نشریه علمی روانشناسی فرهنگی
(Cultural Psychology)

روان‌شناسی فرهنگی

دوفصلنامهٔ علمی، پژوهشکدهٔ تحقیق و توسعهٔ علوم انسانی (سمت)
دورهٔ ۹، شمارهٔ ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۴
شاپا چاپی: ۲۵۸۸-۷۲۱۱
شاپا الکترونیکی: ۶۳۸۸ ـ ۲۶۷۶

واکاوی تجارب متأهلین ایرانی از شکست فرایند زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری

بهاره بدری[۱]، محسن کچویی[۲]✉، منصوره السادات صادقی[۳]، حجت‌اله فراهانی[۴]، لیلی پناغی[۵]

۱. دانشجوی دکتری، رشته روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران. **نویسنده مسئول:** kachooei.m@gmail.com
۳. دانشیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده تربیت مدرس، تهران، ایران.
۵. دانشیار، پزشکی اجتماعی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

تاریخ‌ها:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۹
پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲

واژگان کلیدی:
زوج‌درمانی شناختی-رفتاری
شکست درمان
خودآگاهی درمانگر
هیجانات منفی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف واکاوی تجارب متأهلین ایرانی از شکست فرایند زوج‌درمانی شناختی-رفتاری انجام شد. محور اصلی پژوهش، شناسایی عوامل بازدارنده‌ای است که در بستر خاص فرهنگی-اجتماعی ایران، از دیدگاه مراجعان، به شکست این رویکرد می‌انجامد. این مطالعه به روش کیفی و با تحلیل مضمون انجام شد. نمونه‌گیری، به صورت هدفمند از میان مراجعان کلینیک‌های مستقل شهر تهران در بازهٔ زمانی ۱۴۰۲-۱۴۰۳صورت پذیرفت و ۹ شرکت‌کننده انتخاب گردید. فرآیند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری داده‌ها، ادامه یافت و داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و تحلیل آنها بر اساس روش نظام‌مند براون و کلارک (۲۰۱۶) انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد شکست زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در ایران، حاصل یک چرخه معیوب است که در آن، ناتوانی درمانگر در مدیریت جلسه، نداشتن دانش تخصصی و خودآگاهی پایین، با کاستی‌های حوزهٔ توانمندی‌های ویژهٔ زوج‌درمانی مانند: نقض اصول اخلاقی، بی‌توجهی به ساختار درمان، افراط در تکالیف و پایش نکردن پیشرفت، درهم می‌آمیزد. این عوامل زمانی که با ویژگی‌های بازدارنده زوجین نظیر درمان‌جویی اجباری، مسئولیت‌گریزی و ازهم‌گسیختگی مرزهای زوجی همراه می‌شود، به پیامدهایی چون تشدید ناامیدی، اسنادهای منفی و خاتمهٔ زود هنگام درمان می‌انجامد. این یافته‌ها بر ضرورت ارتقای توانمندی‌های پایه و تخصصی درمانگران، غربال‌گری نشانگان منفی پیش‌آگهی و بومی‌سازی هوشمندانه پروتکل‌ها تأکید دارند.

استناد: بدری، بهاره، کچویی، محسن، صادقی، منصوره السادات، فراهانی، حجت‌اله، پناغی، لیلی (۱۴۰۴). واکاوی تجارب متأهلین ایرانی از شکست فرایند زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری، *روان‌شناسی فرهنگی*، ۹(۲). ۱۲۷-۱۴۰.

https://doi.org/10.30487/jcp.2026.568276.1883

۱۴۰۴/۲۰۲۶ نویسنده(گان). این مقاله یک اثر دسترسی آزاد است که تحت مجوز CC BY 4.0 منتشر شده است. استناد و انتشار مجدد این اثر با ذکر منبع درست مجاز است. منتشرشده توسط نشریه روان‌شناسی فرهنگی (سازمان مطالعه و تدوین کتب دانشگاهی در علوم انسانی (سمت)).

Cultural Psychology

Vol. 9, Issue 2
Fall 2025 - Winter 2026
Print ISSN: 2676-6388
Online ISSN: 2676-6388

نشریه علمی روانشناسی فرهنگی
(Cultural Psychology)

Exploring Iranian Married Individuals' Experiences of Failure in Cognitive-Behavioral Couple Therapy

Bahareh Badri[1], Mohsen Kachooei [2]✉, Mansoureh sadat Sadeghi [3], Hojjatollah Farahani[4], Leili Panaghi[5]

1. Ph.D. Candidate in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran. Corresponding Author: kachooei.m@gmail.com
3. Associate Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
5. Associate Professor of Social Medicine, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Article Info

History
Received: August 20, 2025
Accepted: December 23, 2025

Keywords
cognitive-behavioral couple therapy
treatment failure
therapist self-awareness
negative emotions

Abstract

The present study was conducted with the aim of analyzing the experiences of Iranian married couples regarding the failure of the cognitive-behavioral couple therapy process. The main focus of the research is to identify the inhibiting factors that lead to the failure of this approach in Iran's special socio-cultural environment, from the point of view of the clients. This study was conducted qualitatively and with thematic analysis. Sampling was done in a targeted manner among the clients of independent clinics in Tehran in the period of 1402-1403 and 9 participants were selected. The sampling process continued until reaching the theoretical saturation of the data, and the data were collected using semi-structured interviews and analyzed according to the systematic method of Brown and Clark (2016). The findings of this research showed that the failure of cognitive-behavioral couple therapy in Iran is the result of a vicious cycle in which the therapist's inability to manage the session, lack of specialized knowledge, and low self-awareness are mixed with the shortcomings of the specific abilities of couple therapy, such as: violation of ethical principles, disregard for the treatment structure, excess of homework and not monitoring progress. When these factors are combined with couple's inhibiting characteristics such as forced treatment seeking, avoidance of responsibility and the breakdown of marital boundaries, it leads to consequences such as intensifying disappointment, negative documents and early termination of treatment. These findings emphasize the necessity of improving the basic and specialized capabilities of therapists, screening for negative prognostic symptoms, and intelligent localization of protocols.

Citation: Badri, B., Kachooei, M., Sadeghi, M., Farahani, H., & Panaghi, L. (2026). Exploring Iranian Married Individuals' Experiences of Failure in Cognitive-Behavioral Couple Therapy. *Cultural Psychology*, *9*(2), 127-140. https://doi.org/10.30487/jcp.2026.568276.1883

2026 The Author(s). This is an Open Access article distributed under CC BY 4.0**.** Reuse and distribution are permitted with proper citation. Published by Cultural Psychology (Organization for Researching and Composing University Textbooks in the Humanities (SAMT)).

