

# بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی (CCT) در ارتقاء سطح سازگاری زناشویی دانشجویان متأهل

کیانوش زهراکار

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی

فرشاد لواف پور نوری<sup>۱</sup>

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی

پذیرش: ۹۳/۵/۱۸

دریافت: ۹۳/۲/۲۵

## چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی در افزایش سازگاری زناشویی دانشجویان متأهل بود.

**روش:** روش پژوهش آزمایشی بود که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان متأهل دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بود. نمونه اولیه شامل ۱۰۰ نفر از دانشجویان متأهل بود که از طریق روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. سپس از بین کسانی که در ابزار پژوهش (مقیاس سازگاری زناشویی) نمراتشان از میانگین نمونه کمتر بود، ۳۲ نفر (۱۶ زوج) انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۶ نفری (۸ زوج در گروه آزمایش و ۸ زوج در گروه کنترل) تقسیم شدند. بعد از اجرای پیش آزمون از دو گروه، زوج درمانی شناختی در مورد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه اجرا شد و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات، پس‌آزمون در

مورد دو گروه اجرا شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس یکراهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که سازگاری کلی زناشویی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، به طور معناداری افزایش یافت. هم چنین رضایت زناشویی، همبستگی دونفری، توافق دونفری، و ابراز محبت در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافت.

**نتیجه‌گیری:** می‌توان این نتیجه را بر اساس یافته‌ها گرفت که زوج درمانی شناختی می‌تواند به طور اثربخش برای ارتقای سازگاری زناشویی و ابعاد آن مورد استفاده قرار بگیرد.

**واژگان کلیدی:** زوج درمانی شناختی، سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## مقدمه

در بین تمامی نهادها و مؤسسات اجتماعی، خانواده مهم‌ترین، ارزشمندترین و اثربخش‌ترین نقش‌ها را دارد، به طوری که آن را مهم‌ترین و اصلی‌ترین نهاد تربیتی جامعه می‌دانند. کیفیت عملکرد خانواده یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار بر سلامت اعضای خانواده، زوجین و نیز کل جامعه می‌باشد (زهراکار، ۱۳۸۴). در این بین روابط بین زوجین و میزان سازگاری آنها با یکدیگر نقش عمده‌ای در تامین سلامت روانی - اجتماعی آنها و فرزندانشان ایفا می‌کند (زهراکار، ۱۳۹۰).

به نظر شاو و اورت<sup>۱</sup> (۱۹۵۳، نقل از شی،<sup>۲</sup> ۲۰۰۱) سازگاری شخصی، فرایند اکتساب، حفظ و اکتساب مجدد حس رفاه و آسایش است. آنها همچنین معتقدند که سازگاری به شدت تحت تاثیر گذشته و اضطراب است و به کارگیری کنجکاوی یکی از مظاهر و نشانه‌های بسیار مهم آن است. به باور آنها در این زمینه تفکر فرد نقش مهمی دارد و بین تفکر و عمل افراد و تفکر و عمل حاکم بر جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند ارتباط متقابل وجود دارد.

سازگاری دارای ابعاد مختلفی است. به طور کلی سازگاری به دو بعد درونی یا شخصی که به حل و رفع کشمکش‌ها و تضادهای درونی فرد مربوط می‌شود و نیز بعد بیرونی یا اجتماعی که بر حل تعارض‌ها و تضادهای بین فرد با دیگران و محیط مربوط می‌شود، تقسیم‌بندی شده است (زهراکار، ۱۳۸۳). بلاک و استیفنز<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) برای سازگاری کلی سه بعد سازگاری در فعالیت‌های روزمره، سازگاری تعاملی یا ارتباطی که شامل روابط بین فردی است، و سازگاری کاری که مرتبط با کار و وظایف است، قائل هستند.

---

1. Shaw & Ort  
2. Shi  
3. Black & Stephens

توماس<sup>۱</sup> (۱۹۷۷) سازگاری زناشویی<sup>۲</sup> را حالتی می‌داند که در آن زن و شوهر احساسات شادمانی و رضایت نسبت به همسر و ازدواج دارند. کلایتون<sup>۳</sup> (۱۹۷۸) معتقد است که سازگاری زناشویی شامل پذیرش وظایف زناشویی و توفیق در انجام وظایف مرتبط با همسر و زندگی زناشویی است. او سازگاری زناشویی را شامل پذیرش انعطاف‌پذیری هر کدام از همسران می‌داند که به آنها اجازه می‌دهد نقش خودشان را با توجه به پیش‌زمینه اجتماعی - اقتصادی، ثبات هیجانی در ازدواج، سازگاری جنسی، تغییرات سیستم ارزشی، ارتباط و غیره ایفا کنند. اوباسا<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) اعتقاد دارد که سازگاری زناشویی وقتی رخ می‌دهد که هر کدام از زوجین نقش خودشان را به صورت اثربخش و برای رضایت دیگری به اجرا درآورد. جوشی و تینگیوجم<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) معتقدند که سازگاری زناشویی در واقع فرایند و نتیجه موارد زیر است:

