**فصل دوم**

 **پیشینه پژوهش**

## 2-1- رضایت‌مندی از روابط زناشویی

اگرچه رضایت زناشویی و عوامل مربوط به آن به طور گسترده‌ای مورد پژوهش قرار گرفته‌است، ولی این موضوع همچنان مورد توجه و علاقه پژوهشگران قرار گرفته‌است. این گستردگی پژوهش، اهمیت رضایت زناشویی را نشان می‌دهد. علت گستردگی پژوهش‌هایی که در مورد رضایت زناشویی انجام گرفته، ناشی از اهمیت آن در سلامت فردی و خانوادگی آن است و همچنین فواید آن که عاید جامعه می‌شود، پیشگیری از جنایت‌های اجتماعی و پیشگیری و کاهش بروز طلاق از فواید اجتماعی رضایت زناشویی هستند(ایکرت[[1]](#footnote-1)، 1998؛ استیکل[[2]](#footnote-2)،1998 به نقل از اورتینکال و وانستین وگان[[3]](#footnote-3)، 2006).

در دهه 90 مطالعاتی علمی پیرامون رضایت زناشویی توجه زیادی را به خود جلب کرد. در مقایسه با یافته‌های علمی دهه گذشته، در دهه 90 حجم زیادی از مطالعات به جنبه‌های مختلف رضایت زناشویی اختصاص داشته‌است(نظری، 1387). درک کیفیت و ارزش ازدواج وسیله‌ای برای درک اثرات آن بر روی تمام فرآیندهای داخل و خارج خانواده است. دلایل معنوی و منطقی مطالعه بر روی جزییات رضایت زناشویی، درک محوریت آن در سلامت خانواده و اشخاص می‌باشد. اهمیت آن برای جامعه در حالی که ازدواج‌های موفق شکل بگیرد، دست کشیدن از جرم و نیاز به گسترش مداخلات تجربی برای زوج‌ها به منظور جلوگیری یا کم کردن فشارهای زناشویی به طلاق است.

در دهه 80 و 90 محققین و موضوع رضایت زناشویی را با تاکید بیشتر بر جنبه‌هایی از تعاملات زناشویی که کمتر محسوس و قابل مشاهده است ادامه دادند(شامل تفسیر رفتارهای متقابل، هیجانات تجربه‌شده، پاسخ‌های فیزیولوژیک به تعاملات). همچنین به الگوهای کلی تعاملات زوج‌ها و ابعاد اجتماعی آن که نادیده گرفته‌شده بود و خشونت‌های زناشویی توجه بیشتری داشت(نظری، 1387).

عواملی که بر رضایت زناشویی تاثیر می‌گذارند، در فرهنگ‌های مختلف متفاوتند. برای مثال کامو[[4]](#footnote-4)(1993) در پژوهش خود نشان داد در حالی که کشور ژاپن درآمد شوهر از عوامل تاثیرگذار بر رضایت زناشویی است، در امریکا این عامل به این اندازه اهمیت ندارد(اورتینکال و وانستین وگان، 2006).

الیس(1989) معتقد است برای تعریف رضایت زناشویی شیوه‌های مختلفی وجود دارد که یکی از بهترین تعاریف به هاکینز[[5]](#footnote-5)(1989) است. ولی رضایت زناشویی را «احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه‌شده توسط زن و شوهر موقعی که همه جنبه‌های ازدواج را در نظر می‌گیرند» می‌داند. رضایت یک متغیر نگرشی است و بنابراین یک خصوصیت فردی زن و شوهر محسوب می‌شود. طبق تعریف فوق رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف زناشویی خود دارند و نارضایتی زناشویی در واقع نگرشی منفی و ناخوشنود از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی است(سلیمانیان، 1373).

وینچ[[6]](#footnote-6)(1974، به نقل از نظری، 1387) رضایت زناشویی را سازگاری بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار می‌داند. بر اساس این تعریف رضایت زناشویی وقتی وجود دارد که وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی مطابق با انتظار می‌باشد.

# 2-2-خشنودی در خانواده و عوامل موثر بر آن

بدیهی است که ازدواج اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که در بزرگسالی منعقد می‌شود، انتخاب همسر و انعقاد پیمان زناشویی نقطه عطفی در رشد و پیشرفت شخص تلقی می‌شود.

دلایل اصلی افراد برای ازدواج چیست؟ به نظر می‌رسد که در جامعه امروزی سه دلیل اصلی برای ازدواج وجود دارد. الف) عشق ب)همنشینی ج) تحقق انتظارها

رایج‌ترین توضیحی که به عنوان دلایل ازدواج مطرح می‌شود عشق است. واضح است که عشق برای افراد مختلف معانی بسیار متفاوتی دارد. در کل عشق به مجموعه‌ای از احساسات مثبت عمیق اشاره می‌کند که معطوف به فرد دیگر است، برای آن که زندگی زناشویی به خشنودی بیانجامد باید این احساسات عمیق اعلام و پاسخ مناسبی از طرف مقابل دریافت شود. افراد با هدف همنشینی نیز ازدواج می‌کنند.

عشق مربوط به همنشینی محبتی است که ما نسبت به افرادی احساس می‌کنیم که در زندگی‌مان به طور عمیق با آنها پیوند خورده‌است. این همان عشق است که بر شراکت در تجربه استوار است، عشقی که در آن می‌دانیم طرف مقابل ما همیشه در کنار ما است، عشقی که به وسیله آن می‌دانیم همیشه به خاطر آنچه هستیم پذیرفته‌می‌شویم.

زوج‌های امروزی با هدف تحقق انتظاراتشان نیز ازدواج می‌کنند، شناخت انتظارات، بیان آنها و تلاش برای تحقق آنها در حد اعتدال چیزی است که خشنودی را در روابط زناشویی محقق می‌سازد. افراد انتظار دارند که از همسرانشان به طور خاص و از ازدواج به طور عام سود مطمئنی عایدشان شود.

مهمتر آنکه همسر در جامعه صنعتی، فنی و مساوات‌طلبانه فعلی معنای عمیق‌تری از انتظار را در ذهن دارند. آنان به نقش خانه‌داری یا نان‌آوری خانواده قانع نیستند و چیزی کمتر از کمال را نمی‌پذیرند و نه انتظار دارند. این کمال مطلوب بر احساس ساده‌لوحانه از خوشبختی و رضایت خاطر استوار است و در مجموع می‌توان گفت که در عصر حاضر باورهای غلط متعددی پذیرفته‌شده‌اند، زوج‌ها این عقیده را پذیرفته‌اندکه ازدواج ارضای هر نیاز روانشناختی را به همراه دارد و همین عقاید که راهی برای سرخوردگی زناشویی خواهدبود. انتظار همیشه شاد بودن، رفع نیازها و تحت حمایت و تایید بودن همیشگی از جمله همین عقاید است.

شاد بودن به عنوان یک فرد یا یک زوج، پیوسته در تمام عمر کار سختی است. هیچ فردی همیشه شاد نیست و برای زوج‌ها نیز طبیعی است که دوره این از ناشادی، کشمکش یا فشاری داشته‌باشند، تصویری که می‌توان از ازدواج ارائه داد، خوشی و سعادت پیوسته زناشویی است. واقعیت این است که ازدواج فرد را شاد نمی‌کند شاد نگه‌می‌دارد، یا به وی کمک نمی‌کند که از زحمت و سختی دور شود. قطعا کسی که هدفش از ازدواج همیشه شاد بودن است محکوم به شکست است، توافق در ارزش‌ها با رضایت زناشویی در ارتباط است. به این معنا که زوج‌های موفق خود را با نظام زندگی‌شان متعلق می‌سازند، مطالعه ازدواج‌هایی که امکان ارزیابی آنها وجود دارد بر این امر دلالت می‌کند که الگوهای متفاوتی در عملکرد موفقیت‌آمیز از ازدواج‌ها به نمایش گذاشته‌می‌شوند(نظری،1387).

یک روش واحد برای هر فرد به منظور داشتن زندگی زناشویی خشنود وجود ندارد، اما با پیگیری عناصر اصلی معلوم می‌شود که گرچه الگوها متنوعند ولی قواعد مشترکی وجود دارند. بعضی از قواعد مشترکی که در ازدواج‌های خشنود با الگوهای عملکردی متنوع مشاهده می‌شود عبارتند از:

1. همسران در یک زندگی زناشویی موفق، بادوام و توام با رضایت به یکدیگر احترام می‌گذارند، هر یک از همسران بعضی ویژگی‌ها یا توانایی‌های قابل احترام را در دیگری می‌یابند، مثل همسر خوبی بودن، تامین مخارج کردن، طبع و ذوق هنری داشتن و غیره هر چقدر میزان احترام‌گذاری به یکدیگر وسیع‌تر باشد، زندگی زناشویی رضایت‌مندانه‌تر خواهدبود. این همسران تایید و ارزش‌گذاری خود برای همسرشان را نشان می‌دهند به طور پیوسته کارهایی را انجام می‌دهند و بیان می‌کنند که عواطف، عشق و احترامشان را به یکدیگر نشان می‌دهد و اعمالی را که اهداف ازدواجشان را حمایت و تایید می‌کند انتخاب می‌کنند.
2. همسران نسبت به یکدیگر بردبار هستند. آنها درک می‌کنند که احتمال فریب‌خوردن یا خطا کردن در خودشان وجود دارد. انسان را آسیب‌پذیر می‌بینند و به این ترتیب می‌توانند قصور و کوتاهی دیگری را بپذیرند، آنها مسئولیت رفتار و عزت نفس خود را به طور فردی می‌پذیرند و انتظار ندارند که شریک زندگی‌شان مسئول شاد و خوشحال نگه‌داشتن آن باشد. به همین دلیل از سرزنش و انتقاد یکدیگر اجتناب می‌کنند و در عوض آنچه در مورد همسرشان درست است تایید می‌کنند. با همدلی به سخنان یکدیگر گوش می‌دهند و در جستجوی عواملی هستندکه در روابط آنها تاثیر به جای می‌گذارد.
3. همسران به پایه اعتماد متقابل به تشریک مساعی می‌پردازند. تشریک مساعی بر اعتماد متقابل زوج‌های دارای زندگی زناشویی با ثبات و رضایت ‌بخش بنیان نهاده شده‌است و به آنها امکان صرف وقت، انرژی، رغبت و اطمینان به درگیرشدن در فعالیت‌ها و کارهای فرعی خارج از محیط زناشویی را می‌دهند. آنها آزاد هستند که نه تنها فقط از یکدیگر بلکه از هر چیز و هر کس دیگر که ممکن است آنها را به طور فردی یا دوتایی علاقمند سازد، لذت ببرند.
4. در یک ارتباط زناشویی توأم با حس همکاری و مشارکت ممکن نیست زن و مرد همیشه با هم موافق باشند، اما می‌توانند به راحتی مخالفت خود را اعلام کنند و این امر مورد پذیرش قرار گیرد و با هم به دنبال راه حلی می‌گردندکه مورد تایید هر دو قرار گیرد(نظری، 1387).

## 2-3- عوامل موثر در تحکیم روابط زناشویی

وینچ(1974، به نقل از وزیری، 1386) هشت معیار را برای موفقیت زناشویی مطرح کرده‌است، که عبارتند از: ثبات، انتظارات اجتماعی، رشد شخصیت، مصاحبت، شادی، رضایت، سازگاری و یکپارچگی. البته عوامل زیادی می‌تواند در رضایت زناشویی موثر باشند و هر کس با توجه به نگرش خاص خود و یا نتایج پژوهش ‌هایش عواملی را برای رضایت زناشویی بیان می‌کند.

1. **صمیمیت**

احساسات مثبت اوایل ازدواج، به مرور می‌تواند به عشقی عقلانی و منطقی تبدیل شود. شوهر می‌تواند از گفتن«دوستت دارم» و زن از شنیدن آن لذت ببرند، زیرا محبت و جذابیت متقابل در بافت صمیمیت، وفاداری، اعتماد و دوستی به هم گره خورده و عشق قوی‌تر و عمیق‌تر را پایه‌گذاری می‌کند(بک، 1376).

1. **احترام به همسر**

تاجیک اسماعیلی(1377) در رابطه با نقش‌های شوهر می‌نویسد مرد بایستی به همسر خود، به خصوص در حضور دیگران احترام بگذارد، این احترام باید توأم با صمیمیت و مهربانی باشد. بنابراین، زن نیازمند دریافت محبت و احترام از طرف شوهر است، به ویژه هنگامی که در حضور دوستان و آشنایان قرار داشته‌باشند این امر باعث می‌شود که زن از داشتن شوهر احساس افتخار و سربلندی کند و این احساس شوق او را به زندگی زناشویی و آمادگی وی برای گذشت و بردباری در برابر محرومیت‌ها و سختی‌های احتمالی بیشتر می‌کند.