مقدمه

زوج‌درمانی یکی از موثرترین مداخلات در حل تعارضات زناشویی است که جایگاه ویژه‌ای در روان‌درمانی دارد (Driver, 2006). در میان رویکردهای مختلف، زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری به دلیل ساختارمنسجم و داشتن پشتوانه تجربی قوی، جایگاه ویژه‌ای دارد. این رویکرد با تلفیق راهبردهای تغییر رفتاری و بازسازی شناختی، به زوجین کمک می‌کند تا تعامل‌های سازنده‌تری را تجربه کنند (Halford, 2003). ازاین رو پیامدهای شکست درمان بسیار جدی است؛ زوجین ممکن است زمانی که درمان نتواند نیازهای آنان را برآورده کند، پریشانی عاطفی شدیدی را تجربه کنند که این امر به ناامیدی و جدایی از روند درمان منجر شود (Verhofstadt, Lemmens & Vanhee, 2021). مفهوم شکست در درمان، می‌تواند شامل ترک زودهنگام درمان، عدم ایجاد تغییر معنادار، تغییرات جزئی یا کند و گاهی اثرات منفی باشد (Lampropoulos, 2011).

ضرورت به‌کارگیری زوج‌درمانی شناختی- رفتاری در ایران زمانی آشکارتر می‌شود که یافته‌های بومی بررسی گردد. مطالعات نشان می‌دهند که باورهای ارتباطی ناکارآمد و نقص در خودتنظیمی-که از اهداف اصلی این رویکرد هستند- از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم تعارضات زناشویی به شمار می‌روند (خزائی، پولادی ریشهری و عینی‌پور، ۱۴۰۴). بر اساس پژوهش‌ها، اجرای پروتکل‌های استاندارد بدون توجه به مؤلفه‌های فرهنگیِ خاص جامعه ایران می‌تواند با چالش‌های جدی روبرو شود (کاوه فارسانی، صفی و بهمنی، ۱۳۹۸).

شواهد پژوهشی متعددی بر کارایی زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری، تاکید دارند (Friedberg, 2006). بااین‌وجود، پدیده شکست درمان نیز در این حوزه قابل‌تأمل است. بر اساس آمارها، درصد قابل‌توجهی از زوجین در جریان درمان بهبودی مطلوب را کسب نمی‌کنند (Roesler, 2020). همچنین، مراجعان زوج‌درمانی در مقایسه با سایر شکل‌های روان‌درمانی، سطح رضایت کمتری گزارش می‌دهند (Datilio, 2010). بر اساس مطالعات جدید، یکی از علل قابل‌توجه شکست درمانی، ارزیابی و درک ناکافی درمانگران از مسائل مراجعین است. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای که به تازگی انجام شده، ۸۶/۶ درصد از بیماران به این مسئله اشاره کرده‌اند. ناتوانی درمانگران در سازگاری با نیازهای بیماران و ضعف دانش تخصصی نیز به ترتیب توسط ۷۱/۷ درصد و ۷۰/۱ درصد از بیماران به عنوان عوامل عمده شکست درمانی برجسته شده‌اند (Alfonsson et al., 2024). از دیگر عوامل مؤثر در شکست درمان، می‌توان به انتظارات برآورده نشده و نیازهای رابطه‌ای اشاره کرد که در صورت عدم رسیدگی، منجر به نارضایتی می‌شوند (Stokstad & Parussa, 2023). این نارضایتی و ناامیدی در طول درمان، اغلب به احساس خشم و ناامیدی عمیق‌تر می‌انجامد و منجر به قطع ارتباط زوجین، می‌شود. در این شرایط، پاسخ‌های دفاعی ناخودآگاه زوجین، مانع از ارتباط مؤثر و احساس عشق شده و پیشرفت درمانی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند (Hao, 2022).

خروج از درمان به عنوان یکی از مشکلات شایع در روان‌درمانی ایران، یکی از نمادهای شکست درمان محسوب می‌شود. تحقیقات داخلی نشان می‌دهند عواملی مانند نارضایتی از کیفیت خدمات روان‌درمانی، ساختار فرهنگی ناهموار برای روان‌درمانی و عدم رضایت مراجعان، از مهم‌ترین دلایل خروج از درمان است (خزایی، رضایی و شهدی‌پور، ۱۳۹۴).

بررسی پیشینه پژوهشی داخلی، محدودیت‌های مهمی را آشکار می‌سازد. از یک سو، اکثر مطالعات انجام‌شده در ایران با روش‌های کمّی به ارزیابی اثربخشی کلی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری پرداخته‌اند که گرچه سودمند است، اما توانایی درک عمیق و غنای تجربیات ذهنی مشارکت‌کنندگان را ندارد. از سوی دیگر، هرچند پژوهش‌های کیفی در روان‌درمانی فردی و نیز زوج‌درمانی به تدریج گسترش یافته‌اند، اما این مطالعات عمدتاً به فرآیندها و پیامدهای مثبت درمان معطوف بوده‌اند و پدیده «شکست»، به ویژه از منظر زوجین و در بافت فرهنگی-اجتماعی ایران، به‌ندرت بررسی شده‌است. حال آن که یافته‌های جدید به طور فزاینده‌ای بر نقش عوامل مرتبط با درمانگر و انتظارات برآورده نشده زوجین در شکست

درمان، تأکید می‌کنند (Stokstad & Parussa, 2023; Alfonsson et al., 2024). بنابراین، پژوهش حاضر با اتخاذ رویکردی کیفی به روش تحلیل مضمون و تمرکز بر تجارب شکست، می‌کوشد این خلأ تحلیلی را پر کند.

پژوهش حاضر در پی پاسخ دادند به این پرسش اساسی است که «تجربه زیسته شکست در زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری برای زوجین ایرانی چیست؟ و آنها این شکست را به چه عواملی نسبت می‌دهند؟» یافته‌های این مطالعه می‌تواند درکی غنی و مبتنی بر زمینه را در اختیار درمانگران، ناظران بالینی و سیاست‌گذاران حوزه خانواده قرار دهد و زمینه‌ساز بومی‌سازی این رویکرد و ارتقای اثربخشی آن در ایران شود.

روش پژوهش

این پژوهش با هدف واکاوی تجارب زیسته متأهلین ایرانی از شکست در زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری، در چارچوب الگوی کیفی و با استفاده از راهبرد تحلیل مضمون انجام شد. این راهبرد برای استخراج، تحلیل و سازماندهی الگوهای معنایی نهفته در داده‌های کیفی مناسب است (Merriam & Tisdell, 2016).

میدان پژوهش[1] (جامعه آماری) زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز روانشناسی شهر تهران در بازه زمانی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ است که دوره زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری را حداقل به مدت ۱۵ جلسه گذرانده و آن را ناموفق ارزیابی کرده‌اند. به منظور دستیابی به نمونه‌ای بی‌طرف، از سه کلینیک مستقل در مناطق مختلف تهران درخواست شد تا بر اساس توالی زمانی خاتمه درمان، فهرستی از کلیه زوج‌های واجد شرایط ارائه دهند. این مکانیزم از انتخاب سلیقه‌ای یا جهت‌دار نمونه جلوگیری کرد. از این فهرست، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با رعایت معیارهای ورود و خروج، ۹ شرکت‌کننده انتخاب شدند. از کلیه شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت گردید. اشباع داده‌ها پس از مصاحبه با هفت شرکت‌کننده محقق شد و با دو مصاحبه تأییدی اضافه، قطعیت یافت.

