

## فرا تحلیل اثربخشی الگوهای شناختی - رفتاری در

### درمان مشکلات زناشویی

علیرضا بوستانی پور

کارشناس ارشد مشاوره خانواده

دکتر باقر ثنائی ذاکر

عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت معلم

دکتر علیرضا کیامنش

عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت معلم

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

#### چکیده

در طول سال‌ها، محققان در زمینه خانواده‌درمانی و مشاوره ازدواج به دنبال سنجش اعتبار و کارایی الگوهای درمانی بوده‌اند. از سوی دیگر توسعه تلاش‌های مربوط به بهداشت روانی در جهان، اهمیت مطالعه تأثیر درمانی الگوهای مختلف را برجسته‌تر کرده است. در واقع سؤال مهم این است که، کدام نوع درمان بهتر است؟ در این میان فراتحلیل با یکپارچه کردن نتایج حاصل از انجام تحقیقات مختلف، به مقایسه میزان تأثیر الگوهای درمانی مختلف می‌پردازد. پژوهش حاضر نیز بر آن است تا با استفاده الگوی پژوهشی فراتحلیل، میزان اثرگذاری الگوی شناختی - رفتاری را در کاهش مشکلات زناشویی مورد بررسی قرار دهد.

نتایج نشان می‌دهد؛ ۱۷ درصد افرادی که تحت درمان زناشویی شناختی - رفتاری قرار گرفته‌اند، بهبودی بالاتری را از خود نشان داده‌اند. این میزان بهبود در حد پایین قرار دارد. یعنی، احتمال بهبودی زوج‌هایی که با مشکلاتی چون ناراضی‌ت زناشویی، تعارض، عدم صمیمیت، ناسازگاری و یا افسردگی مواجه هستند، و تحت درمان شناختی - رفتاری قرار می‌گیرند، هفده درصد بیشتر از زوج‌هایی است که تحت درمان قرار نمی‌گیرند. این

یافته نشان دهنده آن است که میزان موفقیت الگوی شناختی - رفتاری در درمان چینی مشکلاتی مؤثرتر از عدم درمان است، اما نه به حدی که بتوان از آن به عنوان بک الگوی درمانی مناسب یاد کرد.

## مقدمه

در طول سال‌ها، محققان در زمینه خانواده‌درمانی و مشاوره ازدواج به دنبال سنجش اعتبار و کارایی الگوهای درمانی بوده‌اند (وود، کرین، شالیه و لاو، ۲۰۰۵). از سوی دیگر توسعه تلاش‌های مربوط به بهداشت روانی در جهان، در سال‌های آغازین قرن بیست و یک، اهمیت مطالعه تأثیر درمانی<sup>(۱)</sup> الگوهای مختلف را برجسته‌تر می‌کند، در واقع سؤال مهم این است که «کدام نوع درمان بهتر است؟» (اسپری، ۲۰۰۴) مطالعات انجام شده در این زمینه را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: اول، تحقیقاتی که تأثیر یک الگوی درمانی را با عدم درمان مقایسه می‌کنند؛ و دوم، تحقیقاتی که به مقایسه چند الگوی درمانی می‌پردازند تا کارآمدترین آنها را شناسایی کنند (دان و شویل، ۱۹۹۵).

در این میان فراتحلیل<sup>(۲)</sup> با یکپارچه کردن نتایج حاصل از انجام تحقیقات مختلف، به مقایسه میزان تأثیر الگوهای درمانی مختلف می‌پردازد (کازدین، ۱۹۹۸). از زمانی که گلاس و اسمیت در سال ۱۹۷۷ این روش را معرفی کردند مقالات زیادی درباره اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف، در زمینه مشاوره و روان‌درمانی نوشته شدند، که به بررسی و مقایسه اثربخشی الگوهای مختلف درمانی پرداختند (مانند: بات شواو، ۱۹۹۳؛ لامبرت و هیل، ۱۹۹۴؛ لپسی و ویلسون، ۱۹۹۳، ۲۰۰۱؛ روزنتال، فرین، ویلسون و فرین، ۲۰۰۵؛ اسمیت و گلاس، ۱۹۹۷).

هالوگ و مارکمن نیز اولین فراتحلیل را در زمینه مشاوره ازدواج و خانواده‌درمانی انجام دادند که در پی آن هفده تحقیق را درباره مشاوره ازدواج با رویکرد رفتاری مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که استفاده از رویکرد رفتاری در درمان آشفتگی‌های زناشویی مؤثرتر از عدم درمان است و ماندگاری این بهبودی حداقل تا یک سال ادامه دارد. نتایج آزمون‌های خودگزارشی و مقیاس‌های مشاهده‌ای نیز نتایج حاصل را تأیید کردند.

1. Therapeutic Effectiveness

2. Meta-Analysis

پس از آن پلاتور (۱۹۹۰) در فراتحلیلی گسترده‌تر به بررسی نتایج ۲۵ مطالعه منتشر شده از سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۸ پرداخت که در آنها تأثیر رویکردهای مختلف مشاوره زناشویی و عدم درمان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که تأثیرگذاری رویکردهای مختلف در بهبود مشکلات زناشویی از عدم درمان بیشتر است، اما این میزان تأثیرگذاری در بین رویکردهای مختلف متغیر است.