1. **برقراری روابط اجتماعی**

نباید از اهمیت زیاد ارتباط در گروه غافل شویم. ارتباط باعث می‌شودتا این مجموعه که برای رسیدن به اهدافی مشترک با هم درتعامل‌اند وحدت پیدا کنندو دلیل لزوم برقراری ارتباط بین اعضای گروه، وجود مشکلات و موانع بیرونی و درونی است(هارجی، ساندرز و دیکسون[[7]](#footnote-7)، 1994؛ ترجمه بیگی و فیروزبخت، 1377).

مارکوسکی و گرین‌وود[[8]](#footnote-8)، 1984؛ ترجمه موسوی 1386) به این نتیجه رسیدند که یک ارتباط مثبت بین سازگاری اجتماعی و سازگاری زن و شوهر وجود دارد، بدین معنی که افرادی که در زندگی زناشویی سازگار و موفق هستند در روابط اجتماعی خود نیز افرادی سازگار و موفق خواهندبود.

1. **مسایل اقتصادی و اجتماعی**

نواب‌نژاد(1377) بیان می‌کند که کارشناسان خانواده توصیه می‌کنند که دختر و پسر از نظر طبقه و وضع اقتصادی- اجتماعی مشابه باشند تا سازگاری بیشتری را در کنار هم تجربه کنند. مسایل مربوط به دخل و خرج هم منجر به اختلاف‌های زن و شوهر می‌شود، در زمینه دخل و خرج اغلب با انواع مشغله‌های ذهنی در خصوص انصاف، کنترل و رقابت و سایر معانی نمادین، که به فعالیت‌های مشترک لطمه می‌زند برخورد می‌کنیم. بسیاری از زوج‌‌ها بر سر چگونگی پرداخت مخارج با هم اختلاف دارند.

1. **ارتباط با اقوام و اطرافیان**

وابستگی‌های عاطفی زن و شوهر به خانواده‌های خود می‌تواند بر روابط زناشویی تاثیر سو بگذارد. در بسیاری از موارد، توجه زیاد زن و شوهر به پدر و مادر اسباب تکدر خاطر دیگری را فراهم می‌سازد. اقوام هم گاهی مسایلی برای فرزندان ازدواج کرده خود ایجاد می‌کنند. آنها هم مانند فرزندانشان گرفتار احساس بی‌عدالتی، تعمیم مبالغه‌آمیز و تفکرات نمادین هستند(بک، 1988). والدین اگر حتی دخالت ظاهری نکنند به طور غیر مستقیم در زندگی فرزندشان موثر می‌باشند، چرا که افکار زن و شوهر و شخصیت‌شان تحت تاثیر افکار والدینشان شکل گرفته‌است و هر دو همان رفتاری را با همدیگر می‌کنند که از پدر و مادرشان گرفته‌اند.

1. **مسایل ارزشی، عقیدتی و مذهبی**

گاه ازدواج به علت ناآگاهی زن و شوهر از قابلیت‌های ذهنی و یا در اثر آگاهی از نظام‌های ارزشی و پایبندهای اخلاقی یکدیگر با مشکل مواجه می‌شود.پس از آنکه زن و شوهر به این نتیجه رسیدند‌ که وجه مشترک چندانی با هم ندارند، پیوندهای زندگی زناشویی آنها سست شده ممکن است در هم فروپاشد.

همسانی میان زن و شوهر از نظر مذهبی، سبب جذب و وابستگی هر چه بیشتر زن و شوهر و استواری پیوند زناشویی‌شان می‌شود و برعکس ناهمسانی منشا کشمکش‌های خانوادگی است. به عقیده وود[[9]](#footnote-9) هر قدر همگونی میان دو همسر از نظر مذهب و نژاد کمتر باشد، اختلافات و کشمکش‌های آنها بیشتر است. ناهماهنگی مذهبی علاوه بر ایجاد اختلاف بین زن و شوهر مشکلات بسیاری را نیز در روابط ایشان با والدین همسرشان ایجاد می‌کند(بلاچ[[10]](#footnote-10)، 1985).

1. **علایق و طرز تفکر**

الیس(1986 به نقل از سلیمانیان، 1373) به نقش تفکر در رضایت و عدم رضایت زناشویی پرداخته‌است. توافق زن و مرد در مورد مسایل مختلف زندگی نقش عمده‌ای دارد که این توافق متاثر از طرز تفکر و علایق آن دو می‌باشد و زوج‌ها در زمینه‌های آزادی افراد در خانواده، تعهد فرزندان، تحصیل و تربیت فرزندان، مداخله اطرافیان و غیره با هم به یک توافق منطقی برسند. این توافق خصوصا در مورد نحوه تربیت فرزندان حایز اهمیت است. در زمینه‌هایی مانند نحوه گذراندن اوقات فراغت از قبیل سینما رفتن، شرکت در مجالس مذهبی، خواندن کتاب، گوش دادن به موسیقی و رادیو و غیره نیز باید توافقی نسبی حاصل گردد. اگر یکی از زوج‌ها بدون در نظر گرفتن علایق طرف مقابل خود تعصب نشان دهد منجر به دلسردی و ناکامی طرف مقابل می‌شود. داشتن توافق نسبت به موضوعات مهم زندگی یکی از مسایلی است که در موفقیت و رضایت زندگی زناشویی نقش دارد.

1. **شخصیت**

بلوم و مهرابیان[[11]](#footnote-11)(1999، به نقل از فهیمی، 1380) مطالعه‌ای را روی 166 زوج 20 تا 85 سال انجام دادند. در این تحقیق شرکت‌کنندگان با استفاده از یک مقیاس رضایت زناشویی به گروه‌های با مزاج سلطه‌گر، خوشایند و برانگیزاننده تقسیم شدند. یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد با مزاج خوشایندتر و سلطه‌گر گرایش به ازدواج‌های شادتر دارند. همچنین، افرادی که با مزاج خوشایندتر اقدام به انتخاب همسر کردند، در ازدواج‌هایشان شادتر بودند.

استنبرگ و کراچک[[12]](#footnote-12) در سال 1984 مطالعه‌ای را بر اساس مقیاس عشق ورزیدن را انجام دادند. این محققان طبق نتایج حاصل از این مطالعه عشق را به شکل زیر تعریف کردند:«عشق یعنی احساس عاطفی، شناخت و انگیزشی است که بر اساس ارتباط، مشارکت حمایت متقابل ابراز می‌شود». سپس در سال 1986 نظریه مثلث عشق[[13]](#footnote-13) را مطرح کرد. بر طبق این نظریه عشق دارای سه بعد است: بعد اول صمیمیت[[14]](#footnote-14)، بعد دوم هوس[[15]](#footnote-15) و بعد سوم تصمیم‌گیری[[16]](#footnote-16) یا تعهد[[17]](#footnote-17) می‌باشد(وزیری،1386).

نیومن و نیومن(1991) معتقدند که رضایت زناشویی به عوامل زیر بستگی دارد:

* سطح تحصیلات بالا،
* پایگاه بالای اقتصادی و اجتماعی،
* تشابه علایق، هوش و شخصیت زوجین،
* مراحل اولیه یا مراحل بعدی دوره‌ی حیات خانواده،
* هماهنگی و وفاق روابط جنسی و
* ازدواج دیرتر(برای زنان).

مطالعه بر روی سیستم‌های اعتقادی[[18]](#footnote-18) و الگوهای تعاملی زوج‌های خوشبخت نشان می‌دهد که آنها ویژگی‌های مشخصی دارند(کار[[19]](#footnote-19)، 2004) که عبارتند از:

* احترام،
* پذیرش بیشتر بودن تعامل‌ها مثبت در مقایسه با تعامل‌های منفی،
* متمرکز کردنتعارض‌ها بر روی موضوع‌های دقیق و مشخص،
* ترمیم روابط قطع‌شده،
* برخورد معقول با سبک‌های متفاوت محاوره زنانه و مردانه و
* توجه کردن به نیازهای صمیمیت و قدرت.

رایس(1991) معتقد است که زوج‌ها و خانواده‌هایی که کارکرد سالم دارند، الگوهای ارتباطی مناسبی دارند که به شرح ذیل است:

* صریح و روشن حرف می‌زنند، در بحث‌ها خشک و انعطاف‌پذیر نیستند، ضمن آنکه بی نظمی و آشفتگی در آنها دیده‌نمی‌شوند؛
* آنها تلاش می‌کنند تا بیش از آنکه نارضایتی نشان دهند، با یکدیگر به توافق برسند و می‌توانند بدون آسیب به دیگران، ابراز وجود کنند؛
* آنها با هم دوستانه برخورد می‌کنند و بدون آشفته کردن دیگران، مخالفت خود را ابراز می‌کنند؛
* این خانواده‌ها عواطف متنوعی را به کار می‌گیرند و می‌توانند خوشحالی یا ناراحتی خود را به هم ابراز کنند و
* آنها با هم شوخی می‌کنند و به همدیگر می‌خندند.

آنها به دیگران اجازه می‌دهند که حریم خصوصی داشته‌باشند و ذهن‌خوانی نمی‌کنند(مارتین و مارتین[[20]](#footnote-20)، 2000).

چرخه‌ی حیات خانوادگی یکی از حوزه‌هایی است که با توجه به رضایت زناشویی مورد پژوهش قرار گرفته‌است. پترسون(1990) در پژوهش خود نشان داد که الگوی رضایت زناشویی به شکل(U) است. در سال‌های اولیه زندگی زناشویی رضایت زناشویی رو به کاهش می‌رود(با تولد یک فرزند) و بعدا در سال‌های آخر زندگی زناشویی رضایت زناشویی بالا می‌رود(ترک فرزندان از خانه پدری). اما وان لانینگهام[[21]](#footnote-21)، جانسون[[22]](#footnote-22) و آماتو[[23]](#footnote-23)(2000) در پژوهش خود نشان دادند که رضایت زناشویی در طول مسیر رابطه زناشویی رو به کاهش می‌گذارد(وان کروسیک، 2004).

پژوهش ساباتلی[[24]](#footnote-24) و بارتل- هارینگ[[25]](#footnote-25)(2003) نشان داد که مسایل مربوط به چرخه حیات خانوادگی و رضایت زناشویی با خانواده هسته‌ای شروع نمی‌شود، بلکه با خانواده اصلی (پدری) شروع می‌شود و در واقع تجربیات خانواده اصلی تاثیر زیادی بر سطح رضایت زناشویی دارد(وان کروسیک، 2004).

## 2-4- رویکرد زوج‌درمانی شناختی- رفتاری

زوج درمانی شناختی- رفتاری(CBCT)، در دهه گذشته به عنوان رویکرد قدرتمند و موثر در زمینه مشکلات ارتباطی شکل گرفته‌است(داتیلیو و اپشتاین، 2003).

آلبرت الیس برای اولین بار به قابلیت استفاده از زوج درمانی شناختی-رفتاری و نقش مهم آن در شناخت مشکلات ازدواج، اشاره نمودند. به نظر الیس ناکارآمدی ارتباطی زمانی رخ می‌دهد که طرفین از روابط خود، باورهای غیرواقعی داشته‌باشند و از منشا نارضایتی خود ارزیابی‌های بسیار منفی ارائه ‌دهند(الیس،1977). در دهه 1970-1960 رفتار درمانگران برای پرداختن به رفتارهای مشکل‌دار بزرگسالان و کودکان از اصول نظریه یادگیری استفاده‌کردند. بسیاری از اصول و روش‌های رفتاری که در درمان انفرادی از آنها استفاده می‌شد، بعدها برای زوج‌های ناراضی و پس از آن برای خانواده‌ها به کار گرفته‌شد. به عنوان مثال، استوارت[[26]](#footnote-26)(1969)، لیبرمن[[27]](#footnote-27)(1970) و دایس[[28]](#footnote-28)، هوپس[[29]](#footnote-29) و پاترسون[[30]](#footnote-30)(1973) برای تسهیل تعامل‌های امضا کننده زوج‌های مشکل دار و خانواده‌ها از نظریه تبادل اجتماعی و اصول یادگیری عامل استفاده کردند.

این کار باعث شد که تحقیقات بعدی زوج درمانگران به سمت شناسایی اهمیت مداخله عوامل شناختی و الگوهای تعامل رفتار سوق داده‌شود(داتیلیو و بیرشک، 1385).

