**موضوع: بررسی اثربخشی آموزش cbt به شیوه داتیلیو بر دلزدگی زناشویی و سبک های حل تعارض زنان متاهل.**

**The effectiveness of Cognitive behavior therapy techniques dattilio to Couple Burnout and conflict resolution styles of married women**

**بیان مساله:**

زمانی که افراد پا به عرصه زندگی زناشویی می گذارند با انتظارات و توقعات خاصی، که از پیش در ذهن خود داشته اند، وارد این رابطه می گردند؛ اما زمانی که متوجه می شوند واقعیت چیزی دیگر است به تدریج دچار نوعی احساس سرخوردگی و دلخوری و در نهایت دلزدگی از رابطه زناشویی خود می شود. دلزدگی، فرسودگی و از پا افتادگی جسمی، عاطفی و روانی است که ناشی از عدم تناسب بین انتظارات و واقعیت است. این پدیده امری تدریجی است و به ندرت اتفاق می افتد. در حقیقت، عشق و صمیمیت به تدریج تحلیل می رود و همراه با آن فرسودگی کلی به وجود می آید. در بدترین حالت، دلزدگی منجر به قطع شدن و شکستن رابطه زناشویی می شود (پاینز[[1]](#footnote-1)، 2002). فرسودگی جسمی ناشی از دلزدگی به صورت خستگی، ملامت، سردرد های مزمن و ناراحتی معده، کمبود میل (شهوت) و پرخوری همراه است و فرسودگی عاطفی شامل دلخوری، بی میلی برای حل مشکلات و احساس غم و دلتنگی، ناامیدی، احساس بی معنایی، افسردگی، تنهایی، کمبود انگیزه و در دام افتادگی و اختلالات هیجانی و گاهی در صورت دلزدگی به وجود آمدن افکار خودکشی در فرد دلزده می باشد و فرسودگی روانی علائمی چون کاهش اعتماد به نفس (خود باوری)، نظر منفی درباره همسر، ناامیدی و نارضایتی از خود و کمبود دوست داشتن خود را به همراه دارد (پاینز، 1996؛ ترجمه گوهری راد و افشار، 1383). انباشته شدن فشارهای روانی تضعیف کننده عشق، افزایش تدریجی خستگی و یکنواختی و جمع شدن رنجش های کوچک به بروز فرسودگی کمک می کند (برک، ویر و دورز، 2007؛ به نقل از یوسفی و باقری، 1390).

یکی دیگر عواملی که می تواند سازگاری زناشویی را تحت تاثیر قرار دهد وجود تعارض بین زوجین است (کودمیر و همکاران، 2008 ؛ به نقل از حسینی نسب و همکاران، 1388). البته مهم تر از وجود تعارض، شیوه های حل تعارض زن و شوهر است که عامل تضاد یا تداوم زندگی زناشویی است. چنانچه تحقیق آبراهام و براین (2000) نشان می دهد، سبک مدیریت تعارض مشارکتی با هر دو رضایت زناشویی و رضایت از همسر همبستگی ثبت بالایی دارد. هر زمانی که یکی یا هر دو همسر از سبک مدیریت تعارض رقابتی استفاده می کردند، سطح پایین رضایت زناشویی گزارش می کردند.

عدم توافق در هر رابطه زناشویی طبیعی است. پژوهش ها نشان داده اند که اگر زوج ها بتوانند به شیوه مثبتی تعارضات را مدیریت کنند و توانایی حل آن را داشته باشند، وجود تعارض فراوان آسیب زا نیست (سیفرتز[[2]](#footnote-2) و شوارتز[[3]](#footnote-3)، 2010). وجود تعارض در روابط انسان ها به ویژه زوج ها امری شایع است (شفیعی نیا، 1381). تعارض زمانی به وجود می آید که زوج ها به دلیل همکاری و تصمیمات مشترکی که می گیرند، درجات مختلفی از استقلال و همبستگی را نشان دهند. این تفاوت ها را می توان روی یک پیوستار از تعارض خفیف تا تعارض کامل طبقه بندی کرد (یانگ[[4]](#footnote-4) و لانگ[[5]](#footnote-5)، 1998). گلاسر[[6]](#footnote-6) (2000) تعارض زناشویی را ناشی از ناهماهنگی زن و وشوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خود محوری، اختلاف در خواسته ها، طرحواره های رفتاری و رفتار غیر مسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج می دانند (شارف[[7]](#footnote-7)، 1996؛ گلاسر، 2000).

با افزایش تعارض در ارتباط های زوجی، ناسازگاری افزاش می یابد و نارضایتی بیشتری حاصل می شود و همین مشکلات از مقدمات طلاق و جدایی محسوب می شود (یانگ و لانگ، 1998). این مشکلات پیامدهایی مثل اختلالات اضطرابی (داس[[8]](#footnote-8)، سیمپسون[[9]](#footnote-9) و کریستنس[[10]](#footnote-10)، 2004)، افسردگی (کوین[[11]](#footnote-11)، تامپسون[[12]](#footnote-12) و پالمر[[13]](#footnote-13)، 2002)، ناسازگاری و پرخاشگری کودکان و نوجوانان (جرارد[[14]](#footnote-14) و بوهلر[[15]](#footnote-15)، 2003)، اختلالات قلبی(سالز[[16]](#footnote-16) و بوند[[17]](#footnote-17)، 2005) را در بر دارند. از سوی دیگر محققان نشان داده اند که تاثیرات منفی تعارض (خشم، نفرت، ناراحتی و ترس) در تعاملات زوجین، با میزان خشونت و درگیری مرتبط است (بوک وال[[18]](#footnote-18) ، سوبین[[19]](#footnote-19) و زدانیوک[[20]](#footnote-20)، 2005). این ارتباطات مخرب یا تعاملات منفی بین زوجین منجر به کاهش رضایت در رابطه و افزایش احتمال طلاق می شوند (آماتو[[21]](#footnote-21)، هاهمن-ماریوت[[22]](#footnote-22)، 2007).

