

اثربخشی درمان گروهی تحلیل تبادلی بر رضایت زناشویی و پرخاشگری سوء مصرف‌کنندگان مواد

ابوالقاسم نوری*، هنگامه ناظم الرعايا**،

اصغر آقایی** و سیدعباس حقایق****

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه تحلیل تبادلی بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش پرخاشگری بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون بود. در یک پژوهش نیمه تجربی از مردان متأهل تحت درمان در سه کلینیک شهر اصفهان (براساس نمونه‌گیری خوشه‌ای)، تعداد ۳۹ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش ۱۶ جلسه گروه درمانی دریافت کرده و در گروه کنترل، مداخله‌ای انجام نشد. ابزار استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (السون و فاورز، ۱۹۸۹) و فهرست تجدید نظر شده علائم روانی - فرم ۹۰ سؤالی (دروگاتیس، ۱۹۸۰) بود (به نقل ازمارنات، ۱۳۸۴)؛ که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که میانگین نمرات پرخاشگری گروه آزمایش به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا کرده است، ولی افزایش معناداری در نمرات رضایت زناشویی گروه آزمایش مشاهده نداشت. به طور کلی، گروه درمانی به شیوه تحلیل تبادلی همراه با درمان نگهدارنده متادون می‌تواند در افزایش کنترل پرخاشگری سوء مصرف‌کنندگان مواد مؤثر باشد، اما تأثیر معناداری بر رضایت زناشویی آنها ندارد.

کلید واژه‌ها

گروه درمانی؛ تحلیل تبادلی؛ رضایت زناشویی؛ پرخاشگری؛ سوء مصرف‌کنندگان مواد

* استاد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

** کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان nazem.hengameh@gmail.com

*** استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

**** دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۲۶

مقدمه

اعتیاد در کنار سوء تغذیه و آلودگی محیط زیست یکی از مسائل مهم جوامع بشری محسوب می‌شود که پی آمد ناشی از آن تمام کشورهای دنیا را (اعم از توسعه یافته و در حال توسعه) تحت تأثیر قرار داده است (هیتنر و اسویکورت^۱، ۲۰۰۹). عوارض ناشی از اعتیاد منحصر به فرد معتاد نبوده، بلکه جامعه و خانواده را نیز تهدید می‌کند (مجید^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). پذیرفتن نقش جدید به عنوان همسر، عموماً به شکل‌گیری رفتارهایی نیاز دارد که با رفتارهای دوران مجردی متفاوت است (گابریل^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). از این قبیل رفتارها حفظ یک شغل ثابت، انجام دادن وظایف مالی، رشد و نگهداری یک رابطه مبتنی بر رضایت دوطرفه است. سوء مصرف مواد موجب فرسایش چنین عملکردهایی در زندگی زناشویی می‌شود، تا آنجا که ممکن است با نیازهای لازم برای داشتن نقشی نرمال در خانواده تداخل ایجاد کند. از این رو شواهد مستدلی برای ارتباط میان سوء مصرف مواد و کیفیت ارتباطات زناشویی وجود دارد (چانگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). این ارتباطات پیچیده است، ولی به نظر می‌رسد که مشکلات سوء مصرف و رابطه زناشویی یکدیگر را تشدید می‌کنند (اولیویا^۵، ۲۰۰۲). ازدواج افراد سوء مصرف کننده مواد با سطح پایین رضایت زناشویی، مشاجره‌های مکرر و شدید، نقص در مهارت‌های حل مسأله و برقراری ارتباط و شیوع بالای پرخاشگری فیزیکی و کلامی مشخص می‌شود (اولیویا، ۲۰۰۲). این عوامل همیشه در سال‌های ابتدایی ازدواج نمایان شده و با تشخیص و مداخله زودهنگام می‌توان از شدت یافتن و عوارض ناشی از آن‌ها جلوگیری کرد (لارنس و پردبازی^۶، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر گروه تحلیلی تبدالی به منظور مداخله درمانی برای افزایش رضایت زناشویی سوء مصرف کنندگان مواد در نظر گرفته شده است.

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش یوسفی (۱۳۸۲)، عواملی که باعث کاهش رضایت

-
1. Hittner&Swickert
 2. Magid & Colder
 3. Gabriel
 4. Chang
 5. Olivia
 6. Lawrence & Bradbury

