

بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر کنترل رفتار و تمایز یافتگی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره بندر ماهشهر

مشخصات نویسندگان:



© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.
انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی ۴.۰ CC BY-NC صورت گرفته است.

۱. سعید قناطر: گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲. مسعود شهبازی*: گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران
۳. محمد حسین محبی نورالدین وند: گروه روانشناسی، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران
۴. سیده زهرا علوی: گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

*پست الکترونیکی نویسنده مسئول: masoudshahbazi53@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: قناطر، سعید، شهبازی، مسعود، محبی نورالدین وند، محمد حسین، و علوی، سیده زهرا. (۱۴۰۴). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر کنترل رفتار و تمایز یافتگی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره بندر ماهشهر. *سنجش، ارزیابی و مداخلات زوج درمانی*، ۲(۱)، ۱-۲۷.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت درمانی بر بهبود کنترل رفتار و تمایز یافتگی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره بندر ماهشهر انجام شد. این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح تک آزمودنی ABA و اندازه گیری های مکرر انجام شد. جامعه آماری شامل زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان شناسی بندر ماهشهر از مرداد تا آبان ۱۴۰۴ بود که از میان آنان چهار زوج، معادل هشت نفر، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت کنندگان در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری ارزیابی شدند. مداخله واقعیت درمانی بر اساس پروتکل گلاسر و با تمرکز بر نظریه انتخاب، نیازهای اساسی، رفتار کلی، کنترل درونی، مسئولیت پذیری، الگوی WDEP و برنامه ریزی SMART اجرا شد. داده ها با استفاده از خرده مقیاس کنترل رفتار ابزار سنجش خانواده مک مستر و سیاهه تمایز یافتگی خود گردآوری شدند. تحلیل داده ها از طریق تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی، بررسی تغییر طراز و جهت داده ها، محاسبه شاخص های درصد داده های غیرهمپوش و همپوش و تعیین درصد بهبودی انجام شد. در متغیر کنترل رفتار، نمرات هر چهار زوج از مرحله خط پایه به مداخله کاهش یافت و مقدار PND برای همه زوج ها ۱۰۰ درصد و POD صفر بود. درصد بهبودی کنترل رفتار در مرحله درمان بین ۲۷ تا ۴۰ درصد و در مرحله پیگیری بین ۴۳ تا ۵۹ درصد گزارش شد. در متغیر تمایز یافتگی، نمرات هر چهار زوج در مرحله مداخله و پیگیری افزایش یافت. مقدار PND از خط پایه به مداخله برای همه زوج ها ۱۰۰ درصد بود. درصد بهبودی تمایز یافتگی در مرحله درمان بین ۲۶ تا ۵۹ درصد و در مرحله پیگیری بین ۳۶ تا ۷۱ درصد به دست آمد. جهت تغییرات در هر دو متغیر با اهداف درمانی همسو بود و آثار مداخله در پیگیری حفظ شد. واقعیت درمانی با تقویت کنترل درونی، مسئولیت پذیری، خود ارزیابی، انتخاب رفتارهای سازگارانه و کاهش تلاش برای کنترل همسر، می تواند کنترل رفتار و تمایز یافتگی زوجین را بهبود بخشد و به عنوان مداخله ای کاربردی در مراکز مشاوره خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: واقعیت درمانی، کنترل رفتار، تمایز یافتگی خود، زوجین، مشاوره خانواده، نظریه انتخاب.

Effectiveness of Reality Therapy on Behavioral Control and Self-Differentiation Among Couples Referring to Counseling Centers in Bandar Mahshahr



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the CC BY-NC 4.0 License.

Authors' Information:

1. Saeid Ghanatir: Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2. Masood Shahbazi*: Department of Counseling, MaS.C., Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran
3. Mohammad Hosein Mohebi Nouredinvand: Department of Counseling, MaS.C., Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran
4. Seyedeh Zahra Alavi: Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Corresponding author's email: masoudshahbazi53@iau.ac.ir

How to cite: Ghanatir, S., Shahbazi, M., Mohebi Nouredinvand, M. H., & Alavi, S. Z. (2025). Effectiveness of Reality Therapy on Behavioral Control and Self-Differentiation Among Couples Referring to Counseling Centers in Bandar Mahshahr. *Couple Therapy Assessment, Evaluation, and Intervention*, 2(1), 1-27.

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of reality therapy in improving behavioral control and self-differentiation among couples referring to counseling centers in Bandar Mahshahr. This quasi-experimental study employed an ABA single-case design with repeated measurements. The statistical population consisted of couples attending counseling and psychological centers in Bandar Mahshahr from August to November 2025. Four couples, comprising eight participants, were selected through purposive sampling. Participants were evaluated during baseline, intervention, and follow-up phases. The reality therapy intervention was based on Glasser's protocol and focused on choice theory, basic needs, total behavior, internal control, personal responsibility, the WDEP system, and SMART planning. Data were collected using the behavioral control subscale of the McMaster Family Assessment Device and the Differentiation of Self Inventory. Data were analyzed through within-condition and between-condition visual analyses, including changes in level, trend, stability, percentage of non-overlapping data, percentage of overlapping data, and improvement percentages. Behavioral control scores decreased across all four couples from the baseline to the intervention phase, indicating improvement because higher scores represented poorer family functioning. The PND value was 100% and the POD value was zero for all couples. Improvement in behavioral control ranged from 27% to 40% during treatment and from 43% to 59% at follow-up. Self-differentiation scores increased consistently during the intervention and follow-up phases. The PND value from baseline to intervention was 100% for all couples. Improvement in self-differentiation ranged from 26% to 59% during treatment and from 36% to 71% at follow-up. Changes in both outcomes were consistent with the therapeutic objectives, and the intervention effects were largely maintained or strengthened during follow-up. Reality therapy appears to improve couples' behavioral control and self-differentiation by promoting internal control, responsibility, self-evaluation, adaptive behavioral choices, and reduced attempts to control one's spouse. Therefore, it may be considered a practical intervention for strengthening marital functioning and psychological autonomy in family counseling centers.

Keywords: Reality therapy, behavioral control, self-differentiation, couples, family counseling, choice theory.

خانواده یکی از بنیادی‌ترین نظام‌های اجتماعی و عاطفی است که کیفیت عملکرد آن می‌تواند بر سلامت روان، سازگاری اجتماعی، احساس امنیت، کیفیت روابط بین‌فردی و شیوه مواجهه اعضا با فشارهای زندگی اثر بگذارد. در این میان، رابطه زوجین هسته اصلی نظام خانواده را تشکیل می‌دهد و کیفیت این رابطه می‌تواند ثبات یا آسیب‌پذیری کل ساختار خانواده را تعیین کند. ازدواج صرفاً یک قرارداد اجتماعی نیست، بلکه فرایندی پویا و چندبعدی است که در آن ویژگی‌های فردی، انتظارات متقابل، نیازهای عاطفی، شرایط اجتماعی و فرهنگی و الگوهای ارتباطی به‌طور مستمر بر یکدیگر اثر می‌گذارند. از این‌رو، حتی زمانی که ازدواج در سن و شرایط نسبتاً مناسب شکل گرفته باشد، تداوم رابطه رضایت‌بخش نیازمند برخورداری زوجین از بلوغ روان‌شناختی، توانایی تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری رفتاری و مهارت‌های حل تعارض است (Indra et al., 2023). در صورت ضعف این ظرفیت‌ها، تعارض‌های روزمره ممکن است به الگوهای مزمن ناسازگارانه تبدیل شوند و سلامت روانی زوجین و سایر اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهند.

تعارض زناشویی پدیده‌ای چندعاملی است و نمی‌توان آن را صرفاً پیامد اختلاف‌نظرهای مقطعی میان همسران دانست. تفاوت در نیازها، انتظارات، نقش‌های جنسیتی، شیوه توزیع قدرت، فشارهای اقتصادی، شرایط اجتماعی، پیشینه خانوادگی و الگوهای آموخته‌شده ارتباطی از جمله عواملی هستند که می‌توانند زمینه بروز یا تداوم تعارض را فراهم کنند. در تحلیل جامعه‌شناختی تعارض زناشویی نیز تأکید شده است که این تعارض‌ها حاصل تلاقی فرایندهای فردی، رابطه‌ای و ساختاری‌اند و باید در چارچوبی گسترده‌تر از تعامل دو فرد بررسی شوند (Ho, 2025). هنگامی که تعارض‌ها به شیوه‌ای ناکارآمد مدیریت شوند، رابطه زوجین ممکن است به تدریج از صمیمیت، همدلی و مشارکت فاصله بگیرد و به سمت بی‌اعتمادی، کناره‌گیری عاطفی، کنترل‌گری و واکنش‌های دفاعی حرکت کند. در چنین شرایطی، حتی بدون وقوع جدایی رسمی، امکان شکل‌گیری نوعی گسست هیجانی وجود دارد که به‌عنوان طلاق عاطفی شناخته می‌شود و می‌تواند با ناتوانی در شناسایی و بیان هیجان‌ها، کاهش همدلی و تضعیف پیوند زناشویی همراه باشد (Al-Shahrani & Hammad, 2023).

یکی از ابعاد مهم در فهم کیفیت عملکرد خانواده، نحوه کنترل رفتار اعضا است. کنترل رفتار به الگوها، قواعد و انتظاراتی اشاره دارد که خانواده از طریق آن‌ها رفتار اعضای خود را در موقعیت‌های مختلف تنظیم می‌کند. در خانواده‌های برخورداری از عملکرد مطلوب، قوانین روشن، متناسب، انعطاف‌پذیر و قابل پیش‌بینی‌اند و اعضا ضمن آگاهی از حدود و مسئولیت‌های خود، امکان گفت‌وگو، مذاکره و اصلاح قواعد را دارند. در مقابل، در خانواده‌های ناکارآمد، کنترل رفتار ممکن است به‌صورت سخت‌گیرانه، مبهم، متناقض، رهاشده یا مبتنی بر سلطه و اجبار اعمال شود. چنین الگویی می‌تواند زمینه‌ساز تعارض، نافرمانی، رفتارهای تکانشی، بی‌اعتمادی و کاهش احساس امنیت در روابط خانوادگی شود. الگوی مک‌مستر، کنترل رفتار را در کنار حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، درگیری عاطفی و عملکرد کلی، یکی از ابعاد اصلی کارکرد خانواده می‌داند (Keitner et al., 2019).

مدل مک‌مستر خانواده را نظامی می‌داند که عملکرد هر یک از اعضا در پیوند با ساختار و تعاملات کل خانواده معنا پیدا می‌کند. بر اساس این مدل، اختلال در هر یک از ابعاد عملکرد خانواده می‌تواند بر سایر ابعاد اثر بگذارد و الگوهای ناسازگارانه را تقویت کند. برای مثال، ضعف در ارتباط می‌تواند موجب سوءبرداشت از رفتار همسر شود، ضعف در پاسخ‌دهی عاطفی می‌تواند صمیمیت را کاهش دهد و ناکارآمدی در کنترل رفتار می‌تواند تعارض‌های روزمره را تشدید کند. بررسی‌های مبتنی بر مدل مک‌مستر نشان داده‌اند که این چارچوب، ابزاری مناسب برای ارزیابی جامع روابط خانوادگی و شناسایی حوزه‌های نیازمند مداخله فراهم می‌کند (Pak Gül et al., 2024). همچنین یافته‌ها نشان داده‌اند که برخی ابعاد سنجش‌شده در ابزار عملکرد خانواده مک‌مستر می‌توانند با مشکلات هیجانی اعضای خانواده ارتباط داشته باشند و نقش واسطه‌ای در پیامدهای روان‌شناختی ایفا کنند (Caño González & Rodríguez-Naranjo, 2024).

کاربرد مدل مک‌مستر تنها به ارزیابی محدود نمی‌شود، بلکه این مدل می‌تواند مبنایی برای طراحی و اجرای مداخلات خانواده‌محور نیز باشد. در رویکردهای مبتنی بر این مدل، درمانگر می‌کوشد الگوهای ناکارآمد ارتباط، نقش‌ها، حل مسئله و کنترل رفتار را شناسایی و اصلاح کند و ظرفیت خانواده را برای همکاری و خودتنظیمی افزایش دهد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که اجرای مداخلات خانواده‌درمانی مبتنی بر مدل مک‌مستر می‌تواند به بهبود عملکرد خانواده در زوجین منجر شود (Pourmovahed et al., 2021). همچنین مقایسه رویکردهای مشاوره خانواده نشان داده است که مداخلات ساختاریافته مبتنی بر الگوهای خانواده‌درمانی می‌توانند سازگاری زوجین را افزایش دهند و به تنظیم بهتر تعاملات خانوادگی کمک کنند (Mehrabi et al., 2022). کاربرد این مدل در حوزه‌های سلامت نیز نشان داده است که تقویت نقش خانواده و اصلاح الگوهای عملکردی آن می‌تواند مسئولیت‌پذیری، مراقبت و هماهنگی اعضا را بهبود بخشد (Proboningsih et al., 2025). این شواهد بر اهمیت توجه به کنترل رفتار به‌عنوان بخشی از یک نظام تعاملی گسترده‌تر تأکید دارند.