- ۱- تفاوت‌های در دسرساز دو نفری ۲- تنش‌های بین فردی و اضطراب شخصی ۳-
- رضایت دو نفری ۴- همبستگی دو نفری ۵- اتفاق نظر در مورد اهمیت موضوع کار کردن دو نفری. دیمکپا<sup>۶</sup> (۲۰۱۰) بیان می‌دارد که اصطلاح سازگاری زناشویی بر توانایی زوجین برای راضی و شاد شدن و کسب موفقیت در تعدادی از وظایف خاص مربوط به ازدواج اشاره دارد.
- سازگاری و ناسازگاری زناشویی تمام ابعاد زندگی زوجین و نیز فرزندان آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سازگاری زناشویی زوجین احساس کفایت، توانایی انطباق و عملکرد تحصیلی فرزندان را افزایش داده و موجب کاهش خطر ابتلای فرزندان به الکل و مواد مخدر می‌شود. همچنین سازگاری زناشویی موجب افزایش عمر و امید به زندگی زوجین و نیز کاهش احتمال ابتلای آنها به بیماری‌های جسمانی و روانی می‌گردد (پروچینو، ویلسون - گیندرسون و کارت رایت، ۲۰۰۹<sup>۷</sup>). به هر حال به دلیل تأثیر فوق‌العاده سازگاری زناشویی بر

---

1. Thomas  
 2. Marital adjustment  
 3. Clayton  
 4. Obasa  
 5. Joshi & Thingujam  
 6. Dimkpa  
 7. Pruchno & Wilson - Genderson & Cartwright

ابعاد مختلف زوجین و فرزندان آنها، افزایش سازگاری زناشویی و کاهش ناسازگاری زناشویی از ضروریات محسوب می‌گردد.

به همین خاطر، کاهش سازگاری زناشویی سلامت روانی زوجین و فرزندان آنها را کاهش داده و احتمال بروز اختلالات روانی - اجتماعی را افزایش می‌دهد. لذا اجرای مداخلات درمانی جهت افزایش سازگاری زناشویی مهم و ضروری است.

از منظر شناختی، ناسازگاری زناشویی، یا به عبارت دقیق‌تر، ناکارآمدی زناشویی<sup>۱</sup> این چنین تبیین می‌شود که انتظارات غیرواقع‌بینانه دربارهٔ رابطه زناشویی موجب کاهش رضایت و بروز پاسخ‌های ناکارآمد شود. برای مثال، بسیاری از زوجین با این باور وارد یک رابطه زناشویی می‌شوند که عشق خود بخود بین دو شخص بوجود می‌آید و تا ابد به همین شکل و بدون تلاش تداوم خواهد داشت. نتیجه این که زوجین وقتی می‌فهمند که سخت کوشی برای تداوم رابطهٔ آن‌ها ضروری است ممکن است کاهش رضایت را تجربه کنند. این انتظار هم چنین ممکن است به ارزیابی‌های اشتباهی منتهی شود، از جمله این که: «شاید ما از اول به درد هم نمی‌خوریم» (داتلیو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). در نتیجه می‌توان گفت محتوای شناختی در توجیه پاسخ هاس ناکارآمد به مشکلات ارتباطی و ناسازگاری زناشویی اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد.

با توجه به اینکه شناخت، تفکر و اندیشه فرد از عوامل مؤثر بر سطح سازگاری او است، می‌توان درمان شناختی (CT)<sup>۳</sup> آرون بک<sup>۴</sup> را به عنوان یکی از مداخلات درمانی قابل استفاده برای ارتقاء سطح سازگاری افراد مطرح کرد. در درمان شناختی که رویکردی فعال، رهنمودی، کوتاه مدت و با ساختار است، روی شناسایی و تغییر افکار منفی و ناسازگارانه تأکید می‌شود. رویکرد بک براین منطق نظری استوار است که نحوه‌ای که افراد تجربیات خود را درک می‌کنند و سازمان می‌دهند، چگونگی احساس و رفتار آنها را تعیین می‌کند (زهراکار، ۱۳۸۷).

1. Marital dysfunction
2. Dattilio
3. Cognitive Therapy
4. Aroan beck

نظریه بنیادی درمان‌شناختی بر این باور است که برای آگاه شدن از ماهیت یک واقعه هیجانی یا آشفتنگی، تمرکز کردن روی محتوای شناختی واکنش افراد به رویدادهای ناراحت‌کننده و آزاردهنده یا جریان فکر ضرورت دارد، لذا هدف درمان شناختی نیز تغییر نحوه فکر کردن مراجعان است (کوری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

در درمان‌شناختی به سه مفهوم بنیادی می‌توان اشاره کرد که عبارتند از: افکار خودکار<sup>۲</sup>، طرح‌واره‌ها<sup>۳</sup> و تحریف‌های شناختی<sup>۴</sup> (زهراکار، ۱۳۸۷). افکار خودکار، افکاری هستند که ماهیت خود انتقادی داشته و بک (۱۹۷۶) پرداختن به آنها را کلید موفقیت درمان می‌داند. این افکار که بوسیله محرک‌های خاصی راه‌اندازی شده و به پاسخ هیجانی منجر می‌شوند موقت و گذرا هستند، در جریان هشیاری و آگاهی رخ می‌دهند، کوتاه و ویژه‌اند، از یک فکر دقیق و واضح سرچشمه نمی‌گیرند، در یک سری گام‌های منطقی مثل حل مساله رخ نمی‌دهند و به نظر می‌رسد که به صورت بازتابی رخ می‌دهند (فری<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). طرح‌واره‌ها سازه‌های واقعیت نیمه هشیار و نیمه دقیق مراجعان هستند که عملکرد سازمان‌شناختی آنها را در تعامل با محیط منعکس می‌کنند (پروچاسکا و نورکراس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). محتوای طرح‌واره‌ها می‌تواند مثبت، منفی و یا آمیزه‌ای از این دو باشد. روانشناسان محتوای اصلی طرح‌واره‌ها را عبارت از چهار مؤلفه می‌دانند: (۱) ارزش خود (۲) ماهیت زندگی ما/ جهان و زندگی اجتماعی ما (۳) انسجام/ امنیت خود (۴) ارزش دیگران (زهراکار، ۱۳۸۷). تحریف‌های شناختی نیز خطاهایی هستند که در فرایند استدلال روی می‌دهند و از پردازش نادرست اطلاعات سرچشمه می‌گیرند (فری، ۲۰۰۷؛ شارف<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). تحریف‌های شناختی عبارتند از: تفکر دو مقوله‌ای، استنباط دلخواهی،

1. Corey
2. Automatic thoughts
3. Schema
4. Cognitive distortion
5. Free
6. Prochaska & Norcross
7. Sharf

برداشت گزینشی، تعمیم افراطی، شخصی کردن، برجسب نامناسب زدن و بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی (زهراکار، ۱۳۸۷).