قبل از ارائه نظریه‌های اصلی خانواده درمانی، اینگونه مطرح شده‌بود که شناختارها را می‌توان به عنوان بخش فرعی درمان رفتاری مورد استفاده قرار داد، اما در دهه 1980 عوامل شناختی در کانون اصلی توسعه منابع پژوهشی و درمانی زوج‌ها قرار گرفتند و مستقیم تر و ساختارمندتر از آنچه در سایر رویکردهای نظری زوج درمانی وجود داشت، وارد درمان شدند. با مطرح شدن تحریف‌های شناختی و ادراکات نادرست در درمان زوج‌ها، توجه درمانگران به استنباط‌ها و باورهای طرفین نسبت به هم معطوف گشت و استفاده احتمالی از این باورها برای پیداکردن راهی برای رهایی از بن‌بست‌های رابطه‌ای، مورد توجه قرار گرفت(اپشتاین و باکوم،1989).

ارزیابی شناختی و روش‌های مداخله‌ای، از درمان انفرادی به عاریه گرفته‌شد و برای استفاده در مورد زوج‌ها مطابقت داده‌شد. همانند درمان انفرادی، برای تقویت قابلیت زوجین در ارزیابی و تغییر شناختارهای مشکل‌ساز، مداخلات ارتباطی و حل مشکل نیز می‌گردند(اپشتاین و باکوم، 2002).

روش‌های ارزیابی بالینی در زوج‌درمانی شناختی– رفتاری مصاحبه‌های انفرادی و مشترک با زوج‌ها، پرسش‌نامه‌هایی که خود افراد پر می‌کنند و مشاهده تعامل زوج‌ها توسط درمانگران، سه روش اصلی ارزیابی بالینی هستند.

اهداف ارزیابی نیز به قرار زیر است:

الف) شناخت نقاط قوت و خصوصیات مشکل‌دار فرد، زوج و محیط

ب) مشخص کردن عملکرد فعلی افراد در طول مراحل و تغییرات رشدی آنها

ج)شناخت جنبه‌های شناختی و عاطفی تعامل زوج‌ها که می‌تواند صرف مداخلات درمانی باشد(اپشتاین و باکوم، 2002).

## 2-5- فرآیند درمان در زوج‌درمانی شناختی- رفتاری

هنگام به کارگیری مدل شناختی-رفتاری، آموزش زوج‌ها در این زمینه بسیار مهم است و ساختار مشارکتی این رویکرد موجب می‌گردد که زوج‌ها به وضوح اصول و روش‌های آن را بفهمد.

در ابتدا درمانگر آموزش مختصر، مدل را مرور کرده و به صورت دوره‌ای، در حین درمان، مفاهیم مشخص‌شده را گوشزد می‌کند. علاوه بر ارائه این سخنرانی‌های کوچک، درمانگر اغلب از همسران می‌خواهندتا با مطالعه بخش‌هایی از کتاب‌های مرتبط، کتاب‌درمانی انجام دهند. در ادامه، زوج‌ها باید آگاه باشندکه تکالیف کار در خانه بخش مهمی از درمان است. کتاب درمانی یکی از روش‌هایی است که به آنها کمک خواهد‌کرد، با متد درمان آشنا شوند. بنابر این طرفین با مراحل درمان همگام شده و احساس مسئولیت‌پذیری در قبال افکار و رفتارشان تقویت می‌شود. درمانگر به زوجین اطلاع می‌دهد که جلسات طوری طراحی می‌شود که درمان در جهت دستیابی به اهدافی خواهد بود که در حین مرحله ارزیابی در مورد آن به توافق رسیده‌اند. بخشی از فرآیند این روش این است که درمانگر و زوج یک دستور جلسه ویژه در ابتدای هر جلسه تعیین کنند. مساله دیگر وضع کردن قوانین زمینه‌ای برای رفتار کردن مراجعان درون و بیرون از جلسات است(داتیلیو و بیرشک، 1385).

## 2-6- مداخلات درمانی در زوج درمانی شناختی- رفتاری

مجموعه مداخلات درمانی در زوج درمانی شناختی- رفتاری شامل مداخلات شناختی، مداخلات رفتاری، مداخلات ارتباطی و آموزش حل مساله می‌باشد که در ادامه به تفصیل به هر یک از این موارد پرداخته می‌شود.

## مداخلات درمانی جهت تغییرات شناختی

شناخت درمانی ثابت کرده زن و شوهر می‌توانند با اتخاذ رفتاری متواضع‌تر و با تجدید نظر در ذهن‌خوانی بی‌مورد و لاجرم اجتناب از نتایج منفی حاصل از آن و با بررسی بیشتر برداشت‌ها و با در نظر گرفتن توضیحات و تبینات دیگری برای آنچه شریک زندگیشان انجام می‌دهد، رفتار منطقی‌تری داشته‌باشند. جوهر شناخت درمانی در زندگی زناشویی را بررسی انتظارات غیرواقع‌بینانه و طرز تلقی‌های مخرب و توجیهات منفی بی‌مورد و نتیجه‌گیری‌های غیرمنطقی تشکیل می‌دهد، شناخت درمانی با تاکید به ارتباط صحیح میان زن و شوهر و با اصلاح طرز نتیجه‌گیری آنها در تبادل یکدیگر، با کاستن از شدت خصومت‌ها روابط منطقی‌تری میان خانواده‌ها ایجاد کرده‌است(بک، 1385). درمانگران پیشنهاد می‌کنند شناخت درمانی زوجین باید عقاید درباره روابط را به طور کلی و عقاید یا شناخت درباره روابط را به طور اختصاصی ارزیابی کند. درمانگران شناختی تلاش خواهند کرد تا به افراد برای زیر سوال بردن الگوهای عمومی‌تر کمک کنند. درمانگران به زوج‌ها کمک می‌کنندتا افکار سازنده‌شان را کشف کنند و آنها را جانشین افکار و الگوهایی کنند که موجب تخریب روابط می‌گردد. درمانگرها زوج‌ها را ترغیب می‌کنند تا بتوانند ارزیابی جدیدی از افکار منطقی یا غیر منطقی خود بدست آورند. این روش با درخواست از مراجعین برای گزارش افکار اتوماتیکی که وقتی فرد در حال صمیمیت کردن است، اتفاق می‌‌افتد، انجام می‌دهند(یانگ و لانگ، 1998). در واقع شرط لازم برای به تعادل رساندن شناخت‌های تحریف‌شده و افراطی همسران افزایش سطح قابلیت شناخت افکار خودآیندشان می‌باشد.

درمانگر با طرح مفهوم افکار خودآیند یعنی افکاری که خود به خود به ذهن فرد هجوم می‌آورند در طی جلسات متعدد با هدایت فرد می‌تواند، الگوهای فکری که با پاسخ‌های احساسی و منفی همراه است را به وی نمایان سازد. درمانگران در این مرحله از درمانجو می‌خواهند که در بین جلسات با همراه داشتن دفتر یادداشت کوچکی هنگام احساس پریشانی و یا تعارضات، دریافت‌های خود را در همان لحظه در دفتر خود یاداشت کنند. این یاداشت‌ها شامل توصیف افکار خودآیند همراه با پاسخ‌های احساسی و رفتاری ناشی از آن و نیز پاسخ‌های افراد خانواده می‌باشد. در آغاز کار ثبت روزانه افکار ناکارآمد، برای شناسایی و تعدیل افکار خودآیند در شناخت درمان انفرادی استفاده می‌شود. به اتکای آن درمانگر می‌تواند به مراجع نشان دهد که چگونه افکار خودآیند با پاسخ‌های احساسی و رفتاری مرتبط است.

در ادامه به این نتیجه خواهندرسید که این پاسخ‌ها با بررسی اصولی شناختارهای وابسته به پاسخ‌ها، قابل کنترل است. به این ترتیب درمانگر زوج‌ها را به مسئولیت‌پذیری در مقابل پاسخ‌های خود ترغیب می‌نمایند. تمرین ضروری برای هر یک از زوج‌ها مرور و مطالعه دفتر یادداشت می‌باشد، تا رابطه ویژه بین افکار، احساسات و رفتار را شناسایی کنند.

در این مرحله درمانگر از زوج‌ها می‌خواهد تا دنبال شناختارهای جایگزینی بگردد که بتواند پاسخ‌های احساسی و رفتاری متداول را نسبت به موقعیت به وجود آورند(اعتمادی، 1384).

## تکنیک‌های درمان‌شناختی

الف) تعیین خطاهای شناختی و نامگذاری آنها: به خاطر اینکه خطاهای شناختی یک قسمت اساسی فرآیند درمان و آموزش زوج‌ها است، ضروری است که زوج‌ها یاد بگیرند نه تنها این خطاها را تشخیص دهند، بلکه این خطاها را تبیین کنند.

هدف از این تمرین‌های شناختی هدایت‌شده، دریافت این نکته است که افکار زوج‌ها می‌تواند مخرب باشد و منجر به اطلاعات ناصحیح شد و جهت اصلاح این افکار به آنها کمک می‌شود. این تعبیر آگاهانه می‌تواند اثرات افکار نسبت به همسران را برای خر یک از زوج‌ها روشن‌تر سازد.

ب) ارتباط دادن عواطف با افکار خود: هدف اصلی از این مرحله شناخت واکنش عاطفی ناخوشایند، ارتباط دادن آن با یک حادثه و آنگاه یافتن رابطه‌ای است که آنها را به هم مرتبط می‌سازد.

ج) استفاده از روش‌های تصویرسازی و بازی نقش: هنگام شناخت افکار و اعتقادات گاهی ممکن است زوج‌ها در یادآوری اطلاعات مشکل داشته‌باشند. با استفاده از روش تصویرسازی و نقش بازی برای شناخت احساسات و افکار خودآیند می‌تولند مفید واقع‌شود.

د) چالش با افکار خودآیند و چارچوب‌بندی مجدد افکار: درمانگر با هدایت زوج در شناسایی افکار خودآیند آنها را در جهت بررسی و شناخت خطاهای شناختی و برچسب زدن و نامگذاری آنها و اینکه این افکار را با افکار و اعمال مثبت جابجا کنند یاری رساند(بک، 1385).

در درمان زوج‌ها بحث و مجادله جایگاه ویژه‌ای دارد. همین باورهای غیرمنطقی مراجعان را می‌توان ضمن آشنا ساختن آنها با عواملی که باعث شکل‌گیری تفکرات غیرمنطقی می‌شود به بحث و مجادله گذاشت(الیس، 1380).

## مداخلات درمانی جهت بهبود مهارت‌های رفتاری

درمانگران شناختی-رفتاری همچنین از دستورالعمل‌های نوشتاری و کلامی، آموزش دادن به منظور آسان کردن مهارت حل مساله به طور اثربخش، الگوسازی و تمرین رفتاری استفاده می‌کنند. مراحل اصلی مهارت حل مسأله عبارتند از: دستیابی به تعریفی روشن و خاص از مشکل بر اساس رفتارهایی که ممکن است اتفاق بیافتد یا خیر، ارائه راه‌حل‌های رفتاری خاص برای مشکل بدون اینکه به عقاید اعضا خانواده حمله شود، ارزیابی و بررسی مزایا و معایب هر راه‌حل پیشنهاد شده، انتخاب راه‌حلی که به نظر می‌رسد عملی‌تر و برای همه اعضای خانواده که درگیر مشکل هستند جذاب و پذیرفتنی باشد، توافق درباره‌ی دوره آزمایشی ارزیابی، اثربخشی آن برای اجرای راه حل انتخاب‌شده: تمرین و تکالیف خانگی برای یادگیری مهارت‌ها، ضروری و مهم است(داتیلیو، 2002؛ اپستین و باوکم، 2002).

مجموعه مراحل کسب شده از اپستین و شل سینگر(1996) در زیر آمده‌است. این مراحل را می‌توان به عنوان دستورالعمل راهنما برای حل مسأله با خانواده‌ها و زوجین استفاده کرد:

* مشکل را به صورت رفتاری مشخص تعریف کنید. درک افراد از مشکل را با هم مقایسه کنید و به توصیف مناسبی از مشکل دست یابید.
* مجموعه‌ای از راه‌حل‌های احتمالی ارائه دهید.
* مزایا و معایب هر راه‌حل را بررسی و ارزیابی کنید.
* راه‌حل عملی و امکان‌پذیر انخاب کنید.
* راه‌حل انتخاب شده‌را اجرا نموده و اثربخشی آن را بررسی و ارزیابی کنید.

این مراحل زمینه‌ای را فراهم می‌کند که به طور راهبردی به عنوان تکلیف خانگی تعیین شود. درمانگر مکررا فرآیند و پیامدهای آن را همراه با زوج یا خانواده بر اساس مسایل روزمره مورد بررسی قرار می‌دهد.