مشکلات زناشویی<sup>(۱)</sup> با مفاهیم مختلفی مانند تعارض<sup>(۲)</sup>، ناسازگاری<sup>(۳)</sup> و نارضایتی<sup>(۴)</sup> زناشویی معرفی می‌شوند. تعارض، کارکردی طبیعی در سیستم زوجی است و حاصل وجود تفاوت‌های فردی است. اما تحقیقات نشان داده است که انواعی از تعارض از انواع دیگر خطرناک‌تر است (یانگ و لانگ، ۲۰۰۶). ناسازگاری و نارضایتی نیز مفاهیمی هستند که با تعارض رابطه دارند؛ بدین معنی که با افزایش تعارض در ارتباط‌های زوجی، ناسازگاری افزایش یافته، نارضایتی بیشتری حاصل می‌شود. به علاوه این مشکلات، از مقدمات طلاق و جدایی محسوب می‌شوند (یانگ و لانگ، ۲۰۰۶). سایر پیامدهای بروز چنین مشکلاتی نیز عبارتند از: افسردگی (کوبین، تامپسون و پالمر، ۲۰۰۲)، ناسازگاری و پرخاشگری کودکان و نوجوانان (جرارد و بوهرلر، ۲۰۰۲؛ دیویس و کیومینگ، ۲۰۰۲؛ دوایل و مارکوویچ، ۲۰۰۳)، اختلالات اضطرابی<sup>(۵)</sup> (داس، سیمپسون و کریستنسن، ۲۰۰۴)، اختلالات خوردن<sup>(۶)</sup> و الکلیسم (فینچام، ۲۰۰۳).

دیدگاه درمان‌گران خانواده و ازدواج نسبت به الگوی شناختی - رفتاری در طی سال‌ها تغییرات زیادی کرده است. تمرکز روی شناخت و رفتار در درمان، انعطاف و ماهیت انتخابی<sup>(۷)</sup> این الگو، باعث شده است تا درمان‌گران از آن به عنوان یکی از الگوهای مطرح و مؤثر درمانی یاد کنند. فرض بر آن است که ریشه مشکلات زناشویی در نوع تفکرات زوج‌ها راجع به هم و راجع به نوع تعامل‌شان می‌باشد. با توجه به این‌که عمده مشکلات زوج‌ها با توجه به تحقیقات و مطالعات اخیر به نوع شناخت و تفکر

1. marital problem
3. maladjustment
5. Anxiety Disorders
7. eclectic

2. conflict
4. dissatisfaction
6. Eating Disorders

افراد، در روابط، برمی‌گردد، خانواده درمان‌گران رفتاری و شناختی - رفتاری<sup>(۱)</sup> اعتقاد دارند که خانواده‌ها و زوج‌ها تحت تأثیر محیط‌های خود هستند، الگوهای رفتاری آموختنی است، بنابراین رفتارهای با کارکرد بد را می‌توان با رفتارهای سازگارانه جابه‌جا کرد (داتیلو و اپستاین، ۲۰۰۵).

باوکوم و اپستاین (۱۹۹۰) پنج نوع شناخت مؤثر در بروز مشکلات زناشویی و اختلال روابط زوجی را بدین ترتیب نام برده‌اند: الف) ادراک‌های انتخابی<sup>(۲)</sup> درباره اتفاقاتی که در جریان روابط زوجی می‌افتد؛ ب) اسنادهای مختل<sup>(۳)</sup> درباره این وقایع؛ ج) انتظارات نامناسب<sup>(۴)</sup> از سایرین و به خصوص شریک ارتباطی خود؛ د) فرضیات نامناسب<sup>(۵)</sup> درباره دیگران و برقراری روابط صمیمانه با آنها؛ ه) داشتن معیارهای غیرواقعی<sup>(۶)</sup> درباره سایر افراد.

در مشاوره ازدواج و خانواده‌درمانی، درمان‌گر هدف ویژه‌ای را تعیین می‌کند، الگوهای زمان حال را ارزیابی می‌کند و الگوهای تازه را مانند مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، تبادل افکار، تعیین قواعد و نقش‌ها و نحوه برخورد با تعارض را آموزش می‌دهد. درمان‌گران شناختی نیز از فنون خاصی برای به چالش کشیدن عقاید غیرمنطقی زوج و سایر اعضای خانواده، استفاده می‌کنند و آنها را به سمت هدف خاصی، که مورد نظر درمان‌گر است، هدایت می‌کنند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰؛ یانگ و لانگ، ۲۰۰۶).

به‌طور کلی مطالعات متعددی درباره میزان تأثیر مشاوره ازدواج در مقایسه با عدم درمان انجام شده است، که در اکثر آنها درمان از عدم درمان مؤثرتر بوده است (مثل؛ باتلر و واملر، ۱۹۹۹؛ دان و شوبل، ۱۹۹۵؛ هالوگ و مارکمن، ۱۹۸۸؛ هازلریگ، کوپر و بوردوین، ۱۹۸۷؛ شادیش، ۱۹۹۳؛ واملر، ۱۹۸۲).

وود و دیگران (۲۰۰۵) با مطالعه نتایج بیست و دو تحقیق در زمینه مشاوره ازدواج، به مقایسه تأثیرگذاری رویکردهای هیجان‌مدار<sup>(۷)</sup>، رفتاری و ترکیبی<sup>(۸)</sup>، پرداختند. علاوه بر

1. Cognitive-Behavioral

2. selective perceptions

3. distorted attribution

4. inaccurate expectancies

5. inappropriate assumptions

6. unrealistic standards

7. Emotion Oriented

8. Mixed

این، آنها با فرض این که استفاده از آزمون‌های مختلف، در تحقیقات مربوط به مشاوره ازدواج، باعث می‌شود تا نتایج مربوط به میزان تأثیر الگوهای مختلف درمانی کم‌رنگ شود، نمرات آزمون‌های مختلف سنجش آشفستگی‌های زناشویی را به نمرات معادل با مقیاس سازگاری دوتایی<sup>(۱)</sup> تبدیل کردند و توانستند تأثیرگذاری رویکردهای مختلف را در درمان مشکلات خاص زناشویی شناسایی کنند. نتایج این تفکیک نشانگر آن بود که مداخلات درمان‌های هیجان‌مدار نسبت به درمان‌های رفتاری در کاهش آشفستگی‌های زناشویی موفق‌تر هستند.