دلیل مراجعه همسران برای درمان اغلب تعارض است. ویژگی بارز چنین همسرانی آن است که وقتی طرف مقابلشان رفتاری نشان می دهد، آنها شروع به ذهن خوانی می کنند. وقتی درمانگر با چنین زوج هایی صحبت می کند، روشن می شود که زوج ها میزانی از تعارض را تجربه می کنند. تعارض مقداری از انرژی رابطه شان را می گیرد. در این موقع ممکن است لازم باشد، زوج ها یاد می گیرند تا به جای اینکه ذهن همدیگر را بخوانند، چیزهایی را در بیرون با یکدیگر وارسی کنند (پترسون[[23]](#footnote-23)، 2002).

با توجه به این که عمده مشکلات زوج ها به توجه به تحقیقات و مطالعات اخیر به نوع شناخت و تفکر افرد، در روابط، بر می گردد، خانواده درمانگران رفتاری و شناختی – رفتاری اعتقاد دارند که افرد تحت تاثیر محیط خود هستند، الگوهای رفتاری آموختنی است، بنابراین رفتارهای با کارکرد بد را می توان با رفتارهای سازگارانه جابه جا کرد (داتیلیو و اپستاین، 2005).

رویکرد شناختی-رفتاری بر تبادل تعامل میان زوجین یا اعضای خانواده، با تاکید خاص بر ماهیت روابط متعامل انتظار ها، باورها و اسنادها تمرکز دارد (داتیلیو[[24]](#footnote-24)، 2005). بنابراین در این رویکرد تاثیر متقابل و چند وجهی تعاملها بررسی می شود و از تکنیک چارچوب بندی مجدد برای تسهیل تغییر در حالت ادراکی رویدادها و رفتارها استفاده می شود و یا از تکنیک«ردگیری رفتار» استفاده می شود. درمانگران شناختی-رفتاری تلاش می کنند تا مسئله را با تمرکز بر موانع تغییر یا از طریق اصلاح سیستم های باور فرد از اعضای خانواده یا در مورد فردیت شان یا اصلاح نقایص مهارت هاش مشارکت جویانه به هنگام تغییر کردن بررسی کنند(داتیلیو، 2005).

رویکرد شناختی-رفتاری منحصر به فرد بر حالتی متمرکز است که در آن ساختاربندی مجدد باورها هسته ای اهمیت دارد(یانگ[[25]](#footnote-25) و همکاران، 2003). بنای اصلی رویکرد شناختی-رفتاری، تمرکز بر افکار و ادراک ها و تاثیر آنها روی هیجان و رفتار است(داتیلیو، 2005). الگوهای شناختی-رفتاری بر پاسخ های هیجانی و رفتاری افراد نسبت به رویدادهای زندگی تاکید دارد که به واسطه تفسیرهای وابسته به طرز فکر آنها میانجی گری می شوند. این تفسیرها می توانند تحریف شده یا نامتناسب باشند(باکوم[[26]](#footnote-26) و همکاران، 2010؛ به نقل از آگاه و همکاران، 1393).

در مطالعات موردی زوج و خانواده درمانی داتیلیو (1998) راهبردهای شناختی-رفتاری با بیش از 16 روش درمانی زوج و خانواده درمانی ترکیب شده اند. مروری بر این مطالعات نشان می دهد که CBT ترکیبی، به میزان درمان رفتاری موثر بوده اند(داتیلیو و بیرشک، 1385).

در این پژوهش، محقق با اجرای آموزش CBT به شیوه داتیلیو در بین افراد دارای دلزدگی زناشویی و سبک های ناکارآمد حل تعارض را به کار می برند به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش CBT به شیوه داتیلیو بر دلزدگی زناشویی و سبک های حل تعارض زنان متاهل موثر است؟

**اهمیت و ضرورت:**

با توجه به این که اساسی ترین نهاد اجتماعی خانواده است و ایجاد و شکل گیری شخصیتی سالم در افراد، تنها درون خانواده ای گرم و صمیمی میسر می شود، خانواده باید فراهم کننده محیطی امن، یکپارچه و به دور از تنش باشد. سازمان بهداشت جهانی خانواده را به عنوان عامل اولیه اجتماعی در افزایش سلامت و بهزیستی اعضا معرفی کرده است (کمپل، 2003؛ به نقل از شادابی، 1390)، لذا وجود افسردگی و پریشانی در هر یک از افراد خانواده باعث ایجاد ناهماهنگی در بین اعضا و سیستم کلی خانواده می شود که خود منجر به بروز مشکلات اجتماعی خواهد شد. لذا وجود سلامت روان هر یک از اعضای خانواده بسیار با اهمیت می نماید، به خصوص بهداشت روانی زن و شوهر که بر سایر اعضای خانواده بسیار تاثیر گذار است، باید مورد توجه متخصصان قرار گیرد. زیرا وجود هر گونه ناراحتی در زوجین مانع از صمیمیت بین آنها می شود و زوج ها مشکلات شدید و فراگیری را در هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه و ارضای نیازهای عاطفی و روانی یکدیگر تجربه می کنند. در نهایت وجود این گونه مشکلات منجر به طلاق خواهد شد که مشکلات فراوانی را برای فرزندان خانواده نیز ایجاد می کند.

جدیدترین آمارها نشان می دهد که میزان طلاق در غرب به ویژه آمریکا رو به افزایش است. به گونه ای که در این کشورها 40 تا 50% ازدواج ها به طلاق ختم می شود (انجمن روان شناسی آمریکا، 2013؛ ترجمه سید محمدی، 1393). بعد از طلاق نیز حدود 5/65% از زنان و 70% مردان مجدد ازدواج کرده و حدود 50% از افرادی که برای بار دوم ازدواج کرده اند، دوباره طلاق می گیرند (گاتمن[[27]](#footnote-27)، 1994). در ایران نیز آمارها سیر صعودی طلاق را نشان می دهد. چرا که نرخ طلاق در 4 ماه نخست 1391 نسبت به مدت مشابه سال 1390 رشد 10درصدی داشته است. در حالی که نرخ رشد ازدواج 3% افزایش یافته و نرخ رشد طلاق 3 برابر نرخ رشد ازدواج بوده است (مرکز آمار ثبت احوال، 1391؛ به نقل از عبادت پور و همکاران، 1392). سیر صعوی آمار طلاق و وجود تعارضات و آشفتگی های روابط زوجین، انگیزه ی محققان برای یافتن عوامل کوثر و راهکارهای مناسب جهت مقابله با این فروپاشی رابطه افزایش داده است.