**توافق‌های تبادل رفتاری**

توافق های تبادل رفتاری، بخشی لازم و منکل درمان شناختی رفتاری است. قراردادها برای تبادل رفتارهای مطلوب، نقش مهمی در کاهش تنش‌های خانوادگی ایفا می‌کنند. ضمنا درمانگرها باید از این که تبادل رفتاری عضوی از اعضای خانواده، مشروط به رفتار عضو دیگری باشد، جلوگیری کنند. بنابراین، هدف توافق‌های تبادل رفتاری این است که هر فرد رفتارهای خاصی را شناسایی و انجام دهد که منجر به بهبود خودش می‌شود، صرف نظر از اینکه عضو دیگر چه اقداماتی انجام می‌دهد. چالش اصلی که در مقابل درمانگرها هستنداین است که اعضا خانواده را تشویق کند از اجرای تشریفات اجتناب کنند و منتظر نمانند اول دیگری به طور مثبت رفتار کند. ارائه نکات آموزشی مختصر درباره معامله به مثل در روابط آشفته، این حقیقت که فرد فقط می‌تواند بر اعمال خودش کنترل داشته‌باشد، اهمیت تعهد دادن شخص به بهبود فضا و محیط خانواده، چند مداخله‌ای هستند که، به منظور ایجاد اولین همکاری مثبت، بی میلی افراد را کاهش دهد.

**جرأت‌آموزی[[31]](#footnote-31)**

آموزش مهارتی اجتماعی که اغلب در خانواده درمانی استفاده می‌شود، مهارت جرأت آموزی است، اغلب رفتارهای خجالت‌آمیز و ترسانده‌شده که در خانواده مشاهده‌می‌شود. این رفتارها باعث می‌شود که از صحبت کردنبا هم‌دیگر اجتناب کنند یا در بعضی موارد رفتارها به رفتارهای به شدت پرخاشگرانه تبدیل می‌شود. ممکن است یکی از زمینه‌هایی که باعث مشکلات عمده در روابط می گردد، همین مسأله باشد. هنگامی‌که، این موضوع، مشکل اصلی در تعاملات است، ضروریست که در زمینه تشخیص دادن تفاوت بین پاسخ‌های جرأت‌مندانه و پرخاشگرانه، آموزش رسمی انجام گیرد. از همسران و اعضا خانواده خواسته می‌شود، این سه نوع پاسخ پرخاشگرانه، جرأت‌مندانه و منفعلانه را در ارتباط با همدیگر تمرین کنند. این تمرین به آن‌ها کمک می‌کند تا مزایای رفتار جرأت‌مندانه را در دستیابی به تعاملات سالم تشخیص دهند.

 درمانگر می‌تواند در طول جلسات درمان از فن ایفای نقش استفاده کند، از افراد بخواهد در برنامه آموزشی شرکت کنند یا نوارهای آموزشی مربوط به جرأت‌مندی را نگاه‌کنند، مخصوصا نوارهای آموزشی که بافت تعاملات زوجین و خانواده را شامل می‌شوند. از همسران و اعضاء خانواده خواسته می‌شود الگوهای جنسیت خودشان را که در دامنه سنی آن‌ها هستند، مشاهده کنند، این امر در نشان دادن تفاوت بین رفتارهای جرأت‌مندانه، منفعلانه و پرخاشگرانه، می‌تواند بسیار مفید باشد. هنگام پیشنهاد دادن جرأت‌آموزی بایستی مسایل فرهنگی را در نظر داشته‌باشید. مخصوصا در ارتباط با زوجین و خانواده‌هایی که از زمینه‌های فرهنگی متنوعی هستند. مثلا خانواده‌هایی که از فرهنگی ست که زنان را نسبت به صحبت‌کردن با شوهرانشان منع می‌کنند.

**تمرین رفتاری[[32]](#footnote-32)**

بعد از آموزش مهارت‌ها و دریافت بازخورد از درمانگر، زوج‌ها و اعضاء خانواده بایستی مهارت‌های خاص را تمرین کنند. این امر ابتدا در جلسه درمان به وسیله آموزش کلامی و الگوسازی انجام می‌شود. این جلسات تمرین را به طور سنتی به نام تمرین رفتاری می‌نامند که ابتدا درمان در جلسه شروع می‌شود و به تدریج به محیط زندگی فرد تعمیم داده می‌شود. تمرین رفتاری ضروری‌ترین بخش سلسله‌های درمان است. زیرا در جلسه بعد برای درمانگر بازخورد فراهم می‌کند که آیا زوج‌ها و اعضا خانواده آنچه را که آموزش دیده‌اند، درک کرده‌اند و می‌توانند آنچه که باید اجرا شود را در رفتارشان نشان دهند. علاوه بر این، تمرین واقعی، تغییر را بر می‌انگیزاند و به ثبات دائمی پیامد تغییر کمک می‌کند. تمرین رفتاری را می‌توان به عنوان فرآیند شکل‌دهی در نظر گرفت که در آن هم درمانگر و هم همسرها یا اعضاء خانواده یاد می‌گیرند تا شیوه جدید تعامل را بپذیرند.

بخش اولیه تمرین که در جلسه درمان انجام می‌شود. به این دلیل است که در آنجا می‌توان درباره این که چه چیزی را به نمایش بگذارند، بازخورد فراهم کرد و به طور اشتراکی برای بهبود بخشیدن تمرین و نحوه کاربرد آن در شرایط، توصیه‌های لازم ارائه داد

# مداخلات درمانی جهت بهبود مهارت‌های ارتباطی

ارتباط به زوج‌ها اجازه می‌دهد که در سطح کاملا بالغانه بحث و به حل مشکلات بپردازند و اطلاعات مهم را مبادله کنند. افرادی که نمی‌توانند اختلافات را به توافق منجر سازند در سیکل‌ نیازهای ناتمام سال‌های زندگی گیر کرده و این چرخه مرتب تکرار می‌شود. اما با خطوط ارتباطی مناسب یکدیگر را حمایت می‌کنند و آینه انعکاس دهنده مشکلات می‌توانند باشند.

بسیاری از شواهد تجربی نشان می‌دهند که زوج‌های مشکل‌دار در بیان افکار و احساسات و مهارت گوش فرادادن و حل مشکل از انواع الگوهای منفی و غیر موثر در برقراری ارتباط استفاده می‌کنند(اپشتاین و باکوم، 2002).

بیان افکار، احساس و خودآگاهی و کاربرد صحیح واژه‌ها در بیان تجارب شخصی فرد، تحت عواملی مانند تهدیدهای مختلف( ترس از طرد شدن) و یا ناتوانی از خویشتن‌داری(تسلیم شدن در برابر میل به مقابله به مثل در برابر کسی که فرد را ناراحت کرده‌است) و در نهایت ضعف در برابر برقراری ارتباط به علت فرآیندهای مختلفی ایجاد می‌گردد.

الگوهای یادگیری ناسازگار در دوره اجتماعی شدن فرد در خانواده اولیه، به نقص در عملکرد شناختی منجر می‌شود و همچنین انواع آسیب‌های روان‌شناختی، افسردگی و تجارب تلخ روابط گذشته، که فرد را موقع تعامل با سایر افراد مستعد ابراز پاسخ‌های تنش‌زا(به عنوان مثال خشم و ترس) می‌کند، نقش بسزایی در این پروسه دارد.

پژوهش نشان داده، همسرانی که با یکدیگر ارتباط منفی دارند ممکن است در رابطه با سایرین مهارت‌های سازنده‌ای بکار ببرند. این امر نشان می‌دهد که اختلال مزمن در روابط نزدیک مستقیما مانع برقراری روابط مثبت نمی‌گردد(باکوم و اپشتاین، 1989).

## آموزش مهارت‌های ارتباطی

بهبود مهارت کلامی، فکری، احساسی و گوش کردن موثر رایج‌ترین مداخلات درمان شناختی- رفتاری است که موجب تغییر تعاملات و شناختارها در افراد می‌گردد.

**دستورالعمل جهت ایجاد مهارت‌های شنیداری و کلامی:**

الف) مهارت شنیداری: گوش سپردن همدلانه، شامل ابراز توجه به وسیله رفتارهای غیرکلامی(چشمی، سر) و نشان دادن پذیرش پیام گوینده چه شنونده موافق یا مخالف باشد.

ب) مهارت کلامی: اذعان به فردی بودن دیدگاه‌های شخصی، توصیف احساسات و افکار، اشاره به نکات مثبت در کنار مشکلات، سخن گفتن با استفاده از الفاظ خاص به جای کلی‌گویی، مختصرگویی(جهت جذب شنونده) باملاحظه و باسیاست بودن(عدم طرح مسایل مبهم هنگام استراحت شبانه) از جمله مهارت‌های کلامی است.

**تعیین تکلیف منزل**

بخش مبسوطی درباره‌ی تعیین تکلیف منزل در اینجا ارئه می‌شود، زیرا تکلیف منزل بخشی مکمل و مهم از رویکرد شناختی-رفتاری است. همچنین به عنوان یکی از قویترین عوامل تغییر در نظر گرفته می‌شود. بیشتر وقت بیمار خارج از جلسات محیط خانه سپری می‌شود و محیط خانه جایی است که بیشتر مشکلات در آن محل اتفاق می‌افتند. پس بنابراین تکلیف منزل، جلسات را در طول هفته زنده نگه می‌دارد و جلسات درمان را به زندگی روزمره منتقل می‌کند.

تکلیف منزل همچنین کمک می‌کند تا خانواده‌ها فعالانه در درمان مشارکت کنند. در اوایل مرحله ارزیابی به منظور پازمودن انگیزه تغییر ممکن است از یک تکلیف استفاده شود. تعیین تکلیف منزل در پرداختن به مقاومت زوج یا خانواده در سراسر دوره درمان می‌تواند بی‌نهایت اثربخش باشد.

فایده دیگر تکلیف منزل این است که تکالیف، فرصت‌هایی را برای افراد فراهم می‌کنند تا بصیرت حاصل از رفتارهای مقابله‌ای که در فرآیند درمان بحث‌شده‌است را اجرا و ارزیابی کنند. تمرین بر آگاهی از مسایل گوناگونی که در درمان آشکار شده‌اند، تاکید می‌کند. علاوه بر این، تکلیف منزل انتظارات مراجعان را بیشتر می‌کند تا به جای اینکه در جلسه درمان صرفا درباره تغییر صحبت کنند، آن را تا رسیدن به نتیجه دنبال کنند. تمرین‌ها معمولا به مشارکت نیاز دارند. مشارکت، حسی را ایجاد می‌کند که بیمار، فعالانه در جهت تغییر حرکت می‌کند. به عبارت دیگر، تکلیف منزل می‌تواند مراحلی را برای تجربه آزمایش تعیین کند. چنین تجربه‌هایی را می‌توان در جلسه بعد برای پردازش بیشتر دوباره اعمال کرد. همان‌طور که، تکلیف منزل در جلسات درمان پیشرفت می‌کند، می‌توان در افکار، احساسات و رفتارها تغییراتی به وجود آورد.

گاهی اوقات، مخصوصا در زمینه خانواده درمانی، فرآیند درمان می‌تواند مبهم و انتزاعی باشد. با ساخت دادن و تمرکز بیشتر بر تعیین تکلیف منزل می‌توان مجددا به درمان انرژِ تازه‌ای داد. به علاوه، تکلیف منزل می‌تواند انگیزه تغییر را در مراجعه‌کنندگان افزایش دهد زیرا برای آن‌ها کار خاصی را فراهم می‌کند که می‌توانند روی آن کار کنند. یک فایده دیگر این است که شمار افراد مهم دیگر را افزایش می‌دهد. این امر به شویه تعیین تکلیف بستگی دارد که مشارکت دیگران را الزامی می‌کند.

راهبردهای تکلیف منزل ابتدا هنگامی که اعضا خانواده در جلسه درمان در تعامل هستند، مدل‌سازی می‌شود. به آن‌ها دستور‌العملی داده می‌شود تا در خارج از جلسات تعاملشان را برطرف کنند. در همه موارد، به منظور افزایش دادن احتمال موفقیت تکلیف منزل، مهم است درمانگر، توانایی، تحمل و انگیزه زوج یا خانواده را در نظر بگیرد.

**برنامه‌ریزی فعالیت‌ها**

استفاده از برنامه‌ریزی فعالیت‌ها با تاکید بر ارتباطات، مهارت‌های تعاملی و مهارت‌های حل مسأله برای زوج‌ها و خانواده بی‌نهایت مهم است. برنامه‌ریزی فعالیت‌ها به منظور تشخیص ناکارآمدی عملکرد و یادگیری رفتارهای جدید انجام می‌شود. برای مثال، یک خانواده می‌تواند، فعالیت جدیدی را با همدیگر انجام دهند مانند اسکی رفتن، واکنش‌های هر عضو را در موقعیت جدید مشاهده کنند و ببینند افراد چگونه به یکدیگر کمک می‌کنند. آیا هوای همدیگر را دارند یا به سردی با همدیگر رفتار می‌کنند؟ در آثار حرفه‌ای تعدادی دفترچه راهنما داده‌شده‌است. در این دفترچه‌ها از برنامه‌ریزی فعالیت‌ها د رتعیین تکلیف منزل و تکالیف متنوع خارج از جلسه درمان هم با زوج‌ها و هم با خانواده استفاده‌ کرده‌اند(بویلاکوا و داتیلیو، 2001).