در کنار کنترل رفتار، تمایز‌یافتگی خود یکی دیگر از متغیرهای اساسی در کیفیت رابطه زوجین است. تمایز‌یافتگی در نظریه سیستم‌های خانواده بوئن به توانایی فرد برای حفظ تعادل میان صمیمیت عاطفی و استقلال روان‌شناختی اشاره دارد. فرد تمایز‌یافته می‌تواند در عین حفظ ارتباط نزدیک با دیگران، هویت، باورها و تصمیم‌های خود را نیز حفظ کند و در شرایط فشار، صرفاً تحت تأثیر هیجان‌های آنی یا واکنش‌های اطرافیان قرار نگیرد. در مقابل، افراد با سطح پایین تمایز‌یافتگی ممکن است در روابط نزدیک دچار وابستگی هیجانی، واکنش‌پذیری شدید، اجتناب عاطفی یا هم‌آمیختگی با دیگران شوند. بازخوانی نظریه بوئن نشان می‌دهد که تمایز‌یافتگی یک ویژگی صرفاً فردی نیست، بلکه در شبکه‌ای از روابط خانوادگی و الگوهای بین‌نسلی شکل می‌گیرد و بر نحوه مدیریت اضطراب، تعارض و صمیمیت اثر می‌گذارد (Brown & Errington, 2024).

در روابط زناشویی، تمایز‌یافتگی بالا به زوجین کمک می‌کند هیجان‌های خود را بهتر تنظیم کنند، مسئولیت واکنش‌های خویش را بپذیرند و بدون از دست دادن هویت فردی، در رابطه‌ای صمیمانه باقی بمانند. چنین افرادی می‌توانند میان احساس و تفکر تمایز قائل شوند و در شرایط تنش، به جای واکنش‌های تکانشی یا کنترل‌گرانه، پاسخ‌هایی سنجیده‌تر ارائه دهند. از سوی دیگر، تمایز‌یافتگی پایین ممکن است به نیاز مفرط به تأیید، حساسیت نسبت به طرد، وابستگی افراطی، کنترل همسر یا کناره‌گیری هیجانی منجر شود. شواهد نشان داده‌اند که تمایز‌یافتگی،

همراه با متغیرهایی مانند مقایسه اجتماعی و تجربه شیوه‌های فرزندپروری کنترل‌گر، می‌تواند در پیش‌بینی بلوغ ازدواج نقش داشته باشد (Doğan-Yöyen & Çelik, 2025). از این‌رو، ارتقای تمایزافتگی می‌تواند یکی از مسیرهای مهم بهبود سازگاری و کیفیت رابطه زناشویی باشد.

الگوهای شناختی و باورهای بنیادین زوجین نیز در شکل‌گیری تعارض و کیفیت رابطه نقش مهمی دارند. افراد نه تنها بر اساس رفتار واقعی همسر، بلکه بر پایه برداشت‌ها، انتظارات و باورهای عمیق خود درباره خویشتن و شریک زندگی واکنش نشان می‌دهند. باورهایی مانند «من دوست‌داشتنی نیستم»، «همسر قابل اعتماد نیست» یا «برای حفظ رابطه باید دیگری را کنترل کنم» می‌توانند ادراک موقعیت‌های روزمره را تحریف و واکنش‌های ناسازگارانه را تقویت کنند. پژوهش درباره باورهای هسته‌ای در روابط عاشقانه نشان داده است که ساختار باورهای فرد درباره خود و شریک زندگی با کیفیت رابطه و شدت نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد (Hicks et al., 2025). بنابراین، کنترل رفتار و تمایزافتگی را نمی‌توان مستقل از فرایندهای شناختی و معنایی زوجین در نظر گرفت.

طرحواره‌درمانی نیز با تأکید بر الگوهای عمیق شناختی، هیجانی و رفتاری نشان می‌دهد که بسیاری از مشکلات رابطه‌ای ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند. این طرحواره‌ها در طول زمان و در بستر تجربه‌های دوران کودکی و روابط مهم شکل می‌گیرند و می‌توانند نحوه ادراک فرد از خود، همسر و رابطه را تحت تأثیر قرار دهند (Young et al., 2006). در روابط زوجی، فعال‌شدن طرحواره‌هایی مانند ره‌اشدگی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، نقص، اطاعت یا استحقاق ممکن است به رفتارهای کنترل‌گرانه، دفاعی یا اجتنابی منجر شود. رویکردهای جدید طرحواره‌درمانی نیز بر شناسایی حالت‌ها، اصلاح الگوهای مزمن و ایجاد پاسخ‌های سالم‌تر در موقعیت‌های پیچیده رابطه‌ای تأکید دارند (Ventura, 2025). کاربرد این رویکرد در آسیب‌های بین‌فردی نیز نشان داده است که مداخله بر طرحواره‌ها و هیجان‌هایی مانند شرم می‌تواند به بازسازی ادراک فرد از خود و روابط نزدیک کمک کند (Skeen, 2025). با این حال، تمرکز پژوهش حاضر بر رویکردی است که به‌طور مستقیم‌تر بر انتخاب، مسئولیت‌پذیری، رفتار کنونی و کنترل درونی تأکید دارد.

واقعیت‌درمانی که بر نظریه انتخاب گلاسر استوار است، یکی از رویکردهای متمرکز بر رفتار و مسئولیت‌پذیری در مشاوره فردی، زوجی و خانوادگی به شمار می‌رود. در این رویکرد فرض می‌شود که رفتار انسان هدفمند است و افراد برای ارضای نیازهای اساسی خود، از جمله بقا، عشق و تعلق، قدرت، آزادی و تفریح، دست به انتخاب می‌زنند. مشکلات زمانی شکل می‌گیرند که افراد برای ارضای این نیازها از رفتارهای ناکارآمد، غیرمسئولانه یا مبتنی بر کنترل بیرونی استفاده کنند. واقعیت‌درمانی به مراجعان کمک می‌کند خواسته‌های خود را روشن سازند، رفتارهای کنونی را ارزیابی کنند و برای انتخاب رفتارهای مؤثرتر برنامه‌ریزی نمایند (Glasser, 2014). در این رویکرد، تمرکز اصلی بر گذشته یا برجسب‌زنی آسیب‌شناختی نیست، بلکه بر آنچه فرد اکنون انجام می‌دهد و آنچه می‌تواند تغییر دهد قرار دارد.

یکی از مفاهیم محوری در واقعیت‌درمانی، تمایز میان کنترل درونی و کنترل بیرونی است. کنترل بیرونی زمانی رخ می‌دهد که فرد تلاش می‌کند همسر خود را از طریق تهدید، سرزنش، انتقاد، شکایت، تحقیر یا اجبار تغییر دهد. گلاسر این عادت‌ها را از عوامل اصلی تخریب روابط نزدیک می‌داند. در مقابل، کنترل درونی بر این اصل استوار است که فرد تنها می‌تواند انتخاب‌ها و رفتارهای خود را مدیریت کند. پذیرش این

اصل به زوجین کمک می‌کند از کوشش مداوم برای تغییر اجباری یکدیگر فاصله بگیرند و مسئولیت سهم خود را در تعارض‌ها بپذیرند. واقعیت‌درمانی در مشاوره ازدواج و خانواده می‌تواند از طریق بازسازی انتخاب‌ها، افزایش خودآرزیایی و تقویت رفتارهای مسئولانه، به بهبود روابط زوجین کمک کند (Fitzgerald, 2011).

ساختار مداخله واقعیت‌درمانی معمولاً از طریق نظام WDEP سازمان‌دهی می‌شود. در این نظام، خواسته‌های فرد، رفتارها و جهت فعلی، ارزیابی میزان اثربخشی رفتارها و طراحی برنامه عملی بررسی می‌شود. درمانگر به جای تحمیل راه‌حل، مراجع را هدایت می‌کند تا خود تشخیص دهد رفتار کنونی تا چه اندازه او را به خواسته‌هایش نزدیک یا از آن‌ها دور می‌کند. این فرایند می‌تواند در روابط زوجی به کاهش رفتارهای تکانشی، افزایش مسئولیت‌پذیری و انتخاب شیوه‌های سازنده‌تر برای بیان نیازها منجر شود. کاربرد نظریه انتخاب در مدیریت تعارض زناشویی نشان داده است که آموزش این اصول می‌تواند به زوجین در مدیریت تعارض، بهبود سلامت روان و تقویت روابط خانوادگی کمک کند (Jamila & Abdulkareem, 2025). بررسی‌های نظری نیز بر ظرفیت واقعیت‌درمانی برای اصلاح رفتار، تقویت خودکنترلی و پیشگیری از الگوهای ناسازگار تأکید کرده‌اند (Supeni & Jusoh, 2021).

پژوهش‌های انجام‌شده درباره کاربرد واقعیت‌درمانی در روابط زوجی، نتایج امیدوارکننده‌ای گزارش کرده‌اند. آموزش گروهی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر توانسته است بی‌ثباتی ازدواج را کاهش و صمیمیت زناشویی را افزایش دهد (Ghorbanpour Lafmejani et al., 2021). همچنین زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی موجب بهبود سازگاری زناشویی، تمایز‌یافتگی عاطفی و صمیمیت زوجین دارای طلاق عاطفی شده است (Besharat-Gharamaleki et al., 2023). این یافته‌ها نشان می‌دهند که تمرکز بر مسئولیت‌پذیری، کنترل درونی و اصلاح انتخاب‌های رفتاری می‌تواند هم بر ابعاد تعاملی رابطه و هم بر فرایندهای درون‌فردی زوجین اثر بگذارد.

در پژوهشی دیگر، واقعیت‌درمانی موجب افزایش تمایز‌یافتگی و کاهش حسادت در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شد و اثرات آن در مرحله پیگیری نیز استمرار یافت (Chabokinejad & Nouri, 2025). این نتیجه از این دیدگاه حمایت می‌کند که واقعیت‌درمانی از طریق کاهش وابستگی هیجانی، افزایش خودآگاهی و تقویت مسئولیت فردی می‌تواند به رشد تمایز‌یافتگی کمک کند. از سوی دیگر، یافته‌های مقایسه‌ای نشان داده‌اند که مداخلاتی مانند طرحواره‌درمانی و تحلیل رفتار متقابل نیز می‌توانند بر تمایز‌یافتگی خود و راهبردهای حل تعارض زنان درگیر تعارض زناشویی مؤثر باشند (Rahnamaei-Zekavat & Meshkani, 2025). این شواهد نشان می‌دهند که تمایز‌یافتگی متغیری قابل تغییر است و مداخلات روان‌شناختی می‌توانند با اصلاح الگوهای هیجانی، شناختی و تعاملی آن را ارتقا دهند.

با وجود این شواهد، پژوهش‌های مستقیم درباره تأثیر واقعیت‌درمانی بر کنترل رفتار زوجین محدود است. بیشتر مطالعات پیشین بر متغیرهایی مانند سازگاری زناشویی، صمیمیت، حسادت، تعارض یا تمایز‌یافتگی متمرکز بوده‌اند و کنترل رفتار به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مشخص عملکرد خانواده کمتر به‌طور مستقل بررسی شده است. این خلأ از آن جهت اهمیت دارد که کنترل رفتار در مدل مک‌مستر، شاخصی اساسی برای ارزیابی نحوه تنظیم قواعد، مسئولیت‌ها و واکنش‌های رفتاری در خانواده است. ارزیابی تخصصی زوج و خانواده نیز مستلزم توجه هم‌زمان به

ابعاد فردی، رابطه‌ای و سیستمی و استفاده از ابزارهای معتبر برای شناسایی الگوهای عملکردی است (Sperry, 2025). بنابراین، بررسی کنترل رفتار در کنار تمایز یافتگی می‌تواند تصویر جامع‌تری از اثربخشی مداخله فراهم کند.

از نظر نظری، انتظار می‌رود واقعیت‌درمانی بر هر دو متغیر کنترل رفتار و تمایز یافتگی اثر بگذارد. آموزش کنترل درونی می‌تواند تمایل زوجین به اعمال قدرت و اجبار بر یکدیگر را کاهش دهد و جای آن را به خودتنظیمی، مذاکره و رفتار مسئولانه بدهد. در نتیجه، قواعد و تعاملات خانوادگی می‌توانند از حالت سخت‌گیرانه، متناقض یا واکنشی به الگویی روشن‌تر و انعطاف‌پذیرتر تغییر کنند. همچنین، تأکید بر مسئولیت رفتار شخصی و ارزیابی مستقل انتخاب‌ها می‌تواند وابستگی هیجانی را کاهش دهد و ظرفیت فرد را برای حفظ هویت خویش در رابطه افزایش دهد. به این ترتیب، واقعیت‌درمانی می‌تواند هم‌زمان ساختار رفتاری رابطه و استقلال روان‌شناختی زوجین را تقویت کند.

