثر درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین بر ابعاد الگوهای ارتباطی از ۰/۰۰۴ تا ۰/۰۱ در تغییر است و در تعهد زناشویی بر ۰/۰۳ است.

جدول ۶- بررسی تفاوت‌های بین گروهی در ابعاد الگوهای ارتباطی و تعهد زناشویی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتای سهمی
الگوی ارتباطی سازنده	آزمون	۲۹۸۸/۳۰	۲	۱۴۹۴/۱۵	۳۱/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵
	عضویت گروهی	۱۳/۳۸	۱	۱۳/۳۸	۰/۹۳	۰/۳۳	۰/۰۱
	آزمون × عضویت گروهی	۲۲/۰۷	۲	۱۱/۰۳	۰/۲۳	۰/۷۹	۰/۰۰۴
زن کناره گیر/مرد متوقع	آزمون	۲۱۵۴/۴۷	۲	۱۰۷۷/۲۳	۲۲/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸
	عضویت گروهی	۷۶/۳۱	۱	۷۶/۳۱	۴/۰۷	۰/۰۴	۰/۰۱
	آزمون × عضویت گروهی	۱۱۴/۱۴	۲	۵۷/۰۷	۱/۱۹	۰/۳۰	۰/۰۲
مرد کناره گیر/زن متوقع	آزمون	۳۸۶۹/۸۱	۲	۱۹۳۴/۹۰	۴۰/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
	عضویت گروهی	۱۸/۱۵	۱	۱۸/۱۵	۰/۷۰	۰/۴۰	۰/۰۱
	آزمون × عضویت گروهی	۱۰۰/۲۳	۲	۵۰/۱۱	۱/۰۳	۰/۳۵	۰/۰۱
اجتناب متقابل	آزمون	۱۱۶۸/۴۷	۲	۵۸۴/۲۳	۱۵/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱
	عضویت گروهی	۵۵/۴۲	۱	۵۵/۴۲	۵/۷۴	۰/۰۲	۰/۰۹
	آزمون × عضویت گروهی	۶۰/۵۴	۲	۳۰/۲۷	۰/۸۰	۰/۴۴	۰/۰۱
تنش عمومی	آزمون	۵۰۷۹/۲۳	۱/۷۲	۲۹۴۲/۷۱	۷۴/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
	عضویت گروهی	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۰۱
	آزمون × عضویت گروهی	۱۵۶/۴۷	۱/۷۲	۹۰/۶۵	۲/۲۸	۰/۱۱	۰/۰۳
تعهد زناشویی	آزمون	۱۶۳۵۹/۲۱	۲	۸۱۷۹/۶۰	۱۴/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۰
	عضویت گروهی	۶۰۳/۷۸	۱	۶۰۳/۷۸	۰/۹۱	۰/۳۴	۰/۰۱
	آزمون × عضویت گروهی	۱۹۲۶/۹۴	۲	۹۶۳/۴۷	۱/۷۶	۰/۱۷	۰/۰۳

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون و گروه‌ها در **جدول ۷** آورده شده است که نشان می‌دهد متغیرهای تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی در گروه‌های درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها تغییر یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). در هر دو گروه از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/05$).

جدول ۷- آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون- پس		پیش آزمون- پیگیری		پس آزمون- پیگیری	
		اختلاف	سطح	اختلاف	سطح	اختلاف	سطح
الگوی ارتباطی سازنده	درمان سیستمی بوئن	-۹/۰۶	۰/۰۰۰۱	-۹/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۰۶	۱/۰۰
	درمان ساختاری مینوچین	-۷/۵۳	۰/۰۰۰۱	-۸/۹۰	۰/۰۰۰۱	-۱/۳۶	۱/۰۰
زن کناره گیر/مرد متوقع	درمان سیستمی بوئن	۶/۹۳	۰/۰۰۱	۴/۵۶	۰/۰۴۸	-۲/۳۶	۰/۵۷
	درمان ساختاری مینوچین	۸/۹۶	۰/۰۰۰۱	۸/۴۶	۰/۰۰۰۱	-۰/۵۰	۱/۰۰۰
مرد کناره گیر/زن متوقع	درمان سیستمی بوئن	۱۰/۹۶	۰/۰۰۰۱	۱۱/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳	۱/۰۰۰
	درمان ساختاری مینوچین	۹/۵۰	۰/۰۰۰۱	۷/۵۶	۰/۰۰۰۱	-۱/۹۳	۰/۹۵
اجتناب متقابل	درمان سیستمی بوئن	۶/۵۶	۰/۰۰۰۱	۶/۳۶	۰/۰۰۱	-۰/۲۰	۱/۰۰
	درمان ساختاری مینوچین	۴/۹۶	۰/۰۰۷	۳/۵۳	۰/۰۴۷	-۱/۴۳	۱/۰۰۰
تنش عمومی	درمان سیستمی بوئن	۱۱/۶۶	۰/۰۰۰۱	۱۴/۲۰	۰/۰۰۰۱	۲/۵۳	۰/۱۱
	درمان ساختاری مینوچین	۹/۳۰	۰/۰۰۰۱	۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰۰
تعهد زناشویی	درمان سیستمی بوئن	-۱۷/۴۷	۰/۰۱۲	-۱۵/۰۰	۰/۰۲	۷/۴۶	۰/۷۵
	درمان ساختاری مینوچین	-۲۶/۳۰	۰/۰۰۰۱	-۲۶/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰	۱/۰۰