ملاک‌های ورود عبارت بود از: ازدواج دائم، مشارکت فعال هر دو زوج، فاصله حداکثر ۶ ماه از آخرین جلسه، حداقل ۲ سال زندگی مشترک و سن ۲۵ تا ۵۰ سال. ملاک‌های خروج شامل موارد زیر بودند: نسبت دادن نتایج درمان به عوامل بیرونی و نیز وجود مسائلی مانند خیانت، اختلالات شخصیت، اعتیاد، خشونت شدید یا اختلالات روان‌پریشی. تعریف شکست درمان بر اساس خودارزیابی شرکت‌کنندگان در مصاحبه مقدماتی انجام و ملاک آن بر اساس مدل ارزیابی شناختی (Borkovec et al., 2002) و مدل عوامل مشترک (Lambert, 1992)– که بر نقش محوری ارزیابی ذهنی مراجع تأکید می‌کنند – و همچنین منطق پژوهش‌های کیفی (Braun & Clarke, 2016) تدوین شد. ملاک ۱۵ جلسه نیز با توجه به بازه استاندارد پروتکل‌های زوج‌درمانی شناختی–رفتاری (معمولاً ۱۲ تا ۲۰ جلسه) و برای اطمینان از مواجهه کافی زوجین با مداخلات اصلی درمان و تمایز شکست واقعی از ترک زودهنگام تعیین گردید (Baucom, 2002 & Epstein). کیفیت‌سنجی درمانگران با اعمال معیارهای دارا بودن رویکرد اصلی شناختی–رفتاری، مجوز رسمی از سازمان نظام روانشناسی و حداقل ۵ سال سابقه مستمر در زوج‌درمانی انجام شد.

شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۹ فرد متأهل (۳ مرد و ۶ زن) با میانگین سنی ۳۳/۵ سال، میانگین ۲۱/۷ جلسه زوج‌درمانی و میانگین ۴/۷ سال زندگی مشترک بودند که هر یک تجربه خود از شکست درمان را به‌طور مستقل گزارش کردند. اگرچه واحد ایده‌آل تحلیل در زوج‌درمانی «زوج» است، اما به‌دلیل تمرکز مطالعه بر تجربه زیسته فردی از شکست و نیز ملاحظات عملی از جمله عدم تمایل یا امکان حضور هم‌زمان زوجین دچار تعارض شدید، مصاحبه‌ها به‌صورت انفرادی انجام شد. این محدودیت در تفسیر یافته‌ها لحاظ شده و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفصیلی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده‌است.

1. reserch field

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان

نام مستعار	جنس	سن	سن همسر	تحصیلات	تحصیلات همسر	تعداد جلسات	مدت تاهل	تعداد فرزند
فرناز	زن	۳۴	۳۱	کاردانی	دیپلم	۳۵	۲/۵ سال	۰
گلناز	زن	۲۵	۳۰	کاردانی	کارشناسی ارشد	۱۸	۵ سال	۰
سعید	مرد	۴۴	۳۴	کارشناسی	کارشناسی	۲۲	۷ سال	۲
عماد	مرد	۳۱	۳۱	کارشناسی ارشد	کارشناسی	۲۰	۲/۵سال	۰
محمدرضا	مرد	۳۱	۲۵	کارشناسی	کارشناسی	۱۵	۳/۵ سال	۰
نرگس	زن	۲۵	۳۰	دیپلم	کارشناسی	۲۵	۷ سال	۰
ترانه	زن	۳۸	۴۷	کاردانی	کارشناسی ارشد	۱۵	۳ سال	۱
سپیده	زن	۳۷	۳۹	کارشناسی ارشد	دکتری	۳۰	۱۰ سال	۰
فاطمه	زن	۳۷	۳۳	کارشناسی ارشد	دیپلم	۱۶	۲ سال	۲

ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته مبتنی بر راهنمای مصاحبه محقق‌ساخته بود. این راهنما با اتکا بر پیشینه پژوهش و پس از مشورت با متخصصان طراحی و طی یک بررسی راهنما[1] با دو شرکت‌کننده اصلاح و نهایی شد. سؤالات به‌صورت باز و غیرجهت‌دار تنظیم گردید تا ابعاد گوناگون تجربه شکست را پوشش دهد. محورهای اصلی مصاحبه شامل موارد زیر بود: اطلاعات جمعیت‌شناختی و زمینه درمان (مانند مدت ازدواج، تعداد جلسات و سوابق مراجعه)، ارزیابی کلی مراجع از درمان و شواهد موفقیت یا شکست، کیفیت رابطه درمانی و چگونگی تعامل درمانگر با هر یک از زوجین، فرآیند درمان شامل شناسایی مشکلات، تکنیک‌های آموزش‌داده‌شده و بخش‌های مفید یا بی‌فایده، کمّیت و کیفیت تکالیف خانگی و نحوه پیگیری آن‌ها و در نهایت، عوامل فردی مؤثر بر تغییر و پیشنهادهای مشارکت‌کنندگان برای بهبود درمان. مصاحبه‌ها به صورت آنلاین انجام و با میانگین مدت ۶۰ دقیقه ضبط و سپس پیاده‌سازی شدند.

تحلیل داده‌ها بر اساس مدل شش‌مرحله‌ای (Braun & Clarke, 2016) به صورت مستمر و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. مراحل تحلیل شامل آشنایی با داده‌ها[2]، ایجاد کدهای مفهومی اولیه[3]، جستجوی مضمون‌ها[4]، بازنگری مضمون‌ها[5]، تعریف و نام گذاری مضامین[6] و تهیه گزارش[7] بود. همان‌طور که در بخش یافته‌ها مشاهده می‌شود، مسیر تحلیل به‌صورت پلکانی و از جزء به کل طراحی شده‌است. خوانش جدول از سمت چپ به راست، نمایانگر فرآیند انتزاع

1. pilot study
2. familiarization
3. coding
4. searching for themes
5. reviewing themes
6. defining and naming thems
7. writing report

تدریجی مفاهیم است، به‌طوری که مضامین جزئی‌تر و عینی‌تر (کدها و مضامین اولیه) در سمت چپ و مضامین کلی‌تر و تفسیری‌تر (مضامین سازمان‌دهنده و فراگیر) در سمت راست جای گرفته‌است.

برای تأمین روایی[1] کیفی یافته‌ها از راهبردهای سه گانه زیر استفاده شد:

۱. بازبینی همتایان[2]: اساتید و متخصصان این حوزه، یافته‌ها و فرآیند تحلیل را نقد کردند.

۲. بازبینی اعضا[3]: خلاصه‌ای از یافته‌ها در اختیار تعدادی از شرکت‌کنندگان قرار گرفت و تأیید آنان مبنی بر انعکاس صحیح تجاربشان دریافت شد.