دان و شوبل (۱۹۹۵) از راه فرا تحلیل، کارایی درمان زناشویی شناختی - رفتاری را بررسی کردند. این نوع درمان بر مشخص کردن و تغییر دادن شناخت‌های ناسازگارانه زوجین نسبت به خودشان، همسرشان، یا روابطشان تأکید می‌ورزد. سه بررسی شامل ۷۴ زوج، در مورد بهبود رفتاری در روابط، میزان تأثیر ۰/۵۴ و در مورد بهبود شناختی، میزان تأثیر ۰/۷۸ را به بار آوردند. زوج‌هایی که تحت درمان شناختی قرار گرفته بودند، از زوج‌های درمان نشده بیشتر بهبود یافتند، ولی از زوج‌هایی که تحت درمان زناشویی رفتاری یا درمان زناشویی بینش‌مدار<sup>(۲)</sup> قرار گرفته بودند، بهبودی کمتری داشتند.

تنوع نتایج حاصل از اجرای الگوی درمان شناختی - رفتاری (مانند؛ دان و شوبل، ۱۹۹۵؛ وود و همکاران، ۲۰۰۵)، نشان از خطاهای احتمالی است که در انجام تحقیقات مختلف به عنوان پیش فرض به حساب می‌آید و تا حدودی نیز کنترل می‌شود. اما آنچه می‌تواند پژوهشگران، و البته درمان‌گران، را به واقعیت جامعه نزدیکتر کند، ترکیب نتایج حاصل و دستیابی به نتایجی است که نشان‌دهنده واقعیت جامعه است. فرا تحلیل‌ها امکان انجام چنین کاری را بیشتر فراهم می‌کنند (گیلز، ۲۰۰۲).

فرا تحلیل، تکنیکی آماری است که به جای آزمایش یک فرضیه پژوهشی خاص، به ترکیب اندازه اثرهای<sup>(۳)</sup> حاصل از انجام پژوهش‌های مختلف می‌پردازد. این روش به پژوهشگر امکان آزمایش فرضیه‌ای را می‌دهد که در مطالعات مختلف مطرح شده و مورد آزمایش قرار گرفته است. اما نتایج مختلف و شاید متضادی را به دست داده است (کازدین، ۱۹۹۸).

1. Dyadic Adjustment Scale (DAS)

2. Insight Oriented

3. effect size

با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر نیز بر آن است تا با استفاده الگوی پژوهشی فراتحلیل، میزان اثرگذاری الگوی شناختی - رفتاری را در کاهش مشکلات زناشویی مورد بررسی قرار دهد.

## روشن پژوهش

### معیار انتخاب

در راستای انجام پژوهش حاضر پایان‌نامه‌های مربوط به خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی شناختی - رفتاری، در دانشگاه‌های تربیت معلم تهران، علامه طباطبایی و شهید بهشتی، و مقاله‌های مربوط در مجله علمی پژوهشی تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، مورد بررسی قرار گرفتند. در میان آنها ده مطالعه شامل: شش پایان‌نامه دوره دکترا، سه پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد و یک مقاله پژوهشی در مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، مورد استفاده قرار گرفتند. معیار انتخاب پژوهش‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر به این شرح است: الف) تحقیقات به صورت آزمایشی<sup>(۱)</sup> و نیمه‌آزمایشی<sup>(۲)</sup> انجام شده‌اند؛ ب) زوج‌های حاضر در نمونه‌های مورد مطالعه با یکی از مسائل ناسازگاری، تعارض، نارضایتی و فقدان صمیمیت مواجه بوده‌اند؛ ج) از ابزارهای معتبر و مقیاس‌های دقیق، که دارای روایی و اعتبار کافی بوده‌اند، استفاده شده است.

البته در تمام پژوهش‌های مورد استفاده صرفاً یک نوع درمان مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. در برخی از آنها تنها رویکرد شناختی - رفتاری اعمال شده است و در برخی دیگر، ترکیبی از درمان‌ها مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. در این شرایط تنها نمرات مربوط به گروهی که در معرض درمان‌های شناختی - رفتاری قرار گرفته بودند با گروه کنترل مقایسه شدند، تا اثر این رویکرد درمانی با عدم درمان بررسی شود.

### فرآیند انجام پژوهش

جستجوی اولیه با رجوع به منابع اطلاعاتی در مورد پایان‌نامه‌ها و مقالات علمی پژوهش منتشر شده در کشور آغاز شد (مانند؛ مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران<sup>(۳)</sup>) و

1. experimental

2. quasi-experimental

3. Iranian Information and Documentation Center (IRANDOC)

پایگاه اطلاعات علمی<sup>(۱)</sup>، پس از تهیه لیست تحقیقات انجام در زمینه مورد نظر و مراجعه به آنها، و با نظر گرفتن معیارهای ذکر شده، ده پژوهش مورد تأیید و استفاده قرار گرفتند، که لیست تفصیلی آنها، همراه با اطلاعات توصیفی، شامل تعداد نمونه، الگوی درمانی، ابزار مورد استفاده و تعداد جلسات ارائه درمان، در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ - اطلاعات توصیفی پژوهش‌های مورد استفاده در فراتحلیل