مقایسه‌های بین گروهی در پس آزمون و پیگیری با آزمون تعقیبی بن فرونی در **جدول ۸** انجام شده است که نتایج آن نشان می‌دهد بر حسب مقایسه دو گروهی، تفاوت میانگین روش درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین تنها در زن کناره گیر/مرد متوقع و اجتناب متقابل معنادار است ($P < 0/05$)؛ و در سایر متغیرها تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$) بر این اساس فرضیه پژوهش حاکی از تفاوت دو روش مداخله بر کنترل درد تأیید می‌شود.

جدول ۸- مقایسه میانگین تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین

متغیرها	گروه مینا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	P
الگوی ارتباطی سازنده	درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین	۰/۹۴	۰/۳۳
زن کناره گیر/مرد متوقع	درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین	-۲/۲۵	۰/۰۴
مرد کناره گیر/زن متوقع	درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین	۱/۱۰۰	۰/۴۰
اجتناب متقابل	درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین	۱/۹۲	۰/۰۲
تنش عمومی	درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین	۰/۰۲	۰/۹۷
تعهد زناشویی	درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین	-۶/۶۴	۰/۳۴

بحث

نتایج نشان داد که درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین بر تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی مؤثر بودند و تنها در بعد زن کناره گیر/مرد متوقع (درمان ساختاری اثربخشی بیشتری را نشان می‌دهد) و اجتناب متقابل (درمان سیستمی

اثربخشی بیشتری را نشان می‌دهد) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند. این یافته با نتایج مطالعات شیفا (Shifaw) و همکاران (۲۰۲۲) (۳)، مایا (Maya) (۲۰۲۴) (۱۷) و کالاتراوا (Calatrava) و همکاران (۲۰۲۲) (۳) همسو بوده است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت در زوجین دارای تعارض، زوج‌ها به‌جای مشکل، یکدیگر را مورد حمله قرار می‌دهند و هر یک از زوج‌ها از اظهار نظرهای بسیار منفی علیه دیگری استفاده می‌کنند تا از طریق سرزنش و انتقاد، دیگری را تحت نفوذ خود درآورند (۱۹). زوجینی که در طول زندگی زناشویی خود آسیب‌ها و تردیدهای هیجانی بسیاری را تجربه می‌کنند، این آسیب‌ها می‌تواند وارد ریشه‌های ناهشیار یا نیمه‌هوشیار ذهنی فرد شده و بر رفتار فرد به‌صورت غیرمستقیم تأثیر گذارد و در خانواده‌درمانی سعی بر این است که با ایجاد و حفظ روابط صمیمانه و ارضای نیازهای عاطفی و روانی در جریان روابط زناشویی، به رشد سلامت روان فردی، کسب نگرش‌های منطقی جدید، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های زندگی و شفاف‌سازی وظایف خاص هر یک از زوجین دست یابند (۴).