تفکر اصلی زوج درمانی شناختی که منشعب از درمان شناختی بک است، متشکل از سه مؤلفه است: الف) اصلاح انتظارات غیرواقع‌بینانه در رابطه، ب) تصحیح اسنادهای معیوب در تعاملات زناشویی، و ج) استفاده از سازوکارهای آموزش خود برای کاهش تعاملات مخرب. یکی از دستورکارهای اصلی شناخت درمانی در بافت زناشویی، به طور عام شناسایی طرح‌واره‌ها و باورهای مربوط به روابط، و به طور خاص تصحیح تفکر زوجین درباره رابطه خود آن‌ها است (بک، ۱۹۸۸، به نقل از داتلیو، ۱۹۹۳).

روش‌های شناختی- رفتاری می‌توانند نقش مهمی در تسهیل تغییر ایفا کنند، و در بسیاری موارد با ویژگی‌های گوناگون خانواده درمانی و زوج درمانی همخوان است. دیدگاه سیستمی مستلزم این است که خانواده به صورت موجودیتی در نظر گرفته شود که متشکل از بخش‌های متعددی است و سطح کارکرد آن نمی‌تواند صرفاً با جمع کردن کارکرد مؤلفه‌های جداگانه آن توجیه شود (نیکولز و شوارتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). بنابراین می‌توان گفت برای درک یک رفتار در یک رابطه زوجی یا خانوادگی، فرد می‌بایست ویژگی‌های رابطه‌ای و تعاملات بین اعضای خانواده و همین‌طور خصوصیات شخصی اعضای را مورد مشاهده قرار دهد. به طور مشابه، زوج درمانی و خانواده درمانی شناختی بر تعاملات بین زن و شوهرها یا بین اعضای خانواده تمرکز می‌کند، البته با تأکید ویژه بر ماهیت به هم مرتبط انتظارات، باورها و اسنادها.

زوج درمانی و خانواده درمانی شناختی در تلاش است تا مشکل مطرح شده را از طریق تمرکز بر سیستم باورهای فردی، انتظارات ارتباطی، و کاستی‌های مهارتی زوجین رفع نماید. به عبارت دیگر زوج درمانگر شناختی بر مقاومت سیستم زوجی یا خانوادگی کار می‌کند تا سیستم بتواند در جهت اقدامات لازم برای رخداد تغییر گام بردارد. این به معنای اختصاص زمان

1. Nichols & Schwartz

برای آموزش مهارت‌های ارتباطی، بررسی ادراکات و باورهای زن و شوهر دربارهٔ اختلافات زناشویی، یا بهبود بخشیدن به مهارت‌های مشاهده‌ای است (داتیلو، ۲۰۰۵).

نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر اثربخشی شناخت درمانی و زوج درمانی شناختی در درمان افسردگی (تیزدل و فنل<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲؛ حمید، بشلیده، عیدی بایگی، و دهقانی زاده، ۱۳۹۰)، خشم (بک و فرناندز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸)، اختلالات دوقطبی (لم<sup>۳</sup> و دیگران، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۵)، سلامت روان (نیسی، کرمعلیان، و همایی، ۱۳۹۱)، اختلال وحشت زدگی (کلارک<sup>۴</sup> و دیگران، ۱۹۹۴؛ کلارک و اهلرز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳)، رضایت زناشویی (نظری، محمدخانی، دولتشاهی، ۱۳۹۰؛ رجبی، کارجو کسمایی، و جباری، ۱۳۹۰؛ قاسمی، اعتمادی، و احمدی، ۱۳۹۱؛ امانی و مجدوی، ۱۳۹۲)، مشکلات جنسی (رجبی و دیگران، ۱۳۹۱)، مشکلات زناشویی (بائوکوم<sup>۶</sup> و دیگران، ۱۹۹۸؛ اپشتین<sup>۷</sup> و بائوکوم، ۲۰۰۲) و ناسازگاری زناشویی (بهرامی، ۱۳۸۴) است.

با توجه به مطالب ذکر شده هدف اصلی تحقیق حاضر بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی بر ارتقاء سطح سازگاری زناشویی زوجین می‌باشد.

فرضیه اصلی تحقیق حاضر عبارت است از:

۱. زوج درمانی درمانی شناختی در افزایش سازگاری کلی زناشویی زوجین و ابعاد آن مؤثر است.

## روش

روش تحقیق حاضر آزمایشی است و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل مورد استفاده قرار گرفته است. نگارهٔ طرح به شکل زیر است.

1. Teasdel & Fennell
2. Fernandez
3. Lam
4. Clark
5. Ehlers
6. Baucom
7. Epestein



جدول ۱. طرح پژوهش

گروه‌ها	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	T1	زوج درمانی شناختی	T2
کنترل	T1	-	T2

در پژوهش حاضر جامعه آماری کلیه دانشجویان متأهل دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام‌شهر در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ بوده است. حجم نمونه در این پژوهش ۳۲ نفر (گروه آزمایش ۸ زوج و گروه کنترل ۸ زوج) بوده است که از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده‌اند.