افزون بر این، بخش مهمی از شواهد موجود در جوامع و بافت‌های فرهنگی متفاوت به دست آمده است و تعمیم آن‌ها به زوجین ایرانی، به‌ویژه در شهرهایی با ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی خاص، نیازمند بررسی تجربی است. فرهنگ، ساختار خانواده، انتظارات جنسیتی، شیوه حل تعارض و نگرش به مراجعه برای مشاوره می‌توانند در نحوه پاسخ زوجین به مداخله نقش داشته باشند. از این‌رو، مطالعه اثربخشی واقعیت‌درمانی در میان زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بندر ماهشهر می‌تواند شواهد بومی ارزشمندی در اختیار درمانگران و مشاوران خانواده قرار دهد. همچنین استفاده از طرح تک‌آزمودنی با اندازه‌گیری‌های مکرر امکان بررسی دقیق روند تغییرات هر زوج در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری را فراهم می‌کند و می‌تواند اطلاعاتی فراتر از مقایسه میانگین‌های گروهی ارائه دهد.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کنترل رفتار و تمایز یافتگی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بندر ماهشهر بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی از نوع ABA و اندازه‌گیری‌های مکرر بود که به‌منظور بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کنترل رفتار و تمایز یافتگی زوجین انجام شد. در این طرح، مرحله نخست A به خط پایه، مرحله B به اجرای مداخله و مرحله پایانی A به پیگیری اختصاص داشت. در مرحله خط پایه، متغیرهای وابسته پیش از آغاز مداخله و در شرایط عادی زندگی زوجین به‌صورت مکرر اندازه‌گیری شدند تا سطح اولیه، ثبات و روند طبیعی نمرات مشخص شود. هر چهار زوج طی سه نوبت در مرحله خط پایه ارزیابی شدند. پس از تثبیت نسبی داده‌های خط پایه، مداخله واقعیت‌درمانی آغاز شد و متغیرهای پژوهش در جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم مجدداً اندازه‌گیری شدند. پس از پایان مداخله نیز دو نوبت ارزیابی پیگیری انجام شد تا میزان حفظ یا تداوم تغییرات حاصل از درمان بررسی شود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر بندر ماهشهر در فاصله مرداد تا پایان آبان ۱۴۰۴ بود. نمونه‌ها به روش هدفمند و بر اساس شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند و در نهایت چهار زوج، معادل هشت نفر، در مطالعه شرکت کردند و مداخله واقعیت‌درمانی را دریافت نمودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در محدوده سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن

حداقل پنج و حداکثر ده سال سابقه زندگی مشترک، برخورداری از سطح سواد لازم برای درک محتوای جلسات و تکمیل پرسشنامه‌ها، مراجعه به مراکز مشاوره به دلیل مشکلات مرتبط با روابط زوجی، تمایل به شرکت در تمام مراحل پژوهش و ارائه رضایت آگاهانه کتبی بود. غیبت در بیش از دو جلسه درمانی، انصراف از ادامه همکاری، تکمیل ناقص ابزارهای پژوهش، عدم همکاری در ارزیابی‌های مکرر و بروز شرایطی که ادامه شرکت در مداخله را با اختلال مواجه می‌کرد، به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. پس از تصویب طرح و دریافت مجوزهای لازم، پژوهشگر به مراکز مشاوره و روان‌شناسی بندر ماهشهر مراجعه کرد و پس از شناسایی زوجین واجد شرایط، اهداف، مراحل اجرا، ماهیت مداخله و نحوه ارزیابی را برای آنان توضیح داد. شرکت‌کنندگان پس از آگاهی از حق انصراف در هر مرحله، رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. محرمانه ماندن اطلاعات، استفاده پژوهشی از داده‌ها، ناشناس‌سازی نتایج و برگزاری جلسات در محیطی امن و حرفه‌ای برای شرکت‌کنندگان تضمین شد.

مقیاس سنجش خانواده مک‌مستر یا FAD توسط اپستاین و همکاران در سال ۱۹۸۳ طراحی شد و شامل ۶۰ گویه است. این ابزار بر مبنای الگوی مک‌مستر عملکرد خانواده تدوین شده و ابعاد حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌دهی به گویه‌های مقیاس بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای، از «کاملاً مخالفم» با نمره ۱ تا «کاملاً موافقم» با نمره ۴ انجام می‌شود. دامنه نمره کل ابزار بین ۶۰ تا ۲۴۰ قرار دارد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده اختلال بیشتر و عملکرد ضعیف‌تر خانواده است. در پژوهش حاضر، برای سنجش متغیر کنترل رفتار از گویه‌های ۷، ۱۷، ۲۰، ۲۷، ۳۲، ۴۴، ۴۷، ۴۸ و ۵۵ استفاده شد. بر این اساس، کاهش نمره این خرده‌مقیاس در مراحل مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه، نشانه کاهش مشکلات کنترل رفتار و بهبود عملکرد زوجین در این زمینه تلقی شد. در مطالعه اولیه، روایی همگرایی این ابزار بر اساس همبستگی آن با آزمون سازگاری زناشویی لاک - والاس برابر با ۰.۵۳ گزارش شده است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد مختلف ابزار به‌ترتیب برابر با ۰.۷۴، ۰.۷۵، ۰.۷۲، ۰.۸۳، ۰.۷۸، ۰.۷۲ و ۰.۹۲ بوده‌اند. در مطالعات انجام‌شده در ایران نیز ضریب روایی همگرایی مقیاس با رضایت زناشویی ۰.۷۳ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰.۸۵ گزارش شده است.

سیاهه تمایز یافتگی خود یا DSI نخستین بار توسط اسکورن و فریدلندر در سال ۱۹۹۸ طراحی شد و در سال ۲۰۰۳ به‌وسیله اسکورن و اسمیت مورد بازنگری قرار گرفت. این ابزار شامل ۴۶ گویه است و میزان توانایی افراد را در حفظ استقلال روان‌شناختی و هویت فردی، هم‌زمان با برقراری روابط عاطفی نزدیک، اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌دهندگان میزان انطباق هر عبارت را با وضعیت خود در یک مقیاس شش‌درجه‌ای از «کاملاً در مورد من صدق نمی‌کند» با نمره ۱ تا «کاملاً در مورد من صدق می‌کند» با نمره ۶ مشخص می‌کنند. دامنه نمره کل سیاهه از ۴۶ تا ۲۷۶ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده برخورداری از سطح بالاتر تمایز یافتگی خود است. بنابراین، افزایش نمرات شرکت‌کنندگان در مراحل مداخله و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه، به‌عنوان نشانه بهبود تمایز یافتگی در نظر گرفته شد. اسکورن و فریدلندر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰.۸۸ گزارش کردند و در مطالعه بازنگری‌شده اسکورن و اسمیت، ضریب اعتبار ابزار ۰.۹۲ به دست آمد. در بررسی

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این سیاهه نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۱ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی قابل قبول ابزار در جامعه ایرانی است.

مداخله واقعیت‌درمانی بر اساس اصول نظریه انتخاب و پروتکل گلاسر در قالب هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد و محتوای جلسات متناسب با مسائل فردی و تعاملی هر زوج به صورت زوجی ارائه گردید. در آغاز مداخله، ارتباط درمانی اولیه برقرار شد و اهداف، ساختار، قواعد حضور منظم، مشارکت فعال، رازداری و مسئولیت مشترک زوجین در فرایند درمان توضیح داده شد. سپس مفاهیم اساسی نظریه انتخاب، نقش انتخاب‌های فردی در شکل‌گیری رفتار و شیوه‌های ارضای نیازهای اساسی آموزش داده شد و زوجین با نیازهای خود و تفاوت نیازهای فردی یکدیگر آشنا شدند. در ادامه، مفهوم رفتار کلی یا ماشین رفتار گلاسر و چهار مؤلفه عمل، تفکر، احساس و فیزیولوژی معرفی شد و به زوجین آموزش داده شد که می‌توانند مؤلفه‌های عمل و تفکر را به طور مستقیم و مؤلفه‌های احساس و فیزیولوژی را به طور غیرمستقیم مدیریت کنند. پیوند میان افکار، هیجان‌ها، رفتارها و مشکلات ارتباطی بررسی شد و شرکت‌کنندگان توانایی خود را در کنترل رفتار، بازنگری انتخاب‌ها و تقویت ویژگی‌های مثبت ارزیابی کردند. در جلسات میانی، اصول کنترل درونی و پیامدهای نامطلوب روان‌شناسی کنترل بیرونی در روابط صمیمانه تشریح شد و عادت‌های مخربی مانند انتقاد، سرزنش، شکایت، غر زدن، تهدید، تنبیه و تلاش برای کنترل همسر شناسایی گردید. در مقابل، رفتارهای سازنده‌ای مانند گوش دادن، حمایت، احترام، اعتماد، پذیرش، تشویق و مذاکره به زوجین آموزش داده شد. همچنین مفهوم دنیای کیفی، نظام ادراکی، فاصله میان داشته‌ها و خواسته‌ها و نحوه ارزیابی واقع‌بینانه اهداف بررسی شد تا زوجین بتوانند برای ارضای نیازهای خود تصمیم‌های مسئولانه‌تر و سازگارانه‌تری اتخاذ کنند. در جلسات پایانی، مسئولیت‌پذیری فردی، خودارزیابی رفتار، تدوین برنامه‌های عملی و اصلاح الگوهای ناکارآمد ارتباطی مورد تأکید قرار گرفت. در نهایت، نظام WDEP شامل بررسی خواسته‌ها، رفتارها و اقدام‌های کنونی، ارزیابی میزان اثربخشی رفتارها و طراحی برنامه‌های جدید آموزش داده شد و زوجین بر اساس الگوی SMART برنامه‌هایی مشخص، قابل اندازه‌گیری، مرتبط با اهداف، واقع‌بینانه، دست‌یافتنی و دارای چارچوب زمانی تدوین کردند.

داده‌های پژوهش با توجه به ماهیت طرح تک‌آزمودنی، از طریق تحلیل دیداری و محاسبه شاخص‌های درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی بررسی شدند. در تحلیل درون‌موقعیتی، داده‌های هر زوج به صورت جداگانه در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری تحلیل شد و شاخص‌هایی مانند میانگین، میانه، دامنه تغییرات، محفظه ثبات، جهت روند، ثبات داده‌ها، تغییر طراز نسبی و تغییر طراز مطلق محاسبه گردید. این شاخص‌ها امکان بررسی سطح اولیه متغیرها، میزان ثبات داده‌ها پیش از شروع درمان، جهت تغییرات پس از آغاز مداخله و دوام تغییرات در دوره پیگیری را فراهم کردند. در تحلیل بین‌موقعیتی، تغییرات حاصل از انتقال مرحله خط پایه به مداخله و انتقال مرحله مداخله به پیگیری بررسی شد. در این بخش، تغییر جهت روند، اثر وابسته به هدف، تغییر طراز نسبی و مطلق بین موقعیت‌ها و تفاوت میانگین و میانه مراحل محاسبه شد. برای ارزیابی میزان همپوشی داده‌ها نیز شاخص درصد داده‌های غیرهمپوش یا PND و شاخص درصد داده‌های همپوش یا POD به کار رفت. مقدار بالاتر PND و مقدار پایین‌تر POD به عنوان نشانه اثربخشی بیشتر مداخله تفسیر شد. همچنین درصد بهبودی هر زوج در مرحله درمان و پیگیری نسبت به میانگین مرحله خط پایه محاسبه گردید تا اندازه تغییرات بالینی حاصل از واقعیت‌درمانی مشخص شود. در تحلیل کنترل

رفتار، کاهش نمرات و در تحلیل تمایز‌یافتگی، افزایش نمرات به‌عنوان تغییر مطلوب در نظر گرفته شد. از آنجا که واحد تحلیل در این مطالعه زوج بود، میانگین نمره زن و مرد در هر مرحله محاسبه و به‌عنوان نمره همان زوج در تحلیل‌های درون‌موقعیتی، بین‌موقعیتی و محاسبه درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات ارائه‌شده، نمونه پژوهش شامل چهار زوج است که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در وضعیت نسبتاً مشابهی قرار دارند. مدت زمان ازدواج زوجین بین ۷ تا ۱۰ سال متغیر است و سن زنان در بازه ۳۰ تا ۳۸ سال و سن مردان بین ۳۲ تا ۴۰ سال قرار دارد. از نظر سطح تحصیلات نیز شرکت‌کنندگان دارای سطوح مختلفی از دیپلم تا لیسانس هستند. زوجین در گروه دریافت‌کننده واقعیت‌درمانی قرار گرفتند. جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی زوجین شرکت‌کننده در پژوهش