به منظور کمک کردن به خانواده‌ها تا مسیر فعالیت‌هایشان را بر اساس قاعده‌ای تنظیم کنند، می‌توان برنامه فعالیت‌ها استفاده کرد. اگر تعامل‌های منفی یا نشانه‌های مشکل‌داری در روابط وجود دارد، زوج‌ها و خانواده‌ها می‌توانند از برنامه‌هایی استفاده کنند که کمتر طاقت‌فرسا هستند. مانند: تهیه لیستی از فعالیت‌هایی که در طول روز باید انجام شود و صحبت‌کردن درباره تکالیفی که باید انجام دهند. برنامه فعالیت‌ها باید دارای درجه‌بندی ذهنی درباره فعالیت‌ها باشند.این درجه‌بندی بیانگر سطح موفقیت یا رضایتی است که آن‌ها فراهم می‌کنند.

مراجعان می‌توانند از مقیاس‌هایی برای درجه‌بندی فعالیت‌ها استفاده کنند(از صفر=بیانگر نداشتن رضایت یا تسلط تا 10=بیانگر رضایت کامل یا تسلط کامل). به منظورتشویق افراد برای تمرکز بر فعالیت‌هایی که حسی از موفقیت یا رضایت را فراهم می‌کنند معمولا برنامه‌های فعالیت و مقیاس‌های درجه‌بندی در هم ادغام می‌شوند. که هر دو به منظور ایجاد ارتقا و انسجام بین همسرها و اعضا خانواده طراحی شده‌اند.

**خود نظارتی[[33]](#footnote-33)**

در درمان‌های شناختی- رفتاری سنتی معمولا از افراد خواست می‌شود بین جلسات ارزیابی فکری یا خلقی انجام دهند. تمرین‌های نظارتی طراحی می‌شوند تا برای درمانگر اطلاعات دقیقی درباره زمینه‌های مشکل دار زوج‌ها و اعضا خانواده فراهم کند. از مراجعان خواسته می‌شود بر افکار و باورهای خودآیندی که هنگام انجام این تمرین‌ها و فعالیت‌ها تجربه می‌کنند، تمرکز کنند. منطق خود نظارتی این است که به افراد کمک کند تا به طور کامن در تماس باشند که چگونه فکر می‌کنند، چگونه احساس می‌کنند، چگونه رفتار می‌کنند و چگونه خود- نظارتی بر پویایی‌های رفتاریشان تاثیر می‌گذارد. نمونه‌ای از خود نظارتی، استفاده از برگه روزانه افکار ناکارآمد است(بک، راش، شاو و امری، 1979) که در ان از افراد خواسته می‌شود در جریان بحث‌ها، افکارشان را ثبت کنند و رابطه‌ای ایجاد کنند که چگونه افکار بر رفتارها و خلقیات آنها تاثیر می‌گذارند.

**تعیین تکلیف رفتاری[[34]](#footnote-34)**

همانگونه که قبلا ذکر شد، بخش مهمی از درمان‌ با زوج‌ها و خانواده‌ها، تعیین تکلیف رفتاری است. تکالیف رفتاری از افراد می‌خواهندبرای جستجو کردن تبیین‌های جایگزین از خودگویی‌های با ساختار استفاده کنند. به منظور اصلاح کردن رفتارهای مشخص، افراد ی‌توانند به تنهایی یا همراه با زوج، اعضا خانواده از این فن استفاده کنند. همچنین تکالیف رفتاری ممکن است از افراد بخواهد که بین خودشان، الزامات مشترکی ایجاد کنند.

هنگامی که اعضا خانواده درگیر طرح‌ها و برنامه‌ریزی‌هایشان هستند، تعیین تکلیف رفتاری اغلب اثربخشی بیشتری دارد. چنین طرح‌ریزی مستلزم زمان‌بندی کردن تکلیف است. زمان‌بندی در این مورد که چه کسانی در آن مشارکت خواهندکرد؛ با چه فراوانی تکلیف انجام خواهد شد؛ انجام تکلیف به چه مدت زمانی نیاز خواهد داشت(داتیلیو، 2010 ترجمه اصغری، 1393).

## 2-7- زوج‌درمانی گروهی

سلامت روانی انسان بسته به روابط گروهی است. انسان از روابط خود با دیگران بهره روانی می‌برد، کسی که در یک گروه اجتماعی شرکت می‌کند و از آن لذت می‌برد در واقع در یک گروه غیر رسمی روانی شرکت کرده‌است(ثنایی، 1383).

هدف کلی زوج‌درمانی گروهی افزایش آگاهی افراد از خودشان و دیگران و کمک به آنها در جهت روشن ساختن تغییراتی است که در زندگی مایل‌اند بدان‌ها دست یابند و فراهم ساختن ابزارهای لازم برای انجام این تغییرات. زوج‌ها از طریق تعامل با دیگران در یک محیط مطمئن و پذیرنده، این فرصت را پیدا می‌کنند که رفتارهای جدید را تجربه کرده و بازخورد صادقانه‌ای را از دیگران راجع به اثرات رفتارشان دریافت کنند. در نتیجه فرصتی به دست می‌آید که زوج‌ها بیاموزند که نسبت به همسران خود چگونه باید برخورد کنند.

منطق این گروه‌ها آن است که حمایت و چالشی که آنهارا فراهم می‌کنندبه زوج‌ها این امکان را می‌دهد که یک خودسنجی صادقانه داشته‌باشند و شیوه‌های خاصی را برای تغییر الگوهای فکری، احساسی و رفتاری خود مشخص می‌کنند(کوری- کوری، 1390).

اهداف اصلی در این گروه کمک کردن به زوج‌ها برای رشد نگرش مثبت‌تر و مهارت‌های ارتباطی، تسهیل تغییر رفتار و انتقال مهارت‌های اکتسابی جدید و رفتارهای آموخته‌شده به همسران است.

زوج‌ها در گروه با این موضوع مواجه می‌شوند که مشکلات منحصر به فرد نیست و تعارض جز زندگی است. سازش و سلوک در زندگی ضروری است و زوج‌ها نیاز به آموزش جهت یافتن بهترین روش ارتباطی با یکدیگر دارند.

گروه زوج‌ها تریبون آزاد بیان انتظار و توقع ایشان می‌باشد. امکان پس‌خوراند و سنجش دقیق روابط در آن مهیا است(گلدنبرگ، 1382).

ادبیات فنی مربوط به درمان گروهی حکایت از آن داردکه زوج‌ها در این روش با درمانگر و سایر اعضای گروه همانندسازی می‌کنند، معمولا این افراد بهبود و شرایط بهتری می‌یابند نسبت به زوج‌هایی که چنین نمی‌کنند.

زوج‌ها در فضای گروه از سطح اعتماد و انسجام بالاتری نسبت به مراجعه انفرادی به درمانگر برخوردار می‌شوند. همچنین به شیوه‌ای آزاد و مستقیم با یکدیگر تعامل می‌کنند. اشتیاق به خطر کردن درباره موضوعات تهدید‌کننده و شناساندن خود به دیگران به چشم می‌خورد. تعارض میان زوج در گروه قابل شناسایی است و درمانگر می‌تواند به شیوه‌ای مستقیم و موثر با آن برخورد کند.

مواجهه به گونه‌ای رخ می‌دهد که از برچسب زدن به دیگران خودداری می‌شود و بنابراین زوج‌ها بدون نگرانی و آزادانه به شیوه‌ای غیر دفاعی پسخوراندها را پذیرفته و به آن فکر می‌کنند. تمایل زوج‌ها به انجام تکالیف منزل و جهت کسب تغییرات رفتاری مورد نظر بیشتر از جلسات انفرادی است. همسران در این جلسات احساس می‌کنند که از گوشهایشان برای تغییر کردن پشتیبانی می‌شود و مایل‌اند خطر اجرای رفتارهای جدید را بپدیرند و امیدوارند که عملا اگر بخواهند می‌توانند رفتار خود را تغییر دهند. آنها احساس درماندگی نمی‌کنند.

گروه مجموعه‌ای از دیدگاه‌ها و نقش ماست نه افراد(بک، 1984 به نقل از بارکر، 1382). زوج‌ها مسایل ارزشمندی را در گروه می‌آموزند و ایجاد صمیمت و رضامندی زناشویی را می‌توانند تجربه کنند.

**امکانات زوج‌درمانی گروهی**

1. با پشتیبانی یک گروه حمایتی، کاوش در زمینه مشکلات، نگرانی‌ها و نیازهای سازشی و تکامل زوج انجام می‌پذیرد.
2. گروه فرصت تغییر در احساسات را مهیا می‌کند.
3. تجربه روابط طبیعی و مثبت در گروه ایجاد می‌شود.
4. کسب مسئولیت نسبت به خود و دیگران برای همسرلن فراهم می‌شود. ذر واقع عضو مشاوره گروهی شدن دلالت بر قبول مسئولیت دارد(چیت‌سازان، 1387).

در واقع زوج‌درمانی شناختی- رفتاری، اجرای نقش با تقویت و پسخوراند اجتماعی همراه است و تکالیف برای خانه طرح می‌شوند. سایر فنون همچون بحث از انواع شناخت‌ها، طرح‌ برنامه کاری درجه‌بندی‌شده، آزمایش انواع تمرینات خاص رفتاری که ممکن است در تعاملات اجتماعی رخ می‌دهند(مثل تصمیم‌گیری خاص و تجزیه و تحلیل مناسب حوادث) نیز به همین ترتیب مورد استفاده قرار می‌گیرند(ساراسون[[35]](#footnote-35) و ساراسون، 1382).

محک زدن مشکلات قدیمی، یافتن راه‌حل‌های جدید داخل جلسه درمان و خارج از آن جنبه مهمی از این نوع درمان گروهی است(شارف، 1381). درمانگر با مداخلات درمانی ویژه گروه و آگاهی از پویایی گروه، با اتکا به روش‌های اداره و مقابله با مشکلات فردی و به کارگیری تکنیک‌های زوج‌درمانی شناختی-رفتاری تغییرات پیش‌بینی شده را در همسران ایجاد می‌کند.

# 2-8- پیشینه و سابقه پژوهش

این بخش شامل دو قسمت می‌باشد.

1. پژوهش مرتبط با رضایت‌مندی در روابط زناشویی
2. پژوهش مرتبط با زوج‌درمانی شناختی- رفتاری

## پژوهش مرتبط با رضایت‌مندی در روابط زناشویی

این قسمت شامل پژوش‌های داخل و در ادامه پژوهش‌های خارج از کشور پیرامون رضایت‌مندی در روابط زناشویی می‌باشد.

###  پیشینه تجربی تحقیق در داخل کشور

پژوهش‌های متعددی در زمینه صمیمیت و عوامل موثر بر آن در ایران و سایر کشور‌هاصورت گرفته‌است که بیانگر این واقعیت می‌باشند که برخورداری از صمیمیت در بین زوج‌های متاهل، از عوامل مهم ایجاد ازدواج پایدار است(کرافورد و آنگر[[36]](#footnote-36)، 2004) و اجتناب از برقراری روابط صمیمانه از عواملی است که موجب شکست در زندگی خانوادگی خواهدشد(بلوم،2006) که چندین نمونه از آنها در زیر می‌آید.

نتایج تحقیق راستی(1381) در زمینه مقایسه صفات شخصیتی و رضایت زناشویی بر اساس مدل پنج عاملی نشان داد که صفات شخصیتی همچون سبک‌های انگیزشی، نگرشی و تجربه‌ای جز عوامل مهم درون فردی محسوب شده که بر روابط زناشویی موثرند. علاوه بر آن در پژوهشی مشاهده گردید که نتایج تحقیق عرفانی اکبری(1378) در زمینه بررسی مشکلات مربوط به صمیمیت زوج‌ها و تاثیر درمان مشکلات ارتباطی نشان داد که درمان روابط می‌توانند مشکلات مربوط به صمیمیت زوج‌ها و مشکلات مربوط به عدم توافق، علاقه، محبت و تعهد و سازگاری شخصیتی زوج‌ها را بهبود بخشد.

نتایج پژوهش اعتمادی(1384) در زمینه بررسی تاثیر زوج‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر افزایش صمیمیت زوج‌ها نشان داد که آموزش به شیوه شناختی- رفتاری میزان صمیمیت عاطفی، عقلانی، جنسی و جسمانی زوج‌ها را افزایش داد.