ابزار: در این پژوهش برای اندازه‌گیری سازگاری زناشویی از مقیاس سازگاری زن و شوهر<sup>۱</sup> استفاده شده است که توسط اسپنیر<sup>۲</sup> (۱۹۷۶) ساخته شده است. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سوالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی، از نظر زن و شوهر و یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. این ابزار با این هدف ساخته شده است که می‌توان با به دست آوردن کل نمرات از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه صمیمانه استفاده کرد. این مقیاس دارای چهار خرده‌مقیاس است که عبارتند از:

۱- رضایت زناشویی (سوال‌های ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲)

۲- همبستگی دو نفری (سوال‌های ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸)

۳- توافق دو نفری (سوال‌های ۱، ۲، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵)

۴- ابراز محبت (سوال‌های ۴، ۶، ۲۹، ۳۰) (ثنایی، علاقبند، فلاحتی و هومن، ۱۳۸۷)

ملازاده، منصور، اژه‌ای، و کیامنش (۱۳۸۱) به نقل از ثنائی، علاقبند، فلاحتی و هومن، (۱۳۸۷) همسانی درونی این ابزار را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها نیز

1. Dyadic Adjustment scale (DAS)  
2. Spanier

۰/۹۴ برای رضایت زناشویی، ۰/۸۱ برای همبستگی دو نفری، ۰/۹۰: برای توافق دو نفری و ۰/۷۳ برای ابراز محبت گزارش شده است.

تحقیق حاضر در چهار مرحله انجام گرفت:

۱- آماده‌سازی طرح درمانی: در این مرحله با مطالعه مباحث مربوط به رویکرد درمان‌شناختی و نیز سازگاری زناشویی طرح درمانی - آموزشی تدوین و برای اجرا آماده شد. شرح طرح درمانی - آموزشی در ادامه آمده است. ۲- نمونه‌گیری: بعد از تدوین طرح درمانی - آموزشی طبق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۳۲ نفر انتخاب شد که بعد از اخذ رضایت نامه کتبی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. بدین نحو که به دلیل نداشتن فهرست فهرست جامعه دانشجویان متأهل، ابتدا چهار دانشکده انتخاب، و سپس از هر دانشکده دو رشته انتخاب شد. سپس از طریق پرسشنامه محقق ساخته، تعداد ۱۰۰ دانشجوی متأهل که شرایط لازم را برای ورود داشتند انتخاب شدند. آن گاه از این ۱۰۰ نفر، ۳۲ نفر از کسانی که کمترین نمره را نسبت به بقیه در ابزار سنجش کسب نمودند انتخاب شدند. با توجه به این که حداقل حجم نمونه برای پژوهش آزمایشی ۳۰ نفر عنوان شده است (دلاور، ۱۳۸۴). ۳- اجرای مداخله: بعد از نمونه‌گیری و جایگزینی افراد مورد مطالعه در گروههای آزمایش و کنترل ابتدا دو گروه تحت پیش‌آزمون قرار گرفته و سپس طبق طرح درمانی - آموزشی گروه آزمایش به مدت هشت جلسه تحت آموزش قرار گرفته ولی گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. سپس هر دو گروه تحت پس‌آزمون قرار گرفتند. ۴- نمره‌گذاری و تجزیه و تحلیل داده‌ها: بعد از تکمیل و جمع‌آوری آزمون‌ها، ابتدا آزمون‌ها نمره‌گذاری شده و سپس متناسب با فرضیه‌های تحقیق به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد. خلاصه جلسات آموزشی-مشاوره‌ای به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: هدف این جلسه آشنایی اعضا با یکدیگر و با رهبر گروه و نیز ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری بود. در این جلسه بعد از ذکر خلاصه‌ای از مراحل شکل‌گیری گروه، علت انتخاب آنان مطرح و اهداف گروه تعیین شد. سپس قوانین ذکر گردید و یک فن آشنایی اجرا

شد. در انتها پیش آزمون به عمل آمد. جلسه دوم: در این جلسه سعی شد رابطه مبتنی بر همکاری مستحکم شود. سپس نقش شناخت و تفکر در زندگی مورد بحث قرار گرفت و در زمینه سازگاری و سازگاری زناشویی و نیز نقش آن در سلامت روانی-اجتماعی زوجین و فرزندان اطلاعات رد و بدل گردید. جلسه سوم: بعد از مرور مباحث جلسه قبل، سازگاری زناشویی و علل آن مورد بحث قرار گرفت. در این جلسه به کمک اعضا افکار خودکار، طرحواره ها و تحریف های شناختی به صورت عینی در ارتباط با سازگاری زناشویی توصیف گردید. جلسه چهارم: بعد از مرور مباحث جلسه قبل در این جلسه به کمک اعضا تحریف های شناختی تفکر دو مقوله ای، استنباط دلبخواهی، برداشت گزینشی، تعمیم افراطی، شخصی کردن، بزرگ نمایی و کوچک نمایی و بر چسب زدن به صورت عینی در ارتباط با سازگاری زناشویی توصیف گردید و ثبت روزانه افکار بعنوان تکلیف ارایه شد. جلسه پنجم: بعد از مرور مباحث جلسه قبل در این جلسه بعد از مرور تکلیف، طرحواره های منفی در مورد ارزش خود، ماهیت زندگی/جهان و زندگی اجتماعی، انسجام/امنیت خود و ارزش دیگران و ارتباط آنها با ناسازگاری زناشویی مورد بحث قرار گرفت و ثبت روزانه طرحواره ها به عنوان تکلیف ارایه شد.