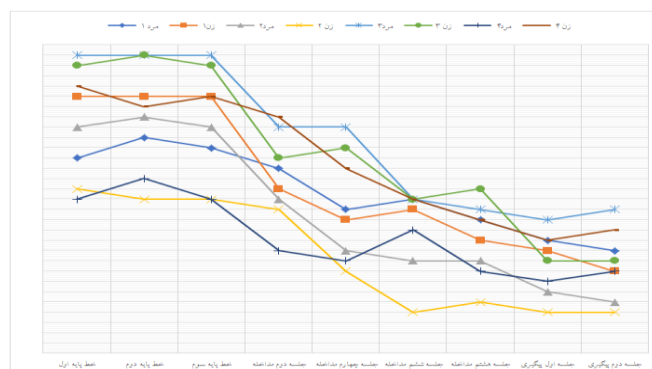
کد زوج	مدت ازدواج (سال)	سن زن	سن مرد	تحصیلات زنان	تحصیلات مردان	نوع درمان
الف	۱۰	۳۶	۳۷	دیپلم	فوق‌دیپلم	واقعیت‌درمانی
ب	۹	۳۸	۴۰	لیسانس	لیسانس	واقعیت‌درمانی
ج	۸	۳۳	۳۵	فوق‌دیپلم	لیسانس	واقعیت‌درمانی
د	۷	۳۰	۳۲	لیسانس	دیپلم	واقعیت‌درمانی

در فرضیه این پژوهش؛ واقعیت‌درمانی بر کنترل رفتار زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بندر ماهشهر اثربخش است. در جدول ۳ نمرات کنترل رفتار زوجین دریافت‌کننده واقعیت‌درمانی در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری ارائه شده است:

جدول ۲. نمرات کنترل رفتار زوجین دریافت‌کننده واقعیت‌درمانی در مراحل سنجش

کد زوج	خط اول	خط دوم	خط سوم	جلسه مداخله دوم	جلسه چهارم	جلسه مداخله ششم	جلسه مداخله هشتم	جلسه پیگیری اول	جلسه پیگیری دوم
الف	مرد	۲۴	۲۶	۲۵	۲۳	۱۹	۲۰	۱۸	۱۵
	زن	۳۰	۳۰	۳۰	۲۱	۱۸	۱۹	۱۶	۱۳
	میانگین	۲۷	۲۸	۲۷/۵	۲۲	۱۸/۵	۱۹/۵	۱۷	۱۴
ب	مرد	۲۷	۲۸	۲۷	۲۰	۱۵	۱۴	۱۴	۱۰
	زن	۲۱	۲۰	۲۰	۱۹	۱۳	۹	۱۰	۹
	میانگین	۲۴	۲۴	۲۳/۵	۱۹/۵	۱۴	۱۱/۵	۱۲	۹/۵
ج	مرد	۳۴	۳۴	۳۴	۲۷	۲۷	۲۰	۱۹	۱۹
	زن	۳۳	۳۴	۳۳	۲۴	۲۵	۲۰	۲۱	۱۴
	میانگین	۳۳/۵	۳۴	۳۳/۵	۲۵/۵	۲۶	۲۰	۲۰	۱۶/۵
د	مرد	۲۰	۲۲	۲۰	۱۵	۱۴	۱۷	۱۳	۱۳
	زن	۳۱	۲۹	۳۰	۲۸	۲۳	۲۰	۱۸	۱۶
	میانگین	۲۵/۵	۲۵/۵	۲۵	۲۱/۵	۱۸/۵	۱۸/۵	۱۵/۵	۱۴

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود به طور کلی، نتایج جدول نشان می دهد که نمرات کنترل رفتار از مرحله خط پایه تا پایان مرحله پیگیری روندی نزولی داشته است. در ابتدا سطح کنترل رفتار در هر ۴ زوج (۸ نفر) دریافت کننده واقعیت درمانی نسبتاً پایدار بود، اما با شروع مداخله روند نزولی تدریجی در نمرات مشاهده شد. در شکل ۱ روند نمرات زوجین دریافت کننده واقعیت درمانی برای متغیر کنترل رفتار در مراحل خط پایه، مداخله، و پیگیری ارائه شده است.



شکل ۱. روند نمرات زوجین برای متغیر کنترل رفتار در مراحل سنجش

تحلیل های درون موقعیتی و بین موقعیتی زوجین دریافت کننده واقعیت درمانی برای متغیر کنترل رفتار ارائه شده است. لازم به ذکر است در تحلیل متغیرها از میانگین نمرات هر زوج استفاده شد.

جدول ۳. تحلیل های درون موقعیتی زوجین دریافت کننده واقعیت درمانی برای متغیر کنترل رفتار

توالی موقعیت	مرحله خط پایه			مرحله مداخله				مرحله پیگیری			
	زوج الف	زوج ب	زوج ج	زوج د	زوج الف	زوج ب	زوج ج	زوج د	زوج الف	زوج ب	زوج ج
میان	۲۷/۵	۲۴	۳۳/۵	۲۵/۵	۱۹	۱۳	۲۲/۷۵	۱۸/۵	۱۴/۷۵	۹/۷۵	۱۶/۲۵
میانگین	۲۷/۵	۲۳/۸۳	۳۳/۶۶	۲۵/۳۳	۱۹/۲۵	۱۴/۲۵	۲۲/۸۷	۱۸/۵	۱۴/۷۵	۹/۷۵	۱۶/۲۵
دامنه تغییرات	۱	۰/۵	۰/۵	۰/۵	۵	۸	۶	۶	۱/۵	۰/۵	۰/۵
محفظه ثبات	۲۲	۱۹/۲	۲۶/۸	۲۰/۴	۱۵/۲	۱۰/۴	۱۸/۲	۱۴/۸	۱۱/۸	۷/۸	۱۳
	۳۳	۲۸/۸	۴۰/۲	۳۰/۶	۲۲/۸	۱۵/۶	۲۷/۳	۲۲/۲	۱۷/۷	۱۱/۷	۱۹/۵
دامنه تغییرات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	متغیر	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات
محفظه ثبات											
تغییر طراز نسبی	۰	-۰/۵	-۰/۲۵	-۰/۵	-۲	-۵	-۵/۷۵	-۳	-۱/۵	-۰/۵	۰/۵
تغییر طراز مطلق	۰/۵	-۰/۵	۰	-۰/۵	-۵	-۷/۵	-۵/۵	-۶	-۱/۵	-۰/۵	۰/۵
جهت	همسطح	همسطح	همسطح	همسطح	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	همسطح	همسطح
ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات

در تحلیل های درون موقعیتی کنترل رفتار، داده های چهار زوج در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری بررسی شد. در خط پایه، نمرات ثبات داشت و تغییرات محدودی نشان دهنده ثبات نسبی قبل از مداخله بود. با شروع مداخله، روند داده ها نزولی و نشان دهنده بهبود کنترل رفتار بود. در این مرحله، اگرچه در (زوج ب) دامنه تغییرات محفظه ثبات متغیر گزارش شد، اما جهت کلی داده ها همچنان نزولی و در راستای هدف

درمانی بود. در (زوج‌های الف، ج و د) نیز کاهش تدریجی نمرات در طول جلسات مداخله مشاهده شد که نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله در کاهش مشکلات مربوط به کنترل رفتار است. در مرحله پیگیری نیز الگوی داده‌ها نشان داد که اثرات درمان تا حد زیادی حفظ شده است. در (زوج الف) روند داده‌ها همچنان نزولی باقی ماند و سطح نمرات نسبت به مرحله مداخله نیز کاهش بیشتری نشان داد. در زوج‌های (ب، ج) روند تغییرات در مرحله پیگیری نسبتاً همسطح بود، اما سطح نمرات همچنان پایین‌تر از مرحله خط پایه باقی ماند که بیانگر تداوم اثر درمان است. در (زوج د) نیز اگرچه روند داده‌ها در پیگیری اندکی صعودی شد، اما سطح نمرات همچنان پایین‌تر از مرحله خط پایه قرار داشت و بهبود حاصل‌شده در دوره درمان حفظ شد.

جدول ۴. تحلیل‌های بین‌موقعیتی زوجین دریافت‌کننده واقعیت‌درمانی برای متغیر کنترل رفتار

بین موقعیتی تغییر جهت	مرحله خط پایه به مداخله				مرحله مداخله به پیگیری			
	زوج الف نزولی +	زوج ب نزولی +	زوج ج نزولی +	زوج د نزولی +	زوج الف نزولی +	زوج ب نزولی +	زوج ج نزولی +	زوج د نزولی +
اثر وابسته به هدف	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت
تغییر طراز نسبی بین دو موقعیت	-۷/۲۵	-۶/۷۵	-۷/۷۵	-۵	۲/۷۵	-۱/۷۵	-۴	-۳
تغییر طراز مطلق بین دو موقعیت	-۵/۵	-۴	-۸	-۳/۵	-۱/۵	-۲	-۴	-۱/۵
تغییر طراز میانه بین دو موقعیت	-۸/۵	-۱۱	-۱۰/۷۵	-۷	-۴/۲۵	-۳/۲۵	-۶/۵	-۴
تغییر طراز میانگین بین دو موقعیت	-۸/۲۵	-۹/۵۸	-۱۰/۷۹	-۶/۸۳	-۴/۵	-۴/۵	-۶/۶۲	-۴
PND	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
POD	.	.	.	.	.	.	.	.

مطابق جدول ۴، تحلیل‌های بین‌موقعیتی نیز نشان‌دهنده اثربخشی مداخله است. در مقایسه مرحله خط پایه با مرحله مداخله، جهت تغییرات در هر چهار زوج نزولی بوده است که این تغییرات در راستای هدف پژوهش محسوب می‌شود و بیانگر بهبود کنترل رفتار در نتیجه اجرای واقعیت‌درمانی است. همچنین در گذار از مرحله مداخله به مرحله پیگیری نیز جهت تغییرات در تمامی زوجین نزولی گزارش شده است که نشان‌دهنده تداوم اثرات درمان در دوره پیگیری است. بررسی شاخص‌های همپوشی نیز نشان داد که مقدار PND در انتقال از خط پایه به مداخله برای هر چهار زوج برابر با ۱۰۰ درصد و مقدار POD برابر با صفر است. این نتایج بیانگر آن است که داده‌های مرحله مداخله با داده‌های مرحله خط پایه همپوشی نداشته و مداخله از اثربخشی بالایی برخوردار بوده است. در انتقال از مرحله مداخله به پیگیری نیز مقدار PND برای هر چهار زوج برابر با ۱۰۰ درصد و مقدار POD تقریباً صفر گزارش شد که نشان‌دهنده حفظ اثرات درمان در دوره پیگیری است.

جدول ۵. میانگین درصد بهبودی زوجین دریافت کننده واقعیت درمانی برای متغیر کنترل رفتار

درصد بهبودی در مرحله درمان	درصد بهبودی در مرحله پیگیری	درصد بهبودی کل در مرحله درمان	درصد بهبودی کل در مرحله پیگیری
نسبت به خط پایه	نسبت به خط پایه		
زوج الف	۳۰٪	۴۶٪	۳۲/۲۵
زوج ب	۴۰٪	۵۹٪	
زوج ج	۳۲٪	۵۲٪	
زوج د	۲۷٪	۴۳٪	

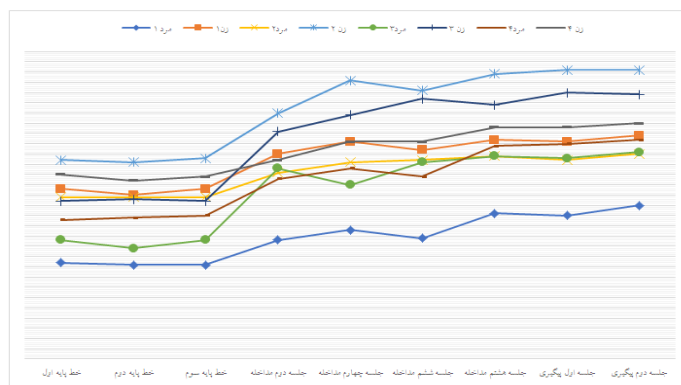
مطابق جدول ۶، نتایج مربوط به میانگین درصد بهبودی در سه مرحله ارائه شده است. این نتایج نشان می‌دهد که واقعیت درمانی توانسته است موجب بهبود کنترل رفتار در زوجین شود و اثرات آن در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

فرضیه دیگر پژوهش این است که واقعیت درمانی بر تمایز یافتگی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره بندر ماهشهر اثربخش می‌باشد. در جدول ۶ نمرات تمایز یافتگی زوجین دریافت کننده واقعیت درمانی در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری ارائه شد.