در پژوهش پیرامون رضایت زناشویی نتایج نظری(1384) نشان داد که روش غنی‌سازی ارتباط، رضایت زناشویی را افزایش داده و روی ارتباط عاطفی، زمان با هم بودن، مسایل جنسی که با صمیمیت نزدیک است بهبودی معنادار ایجاد کرده‌است.

در بررسی پژوهش اعتمادی(1384) مشاهده گردید که تاثیر زوج‌درمانی به شیوه ایماگوتراپی بر افزایش صمیمیت زوج‌ها نشان می‌دهدکه آموزش نقش بسیار مهمی بر ارتقا صمیمیت و رضایت‌مندی زوج‌ها از زندگی زناشویی به خصوص در ابعاد شخصیتی، ارتباطی خواهد داشت.

نتایج تحقیق اولیاء و همکاران(1385) با عنوان تاثیر آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش صمیمیت زوج‌ها نشان داد که آموزش مولفه‌های زندگی زناشویی نقش بسیار مهمی بر افزایش صمیمیت زوج‌ها و در نهایت پربارسازی زندگی زناشویی خواهد داشت.

همچنین پژوهش خمسه(1387) با عنوان بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمت نشان داد که تفاوت‌های جنسیتی نقش مهمی بر میزان صمیمیت زوج‌ها خواهدداشت.

در بررسی دیگر موحدی(1387) با عنوان تاثیر آموزش ابعاد صمیمیت بر افزایش صمیمیت نشان داد که آموزش نقش بسیار مهمی بر افزایش میزان رضایت‌مندی زناشویی به خصوص در بعد ازدواج و فرزندان در زوج‌ها خواهد داشت.

مشاهده نتایج تحقیق اثباتی(1388) با عنوان اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش و صمیمیت و کاهش تفکر قطعی‌نگر زوج‌ها نشان داد که این رویکرد نقش مهمی در ایجاد صمیمیت و بهبود روابط زناشویی دارد.

در پژوهش دیگری نتایج تحقیق پورسردار(1389) تاثیر آموزش صمیمیت بر افزایش رضایت زناشویی را بررسی نمود و نشان داد این برنامه آموزشی نتایج ثمربخشی در رضایت زناشویی و پربارسازی این روابط دارد.

## پیشینه تجربی تحقیق در خارج از کشور

کیس[[37]](#footnote-37) و والری[[38]](#footnote-38) در یک مطالعه از 1160 درمانگر خواستند، مشکل‌ترین حوزه‌های اختلاف زوج‌ها را درجه‌بندی کنند. آنها به ترتیب، ارتباطات، انتظارات غیر واقعی از ازدواج و همسر، فقدان صمیمیت و نشان ندادن علاقه را به عنوان مهمترین جنبه‌های مشکلات زناشویی معرفی کردند(نظری، 1384).

در سال 1984، «برنامه آموزش صمیمت زوج‌ها» با آموزش تخصصی 5/4 روزه توسط ویرجینیا ستیر شروع شد. اولین مطالعه پژوهشی در مورد «برنامه آموزش صمیمیت زوج‌ها» توسط گوردون در سال 1984 انجام گرفت که به صورت ارزشیابی قبل و بعد روی 11 زوج بود که حالات و ویژگی‌های اضطراب و ابعاد شخصیت و ارتباط را مورد ارزیابی قرار داد. نتایج نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان در «برنامه آموزش صمیمیت زوج‌ها» علاوه بر بهبود رابطه با عزت نفس و قدردانی همسران از یکدیگر نیز پیشرفت قابل ملاحظه‌ای نشان داد(گودرون و دورانا[[39]](#footnote-39)، 1999).

دریگتاس[[40]](#footnote-40) و راسپالت[[41]](#footnote-41)(1992) نشان دادند که اگر نیازهای مهمی چون صمیمیت برآورده‌نشده باشد در روابط تاثیر منفی می‌گذارد. آنها در مطالعات‌شان در مورد روابط عاشقانه دانشگاهی پنج نیاز متفاوت(صمیمیت، روابط جنسی، مصاحبت، درگیری عاطفی و درگیری عقلی) و رابطه‌شان با تصمیمات ماندگار در روابط بررسی کردند. آنها دریافتند که میزان ارضاء نیازهای مهم فرد در رابطه جاری در مقایسه با میزان ارضاء آن در یک رابطه متناوب، بین افرادی که در رابطه باقی مانده‌اند و آنهایی که به صورت داوطلبانه آن را خاتمه‌ داده‌اند، به صورت معنی‌داری متفاوت است.

در پژوهشی که توسط گوردون و دورانا(1996) انجام شد، اثر پیوند و تخلیه هیجانی در بین زوج‌ها را مورد سنجش قرار داد. نتایج نشان داد که کاربرد عملی مهارت‌های ارتباط صمیمانه بین زوج‌ها، رضایت از زندگی زناشویی را در ابعاد (شخصیتی) افزایش می‌دهد. گوردون و دورانا(1998) در مطالعه‌ای دیگر اثر تقویت و حفظ روابط صمیمانه بین زوج‌ها را مطالعه و ثابت کردند و 76% زوج‌ها در این کلاس فوائد مهمی را در رابطه با این کارگاه آموزشی تجربه کردند و در مرحله پیگیری این پژوهش توافق و سازگاری شخصیتی و همدلی از خود نشان دادند.

هیکمون[[42]](#footnote-42)، پروتینسکی[[43]](#footnote-43) و سینگ[[44]](#footnote-44)(1997) به بررسی اثربخشی یک برنامه غنی‌سازی زناشویی ازدواج(مدل ای، سی، ام، ای) در افزایش صمیمیت زوج‌های متاهل پرداختند. پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در پرسشنامه صمیمیت وارینگ، مقیاس تغییر جهت، حاکی از اثربخشی هر دوی این برنامه‌ها بود. نتایج نشان دادند که این برنامه توانست به شکل معناداری باعث افزایش رضایت از زندگی زناشویی(مدیریت مالی، اوقات فراغت، اقوام و دوستان و جهت‌گیری مذهبی) در زوج‌ها شود.

لارنسیا[[45]](#footnote-45) و فیلدمن[[46]](#footnote-46)(1998) نشان دادند که احساس درک کردن و درک شدن بین همسران مانند، فهمیدن، قبول کردن، تایید، توجه و مراقبت از همسر به پیش‌بینی صمیمیت، در کنار بی‌پرده‌گویی و پاسخ‌گو بودن همسر(در جواب بی‌پرده‌گویی همسر) کمک می‌کند. بنابراین پاسخ‌های متقابل زوج‌ها و در مجموع بی‌پرده‌گویی زوج‌ها در رابطه با خود، یک پیش‌بینی مهم، در رضایت زوج‌ها از زندگی زناشویی و حل تعارضات به شمار می‌رود.

لارسون[[47]](#footnote-47)، هاموند[[48]](#footnote-48) و هارپر[[49]](#footnote-49)(1998) نشان دادند که ادراک برابری، روابط زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. نتایج نشان داد که برداشت و ادراک زنان از روابط صمیمانه به مقدار زیادی متاثر از ادراک آنها از میزان برابری است. در نتیجه وجود نابرابری در زنان، صمیمیت و رضایت از زندگی زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، در حالی که در مردان چنین نیست.

هلر[[50]](#footnote-50) و وود[[51]](#footnote-51)(1988) در بررسی تفاوت‌های جنسیتی در سطح صمیمیت و دقت پیش‌بینی صمیمیت همسران، نشان دادند که زنان سطح بالاتری از صمیمت را نشان داده و بهتر از مردان، احساسات همسرشان را پیش‌بینی کردند. این نتایج نشان داد که زنان و مردان ممکن است صمیمیت را به شیوه‌های مختلف، تجربه و احساس کنند.

ولیهان[[52]](#footnote-52)(2000) تاثیر یک برنامه غنی‌سازی ازدواج(بهبود روابط) را بر تغییر دیدگاه زوج‌ها درباره صمیمت و رابطه جنسی مورد پژوهش قرار داد. 46 زوجی که در این کارگاه آموزشی شرکت کردند و ارزیابی شخصی درباره صمیمت اولسون(1981) و پرسشنامه صمیمیت وارینگ و ارزیابی رابطه جنسی (مادوک، 1998) را کامل کردند. نتایج نشان داد که زوج‌های شرکت‌کننده در این کارگاه بعد از جلسات، ارتباطات صمیمانه خود را نسبت به قبل بهتر ارزیابی کردند، روابط جنسی رضایت‌مندانه‌ای را گزارش کردند.

تحقیقات هالفورد ساندرز و بهرنس(2001) بر روی 83 زوج نشان داد که زوج‌هایی که در معرض خطر بالایی بودند و تحت آموزش قرار گرفتند، نسبت به زوج‌های گروه کنترل، رضایت زناشویی بسیار بالاتری به خصوص در ابعاد شخصیتی و مدیریت مالی را نشان دادند.

میلرو یورگانسون(2003)، در مطالعه‌ای نشان دادند که مهمترین مشکلات بین زوج‌ها مربوط به حیطه‌های زیر است.

1. صمیمت عاطفی 2- مسایل جنسی 3- ارتباطات 4- مسایل مالی 5- حل تعارض 6- اوقات فراغت

برانت[[53]](#footnote-53)(2003) در بررسی رابطه بین صمیمت معنوی و رضایت زناشویی در زمینه آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی دریافت که رابطه غیر مستقیمی بین ازدواج‌هایی که از صمیمت معنوی برخوردارند و افزایش رضایت‌مندی زناشویی وجود دارد.

جاکوبسکی[[54]](#footnote-54) و همکاران(2004) نشان می‌دهد که آموزش برنامه مهارت‌های ارتباط صمیمانه[[55]](#footnote-55)(Pairs) می‌تواند باعث اضطراب کمتر، افزایش سازگاری زناشویی، رضایت و افزایش تفاهم شخصیتی بین زوج‌ها می‌شود.

کلاین[[56]](#footnote-56) و استانفرد[[57]](#footnote-57) (2004) در مطالعات خود نشان دادند که رفتارهای مثبت روزانه مثل خندیدن، مهربانی، شوخی کردن و بوسیدن همدیگر فرصت مناسبی برای زوج‌ها است که دوستی و صمیمت خود را بیشتر به هم نشان دهند.

کربای، باکوم و پیترمن[[58]](#footnote-58)(2005) نشان دادند که نیاز صمیمیت برآورده نشده در روابط زناشویی بر رضایت کلی از رابطه و صمیمت تاثیر منفی می‌گذارد. آنها در مطالعه‌ای که روی 84 زوج انجام دادند به این نتیجه رسیدند که انتقاد کردن و سرزنش کردن همسر نه تنها با رضایت کمتر مربوط نیاز به صمیمت رابطه دارد بلکه بر رضایت کلی از رابطه نیز خدشه وارد کند.

میرگان[[59]](#footnote-59) و کوردووا[[60]](#footnote-60)(2007) نشان دادند که داشتن مهارت‌های عاطفی رضایت زناشویی و صمیمیت را در بین زوج‌ها تحت تاثیر قرار می‌دهد و همچنین زنان مهارت‌های عاطفی بیشتری نسبت به مردان دارند. این بررسی ارائه‌کننده پشتیبانی بیشتر برای این تئوری که مهارت‌های عاطفی نقش مهمی در توسعه و حفظ سلامت زناشویی دارد ایفا می‌کند. زیرا که نقش چنین مهارت‌هایی در ثبات مراحل صمیمیت است. علاوه بر این نتایج نشانگر این است که داشتن مهارت‌های عاطفی نقش مهمی در حل کردن تعارضات و تفاهم شخصیتی حل تعارض در بین زوج‌ها دارد.

آوربک[[61]](#footnote-61)، کمپ[[62]](#footnote-62) و اینگلز[[63]](#footnote-63)(2007) مولفه‌های عشق(صمیمیت هوس و تعهد) را در رابطه عاشقانه بررسی کردند. نمونه پژوهش 435 نفر بودندآنها دریافتند که 1) بین صمیمت و رضایت از رابطه، رابطه مثبت وجود دارد. 2) بین هوس و رضایت از رابطه، رابطه مثبت وجود دارد. 3)بین تعهد و رضایت از رابطه، رابطه مثبت وجود دارد. 4)تحلیل رگرسیون نشان داد بین هر سه مولفه عشق(صمیمت، هوس و تعهد) و تداوم رابطه عاشقانه رابطه مثبت وجود دارد.