جلسه ششم: بعد از مرور مباحث جلسه قبل در این جلسه بعد از مرور تکلیف فنون درمانی گفتگوی سقراطی، عدم فاجعه سازی و انتساب زدایی آموزش داده و اجرا گردید. در انتها نیز ثبت روزانه افکار و جایگزین کردن افکار سازگارانه تر به عنوان تکلیف ارایه شد. جلسه هفتم: بعد از مرور مباحث جلسه قبل در این جلسه و مرور تکلیف جلسه قبل، فنون درمانی تمرکز زدایی، باز تعبیر و تعریف واژه ها آموزش داده شد و اجرا گردید. در انتها نیز ثبت روزانه افکار و جایگزین کردن افکار سازگارانه تر بعنوان تکلیف ارایه شد.

جلسه هشتم: در این جلسه بعد از مرور تکالیف مباحث جمع بندی شد و سعی گردید انگیزه لازم برای تداوم اجرای فنون در خارج از گروه در اعضا ایجاد گردد. در انتها نیز پس آزمون به عمل آمد.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو گروه در حیطه‌های سازگاری زناشویی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازگاری کلی زناشویی	آزمایش	۱۰۷/۰۶	۱۰/۹۷	۱۲۲/۶۸	۱۰/۵۸
	کنترل	۱۰۳/۴۳	۷/۷۰	۱۰۳/۱۲	۸/۳۰
رضایت زناشویی	آزمایش	۲۶/۲۵	۴/۷۸	۳۰/۱۲	۳/۵۷
	کنترل	۲۶/۲۵	۴/۴۴	۲۶/۳۱	۴/۷۱
همبستگی دونفری	آزمایش	۱۲/۳۷	۲/۳۳	۱۵/۹۳	۱/۸۴
	کنترل	۱۲/۳۱	۱/۷۰	۱۲/۱۸	۱/۵۵
توافق دونفری	آزمایش	۵۹/۳۱	۸/۶۹	۶۴/۲۵	۹/۴۹
	کنترل	۵۵/۱۲	۶/۹۹	۵۴/۲۵	۶/۹۴
ابراز محبت	آزمایش	۹/۴۳	۱/۵۹	۱۲/۸۱	۲/۰۱
	کنترل	۹/۸۷	۲/۱۲	۹/۷۵	۱/۸۴

هم‌چنان که نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد، میانگین پیش آزمون دو گروه تقریباً با یکدیگر برابر است. در مرحله پس آزمون میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور چشم‌گیری افزایش یافت. برای بررسی معناداری این تفاوت در ادامه از آزمون ANCOVA استفاده می‌شود. با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها، برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک پیش فرض‌های اساسی آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه بررسی شد: برای بررسی نرمال بودن توزیع نتایج نمرات، از آزمون نرمالیت کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و سطح معناداری مشاهده برای رضایت زناشویی، همبستگی دونفری، توافق دونفری، و ابراز محبت به ترتیب ۰/۲، ۰/۱۸، ۰/۲ و ۰/۱۲ بدست آمد. هم‌چنین با توجه به نتایج حاصل از اجرای آزمون F لوین جهت بررسی همگنی واریانس دو گروه برای رضایت زناشویی ( $F= ۱/۶۳$ ,  $P>۰/۰۵$ )، همبستگی دونفری ( $F= ۰/۴۳$ ,  $P>۰/۰۵$ )، توافق دونفری ( $F= ۲/۰۷$ ,  $P>۰/۰۵$ )، و ابراز محبت

( $F=0/79, P>0/05$ ) و نتایج بدست آمده بعد از بررسی تعامل بین پیش آزمون و سطوح عامل گروه (همگنی شیب رگرسیون برای رضایت زناشویی) ( $F=1/11, P>0/05$ )، همبستگی دونفری ( $F=81/01, P>0/01$ )، توافق دونفری ( $F=0/24, P>0/05$ ) و ابراز محبت ( $F=0/24, P>0/05$ ) مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه می‌باشیم.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی اثر متغیر مستقل پس از حذف اثر پیش

آزمون

متغیر	منع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
سازگاری کلی زناشویی	عامل گروه	۲۰۸۸/۰۸	۱	۲۰۸۸/۰۸	۸۱/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	پیش	۱۹۵۵/۶۸	۱	۱۹۵۵/۶۸	۷۶/۲۶	۰/۰۰۱	
	آزمون	۷۴۷/۴۹	۲۹	۲۵/۷۷			
	خطا	۴۱۳۷۰۵	۳۲				
کل							
رضایت زناشویی	عامل گروه	۱۱۶/۲۸	۱	۱۱۶/۲۸	۳۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	پیش	۴۳۹/۳۲	۱	۴۳۹/۳۲	۱۴۸/۳۷	۰/۰۰۱	
	آزمون	۸۵/۸۶	۲۹	۲/۹۶			
	خطا	۲۶۱۲۳	۳۲				
کل							
همبستگی دونفری	عامل گروه	۱۱۰/۳۴	۱	۱۱۰/۳۴	۶۸/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	پیش	۴۰/۷۶	۱	۴۰/۷۶	۲۵/۳۶	۰/۰۰۱	
	آزمون	۴۶/۶۱	۲۹	۱/۶۰			
	خطا	۶۵۲۸	۳۲				
کل							
توافق دونفری	عامل گروه	۲۵۲/۷۴	۱	۲۵۲/۷۴	۳۲/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	پیش	۱۸۵۳/۳۳	۱	۱۸۵۳/۳۳	۲۴۱/۳۸	۰/۰۰۱	
	آزمون	۲۲۲/۶۶	۲۹	۷/۶۷			
	خطا	۱۱۵۲۱۴	۳۲				
کل							
ابراز محبت	عامل گروه	۹۰/۳۳	۱	۹۰/۳۳	۴۸/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	پیش	۵۷/۲۹	۱	۵۷/۲۹	۳۰/۶۸	۰/۰۰۱	
	آزمون	۵۴/۱۴	۲۹	۱/۸۶			
	خطا	۴۲۵۹	۳۲				
کل							