در زمینه ضرورت پژوهش حاضر باید به تاثیرات مخرب تعارضات زناشویی اشاره کرد به طوری که تحقیقات نشان داده است تعارضات زناشویی تاثیرات زیان باری بر سلامت جسم، روان و خانواده دارد (فینچام[[28]](#footnote-28) و بیچ[[29]](#footnote-29)، 1999، فینچام، 2003). همچنین تعارضات زناشویی با پیامدهای مهم در خانواده همانند فرزندپروری ناکارآمد، سازگاری ضعیف فرزندان، افزایش احتمال تعارضات والد-فرزندی مرتبط است (گریش[[30]](#footnote-30) و فینچام، 2001). طلاق، شایع ترین تاثیر مخرب تعارض است و آمار بالای طلاق در کشورهای غربی گواه آن است. به طوری که شیوع آن به بیش از 50 درصد می رسد (ویکس[[31]](#footnote-31) و تریت[[32]](#footnote-32)، 2001)؛ یعنی از هر دو زوج که برای اولین بار ازدواج می کنند، یک زوج طلاق می گیرد که از مهم ترین عوامل آن ناتوانی در حل تعارض های زناشویی است. میزان طلاق در کشور ایران براساس آمارهای موجود در سالهای مختلف بین 11 تا 16 درصد در حال نوسان است و در کل حاکی از افزایش آن است (فرحبخش و همکاران، 1383).

بنابراین نارضایتی زن و شوهر از یکدیگر و از هم گسیختگی کانون گرم خانواده ها و تاثیر سوء این جدایی بر افراد آن، نیاز به رسیدگی و رفع این مشکل را مطرح می کند. این مساله موجب شکل گیری الگوهای درمانی متعددی شده است. هدف کلی این درمان ها، نوعی خدمات روان شناختی برای زوج هاست که به شناسایی موانع و مشکلات میان فردی می پردازد و شیوه مناسب حل مساله و الگوی رفتاری مناسب را آموزش می دهد؛ به طوری که به شکل گیری روابط سازنده منجر می شود و احساس رضایت از زندگی مشترک را افزایش می دهد(نصر اصفهانی، اعتمادی و شفیع آبادی، 1392).

با توجه به موارد بالا، ضرورت انجام این پژوهش به منظور کاهش دلزدگی زناشویی و بهبود سبک های حل تعارض بیشتر احساس شده است. البته، در این راستا دیدگاه های مختلفی با ارائه الگوی درمانی پرداخته اند. اما، با بررسی های انجام شده در ایران، هیچ تحقیقی به طور مستقیم اثربخشی آموزش CBT به شیوه داتیلیو را بر دلزدگی و سبک های حل تعارض زوجین نشان نداده است. لذا، بررسی اثر بخشی این روش بر بهبود دلزدگی و تعارضات زوجین ضرورت پیدا کرد. نتایج حاصل از این پژوهش، ضمن ایجاد چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان درمانگران خصوصا خانواده درمانگران، می تواند راهنمای کاربردی و تجربی مطلوبی برای ایجاد و برقراری روابط مکمل اعضای خانواده، حل مسائل، گسترش همدلی و صمیمیت و متعاقب این ها کاهش تعارضات زناشویی فراهم آورد. به علاوه، نتایج پژوهش می تواند مبنای نظری و عملی مناسبی برای کاهش مشکلات زناشویی، بهبود الگوهای ارتباطی، آموزش های قبل و بعد ازدواج به منظور پیشگیری از تعارضات زناشویی در موسسات مختلف آموزشی و درمانی از قبیل مشاوره در دانشگاه ها، بهزیستی، کلنیک ها و شورای حل اختلاف خانواده و غیره قرار گیرد. لذا بررسی و تحقیق در زمینه ی اثر بخشی این روش درمانی در بهبود دلزدگی و سبک های حل تعارضات زوجین ضرورت پیدا نمود.

**پیشینه:**

**پژوهش های داخلی**

پیرفلک، سودانی، شفیع آبادی (1393) پژوهشی با هدف بررسی اثر بخشی زوج درمانی گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان ایذه انجام دادند. روش پژوهش نیمه تجربی و از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بوده است. جامعه پژوهش شامل کلیه زوجینی که به دلیل مشکلات زناشویی به یکی از 8 مرکز مشاوره شهرستان ایذه مراجعه کرده بودند که از میان آنها تعداد 30 زوج که در آزمون دلزدگی یک انحراف معیار پایین تر از میانگین کسب نموده بودند، انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جایابی شدند. گروه آزمایش در 8 جلسه زوج درمانی گروهی شناختی-رفتاری به صورت یک جلسه 90 دقیقه ای در هر هفته شرکت داده شدند اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت ننمودند. بعد از یک هفته از پایان مداخله از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون به عمل آمد و پس از گذشت یک ماه نیز آزمون پیگیری اجرا گردید. نتایج پژوهش نشان داد که روشCBCT می توان برای کاهش دلزدگی زناشویی زوجین و مولفه های آن و در نهایت استحکام خانواده استفاده کرد.

آگاه و همکاران(1393) در پژوهشی به بررسي اثربخشي گروه درمانگري شناختي- رفتاري، بر افزايش رضامندي زناشويي زنان داراي تعارض زناشويي مي‌پردازند. بدين منظور، با استفاده از طرح پژوهش نيمه‌آزمايشي و کاربرد روش نمونه‌گيري در دسترس از ميان زنان داوطلب 30 زن با تعارض زناشويي در دو گروه جايگزين شدند. آزمودني‌هاي دو گروه قبل و بعد از ارائه مداخله به گويه‌هاي پرسش‌نامه‌هاي تعارض زناشويي و رضامندي زناشويي (با مقياس اسلامي) پاسخ دادند. داده‌ها به وسيله آزمون تحليل کوواريانس يک راهه و چندراهه تحليل شدند. يافته‌ها نشان داد که گروه‌درمانگري شناختي- رفتاري موجب کاهش تعارض زناشويي و افزايش رضامندي زناشويي و مؤلفه‌هاي آن شده است (05/0p<) .بنابراين گروه‌ درمانگري شناختي– رفتاري، در کنار آموزه‌هاي مذهبي با اصلاح شناخت با استفاده از فنون خاص، بدکارکردي رفتار و هيجان منفي را تعديل کرده و به باز ارزشيابي منطق تفکر و درک دغدغه‌هاي ارتباط کمک مي‌کند و از اين طريق به بهبود سازه‌هاي هدف مي‌انجامد.