جدول ۶. نمرات تمایز یافتگی زوجین دریافت کننده واقعیت درمانی در مراحل سنجش

کد زوج	خط اول	خط دوم	خط سوم	جلسه مداخله دوم	جلسه چهارم	جلسه مداخله ششم	جلسه مداخله هشتم	جلسه اول پیگیری	جلسه دوم پیگیری
الف									
مرد	۴۷	۴۶	۴۶	۵۸	۶۳	۵۹	۷۱	۷۰	۷۵
زن	۸۳	۸۰	۸۳	۱۰۰	۱۰۶	۱۰۲	۱۰۷	۱۰۶	۱۰۹
میانگین	۶۵	۶۳	۶۴/۵	۷۹	۸۴/۵	۸۰/۵	۸۹	۸۸	۹۲
ب									
مرد	۷۹	۷۹	۷۹	۹۱	۹۶	۹۷	۹۹	۹۷	۱۰۰
زن	۹۷	۹۶	۹۸	۱۲۰	۱۳۶	۱۳۱	۱۳۹	۱۴۱	۱۴۱
میانگین	۸۸	۸۷/۵	۸۸/۵	۱۰۵/۵	۱۱۶	۱۱۴	۱۱۹	۱۱۹	۱۲۰/۵
ج									
مرد	۵۸	۵۴	۵۸	۹۳	۸۵	۹۶	۹۹	۹۸	۱۰۱
زن	۷۷	۷۸	۷۷	۱۱۱	۱۱۹	۱۲۷	۱۲۴	۱۳۰	۱۲۹
میانگین	۶۷/۵	۶۶	۶۷/۵	۱۰۲	۱۰۲	۱۱۱/۵	۱۱۱/۵	۱۱۴	۱۱۵
د									
مرد	۶۸	۶۹	۷۰	۸۸	۹۳	۸۹	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۷
زن	۹۰	۸۷	۸۹	۹۷	۱۰۶	۱۰۶	۱۱۳	۱۱۳	۱۱۵
میانگین	۷۹	۷۸	۷۹/۵	۹۲/۵	۹۹/۵	۹۷/۵	۱۰۸/۵	۱۰۹	۱۱۱

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که نمرات تمایز یافتگی از مرحله خط پایه تا پایان مرحله پیگیری روندی صعودی داشته است. در ابتدا سطح تمایز یافتگی در هر ۴ زوج (۸ نفر) دریافت کننده واقعیت درمانی نسبتاً پایدار بود، اما با شروع مداخله روند صعودی تدریجی در نمرات مشاهده شد. در شکل ۲ روند نمرات زوجین دریافت کننده واقعیت درمانی برای متغیر تمایز یافتگی در مراحل خط پایه، مداخله، و پیگیری ارائه شده است.



شکل ۲. روند نمرات زوجین برای متغیر تمایز‌یافتگی در مراحل سنجش

تحلیل‌های درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی زوجین دریافت‌کننده واقعیت‌درمانی برای متغیر تمایز‌یافتگی ارائه شده است. لازم به ذکر است در تحلیل متغیرها از میانگین نمرات هر زوج استفاده شد.

جدول ۷. تحلیل‌های درون‌موقعیتی زوجین دریافت‌کننده واقعیت‌درمانی برای متغیر تمایز‌یافتگی

توالی موقعیت	مرحله خط پایه			مرحله مداخله				مرحله پیگیری			
	زوج الف	زوج ب	زوج ج	زوج د	زوج الف	زوج ب	زوج ج	زوج الف	زوج ب	زوج ج	زوج د
میان	۶۴/۵	۸۸	۶۷/۵	۷۹	۸۲/۵	۱۱۵	۱۰۶/۷۵	۹۸/۵	۹۰	۱۱۹/۷۵	۱۱۴/۵
میانگین	۶۴/۱۶	۸۸	۶۷	۷۹/۸۳	۸۳/۲۵	۱۱۳/۶۲	۱۰۶/۷۵	۹۹/۵	۹۰	۱۱۹/۷۵	۱۱۴/۵
دامنه تغییرات	۲	۱	۱/۵	۱/۵	۱۰	۱۳/۵	۹/۵	۱۶	۴	۱/۵	۱
محفظه ثبات	۵۱/۶	۷۰/۴	۵۴	۶۳/۲	۶۶	۹۲	۸۵/۴	۷۸/۸	۷۲	۹۵/۸	۹۱/۶
	۷۷/۴	۱۰۵/۶	۸۱	۹۴/۸	۹۹	۱۳۸	۱۲۸/۱	۱۱۸/۲	۱۰۸	۱۴۳/۷	۱۳۷/۴
دامنه تغییرات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات
محفظه ثبات											
تغییر نسبی	۰/۵	۰/۷۵	۰/۷۵	۱	۳	۵/۷۵	۹/۵	۷	۴	۱/۵	۱
تغییر مطلق	-۰/۵	۰/۵	۰	۰/۵	۱۰	۱۳/۵	۹/۵	۱۶	۴	۱/۵	۱
جهت	همسطح	همسطح	همسطح	همسطح	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی
ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات

مطابق جدول ۷، در تحلیل‌های درون‌موقعیتی متغیر تمایز‌یافتگی، داده‌های چهار زوج در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری بررسی شد. در مرحله خط پایه، داده‌های هر چهار زوج از ثبات مناسبی برخوردار بود. محدود بودن دامنه تغییرات، قرار گرفتن داده‌ها در محدوده محفظه ثبات و جهت همسطح تغییرات نشان می‌دهد که پیش از اجرای مداخله، سطح تمایز‌یافتگی زوجین در وضعیت نسبتاً پایدار قرار داشته است. با ورود به مرحله مداخله، روند داده‌ها در هر چهار زوج به صورت صعودی مشاهده شد. افزایش طراز داده‌ها و جهت صعودی تغییرات در این مرحله نشان‌دهنده بهبود تمایز‌یافتگی زوجین در نتیجه اجرای واقعیت‌درمانی است. این الگو نشان می‌دهد که مداخله توانسته است به افزایش سطح تمایز‌یافتگی در زوجین کمک کند و عملکرد آنان در این متغیر بهبود یابد. در مرحله پیگیری نیز روند داده‌ها در هر چهار زوج همچنان

صعودی گزارش شد و سطح نمرات نسبت به مرحله خط پایه بالاتر باقی ماند. ثبات داده‌ها در این مرحله نیز نشان می‌دهد که اثرات حاصل از مداخله تا حد زیادی در دوره پیگیری حفظ شده است و بهبود ایجاد شده در تمایز یافتگی زوجین تداوم یافته است.

جدول ۸. تحلیل‌های بین‌موقعیتی زوجین دریافت‌کننده واقعیت درمانی برای متغیر تمایز یافتگی

بین موقعیتی تغییر جهت	مرحله خط پایه به مداخله				مرحله مداخله به پیگیری			
	زوج الف	زوج ب	زوج ج	زوج د	زوج الف	زوج ب	زوج ج	زوج د
	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی
	+	+	+	+	+	+	+	+
اثر وابسته به هدف	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت
تغییر طراز نسبی بین دو موقعیت	۱۷/۲۵	۲۲/۲۵	۳۴/۵	۱۶/۵	۳/۲۵	۲/۵	۲/۵	۶
تغییر طراز مطلق بین دو موقعیت	۱۴/۵	۱۷	۳۴/۵	۱۳	-۱	۰	۲/۵	۰/۵
تغییر طراز میانه بین دو موقعیت	۱۸	۲۷	۳۹/۲۵	۱۹/۵	۷/۵	۴/۷۵	۷/۷۵	۱۱/۵
تغییر طراز میانگین بین دو موقعیت	۱۹/۰۸	۲۵/۶۲	۳۹/۷۵	۲۰/۶۶	۶/۷۵	۶/۱۲	۷/۷۵	۱۰/۵
PND	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰
POD	۰	۰	۰	۰	۵۰	۵۰	۰	۰

مطابق جدول ۸، تحلیل‌های بین‌موقعیتی نیز نشان‌دهنده اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تمایز یافتگی زوجین است. در انتقال از مرحله خط پایه به مداخله، جهت تغییرات در هر چهار زوج صعودی و اثر وابسته به هدف در همه زوجین مثبت گزارش شده است که بیانگر افزایش تمایز یافتگی در نتیجه اجرای مداخله است. همچنین در انتقال از مرحله مداخله به پیگیری نیز جهت تغییرات در هر چهار زوج همچنان صعودی و اثر وابسته به هدف مثبت گزارش شد که نشان‌دهنده تداوم اثرات درمان در دوره پیگیری است. بررسی شاخص‌های همپوشی نیز مؤید اثربخشی مداخله است. در انتقال از مرحله خط پایه به مداخله، مقدار PND برای هر چهار زوج برابر با ۱۰۰ درصد و مقدار POD برابر با صفر گزارش شد. در انتقال از مرحله مداخله به پیگیری، برای (زوج الف) مقدار PND برابر با ۵۰ درصد و POD برابر با ۵۰ درصد، برای (زوج ب) مقدار PND برابر با ۵۰ درصد و POD برابر با ۵۰ درصد و برای (زوج‌های ج، د) مقدار PND برابر با ۱۰۰ درصد و POD برابر با صفر گزارش شد.

جدول ۹. میانگین درصد بهبودی زوجین دریافت‌کننده واقعیت درمانی برای متغیر تمایز یافتگی

	درصد بهبودی در مرحله درمان نسبت به خط پایه		درصد بهبودی در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه	درصد بهبودی کل در مرحله درمان	درصد بهبودی کل در مرحله پیگیری
	زوج الف	زوج ب			
زوج الف	۳۰٪	۲۹٪	۴۰٪	۳۶	۴۶/۷۵
زوج ب			۳۶٪		
زوج ج		۵۹٪	۷۱٪		
زوج د		۲۶٪	۴۰٪		

مطابق جدول ۹، نتایج مربوط به درصد بهبودی نشان داد که میزان بهبودی در مرحله درمان نسبت به خط پایه برای (زوج الف) ۳۰ درصد، (زوج ب) ۲۹ درصد، (زوج ج) ۵۹ درصد و (زوج د) ۲۶ درصد بوده است. همچنین میزان بهبودی در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه برای

(زوج الف) ۴۰ درصد، (زوج ب) ۳۶ درصد، (زوج ج) ۷۱ درصد و (زوج د) ۴۰ درصد گزارش شد. درصد بهبودی کل نیز در مرحله درمان ۳۶ درصد و در مرحله پیگیری ۴۶/۷۵ درصد به دست آمد که بیانگر اثربخشی مناسب واقعیت‌درمانی در افزایش تمایز یافتگی زوجین و تداوم نسبی این اثر در مرحله پیگیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کنترل رفتار و تمایز یافتگی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بندر ماهشهر انجام شد. نتایج تحلیل‌های دیداری، درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی نشان داد که اجرای واقعیت‌درمانی با بهبود هر دو متغیر کنترل رفتار و تمایز یافتگی همراه بوده است. در مرحله خط پایه، نمرات هر چهار زوج در هر دو متغیر از ثبات نسبی برخوردار بود و تغییرات محدود داده‌ها نشان می‌داد که پیش از آغاز مداخله، روند مشخصی به سوی بهبود وجود نداشته است. با شروع جلسات واقعیت‌درمانی، نمرات کنترل رفتار، که نمره بالاتر در آن نشان‌دهنده عملکرد نامطلوب‌تر بود، در هر چهار زوج کاهش یافت. همچنین نمرات تمایز یافتگی در همه زوجها روندی صعودی نشان داد. تداوم این الگو در مرحله پیگیری بیانگر آن بود که آثار مداخله به پایان جلسات محدود نمانده و زوجین توانسته‌اند دست‌کم بخشی از مهارت‌ها و الگوهای آموخته‌شده را در تعاملات روزمره خود حفظ کنند.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی در بهبود کنترل رفتار زوجین اثربخش بوده است. میانگین درصد بهبودی کنترل رفتار در مرحله درمان ۳۲.۲۵ درصد و در مرحله پیگیری ۵۰ درصد گزارش شد. میزان بهبودی در مرحله درمان برای زوج‌های مختلف بین ۲۷ تا ۴۰ درصد و در مرحله پیگیری بین ۴۳ تا ۵۹ درصد متغیر بود. افزون بر این، مقدار شاخص درصد داده‌های غیرهمپوش یا PND در انتقال از خط پایه به مداخله برای هر چهار زوج ۱۰۰ درصد و مقدار POD صفر بود. این الگو نشان می‌دهد که نمرات مرحله مداخله به‌طور کامل از داده‌های خط پایه متمایز شده و تغییر مشاهده‌شده را نمی‌توان صرفاً به نوسان‌های طبیعی داده‌ها نسبت داد. در انتقال از مرحله مداخله به پیگیری نیز PND برای همه زوجها ۱۰۰ درصد و POD تقریباً صفر گزارش شد که نشان‌دهنده حفظ و در مواردی تقویت آثار مداخله در مرحله پیگیری بود.