۳. توصیف عمیق و غنی[4]: در ارائه یافته‌ها، از نقل قول‌های مستقیم و متعدد شرکت‌کنندگان برای توصیف عمیق و جزئی تجارب، استفاده شد. برای اطمینان از پایایی داده‌ها از دو روش اصلی زیر استفاده شد:

۱. توافق بین کدگذاران[5]: حدود ۲۰ درصد از داده‌ها توسط یک کدگذار مستقل نیز کدگذاری شد و میزان توافق مطلوب (۸۵٪) حاصل گردید.

۲. مستندسازی دقیق و سیستماتیک: تمامی مصاحبه‌ها با دقت پیاده‌سازی شد و یادداشت‌های میدانی تفصیلی بلافاصله پس از هر مصاحبه تهیه گردید.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه حاضر از کارگروه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علم و فرهنگ-جهاد دانشگاهی شناسه اخلاق IR.ACECR.REC.1402.008 دریافت کرده‌است. پس از دریافت کد اخلاق، مرحله میدانی پژوهش آغاز شد. محرمانه بودن اطلاعات، داوطلبانه بودن مشارکت، حق انصراف در هر مرحله و استفاده از اسامی مستعار رعایت شد.

یافته‌ها

جدول ۳ عناصر شکست زوج‌درمانی

مضمون فراگیر	مضمون	زیر مضمون
عدم توانمندی‌های پایه درمانگری	ناتوانی درمانگر در مدیریت جلسه	عدم عاملیت درمانگر
		نداشتن دانش و تخصص
	عدم خودآگاهی درمانگر	بیان باورهای شخصی در جلسه
		انتقال هیجان‌های منفی خود به مراجع
عدم توانمندی‌های ویژه زوج درمانگری	عدم پایبندی به اصول اخلاقی زوج‌درمانی	ارتباط یک سویه با یکی از زوجین
		دخالت در تصمیمات شخصی مراجع
		رازدار نبودن
		رهاسازی زوجین در شرایط آشفته
		صداقت نداشتن درمانگر
	بی‌توجهی درمانگر به ساختار زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری	هدفمند نبودن زوج‌درمانی
		عدم تبعیت از ساختار جلسه
	نداشتن مهارت کافی جهت انجام زوج‌درمانی	شناسایی نکردن نقطه صحیح مداخله
		ارائه رهنمودهای سطحی و خارج پروتکل
		عدم ارائه راهکار

1. validity
2. peer review or debriefing
3. member cheking
4. thick description
5. Inter-coder Agreement

ادامهٔ جدول ۳ عناصر شکست زوج‌درمانی

مضمون فراگیر	مضمون	زیر مضمون
عدم توانمندی‌های ویژه زوج درمانگری	افراط در استفاده از فنون زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری	آموزش مفرط فنون شناختی
		آموزش مفرط فنون رفتاری
		تکلیف دادن افراطی
	زوج‌درمانی بدون رصد پیشرفت	ارزیابی نکردن روند درمان
		بازخورد ندادن به زوج در مورد سیر درمان
ویژگی‌های زوجی موثر در ناکامی درمان		از هم‌گسیختگی مرز زوجین
		درمان‌جویی اجباری
		مسئولیت‌گریزی
		تجربه هیجان منفی در جلسات زوجی

همان طور که در جدول ۳ و ۴ آمده‌است پس از کدگذاری و تحلیل داده‌ها مجموعاً ۲ مضمون فراگیر[1]، ۹ مضمون و ۲۶ زیر مضمون استخراج شد.

جدول ۴ پیامدهای شکست زوج‌درمانی

مضمون	زیرمضمون
پیامدهای شکست زوج‌درمانی	برآورده نشدن انتظارات درمانی
	پیامدهای هیجانی ناامید کننده
	همکاری نکردن یکی از زوجین در ادامه درمان

عدم توانمندی‌های پایه درمانگری

این مضمون فراگیر به مجموعه عواملی اشاره دارد که در صورت فقدان یا نقص در درمانگر، مانع شکل‌گیری صحیح اتحاد درمانی می‌شوند. با توجه به نقش محوری رابطه درمانی در اثربخشی مداخلات وجود این کاستی‌ها می‌تواند به شکست فرآیند زوج‌درمانی بینجامد. این مضمون فراگیر شامل دو مضمون اصلی است:

۱. ناتوانی درمانگر در مدیریت جلسه: این زیرمضمون به فقدان عاملیت و رهبری مؤثر درمانگر در فرآیند جلسه اشاره دارد. در این شرایط، ساختار جلسه دچار اختلال شده و ممکن است مرزهای حرفه‌ای بین درمانگر و مراجع مخدوش گردد. همچنین، کمبود دانش تخصصی و مهارت‌های کاربردی درمانگر به عنوان عاملی کلیدی در کاهش اثربخشی مداخلات و عدم دستیابی به اهداف درمانی عمل می‌کند.

ترانه با عصبانیت در مورد اقتدار نداشتن درمانگر گفت: "*دکتر به شوهرم می‌گفت: این کارا رو بکن، شوهرم می‌گفت: نه من این کار رو می‌کنم. شوهرم می‌گفت که من چی‌کار می‌کنم. نمی‌ذاشت دکتر براش تصمیم بگیره، شوهرم برای دکتر تصمیم می‌گرفت.*"

۲. عدم خودآگاهی درمانگر: این زیرمضمون به انتقال ناخواسته باورهای ناسازگار و هیجانات منفی درمانگر به مراجع اشاره دارد. این پدیده عموماً ناشی از شناسایی نشدن باورهای بنیادی شخصی درمانگر و عدم توانایی در تنظیم هیجانات در خلال جلسه درمان است. این فرآیند باعث بی‌اعتمادی و ناامنی در مراجع شده و فضای هیجانی جلسه را به سمتی سوق می‌دهد که موانع شناختی-هیجانی جدی در مسیر درمان ایجاد می‌کند.

1. Overarching theme

نرگس با لحنی که نشان از ناامیدی داشت در مورد باورهای غلط درمانگر گفت: *" همش به من می‌گفت سخت نگیر، همه‌ی مردا همینن... همشون احمقن."*

عدم توانمندی‌های زوج درمانگری

این مضمون فراگیر به مجموعه‌ای از کاستی‌های تخصصی در درمانگر اشاره دارد که مختص فرآیند زوج‌درمانی است. حضور این عوامل در روند درمان، اختلال در شکل‌گیری اتحاد درمانی سه‌نفره و کاهش اثربخشی مداخلات را به دنبال دارد. این مضمون شامل پنج مضمون اصلی می‌باشد:

۱. عدم پایبندی به اصول اخلاقی زوج‌درمانی: این مضمون به تخطی درمانگر از چارچوب‌های استاندارد اخلاقی در فرآیند زوج درمانی اشاره دارد. مصادیق این پدیده شامل برقراری اتحاد نامتعادل با یکی از زوجین، مداخله در تصمیم‌های شخصی مراجعان (مانند اصرار بر تداوم رابطه علی‌رغم تمایل به جدایی)، عدم رعایت محرمانگی، خاتمه دادن غیرحرفه‌ای به جلسات بحرانی و عدم شفافیت می‌باشد. این رفتارها به تضعیف اعتماد درمانی و اخلال در یکپارچگی فرآیند درمان منجر می‌شود.