[فتوحي بناب،](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=110642) حسيني نسب، و [هاشمي نصرت آباد،](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=47104)  (1390) پژوهشی با هدف تعيين اثربخشي زوج درمانگري شناختي - رفتاري، اسلامي و تحليل رفتار متقابل بر خودشناسي زوج هاي ناسازگار بود. طرح اين پژوهش از نوع نيمه تجربي با پيش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود. آزمودني هاي اين پژوهش شامل 90 زوج (180 نفر) به عنوان گروه آزمايشي و 30 زوج (60 نفر) به عنوان گروه کنترل بودند که به صورت تصادفي از ميان زوج هاي ناسازگار مراجعه کننده به دادگاه خانواده يا مراکز و کلينيک هاي مشاوره شهر تبريز انتخاب شدند. گروه آزمايشي به مدت 12-10 جلسه تحت زوج درماني شناختي - رفتاري، اسلامي و تحليل رفتار متقابل قرار گرفتند. نتايج پژوهش با استفاده از روش تحليل کوواريانس نشان داد که آموزش رويکردهاي زوج درماني شناختي - رفتاري، اسلامي و تحليل رفتار متقابل خودشناسي زوج هاي ناسازگار را افزايش مي دهند و در اين راستا زوج درمانگري اسلامي نسبت به زوج درمانگري شناختي - رفتاري و تحليل رفتار متقابل اثربخش تر است.

[نظري،](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=124611)  محمدخاني، دولتشاهي، (1390) پژوهشی با هدف اثربخشي مقایسه دو شيوه زوج درماني (زوج درماني تلفيقي - رفتاري و زوج درماني شناختي رفتاري غني شده) با روش تک موردي بررسي و با يکديگر انجام دادند. هشت زوج که داراي آشفتگي زوجي بودند بر اساس نمونه در دسترس انتخاب و بعد از همتاسازي 4 زوج در هر گروه جاي گرفتند. روش ها به صورت انفرادي انجام شد. مجموعا 16 جلسه درماني در هر گروه برگزار شد. پس از تعيين خط پايه در جلسه اول، در جلسات چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم، آزمودني ها به مقياس سازگاري دو نفري (DAS) پاسخ دادند. تحليل نتايج به شيوه ترسيم نمودار، تحليل چشمي و معناداري باليني نشان داد که هر دو شيوه درماني در افزايش رضايت زناشويي موثر بود، اگرچه زوج درماني تلفيقي رفتاري، موثرتر از زوج درماني شناختي - رفتاري است. تفاوتي در اثربخشي دو درمان براي زنان و مردان مشاهده نشد و در دو ماه پيگيري نتيجه درمان حفظ شد.

اعتمادی، نوابی نژاد، احمدی، فرزاد، (1385) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر صمیمیت زوجین صورت دادند. روش تحقیق نیمه تجربی بود و از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه ی آماری شامل زوجینی بود که به دلیل مشکلات زناشویی به یکی از مراکز مشاوره ای شهر اصفهان مراجعه کرده بودند و نمونه ی آماری شامل 32 زن و شوهر بود که با روش نمونه گیری تصادفی منظم انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و ابزار اندازه گیری، مقیاس صمیمیت زناشویی و پرسشنامه ی بررسی نیازهای صمیمیت بود. گروه آزمایش در 10 جلسه زوج درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری شرکت کردند و یافته های تحقیق با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحقیق نشان داد که کاربرد تکنیک های مبتنی بر نظریه ی شناختی-رفتاری میزان صمیمیت و صمیمیت عاطفی و جنسی زوجین را افزایش داده است.

**پژوهش های خارجی**

مامی، روحنده و ناصری (2015) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت از زندگی در دانشجویان دختر متاهل در شهرستان ایلام انجام دادند. در میان است که 40 مورد به صورت تصادفی انتخاب شدند. و به صورت تصادفی به دو گروه تجربی و کنترل تقسیم شدند گروه تجربی در 10 جلسه زوج درمانی شناختی رفتاری شرکت نمودند. از هر دو گروه پیش آزمون و پس آزمون گرفته شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه صمیمیت زناشویی و مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) جمع آوری شدند. نتایج نشان می دهد که درمان شناختی-رفتاری بر صمیمت زوجها و رضایت از زندگی موثر است.

مونسون[[33]](#footnote-33) و همکاران (2012) پژوهشی با هدف بررسی اثر بخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر افراد مبتلا به اختلالPTSD انجام دادند. برای این منظور 20 زوج (40 نفر)را به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین کردند. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که زوج درمانی شناختی رفتاری موجب بهبود اختلال استرس پس از سانحه شده است و نتایج درمان بعد از 3 ماه پیگیری حفظ شدند.

هویر[[34]](#footnote-34)، یوهمان[[35]](#footnote-35)، رامبو[[36]](#footnote-36) و جاکوبو[[37]](#footnote-37) (2009)پژوهشی با هدف کاهش عملکرد جنسی با کاربرد درمن شناختی و رفتاری انجام دادند. نمونه از 451 بیمار تحت درمان در یک درمانگاه از بیمارستان عمومی ماساچوست انتخاب شدند و پرسشنامه عملکرد جنسی قبل و بعد درمان را تکمیل نمودند. تقریبا دو سوم از بیماران اختلال عملکرد جنسی را قبل از درمان گزارش دادند. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که زوج درمان شناختی- رفتاری عملکرد جنسی را در بیماران بهبود بخشید.

احمدی و همکاران (2009) پژوهشی با هدف اثر بخشی درمان شناختی رفتاری زوج ها بر سازگاری زناشویی افراد مبتلا به PTSD انجام دادند. برای این منظور تعداد 60 افراد افراد مبتلا به PTSD که نمرات پایین در پرسشنامه سازگاری زناشویی کسب کردند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. نتایج تجزیه و تحلیل مانوا نشان داد که زوج درمانی شناختی رفتاری بر سازکاری زناشویی افراد مبتلا به PTSD موثر است.