نتایج تحلیل کوواریانس جدول (۳) نشان می‌دهد که اثر متغیر مستقل پس از حذف اثر پیش‌آزمون معنادار است. به عبارت دیگر نتایج نشان می‌دهد که شناخت درمانی بر افزایش سطح سازگاری زناشویی و ابعاد آن زوجین تأثیر معنادار گذاشته است.

### نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، اثربخشی زوج درمانی شناختی بر افزایش سطح سازگاری زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اسلامشهر - مورد بررسی قرار گرفت. فرضیه اصلی پژوهش این بود که زوج درمانی شناختی در افزایش سطح سازگاری زناشویی زوجین تأثیر معنادار دارد. نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس یکراهه جدول (۳)، نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات کلی سازگاری زناشویی گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون معنادار بوده است ( $F=81/01$ ,  $P<0/05$ ). نتایج مشابه در خصوص ابعاد سازگاری زناشویی نیز نشان داد که تفاوت میانگین بین نمرات رضایت زناشویی ( $F=39/27$ ,  $P<0/05$ )، همبستگی دونفری ( $F=68/65$ ,  $P<0/05$ )، توافق دونفری ( $F=32/91$ ,  $P<0/05$ ) و ابراز محبت ( $F=48/38$ ,  $P<0/05$ ) گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون معنادار بوده است. در نتیجه فرضیه‌ی اصلی پژوهش مبنی بر اثربخشی زوج درمانی در افزایش سطح سازگاری زناشویی و نیز ابعاد آن مورد تأیید قرار گرفت. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های نظری، محمدخانی، و دولت‌شاهی (۱۳۹۰)، نجارپوریان، فاتحی‌زاده، عابدی (۱۳۹۰)، رجبی، کسمایی، و جباری (۱۳۹۰)، ابراهام و همکاران (۱۹۹۳)، نقل از بهرامی، (۱۳۸۴)، بائوکوم و همکاران (۱۹۹۸)، و داتلیو و اپشتین (۲۰۰۵) مبنی بر اثربخشی زوج درمانی شناختی بر افزایش سازگاری و رضایت زناشویی همسو می‌باشد.

در تبیین مکانیزم تغییر این رویکرد در بافت‌های ارتباطی و زناشویی می‌توان به گونه‌سناسی شناخت‌هایی اشاره کرد که در جریان ناسازگاری زناشویی سربرمی‌آورند و بائوکوم و

همکاران (۱۹۸۹؛ به نقل از داتیلیو، ۲۰۱۰) در بررسی‌های خود آن‌ها را فهرست نموده‌اند: توجه‌گزینشی (مانند: تمرکز یافتن بر حرف‌ها و نادیده گرفتن اعمال همسر)، اسنادها (مانند این نتیجه‌گیری که همسر از پاسخ دادن به یک سؤال درمانده است، چون قصد کنترل رابطه را دارد)، توقعات (مانند این انتظار که ابراز کردن احساسات به خشمگین شدن طرف مقابل می‌انجامد)، مفروضات (مانند این فرض که مردها به دلبستگی عاطفی نیازی ندارند)، و استانداردها (مانند این که هیچ مرزی نباید بین زن و شوهر باشد و باید تمام افکار و هیجانات تبادل شوند). تحقیقات نشان داده است که زوجین ناسازگار به احتمال بیشتری رفتارهای منفی را به صورت گزینشی ردیابی می‌کنند (جاکوبسن، والدرون، و مور<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰)، اسنادهایی منفی نسبت به این رفتارها دارند (فینچام، برادبری، و اسکات<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰)، و رفتارهای منفی را با رفتار منفی متقابل پاسخ می‌دهند (گاتمن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). این وضعیت چرخه‌ای از ناسازگاری را بین زوجین ایجاد می‌کند که «پایمالی عاطفه» نامیده می‌شود و خود باعث افزایش رفتار منفی و رشد توقعات یا پیش‌بینی‌های بدبینانه می‌شود (بائوکوم و اپشتاین، ۱۹۹۰).

درمان شناختی به زوجین کمک می‌کند تا مشاهده‌گرانی فعال‌تر باشند و شناخت‌های خویش را ارزشیابی کنند، تعاملات رفتاری منفی خود را اصلاح نمایند تا شناخت‌ها و هیجانات مثبت‌تری را درباره یکدیگر بیورانند و بدین وسیله فضای رضایت‌بخش‌تری را درون رابطه زناشویی خلق نمایند (اپشتاین و بائوکوم، ۲۰۰۲). بنابراین، درمانی شناختی قائل به یک ویژگی سیستمی است که در آن، اثرات متقابل شناخت‌ها، رفتارها، و هیجانات مورد ارزیابی قرار گرفته و برای تغییر یا بهبود کیفیت رابطه مورد هدف قرار می‌گیرند.