زناشویی در سوء مصرف کنندگان مواد می‌شوند: ناامیدی در بهبود روابط زناشویی و فقدان تلاش برای بهبود آن، نداشتن توافق در رضایت از مسائل جنسی، نقص در ابراز علاقه به همسر، نزاع و درگیری میان زوجین، وجود مشکلات ارتباطی و عدم مهارت حل مسأله در روابط زناشویی تعریف شده است (چانگ، ۲۰۰۷). درمان گروهی به شیوه تحلیلی تبادلی با آموزش مفاهیم چهار وضعیت زندگی و تمرین برای استقرار وضعیت «من خوب هستم، شما خوب هستید» و با تأکید بر این که همه انسان‌ها دارای خمیر مایه خوب بوده و می‌توانند تغییر کنند، سعی بر افزایش امید اعضاء گروه برای تلاش در جهت تغییر دادن روابط مشکل‌زای قبلی خود داشته است. مفاهیم صمیمیت، نوازش‌ها، شناخت احساسات و بیان آن‌ها، همچنین مفهوم و تمرین خود افشاسازی از جمله مفاهیمی است که به ابراز علاقه همسر کمک خواهد کرد. در این شیوه با آموزش مفاهیم انواع ارتباط و تمرین گروهی آن به بهبود مشکلات ارتباطی زوجین کمک خواهد شد. همچنین با تقویت بالغ و شناخت «من کودک» و «من والد» و نیز تدوین قرار داد برای ایجاد محیطی توأم با مشارکت در جهت بهبود مهارت حل مسأله زوجین تمرین می‌شود. از این شیوه درمانی در پژوهش ترکان (۱۳۸۵) به منظور افزایش رضایت زناشویی استفاده شده است و مؤثر بودن آن گزارش شد. سلامت (۱۳۸۴) نیز این درمان را برای کاهش تعارضات زناشویی و دانش (۱۳۸۵) به منظور افزایش سازگاری زوجین ناسازگار به‌کاربردند و هر دو پژوهش در پایان افزایش رضایت زناشویی را گزارش کردند. همچنین طبق یافته‌های اسچامچرو لئونارد^۱ (۲۰۰۵) مردان سوء مصرف کننده مواد در درمان زناشویی کم‌تر به صورت مثبت گوش می‌دهند، اغلب اظهار نظر منفی دارند و درمان را نیمه تمام رها می‌کنند. از آنجا که با انجام دادن درمان گروهی به شیوه تحلیلی تبادلی مفاهیم مؤثر برای افزایش رضایت زناشویی در دستورالعمل آخرین جلسات گروهی قرار می‌گیرد، در این شیوه کم‌ترین مقاومت را از جانب مردان سوء مصرف کننده خواهیم داشت. چرا که با این ترتیب افراد در گروه سازگار شده، بین اعضاء همبستگی ایجاد می‌شود و مفاهیم قبلی آن‌ها را برای پذیرش بیش‌تر و بهتر مفاهیم مرتبط با زناشویی کمک خواهد کرد.

به‌منظور درمان پرخاشگری افراد بزرگسال سوء مصرف کننده مواد نیز گروه درمانی،

درمان انتخابی است (اولری^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). یافته‌های حاصل از پژوهش کوهنس^۲ و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که گروه درمانی در بزرگسالان برای کاهش پرخاشگری از درمان انفرادی مؤثرتر است، ولی به صورت کلی میان رویکردهای مختلف روان‌شناسی با تمرکز بر کاهش پرخاشگری، در تأثیرگذاری تفاوت معناداری یافت نشد. به منظور کنترل رفتارهای پرخاشگرانه در پژوهش حاضر، کار گروهی بر دو هدف اصلی شیوه تحلیل تبادلی «تقویت بالغ» و استقرار وضعیت «من خوب هستم، شما خوب هستید»^۳ - متمرکز شده است. تأثیر مثبت این شیوه درمانی بر افزایش متغیرهای گوناگونی نظیر اعتماد به نفس (ویزینک^۴، ۱۹۹۴)، قضاوت (تالب^۵، ۱۹۹۴)، پیشگیری از بزهکاری (موریس^۶، ۲۰۰۲) و متغیرهای دیگری که الگوی مثبتی از عملکرد روانی را نشان می‌دهد (نوی^۷، ۲۰۰۲) تأیید شده است.

اگرچه چندین پژوهش درباره اثربخشی درمان تحلیل تبادلی در میان سوء مصرف کنندگان مواد اجرا شده است، با این حال متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش‌ها بیش‌تر مواردی مانند شدت علائم ترک مواد یا سلامت عمومی بیماران بوده و دو متغیر رضایت زناشویی و پرخاشگری کم‌تر بررسی شده است. از آنجا که درمان نگهدارنده متادون در کلینیک‌های ترک اعتیاد، درمان انتخابی بوده و متقاضیان این نوع درمان، یک دوره درمانی طولانی - حداقل ۶ ماه- را سپری خواهند کرد، به شیوه درمانی نیاز خواهیم داشت که مراجعان بتوانند به صورت دوره‌های درمانی طولانی مدت و مستمر از آن استفاده کنند و هم مباحث هر جلسه به صورت مجزا کاربردی باشد. بنا به یافته‌های پولند^۸ (۲۰۰۹) شیوه درمانی تحلیلی تبادلی این قابلیت را دارند. همچنین با توجه به مشاهدات تجربی پژوهشگران مبنی بر اینکه مراجعان کلینیک‌های ترک اعتیاد تمایل به شرکت در گروه‌هایی را نشان می‌دهند که سر فصل‌ها مستقیماً با اعتیاد در ارتباط نباشند و همچنین به دلیل احساس نیاز به شیوه درمانی که

-
1. O'leary
 2. Cohense
 3. I'm ok , you'r ok
 4. Wissink
 5. Talob
 6. Morris
 7. Novey
 8. Poland

بتواند در کنار دارو درمانی به صورت جامع و زیرساختی با مراجعان کار کند، شیوه درمانی تحلیلی تبادلی به صورت گروه درمانی برای پژوهش حاضر انتخاب شد. از آنجا که پرخاشگری بالا و رضایت زناشویی پایین هردو از مشکلات رایج سوء مصرف کنندگان بوده و همانطور که پیش تر آورده شد این دو متغیر بهم مربوط هستند، برای تأیید تأثیر شیوه درمانی تحلیلی تبادلی از سنجش این دو متغیر استفاده شد. فرضیه های پژوهش به شرح زیر بودند:

۱- گروه درمانی تحلیل تبادلی سطح پرخاشگری سوء مصرف کنندگان مواد را کاهش می دهد.

۲- گروه درمانی تحلیل تبادلی رضایت زناشویی سوء مصرف کنندگان مواد را افزایش می دهد.

روش

پژوهش حاضر مطالعه ای نیمه تجربی است که به صورت پیش آزمون- پس آزمون و در دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش عبارت بود از کلیه بیماران مرد متأهل معتاد که پیش از بهار سال ۱۳۸۷ برای درمان به کلینیک های ترک اعتیاد، مورد تأیید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مراجعه کرده بودند.