کیربای[[38]](#footnote-38) و بوکام[[39]](#footnote-39) (2007) پژوهشی با هدف ترکیب درمان رفتاری ودرمان شناختی-رفتاری زوج ها در تنظیم احساسات زوج ها انجام دادند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که بعد از 16 هفته درمان ترکیبی مهارت های حل مساله، تنظیم احساسات، ارتباطات زوجین را به طور معناداری افزایش داده است.

نیل فروشان، احمدی، عابدی و احمدی (2006) به بررسی اثر بخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی زوجین نابارور می پردازند. برای این منظور تعداد 30 زوج را به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار دادند. و هر دو گروه توسط پرسشنامه افسردگی بک قبل و بعد درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج پژوهش بعد از 6 جلسه درمان شناختی –رفتاری نشان داد که افسردگی زوجهای نابارور در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد به طور معناداری (p <0.0001) کاهش یافت و اثر آن است بطور قابل توجهی در زنان بالاتر از مردان بود (0.009 = p).

**اهداف:**

**هدف کلی**

* بررسی اثربخشی آموزش cbt به شیوه داتیلیو بر دلزدگی زناشویی و سبک های حل تعارض زنان متاهل.

**اهداف جزئی**

1. بررسی اثربخشی آموزش cbt به شیوه داتیلیو بر دلزدگی زناشویی زنان متاهل.
2. بررسی اثربخشی آموزش cbt به شیوه داتیلیو بر سبک های حل تعارض زنان متاهل.

**فرضیه ها:**

1. آموزش cbt به شیوه داتیلیو بر دلزدگی زناشویی زنان متاهل موثر است.
2. آموزش cbt به شیوه داتیلیو بر سبک های حل تعارض زنان متاهل موثر است.

**تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیر ها**

**دلزدگی زناشویی**

**تعریف مفهومی:** دلزدگی زناشویی وضعیت دردناک فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی است که کسانی را که توقع دارند عشق رویایی و ازدواج به زندگی شان معنا ببخشد را متاثر می سازد. دلزدگی هنگامی بروز می کند که زوجین متوجه می شوند علیرغم تمام تلاش هایشان، رابطه شان به زندگی معنا نداده و نخواهد داد (ون پلت[[40]](#footnote-40)، 2004).

**تعریف عملیاتی**: دلزدگی زناشویی در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از مقیاس دلزدگی زناشویی(CMB)کسب می کند.

**تعارض**

**تعریف مفهومی:** پونتام[[41]](#footnote-41) تعارض را اینگونه تعریف می کند، تعامل با افرادی که با یکدیگر ارتباط متقابل داشته و در زمینه اهداف اصلی، اهداف فرعی و ارزش ها، بین آنها اختلال، بوجود می آید و افراد دیگر را به عنوان مانعی بالقوه در جهت تحقق اهداف خود تلقی می کنند (کیا کجوری و آقاجانی، 1383).

**تعریف عملیاتی:** در پژوهش حاضر نمره ای است که آمودنی ها از مقیاس نسخه دوم شیوه مقابله با تعارض رحیم(ROCI-II)کسب می کند.

**CBT به شیوه داتیلیو**

**تعریف مفهومی:** این رویکرد بر تبادل تعامل میان زوجین یا اعضای خانواده، با تاکید خاص بر ماهیت روابط متعامل انتظار ها، باورها و اسنادها تمرکز دارد. بنای اصلی رویکرد شناختی-رفتاری، تمرکز بر افکار و ادراک ها و تاثیر آنها روی هیجان و رفتار است (داتیلیو، 2005).

**تعریف عملیاتی:** در این پژوهش مجموعه فعالیت ها و روش هایی مدنظر است که پژوهشگر براساس CBT به شیوه داتیلیو تحت 8 جلسه 5/1ساعته هفته ای یک جلسه برای دلزدگی زناشویی و سبک های حل تعارض به کار برده است. که اهم این روش ها می توان به شناسایی افکار و باورهای غیر واقع بینانه، بازسازی شناختی، حل مساله، پذیرش و مواردی از این قبیل اشاره نمود.

**روش:**

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. در این روش گروه آزمایش تحت آموزش CBT به شیوه داتیلیو قرار می گیرند اما گروه کنترل در لیست انتظار قرار می گیرند و هر دو گروه در زمان یکسان به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ می دهند.

جدول 1. مدل مفهومی پژوهش

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| پس آزمون | متغیر مستقل | پیش آزمون | گمارش تصادفی | گروه‌ها |
| T2 | x | T1 | R | گروه آزمایشی |
| T2 | - | T1 | R | گروه کنترل |

**متغیر مستقل:** آموزش CBT به شیوه داتیلیو

**متغیر وابسته:** دلزدگی زناشویی و سبک های حل تعارض

**جامعه، نمونه و روش نمونه گیری:**

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان متاهل .... را تشکیل می دهند.

روش نمونه گیری به شیوه در دسترس می باشد و تعداد 30 نفر از زنانی که به کلنیک ها و مراکز مشاوره ... مراجعه می کنند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه 15 نفر) جایگزین می شوند.

**ابزار:**

**مقیاس دلزدگی زناشویی**(CMB)[[42]](#footnote-42)**:** مقیاس دلزدگی زناشویی یک ابزار خودسنجی است که برای اندازه گیری درجه دلزدگی زناشویی در بین زوجین طراحی گردیده است. این ابزار توسط پاینز در سال 1996 ابداع گردید و 21 آیتم مشتمل بر سه جز اصلی از پا افتادن جسمی (مثل:احساس خستگی، سستی و داشتن اختلال خواب)، از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، احساس در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (مثل: احساس بی ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) می شود. تمام این گویه روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می شوند. سطح 1 معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح 7 معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر است. ارزیابی اعتبار GBM به وسیله ی همبستگی های منفی با ویژگی های ارتباطی مثبت به تایید رسیده است؛ مانند: نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خود شکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبه ی عاطفی نسبت به همسر و کیفیت روابط جنسی آنها. نسخه ی ترجمه شده CBM به طور موفقیت آمیزی در مطالعات بین فرهنگی در نروژ، مجارستان، مکزیک، اسپانیا، پرتغال، فنلاند و اسرائیل استفاده شده است (پاینز، 1996؛ ترجمه شاداب، 1381).