میشل[[64]](#footnote-64)، کستلانی[[65]](#footnote-65)، هرینگتون[[66]](#footnote-66)، جوزف[[67]](#footnote-67)، داس[[68]](#footnote-68) و اشنایدر[[69]](#footnote-69)(2008) نشان دادند که بی‌پرده‌گویی و همدلی مولفه‌های تشکیل‌دهنده صمیمیت هستند. در مردان بی‌پرده‌گویی و همدلی مولفه‌هایی هستند که صمیمیت را پیش‌بینی می‌کنند، در حالی که در زنان صمیمیت به وسیله بی‌پرده‌گویی و همدلی شریک زندگی‌شان پیش‌بینی می‌شود. به نظر می‌رسد بی‌پرده‌گویی و همدلی مهمترین تعیین‌کننده رفتار صمیمانه با همسر باشد اما روشی که آنها تحت تاثیر صمیمیت قرار می‌گیرند متاثر از تفاوت‌های جنسیتی است.

## پژوهش مرتبط با زوج‌درمانی شناختی-رفتاری

به طور کلی تحقیقات متعددی در ایران و کشورهای دیگر رابطه بین فرآیندهای شناختی و روابط زناشویی را مشخص کرده‌اند. باورها، انتظارات، برداشت‌ها و اسنادهای مخرب و غیر منطقی، روابط زناشویی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. روش‌های شناختی از جمله زوج‌درمانی شناختی- رفتاری، به بررسی و اصلاح این باورها می‌پردازند، اصلاح برداشت‌ها و باورهای غلط باعث رفع سوء تفاهم، کاهش رنجش و خشم، توجه به جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر و در نهایت افزایش صمیمت می‌شود.

الیس(1977)، نشان داد بسیاری از مشکلات روان‌شناختی افراد ناشی از ادراک تحریف‌شده و غیر منطقی آنان، یعنی آنچه که در روابط زناشویی بیشتر زمینه مشکل و اختلال را موجب می‌شوند، نه محرک‌ها و نه رویدادهای بیرونی، بلکه نحوه تفکر و باورهای غیر منطقی آنان نسبت به رویدادهاست.

در همین راستا مولر[[70]](#footnote-70) و رابینسورت[[71]](#footnote-71)(1989)، نشان دادند که پنج نوع فرآیند شناخت شامل توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، فرضیات و معیارها، یعنی باورهایی که به هر فرد درباره ازدواج و روابط صمیمانه در ذهن دارد با رضایت‌مندی و میزان صمیمیت مرتبط است(به تقل از باکوم و اپشتاین، 1989).

هامامسی[[72]](#footnote-72)(2006)، نیز در پژوهش خود تحت عنوان «باورهای ارتباطی مختل در تعارض زناشویی» نشان داد که عقاید ارتباطی مخرب همبستگی مثبتی با فراوانی تعارضات زناشویی و سطح تنش در این تعارضات دارد.

استوری[[73]](#footnote-73)، برگ[[74]](#footnote-74)، اسمیت[[75]](#footnote-75)، کلی[[76]](#footnote-76) و دیگران(2007)، در مطالعه‌ای دریافتند که حل مشکلات از طریق تشریک مساعی، ممکن است توسط آن دسته از زوج‌های مسن استفاده شود که عملکرد شناختی خوش‌بینانه‌تر دارند.

آنها همچنین نشان دادند که شوهران مسن و همسرانشان، رفتار همسر خود را در طی تعاملات غیر توافقی، نسبت به آنچه یک مشاهده‌گر مستقل تشخیص می‌دهد، مثبت‌تر در نظر می‌گیرند، که نشان می‌دهد بزرگسالان مسن، نسبت به جنبه‌های مثبت در روابط خود، تمایل و سوگیری دارند.

استانفورد[[77]](#footnote-77) 2006(نقل از مومنی، 1387) نیز در پژوهشی به نام «ارتباط در طی تعارض زناشویی، وقتی زوج‌ها ارزیابی‌هایشان را تغییر می‌دهند، رفتارشان تغییر می‌کند» نشان داد که تنوع بین افراد در ارزیابی شناختی، تنوع افراد در رفتار ارتباطی طی تعارض را پیش‌بینی می‌کند.

لارنسون[[78]](#footnote-78)(1993 نقل از امانی، 1380)، نیز طی تحقیقی به بررسی باورهای غیر منطقی درباره انتخاب زوج می‌پردازند و نتیجه می‌گیرد که درمان شناختی و تعدیل باورهای غیر منطقی باید به عنوان یک عنصر مهم جهت مشاوره قبل از ازدواج و رضامندی زناشویی باشد.

در زمینه اصلاح رفتارها و الگوهای ارتباطی در رویکرد شناختی-رفتاری، گاتمن[[79]](#footnote-79) و همکاران معتقدند، روابط صمیمانه همسران به مهارت‌های ارتباطی از قبل توجه افراد به مسایل از دید همسر، توانایی درک همدلانه از آنچه که همسر تجربه‌کرده‌است و حساس و آگاه بودن از نیازهای او بستگی دارد.

در پژوهش دیگری درباره مشکلات ارتباطی اوکام(1992)نشان می‌دهد که مسایل و مشکلات ارتباطی منشا اصلی مشکلات بین فردی است و عمده مشکلات زناشویی ناشی از سوء تفاهم و ارتباط غیر موثر می‌باشد. اودون[[80]](#footnote-80) و کروچ[[81]](#footnote-81)(1996)، نیز اظهار داشته‌اند که هسته درمان مشکلات زناشویی اصلاح مهارت‌های ارتباطی است(نقل از اعتمادی، 1384).

همچنین برآوردهای برنشتاین(1384)، نشان داده‌است که 90% زوج‌های پریشان، مشکلات ارتباطی را به عنوان عامل مهمی در روابطشان ذکر کرده‌اند.

تحقیقات مرتبط در ایران نیز از این قرار می‌باشد. در زمینه نقش باورها و شناخت در روابط زناشویی، نتایج تحقیق زارعی(1385)، نشان داد که در زوج‌های ناسازگار عوامل سوءتفاهم، تفکرات غیر منطقی و مطلق‌گرا بیش از عوامل دیگر وجود دارد، در پژوهشی دیگر نیز با عنوان ارتباط تفکرات غیر منطقی و الگوهای دلبستگی با سازگاری زناشویی، یافته‌ها نشان داده‌است که وجود تفکرات غیرمنطقی در عمده ارتباط‌های صمیمانه و به تبع آن در سازگاری زناشویی موثر است(مومن‌زاده، 1384).

در پژوهشی دیگر شایسته(1385)، که با هدف ارزیابی نقش و باورهای ارتباطی خاص و انتظارات در میزان رضایت‌مندی زناشویی بر روی 50 زوج ایرانی مقیم استرالیا و کانادا انجام شده، نتایج این مطلب را روشن می‌‌کند که افراد با تفکر غیر منطقی به طور معناداری از رضایت زناشویی پایین‌تری برخوردار هستند.

ادیب راد و همکاران(1383) نیز دریافتند، که میزان باورهای غیر منطقی عاطفی نزد زوج‌هایی که برای طلاق مراجعه کرده‌اند، بیشتر از زوج‌های عادی است.

در حوزه تفکر قطعی‌نگر، یونسی(1381)، زارعی(1385)، پی بردند که کاهش تفکر قطعی‌نگر در زوج‌ها، در کنار سایر تکنیک‌های شناختی، افزایش رضایت‌مندی و کاهش تعارضات زناشویی را در پی‌دارد. همچنین یونسی و بهرامی(1388)، در تحقیق خود تحت عنوان پیش‌بینی رضایت‌مندی زناشویی با تفکر قطعی‌نگر زوج‌های تهرانی، دریافتند که چهار عامل اصلی این مفهوم به طور معناداری در حوزه شناختی قادر به پیش‌بینی رضامندی زناشویی است.

در پژوهش دیگری مومنی(1387) تحت عنوان بررسی حساسیت آزمون تفکر قطعی‌نگر به میزان 70% برای تشخیص زوج‌های متعارض و به میزان 91% جهت تشخیص زوج‌های فاقد تعارض مناسب است.

تحقیقات متعددی نیز نقش رویکرد شناختی- رفتاری در درمان زناشویی را بررسی کرده‌اند. در یک بررسی با عنوان اثربخشی آموزش گروهی بانوان و آموزش مکاتبه‌ای همسران آنها به شیوه شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی، نتایج افزایش رضایت زناشویی در گروه آزمایشی را نشان داد(طغیانی،1384).

همچنین قربانی(1384)، در تحقیقی تاثیر زوج‌درمانی عقلانی- هیجانی که روش شناختی است را بر تعارض‌ها و افکار غیر منطقی همسران سنجیده و نتیجه گرفته‌است که این روش در کاهش تعارضات و افکار غیر منطقی زوج‌‌ها و در نتیجه بر رضایت‌مندی زناشویی آنان موثر است. در پژوهشی دیگر شاه مرادی 1384، نیز نشان داد که درمان شناختی- رفتاری با شیوه گروهی نقش موثری بر سطح ناسازگاری، ابراز محبت، توافق و رضایت زناشویی زنان متاهل داشته‌است.

در پژوهشی دیگر یونسی و رضاخو(1383)، در مورد نقش بازآموزی اسنادی بر سبک اسناد و افزایش رضامندی زناشویی نشان داد که میزان رضایت‌مندی از روابط زناشویی پس از مداخله آموزشی افزایش یافته‌است.

در تحقیقی دیگر بهرامی(1384)، اثربخشی دو شیوه درمانی گروهی به روش‌های روان‌تحلیلی و شناختی را بر روی ناسازگاری زوج‌ها مورد مقایسه قرار داد، نتایج این بررسی نشان داد که عوامل شناختی تاثیر بسزایی در ناسازگاری زناشویی دارد، به طوری که زوج‌ها وقتی تحت درمان شناختی قرار می‌گیرند، وضع متعادل‌تری دست می‌یابند. تحقیق فرحبخش(1383) نیز اثربخشی روش منطقی- عاطفی الیس در کاهش تعارض زناشویی را نشان داد.

زاری(1385)، نیز تاثیر مشاوره شناختی بر بهبود عملکرد خانواده و زوجین ناسازگار را بررسی کرده و نشان داده شناخت درمانی موجب ارتقا عملکرذ آنان می‌شود.

وکیل نظری(1389) در بابت زوج‌درمانی شناختی- رفتاری غنی‌شده با زوج‌درمانی تلفیقی- رفتاری نشان داده‌است که این روش موجب کاهش آشفتگی و افزایش رضایت‌مندی در روابط زناشویی می‌گردد.

در پژوهشی تحت عنوان تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با شناختی- رفتاری رویکرد بر سازگاری زناشویی که بر روی 30 زن از میان کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ خانه‌های سلامت منطقه 20 شهر تهران صورت‌گرفته‌است. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که افزایش سازگاری‌ زناشویی در زنان به میزان چشمگیری تحت آموزش مهارت‌های یاد شده، انجام پذیرفته‌است(محبی‌کیا، 1387).

علاوه بر پژوهش‌‌های یاد شده، تحقیقات نشان داده‌اند که عواملی بر حفظ سطح پایداری سازگاری و رضایت در زناشویی موثرند مانند: سبک دلبستگی اجتنابی که به طور مستقیم و معنادار بر رضایت زناشویی اثر منفی دارد. همچنین فرآیندهایی مانند: صمیمیت جنسی، مدیریت تعارض و ارتباط به عنوان میانجیگری رابطه سبک‌های دلبستگی در رضایت زناشویی عمل می‌کنند. این نوع مداخلات می‌توانند آماج درمانی مشاوران خانواده قرار گیرند(عارفی و همکاران، 1391).