محمدرضا در خصوص بی‌توجهی درمانگر به تصمیم همسرش برای طلاق گفت: "*ولی خانمم بعد همه جلسات بازم گفت این زندگی رو نمی خوام. اون از جلسه اول هم گفت من نمی خوام این زندگی رو.*"

۲. بی‌توجهی به ساختار زوج‌درمانی شناختی-رفتاری: این مضمون به عدم پایبندی درمانگر به چارچوب ساختاریافته و هدفمند مدل شناختی- رفتاری اشاره دارد که شامل دو مؤلفه اصلی است: هدفمند نبودن اجرای جلسات درمانی و عدم التزام به چارچوب مشخص هر جلسه. این بی‌توجهی منجر به از دست رفتن تمرکز جلسات و اختلال در توالی منطقی مداخلات می‌شود.

گلناز با یاس در مورد اهداف متناقض خود و همسرش در زوج‌درمانی گفت: "*هدف شوهرم این بود که رابطه من با خانواده‌ش خوب باشه و پذیرای خانواده‌اش باشم که خیلی اتفاق نیفتاد. من هم دوست داشتم اولویت اول شوهرم باشم که این هم نشد.*"

۳. نداشتن مهارت کافی جهت انجام زوج‌درمانی: این مضمون به ضعف درمانگر در تشخیص شیوه مداخله بر اساس پروتکل شناختی-رفتاری اشاره دارد. این شرایط شامل عدم شناسایی دقیق باورهای ناسازگار و طرحواره های رابطه ای، عدم تعیین توالی صحیح مداخلات (فردی، زوجی، دارودرمانی) و جایگزینی تکنیک‌های تخصصی با راهکارهای سطحی و غیرساختاریافته می‌شود.

عماد در مورد عدم شناسایی نقطه صحیح مداخله توسط درمانگر گفت: "چیزی که تو خانومم به‌نظر خودم باید کشف می‌کرد افسردگی هست، خانومم خیلی وقتا بی‌دلیل گریه می‌کنه، یهو اشکش در میاد که متأسفانه اینو اصلاً مشاور بررسی نکرد یا نرسید. من فکر می‌کنم بیشتر موضوع برمی‌گرده به همسرم که تعادل رفتاری نداره ."

۴. افراط در کاربرد فنون شناختی-رفتاری: این مضمون به تخصیص نامتناسب و فاقد منطق تکالیف و تمرینات شناختی ـ رفتاری اشاره دارد. در این شرایط، حجم یا پیچیدگی مداخلات بدون تبیین ضرورت و اهداف کاربردی و بدون تناسب با ظرفیت و آمادگی مراجعان تعیین می‌شود. این رویکرد منجر به کاهش کیفیت اجرا، خستگی روانی و کاهش تدریجی مشارکت مراجعان در فرایند درمان می‌شود.

سعید در مورد میزان تکالیف مطرح شده در جلسات گفت: "زیاد بهمون تکلیف می‌داد ولی خیلی مفید نبود، همشو یادم نمیاد چیا بود وقت نمی‌کردیم همش رو انجام بدیم."

۵. زوج‌درمانی بدون پایش پیشرفت: این مضمون به عدم ارزیابی منظم و عینی تغییرات شناختی و رفتاری در فرآیند درمان اشاره دارد. در این شرایط، درمانگر شاخص‌های قابل اندازه‌گیری پیشرفت را ثبت نکرده و بازخورد مشخصی درباره میزان دستیابی به اهداف درمان به زوجین ارائه نمی‌دهد. این رویکرد به کاهش انگیزه مراجعان و تداوم جلسات بدون جهت‌گیری بالینی واضح منجر می‌شود.

سپیده در مورد بررسی انجام تکالیف توسط درمانگر گفت: "*درمانگر پیشنهاد داده بود با هم آشپزی کنیم تا صمیمیت بیشتر بشه ولی موقع کار باهم دعوامون شد. وقتی مشکل رو بهش گفتیم، دیگه راهنمایی نکرد که چطور بدون دعوا انجامش بدیم*".

ویژگی‌های زوجین در ناکامی درمان

این مضمون به وجود الگوهای شناختی ـ رفتاری ناسازگار در زوجین اشاره دارد که مانع از اثربخشی مداخلات درمانی می‌شود، همکاری در فرآیند درمان را محدود کرده و پاسخ‌دهی به مداخلات استاندارد را کاهش می‌دهند. این ویژگی‌ها که در چهار دسته قابل طبقه‌بندی هستند: ازهم‌گسیختگی مرز زوجین، درمان‌جویی اجباری، مسئولیت‌گریزی و تجربه هیجان منفی در جلسات زوجین.

فاطمه در مورد انگیزه همسرش برای شرکت در جلسات زوج‌درمانی گفت:"*همسرم برا این قبول کرد بیاد پیش مشاور که ما قبول کنیم که دخترش هیچ مشکلی نداره، خودشم رفتارش طبیعیه*. این که قبول کنه رفتاراش اشتباهه براش خیلی سخته، فکر می‌کنه اگه بپذیره همه‌ی انگشتا می‌ره سمت اون."

پیامد شکست زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری

شکست زوج‌درمانی پیامدهایی دارد که برای مراجعین ناخوشایند است، این زیر مضمون‌ها عبارتند از: عدم برآورده شدن انتظارات درمانی، پیامدهای هیجانی ناامیدکننده، عدم همکاری زوج در ادامه دادن درمان

فرناز در مورد انتظار برآورده نشده خود از درمانگر گفت: "*بعضی وقتا از مشاورم ناراحت می‌شم؛ چرا بهم نگفت که شوهرم تغییر نمی‌کنه؟ اگه می‌دونستم، قاطع‌تر تصمیم می‌گرفتم و زندگی‌م به این روز نمی‌افتاد. فکر می‌کنم فقط هدفش ادامه دادن زندگی بود*".

بحث و نتیجه گیری

تحلیل تجارب زوجین نشان داد، درمانگران ناموفق با فقدان اقتدار حرفه‌ای، اعتماد و امنیت روانی مراجعان را تضعیف می‌کنند. این یافته اگرچه با پژوهش (Antaki & Jahoda, 2010 ;Gurman, 2008) درباره اهمیت ساختار و رهبری جلسه همسو است، اما درعین حال نشان می‌دهد که در بافت فرهنگی ایران، این فقدان اقتدار پیامدی فراتر از یک "ضعف فنی" دارد. همانطور که رزانی و صادقی (۱۳۹۶) و قاضی‌مقدم (۲۰۰۹) نیز تأکید کرده‌اند، در فرهنگی که مراجعان بر اساس طرحواره‌های ریشه‌دار، درمانگر را در نقش مرجع قدرت می‌بینند، این ضعف مستقیماً به یک "اسناد منفی فرهنگی" مانند "این درمانگر صلاحیت لازم را ندارد" دامن می‌زند. بنابراین، می‌توان گفت که در این بافت، فقدان اقتدار نه تنها یک نقص فنی، بلکه یک "تابوی فرهنگی" محسوب می‌شود که شکست درمان را تسریع و غیرقابل اجتناب می‌سازد.