در ایران نویدی (1384) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در مورد نمونه 240 نفری، 120 پرستار و 120 معلم اندازه گیری کرد که مقدار آن 86/0 شد. در پژوهش ادیب راد و ادیب راد (1384) نیز ضریب اطمینان آزمون-باز آزمون، 89/0 برای یک دوره یک ماهه، 76/0 برای یک دوره دو ماهه و 66/0 برای یک دوره 4 ماهه به دست آمد. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی ها با ضریب آلفا سنجیده شد که بین 91/0 تا 93/0 بود.

**مقیاس نسخه دوم شیوه مقابله با تعارض رحیم(ROCI-II):** این مقیاس یک ابزار خود گزارش دهی است و برای اندازه گیری میزان تضاد و تعارض ارتباطی به کار می رود و شامل 28 ماده و متشکل از 5 زیر مقیاس می باشد. هر زیر مقیاس شیوه حل تعارض خاضی را نشان می دهد و کسب بیشترین نمره در هر کدام از این زیر مقیاس ها نشان دهنده استفاده از همان شیوه حل تعارض توسط فرد می باشد. زیر مقیاس های این آزمون عبارتند از (باباپور خیر الدین، 1385):

**شیوه همراهانه (7 ماده):** این شیوه نشان دهنده تبادل اطلاعات و بررسی اختلاف ها برای رسیدن به راه حل قابل قبول برای طرفین است. این زیر مقیاس با شیوه حل مساله در ارتباط است و می تواند به راه حل خلاقانه در حل مساله منجر شود؛ **شیوه مهربانانه (6 ماده):** این شیوه بیانگر تلاش برای کاهش اختلافات است و برای برآورده کردن انتظارات و مسائل دیگران بر تشابهات تاکید می کند. فردی که از این شیوه استفاده می کند برای برآورده کردن نیاز و مسائل دیگران مسائل خود را نادیده می گیرد؛ **شیوه سلطه گرانه (5 ماده):** این شیوه با جهت گیری تهدید آمیز مشخص می شود. شخصی که از این سیوه استفاده می کند برای رسیدن به هدف خود اقدام به هر کاری کرده و نیازها و انتظارات دیگران را نادیده می گیرد؛ **شیوه مصالحه گرانه (4 ماده):** این شیوه در نقطه میانی توجه به انتظارات و نیازهای خود و دیگران قرار دارد و به تقسیم امتیازات بین طرفین اشاره می کند؛ **شیوه اجتنابی (6 ماده):** این شیوه با موقعیت های انزوا، اعطای مسئولیت به دیگران، دیگران را مقصر دانستن و خود را کنار کشیدن در ارتباط است. شخصی که از این شیوه استفاده می کند از برآورده کردن انتظارات خود و دیگران ناتوان است (باباپور خیر الدین، 1385).

شیوه 5 گانه حل تعارض بر روی هم تشکیل دهنده دو روش مدیریت تعارض سازنده و غیر سازنده هستند. شیوه های همراهانه و مهربانانه بعد سازنده و شیوه های سلطه گرانه و اجتنابی بعد غیر سازنده را تشکیل می دهند و شیوه مصالحه گرانه حالت بینابینی دارد(باباپور خیر الدین، 1385).

اعتبار این مقیاس در تحقیقات مختلف از 72/0 تا 83/0 گزارش شده است (کرکران، مالینک رودت، 2000) و در پژوهش باباپور خیر الدین (1385) نیز اعتبار درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با 81/0 به دست آمده است. از نظر روایی نیز این مقیاس مورد تایید می باشد به طوری که روایی سازه آن با استفاد از تحلیل عامل محاسبه شده و قابل قبول بودن آن به تایید رسیده است (رحیم،1986).

**مداخله:**

بعد از انتخاب نمونه و تقسیم تصادفی آنها، گروه آزمایشی آموزش CBT به شیوه داتیلیو را به صورت گروهی، در 10 جلسه ی دو ساعته به مدت دو ماه دریافت می کنند. ساختار جلسات به صورت زیر خواهد بود.

|  |  |
| --- | --- |
| جلسات | محتوای جلسات |
| جلسه اول | برقراری ارتباط و ایجاد آمادگی؛ توضیح روش و اهداف جلسات |
| جلسه دوم | تعریف مشکل؛ ثبت احساسات و افکار خود، شناسایی افکار و باورهای غیر واقع بینانه در مورد نگرش به ازدواج و خود کارآمدی در انتخاب همسر؛ ارائه تکلیف |
| جلسه سوم | شناخت چرخه که در آن مشکل بروز می کند وشناخت نیازها و عواملی که باعث بروز پرخه می شود؛ ارائه تکلیف |
| جلسه چهارم | فرمول بندی کردن شناختی-رفتاری مشکل و برنامه ریزی برای حل مشکل |
| جلسه پنجم | شناخت نیازها فردی، واکنش های عاطفی،اهمیت فکر، تعامل فکر –احساس-عمل. |
| جلسه ششم | بازسازی شناختی |
| جلسه هفتم | پذیرش |
| جلسه هشتم | حل مسئله |
| جلسه نهم | استحکام یادگیری |
| جلسه دهم | ارزش یابی و نتیجه گیری |
|  |  |

**روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:**

جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده ، از شاخص های و روش های آمارتوصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده ها و سپس از آمار استنباطی برای بدست آوردن تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار-22 spss استفاده خواهد شد.

**منابع فارسی**

اعتمادی، عذرا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احمدی، سید احمد.، فرزاد، ولی اله. (1385). بررسی اثر بخشی زوج درمانی شناختی رفتاری برصمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان*.* **مطالعات روان شناختی**، دوره ی2، شماره 1 و 2: 87-69.

آگاه، لیلا، جان بزرگی، مسعود و غفاری، عذرا. (1393). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری گروهی، بر افزایش رضامندی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی (با مقیاس اسلامی). **روان شناسی و دین.** سال هفتم، شماره دوم، پیاپی، 26، ص80-61.

باباپور خیر الدین، جلیل. (1385). بررسی رابطه بین شیوه های حل تعارض ارتباطی و سلامت روان شناختی دانشجویان، *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه تبریز*، سال اول، شماره4: 46-27.