ملاک های ورود در انتخاب عبارت بودند از: ۱- بیماران مرد متأهل سوء مصرف کننده مواد مخدر (تریاک، شیره و کراک) با شرایط سنی ۲۰ - ۴۰ سال؛ ۲- حداقل مدرک تحصیلی اول دبیرستان؛ ۳- بیش از یک ماه از درمان MMT آن ها گذشته باشد. ملاک های خروج: بیماران با غیبت بیش از ۴ جلسه از مطالعه خارج شدند.

در مرحله اول سه مرکز واجد شرایط برگزاری آزمون، به شیوه نمونه گیری تصادفی خوشه ای از لیست ۷ کلینیک مورد تأیید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به طور تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این مراکز فهرست کلیه بیماران واجد شرایط پژوهشی استخراج شد، که در مجموع شامل ۱۲۶ بیمار بود. با کلیه بیماران تماس تلفنی گرفته شد و با ارائه اطلاعات لازم در خصوص پژوهش در مجموع ۶۱ بیمار برای شرکت در این طرح پژوهشی داوطلب بودند. بیماران در هر مرکز درمانی به طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند که در مجموع ۲۹ بیمار گروه آزمایش و ۳۲ بیمار در گروه کنترل

مطالعه شدند. گروه‌های درمانی با حداقل ۸ و حداکثر ۱۲ بیمار در سه مرکز درمانی تشکیل شد. گروه آزمایش ۱۶ جلسه درمان گروهی هفتگی به مدت ۱/۵ ساعته دریافت کرد و در نهایت پس‌آزمون در هر دو گروه انجام شد. به علت ریزش آزمودنی‌ها (عمدتاً به دلیل غیبت‌های بیش از حد)، تحلیل نهایی بر روی ۱۹ بیمار (۶۵/۵٪) در گروه آزمایش و ۲۰ بیمار (۶۲/۵٪) در گروه کنترل انجام شد. برای همسان‌سازی نسبی گروه‌ها ملاک‌های ورود اعمال شد که در ابتدا شرح داده شد. برای افراد گروه آزمایش پیش از تشکیل گروه طی یک جلسه مشاوره انفرادی، نوع گروه درمانی توضیح داده شد و برای تعیین ساعت و روز تشکیل گروه نظرسنجی شد. پیش از برگزاری گروه درمانی برای شرکت‌کنندگان دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد.

در این پژوهش از راهنمای درمانی تحلیل تبادلی استفاده شد که نیپر و نیوتون آن را در سال ۲۰۰۰ طراحی کرده بودند. این شیوه گروهی تحلیلی تبادلی متشکل از ۵ مرحله اصلی است که با توجه به نیازها، تجربیات و عواطف شرکت‌کنندگان گروه، تعداد جلسات لازم برای این مراحل تعیین شده است. مرحله اول، مرحله موقت بوده که در آن معارفه، شناخت اعضا از یکدیگر و همچنین آشنایی با رهبر گروه انجام شده و قوانین گروه مطرح می‌شود (جلسه ۱). مرحله دوم، مرحله سازگاری است (جلسات ۲، ۳، ۴، ۵). در این جلسات مفاهیم ابتدایی تحلیلی تبادلی نظیر وضعیت‌های زندگی، ساختارهای من، کودک، بالغ، والد آموزش داده شده و بر این اساس تمرین گروهی انجام شد. هدف این مرحله در کنار آموزش مفاهیم آن است که اعضا یکدیگر را بهتر شناخته و امنیت را در گروه تجربه کردند. مرحله سوم، مرحله مؤثر که در آن اعضا متوجه شدند که می‌توانند از گروه برای درمان مشکلات خود استفاده کنند و عقاید حقیقی خود را بیان کردند. از نقش‌های گذشته خود بیرون آمدند و راهی برای شناخت خود و دیگران ایجاد می‌شود. مفاهیم کار شده در این جلسات (۶، ۷، ۸) ارتباطات متقابل بوده و وضعیت «من خوب هستم، شما خوب هستید» به صورت عملی تمرین شده است. مرحله چهارم، مرحله سازگاری ثانویه بوده که در آن مفاهیم نوازش‌ها، خویشن‌نوازی و صمیمیت به صورت عملی تمرین شده است. هدف اصلی در این مرحله افزایش خویشن‌نوازی اعضا بوده که پس از آن بتوانند یکدیگر را در فضای گروه حمایت کرده و سپس بتوانند آن را به روابط بیرون تعمیم دهند. مرحله پنجم جلسات توضیحی است که شامل چهار جلسه آخر