شماره	مطالعه	تعداد نمونه	الگوی درمانی	ابزار	تعداد جلسات
۱	حسینی (۱۳۷۹)	۱۶ نفر؛ آزمایش: ۸ نفر، کنترل: ۸ نفر	شناختی - رفتاری	انریچ	۸ جلسه
۲	بهرامی (۱۳۸۰)	۲۴ نفر (۱۲ زوج)؛ آزمایش اول: ۸ نفر (۴ زوج)؛ آزمایش دوم: ۸ نفر (۴ زوج)؛ کنترل: ۸ نفر (۴ زوج)	شناختی، روان تحلیلی	سازگاری زن و شوهر (DAS)	۸ جلسه
۳	بهرامی (۱۳۸۱)	۲۴ نفر؛ آزمایش اول: ۸ نفر؛ آزمایش دوم: ۸ نفر؛ کنترل: ۸ نفر	دارودرمانی همراه با شناختی - رفتاری، پرسش‌نامه وضعیت دارودرمانی همراه با اجتماعی و درمان روانی - آموزش فرهنگی و... خانواده	مصاحبه DSM-IV، ذکر نشده است.	
۴	تسریزی (۱۳۸۳)	۵۶ نفر (۲۸ زوج)؛ آزمایش اول: ۱۴ نفر (۷ زوج)؛ آزمایش دوم: ۱۴ نفر (۷ زوج)؛ آزمایش سوم: ۱۴ نفر (۷ زوج)؛ کنترل: ۱۴ نفر (۷ زوج)	بک، کتاب‌درمانی، تلفیقی	انریچ	ذکر نشده است.
۵	فرحبخت (۱۳۸۳)	۸۰ نفر (۴۰ زوج)؛ آزمایش اول: ۲۰ نفر (۱۰ زوج)؛ آزمایش دوم: ۲۰ نفر (۱۰ زوج)؛ آزمایش سوم: ۲۰ نفر (۱۰ زوج)؛ کنترل: ۲۰ نفر (۱۰ زوج)	الیس، گلاسر، ترکیب الیس و گلاسر	تعارض زناشویی (MCQ)	۸ جلسه
۶	اعتمادی (۱۳۸۴)	۴۸ نفر (۲۴ زوج)؛ آزمایش اول: ۱۶ نفر (۸ زوج)؛ آزمایش دوم: ۱۶ نفر (۸ زوج)؛ کنترل: ۱۶ نفر (۸ زوج)	شناختی - رفتاری، ارتباط درمانی	نیازهای صمیمیت باگاروزی، مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر	۸ جلسه

شماره	مطالعه	تعداد نمونه	الگوی درمانی	ابزار	تعداد جلسات
۷	رفیعی و بورایی‌پور (۱۳۸۴)	۱۰۰ نفر (۵۰ زوج) آزمایش: ۵۰ نفر (۲۵ زوج) کنترل: ۵۰ نفر (۲۵ زوج)	آموزش شناختی- رفتاری	اوریج	ذکر شده است.
۸	ناه‌مردای (۱۳۸۴)	۲۰ نفر؛ آزمایش: ۱۰، کنترل: ۱۰	شناختی- رفتاری	مقیاس سازگاری زن و نوه‌ر (DAS)	۱۰ جلسه
۹	صائمی (۱۳۸۴)	۵۲ نفر (۲۶ زوج)؛ آزمایش: ۲۶ نفر (۱۳ زوج) کنترل: ۲۶ نفر (۱۳ زوج)	شناختی- رفتاری	اوریج	۹ جلسه
۱۰	سودابی (۱۳۸۵)	۱۵۰ نفر (۷۵ زوج)؛ آزمایش اول: ۳۰ نفر (۱۵ زوج) آزمایش دوم: ۳۰ نفر (۱۵ زوج) آزمایش سوم: ۳۰ نفر (۱۵ زوج) آزمایش چهارم: ۳۰ نفر (۱۵ زوج) کنترل: ۳۰ نفر (۱۵ زوج)	فردی الیس، توأم معارض رانسویی (MCQ) فردی دیشیزرو، توأم دیسیرر*		۷ جلسه

در ابتدا پس از انتخاب مطالعات واجد معیارهای مورد نظر، آنها کدگذاری شدند. این کدگذاری بر اساس تقدم زمانی صورت گرفت، تا فرآیند انجام فراتحلیل تسهیل شود. در تحقیقاتی که علاوه بر گروه آزمایشی بر اساس الگوی شناختی- رفتاری، الگوهای درمانی دیگر نیز مورد آزمایش قرار گرفته است. تعداد گروه‌های آزمایش به تناسب بیشتر است. به همین خاطر در مطالعات شماره ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۱۰، که علاوه بر الگوی شناختی- رفتاری، الگوی درمانی دیگری نیز وجود دارد، تنها تعداد افراد حاضر در درمان‌های شناختی- رفتاری به عنوان گروه آزمایش اصلی مورد نظر بوده و اطلاعات حاصل از این گروه‌ها در محاسبات آماری حاضر لحاظ شده است.

ابزارهای مورد استفاده در تحقیقات نیز به عنوان یکی از ملاک‌های انتخاب مورد نظر بوده است. به همین ترتیب در انتخاب پژوهش‌های مورد نظر در این فراتحلیل، بر استفاده از ابزارهای روا و معتبر تأکید شده است. عمده ابزارهای مورد استفاده

\* در این مطالعه زوج درمانی به دو صورت فردی و زوجی نیز مورد مقایسه قرار گرفته است، اما آنچه به عنوان متعیر مستقل اصلی در فراتحلیل حاضر در نظر گرفته شده است، زوج درمانی توأم الیس است



عبارتند از: مقیاس سازگاری زن و شوهر، پرسش نامه تعارض زناشویی<sup>(۱)</sup>، پربارسازی و تقویت رابطه، ارتباط و خشنودی، انریچ<sup>(۲)</sup>، نیازهای صمیمیت باگاروزی<sup>(۳)</sup>، مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر.

اما بر اساس اطلاعات موجود در مطالعات انجام شده، هر یک الگو یا الگوهای درمانی متفاوتی را به عنوان متغیر مستقل، و مفهومی جداگانه را به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته‌اند. در هر یک از مطالعات نیز، به دلیل محدودیت‌های احتمالی، متغیرهایی به عنوان متغیر کنترل شده معرفی شده‌اند. لذا به منظور مشخص شدن متغیرهای مورد استفاده در هر یک از پژوهش‌ها، جدول شماره ۲ به بررسی تفکیکی متغیرهای مورد نظر پرداخته است.