پاینز، آ. مالاچ. (1996). **چه کنیم تا عشق رویایی به دلزدگی نیانجامد.** ترجمه شاداب، (1381). تهران انتشارات ققنوس.

پاینز، آ. ملاچ. (1996). **دلزدگی از روابط زناشویی.** ترجمه گوهری راد و افشار. (1383). تهران: انتشارات رادمهر.

پیرفلک، مهرداد؛ سودانی، منصور؛ شفیع آبادی، عبدالله. (1393). اثربخشی زوج درمانی گروهی شناختی-رفتاری (GCBCT) بر کاه دلزدگی زناشویی. **فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده،** سال چهارم، شماره 2: 267-247.

حسینی نسب، سید داوود؛ بدری گرگری، رحیم؛ قائمیان اسکویی، آیسان. (1388). رابطه ویژگی های شخصیتی و سبک های حل تعارض بین فردی با سازگاری زناشویی دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد اسلامی تبریز. **فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی**، دوره 1، شماره 2: 78-57.

داتیلیو، فرانک و بیرشک، بهروز. (1385).رفتار درمانی شناختی زوج ها- بخش اول: مقاله مروری. **تازه های علوم شناختی،** سال 8، شماره 3: 80-71.

شادابی، نازنین. (1390). **اثربخشی آموزش تصویر سازی ارتباطی بر دلزدگی زناشویی زنان**.پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی.

شفيعي‌نيا، مريم. (1381). **بررسي تأثير مهارت‌هاي حل تعارضات زناشوئي بر روابط متقابل زن و شوهر.** پايان‌نامه کارشناسي ارشد مشاوره، تهران، دانشگاه الزهرا.

عبادت پور، بهناز؛ نوابی نژاد، شکوه؛ شفیع آبادی، عبداله؛ فلسفی نژاد، محد رضا. (1392). نقش واسطه ای کارکرد های خانواده برای تاب آوری و باورهای معنوی و دلزدگی زناشویی. **روش ها و مدل های روان شناختی،** سال سوم، شماره13: 46-29.

[فتوحي بناب، سكينه](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=110642)؛ حسيني نسب، سيد داوود؛ و [هاشمي نصرت آباد، تورج](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=47104). (1390). اثربخشي زوج درمانگري شناختي - رفتاري، اسلامي و تحليل رفتار متقابل بر خودشناسي زوج هاي ناسازگار. **مطالعات روان شناختي،** دوره 7، شماره2: 58-37.

فرحبخش، ک؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ احمدی، ا؛ دلاور، علی. (1383). مقایسه میزان اثربخشی مشاوره زناشویی به شیوه شناختی الیس، واقعیت درمانی گلاسر و اختلاطی از هر دو در کاهش تعارض های زناشویی. **تازه ها و پژوهش های مشاوره**، 5 (18): 57-33.

کیا کجوری، داود و آقاجانی، حسنعلی. (1383). **مدیریت رفتار سازمانی، مفاهیم سازمانی ، نظریه ها و کاربردها***،* مازنداران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد نوشهر و چالوس.

نصر اصفهانی، نرگس؛ اعتمادی، احمد؛ و شفیع آبادی، عبداله. (1392). بررسی تاثیر آموزش معنا- محور بر صمیمیت زناشویی زنان. **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین،** سال هفدهم، شماره 1: 47-43.

[نظري، وكيل](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=124611)؛ محمدخاني، پروانه؛ دولتشاهي، بهروز. (1390). مقايسه اثربخشي زوج درماني شناختي رفتاري غني شده و زوج درماني تلفيقي رفتاري در افزايش رضايت زناشويي. **پژوهش هاي نوين روانشناختي (روانشناسي دانشگاه تبريز)،** دوره 6، شماره 22: 169-143.

نویدی، فاطمه. (1384). بررسی و مقایسه دلزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادرات آموزش و پرورش بیمارستان های شهر تهران**.** پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

یوسفی، ناصر و باقریان، مهرنوش. (1390). بررسی ملاک های همسر گزینی و فرسودگی زناشویی به عنوان متغیرهای پیش بین زوجین متقاضی طلاق و مایل به ادامه زندگی مشترک. **فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواد**ه، 1 (3): 302-284.

**منابع لاتین**

Abraham GP, de Bruyne T. (2000). Conflict management style and marital satisfaction. **Journal of sex and marital therapy**, 26(4): 321-334

Ahmady , Kh., Karami, Gh., Noohi, S., Mokhtari, A., Gholampour, H., Rahimi, A. A. (2009). The Efficacy of Cognitive Behavioral Couple’s Therapy (CBCT) on Marital Adjustment of PTSD–diagnosed combat veterans. **Europe’s Journal of Psychology**; 2: 31-40 .

Amato, P.R. & Hohmann-Marriott, B. ) 2007 ( . A comparison of high- and low- distress marriages that end in divorce. **Journal of Marriage and Family**, 638 621 , 62 − .

Bookwala, J., Sobin, J. & Zdaniuk, B. ) 2005 ( . Gender and aggression in marital relationships: A life-span perspective. **Sex Roles**, 506 797 , 52 − .

Coyne, J., Tompson, R. & Palmer, S. ) 2002 ( . Marital quality, coping with conflict, marital complains, and affection in couples with depressed wife. **Journal of Family Psychology**, 37 26 , 1 , 16 − .

Dattilio, F. M. (2010). **Cognitive-Behavioral therapy with Couples and FamiliesA Comprehensive Guide for Clinicians**, THE GUILFORD PRESS New york London.

Dattilio, F. M .( 2005). The critical component of cognitive restructuring in couples therapy: A case study*,* **ANZJFT**, v. 26 (2), P. 73–78.

Dattilo, M.,& Epstein, B. (2005).Introduction to the section the role of cognitive behavioral intervention in couple and family therapy. **Journal of Marital and Fam**

Doss, B., Simpson, L. & Christensen, A. ) 2004 ( . Why do cuple seek marital therapy? Professional Psychology: Research and Practice, 614 608 ), 6 ( 35 − .

Fincham, F., & Beach, S. (1999). Conflict in marriage: implications for working with couples. **Annual Review psychology**, 50: 47-77.