می‌شود. اعضا تجربیات جدید را در گروه پیگیری کرده و برای سایر موقعیت‌های گروه به کار می‌گیرند. مفاهیم و تمرینات کارشده در این جلسات بر تقویت بالغ و حل مسأله تمرکز دارد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه فهرست تجدید نظر شده علائم روانی - فرم ۹۰ سؤالی (SCL-90-R)^۱: آزمون SCL-90-R را در دهه ۱۹۸۰ دروگاتیس^۲ و همکارانش معرفی کردند و سپس مورد تجدید نظر قرار گرفت (کرافت^۳، ۱۹۹۹). این آزمون یک ابزار خودسنجی شامل ۹۰ سؤال است که علائم روانی را در ۹ بعد شکایت جسمانی، وسواس، اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی ارزیابی می‌کند که در این پژوهش به منظور ارزیابی پرخاشگری، نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون آزمودنی‌ها برحسب خرده مقیاس پرخاشگری آزمون SCL-90-R محاسبه شده است. برای محاسبه ثبات درونی این آزمون SCL-90-R توسط ۲۱۹ داوطلب در ایالات متحده تکمیل شده و سپس ضریب پایایی آن با استفاده از ضریب آلفا محاسبه شد و نتایج تمام ضرایب به دست آمده رضایت بخش بود. بیش‌ترین ضرایب پایایی درونی مربوط به افسردگی با ۰/۹۰ و کم‌ترین آن‌ها مربوط به بعد روان‌پریشی با ۰/۷۷ بوده است. (به‌کیش، ۱۳۷۳). در بررسی سید هاشمی (۱۳۷۹) این پرسشنامه در میان دانش‌آموزان دبیرستانی هنجاریابی شد، بیش‌ترین ضریب پایایی متعلق به افسردگی با ۰/۹۲ و کم‌ترین آن متعلق به افکار پارانوئیدی با ضریب ۰/۷۲ بود. در زمینه اعتبار همزمان دروگاتیس و همکاران (۱۹۷۶) این آزمون را به همراه MMPI در میان ۱۱۹ داوطلب اجرا کردند. نتایج حاکی از همبستگی بالا بین دو آزمون بود. در این بررسی بالاترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی و کم‌ترین میزان همبستگی مربوط به بعد ترس برخی با مقدار ۰/۳۶ بوده است (به کیش، ۱۳۷۳). علاوه بر این سؤالات پرسشنامه SCL-90-R، طبق نظریات دروگاتیس دارای روایی محتوا است.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (ENRICH)^۴: این پرسشنامه در ابتدا برای توصیف

-
1. Symptom Checklist 90 Revised
 2. Drogatis
 3. Croft
 4. Enriching and Nurturing relationship issues, Communication and Happiness

پویایی‌های ازدواج برای پژوهش طراحی شده و پس از آن به منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قوت رابطه زناشویی استفاده شد. همچنین این پرسشنامه برای تشخیص زوج‌هایی استفاده شد که به مشاوره و تقویت رابطه خود نیاز دارند. فرم اولیه این پرسشنامه را السون^۱ و فاورز (۱۹۸۹) تهیه کردند و به عنوان یک ابزار معتبر در پژوهش‌های متعددی از آن استفاده شده است (فوروس و السون^۲، ۱۹۸۹). با توجه به طولانی بودن سؤالات مقیاس‌ها، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است. اولین بار السون فرم ۱۵ سؤالی آن را، شامل زیرمقیاس‌های تحریف آرمانی (۵ سؤال) و رضایت زناشویی (۱۰ سؤال)، به عنوان مقیاس رضایت زناشویی اینریچ طراحی کرد. سپس فرم ۴۷ سؤالی آن را فورنس و السون (۱۹۹۳) آن را تهیه کردند. پرسشنامه انریچ را در سال ۱۹۸۲، کنوف^۳ به زبان سوئدی ترجمه کرد و مقیاس سوگیری مذهبی را تغییر داد؛ به طوری که بیش‌تر بر روی ادراک زندگی تمرکز شود، زیرا به نظر می‌رسد که این مورد بیش‌تر با شرایط سوئدی ارتباط دارد. این کار با توافق طراح اصلی پروفیسور اولسون انجام شد. در ایران برای اولین بار سلیمانیان (۱۳۷۳) در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر تفکرات غیر منطقی بر نارضایتی زناشویی از فرم ۴۷ سؤالی این‌آزمون استفاده کرد. در جهت تعیین روایی آزمون انریچ پژوهش‌های متعددی انجام شده است. اولسون و فاورز (۱۹۸۹) به منظور بررسی روایی همزمان، مقایسه‌ای بین نسخه کامل انریچ و مقیاس تنظیم زناشویی لاک‌والاس در میان نمونه‌ای شامل ۱۲۰۰ زوج انجام دادند که همبستگی معادل ۰/۷۳. برای مقیاس‌های فردی و ۰/۸۱. برای مقیاس‌های زوجی به دست آمده است. فورس و اولسون (۱۹۸۹) در پژوهش خود با نمونه‌ای شامل ۵۰۳۹، میزان اعتبار و کاربرد کلینیکی پرسشنامه انریچ را بررسی کردند؛ نتایج نشان داد که مقیاس‌های انریچ روایی ملاکی خوبی را، از طریق تمایز مؤفقت‌آمیز بین زوج‌های راضی و ناراضی، با دقت بالای ۰/۹۰. دارند.

به منظور تحلیل نتایج از نرم افزار آماری SPSS-16 استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌ها، از آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آماره‌های استنباطی (تحلیل کوواریانس)

-
1. Fouinier & Drunkman
 2. Fowers & Olson
 3. Knoff

استفاده شد. علت استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون بود. پیش از استفاده از تحلیل کوواریانس (به عنوان یک آزمون پارامتریک) پیش‌فرض‌های آماری نرمال بودن توزیع نمرات و تساوی واریانس نمرات بین دو گروه برای هر کدام از متغیرها محاسبه شد که نتایج نشان داد همه پیش‌فرض‌های مربوط تأیید شده است ($P > 0/05$).

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

میانگین و انحراف معیار شاخص‌های رضایت زناشویی و کنترل پرخاشگری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در **جدول ۱** ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین شاخص‌های رضایت زناشویی و پرخاشگری در گروه‌های مورد مطالعه

گروه کنترل	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت زناشویی	۱۹	۱۶۳/۷۸	۱۵/۳۰۳	۱۶۶/۱۱	۱۳/۵۴۶
پرخاشگری	۱۹	۱/۵۱	۰/۵۸۹	۰/۸۷۷	۰/۶۴۰
رضایت زناشویی	۲۰	۱۵۱/۵۵	۱۳/۹۳۰	۱۵۷/۹۵	۲۳/۶۸۸
پرخاشگری	۲۰	۱/۲۳	۰/۸۴۵	۱/۵۵	۰/۵۹۸

بر اساس جدول ۱ میانگین نمرات رضایت زناشویی در پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش و کنترل نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است و نمره پرخاشگری پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش و در گروه کنترل افزایش داشته است.

پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس

۷ مورد از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس به عنوان یک آزمون پارامتریک در زیر ارائه شده است (فرگوسن و تاکانه، ۱۳۸۳):

- ۱) مستقل بودن: نمره هر فرد در متغیر همراه و وابسته مستقل از نمره‌های تمام آزمودنی‌های دیگر است.
 - ۲) نرمال بودن: برای آزمودنی‌ها با نمره یکسان در متغیر همراه (x) در همان گروه، متغیر وابسته (y) توزیع نرمال دارد.
 - ۳) همگنی واریانس‌ها
 - ۴) خطی بودن: فرض می‌کنیم در جامعه، خط رگرسیون متغیر وابسته از روی متغیر همراه در هر گروه یک خط مستقیم است. این فرض را می‌توان و باید از طریق بررسی کردن نمودارهای پراکنش نمره‌های x و y در هر گروه آزمایش کرد.
 - ۵) همگنی شیب‌های رگرسیون
 - ۶) مستقل بودن متغیر همراه و عمل‌های آزمایشی: با حذف پراکندگی متغیر وابسته قابل پیش‌بینی بر اساس متغیر همراه، بخشی از اثر عمل آزمایشی را هم حذف نمی‌کنیم. مثلاً اغلب عمل‌های آزمایشی آموزش با تفاوت‌های فردی در توانایی یادگیرندگان هماهنگ می‌شوند. اگر آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در عمل‌های آزمایشی جایگزین نشوند، استفاده از شاخص‌های توانایی به عنوان متغیر همراه ممکن است به حذف بخشی از عمل آزمایشی آموزشی منجر شود. یا زمانی که متغیر همراه بعد از عمل آزمایشی اندازه‌گیری می‌شود، نه فقط متغیر وابسته که خود متغیر همراه هم از عمل‌های آزمایشی اثر می‌پذیرد. در اینجا نیز، حذف پراکندگی در متغیر وابسته از طریق متغیر همراه ممکن است به حذف بخشی از اثر عمل آزمایشی منجر شود. زمانی که متغیر همراه و عمل آزمایشی مستقل از یکدیگر نیستند، تحلیل کواریانس نامناسب است.
 - ۷) متغیر همراه بدون خطا اندازه‌گیری شده: فرض می‌کنیم که متغیر همراه بدون خطا اندازه‌گیری شده است یا متغیر همراه کاملاً پایاست. فقدان پایایی در متغیر همراه از طریق افزایش برآورد خطای آزمایش، دقت تحلیل کواریانس را کاهش می‌دهد. نتیجه حاصل از این فرض این است که متغیر همراه تا حد ممکن پایا اندازه‌گیری شود.
- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد به استثنای نمرات پیش‌آزمون پرخاشگری، بقیه متغیرها توزیع نرمالی دارند ($P > 0/05$). همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد بین واریانس نمرات در گروه نمرات معناداری وجود ندارد ($P < 0/05$). لذا دو مورد پیش فرض خطی بودن (با

استفاده از دستور mean) و همگنی واریانسها (فرگوسن و تاکانه، ۱۳۸۳) در زیر ارائه شده است.

الف) نتایج بررسی پیش فرض خطی بودن:

نتایج تحلیل خطی بودن نمرات رضایت زناشویی

شاخص	R	مجذور R	F	sig
پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۰/۷۵۹	۰/۵۷۶	۲۳/۱۴۸	۰/۰۰۰

همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، ضریب رگرسیون به دست آمده معنادار است و به ضریب مطلوب ۰/۸ نزدیک است و لذا پیش فرض خطی بودن رابطه برقرار است.

ب) نتایج بررسی همگنی ضرایب در دو گروه:

$$F = \frac{[B(۸۷۷۳.۶۴۹) - A(۸۵۵۰.۶۷۹)] / [K(۲) - 1]}{A(۸۵۵۰.۶۷۹) / [N(۱۰۰) - ۲K]} = ۲.۶۱$$

A: مجموع مجذورات اصلاح شده

B: مجموع مجذورات - مجموع مجذورات اصلاح شده

نتایج نشان می‌دهد که F به دست آمده در سطح (P < ۰/۰۵) معنادار است و لذا بین دو گروه رابطه مشابهی برقرار است.

یافته‌های استنباطی

تحلیل اثر گروه درمانی تحلیلی تبادلی بر میانگین کنترل پرخاشگری در پس‌آزمون با کاربرد آزمون آماری تحلیل کوواریانس انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر گروه درمانی به شیوه تحلیل تبادلی بر نمرات پس‌آزمون کنترل پرخاشگری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر گروه درمانی بر کنترل پرخاشگری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنادار بودن
نمرات پیش‌آزمون	۳/۶۰۵	۱	۳/۶۰۵	۱۲/۲۹	۰/۰۰۱
عضویت گروهی	۵/۸۶۶	۱	۵/۸۶۶	۲۰	< ۰/۰۰۱
خطا	۱۰/۵۹۹	۳۶	۰/۲۹۳		
کل	۷۶/۸۳۳	۳۹			

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، گروه درمانی به شیوه تحلیل تبادلی بر کنترل پرخاشگری مؤثر بوده است ($P < 0/001$).