تحلیل تجارب زوجین در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که عدم خودآگاهی درمانگر و وجود اضطراب‌های حل‌نشده (مانند ترس از ترک شدن) در وی، می‌تواند به‌طور مستقیم به شکست درمان بینجامد. این یافته با پژوهش (Clements, 2021) در مورد تأثیر ویژگی‌های شخصی درمانگر بر نتایج درمان و نیز با مطالعه (Prasko et. al., 2023) در

خصوص نقش خودآگاهی در افزایش اثربخشی درمانگر، همسویی کامل دارد. از منظر مدل شناخت ـ هیجان ـ رفتار، درمانگر فاقد خودآگاهی، قادر به تشخیص الگوهای فکری تحریف‌شده خود نیست. از نگاه مدل ارزیابی شناختی (Borkovec et al., 2002) درمانگری که درگیر مسائل حل‌نشده شخصی است، ممکن است به‌طور ناخودآگاه از سوی مراجع به عنوان "غیرقابل اعتماد" ارزیابی شود. این ارزیابی منفی، اتحاد درمانی را تضعیف کرده و احتمال مقاومت در برابر فرآیند درمان را افزایش می‌دهد. بنابراین، خودآگاهی درمانگر یک پیش‌نیاز اساسی برای اجرای مؤثر مداخلات شناختی ـ رفتاری و ایجاد تغییر پایدار در رابطه زوجین به شمار می‌رود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که نقض اصول اخلاقی توسط درمانگر، به ویژه تبانی با یک طرف و تحمیل ترجیحات شخصی، از مهم‌ترین عوامل شکست درمان در ایران است. این یافته با پژوهش‌های (Stiefel, Bourquin & Totton, 2017; Saraga, 2023) همسو است. آنچه در بافت فرهنگی ایران این مسئله را بحرانی می‌کند، تعارض بین تابوی فرهنگی "طلاق" و اصل "خودمختاری مراجع" است. از منظر مدل شناختی-رفتاری (Epstein & Baucom, 2002)، این نقض اخلاقی چرخه معیوبی ایجاد می‌کند: در سطح شناختی با اسناد منفی، در سطح هیجانی با بی‌اعتمادی و در سطح رفتاری با مقاومت. در فرهنگی با حساسیت ارتباطی بالا مانند ایران، این مسئله به "فاجعه درمانی" غیرقابل ترمیم تبدیل می‌شود.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که عدم پایبندی به ساختار درمانی از عوامل اصلی شکست زوج‌درمانی شناختی-رفتاری است. این یافته با پژوهش‌های پیشین در زمینه اهمیت پایبندی به ساختار درمانی(Datilio & Epstein, 2016 ;Kysely et al., 2020) همسویی کامل دارد. از منظر چارچوب شناختی-رفتاری و بر اساس مدل (Baucom, 2002 & Epstein)، این شکست را می‌توان به عدم اجرای ارزیابی اولیه نظام‌مند، مفهوم‌پردازی موردی و تعیین اهداف مشخص نسبت داد که در نهایت مانع از شناسایی و شکستن چرخه‌های معیوب شناختی-رفتاری می‌شود.

بر اساس تحلیل ها ارائه تکالیف خانگی زیاد و غیرهمخوان با ظرفیت مراجعان، نه تنها تأثیر مثبت ندارد بلکه می‌تواند نتایج معکوس به همراه داشته‌باشد. این یافته با هشدار(Castonguay et al., 2021) درباره پیامدهای پایبندی سفت و سخت به تکنیک‌ها همسویی نسبی دارد. از منظر مدل شناختی (Beck, 1988) هنگامی که تکالیف درمانی با توانایی و ارزش‌های مراجع همخوانی نداشته باشد، احتمال عدم انجام آنها افزایش می‌یابد. این شکست در انجام تکالیف به طور مستقیم به شکل‌گیری و تقویت شناخت‌های ناکارآمد در مراجع منجر می‌شود؛ باورهایی از قبیل "من نمی‌توانم تغییر کنم" یا "این درمان مؤثر نیست". این شناخت‌های ناکارآمد به نوبه خود باعث کاهش انگیزه و اجتناب از مشارکت فعال در جلسات درمانی می‌گردد.

مطالعه حاضر نشان می دهد که غفلت از ارزیابی تکالیف خانگی و پایش پیشرفت، از عوامل مؤثر در شکست زوج‌درمانی شناختی ـ رفتاری محسوب می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های (D'Aniello et al., 2021) در مورد پیامدهای منفی عدم پایش پیشرفت و(Mennenga et al., 2023) درباره از دست رفتن فرصت‌های تمرین مهارت‌ها همسو است. از منظر نظریه شناختی-رفتاری، این شکست درمانی ناشی از نقص در نظارت نظام‌مند است که (Halford, Pepping & Petch, 2015) بر آن تأکید داشته‌اند. فقدان بازخورد منظم، امکان اصلاح سوگیری‌های شناختی مرتبط با تکالیف و تقویت خودکارآمدی زوجین را سلب کرده و در نتیجه به تداوم چرخه‌های معیوب شناختی-رفتاری و در نهایت شکست درمان می‌انجامد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ویژگی‌های منفی زوجین از جمله مسئولیت‌گریزی و درمان‌جویی اجباری در شکست درمان نقش دارند که این یافته با نتایج مطالعات پیشین (Gold & Stricker, 2011 ; Smoliak et al., 2021) همسو است. از منظر نظریه شناختی-رفتاری، این یافته بر اساس مدل چرخه‌های علیت حلقوی (Epstein &

Baucom, 2002)تبیین می‌شود. مسئولیت‌گریزی و احساسات منفی نسبت به درمانگر، اجرای مداخلات ساختاریافته CBCT را مختل می‌کند. در بافت فرهنگی ایران، این چالش‌ها ابعاد پیچیده‌تری می‌یابند. همانطور که در پژوهش‌های متعدد (اقبال، شریعتمدار و سنگده، ۱۴۰۱؛ رضایی، حیدری، رضاعی و خزائی، ۱۴۰۰) اشاره شده، سبک‌های مقابله‌ای نافعال مانند اجتناب، کناره‌گیری و پذیرش سرنوشت در فرهنگ جمع‌گرای ایرانی، همراه با ترس از استیگما و اهمیت حفظ آبرو، می‌تواند به تعویق انداختن مراجعه برای درمان و مسئولیت‌گریزی را تشدید کند.