در تبیین اثربخشی درمان سیستمی بوئن بر الگوهای ارتباطی زوجین متعارض می‌توان گفت؛ الگوی تقاضا-کناره‌گیری زمانی پدید می‌آید که یک نفر اضطراب درونی بیشتری دارد (فشار، مطالبه‌گری، کنترل) و نفر دیگر اضطراب موقعیتی بیشتری دارد (اجتناب، عقب‌نشینی). بوئن این چرخه را نه به‌عنوان «مهارت ضعیف»، بلکه به‌عنوان تظاهرات اضطراب مزمن و تمایز پایین می‌بیند (۱۳). براساس سه عامل کلیدی بوئن، این الگو شامل ادغام هیجانی (فرد تقاضاکننده نمی‌تواند مرز هیجانی بگذارد)، واکنش‌پذیری هیجانی (هر تنش کوچک باعث پاسخ‌های شدید می‌شود) و مثلث‌سازی (کناره‌گیر به حمایت بیرونی پناه می‌برد) می‌باشد. بوئن با افزایش تمایز و کاهش مثلث‌ها باعث می‌شود فرد تقاضاکننده بتواند هیجان را تنظیم کند (شدت فشارش کم می‌شود) و فرد کناره‌گیر کمتر احساس تهدید کند (می‌تواند در تعامل بماند) (۳). همچنین زوجین «خود» را از «هیجان» جدا می‌کنند و گفت‌وگو منطقی‌تر می‌شود. در نتیجه چرخه تقاضا-کناره‌گیری بر پایه کاهش اضطراب سیستم فرومی‌ریزد. بوئن سه مفهوم کلیدی اضطراب مزمن بین‌فردی، واکنش‌پذیری هیجانی و طرح‌واره بین‌نسلی حل‌نشده با والدین را منشأ شکل‌گیری الگوی اجتناب متقابل می‌داند. وقتی زوجین تمایز پایینی دارند، کوچک‌ترین اختلاف با حمله، دفاع، انتقاد یا تحقیر پاسخ داده می‌شود. درمان بوئن، منبع اضطراب را کاهش می‌دهد (به‌جای مهار رفتار سطحی)، تمایز هیجانی را بالا می‌برد و واکنش‌پذیری را کم می‌کند. همچنین با بستن مثلث‌هایی که انرژی منفی تولید می‌کنند، روابط با خانواده اصلی را تنظیم می‌کند. در نتیجه تعامل منفی کاهش می‌یابد (۱۰)؛ زیرا دیگر انرژی هیجانی خام برای ورود به چرخه وجود ندارد و زمینه برای رشد الگوی سازنده متقابل فراهم می‌گردد. بوئن معتقد است ارتباط سازنده نتیجه آموزش مهارت نیست، بلکه نتیجه سه فرایند عمیق سیستمی یعنی تمایز بالا (توانایی تفکر در شرایط هیجانی)، مدیریت خود (عدم واکنش تکانشی) و کاهش فشار بین‌نسلی (کاهش انتقال هیجان خام) است. با افزایش تمایز، فرد یاد می‌گیرد رابطه و هیجان را با هم تنظیم کند، شدت برون‌ریزی و واکنش‌پذیری کاهش می‌یابد و امکان گفت‌وگوی آرام و منطقی ایجاد می‌شود. در این وضعیت است که زوج می‌توانند موضوع را از «شخصیت» جدا کنند. بنابراین، نکته نظری بسیار مهم و منحصربه‌فرد رویکرد بوئن این است که افزایش ارتباط سازنده، محصول «تنظیم هیجان» است نه «تمرین ارتباط» (۱۴).

در تبیین اثربخشی درمان مینوچین بر الگوهای ارتباطی زوجین متعارض نیز می‌توان گفت؛ این مدل معتقد است که الگوهای ارتباطی ناسالم نتیجه مرزهای درهم‌تنیده یا گسسته، ائتلاف‌های غلط (مثلاً هم‌پیمانی والد-فرزند علیه همسر)، سلسله‌مراتب قدرت وارونه، نقش‌های مبهم و تعامل‌های تکراری کنترل-واکنش-دفاع است. بنابراین، وقتی ساختار اصلاح شود، الگوهای ارتباطی خودبه‌خود تغییر می‌کنند؛ زیرا چرخه تعاملی آن‌ها از ریشه متحول شده است. درمان ساختاری مرزها را بازسازی می‌کند تا هر همسر نقش واقعی‌اش را بپذیرد و ائتلاف‌های بیرونی را از بین می‌برد تا تعارض فقط بین دو نفر حل شود. در این درمان، زوج چرخه را با کاهش اجبار و فشار از سوی فرد مطالبه‌گر و کاهش عقب‌نشینی دفاعی از سوی فرد