جدول ۲ - متغیرهای مستقل و وابسته در هر یک از پژوهش‌ها

پژوهش	متغیر مستقل ۱	متغیر مستقل ۲	متغیر مستقل ۳	متغیر کنترل	متغیر وابسته
۱	درمان شناختی - رفتاری	—	—	—	رضایت زناشویی
۲	زوج درمانی شناختی	روان تحلیلی	—	سن تحصیلات زوجین	ناسازگاری
۳	دارودرمانی همراه با درمان شناختی - رفتاری	دارودرمانی همراه با درمان روانی - آموزشی خانواده	—	—	افسردگی زنان
۴	زوج درمانی یک	کتاب درمانی	درمان تلفیقی	—	رضایت زناشویی
۵	زوج درمانی ایس	زوج درمانی گلاسر	ترکیب زوج درمانی ایس و گلاسر	اختلاف سنی، مدت ازدواج، تحصیلات، تعداد فرزند	تعارض زناشویی
۶	درمان شناختی - رفتاری	ارتباط درمانی	—	—	صمیمیت رناشویی

1. Marital Conflict Questionnaire
2. ENRICH: Enriching and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness
3. Bagarozzi Intimacy Needs Survey

پژوهش	متغیر مستقل ۱	متغیر مستقل ۲	متغیر مستقل ۳	متغیر کنترل	متغیر وابسته
۷	آموزش شناختی- رفتاری	—	—	—	رضایت زناشویی
۸	درمان شناختی- رفتاری	—	—	جنس، میزان تحصیلات	رضایت زناشویی
۹	درمان شناختی- رفتاری	—	—	—	رضایت زناشویی
۱۰*	زوج درمانی ایس	زوج درمانی دینسیزر	—	تعداد فرزند، سن ازدواج	تعارض زناشویی

در نیمی از مطالعات فوق، پژوهش‌های شماره ۱، ۴، ۷، ۸ و ۹، رضایت زناشویی به عنوان متغیر وابسته عنوان شده است. در دو مورد، مطالعات شماره ۵ و ۱۰ تعارض زناشویی به عنوان متغیر وابسته مدنظر بوده است. بالاخره در مورد شماره ۲، ناسازگاری زناشویی، و در شماره ۳، افسردگی زن، به عنوان یکی از پیامدهای نارضایتی زناشویی و تعارض، به عنوان متغیر وابسته مطرح شده است.

### داده‌های توصیفی

فرا تحلیل حاضر بر آن است که با بررسی نتایج حاصل از اجرای پژوهش‌های مختلف، در کنار هم، به یک نتیجه کلی در زمینه میزان اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری بر مشکلات زناشویی و خانوادگی، برسد. لذا نتایج حاصل از نتایج هر یک از پژوهش‌ها به صورت کلی در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳ - نتایج حاصل از پژوهش‌ها بر اساس تفاوت نتایج گروه‌های آزمایش و کنترل

تحقیق	گروه	n	M	S	نتیجه	سطح معناداری
۱	آزمایش	۸	۱۷۰/۷۵	۱۵/۵۸	F = ۶/۵۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۸	۱۰۴	۱۲/۵۸		

\* در این مطالعه متغیرهای مستقل عبارتند از: زوج درمانی فردی ایس، زوج درمانی فردی دینسیزر و زوج درمانی توأم دینسیزر. اما در فرا تحلیل حاضر صرفاً گروه‌های درمانی توأم مورد نظر بوده‌اند و در اینجا نیز فقط گروه‌های درمانی توأم به عنوان متغیرهای مستقل بیان شده‌اند.

فرا تحلیل اثربخشی الگوهای شناختی - رفتاری در ...

سطح معناداری	نتیجه	S	M	n	گروه	تحقیق
.۰/۰۰۰۱	$F = ۱۷/۷۱$	۵/۰۴	۶۸/۳۷	۸	آزمایش	۲
		۰/۹۸	۲/۸۷	۸	کنترل	
.۰/۰۰۰۱	$F = ۱۷/۰۴$	۵/۲۱	۸/۹۹	۸	آزمایش	۳
		۶/۶۰	۲۱/۰۴	۸	کنترل	
.۰/۰۰۲	$F = ۵/۰۵$	۴/۰۲	۱۹/۵	۱۴	آزمایش	۴
		۲/۳۱	۴	۱۴	کنترل	
.۰/۰۰۰۱	$F = ۲۲/۵۲$	۱۱/۹۹	۱۰۴/۶۵	۲۰	آزمایش	۵
		۱۰/۵	۱۳۳/۶	۲۰	کنترل	
.۰/۰۰۱	$F = ۱۱/۹۲$	۳۷/۵۸	۳۱۰/۵۶	۱۶	آزمایش	۶
		۳۹/۷۶	۲۹۷/۳۱	۱۶	کنترل	
.۰/۰۰۱	$T = ۴۱/۳۳$	۱۷/۱۱	۱۵۴/۹۰	۵۰	آزمایش	۷
		۲۷/۷۵	۱۲۳/۶۰	۵۰	کنترل	
.۰/۰۰۱	$T = ۶/۹۵$	۲/۴۶	۹۶/۶۰	۱۰	آزمایش	۸
		۲/۸۶	۷۰/۸۰	۱۰	کنترل	
.۰/۰۰۱	$T = ۱۱/۱۳$	۲۹/۲۳	۷۰/۳۱	۲۶	آزمایش	۹
		۱۲/۷۴	۱۰۰/۷۳	۲۶	کنترل	
.۰/۰۰۰۱	$F = ۴۶/۴۰$	۱۱۳/۵۰	۱۰۲/۸۳	۲۴	آزمایش	۱۰
		۵/۳۶	۲/۸۱	۲۴	کنترل	

به طور کلی آنچه از داده‌های فوق به دست می‌آید بالا بودن سطح معناداری داده‌های حاصل در هر یک از پژوهش‌ها است. در تمام پژوهش‌ها فرضیات تحقیق رد شده است. اما توانایی رد فرض صفر در هر یک از پژوهش‌ها متفاوت است. با جمع‌بندی سطوح اطمینان می‌توان گفت که فرض صفر در تمام تحقیقات با سطح اطمینان ۰/۰۱، رد شده است.