یکی از یافته‌های این پژوهش نشان داد که شکست زوج‌درمانی شناختی-رفتاری برای مشارکت‌کنندگان به پیامدهایی چون تشدید ناامیدی، اسنادهای منفی (مانند «درمانگر بی‌کفایت است» یا «این روش درمانی بی‌فایده است») و کناره‌گیری از ادامه درمان انجامید. این یافته با پژوهش‌های پیشین درباره عواقب درمان ناموفق (Knox et al., 2022) و نقش تعیین‌کننده انتظارات مراجعان در تداوم یا قطع درمان (Tambling & Johnson, 2010) همسو است. تبیین این چرخه معیوب از لنز مدل ارزیابی شناختی ساده است: هنگامی که انتظارات اولیه مراجعان از درمان برآورده نمی‌شود، ارزیابی منفی آنان از کل فرایند درمان فعال می‌شود. این ارزیابی منفی، هیجانات ناامیدی و خشم را برمی‌انگیزد، به اسنادهای ناکارآمد دامن می‌زند و در نهایت به رفتارهای کناره‌گیرانه می‌انجامد که خود چرخه را تشدید می‌کند.

در مجموع، بر پایه تحلیل تجارب شرکت‌کنندگان، شکست زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در ایران حاصل چرخه‌ای معیوب و چندعاملی است که از تعامل کاستی‌های درمانگر ویژگی‌های بازدارنده زوجین و اجرای نامناسب پروتکل درمانی شکل می‌گیرد. در یک سوی این چرخه، درمانگران ناموفق با فقدان اقتدار حرفه‌ای، ضعف تشخیصی و خودآگاهی پایین، اعتماد مراجعان را تضعیف می‌کنند؛ مشکلی که به‌ویژه در بافت فرهنگی سلسله‌مراتبی ایران -که مراجعان انتظار رهبری قاطع از متخصص دارند- و در سایه تعارض میان تابوی طلاق و اصل خودمختاری مراجع، تشدید می‌شود. در سوی دیگر ویژگی‌های ناکام‌کننده زوجین از جمله مسئولیت‌گریزی، درمان‌جویی اجباری و مقاومت، در ترکیب با اجرای انعطاف‌ناپذیر پروتکل (نظیر ارائه تکالیف افراطی ناهمخوان با فرهنگ آموزش‌محور و عدم پایش پیشرفت)، مشارکت درمانی را مختل کرده و چرخه ناامیدی و کناره‌گیری را کامل می‌کند. این مطالعه با آشکارسازی این شبکه درهم‌تنیده، بر ضرورت افزایش توانمندی‌های پایه و تخصصی درمانگران، غربالگری نشانگان منفی پیش‌آگهی و بومی‌سازی هوشمندانه پروتکل‌ها برای گسستن این چرخه و کاهش هزینه‌های مادی و عاطفی شکست درمان تأکید می‌کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه است که تفسیر یافته‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نخست، نمونه کیفی و هدفمند متشکل از ۹ شرکت‌کننده تهرانی، تعمیم‌پذیری به زوجین سایر مناطق با خرده‌فرهنگ‌های متفاوت را محدود می‌کند. دوم، کنترل نشدن سابقه درمان‌های قبلی، امکان بررسی اثر خالص زوج‌درمانی شناختی-رفتاری را کاهش می‌دهد. سوم، ماهیت خودگزارشی داده‌ها و عدم جمع‌آوری هم‌زمان روایت هر دو زوج، از درک کامل پویایی‌های تعاملی زوجین جلوگیری کرده است. همچنین، مصاحبه حداکثر تا ۶ ماه پس از درمان، امکان بررسی پایداری تغییرات در بلندمدت را فراهم نمی‌سازد.

بر پایه این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از شهرهای مختلف، به بررسی تجارب زوج‌درمانی در بافت‌های فرهنگی گوناگون بپردازند و با مستندسازی سوابق درمانی، اثر مداخلات گذشته را کنترل کنند. به‌کارگیری روش‌های مکمل نظیر مشاهده جلسات، مصاحبه‌های مشترک زوجی و طراحی‌های طولی می‌تواند داده‌های غنی‌تر و درکی عمیق‌تر از پایداری تغییرات فراهم آورد. در سطح کاربردی،

طراحی برنامه آموزشی با هدف ارتقای بینش فرهنگی و مهارت‌های عملی درمانگران (شامل غربال‌گری نشانگان منفی، مدیریت جلسات فردی در فرآیند زوج‌درمانی، طراحی تکالیف همخوان با ارزش‌های مراجعان و تلفیق مداخلات هیجانی با چارچوب شناختی-رفتاری) ضروری است. در نهایت، یک برنامه پژوهشی چندمرحله‌ای با محوریت «بومی‌سازی و ارزیابی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در ایران» توصیه می‌شود که از کاوش کیفی تجارب درمانگران آغاز شده، به طراحی پروتکل بومی‌شده انجامد و با آزمون تجربی تأثیر آموزش آن بر نتایج درمان تکمیل گردد.

منابع

الف) منابع فارسی

اپستین، نورمن بی و باکوم، دانلد اچ (۲۰۰۲). *زوج‌درمانی شناختی- رفتاری پیشرفته، یک رویکرد بافت مدار* (ترجمه نینا جمشیدنژاد، ۱۳۹۷). تهران: انتشارات ارجمند.

اقبال، نجمه، شریعتمدار، آسیه و خدادادی سنگده، جواد (۱۴۰۱). تجارب پدیداری مبتنی بر رودربایستی در روابط زوجی زنان با صمیمیت پایین. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۳، (۵۲)، ۲۸۱-۳۰۹. https://civilica.com/doc/1532355

براون ویرجینیا و کلارک ویکتوریا (۲۰۱۶). *پژوهش کیفی موفقیت آمیز: راهنمای عملی برای مبتدیان* (ترجمه شیوا گرانمایه پور و امیرعلی مازندرانی، ۱۴۰۱). تهران: انتشارات ارجمند.

بک، جودیت (۱۹۸۸). *شناخت درمانی: مبانی و فراتر از آن* (ترجمه لادن فتی و فرید حسینی، ۱۴۰۳). چاپ بیستم، تهران: انتشارات دانژه.

خزائی، علی، پولادی ریشهری، علی و عینی پور، جواد (۱۴۰۴). نقش واسطه‌ای باورهای ارتباطی و خودتنظیمی زناشویی در ارتباط بین دیدگاه فهمی همسر و تعارضات زناشویی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۶ (۱)، ۳۰۳-۳۱۸. Doi: 10.22059/japr.2023.355587.644546

خزائی، حبیب، رضایی، لیلا و شهدی پور، ندا (۱۳۹۴). تبیین علل خروج از روان درمانی: یک مطالعه کیفی. همایش سالانه انجمن علمی روانپزشکان ایران. https://www. id.ir/paper/828750/fa

داتیلیو، فرانک ام (۲۰۱۰). *درمان شناختی- رفتاری با زوج‌ها و خانواده‌ها: راهنمای جامع برای درمانگران* (ترجمه نبی اله خواجه، پریناز سجادیان و فاطمه بهرامی، ۱۳۹۱). تهران: انتشارات کتاب ارجمند.