به اعتقاد بائوکوم و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از خجسته‌مهر، کرابی، و رجبی، (۱۳۸۸) فعالیت اسنادی هنگامی که رفتار طرف مقابل (همسر) مهم و خصمانه جلوه کند بیشتر فراخوانی می‌شود. اسناد در رابطه زناشویی نقش مهمی ایفا می‌کند. اگر زوجی از یک حادثه منفی،

1. Jacobson, Waldron, & Moore  
2. Fincham, Bradbury, & Scott  
3. Gottman



توجه مثبت داشته باشد، به احساس بهتر او نسبت به شریک خود کمک می‌کند. بنابراین می‌توان اظهار کرد که همسرانی که درباره مسئولیت اعمال شریک خود تگرش‌های بهتری دارند، روابط رضایت‌بخش‌تری دارند.

این اسنادها با طرح‌واره‌های پایداری در ارتباط هستند که افراد از تجارب ارتباطی گذشته خود بوجود می‌آورند، اما از آنها برای درک حوادث ارتباطی کنونی استفاده می‌کنند (بائوکوم، اپشتین، و کیری،<sup>۱</sup> ۲۰۱۰). پرداختن به این طرح‌واره‌های منفی یکی از مؤلفه‌های اصلی در درمان شناختی است، و همان‌گونه که پیشتر نیز عنوان شد، افکار خودکار منفی، طرح‌واره‌های منفی و تحریف‌های شناختی ریشه آشفتگی‌های هیجانی افراد هستند.

در رویکرد شناختی جهت شناسایی شناخت‌های معیوب و ناسازگارانه و اصلاح آنها از فنون درمانی نظیر گفتگوی سقراطی با تجربه‌گری مشترک، ثبت فکر، عدم فاجعه‌سازی، انتساب‌زدایی، تمرکززدایی کردن، باز تعبیر کردن، انگارکه، تعریف واژه‌ها و مبارزه با تفکر دو مقوله‌ای استفاده می‌شود (زهراکار، ۱۳۸۷). بنابراین انتظار می‌رود زمانی که زوجین طرح‌واره‌هایی مثبت نسبت به رابطه زناشویی خویش به وجود می‌آورند، شناخت‌های معیوب خویش را از طریق فنون شناختی فوق‌الذکر اصلاح نمایند، و افکار مزاحم خود را شناسایی و کنترل می‌کنند، سازگاری زناشویی آنها نیز ارتقاء یابد. چرا که زن و شوهر در یک رابطه سالم، عموماً یکدیگر را به شیوه‌های مثبت ادراک می‌کنند و از طریق همکاری کردن در تعاملات و حل مشکلات به شیوه‌ای مؤثر، صمیمیت را تداوم می‌بخشند، در فعالیت‌های لذت‌بخش مشترک درگیر می‌شوند، و رفتارهای مثبت یکدیگر پاسخ مثبت می‌دهند (اپشتین و بائوکوم، ۲۰۰۲)، که این خود اساس سازگاری زناشویی را در میان زوجین بنا می‌سازد. به بیان دیگر، با تقویت رابطه از طریق اصلاح طرح‌واره‌ها و شناخت‌های معیوب، توانایی سازگاری زوجین با منابع استرس-زای رابطه افزایش می‌یابد.

به طور خلاصه با توجه به نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که زوج درمانی شناختی می‌تواند به طور اثربخش برای افزایش سازگاری و رضایت زناشویی مورد استفاده قرار بگیرد. شایان ذکر است که این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله آن می‌توان به نبود پیگیری در آن اشاره داشت. هم چنین پیشنهاد می‌شود تا علاوه بر کاربست زوج درمانی شناختی، آموزش شناختی نیز با هدف پیشگیری از مشکلات زناشویی در دستور کار پژوهشگران و درمانگران قرار گیرد.

### سپاس و قدردانی

بدین وسیله از تمامی دانشجویانی که در این پژوهش شرکت داشتند و تمامی دست‌اندرکارانی که تسهیلات لازم را جهت اجرای این پژوهش فراهم ساختن تقدیر و تشکر می‌شود.

### منابع فارسی

- امانی، رزیتا، و مجذوبی، محمدرضا (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار، شناختی - رفتاری و شناختی-رفتاری -هیجانی بر سیر تغییر رضایتمندی زناشویی زوجین و افسردگی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۲): ۴۸۵-۴۹۹.
- بهرامی، بدری‌السادات (۱۳۸۴). مقایسه اثربخشی دو شیوه روان‌درمانی گروهی با روش‌های تحلیل روانی و شناختی بر روی ناسازگاری زوجین. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۱۴(۴)، ۶۷-۴۵.
- ثنایی، باقر و همکاران (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- حمید، نجمه، بشلیده، حمید، عیدی بایگی، مجید، و دهقانی زاده، زهرا (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۱): ۵۴-۶۴.
- خجسته مهر، رضا، کرابی، امین، و رجیبی، غلامرضا (۱۳۸۹). بررسی یک مدل پیشنهادی برای پیشایندها و پیامدهای گذشت در ازدواج. پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۶(۱)، ۱۸۷-۱۵۸.