## یافته‌های پژوهش

در این بخش بر اساس داده‌های ارائه شده در گزارش هر یک از پژوهش‌های مورد نظر، به محاسبه اندازه اثر اعمال الگوی درمان شناختی- رفتاری پرداخته خواهد شد. به همین منظور ابتدا باید آنچه اندازه اثر نامیده می‌شود را در هر یک از پژوهش‌ها به صورت جداگانه محاسبه کرد. اندازه اثر، بیانگر تفاوت استاندارد شده بین میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل است (گریم و یارنولد، ۱۹۹۵) و برای محاسبه آن باید نسبت تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل بر واریانس ادغام شده<sup>(۱)</sup> کل نمرات را به دست آورد.

فرمول ۱- محاسبه اندازه اثر

$$ES = X_E - X_C / S_p$$

واریانس ادغام شده نیز با استفاده از فرمول زیر به دست می‌آید:

فرمول ۲- محاسبه واریانس ادغام شده

$$S_p^2 = S_E^2 (N_E - 1) + S_C^2 (N_C - 1) / (N_E + N_C - 2)$$

بر همین اساس نیز واریانس ادغام شده هر یک از پژوهش‌های مورد نظر در فراتحلیل حاضر محاسبه شد و اندازه اثر آنها نیز بدین ترتیب به دست آمد.

جدول ۴- اندازه اثر حاصل از اعمال متغیر آزمایشی در پژوهش‌های مورد نظر

ES	S <sub>p</sub> <sup>2</sup>	گروه کنترل			گروه آزمایش			شماره تحقیق
		S	M	n	S	M	n	
۰/۳۳	۱۹۸/۹۴۳	۱۲/۵۸	۱۰۴	۸	۱۵/۵۸	۱۷۰/۷۵	۸	۱
۱/۲۴	۵۲/۷۴۳	-۱/۹۸	۲/۸۷	۸	۵/۰۴	۶۸/۳۷	۸	۲
-۰/۳۵	۳۲/۷۲۴	۶/۶۰	۲۱/۰۴	۸	۵/۲۱	۸/۹۹	۸	۳
۰/۱۰	۱۴۲/۷۴۹	۲/۳۱	۴	۱۴	۴/۰۲	۱۹/۵	۱۴	۴
۰/۲۲	۱۲۷/۰۰۵	۱۰/۵	۱۳۳/۶	۲۰	۱۱/۹۹	۱۰۴/۶۵	۲۰	۵

### 1. Pooled Variance

ES	Sp <sup>2</sup>	گروه کنترل			گروه آزمایش			شماره تحقیق
		S	M	n	S	M	n	
۰/۰۰	۱۴۹۶/۵۵۷	۳۹/۷۶	۲۹۷/۳۱	۱۶	۳۷/۵۸	۳۱۰/۵۶	۱۶	۶
۰/۰۵	۵۳۱/۷۵۳	۲۷/۷۵۸	۱۲۳/۶۰	۵۰	۱۷/۱۱۹	۱۵۴/۹۰	۵۰	۷
۲/۶۶	۰۹/۶۷۱	۲/۸۶	۷۰/۸۰	۱۰	۲/۴۶	۹۶/۶۰	۱۰	۸
-۰/۰۵	۵۰۸/۳۵۰	۱۲/۷۴	۱۰۰/۷۳	۲۶	۲۹/۲۳	۷۰/۳۱	۲۶	۹
-۰/۰۹	۱۸/۳۱۲	۵/۳۶	۱۱۳/۵۰	۲۴	۲/۸۱	۱۰۲/۸۳	۲۴	۱۰

در مورد اندازه اثرهای حاصل باید به این نکته توجه داشت که نتایج حاصل در تحقیقات مورد استفاده در این فرا تحلیل، حاصل در تحقیقات مورد استفاده در این فرا تحلیل، حاصل اجرای آزمون‌های مربوط به سازگاری، رضایت، صمیمیت و تعارض زناشویی بوده‌اند و به همان صورت بیان شده‌اند. کاهش هرچه بیشتر نمرات آزمون‌های ناسازگاری و تعارض، نشان‌دهنده اثر مثبت و رو به بهبود است. مثلاً در مطالعه شماره ۱۰، بهبودی با کاهش نمرات نشان داده می‌شود، که با اندازه اثر منفی نیز همراه خواهد بود. اما برعکس در مطالعاتی که آزمون‌های صمیمیت و رضایت زناشویی اجرا شده است، افزایش نمرات نشان‌دهنده بهبود و تأثیر مثبت است که اندازه اثر مثبت را نیز به همراه خواهد داشت. اما در اینجا به منظور یکپارچه کردن اندازه اثرهای حاصل، قدر مطلق آنها محاسبه شد تا نمرات به صورت یکپارچه مورد بررسی قرار گیرد.

اعداد ستون Sp یعنی واریانس تراکمی بر اساس فرمول ۲ و ES یعنی اندازه اثر بر اساس فرمول شماره ۱ محاسبه شده است. مجموع حجم‌های اندازه اثر یا  $\sum ES$  برابر ۴/۶۵ و میانگین آن ۰/۴۶ است. اندازه متوسط ES حاصل، بر اساس مقیاس Z است که توزیعی با میانگین صفر انحراف معیار یک دارد. حال اگر نسبت سطح زیر منحنی نرمال را در دو منطقه بالا و پایین نمره Z معادل ۰/۴۶، اندازه اثر، پیدا کنیم، ملاحظه می‌شود که ۳۲٪ افراد بالاتر از آن - سطح کوچکتر برابر با ۰/۳۲۲۸ - و ۶۷٪ افراد پایین‌تر از آن - سطح بزرگتر برابر با ۰/۶۷۷۲ - قرار دارند. این میزان میانگین توزیع، که صفر است، ۰/۱۷ فاصله دارد. میانگین توزیع نشان‌دهنده تساوی تأثیر درمان و عدم درمان است.