**فهرست منابع:**

* ادیب راد، ن. (1383) مقایسه باورهای ارتباطی زنان مراجعه‌کننده به مراکز قضایی خانوادن و زنان مایل به ادامه زندگی مشترک شهر تهران، نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران. تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
* اعتمادی، ع. (1384) بررسی و مقایسه اثربخشی رویکرد روانی آموزشی مبتنی بر شناختی-رفتاری و ارتباط درمانی بر جمعیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. پایان‌نامه دکتر، دانشگاه تربیت معلم.
* آلیس، آ. (1380) زوج درمانی ترجمه ج صالحی، تهران، نشر میثاق.
* اولیا، ن. فاتحی‌زاده، م، بهرامی، ف. (1385) تاثیر آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش صمیمیت زوجین. فصلنامه خانواده پژوهشی، شماره 6.
* برنز، د.(1386). شناخت درمانی، روان‌شناسی افسردگی. ترجمه قراچه‌داغی، م. تهران. انتشارات چکامه .
* برنشتاین، اچ اف؛ برنشتاین، ت. (1384) شناخت و درمان رفتاری، زناشویی ترجمه م، سهرابی. تهران، نشر رسا.
* برنشتاین، ت. (1384). زوج درمانی، ترجمه حسن‌پور نایینی.
* بک، آ.(1384) عشق هرگز کافی نیست. قراچه‌داغی، م. انتشارات آسیم.
* پورسردار،. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تاثیر آموزش بر افزایش رضایت زناشویی(1389).
* ثنایی ذاکر، ب.(1383) رولن‌درمانی و مشاوره گروهی، تهران انتشارات چهر.
* جی هی بی(1370). روان‌درمانی خانواده. ترجمه ثنایی باقر.
* داتیلیو، م، بیرشک، ب.(1385) رفتار درمانی شناختی زوج‌ها. تازه‌های علوم شناختی، سال 8 شماره 2/12/81.
* زارعی محمودی، ح.(1385). تاثیر آموزش فنون مشاوره شناختی بر بهبود عملکرد خانواده در زوجین ناسازگار. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
* ساراسون، ا.ج، ساراسون، ب. ا.(1382) روان‌شناسی، ترجمه ب، بخاریان، تهران، انتشارات رشد.
* سلیمانیان، ع. ( 1373) بررسی رابطه بین افکار غیرمنطقی و رضایت زناشویی. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه تربیت معلم.
* شارف، ر.(1381) نظریه‌های روان درمانی و مشاوره، ترجمه فیروزبخت، م. تهران. موسسه رسا.
* شاه‌مرادی، م.(1384) بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش ناسازگاری زنان متاهل. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه علامه طبابایی.
* شفیع‌آبادی، ع. (1381) پویایی گروهی. تهران، انتشارات رشد.
* شفیع‌آبادی، ع. ناصری، غ.ر. (1381). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران. نشر دانشگاهی.
* عرفانی اکبری، م(1378) بررسی مشکلات مربوط به صمیمیت زوجین و تاثیر ارتباط درمانی بر آن. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه الزهرا.
* فرانک ام. داتیلیو(2010). رفتار درمانی شناختی زوج‌ها و خانواده‌ها. ترجمه فرهاد اصغری و همکاران (1393). انتشارات آوای نور
* کوری، ج. پاتریک کانالان و مایکل راسل. (1992). ترجمه ثنایی باقر(1377). انتشارات بعثت.
* کوری- ماریان اشنایدر(1922). گروه درمانی، ترجمه بهاری و همکاران (1391).
* گاتمن، ج.(1377) چرا ازدواج موفق؟ چرا ازدواج ناموفق؟ ترجمه م. فیروزبخت.تهران. انتشارات ابجد.
* گلادنیک(1996). زوج‌درمانی ترجمه بهاری و همکاران(1382).
* گلاسر، و و گلاسر، ک.(1383) ازدواج بدون شکست. ترجمه س. خوش نیت نیکو. انتشارات محقق.
* گلدنبرگ، ا، گلذنبرگ، ه. (1382) خانواده درمانی. ترجمه س، نقش‌بندی، ج. حسینی شاهی برودتی. تهران، نشر روان.
* مظلومی، س(1386) تاثیر برنامه غنی‌سازی ازدواج بر افزایش صمیمیت زو‌ج‌های بدون مشکل، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
* نظری، ع. م.(1383). بررسی و مقایسه تاثیر غنی‌سازی ارتباط و مشاوره راه‌حل محور بر رضایت زناشویی زوج‌های شاغل. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه تربیت معلم.
* نواب‌نژاد، ش. (1379) مشاوره ازدواج و خانواده. تهران، انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
* هالفورد،ک. (1387) زوج‌درمانی کوتاه مدت. چاپ اول ترجمه م. تبریزی، م. کاردانی و ف، جعفری. تهران، نشر فروزان.
* هاوتون و همکاران(1942). درمان شناختی، ترجمه قاسم‌زاده(1378).
* یونسی، ج. ( 1383) نقش ما در تحریفات شناختی(تفکر شاری گونه) در آسیب‌های روانی. نشریه تازه‌های روان‌درمانی شماره 14.
* یونسی، ج.، رضافر، ع. (1383) نقش بازآموزی اسنادی بر سبک اسناد زوجین و رضایت زناشویی. مجموعه مقالات کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانوادگی.

References:

* Adler. A. (1958). What life should mean to you. New York.
* Bagarozzi, D. (2001).Enhancing intimacy in marriage. Branner Rouledy. Taylor and Faracis Group. U.S.A.
* Barlow, D. H. and Hersen(1984). Single case experimental design, Boston. Allyn and Bacon.
* Bavcom, H. D., Epstein, N. Sagres, S. and Sher, T. G. (1989). The role of cognitions in marital relationship, Definitional, methodological and conceptual issues. Journal of consulting and clinical psychology.
* Bavcom, D. H. Epstein, N. (1996) Cognitions in marriage. The relationship between standards and attributions. Journal of family Psychology. Vol.1.
* Bavcom, H. D., Epstein, N. Lataillade.(2002). Cognitive behavioral marital couple therapy in A. S. Gur,an and N. S. Jacobsen (EDS).
* Beach, S.R. H.(2001). Marital and family Process in depression. American psychological Association.
* Beck, A. T. (1983) Cognitive Therapy of depression. New York, Guilford Press.
* Beck, A. T, (1988) Love is never enough. New York. Harper and Row.
* Bernstein, Brant. (1991). The relationship between communication skilled marital satisfaction. Journal of marriage and family Minneapolis.
* Bishop, S. R. Law, M. (2004). Mind fullness- clinical psychology.
* Bornstein, P. H. (1989). Principles and Technique of couple paradoxical Therapy. Guilford Press.
* Bowen, M. (1978). Family Therapy in clinical Practice. Jason Aronson.
* Coevy, G. (2001). Therapy and practiced of counseling and psychotherapy (61hed) Pacific grove.
* Dattilio, F.M. (2002) Homework assignment in couple family, Journal of clinical Psychology.
* Dattilio, F.M. & Epstein, N. B. (2003) Cognitive behavioral couple and family Therapy in weeks. G, Robbins, M, Handbook of family.Therapy: Theory research and practice. New York Brunner Routledge.
* Datilio, F. M. and Epstein, N. (2005). The role of rogitive behavioral intervention in couple. Journal of marital and family Therapy up land.
* Doss, D. B. and Simpson. (2004). Why do couples seek marital Therapy? Professional Psychology.
* Elis, A. (2000) counseling with choice therapy, The new therapy reality. New York.
* Elis, A. (2004) The nature of disrupted martial interaction. www.Rebt.com.
* Epstein, N. B. (1982). Cognitive therapy with couple. American Journal of family.
* Epstein, W and Bavcom, D. H. (2002). Enhanced cognitive behavioral therapy per couple, A contextual approach. Washington D. C. APA.
* Goldenberg. (1996). Family Therapy, an overview. London Book.
* Goldenberg, J. and Goldenberg, H. (2008). Family Therapy. Belmont, CA: Brooks- Cole.
* Gottman, J. M. Lerenson, R. W. (1986). Assessing the role of emotion in marriage, Behavioral Assessment.
* Gottman, J. m. (1993) The roles of conflict engagement, escalation and avoidance in marital interreaction- Journal of counseling.
* Gottman, G. M. and Schewart, J. G. (2008). Gottman Method couple therapy.
* Halford, W. K. (1990) The croos-cultural consistency of marital communication associated with marital distress.
* Hamamci, Z. (2005). The new science of intimate relationship. Blackwell Publisher.
* Johnson, S. M., Hunsley, J. Greenberg, L. Schindler, D. (1999). Emotionally focused couple, Clinical Psychology.
* Larson, H. and Holman, J. B. (2005). Predictor of marital and stability family relation.
* Libermen, R. P. (1970). Behavior approaches to couple and family therapy. American journal.
* Markman, H. J. Stanley, S. and Blumberg, S. L. (1994). Fighting for your marriage.
* Meichen baum, D. (1977). Cognitive behavior modification, New York.
* Moller, Ander, T. Rabe. Eharl. (2001). Dysfunctional beliefs and marital conflict in distressed and on distressed married: Individual. Journal of Rational Emotion and cognitive behavior therapy.
* Olson, D. & others (1989) Family what makes them work, New York.
* Pattherson, T. (2005). Cognitive behavioral couple therapy, in M. Harway(Ed). Handbook of couple Therapy, New Jersey.
* Stwart (1980). Helping couples change. A social learning approach to marital therapy. New York, Guilford Press.
* Winch, R. and others (1974). Selected studies in marriage. New York.

Yong, M. E. and Lang, L. (2000). Consulting and therapy for couples. Journal of marriage and couples therapy

1. Eckert [↑](#footnote-ref-1)
2. Stickle [↑](#footnote-ref-2)
3. Orathinkal & Vansteenwegen [↑](#footnote-ref-3)
4. Kamo [↑](#footnote-ref-4)
5. Hakinz [↑](#footnote-ref-5)
6. Winch [↑](#footnote-ref-6)
7. Harge, Sanders &Decson [↑](#footnote-ref-7)
8. Markowski & Greenwood [↑](#footnote-ref-8)
9. Wood [↑](#footnote-ref-9)
10. Blach [↑](#footnote-ref-10)
11. Blum & Mehrabian [↑](#footnote-ref-11)
12. Stenberg & Grajek [↑](#footnote-ref-12)
13. Triangular theory of love [↑](#footnote-ref-13)
14. Intimacy [↑](#footnote-ref-14)
15. Passion [↑](#footnote-ref-15)
16. Decision making [↑](#footnote-ref-16)
17. Commitment [↑](#footnote-ref-17)
18. Belief systems [↑](#footnote-ref-18)
19. Carr [↑](#footnote-ref-19)
20. Martin [↑](#footnote-ref-20)
21. Van Laningham [↑](#footnote-ref-21)
22. Johnson [↑](#footnote-ref-22)
23. Amato [↑](#footnote-ref-23)
24. Sabatelli [↑](#footnote-ref-24)
25. Bartke-Haring [↑](#footnote-ref-25)
26. ُEStoart [↑](#footnote-ref-26)
27. Liberman [↑](#footnote-ref-27)
28. Dice [↑](#footnote-ref-28)
29. Hopes [↑](#footnote-ref-29)
30. Paterson [↑](#footnote-ref-30)
31. Assertiveness Training [↑](#footnote-ref-31)
32. Behavioral Rehearsal [↑](#footnote-ref-32)
33. Self-monitoring [↑](#footnote-ref-33)
34. Behavioral task assignments [↑](#footnote-ref-34)
35. Sarason [↑](#footnote-ref-35)
36. Crawford and Unger [↑](#footnote-ref-36)
37. Kiss [↑](#footnote-ref-37)
38. Valery [↑](#footnote-ref-38)
39. Durana [↑](#footnote-ref-39)
40. Drigotas [↑](#footnote-ref-40)
41. Rusbult [↑](#footnote-ref-41)
42. Hickmon [↑](#footnote-ref-42)
43. Protinsky [↑](#footnote-ref-43)
44. Singh [↑](#footnote-ref-44)
45. Laurenceau [↑](#footnote-ref-45)
46. Feldman [↑](#footnote-ref-46)
47. Larson [↑](#footnote-ref-47)
48. Harmond [↑](#footnote-ref-48)
49. Harper [↑](#footnote-ref-49)
50. Heller [↑](#footnote-ref-50)
51. Wood [↑](#footnote-ref-51)
52. Whelihan [↑](#footnote-ref-52)
53. Brandt [↑](#footnote-ref-53)
54. Jacoboski [↑](#footnote-ref-54)
55. The Proctical Application of intimale Relationship skills [↑](#footnote-ref-55)
56. Kline [↑](#footnote-ref-56)
57. Stanfford [↑](#footnote-ref-57)
58. Peterman [↑](#footnote-ref-58)
59. Mirgain [↑](#footnote-ref-59)
60. Cordova [↑](#footnote-ref-60)
61. Overbeak [↑](#footnote-ref-61)
62. Kemp [↑](#footnote-ref-62)
63. Engels [↑](#footnote-ref-63)
64. Michell [↑](#footnote-ref-64)
65. Castellani [↑](#footnote-ref-65)
66. Herrington [↑](#footnote-ref-66)
67. Joseph [↑](#footnote-ref-67)
68. Doss [↑](#footnote-ref-68)
69. Snyder [↑](#footnote-ref-69)
70. Muler [↑](#footnote-ref-70)
71. Rabinsort [↑](#footnote-ref-71)
72. Hamamasi [↑](#footnote-ref-72)
73. Story [↑](#footnote-ref-73)
74. Berg [↑](#footnote-ref-74)
75. Schmit [↑](#footnote-ref-75)
76. Keli [↑](#footnote-ref-76)
77. Stanford [↑](#footnote-ref-77)
78. Larenson [↑](#footnote-ref-78)
79. Gatman [↑](#footnote-ref-79)
80. Odunne [↑](#footnote-ref-80)
81. Crouch [↑](#footnote-ref-81)