این یافته با نتایج پژوهش‌هایی همسو است که اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر ابعاد مختلف عملکرد زناشویی نشان داده‌اند. آموزش گروهی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر توانسته است بی‌ثباتی ازدواج را کاهش دهد و صمیمیت زناشویی را افزایش دهد (Ghorbanpour Lafmejani et al., 2021). همچنین، زوج‌درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی موجب بهبود سازگاری زناشویی و کیفیت تعامل میان زوجین شده است (Besharat-Gharamaleki et al., 2023). کاربرد نظریه انتخاب در مدیریت تعارض زناشویی نیز نشان داده است که این رویکرد می‌تواند به زوجها کمک کند تعارض‌های خود را به شیوه‌ای مسئولانه‌تر مدیریت کنند و الگوهای ارتباطی و رفتاری سالم‌تری را جایگزین رفتارهای مخرب سازند (Jamila & Abdulkareem, 2025). این مطالعات اگرچه مستقیماً مؤلفه کنترل رفتار در

مدل مک‌مستر را بررسی نکرده‌اند، اما نتایج آن‌ها از نظر کاهش بی‌ثباتی، بهبود سازگاری و مدیریت مؤثرتر تعارض با یافته پژوهش حاضر هم‌راستا است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از محورهای اساسی واقعیت‌درمانی، جایگزینی روان‌شناسی کنترل درونی به جای روان‌شناسی کنترل بیرونی است. در روابط زناشویی، کنترل بیرونی زمانی آشکار می‌شود که یکی از زوجین بکوشد از طریق انتقاد، سرزنش، تهدید، شکایت، تحقیر یا اجبار، رفتار همسر خود را تغییر دهد. تداوم این رفتارها معمولاً مقاومت، خشم، کناره‌گیری هیجانی و افزایش تعارض را در پی دارد. واقعیت‌درمانی به زوجین آموزش می‌دهد که آنان کنترل مستقیمی بر افکار و اعمال خود دارند، اما نمی‌توانند انتخاب‌های همسر را به‌طور مستقیم کنترل کنند. بر همین اساس، زوجین به جای تمرکز بر تغییر اجباری دیگری، به ارزیابی انتخاب‌ها و رفتارهای شخصی خود هدایت می‌شوند (Glasser, 2014). این جابه‌جایی از کنترل دیگری به کنترل خویشتن می‌تواند رفتارهای واکنشی و تکانشی را کاهش دهد و زمینه را برای ایجاد قواعد روشن‌تر، مسئولیت‌پذیری بیشتر و تعاملات قابل پیش‌بینی‌تر فراهم کند.

واقعیت‌درمانی همچنین از طریق آموزش مفهوم رفتار کلی به زوجین کمک می‌کند پیوند میان عمل، تفکر، احساس و واکنش‌های فیزیولوژیک خود را بهتر درک کنند. آگاهی از این ارتباط به آنان امکان می‌دهد پیش از واکنش به رفتار همسر، افکار و انتخاب‌های رفتاری خود را بررسی کنند. در نتیجه، احتمال استفاده از رفتارهایی مانند فریاد زدن، سرزنش کردن، قطع ارتباط یا اعمال محدودیت‌های شدید کاهش می‌یابد. در مشاوره ازدواج و خانواده، واقعیت‌درمانی با تأکید بر انتخاب، خودارزیابی و برنامه‌ریزی رفتاری می‌تواند به اصلاح تعاملات ناکارآمد و افزایش مسئولیت‌پذیری زوجین منجر شود (Fitzgerald, 2011). مرور کاربردهای نظریه انتخاب و واقعیت‌درمانی نیز نشان داده است که این رویکرد ظرفیت قابل توجهی برای ارتقای خودکنترلی، تصمیم‌گیری مسئولانه و پیشگیری از رفتارهای ناسازگار دارد (Supeni & Jusoh, 2021).

یافته مربوط به کنترل رفتار را می‌توان در چارچوب مدل مک‌مستر نیز تبیین کرد. در این مدل، کنترل رفتار به شیوه‌ای اشاره دارد که خانواده از طریق آن قواعد، محدودیت‌ها و انتظارات رفتاری را در موقعیت‌های مختلف تنظیم می‌کند. عملکرد مطلوب زمانی شکل می‌گیرد که قوانین خانواده روشن، انعطاف‌پذیر، متناسب با موقعیت و قابل مذاکره باشند (Keitner et al., 2019). واقعیت‌درمانی با کاهش اجبار و افزایش گفت‌وگو، خودارزیابی و توافق مشترک می‌تواند خانواده را از کنترل خشک، آشفته یا متناقض به سوی کنترل رفتاری انعطاف‌پذیرتر سوق دهد. یافته‌های مبتنی بر مدل مک‌مستر نیز نشان داده‌اند که اصلاح ابعاد ارتباط، حل مسئله، نقش‌ها و کنترل رفتار می‌تواند عملکرد کلی خانواده را بهبود بخشد (Pourmovahed et al., 2021). همچنین، مداخلات خانواده‌محور مبتنی بر این مدل قادرند سازگاری و هماهنگی زوجین را افزایش دهند (Mehrabi et al., 2022).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کاهش نمرات کنترل رفتار نه تنها در مرحله درمان رخ داده، بلکه در پیگیری بیشتر نیز شده است. این مسئله احتمالاً نشان می‌دهد که زوجین برای به کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده به زمان نیاز داشته‌اند و پس از پایان جلسات توانسته‌اند این مهارت‌ها را در موقعیت‌های واقعی زندگی تمرین کنند. آموزش رفتارهای سازنده، تشخیص عادت‌های مخرب، برنامه‌ریزی بر اساس الگوی WDEP و تدوین برنامه‌های مشخص و عملی ممکن است به زوجین کمک کرده باشد که تغییرات رفتاری را به تدریج تثبیت کنند. از سوی دیگر، کنترل

رفتار در نظام خانواده تنها حاصل تغییر یک فرد نیست و تغییر رفتار یکی از زوجین می‌تواند پاسخ و رفتار طرف مقابل را نیز دگرگون سازد. این فرایند با دیدگاه سیستمی خانواده همخوان است که رفتار هر عضو را متأثر از الگوهای متقابل کل نظام می‌داند (Pak Gül et al., 2024).

دومین یافته پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی موجب افزایش تمایز‌یافتگی زوجین شده است. درصد بهبودی تمایز‌یافتگی در مرحله درمان برای زوج‌های مختلف بین ۲۶ تا ۵۹ درصد و در مرحله پیگیری بین ۳۶ تا ۷۱ درصد بود. درصد بهبودی کل در مرحله درمان ۳۶ درصد و در مرحله پیگیری ۴۶.۷۵ درصد به دست آمد. در گذار از خط پایه به مداخله، مقدار PND برای هر چهار زوج ۱۰۰ درصد و POD صفر بود که بیانگر جدایی کامل داده‌های مداخله از خط پایه و اثربخشی قابل توجه درمان است. در مرحله پیگیری، PND برای زوج‌های ج و د همچنان ۱۰۰ درصد بود، در حالی که برای زوج‌های الف و ب به ۵۰ درصد کاهش یافت. با وجود این، سطح نمرات هر چهار زوج در مرحله پیگیری همچنان بالاتر از خط پایه باقی ماند و جهت کلی تغییرات صعودی بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که اثر واقعیت‌درمانی بر تمایز‌یافتگی در همه زوج‌ها حفظ شد، هرچند میزان ثبات و شدت این اثر در زوج‌های مختلف یکسان نبود.

این یافته با نتایج پژوهش‌هایی همسو است که واقعیت‌درمانی را در ارتقای تمایز‌یافتگی زوجین مؤثر دانسته‌اند. زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی موجب افزایش تمایز‌یافتگی عاطفی، سازگاری زناشویی و صمیمیت در زوجین دارای طلاق عاطفی شده است (Besharat-Gharamaleki et al., 2023). همچنین، واقعیت‌درمانی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره موجب افزایش تمایز‌یافتگی و کاهش حسادت شده و اثر آن در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است (Chabokinejad & Nouri, 2025). از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش مقایسه‌ای درباره طرحواره‌درمانی و تحلیل رفتار متقابل نشان داده است که تمایز‌یافتگی خود متغیری قابل تغییر است و می‌توان آن را از طریق اصلاح الگوهای شناختی، هیجانی و ارتباطی بهبود بخشید (Rahnamaei-Zekavat & Meshkani, 2025). بنابراین، نتایج پژوهش حاضر در امتداد شواهدی قرار دارد که بر قابلیت مداخله‌پذیری تمایز‌یافتگی تأکید می‌کنند.

از منظر نظریه سیستم‌های خانواده بوئن، تمایز‌یافتگی به توانایی فرد در حفظ تعادل میان استقلال روان‌شناختی و صمیمیت عاطفی اشاره دارد. فردی که از تمایز‌یافتگی بالاتری برخوردار است، می‌تواند در شرایط تنش میان تفکر و هیجان تمایز ایجاد کند و بدون قطع رابطه یا هم‌آمیختگی افراطی، موضع خود را حفظ نماید (Brown & Errington, 2024). واقعیت‌درمانی نیز با تأکید بر مسئولیت فردی و کنترل درونی، زوجین را تشویق می‌کند که به جای وابسته ساختن آرامش و ثبات خود به رفتار همسر، مسئولیت احساس‌ها، افکار و انتخاب‌های خویش را بپذیرند. این فرایند می‌تواند از وابستگی هیجانی ناسالم بکاهد و ظرفیت فرد را برای حضور مستقل و درعین‌حال صمیمانه در رابطه افزایش دهد.

در سطح پایین تمایز‌یافتگی، افراد ممکن است برای کاهش اضطراب خود، همسر را کنترل کنند، از او فاصله بگیرند یا به‌شدت به تأیید وی وابسته شوند. در چنین شرایطی، واکنش‌های هیجانی جای پاسخ‌های سنجیده را می‌گیرند و تعارض‌های کوچک به سرعت تشدید می‌شوند. شواهد نشان داده‌اند که تمایز‌یافتگی با بلوغ ازدواج، استقلال روان‌شناختی و کیفیت روابط نزدیک ارتباط دارد (Doğan-Yöyen & Çelik, 2025). واقعیت‌درمانی از طریق آموزش خودارزیابی به افراد کمک می‌کند از خود بپرسند آیا رفتار کنونی آنان به بهبود رابطه منجر می‌شود

یا آنان را از خواسته‌های اساسی خود دور می‌کند. این نوع ارزیابی می‌تواند میان تجربه هیجان و بروز رفتار فاصله ایجاد کند و واکنش‌پذیری هیجانی را کاهش دهد.

افزایش تمایز یافتگی در پژوهش حاضر ممکن است با اصلاح برداشت‌ها و باورهای زوجین درباره خود و همسر نیز مرتبط باشد. کیفیت روابط عاشقانه تا حد زیادی تحت تأثیر باورهای هسته‌ای افراد درباره ارزشمندی خود، قابل اعتماد بودن شریک زندگی و امکان دستیابی به صمیمیت قرار دارد (Hicks et al., 2025). هنگامی که زوجین رفتار همسر را از دریچه باورهای منفی مانند طرد، بی‌اعتمادی یا محرومیت هیجانی تفسیر می‌کنند، احتمال واکنش‌های افراطی و کنترل‌گرانه افزایش می‌یابد. رویکردهای مبتنی بر طرحواره نشان می‌دهند که الگوهای عمیق شناختی و هیجانی می‌توانند شیوه تجربه و تفسیر روابط نزدیک را جهت دهند (Young et al., 2006). تکنیک‌های پیشرفته طرحواره‌درمانی نیز بر اصلاح حالت‌های ناسازگار و ایجاد پاسخ‌های سالم‌تر در روابط پیچیده تأکید دارند (Ventura, 2025). اگرچه واقعیت‌درمانی مستقیماً بر بازسازی طرحواره‌ها متمرکز نیست، توجه آن به خواسته‌ها، ادراک‌ها، دنیای کیفی و ارزیابی انتخاب‌ها می‌تواند برخی برداشت‌های ناکارآمد زوجین را تعدیل کند.

همچنین ممکن است کاهش شرم، خودسرزنی و احساس ناتوانی در فرایند درمان به افزایش تمایز یافتگی کمک کرده باشد. پژوهش‌های مرتبط با مداخلات طرحواره‌محور نشان داده‌اند که اصلاح تجربه شرم و بازسازی ادراک فرد از خود می‌تواند در بهبود عملکرد افراد آسیب‌دیده از روابط بین‌فردی مؤثر باشد (Skeen, 2025). در واقعیت‌درمانی، درمانگر بدون سرزنش مراجع، وی را به پذیرش مسئولیت و انتخاب رفتارهای مؤثرتر دعوت می‌کند. این تمایز میان مسئولیت‌پذیری و سرزنش می‌تواند به زوجین کمک کند بدون تجربه تحقیر یا دفاع شدید، سهم خود را در مشکلات رابطه بپذیرند و برای تغییر اقدام کنند.