بنابراین، می‌توان گفت که، ۱۷٪ افرادی که تحت درمان زناشویی شناختی - رفتاری قرار گرفته‌اند، بهبودی بالاتری را نسبت به عدم درمان نشان داده‌اند. یا به عبارتی، اعمال درمان شناختی - رفتاری، احتمال بهبود را ۱۷ درصد افزایش می‌دهد. این میزان بهبود بر اساس معیارهایی که هس و همکاران (۱۹۸۲؛ به نقل از کازدین، ۱۹۹۸) ارائه کرده‌اند، در حد پایین قرار دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

فراتحلیل‌ها با یکپارچه کردن نتایج حاصل از پژوهش‌های مختلف، که روی نمونه‌های متعددی از یک جامعه اجرا شده‌اند، می‌توانند دید جامع‌تری از اثر متغیرهای مختلف به دست دهند. در واقع با در کنار هم قرار دادن نتایج حاصل از انجام یک پژوهش روی نمونه‌ای از یک جامعه، در واقع افراد مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرند. چنین یافته‌هایی در جوامعی چون جامعه ما که گوناگونی بیشتری را دارد مهمتر است، چرا که این گوناگونی، تفاوت‌های بیشتری را به همراه دارد. به ناچار برای درک این تفاوت‌ها و یافتن مشابهت‌ها، بایستی اطلاعات متعددی را از نمونه‌های مختلف این جامعه، در دست داشت و با یکپارچه کردن این اطلاعات، شباهت‌ها را به دست آورد و با تفاوت‌ها به طرز مناسبی برخورد کرد.

نتایج حاصل در فراتحلیل حاضر نشان‌دهنده احتمال بهبودی ۱۷ درصدی زوج‌های تحت درمان شناختی - رفتاری است که با مشکلاتی چون نارضایتی زناشویی، تعارض، عدم صمیمیت، ناسازگاری و یا افسردگی زنان مواجه هستند.

نتایج حاصل با توجه به یافته‌های هالوگ و مارکمن (۱۹۸۸) در مورد اثربخشی زوج درمانی رفتاری ناهمخوان است. در مطالعه آنها استفاده از رویکردهای رفتاری و تلفیق آنها با تکنیک شناختی، اثربخشی متوسط رو به بالایی را نشان داد، اما در فراتحلیل حاضر اثربخشی پایینی به دست آمد.

دان و شوبل (۱۹۹۵) نیز در فراتحلیل خود، کارایی درمان‌های زناشویی شناختی - رفتاری را بررسی کردند. نتایج نشان‌دهنده آن بود که بهبود رفتاری ۵۴٪ و بهبود شناختی ۷۸٪ است. این یافته‌ها نیز مغایر با نتایج به دست آمده در فراتحلیل حاضر است.

باید در نظر داشت مقایسه این الگوی درمانی با سایر الگوها می‌تواند موضوع بررسی دیگری باشد. اما آنچه در اینجا می‌تواند مورد توجه قرار گیرد این است که پلاتور (۱۹۹۰) نیز به نتایج متفاوت با آنچه در اینجا به دست آمده، رسیده است. در پژوهش وی، نتیجه حاصل از به کارگیری رویکردهای مختلف درمانی از عدم درمان، بیشتر ارزیابی شده است. اما در اینجا، با این‌که نتیجه نشان‌دهنده برتری نسبت به عدم درمان است، اما این بهبودی در حد پایین قرار دارد.

یافته‌های دیگری، متفاوت با نتیجه حاضر، در مطالعات متعدد تکرار شده است (مثل؛ باتلر و واملر، ۱۹۹۹؛ دان و شوبل، ۱۹۹۵؛ هالوگ و مارکمن، ۱۹۸۸؛ هازلریگ، کوپر و بوردوین، ۱۹۸۷؛ شادیش، ۱۹۹۳؛ واملر، ۱۹۸۲).

از سوی دیگر، وود و همکاران (۲۰۰۵) با فرا تحلیل نتایج حاصل از پیگیری‌های انجام شده در پژوهش‌های مختلف به این نتیجه رسیدند که ماندگاری رویکردهای هیجان‌مدار نسبت به رویکردهای رفتاری در کاهش آشفتگی‌های زناشویی بیشتر از درمان‌های رفتاری است. این نتیجه با نتایج حاصل در این فرا تحلیل همخوان است.

اما آنچه در اینجا لازم به ذکر است این است که؛ توجه به زمینه‌های فرهنگی در جوامع مختلف، می‌تواند اثربخشی رویکردهای گوناگون را تبیین کند. یکی از ویژگی‌های بارز فرا تحلیل این است که امکان مقایسه کارایی الگوهای درمانی مختلف را در بافت‌های فرهنگی مختلف فراهم می‌کند. تکرار اجرای فنون درمانی یک الگوی خاص روی نمونه‌هایی از یک فرهنگ واحد و انجام پژوهش‌های مختلف، این امکان را می‌دهد تا با فرا تحلیل نتایج دیدگاه کلی‌تری نسبت به کارایی آن الگو در آن فرهنگ خاص به دست آید.

به هر حال، به کارگیری رویکردهای درمانی مختلف در درمان مشکلات زناشویی امری بدیهی است. اما آنچه بهتر است مورد توجه قرار گیرد، میزان موفقیت در اعمال الگوی مورد نظر در رفع مشکل مطرح شده است. در این فرا تحلیل سعی شد تا با یکپارچه کردن نتایج حاصل از اجرای درمان‌های شناختی - رفتاری میزان موفقیت این الگو را مورد بررسی قرار داد. اما تنها بررسی یک الگوی درمانی و مقایسه آن با عدم درمان کافی نمی‌نماید و بهتر آن است که با انجام مطالعه در زمینه سایر الگوهای درمانی

مقایسه‌هایی بین رویکردهای مختلف صورت گیرد تا میزان اثر و موفقیت هر یک از الگوها نسبت به عدم درمان، و نسبت به یکدیگر بیشتر مشخص شود. براساس این یافته‌ها است که درمان‌گران می‌توانند، با توجه به حیطه تخصصی خود، الگوهای درمانی متناسب با مشکلات مورد مواجهه را، علمی‌تر انتخاب و اجرا کنند و به نتایج بهتر و قابل اطمینان‌تری دست یابند.