- دلاور (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی چویش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.
- رجبی، غلامرضا، امان الهی، عباس، خجسته مهر، رضا، حسینی، محمد علی، و عطاری، یوسفعلی (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و دارو درمانی در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اهواز. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۲(۴): ۴۳۵-۴۵۴.
- رجبی، غلامرضا، کارجوکسمایی، سونا، جباری، حوا (۱۳۹۰). تأثیر شناختی درمانی در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی. مجله روان‌شناسی بالینی، ۲(۴)، ۹-۱۶.
- زهراکار، کیانوش (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر افزایش سازگاری زناشویی. پژوهش‌های مشاوره، ۴۰(۱۰)، ۷۲-۵۸.
- زهراکار، کیانوش (۱۳۸۳). بررسی رابطه ابعاد مختلف سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی استان لرستان. تحقیق چاپ نشده، پژوهشکده تعلیم و تربیت استان لرستان.
- زهراکار، کیانوش (۱۳۸۴). بررسی رابطه جنبه‌های مختلف عملکرد خانواده و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی استان لرستان. تحقیق چاپ نشده، پژوهشکده تعلیم و تربیت استان لرستان.
- زهراکار، کیانوش (۱۳۸۷). مشاوره استرس: پیشایندها، پیامدها و راهبردهای درمانی استرس. تهران: بال.
- قاسمی، سیمین، اعتمادی، عذرا، و احمدی، احمد (۱۳۹۱). بررسی تأثیر گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر احساسات منفی زنان نسبت به خانواده همسر و رضایتمندی زناشویی. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳(۲): ۴۳۹-۴۶۷.
- نجارپوریان، سمانه، فاتحی‌زاده، مریم، و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی شناخت درمانی معنوی بر سازگاری زناشویی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۲(۶)، ۹۱-۱۰۵.
- نظری، وکیل، محمدخانی، پروانه، و دولت‌شاهی، بهروز (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری غنی شده و زوج درمانی تلفیقی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۶(۲۲)، ۱۴۹-۱۷۵.

نیسی، عبدالکاسم، کرمعلیان، حسن، و همایی، رضا (۱۳۹۱). بررسی تاثیر آموزش مداخله‌ای گروهی شناختی رفتاری مذهبی بر سلامت روانی زوجهای نابارور شهر اصفهان. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۲): ۱۵۱-۱۶۲.

منابع لاتین

Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). Cognitive- Behavioral marital therapy. New York: Brunner/Mazel.

Baucom, D. H., Epstein, N., & Kirby, J. S. (2010). Cognitive-B behavioral Couple Therapy. In Keith S. Dobson (Ed). Handbook of cognitive therapies (3th ed., pp. 411-444).

Baucom, D. M., Shoma, V., Mueser, K. T., Dauto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult Mental Health Problem, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66:53-88.

Beck, A. T (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: New American Library.

Beck, R. & Fernandz, E. (1998). Cognitive-behavior therapy in the treatment of anger: *Ameta-analysis, cognitive therapy and research*, 22, 63-74.

Black, J. S., & Stephens, G. K. (1989). The influence of the spouse on American expatriate adjustment in overseas assignments. *Journal of Management*, 15, 529-544.

Clark, D. M., & Ehlers, A. (1993). An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder. *Applied and preventive psychology*, 2, 131-139

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, Applied relaxation and imp amine in treatment to panic disorder. *The British Journal of psychiatry*, 164, 759-769.

Clayton, R. (1978). The family, marriage and social change. Toronto: Heath and Co.

Corey, G. (2005). Theory and practice of counseling and psychotherapy. Pacific Grove: Brooks / cole.

Dattilio, F. M. & Epstein N.B. (2005). Introduction to the Special Section: The Role of Cognitive Behavioral Interventions in Couple and Family Therapy, *Journal Marital and Family Therapy*, 31 (10), 7-14.

Dattilio, F. M. (1993). Cognitive techniques with couples and families. *The Family Journal*, 1(1), 51-65.

Dattilio, F. M. (2005b). Restructuring family schemas: A cognitive-behavioral perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 15-30.

Dattilio, F. M. (2010). Cognitive-behavioral therapy with couples and families: a comprehensive guide. New York: Guilford Press.

Dimkapa, I.D. (2010). Martial adjustment roles of couples practicing child adoption. *European journal of social sciences*, 13(2), 194-200.

- Epstein, N., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fincham, F. D., Bradbury, T. N., & Scott, C. K. (1990). Cognition in marriage. In F. D. Fincham & T. N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Basic issues and applications* (118–149). New York: Guilford Press.
- Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. New Jersey: Johan Wiley & sons.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jacobson, N. S., Waldron, H., & Moore, D. (1980). Toward a behavioral profile of marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(6), 696–703.
- Joshi, S. & Thingujam, N.S. (2009). Perceived emotional intelligence and marital adjustment: examining the mediating role of personality and social desirability. *Journal of Indian academy of applied psychology*, 35(1), 79-86.
- Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., Sham, P. (2005). Outcome of a two-year follow-up of cognitive therapy of relapse prevention in bipolar disorder. *American journal of psychiatry*. 162(2), 324-329.
- Lam, D.H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G., & Sham, P. (2003) A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Archives of general psychiatry*, 60(2), 145-152.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C., (2003). *Family Therapy: Concepts and Methods*, Boston, MA, Allyn and Bacon.
- Obasa, J. (1990). *Work commitment, marriage role expectations and marital adjustment of married men and woman in Kwara state*. Unpublished Ph. D thesis, university of ILorin, Nigeria.
- Prochaska, J. O & Norcross, J. C. (2007). *Systems of psychotherapy: A trans theoretical analysis*. Belmont: Thomson & Brooks / cole.
- Pruchno, R. M; Wilson – Genderson, F. P & Cartwright, R. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease. *Journal of family psychology*, 23(4), 573-584.
- Sharf, R. S. (2000). *Theories of psychotherapy and counseling: concept and cases*. Pacific Grove: Brooks / cole.
- Shi, L (2001). *Hamong students personal adjustment in American culture*. Unpublished master's thesis, The graduate school university of Wisconsin-stout.
- Teasdale, J. D. & Fennell, M, J. V (1982). Immediate effects on depression of cognitive therapy interventions. *Cognitive therapy and research*, 6(3), 343-352.
- Thomas, E. J. (1977). *Marital communication and decision making*. New York: Free press.