کناره‌گیر اصلاح می‌کنند و با تغییر و متعادل ساختن قدرت، روابط برابرتر و کم‌تنش‌تر می‌شود (۱۱). وقتی این ساختارها اصلاح شود، منبع تولید خشونت و تنش کاهش می‌یابد. درگیری‌های هیجانی شدید کمتر می‌شوند، کنایه، تحقیر، قطع رابطه و دعوای سریالی کاهش می‌یابند و با افزایش کنترل هیجان در تعاملات، مکانیسم‌های دفاعی ناسالم تضعیف می‌شوند و چارچوب‌های روشن برای احترام متقابل شکل می‌گیرند. همچنین زمینه شکل‌گیری الگوی ارتباطی سازنده که شامل گفت‌وگوی آرام، گوش‌دادن فعال، تبادل روشن و احترام‌آمیز و تمرکز بر مسئله است، فراهم می‌شود. هنگامی که مرز زوجی شفاف شود، تنش کمتر و تعامل سازنده‌تر می‌شود. به عبارت دیگر، زمانی که قدرت و نقش‌ها روشن شوند، رفتارهای مبهم و کنایه‌آمیز کاهش می‌یابد و با تقویت مجاورت عاطفی و تماس ایمن، توان گفت‌وگوی آرام افزایش پیدا می‌کند. در نتیجه، در درمان ساختاری، گفت‌وگوی روشن افزایش می‌یابد و توان حل مسئله به‌جای حمله شخصی بیشتر می‌شود (۳). با بازگشت به گفت‌وگو پس از تعارض و تقویت ائتلاف زوجی هنگام فشارهای بیرونی، تعامل سالم‌تر و محیط ارتباطی اصلاح می‌شود. بنابراین، هنگامی که ساختار خانواده سالم می‌شود، الگوهای ارتباطی ناسازگار نیز به‌طور خودبه‌خود تضعیف می‌شوند.

در تبیین این نکته که درمان ساختاری مینوچین نسبت به درمان بوئن بر الگوی «زن کناره‌گیر- مرد متوقع» اثربخشی بیشتری دارد، می‌توان بیان کرد که این الگوی ارتباطی یکی از الگوهای پیچیده و مقاوم در روابط زناشویی است. در این الگو، چرخه تعامل به این صورت شکل می‌گیرد که مرد با فشار، انتقاد و پیگیری هیجانی عمل می‌کند و زن با اجتناب، سکوت و جمع‌شدگی هیجانی پاسخ می‌دهد. این چرخه توسط کریستنسن و هیوی به‌عنوان الگوی «توقع- کناره‌گیری» معرفی شده است و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این چرخه ماهیتی عمیقاً ساختاری دارد، نه صرفاً هیجانی؛ به‌گونه‌ای که با نابرابری نقش‌ها تقویت و با مرزهای آشفته تشدید می‌شود. بنابراین، رویکردی اثربخش‌تر خواهد بود که بتواند ساختار قدرت، نقش‌ها، مرزها و الگوهای تعاملی را به‌صورت هم‌زمان و فعال اصلاح کند و این همان نقطه‌ای است که درمان ساختاری مینوچین نسبت به درمان بوئن برتری نشان می‌دهد (۸). الگوی «زن کناره‌گیر- مرد متوقع» بیش از آنکه منشأ بین‌نسلی داشته باشد، ریشه‌ای ساختاری دارد. در چنین شرایطی، رابطه زوجی نامتوازن است، مسئولیت‌های هیجانی و روزمره به‌طور شفاف تعریف نشده‌اند و نقش‌های جنسیتی نابرابر شکل گرفته‌اند. مرد در ساختار رابطه در جایگاه بالاتر هیجانی قرار می‌گیرد و از طریق فشار، مطالبه و پیگیری بیشتر عمل می‌کند؛ درحالی‌که زن در موقعیتی فرودست‌تر قرار گرفته و با ترس، جمع‌شدن و سکوت واکنش نشان می‌دهد. از این‌رو، رویکردی که بتواند زیرساخت روابط را تغییر دهد و سازمان خانواده را بازسازی کند، اثربخشی بیشتری خواهد داشت و این دقیقاً همان حوزه‌ای است که درمان ساختاری مینوچین در آن تخصص دارد. مینوچین از طریق برهم‌زدن موقت قدرت به نفع فرد خاموش، جدا کردن مرزها و جلوگیری از غلبه یک نفر، قرار دادن زوج در تعامل واقعی جلوی درمانگر و بازتعریف نقش‌های زن و مرد، این ساختار را اصلاح می‌کند. بنابراین در الگوی «مرد متوقع- زن کناره‌گیر»، دخالت فعال ساختاری مینوچین، سریع‌تر و مؤثرتر از اصلاح آرام و طولانی‌مدت تمایز (بوئن) است. درمان مینوچین به دلیل ماهیت ساختاری و تعاملی‌اش، نسبت به درمان بوئن اثرگذاری سریع‌تر، عمیق‌تر و قابل‌مشاهده‌تری بر الگوهای ارتباطی به‌ویژه در الگوی «مرد متوقع- زن کناره‌گیر» دارد (۶).