در نهایت باید در نظر داشت که لازمه انجام فراتحلیل‌های بیشتر در زمینه‌های درمانی، انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه الگوهای درمانی مختلف است. از محدودیت‌های انجام فراتحلیل‌هایی از این دست، دسترسی به منابع و پژوهش‌هایی است که در یک حیطه مشخص انجام و منتشر شده‌اند. لذا مناسب است تا از تکرار موضوعات مختلف استقبال شود تا نمونه‌های بیشتر از جامعه مورد نظر بررسی شوند. در کنار هم قرار گرفتن نتایج حاصل از نمونه‌های مختلف دید بهتری نسبت به واقعیت جامعه در دسترس قرار می‌دهد.

## منابع

- اعتمادی، ع. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه اثربخشی رویکرد روانی-آموزشی مبتنی بر شناختی-رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- بهرامی، ب. (۱۳۸۰). مقایسه اثربخشی دو شیوه روان‌درمانی گروهی با روش‌های تحلیل روانی و شناختی بر روی ناسازگاری زوجین. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی.
- بهرامی، ف. (۱۳۸۱). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان روانی-آموزشی خانواده بر کاهش عود حالات مانیا و افسردگی بیماران دوقطبی شهر اصفهان. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی.
- تبریزی، م. (۱۳۸۳). بررسی و مقایسه اثربخشی گروه درمانی تلفیقی زوج‌ها، شناخت درمانی گروهی بک و کتاب درمانی در کاهش نارضایتی زناشویی. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ثنائلی ذاکر، ب.؛ علاقتند، س. و هومن، ع. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- حسینی، ز. (۱۳۷۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر افزایش رضامندی زناشویی زنان مراجع کلینیک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.



رفیعی بندری، ف. و نورانی پور، ر. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش‌های شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی زوج‌های دانشجو مستقر در خوابگاه متاهلین دانشگاه تهران. تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره. جلد ۴، شماره ۱۴، ۲۵-۳۹.

سودانی، م. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی به شیوه شناختی الیس و درمان راه حل محور دیسبیز به صورت انفرادی و توأم در کاهش تعارضات زناشویی. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی.

شاهمردای، م. (۱۳۸۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش سطح ناسازگاری زنان متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

صائمی، ح. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان شاهرود. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

فرحبخش، ک. (۱۳۸۳). مقایسه میزان اثربخشی فنون زوج‌درمانی نظریه الیس، گلاسر و ترکیبی از این دو در کاهش تعارضات زناشویی. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی.

Bat-Chava, Y. (1993). Antecedents of self-esteem in deaf people: A meta-analytic review. *Rehabilitation Psychology*, 38, 221-234.

Butler, M.H. & Wampler, K.S. (1999). A meta-analytical update of research on the couple communication program. *American Journal of Family Therapy*, 27, 223-237.

Coyne, J.; Thompson, R. & Palmer, S. (2002). Marital quality, Coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed Wife. *Journal of Family Psychology*, 16, 1, 26-37.

Commings, E. & Davies, P. (2002). Effects of marital conflict on children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline*, 43 (1), 31-48.

Dattilio F.M. & Epstein N.B. (2005). Introduction to the special section: The role of cognitive behavioral interventions in couple and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(10), 7-14.

Doss, B.; Simpson, L. & Christensen, A. (2004). why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (6), 608-614.

Doyle, A. & Markiewitz, D. (2003). Parenting, marital conflict and adjustment from early to mid-adolescence: Mediated by attachment style? *Journal of Youth and Adolescence*, 34 (2), 97-110.

- Dunn, R.L. & Schwebel, A.I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9, 58-68.
- Ficham, F. (2003). Marital conflict: Correlates, Structure, and context. *Current directions in psychological sciences*. American Psychological Society.
- Gerard, J.A. & Buchler, C. (2003). Marital Conflict, parent-child relations, and youth maladjustment, *Family Process*, 38(1), 105-116.
- Giles, D.C. (2002). *Advance research methods in psychology* NY: Routledge.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2000). *Family therapy: An overview*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Grimm, L.G. & Yarnold, P.R. (1995). *Reading and Understanding Multivariate Statistics*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Hahlweg K. & Markman, H.J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Hazelrigg, M.D.; Cooper, H.M. & Borduin, C.M. (1978). Evaluating the effectiveness of family therapies; an integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 101, 338-395.
- Kazdin, A.E. (1998). *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lambert, M.J. & Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., 72-113). Oxford, England: Wiley.
- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from metaanalysis. *The American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Long, L. & Young G. (2006). *Counseling and therapy for couples*, CA: Thomson Brooks/Cole Pub.
- Plattor, J.R. (1990). *Evaluating the effectiveness of marital therapies: A meta-analytic investigation*. (Unpublished doctoral dissertation, University of Miami).

- Rosenthal, D.; Ferrin, M.; Wilson, K. & Frain, M. (2005). Acceptance rates of African American versus White consumers of vocational rehabilitation services: A meta-analysis. *Journal of Rehabilitation*, 71(3), 36-44.
- Shaddish, W.R. (1992). Do family and marital psychotherapies change what people do? A meta- analysis of behavioral outcomes. In T.D. Cook; H.M. Cooper; D.S. Cordray; H. Hartmann; L.V. Hedges; R.J. Light; T.A. Louis, & F. Mosteller (Eds.), *Meta-analysis for explanation: A casebook* (129-208). New York: Sage.
- Smith, M.L. & Glass, G.V. (1997). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *The American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- Sperry, L. (2004). *Assessment of couples and families: Contemporary and cutting-edge strategies*. NY: Bruner-Rutledge.
- Wampler, K.S. (1982). The effectiveness of the Minnesota Couple Communication Program: A review of research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 345-355.
- Wood, N.; Crane, D.R.; Schaalje, G.B. & Law, D.D. (2005). What works for whom: A meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital Distress. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 273-287.