برای آزمون فرضیه دوم پژوهش مبنی بر مؤثر بودن گروه درمانی تحلیلی تبادلی بر افزایش رضایت زناشویی نیز از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر گروه درمانی به شیوه تحلیل تبادلی بر نمرات پس‌آزمون رضایت زناشویی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر گروه درمانی بر رضایت زناشویی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنادار بودن
نمرات پیش‌آزمون	۱۰۸۰۱/۲۲۴	۱	۱۰۸۰۱/۲۲۴	۴۹/۳۳۷	<0/001
عضویت گروهی	۸۹/۷۸۹	۱	۸۹/۷۸۹	۰/۴۱	۰/۵۳
خطا	۷۸۸۱/۴۱۱	۳۶	۲۱۸/۹۲۸		
کل	۹۲۴۴۰۵	۳۹			

بر اساس نتایج آزمون تحلیل کواریانس گروه درمانی به شیوه تحلیل تبادلی بر رضایت زناشویی تأثیر معناداری نداشته است ($P = 0/53$). بنابراین، فرضیه دوم پژوهش تأیید نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطابق با آنچه که در بخش یافته‌ها ارائه شد، گروه درمانی به شیوه تحلیلی تبادلی بر افزایش کنترل پرخاشگری سوء‌مصرف کنندگان مواد مؤثر است، ولی در بررسی تأثیر آن بر افزایش رضایت زناشویی تفاوت معناداری به‌دست نیامد. همان‌گونه که در مقدمه ذکر شد پژوهشی یافت نشد که در آن شیوه درمانی تحلیلی تبادلی در میان سوء‌مصرف‌کنندگان مواد اجرا شده باشد. با این حال نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های لانزا^۱ و همکاران (۲۰۰۳) همسو است مبنی بر اینکه روان‌درمانی گروهی بر کنترل پرخاشگری مؤثر است و با نتایج ترکان (۱۳۸۵) مبنی بر مؤثر بودن تحلیلی تبادلی بر افزایش رضایت زناشویی همخوان نیست. بر اساس نتایج جلالی و همکاران (۱۳۸۵) محرومیت‌های برآمده از سوء‌مصرف مواد،

رفتارهای تکانشی معتادان، به کار گرفتن راهبردهای کنارآمدن و سازگاری، نداشتن توانمندی‌های زندگی و اجتماعی، پایین بودن عزت نفس و احساس خودارزشمندی از جمله عللی است که باعث می‌شود پرخاشگری در معتادان بیش از غیر معتادان گزارش شود. بدین منظور شیوه‌های تحلیل تبادلی با آموزه‌های تقویت «بالغ» و پس راندن «والد انتقادگر» فرد را با محرومیت‌های گذشته مصرف و واقعیت‌های فعلی دوران ترک، امکانات و حمایت‌های اجتماعی آن آشنا کرده و با مباحث ارتباطات مکمل و متقاطع به فرد یاد می‌دهد در ارتباط با چه افرادی و در کدام حالت ارتباط احتمال بروز پرخاشگری بیش‌تر می‌شود. با شناخت وضعیت ارتباط خطرزا فرد می‌تواند موقعیت مشکل‌زا را شناسایی کرده و در پی قطع یا تصحیح آن برآید. همچنین برای افزایش اعتماد به نفس شرکت‌کنندگان، آموزه خویشتن‌نوازی TA مؤثر واقع شده و به فرد امکان توجه به خود و توانمندی در محیط صمیمی و مطلوب داده می‌شود. با آموزه‌های مفاهیم نوازش، فرد یاد می‌گیرد که چگونه به خود توجه کرده و به گونه‌ای با دیگران رفتار کند که پیامد آن عزت نفس بیش‌تر و ارتباطات کارآمدتر با جامعه و دیگر اعضای خانواده حاصل شود.

همچنین از دیگر علل پرخاشگری افراد سوءمصرف‌کننده ناتوانی آن‌ها در حل مسأله ذکر شده است (عرفانیان و همکاران، ۱۳۸۴). TA با تقویت «بالغ»، تمرین بر اساس شیوه تدوین قرارداد و ایجاد فرصت‌هایی در گروه به منظور تصمیم‌گیری مجدد و ارائه راه حل به سایر اعضا، به تمرین برای حل مسأله فرد کمک می‌کند. مور^۱ و همکاران (۲۰۰۷) شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و تکانشی را از دیگر علل پرخاشگری افراد سوءمصرف‌کننده مواد می‌دانند. بدین منظور آشنایی و تمرین شیوه‌های مقابله‌ای و ابراز عاطفی ابتدا به افشاسازی فرد در گروه کمک کرده و به دنبال آن فرد صمیمیت را در گروه تجربه می‌کند و با به‌کارگیری «بالغ» و شناخت از انواع رابطه‌ها و راه‌های رسیدن به موقعیت مطلوب، شیوه‌های مقابله‌ای گسترش خواهد یافت.

یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از فقدان تأثیر تحلیلی تبادلی بر افزایش رضایت زناشویی مردان سوءمصرف‌کننده مواد بوده و با توجه به نتایج پژوهش اولیویا (۲۰۰۲) که حتی مداخلات

مختصر نیز مشکلات روابط زناشویی را کاهش می‌دهد، نتیجه پژوهش حاصل نیازمند تأمل بیش‌تر است. در زیر چندین دلیل احتمالی تبیین‌کننده علت ناهمخوانی رد فرضیه دوم و نتایج پژوهش‌های مرتبط ارائه شده است:

الف) نقش عوامل شخصیتی: فرض زیر بنایی درمان TA (به خصوص در شکل گروهی آن) این است که بسیاری از مشکلات و ناسازگاری‌های زناشویی با اصلاح تعاملات و ارتباطات میان زوجین بهبود می‌یابد. این در حالی است که بسیاری از موارد رضایت زناشویی به شخصیت و منش زوجین بستگی دارد. به عنوان مثال روش خانواده درمانی بوئن، بیش‌تر بر تعارضات عاطفی درونی زوجین تأکید دارد. به خصوص در امر سوء‌مصرف مواد که گاهی سایر اختلالات روانی همراه نیز مشاهده می‌شود.