در مورد تبیین اثربخش‌تر بودن درمان بوئن بر اجتناب متقابل، نسبت به درمان ساختاری در زوجین متعارض می‌توان گفت؛ قدرت بوئن در گروه‌درمانی زوجین چند برابر می‌شود و همین باعث می‌شود در برخی شاخص‌ها (به‌خصوص کاهش تعامل منفی و افزایش تنظیم هیجانی)، در کوتاه‌مدت هم عملکرد فوق‌العاده‌ای داشته باشد. درمان بوئن در فضای گروهی به شکل سیستم گسترده عمل می‌کند. بوئن معتقد است هرچه سیستم بزرگ‌تر باشد، تنظیم اضطراب و تمایز سریع‌تر رخ می‌دهد. در اینجا اثر مشاهده‌چندگانه باعث جهش در یادگیری هیجانی می‌شود. از آنجایی که بوئن روی «یادگیری مبتنی بر مشاهده

فرایند» تأکید داشت، در گروه، زوجها راهبردهای حل مسئله دیگران را می‌بینند و یادگیری بدون فشار دفاعی اتفاق می‌افتد و ظرفیت تنظیم هیجان سریع‌تر افزایش می‌یابد و این یادگیری طبیعی، سریع‌تر از درمان فردی/دو نفره تغییر ایجاد می‌کند. به عبارتی زوجها از الگوهای دیگران یاد می‌گیرند و حمایت متقابل دفاع را کاهش و ارتباط سازنده را افزایش می‌دهد (۱۸). همچنین نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین بر تعهد زناشویی زوجین دارای تعارض تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر تعهد زناشویی زوجین اثربخش می‌باشند. یافته این فرضیه را می‌توان با توجه به ماهیت و کانون مداخلاتی درمانی، همچون نظریه بوئن و مینوچین تبیین کرد. در تبیین درمان بوئن و مینوچین باید به این نکته اشاره کرد که هر دو درمان به شکل غیرمستقیم بر تعهد اثر می‌گذارند، در درمان بوئن، تمرکز اصلی بر درون افراد و تنظیم هیجانی بین‌نسلی است. با این حال، همین تغییرات فردی باعث افزایش پایدار تعهد می‌شود. بوئن با سه سازوکار کلیدی به افزایش تعهد می‌پردازد: (۱) افزایش تمایز یافتگی خود؛ در زوجها متعارض، سطح تمایز معمولاً پایین است، هیجان سریعاً بر تفکر غلبه می‌کند و واکنش‌های تکانه‌ای زیاد است، فشار هیجانی یک نفر، روی دیگری می‌ریزد و هر فرد دنبال «ادغام» یا «گسست» افراطی است. بوئن با کمک به زوجین برای تفکیک فکر از احساس و مدیریت واکنش‌پذیری، به آن‌ها قدرت می‌دهد که پایدارتر رفتار کنند، تصمیمات زناشویی را از موضع عقلانیت بگیرند و رفتارهای مسئولانه‌تری نسبت به رابطه داشته باشند و نتیجه مستقیم این فرایند؛ افزایش تعهد هیجانی-شناختی و کاهش رفتارهای تهدیدکننده رابطه است. (۲) کاهش مثلث‌ها؛ در روابط متعارض، افراد ناخودآگاه شخص سوم (فرزند، مادر، دوست، کار) را وارد رابطه می‌کنند تا تنش را کاهش دهند. این مثلث‌ها همواره تعهد زوجی را تضعیف می‌کنند. درمان بوئن با شناسایی و غیرفعال کردن این مثلث‌ها باعث می‌شود و انرژی رابطه به جای بیرون، به سمت زوج برگردد. مسئولیت حل کردن مشکلات به دو نفر بازگردد، وابستگی‌های ناسالم کم شود و این انسجام در واحد زوجی، فضای روانی برای تعهد واقعی ایجاد می‌کند. (۳) مدیریت اضطراب مزمن؛ تعهد زناشویی در شرایط اضطراب بالای میان فردی ضعیف و شکننده می‌شود. بوئن با کاهش اضطراب بین‌نسلی و درون فردی، زوجین را به سطحی از آرامش می‌رساند که بتوانند تصمیم‌های باثبات بگیرند، رابطه را تهدید تلقی نکنند و از پاسخ‌های اجتنابی یا حمله‌ای دور شوند و اینجاست که تعهد محصول مستقیم کاهش اضطراب می‌شود (۱).