تداوم آثار مداخله در مرحله پیگیری را می‌توان نتیجه عملی و مهارت‌محور بودن واقعیت‌درمانی دانست. زوجین در این مداخله صرفاً درباره مشکلات خود گفت‌وگو نکردند، بلکه برای دستیابی به خواسته‌های رابطه‌ای، برنامه‌های مشخص و قابل اجرا طراحی کردند. استفاده از نظام WDEP و برنامه‌ریزی SMART ممکن است به آنان کمک کرده باشد رفتارهای آموخته‌شده را پس از پایان جلسات نیز ادامه دهند. با این حال، کاهش PND در مرحله پیگیری برای دو زوج نشان می‌دهد که حفظ کامل تغییرات تمایز یافتگی ممکن است دشوارتر از حفظ تغییرات رفتاری باشد. تمایز یافتگی سازه‌ای عمیق و مرتبط با الگوهای هیجانی و بین‌نسلی است و احتمالاً برای تثبیت بیشتر آن به تمرین طولانی‌تر، جلسات تقویتی یا مداخلات تکمیلی نیاز است.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که واقعیت‌درمانی می‌تواند به‌طور هم‌زمان بر سطح فردی و رابطه‌ای اثر بگذارد. در سطح فردی، مسئولیت‌پذیری، خودآگاهی، کنترل درونی و استقلال روان‌شناختی زوجین افزایش می‌یابد و در سطح رابطه‌ای، رفتارهای کنترل‌گرانه کاهش یافته و تعاملات مبتنی بر احترام، گفت‌وگو و توافق تقویت می‌شود. ارزیابی جامع زوج‌ها مستلزم توجه هم‌زمان به ابعاد فردی، رفتاری و سیستمی است (Sperry, 2025). یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که بررسی هم‌زمان کنترل رفتار و تمایز یافتگی می‌تواند تصویری جامع‌تر

از تغییرات حاصل از درمان ارائه دهد. کاهش مشکلات کنترل رفتار همراه با افزایش تمایز یافتگی نشان می‌دهد زوجین نه تنها رفتارهای آشکار خود را بهتر تنظیم کرده‌اند، بلکه در حفظ استقلال روان‌شناختی و مدیریت واکنش‌های هیجانی نیز پیشرفت داشته‌اند.

بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت‌درمانی با تأکید بر انتخاب رفتارهای مسئولانه، کاهش کنترل بیرونی، تقویت خودارزیابی، شناسایی نیازهای اساسی، اصلاح عادت‌های مخرب و تدوین برنامه‌های عملی، مداخله‌ای مؤثر برای بهبود کنترل رفتار و تمایز یافتگی زوجین است. با توجه به حفظ یا تقویت بخش قابل‌توجهی از تغییرات در مرحله پیگیری، این رویکرد می‌تواند در مراکز مشاوره خانواده برای زوجینی که با تعارض، کنترل‌گری، وابستگی هیجانی یا ضعف در تنظیم تعاملات روبه‌رو هستند، مورد استفاده قرار گیرد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، مطالعه تنها بر چهار زوج مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بندر ماهشهر انجام شد و حجم اندک نمونه، قدرت تعمیم نتایج به سایر زوجین و مناطق جغرافیایی را محدود می‌کند. دوم، نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد و شرکت‌کنندگان از میان افرادی انتخاب شدند که تمایل و آمادگی حضور در جلسات درمانی را داشتند؛ بنابراین، ممکن است این زوجین از نظر انگیزه تغییر با سایر زوج‌های دارای مشکلات زناشویی متفاوت بوده باشند. سوم، نبود گروه گواه موجب می‌شود نتوان نقش احتمالی عواملی مانند گذشت زمان، دریافت حمایت از سوی درمانگر یا تغییرات طبیعی زندگی زوجین را به طور کامل نادیده گرفت. چهارم، متغیرهای پژوهش با استفاده از ابزارهای خودگزارشی اندازه‌گیری شدند و پاسخ‌ها ممکن است تحت تأثیر مطلوبیت اجتماعی، برداشت شخصی یا تمایل شرکت‌کنندگان به نشان دادن بهبودی قرار گرفته باشند. همچنین، مدت پیگیری نسبتاً کوتاه بود و درباره پایداری بلندمدت آثار مداخله نمی‌توان با اطمینان کامل نتیجه‌گیری کرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده اثربخشی واقعیت‌درمانی را با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و در شهرها و بافت‌های فرهنگی متفاوت بررسی کنند تا امکان تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج فراهم شود. استفاده از طرح‌های آزمایشی دارای گروه گواه و گمارش تصادفی می‌تواند به کنترل عوامل مداخله‌گر و استنباط دقیق‌تر رابطه علی کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود واقعیت‌درمانی با رویکردهایی مانند زوج‌درمانی شناختی - رفتاری، طرحواره‌درمانی، درمان هیجان‌مدار و خانواده‌درمانی مبتنی بر مدل مک‌مستر مقایسه شود. انجام پیگیری‌های سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله نیز می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری آثار درمان ارائه دهد. بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند مسئولیت‌پذیری، کنترل درونی، تنظیم هیجان، باورهای ارتباطی و مهارت حل تعارض می‌تواند سازوکارهای اثرگذاری واقعیت‌درمانی را روشن‌تر سازد. استفاده هم‌زمان از پرسشنامه، مصاحبه، مشاهده تعامل زوجین و گزارش درمانگر نیز برای کاهش محدودیت‌های ابزارهای خودگزارشی توصیه می‌شود.

پیشنهاد می‌شود مشاوران خانواده از اصول واقعیت‌درمانی برای آموزش تفاوت میان کنترل خود و کنترل همسر استفاده کنند و زوجین را به پذیرش مسئولیت انتخاب‌ها و رفتارهای شخصی هدایت نمایند. در جلسات زوج‌درمانی می‌توان عادت‌های مخربی مانند انتقاد، سرزنش، تهدید، شکایت و کناره‌گیری را شناسایی کرد و رفتارهای سازنده‌ای مانند گوش دادن، احترام، حمایت، مذاکره و اعتماد را جایگزین آن‌ها ساخت. آموزش الگوی WDEP و تدوین برنامه‌های مشخص، واقع‌بینانه و زمان‌بندی‌شده می‌تواند به انتقال آموخته‌های درمان به زندگی روزمره کمک کند. همچنین توصیه می‌شود مراکز مشاوره جلسات پیگیری و تقویتی پس از پایان درمان برگزار کنند تا مهارت‌های مربوط به کنترل رفتار و

تمایز یافتگی تثبیت شود. غربالگری اولیه زوجین از نظر شدت تعارض، وابستگی هیجانی، کنترل‌گری و وجود خشونت نیز ضروری است تا درمان متناسب با نیازها و شرایط هر زوج طراحی شود.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به‌طور کامل رعایت و دارای کد اخلاق با شناسه IR.IAU.AHV.AZ.REC.1403.365 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

چکیده گسترش یافته انگلیسی

Introduction

The family constitutes one of the most influential interpersonal systems in shaping psychological well-being, emotional security, social adjustment, and the quality of close relationships. Within this system, the marital relationship serves as a central organizing structure because the quality of interaction between spouses affects not only their own mental health but also the overall functioning of the family. Marriage is a dynamic relationship in which individual needs, expectations, emotional patterns, social roles, cultural norms, and communication styles continuously interact. Even when marriage occurs under relatively favorable developmental and social conditions, its stability requires psychological maturity, effective communication, emotional regulation, behavioral flexibility, and the ability to manage conflict constructively (Indra et al., 2023). When these capacities are insufficient, ordinary disagreements may develop into chronic conflict, emotional withdrawal, coercive interaction, and deterioration in marital intimacy.

Marital conflict is a multidimensional phenomenon influenced by individual, relational, and sociocultural factors. Differences in expectations, unmet emotional needs, role distribution, economic pressures, family-of-origin patterns, and power relations may contribute to the emergence and continuation of conflict. Sociological explanations emphasize that marital conflict cannot be reduced to isolated disagreements between spouses because it reflects the interaction of psychological, relational, and structural conditions (Ho, 2025). When conflict is managed through criticism, blame, coercion, avoidance, or emotional disengagement, the marital relationship may

gradually lose intimacy, trust, and mutual support. Persistent relational disconnection may ultimately result in emotional divorce, a condition characterized by reduced affection, limited emotional exchange, and weakened marital attachment (Al-Shahrani & Hammad, 2023).

Behavioral control is one of the central dimensions of family functioning. It refers to the rules, expectations, and interactional processes through which family members regulate behavior in different situations. In healthy families, behavioral rules are relatively clear, consistent, flexible, and appropriate to the developmental and situational needs of family members. In dysfunctional families, control may be rigid, inconsistent, chaotic, or excessively permissive. The McMaster model identifies behavioral control, along with problem-solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, and general functioning, as a core dimension of family functioning (Keitner et al., 2019). Research based on the McMaster framework indicates that dysfunction in one domain may influence other family processes and contribute to emotional and interpersonal difficulties (Pak Gül et al., 2024). Specific dimensions measured by the McMaster Family Assessment Device have also been associated with psychological symptoms and may mediate the effects of broader social and family conditions (Caño González & Rodríguez-Naranjo, 2024).

The McMaster model is useful not only for assessment but also for intervention. Family interventions based on this framework aim to clarify roles, improve communication, strengthen problem-solving, and establish more adaptive patterns of behavioral regulation. Evidence indicates that interventions grounded in the McMaster model can improve family functioning among married couples (Pourmovahed et al., 2021). Comparative family counseling research has likewise shown that structured family-based approaches may enhance couples' adaptability and relational coordination (Mehrabadi et al., 2022). The application of the McMaster framework in health-related contexts also suggests that strengthening family roles and interactional functioning can promote responsibility, cooperation, and effective self-care (Proboningsih et al., 2025).

Self-differentiation is another important construct in marital functioning. According to Bowen family systems theory, differentiation refers to the ability to maintain psychological autonomy while remaining emotionally connected to significant others. Highly differentiated individuals can distinguish thoughts from feelings, regulate emotional reactions, and preserve a coherent sense of self during interpersonal stress. By contrast, low differentiation may be expressed through emotional fusion, excessive dependence on approval, emotional cutoff, reactivity, and attempts to control others. Contemporary discussions of Bowen theory emphasize that differentiation develops within family relationships and is closely connected to the management of anxiety, intimacy, and intergenerational emotional processes (Brown & Errington, 2024). Self-differentiation has also been identified as a meaningful predictor of marriage maturity and adaptive functioning in close relationships (Doğan-Yöyen & Çelik, 2025).

Cognitive and emotional patterns further shape marital behavior. Core beliefs about the self and the partner influence how spouses interpret daily interactions, relationship threats, and emotional needs. Negative beliefs concerning personal worth, rejection, mistrust, or the partner's intentions may reduce relationship quality and intensify psychological distress (Hicks et al., 2025). Schema theory similarly proposes that enduring cognitive-

emotional patterns formed through earlier experiences affect adult intimacy, emotional regulation, and interpersonal behavior (Young et al., 2006). Contemporary schema therapy emphasizes the modification of maladaptive modes and the development of healthier responses in complex relational situations (Ventura, 2025). Schema-focused interventions may also reduce shame and promote a more adaptive sense of self in individuals affected by harmful intimate relationships (Skeen, 2025). Research comparing schema therapy and transactional analysis further indicates that self-differentiation and conflict-resolution strategies can be improved through structured psychological intervention (Rahnamaei-Zekavat & Meshkani, 2025).

Reality therapy, based on Glasser's choice theory, provides another framework for addressing marital and family problems. It assumes that behavior is purposeful and that individuals select behaviors in an effort to satisfy basic needs, including survival, love and belonging, power, freedom, and enjoyment. Problems arise when people attempt to satisfy these needs through ineffective or irresponsible choices. Reality therapy focuses on present behavior, personal responsibility, self-evaluation, and the development of practical plans for change (Glasser, 2014). A central principle of this approach is the distinction between internal and external control. External control involves attempts to change others through criticism, blame, threats, punishment, or coercion, whereas internal control emphasizes responsibility for one's own choices and behavior.

In marital counseling, reality therapy encourages spouses to stop trying to control each other and instead evaluate whether their own behaviors help or damage the relationship. Through the WDEP system, clients clarify their wants, examine what they are currently doing, evaluate the effectiveness of their behavior, and develop realistic plans for change. Reality therapy has been described as particularly relevant to marital and family systems counseling because it combines personal responsibility with relational awareness and behavioral planning (Fitzgerald, 2011). Reviews of choice theory and reality therapy also support its usefulness in strengthening self-control, responsible decision-making, and prevention of maladaptive behavior (Supeni & Jusoh, 2021).