رضایی، لیلا، حیدری، شیما، رضاعی، فاطمه و خزایی، حبیب (۱۴۰۰). چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی روان درمانی در ایران: یک مطالعه کیفی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸(۲)، ۱-۱۳. SID. https://sid.ir/paper/962417/fa

زرانی فریبا، صادقی سعید (۱۳۹۶). نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی و روان‌درمانی: تلویحاتی برای ارتقاء صلاحیت فرهنگی روان درمانگران. *رویش روان شناسی*، ۶ (۲)، ۱۴۹-۱۶۸.

کاوه فارسانی، ذبیح اله، صفی، سعید، و بهمنی، احمد (۱۳۹۸). برنهادی مقدماتی در زمینه مشاوره خانواده با رهیافت مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی. https://civilica.com/doc/130094

گورمن، آلن. اس (۲۰۰۸). *راهنمای بالینی زوج‌درمانی* (ترجمه رزیتا امانی، محمدرضا مجذوبی و صالح سپهری فر، ۱۴۰۱). چاپ دوم، همدان: انتشارات دانشگاه بوعلی سینا.

میریام، شاران بی و تیسدل الیزابت جی (۲۰۱۶). *پژوهش کیفی: راهنمای طراحی و کاربست* (ترجمه علیرضا کیامنش و مریم دانای طوس، ۱۴۰۲). چاپ دوم، تهران: انتشارات سمت.

هالفورد، کیم (۲۰۰۳). *زوج‌درمانی کوتاه مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان* (ترجمه مصطفی تبریزی، مژده کاردانی و فروغ جعفری، ۱۳۸۷). چاپ دوم، تهران: انتشارات فراروان.

ب) منابع لاتین

Alfonsson, S., Fagernäs, S., Beckman, M., & Lundgren, T. (2024). Psychotherapist factors that patients perceive are associated with treatment failure. *Psychotherapy*, 61 (3): 241-249.

Doi: 10.1037/pst0000527

Antaki, C., & Jahoda, A. (2010). Psychotherapists' practices in keeping a session 'on-track' in the face of clients' 'off-track' talk. *Communication & Medicine*, 7 (1) :11-21.

Doi: 10.1558/cam.v7i1.11

Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *J Consult Clin Psychol*, 70 (2), 98-288. PMID: 11952187.

Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65 (1): 34–49. https://doi.org/10.1037/a0017330

Clements, A. L. (2021). The person of the therapist: therapists' personal characteristics as predictors of working alliance and treatment outcome .*Doctoral Dissertation*, University of Kentucky. https://doi.org/10.13023/etd.2021.002

Dattilio, F. M. & Epstein, N. B. (2016). *Handbook of Family Therapy: Cognitive-Behavioral Couple and Family Therapy*. London: Imprint Routledge.

D'Aniello, C., Anderson, S. R. & Tambling R. R. (2021). Psychotherapeutic processes associated with couple therapy discontinuance: An observational analysis using the rapid marital interaction coding system, *Journal of Marital and Family Therapy*, 47 (4): 891-908.

https://doi.org/10.1111/jmft.12482

Driver, J. L. (2007). Observations of newlywed interactions in conflict and in everyday life. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67*(9-B), 41-54.

Friedberg, R. D. (2006). A cognitive-behavioral approach to family therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36: 159-165. https://doi.org/10.1007/s10879-006-9020-2

Ghazi-Moghadam. (2009). A qualitative study of the perceived attitudes toward psychotherapy and therapists among Iranian clients. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

Gold, J., & Stricker, G. (2011). Failure in psychodynamic psychotherapy. *J Clin Psychol:* 67 (11): 1096-1105. Doi: 10.1002/jclp.20847

Halford, W. K., Pepping, C. A. & Petch, J. (2015). The gap between couple therapy research and practice effectiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42 (1): 32-44.

Doi: 10.1111/jmft.12120

Hao, W. (2022). Reverse frustrating object in couples. *Psychoanalysis and Psychotherapy in China*, 5 (2): 190-205.

Knox, S., Miller, C., Twidwell, R. E., & Knowlton, G. (2022). Client perspectives on psychotherapy failure. *Psychotherapy Research*, 33 (3): 298–315.

https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2110020

Kysely, A., Bishop, B., kane, R., Chenge, M., De Palma, M., & Rooney, R. (2020). Expectation and experiences of couples receiving therapy through videoconferencing: A Qualitative Study, *Front Psychol*. 21 (10): 29-92. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.02992. PMID: 32038380; PMCID: PMC6985577.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectical therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.) , *Handbook of psychotherapy integration*, 94-129.

Lampropoulos, G. k. (2011). Failure in psychotherapy: An Introduction. *J chin Psychol*, 67 (11), 1093-5. Doi: 10.1002/jclp.20858

Mennenga, K. D., Tambling, R. R., Johnson, L. N., & Anderson, S. R. (2023). Gender and content differences in domain and focus of homework used in couple therapy. *The Family Journal*, *31* (4): 572-579. https://doi.org/10.1177/10664807231168857

Prasko, J., Ociskova, M., Abeltina, M., Krone, I., Kantor, K., Vanek, J., Slepecky, M., Minarikova, K., Mozny, P., Piliarova, M., & Bite, I. (2023). The importance of self-experience and self-reflection in training of cognitive behavioral therapy. *Neuro Endocrinol Lett*, 44 (3):152-163. PMID: 37392442.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (9th Ed.). Oxford University Press.

Roesler, C. (2020). Effectiveness of couple therapy in practice settings and identification of potential predictors for different outcomes: Results of a german nationwide naturalistic study. *Family Process*, 59 (2): 390-408. Doi: 10.1111/FAMP.12443

Smoliak, O., Rice, C., Knudso

n-Martin, C., Briscoe, C., LeCouteur, A., LaMarre, A., & Vesely, L. (2021). Denials of responsibility in couple therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 21 (4): 344–365. https://doi.org/10.1080/15332691.2021.1967248

Stiefel, F., Bourquin, C. & Saraga, M. (2023). Collusion revisited: a narrative review of dyadic collusions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53: 333–341.

https://doi.org/10.1007/s10879-023-09585-8

Stokstad, S., Hu, CH., & Parussa, G. (2023). *Couple Therapy*. Elsevier eBooks, 504-515.
https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00034-5

Tambling, R. & Johnson, L. N. (2010). Client expectations about couple therapy. *American Journal of Family Therapy*, 38 (4): 322-333. DOI:10.1080/01926187.2010.493465

Totton, N. (2017). *The Political Self: Understanding the Social Context for Mental Illness*. 1st Edition, Routledge, EBook. ISBN9780429482762

Verhofstadt, L. L., Lemmens, G. M. D., Vanhee, G. (2020). *Relationship Distress: Empirical Evidence for a Relational Need Perspective*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36560-8_16