در مدل مینوچین، تعهد، «مستقیماً» هدف درمان نیست، اما به صورت غیرمستقیم و نظام‌مند تحت تأثیر سه سازوکار اصلی قرار می‌گیرد: (۱) بازسازی مرزهای زوجی: وقتی مرز بین زیرمنظومه زوجی و دیگران (فرزندان، خانواده اصلی، والدین زوجین) شفاف می‌شود، همسران احساس می‌کنند «ما» دوباره به عنوان یک واحد اصلی شناخته شده‌ایم، مزاحمت دخالت‌ها و ائتلاف‌های بیرونی کم می‌شود و امنیت رابطه بالا می‌رود. در نتیجه این امنیت و مرزبندی، یکی از قوی‌ترین پایه‌های افزایش تعهد زناشویی است. (۲) اصلاح سلسله‌مراتب و نقش‌ها: در خانواده متعارض معمولاً سه اتفاق؛ نقش‌های مبهم، قدرت نابرابر، یا قرار گرفتن کودک در جایگاه هم‌پیمان یکی از والدین، بسیار شایع است. مینوچین با مداخله‌هایی مثل نامتعادل‌سازی، تعامل‌سازی مجدد و بازتنظیم نقش‌ها، به اصلاح سلسله‌مراتب و نقش‌ها می‌پردازد. می‌توان گفت با بازگشت همسران به «نقش همسری مکمل»، هر طرف احساس ارزشمندی، احساس دیده شدن و قابل اتکا بودن رابطه را تجربه می‌کند که این‌ها همگی مؤلفه‌های قوی افزایش تعهد هستند. (۳) تغییر الگوی تعامل روزمره: بهتر است بگوییم، تعهد فقط حس درونی نیست؛ از «همکاری عملی، مراقبت، حمایت و پاسخ‌گویی روزمره» تغذیه می‌شود. در این درمان، درمانگر با مشاهده و اصلاح رفتارهای تعارض‌آمیز در اینجا و اکنون، با تغییر الگوی تعامل روزمره، ایجاد تماس هیجانی امن‌تر، افزایش بیان نیازها بدون حمله و هماهنگی بیشتر در حل مسئله، می‌تواند الگوهای جدید بسازد و این تغییرات باعث می‌شود زوجین رفتارهای متعهدانه نشان دهند؛ قبل از اینکه «احساس تعهد» حتی شکل کامل بگیرد (۱۷). در خصوص عدم تفاوت بین میزان اثربخشی دو درمان بر تعهد زناشویی، با وجود تفاوت‌های عمیق، می‌توان گفت تعهد زناشویی یک «متغیر سطح بالا» است. تعهد متغیری است که از