Fincham. F.D. (2003). Marital Conflict: Correlates, Structure, and Context, **Current Directions in Psychological Science**, (12)1: 23-26.

Gerard, J.A. & Buehler, C. (2003) . Marital conflict: Parent-child relations and youth maladjustment**, Family Process**, 116 105 ), 1 ( 38 − .

Glasser, W. (2000).**Counseling With Choice Theory a New Reality Therapy.** New York. Harper Collins Publisher.

Gottman, J. M. (1994). A theory of marital dissolution & stability.**Journal of family psychology**.1, 547-557.

Gottman, J.M., Silver, N.(1999). **The seven principles for making marriage work**. New York: Three Rivers Press.

Grish, J.H., & Fincham. F.D. (2001). **Interpersonal Conflictand Child Development. Theory, Research and Application**. Cambridge University Press

Hoyer, J., Uhmann, S., Rambow, J., & Jacobi, F. (2009). Reduction of sexual dys function: by product of cognitive –behavioral therapy for psychological disorders**. Journal sexual and Relationship therapy**: 24: 64 –73.

Johnson, M. D., Cohan, C. L., Davila ,J., Lawrence, E., Rogge, R. D., Karney, B. R., Sullivan, K. T . , & Bradbury ,T. N. (2005). Problem-solving skills and affective expressions as predictors ofchange in marital satisfaction.**Journal of Consulting&Clinical Psychology**.73 (1): 15-27.

Kirby, J. S., Baucom, D. H. (2007). Integrating Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy: A Couples Skills Group for Emotion Dysregulation**.** [**Cognitive and Behavioral Practice**](http://www.sciencedirect.com/science/journal/10777229) [14, 4](http://www.sciencedirect.com/science/journal/10777229/14/4) ;394–405.

Mami, SH. , Roohandeh, M., & Naseri Kahareh, A. (2015). EFFECTIVENESS OF COUPLE THERAPY ON MARITAL INTAND LIFE SATISFACTION IN COUPLES ILAM. **Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences**, 5 ; 1449-1452.

Monson, C. M., Fredman, S. J. Macdonald, A ., Pukay-Martin, N. D., atricia Resick, P. A., , P. P. (2012). Effect of Cognitive-Behavioral Couple Therapy for PTSDA Randomized Controlled Trial FREE **. Preliminary Communication** , 308, 7.

Nilforooshan, P., Ahmadi, A., Abedi, M. R., & Ahmadi, M. (2006). Studying the effect of cognitive-behavioral counseling based on interacting cognitive subsystems on depression of infertile couples. **Middle East Fertility Society Journal,**11, 1: 47-43.

Peterson, A.V. (2002) . Choice Theory and Reality Therapy; Tca Journal.

Pines, A.M. (2002). The female entrepreneur: Buurnout treated using a psychodynamic existential approach. **Clinical Case Studies,** 1(2): 170-180.

Rahim, M. A. (1986). Managing Conflict in Organization, **Journal of Social Psychology**, 196: 79-86.

Siffert, A., & Schwarz, B. (2010). Spouses' demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. **Journal of Social and Personal Relationships.** 28(2) 262–277

Suls, J. & Bunde, J. (2005) . Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. **Psychological Bulletin**, 300 260 ), 2 ( 131 − .

Van pelt, N. (2004). **Creative ways to keep romance alive**. Retrieved, September 1, from. Httm://www.heartn

Weeks, G.R. & Treat, S. (2001). **Couple in Treatment. Techniques & Approach for Effective Practice.** London. Bruner Routledge.

Yong, E.M., & Long, L. (1998).**Counseling and Therapy for Couples**. New York. International Thomson Publishing Company.

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003).  [**Schema Therapy: A Practitioner's Guide**](http://www.guilford.com/p/young)**.**Guilford Publications: New York.

1. Pines, A.M [↑](#footnote-ref-1)
2. Siffert, A [↑](#footnote-ref-2)
3. Schwarz, B [↑](#footnote-ref-3)
4. Yong, E.M [↑](#footnote-ref-4)
5. Long, L [↑](#footnote-ref-5)
6. Glasser, W [↑](#footnote-ref-6)
7. Sharf, R [↑](#footnote-ref-7)
8. Doss, B [↑](#footnote-ref-8)
9. Simpson, L [↑](#footnote-ref-9)
10. Christensen, A [↑](#footnote-ref-10)
11. Coyne, J [↑](#footnote-ref-11)
12. Tompson, R [↑](#footnote-ref-12)
13. Palmer, S [↑](#footnote-ref-13)
14. Gerard, J.A [↑](#footnote-ref-14)
15. Buehler, C [↑](#footnote-ref-15)
16. Suls, J [↑](#footnote-ref-16)
17. Bunde, J [↑](#footnote-ref-17)
18. Bookwala, J [↑](#footnote-ref-18)
19. Sobin, J [↑](#footnote-ref-19)
20. Zdaniuk, B. [↑](#footnote-ref-20)
21. Amato, P.R [↑](#footnote-ref-21)
22. Hohmann-Marriott, B [↑](#footnote-ref-22)
23. Peterson, A.V [↑](#footnote-ref-23)
24. Dattilio, F. M [↑](#footnote-ref-24)
25. Young, J. E [↑](#footnote-ref-25)
26. Baucom, D.H [↑](#footnote-ref-26)
27. Gottman, J. M [↑](#footnote-ref-27)
28. Fincham, F [↑](#footnote-ref-28)
29. Beach, S [↑](#footnote-ref-29)
30. Grish, J.H [↑](#footnote-ref-30)
31. Weeks, G.R [↑](#footnote-ref-31)
32. Treat, S [↑](#footnote-ref-32)
33. Monson, C. M [↑](#footnote-ref-33)
34. Hoyer, J [↑](#footnote-ref-34)
35. Uhmann, S [↑](#footnote-ref-35)
36. Rambow, J [↑](#footnote-ref-36)
37. Jacobi, F [↑](#footnote-ref-37)
38. Kirby, J. S [↑](#footnote-ref-38)
39. Baucom, D. H [↑](#footnote-ref-39)
40. Van pelt, N [↑](#footnote-ref-40)
41. putnam [↑](#footnote-ref-41)
42. Couple Burnout Measurement [↑](#footnote-ref-42)