Previous research has reported favorable effects of reality therapy on marital instability, intimacy, adjustment, emotional differentiation, and jealousy. Group reality therapy based on choice theory has reduced marital instability and improved marital intimacy (Ghorbanpour Lafmejani et al., 2021). Reality therapy-based couple intervention has also improved marital adjustment, emotional differentiation, and intimacy among couples experiencing emotional divorce (Besharat-Gharamaleki et al., 2023). Moreover, reality therapy has increased differentiation and reduced jealousy among couples attending counseling centers, with treatment effects continuing during follow-up (Chabokinejad & Nouri, 2025). The application of choice theory to marital conflict has similarly been associated with more effective conflict management, improved mental health, and stronger family relationships (Jamila & Abdulkareem, 2025). Nevertheless, direct evidence concerning the effects of reality therapy on the specific McMaster dimension of behavioral control remains limited. Comprehensive couple and family assessment requires the simultaneous consideration of individual, relational, and systemic processes (Sperry, 2025). Therefore, the present study examined the effectiveness of reality therapy in improving behavioral control and self-differentiation among couples referring to counseling centers in Bandar Mahshahr.

Methods and Materials

This applied quasi-experimental study used an ABA single-case design with repeated measurements. The statistical population consisted of couples referring to counseling and psychological centers in Bandar Mahshahr between August and November 2025. Four couples, comprising eight participants, were selected through purposive sampling. Eligibility criteria included being between 25 and 50 years of age, having between 5 and 10 years of marital life, possessing adequate literacy to complete the questionnaires, voluntarily participating in the study, and providing informed consent. Absence from more than two treatment sessions, withdrawal from participation, incomplete questionnaire responses, and failure to cooperate in repeated assessments were considered exclusion criteria.

During the baseline phase, behavioral control and self-differentiation were assessed on three occasions to establish the initial level and stability of the dependent variables. Reality therapy was then implemented, and assessments were conducted during the second, fourth, sixth, and eighth intervention sessions. Two additional assessments were completed during the follow-up phase. Behavioral control was measured using the relevant subscale of the 60-item McMaster Family Assessment Device. Higher scores represented poorer behavioral control and greater family dysfunction. Self-differentiation was assessed using the 46-item Differentiation of Self Inventory, in which higher scores indicated greater differentiation.

The intervention was based on Glasser's reality therapy and choice theory and was delivered in eight 60-minute couple-based sessions. The sessions addressed therapeutic rapport, treatment rules, basic psychological needs, choice theory, total behavior, the relationship among action, thought, emotion, and physiology, internal versus external control, destructive and constructive relationship habits, the quality world, personal responsibility, self-evaluation, and goal-directed planning. The final sessions introduced the WDEP system and SMART planning to help couples develop specific, measurable, realistic, relevant, and time-limited behavioral plans.

Data were analyzed through visual, within-condition, and between-condition analyses. Within-condition indices included the mean, median, range, stability envelope, trend direction, stability, and relative and absolute level changes. Between-condition analyses examined changes in direction, treatment-related effects, changes in level, and differences between phase means and medians. The percentage of non-overlapping data and percentage of overlapping data were calculated to evaluate intervention effects. Improvement percentages during treatment and follow-up were also calculated relative to baseline. Because the couple was considered the unit of analysis, the mean scores of the wife and husband were used for each couple.

Findings

The baseline scores of all four couples were relatively stable for both dependent variables, indicating that no consistent improvement had occurred before the intervention. Following the implementation of reality therapy, behavioral control scores decreased across all four couples. Because higher scores on the behavioral control subscale represented poorer functioning, this downward trend indicated improvement. From baseline to intervention, the direction of change was favorable for all couples. The percentage of non-overlapping data was 100% and the percentage of overlapping data was 0% for each couple, demonstrating complete separation between baseline and intervention scores.

Behavioral control improvement during treatment was 30% for Couple A, 40% for Couple B, 32% for Couple C, and 27% for Couple D. During follow-up, improvement relative to baseline increased to 46%, 59%, 52%, and 43%, respectively. The overall improvement was 32.25% during treatment and 50% during follow-up. The maintenance and further reduction of scores during follow-up suggested that the participants continued to apply the acquired behavioral skills after the formal intervention had ended.

Self-differentiation scores increased from baseline to intervention in all four couples. The direction of change was consistently favorable, and the intervention data were completely separated from the baseline data. The percentage of non-overlapping data was 100% and the percentage of overlapping data was 0% for all couples during the transition from baseline to intervention. Improvement during treatment was 30% for Couple A, 29% for Couple B, 59% for Couple C, and 26% for Couple D. At follow-up, improvement relative to baseline was 40%, 36%, 71%, and 40%, respectively. The total improvement was 36% during treatment and 46.75% during follow-up.

During the transition from intervention to follow-up, the percentage of non-overlapping data for self-differentiation was 50% for Couples A and B and 100% for Couples C and D. Despite this variation, the scores of all couples remained higher than their baseline levels, and the overall trend remained positive. These findings indicated that the effect of reality therapy on self-differentiation was maintained in all participants, although the strength and stability of maintenance differed among couples.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that reality therapy improved both behavioral control and self-differentiation among the participating couples. The reduction in behavioral control dysfunction may be explained by the intervention's emphasis on internal control. Couples were encouraged to recognize that they could directly control only their own choices and behavior rather than force their partners to change. This principle likely reduced criticism, blame, coercion, and reactive behavior while increasing self-monitoring, negotiation, and responsibility.

The intervention may also have improved behavioral control by teaching couples to identify the relationship among thoughts, actions, emotions, and physiological responses. Greater awareness of these components can create a pause between emotional activation and behavioral reaction. Couples may therefore become more capable of replacing impulsive or controlling responses with deliberate and constructive behavior. The stronger improvement observed during follow-up suggests that these skills required continued practice in daily marital situations and became more effective after repeated application outside therapy sessions.

The increase in self-differentiation may be attributed to the emphasis on self-responsibility, independent evaluation, and the reduction of attempts to control the spouse. When individuals stop making their emotional stability dependent on their partner's behavior, they may become better able to preserve their sense of self while remaining emotionally connected. The WDEP system may have supported this process by encouraging each spouse to identify personal wants, evaluate current behavior, and make independent but relationship-sensitive decisions.

The follow-up findings showed that self-differentiation remained above baseline for all couples, although maintenance was stronger for some participants than for others. This variation may reflect differences in initial emotional reactivity, marital conflict severity, motivation, family-of-origin patterns, or opportunities to practice the

learned skills. Self-differentiation is a relatively deep and developmentally rooted construct; therefore, its consolidation may require longer treatment, booster sessions, and continued practice.

Overall, reality therapy appears to be an effective intervention for improving behavioral regulation and psychological autonomy within marital relationships. By combining internal control, responsibility, self-evaluation, constructive communication, and practical planning, the intervention addressed both observable interaction patterns and individual emotional functioning. The results support the use of reality therapy in family counseling centers for couples experiencing controlling interactions, emotional dependence, recurrent conflict, or difficulty maintaining autonomy within intimacy. Nevertheless, the small purposively selected sample and the absence of a control group limit generalization. Future studies should use larger samples, randomized controlled designs, longer follow-up periods, and multimethod assessment to evaluate the durability and broader applicability of these findings.

References

- Al-Shahrani, H. F., & Hammad, M. A. (2023). Relationship between Emotional Divorce and Alexithymia among Married Women in Saudi Arabia. *BMC psychology*, 11(1), 217. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01236-w>
- Besharat-Gharamaleki, R., Panah-Ali, A., & Hosseini-Nasab, D. (2023). The Effectiveness of Group Reality Therapy-Based Couple Therapy on Marital Adjustment, Emotional Differentiation, and Intimacy among Couples Experiencing Emotional Divorce. *Journal of Modern Psychological Research*, 18(72), 61-70. <https://civilica.com/doc/1920018>
- Brown, J., & Errington, L. (2024). Bowen Family Systems Theory and Practice: Illustration and Critique Revisited. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 45(2), 135-155. <https://doi.org/10.1002/anzf.1589>
- Caño González, A., & Rodríguez-Naranjo, C. (2024). The McMaster Family Assessment Device (FAD) Dimensions Involved in the Prediction of Adolescent Depressive Symptoms and Their Mediating Role in Regard to Socioeconomic Status. *Family Process*, 63(1), 414-427. <https://doi.org/10.1111/famp.12867>
- Chabokinejad, Z., & Nouri, M. S. (2025). The Effectiveness of Reality Therapy on Differentiation and Jealousy among Couples Referring to Counseling Centers in Yazd. *Journal of Disability Studies*, 15(1), 31. <http://jdisabilstud.org/article-1-3259-fa.html>
- Doğan-Yöyen, Ş., & Çelik, E. (2025). Social Comparison, Self-Differentiation, and Perceived Helicopter Parenting as Predictors of Marriage Maturity. <https://doi.org/10.19160/e-ijer.1616813>
- Fitzgerald, A. L. (2011). Reality Therapy for Marital and Family Systems Counseling. *Counseling & Wellness: A Professional Counseling Journal*, 2, 88-101. <https://openknowledge.nau.edu/id/eprint/2494>
- Ghorbanpour Lafmejani, A., Rezaei, S., & Pourmohammadi, F. (2021). The Effectiveness of Group Reality Therapy Training Based on Glasser's Choice Theory on Marital Instability and Marital Intimacy. *Modern Advances in Behavioral Sciences*, 6(54), 545-565. <https://www.magiran.com/p2384861>
- Glasser, W. (2014). Reality Therapy. In *The Evolution of Psychotherapy: The Second Conference* (pp. 270-278). Routledge. <https://www.amazon.com/Reality-Therapy-Approach-Psychiatry-Colophon/dp/0060904143>
- Hicks, O., Murphy, G. C., Ying, F., Maxwell, J. A., Wilde, J. L., & Dozois, D. J. (2025). Core Beliefs about You and Me: Schema Structures, Relationship Quality, and Depressive Severity in Romantic Couples. *Journal of affective disorders*, 121093.
- Ho, W. C. (2025). Explaining the Prevalence of Marital Conflict: Conceptual Bifurcation and Sociological Explanations. *Frontiers in Sociology*, 10, 1490385. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1490385>
- Indra, G. L., Al Arif, M. Y., & Zaelani, A. Q. (2023). The Ideal Age for Marriage in the Compilation of Islamic Law (KHI) and Psychology. *Al-Adalah*, 20(1), 1-18. <https://doi.org/10.24042/adalah.v20i1.11598>
- Jamila, Y., & Abdulkareem, H. B. (2025). Application of Choice Theory in Managing Marital Conflict among Married Adults in Kwara State. *International Journal of Community Service Learning*, 9(4), 700-709. <https://doi.org/10.23887/ijcsl.v9i4.101386>
- Keitner, G., Mansfield, A., & Archambault, R. (2019). McMaster Family Therapy. In *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1827-1834). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_579
- Mehrabi, A., Zare-Bahramabadi, M., & Asgharnejad-Farid, A. A. (2022). Comparing the Effectiveness of the McMaster and Nichols Family Counseling Approaches on Couples' Adaptability. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 11(3), 91-100. <http://frooyesh.ir/article-1-3340-fa.html>
- Pak Gül, C., Pak Güre, M. D., & Duyan, V. (2024). The Examination of Family Functioning in Immunodeficiency Patients in the Context of McMaster Family Therapy in Turkey. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 34(1), 51-65. <https://doi.org/10.1080/02185385.2022.2155232>
- Pourmovahed, Z., Ardekani, S. M. Y., Mahmoodabad, S. S. M., & Mahmoodabadi, H. Z. (2021). Implementation of the McMaster Model in Family Therapy: Effects on Family Function in Married Couples. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(1), 60. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i1.5380>

- Proboningsih, J., Sriyono, S., Ambarwati, R., Hardi Wuryaningsih, S., & Joeliantina, A. (2025). Optimisation of the Role of Families of Chronic Hypertension Patients Based on the McMaster Model of Family Functioning in Self-Care Agency. <https://doi.org/10.20473/jn.v20i2.65083>
- Rahnamaei-Zekavat, A., & Meshkani, M. (2025). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Transactional Analysis on Self-Differentiation and Conflict-Resolution Strategies among Women Experiencing Marital Conflict. *Women and Family Studies*, 13(2), 31-53. https://jwfs.alzahra.ac.ir/article_8530.html
- Skeen, A. I. (2025). *The Effects of Schema Therapy on Shame in Victims of Intimate Partner Violence* [Doctoral dissertation, University of South Carolina].
- Sperry, L. (2025). *Couple and Family Assessment: Contemporary Measures and Cutting-Edge Strategies*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003383666>
- Supeni, I., & Jusoh, A. J. (2021). Choice Theory and Reality Therapy to Prevent Sexual Misconduct among Youth: A Current Review of Literature. *International Journal of Education, Information Technology, and Others*, 4(3), 428-436. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5174502>
- Ventura, D. M. (2025). *Advanced Schema Therapy Techniques: A Comprehensive Practitioner's Guide to Complex Cases, Modes, and Clinical Innovations*. <https://www.amazon.com/Advanced-Schema-Therapy-Techniques-Comprehensive>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*.