مجموعه‌ای از عوامل هیجانی، شناختی، ساختاری و ارزشی تأثیر می‌گیرد. درمان بوئن و مینوچین هر دو به شکل غیرمستقیم بر تعهد اثر می‌گذارند، بنابراین حتی با مکانیسم‌های متفاوت، نتیجه کلی می‌تواند مشابه باشد (۱۶). از اشتراکات نظری در هدف نهایی دو درمان می‌توان به ثبات رابطه اشاره کرد؛ به گونه‌ای که در درمان بوئن از طریق افزایش تمایز، کاهش اضطراب و خودتنظیمی هیجانی و در درمان مینوچین از طریق بازسازی مرزها، اصلاح سلسله‌مراتب و تقویت تعامل‌های سالم، هر دو زوجین را در نهایت به ثبات زناشویی می‌رسانند و تعهد یکی از نتایج ثبات است. به همین دلیل، خروجی هر دو درمان در افزایش تعهد معمولاً مشابه دیده می‌شود (۱۲). دیگر اینکه می‌توان گفت، تعهد بیشتر تابع ارزش‌هاست تا فنون درمانی. در خانواده‌های ایرانی و فرهنگ‌های جمع‌گرا، تعهد زناشویی به‌طور قوی تحت تأثیر هنجارهای فرهنگی، باورهای دینی، فشار اجتماعی و ارزش‌های خانوادگی است (۱۹). بنابراین حتی اگر دو درمان تفاوت‌های عملی مهمی داشته باشند، تعهد ممکن است آن‌قدر ثابت و «مقاوم» باشد که تفاوت‌های درمانی را جذب یا خنثی کند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمان سیستمی بوئن و درمان ساختاری مینوچین در بهبود تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی زوجین دارای تعارض مؤثر هستند. این نتایج بیانگر آن است که مداخلات خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکردهای سیستمی و ساختاری می‌توانند با اصلاح تعاملات خانوادگی، افزایش آگاهی زوجین نسبت به الگوهای ارتباطی ناکارآمد، تقویت مسئولیت‌پذیری و تعهد متقابل، و ارتقای مهارت‌های ارتباطی، نقش مهمی در کاهش مشکلات زناشویی و بهبود کیفیت روابط زوجین ایفا کنند. بنابراین، بهره‌گیری از این رویکردهای درمانی می‌تواند به‌عنوان راهکاری مؤثر برای ارتقای سلامت خانواده، افزایش ثبات زندگی زناشویی و پیشگیری از پیامدهای منفی ناشی از تعارضات زوجین مورد توجه مشاوران، درمانگران و متخصصان حوزه خانواده قرار گیرد.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن جامعه پژوهش به زوجین دچار تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد و دردسترس بودن روش نمونه‌گیری می‌باشد؛ لذا باید در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها احتیاط کرد. انتخاب گروه نمونه با کنترل برخی از متغیرهای مداخله‌گر، مثل وضعیت اجتماعی، فرهنگی و نفوذ خانواده‌های اصلی، ارزش‌ها و تجربه‌های زناشویی زوجین، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌گردد که جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش و به‌منظور غنای بیشتر یافته‌ها، پژوهش‌هایی مشابه این پژوهش، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و بومی در سایر مناطق کشور، در زوجین مختلف و با مشکلات زناشویی دیگر تکرار شده و نتایج آن‌ها مقایسه گردد. در نهایت، با توجه به تأثیر هر دو درمان بر تعهد زناشویی و الگوهای ارتباطی این زوجین، پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاوران از نتایج پژوهش حاضر در جهت کاهش مشکلات زناشویی و خانوادگی زوجین نیز استفاده نمایند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به آزمودنی‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت افراد در مطالعه و اخذ رضایت کتبی از افراد شرکت کننده. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1404.029 در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد به تصویب رسید.

حامی مالی

این تحقیق هیچ بودجه‌ای دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی، مهدی قاسمی مطلق؛ روش‌شناسی، حمید سراج کرمانی؛ تحلیل داده‌ها، مهدی قاسمی مطلق؛ انجام پژوهش، براتعلی قوامی؛ گردآوری و مدیریت داده‌ها، مهدی قاسمی مطلق؛ نگارش پیش‌نویس اولیه، مهدی قاسمی مطلق؛ نظارت، حمید سراج کرمانی؛ مدیریت پروژه، مهدی قاسمی مطلق.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی صمیمانه خود را از تمامی شرکت کنندگان و همکاران به دلیل مشارکتشان در تمامی مراحل این پژوهش ابراز می‌کنند.

References

1. Aman J, Abbas J, Lela U, Shi G. Religious affiliation, daily spirituals, and private religious factors promote marital commitment among married couples: Does religiosity help people amid the COVID-19 crisis? Front Psychol. 2021;12:657400. doi: [10.3389/fpsyg.2021.657400](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.657400)
2. Arseneault L, Brassard A, Lefebvre AA, Lafontaine MF, Godbout N, Daspe ME, et al. Romantic attachment and intimate partner violence perpetrated by individuals seeking help: The roles of dysfunctional communication patterns and relationship satisfaction. J Fam Violence. 2024;39(8):1557-1568. doi: [10.1007/s10896-023-00600-z](https://doi.org/10.1007/s10896-023-00600-z)
3. Calatrava M, Martins MV, Schweer-Collins M, Duch-Ceballos C, Rodríguez-González M. Differentiation of self: A scoping review of Bowen Family Systems Theory's core construct. Clin Psychol Rev. 2022;91:102101. doi: [10.1016/j.cpr.2021.102101](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102101)
4. Hou Y, Jiang F, Wang X. Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. Int J Psychol. 2019;54(3):369-376. doi: [10.1002/ijop.12473](https://doi.org/10.1002/ijop.12473)
5. Knapp KS, Bradizza CM, Zhao J, Linn BK, Wilding GE, LaBarre C, Stasiewicz PR. Emotion differentiation among individuals in a randomized clinical trial for alcohol use disorder: Within- and between-person associations with affect, craving, and alcohol use in daily life. Behav Res Ther. 2024;173:104474. doi: [10.1016/j.brat.2024.104474](https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104474)
6. Matt LM, Seah TS, Coifman KG. Effects of a brief online emotion word learning task on negative emotion differentiation, emotional self-efficacy, and prospective distress: Preliminary findings. PLoS One. 2024;19(2):e0299540. doi: [10.1371/journal.pone.0299540](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299540)