ب) فقدان انجام زوج درمانی: در کلیه پژوهش‌هایی، که یافته‌های آن‌ها در این پژوهش بررسی شده است، رویکردهای درمانی استفاده شده به منظور افزایش رضایت زناشویی به صورت زوجی و بر زن و شوهر همزمان انجام شده است. فقدان شرکت زن و شوهر در گروه‌ها، در حقیقت عدم انجام دادن زوج درمانی را شاید بتوان به عنوان یکی از عوامل در کم تأثیر بودن شیوه درمان تحلیلی تبادلی در رضایت زناشویی پژوهش حاضر دانست.

ج) استفاده از ابزارهای خودسنج: در پژوهش حاضر سوء مصرف‌کنندگان مواد رضایت زناشویی را در ابتدا بیش‌تر از حد انتظار گزارش کردند. این پدیده در پژوهش اولیویا (۲۰۰۲) نیز مشاهده شده است. بیرچلر و اوفارل (۲۰۰۲)، به نقل از اسپچامپر و لئونارد، (۲۰۰۵) یافته‌اند که سوء مصرف‌کنندگان مواد در مقایسه با همسران خود استرس کم‌تری را در روابط زناشویی گزارش می‌کنند. این تفاوت ادراکی در زوجینی مشاهده نمی‌شود که تحت استرس زناشویی هستند، ولی سوء مصرف‌کننده مواد نیستند. شاید بتوان این تفاوت ادراکی را این‌گونه توصیف کرد که مواد و الکل به عنوان سرپوشی برای درک واقعی مشکلات موجود در زناشویی به کار می‌رود.

د) کوتاه بودن دوره درمان: از آنجا که گروه تحلیلی تبادلی از جمله گروه‌های روان تحلیلی به شمار می‌رود و همان‌گونه که پیش از این آورده شد، مطابق با نظر کوری و همکاران (۱۳۸۴) برای گروه‌های روان تحلیلی، گروه‌های بلند مدت با حداقل ۱۶ جلسه توصیه شده

است. در این گروه‌ها ابتدا لازم است فضای با ثباتی فراهم شود که به اعضا برای شناختن و تغییر دادن نقش عوامل ناخودآگاه خود در کشمکش‌های فعلی آن کمک شود و پس از آن اعضا بتوانند واکنش‌های خود و یکدیگر را نسبت به وقایع تهدید کننده این ثبات تعبیر و تفسیر کنند. احتمال دارد که کافی نبودن تعداد جلسات فرایند درمانی را ناتمام گذاشته و اعضاء فرصت تمرین را بر روی مطالب جدید از دست بدهند. قاعدتاً رعایت طول دوره درمان برای متغیرهای پیچیده‌تر، اهمیت بیشتری خواهد داشت.

ه) در اولویت نبودن مشکلات زناشویی: همچنین با بررسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه رضایت زناشویی، می‌توان به این نکته اشاره کرد که در تمامی پژوهش‌ها آزمودنی‌ها از افراد مراجعه کننده به کلینیک‌ها، برای حل اختلافات زناشویی، انتخاب می‌شوند. به بیان دیگر در پژوهش‌هایی که تأثیر شیوه درمانی خاصی را بر رضایت زناشویی بررسی می‌کنند، آزمودنی‌ها نسبت به مشکلات زناشویی خود بی‌تفاوت بوده و راه حل و کمک تخصصی را جستجو می‌کردند. لذا در درمان با انگیزه بیشتری مشارکت می‌کنند. در حالی که آزمودنی‌های پژوهش حاضر از افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد بوده و اکثریت برخلاف همسرانشان - شکایتی از مسائل زناشویی خود نداشتند. محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: ۱- متأسفانه به منظور انجام دادن پژوهش برگزاری بیش‌تر از ۱۶ جلسه در مراکز خصوصی ترک اعتیاد، امکان پذیر نبوده است. این در حالی است که در انواع درمان‌ها با رویکرد روانکاری حداقل تعداد جلسات ۱۶ جلسه است. ۲- با توجه به محدودیت‌های مکان اجرا، مراکز ترک اعتیاد و فقدان همکاری مراجعان مراکز ترک اعتیاد برای مشارکت همسران خود و نیز به علت شرایط روانی خاص حاکم بر گروه‌های مراجعان ترک اعتیاد تشکیل جلسات به صورت زوج درمانی امکان پذیر نبود؛ ۳- به علت محدودیت زمان و توانایی فردی درمانگر، اجراکننده طرح پژوهشی، درمان در مراکز دولتی و بیمارستان‌ها اجرا نشد. پیشنهادهای پژوهشی در ارتباط با موضوع عبارت هستند از: ۱- برای به دست آوردن داده‌های دقیق‌تر از شرکت کنندگان سوء مصرف کننده مواد پیشنهاد می‌شود از ابزارهای دگرسنج نیز استفاده شود. خانواده‌ها و نزدیکان فرد معتاد شرایط را به واقعیت نزدیک‌تر گزارش می‌کنند؛ ۲- پیشنهاد می‌شود درمان گروهی تحلیل تبدلی در مراکز ترک اعتیاد دولتی و بیمارستان‌ها نیز اجرا شود؛ ۳- از آنجایی که بیماران تحت درمان MMT دوره درمانی حداقل ۶ ماه را تجربه می‌کنند