7. Sohn MA, Zhao J, Tadros E. Integrating structural and experiential family therapy in neurodivergent families: A case study. *Issues Ment Health Nurs*. 2024;1-11. doi: [10.1080/01612840.2024.2328260](https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2328260)
8. Sviri S, Geva D, van Heerden PV, Romain M, Rawhi H, Abutbul A, et al. Implementation of a structured communication tool improves family satisfaction and expectations in the intensive care unit. *J Crit Care*. 2019;51:6-12. doi: [10.1016/j.jcrc.2019.01.011](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.01.011)
9. White KL, Errington L, Ruggier S. Promoting parent agency across the world through the Parent Hope Project: The difference Bowen Family Systems Theory makes. *J Marital Fam Ther*. 2025;51(4). doi: [10.1111/jmft.70083](https://doi.org/10.1111/jmft.70083)
10. Lioe AL. The role of marital commitment and family support for marital satisfaction in childless couples. *Eduvest*. 2023;3(1):1-9. doi: [10.36418/eduvest.v3i1.712](https://doi.org/10.36418/eduvest.v3i1.712)
11. Krämer MD, Rohrer JM, Lucas RE, Richter D. Life events and life satisfaction: Estimating effects of multiple life events in combined models. *Eur J Pers*. 2025;39(1):3-23. doi: [10.1177/0890207024123101](https://doi.org/10.1177/0890207024123101)
12. Shifaw ZG. Marital communication as moderators of the relationship between marital conflict resolution and marital satisfaction. *Am J Fam Ther*. 2024;52(3):249-260. doi: [10.1080/01926187.2022.2089404](https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2089404)
13. Fuchs R, Glaude M, Hansel T, Osofsky J, Osofsky H. Adolescent risk substance use behavior, posttraumatic stress, depression, and resilience: Innovative considerations for disaster recovery. *Subst Abus*. 2021;42(3):358-365. doi: [10.1080/08897077.2020.1784357](https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1784357)
14. Stieglitz J, Gurven M, Kaplan H, Winking J. Infidelity, jealousy, and wife abuse among Tsimane forager-farmers: Testing evolutionary hypotheses of marital conflict. *Evol Hum Behav*. 2012;33(5):438-448. doi: [10.1016/j.evolhumbehav.2011.12.006](https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2011.12.006)
15. Clyde TL, Hawkins AJ, Willoughby BJ. Revising premarital relationship interventions for the next generation. *J Marital Fam Ther*. 2020;46(1):149-164. doi: [10.1111/jmft.12378](https://doi.org/10.1111/jmft.12378)
16. Shita NG, Zeleke LB. Predictors of divorce and duration of marriage among first marriage women in Dejene administrative town. *Sci Rep*. 2024;14(1):8728. doi: [10.1038/s41598-024-59360-5](https://doi.org/10.1038/s41598-024-59360-5)
17. Maya J, Fuentes I, Arcos-Romero AI, Jiménez L. Parental attachment and psychosocial adjustment in adolescents exposed to marital conflict. *Children (Basel)*. 2024;11(3):291. doi: [10.3390/children11030291](https://doi.org/10.3390/children11030291)
18. St-Pierre Bouchard J, Brassard A, Lefebvre AA, Dugal C, Lafontaine MF, Savard C, et al. Cumulative childhood trauma, communication patterns, and intimate partner violence perpetrated by men seeking help. *J Interpers Violence*. 2023;38(9-10):6843-6864. doi: [10.1177/08862605221138651](https://doi.org/10.1177/08862605221138651)
19. J Chan P. Bowen theory, culture and therapeutic applications to Asian families. *Aust N Z J Fam Ther*. 2024;45(2):244-256. doi: [10.1002/anzf.1590](https://doi.org/10.1002/anzf.1590)