و مدت درمان آن‌ها طولانی است و نیز در مراکز ترک اعتیاد به صورت هفتگی جلسات گروهی تشکیل می‌شود. به نظر می‌رسد بر اساس یافته‌های فرضیه اول این شیوه درمانی می‌تواند به عنوان رویکردی مناسب به منظور درمان اختلالات همراه سوء مصرف مواد در جلسات گروهی هفتگی مراکز ترک اعتیاد به کار برده شود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- ترکان ، هاجر (۱۳۸۵) . بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه تحلیل تبادلی بر رضایت زناشویی. فصلنامه خانواده‌پژوهشی. سال دوم، شماره ۸، ۴۰۳-۳۸۳.
- جلالی، داریوش؛ آقای، اصغر و رهبریان، جهانبخش (۱۳۸۵). بررسی میزان خشونت تجربه شده در زنان دارای همسر معتاد. مطالعات زنان، ۲۸:۲-۵.
- دانش، عصمت (۱۳۸۵). تاثیر روش تحلیل محاوره ای در سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار. چکیده مقالات دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران. تهران: دانشگاه شهید بهشتی ، ص ۱۶۹.
- سلامت، ماعده (۱۳۸۴). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- سلیمانیان ،علی‌اکبر (۱۳۷۳). بررسی رابطه باورهای غیر منطقی با رضامندی زناشویی در دانشجویان متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره ، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.
- سید هاشمی، سید. حسین (۱۳۷۹). هنجاریابی پرسشنامه SCL-90-R در دانش آموزان متوسطه شهرستان زرین شهر. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه اصفهان.
- عرفانیان تقوایی، مجید. رضا. اسماعیلی، حبیب الله و صالح پور، حمید (۱۳۸۴) . بررسی کمی و کیفی رضایت زناشویی معتادان و همسران آنها در مراجعه کنندگان به کلینیک درمان و ترک اعتیاد . فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۲۸-۲۷: ۱۲۱-۱۱۵.
- کوری، جerald؛ کوری، ماریان شیندر؛ کالانان ، پاتریک و راسل ، مایک (۱۳۸۴) . فنون گروهی و مشاوره و روان درمانی. ترجمه باقر ثنائی. تهران: بعثت.
- فرگوسن، جرج و تاکانه، یوشیتو (۱۳۸۳). تحلیل آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی، ترجمه دلاور و نقشبندی. تهران: ارسباران.

مارنات، گراث گری (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی (جلد اول و دوم). ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: سخن.

یوسفی، محسن (۱۳۸۲). بررسی مقدمات رضایتمندی زناشویی و زندگی خانوادگی در افراد معتاد. پایان نامه دکترای پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.

Chang.c.Edward-sannaj Lawrence.(2007).Relations between problem solving styles and psychological adjustment in young adults: Is stress a mediating variable. *Journal of personality and Individual Differences*, 42,135-144.

Croft, A.(1999). The SCL-90-R in clinical application. *Dynamic chiropractic Journal*,17: 116- 124.

Gabriel, B., Beach, S.R.H.& Bodenmann, G.(2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy*,50,36-38.

Hittner, J. B. & Swickert, R. (2009). Sensation seeking and alcohol use: A meta analytic review. *Addictive Behaviors*, 31 (8), 1383-1401.

Fowers, B.J& Olson, D.H (1989). ENRICH marital inventory: A discriminate validity and cross-validity assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15: 65-79.

Kelly, A.B ; Halhord, W.K & young, R.MCD,(2002). Maritally distress women with alcohol problems: The impact of a short-term alcohol- focused intervention on drinking behavior and marital satisfaction. *Addiction*, 95,1537-1549.

Lanza, M.L; Anderson, L& Steel, B, (2003). Aggression observation scale for group psychotherapy: The next phase. *Group*, 27,4.

Lawrence , E & Bradbury , T . N, (2001). Physical aggression and marital dysfunction: A longitudinal analysis. *Journal of family Psychology*, 15,135-154.

Leonard, K.E, & Jacob, T,(1992). Alcohol, alcoholism and family violence. In V.B. vanHasselt, R.L. Morrison, A.S. Bellack & M.Hersen(Eds). *Handbook of family violence*, 383-406, New york:plenum press.

Magid, V., Colder, C. R & Stroud, L. R. (2009). Negative affect, stress and smoking

in college students: Unique associations independent of alcohol and Marijuana use. *Addictive Behaviors*, 34 (11), 973-975.

Moore, T.M; Stuart, L.G; Meehan, J.C; Rhatigan, D.L; Hellmuth, J.C & Keen, S.M, (2007). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28: 247-274.

Morris, G.L.(2002). *Altered states : using transactional analysis education to prevent conflict escalation and violence.* . Doctoral dissertation. Capella university, January 2006.

Napper, R. & Newton, T. (2000). *Tactics-Transactional Analysis Concepts For All Trainers, Teachers And Tutors And Insight Into Collaborative Learning Strategies*, TA Resources, Ipswich.

Novy,T.B,(2002).Measuring the effectiveness of transactional analysis : An

international study. *Transactional Analysis Journal*, 32,8-24.

O'leary, k.D; Smith, A.M& O'leary, S.G.(2000). Co-occurrence of partner and parent aggression. Research and treatment implications. *Behavior Therapy*, 31,4,631-648.

Olivia, R.(2002). *Prevention of relationship and alcohol problems. Doctoral dissertation.* Griffith university.

Poland W.S .(2009). Problem of collegial learning in psychoanalysis: Narcissism and curiosity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90:249-262.

Schumacher, J.A & Leonard, K.E.(2005) . Hasband's and wives ,marital adjustment, verbal aggression, and physical aggression as longitudinal predictors of physical aggression in early marriage. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73,1,28-37.

Talob, E.R.C.(1994). Using transactional analysis to enhance adjustment in Filipino college students. *Transactional Analysis Journal* , 24,197-205.

Wissink, L. M.(1994). A validation of transactional analysis in increasing self-esteem among Participants in a self-reporting program. *Transactional Analysis Journal* , 24, 189-96.

