

## اثربخشی درمان روانسازه درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی زوجین

میترا نیک‌آمال<sup>۱</sup>

### چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان روانسازه درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی زوجین مراجعه کننده به کلینیک بعثت مشکلات رناشویی است.

روش پژوهش: در طرح پژوهشی نیمه آزمایشی دو گروه آزمایش (۱۲ زوج) و کنترل (۱۲ زوج) بصورت در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند و در دو مرحله رضایت رناشویی انریچ (موس و بلینگز، ۱۹۸۱) بر روی آنها اجرا شده ایت و از تحلیل کوواریانس چند مغیری جهت تحلیل داده استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج آزمون اثر هتلینیگ ( $F=7/97$ ،  $P<0/01$ ) حاکی تفاوت دو گروه در مولفه‌ها است که گروه آزمایش در مولفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و کیفیت

## ۱۱۲ / اثربخشی درمان روانسازه درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی زوجین

زندگی بهبود معناداری داشته است. همچنین بین دو گروه در سلامت محیطی تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه گیری: همانطور که پژوهش نشان داده روان سازه درمانی هیجان مدار بر کیفیت موثر واقع بوده و بکارگیری آن می تواند از سوی مراکز خانواده درمانی و مشاوران خانواده و سایر ارگانها و سازمان های مرتبط در راستای بهبود وضعیت زندگی خانواده ها مفید باشد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، روان سازه درمانی، هیجان مدار و زوجین.

رضایت زناشویی، تأثیر بسزایی بر خانواده و سلامت جسمی و روانی اعضای آن می‌گذارد. به اعتقاد مارکمن<sup>۱</sup> و هالوگ<sup>۲</sup>، اغلب افرادی که ازدواج می‌کنند، در آغاز زندگی دارای سطح بالایی از رضایت زناشویی هستند، اما علاوه بر افت تدریجی که با گذشت زمان در رضایتمندی زناشویی رخ می‌دهد که اگر حل نشود می‌تواند رضایت و ثبات رابطه زناشویی را تهدید کند. پژوهش‌ها نشان داده است نوع رابطه میان زن و شوهر اولین و مهمترین پیش‌بینی کننده رضایت زناشویی است (هالفورد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵)، در بسیاری از ازدواج‌ها نارضایتی‌ها در چند سال اول زندگی ریشه دارد (هیل، پیپلو<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸؛ هتسون، وان جلیستی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱؛ نولر، فینی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴؛ رروف<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از هالفورد، ساندرز و بهرنس، ۲۰۰۱؛ چانگ و چوی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴).

اگرچه رابطه کیفیت زندگی و رضایت زناشویی با بهزیستی کلی در زنان و مردان متفاوت است و به طور کلی به زمینه‌ای که در آن ازدواج صورت می‌گیرد بستگی دارد (کوهن، گرون و فارچی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹). کمپ‌دوش و آماتو<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۵) دریافتند سطح بالای از شادکامی زناشویی با بهزیستی ذهنی بیشتر همراه است. با وجود این، تباهی در روابط زناشویی یکی از عوامل ایجاد کننده رنج انسانی است (کوردووا، اسکات، دوریان، میرگن، یاگر و گروت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵) و آشفتگی زناشویی به عنوان یک عامل خطر مهم برای سلامت جسمانی و روانی (بشارت، تاشک و بهرامی، ۱۳۸۶)، با سلامت، بهزیستی و سرمایه‌های روانی کمتر در همسران مرتبط است (اسویندل، هلر، پسکوسولیدو و کیکوزاوا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰). بنابراین پیشگیری و درمان مشکلات زناشویی می‌تواند با بهبود سنجش‌های مربوط به سلامت همراه باشد (پیپت و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷). رضایت زناشویی همانند بسیاری از موضوعات روانشناختی می‌تواند به عنوان یک پدیده

- 
1. Markman
  2. Hahlweg
  3. Halford
  4. Hill & Piplau
  5. Huston & Vangelisti
  6. Noller & Feeney
  7. Reroff
  - 8- Choi
  9. Cohen, Geron & Farchi
  10. Kamp Dush & Amato
  11. Cordova, Scott, Dorian, Mirgain, Yaeger & Groot
  12. Swindle, Heller, Pescosolido & Kikuzawa
  13. Pihet, Bodenmann, Cina, Widmer, & Shantinath

چند وجهی از ابعاد رفتاری، شناختی، و هیجانی بررسی شود (آرنسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ ویمز و پینا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) که به هریک از آنها در رویکردهای رفتاری، شناختی و هیجان مدار بیشتر توجه شده است (ریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ فروین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در یک دیته بندی کلی اقدامات مداخله در چهار دسته طبقه بندی می شوند:

الف) اقدامات مبتنی بر مدیریت و کنترل هیجان ها

ب) اقدامات متمرکز بر کاهش تعارضات و اضطراب های مرتبط با آن

ج) اقدامات مبتنی بر اصلاح باورهای ناکارآمد شناختی و تحریف های فکری

د) اقدامات متمرکز بر آموزش مهارت های مرتبط با افزایش سازگاری زوجین (اصغری،

گنجی و نوابی نژاد، ۲۰۱۲).

همچنین، کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم چند بعدی، از ویژگی های فردی و ذهنی و ویژگی های اجتماعی و عینی تأثیرپذیر است که دارای ابعاد فردی، خانوادگی، سازمانی - اجتماعی و حمایتی است. و نمود عینی رضایت زناشویی است که بر گرفته شده از روان سازدهای اولیه فرد است.

کیفیت زندگی مبتنی بر ویژگی های ذهنی، به انتظارات شخصی و تجربیات ذهنی فرد اشاره دارد که توجه به هر دو بعد ذهنی و عینی برای درک کیفیت زندگی ضروری است (براون و همکاران، ۲۰۰۹؛ کلیز و همکاران، ۲۰۱۰؛ وان لون و همکاران، ۲۰۰۹؛ فیلیپس، ۲۰۰۶؛ اسپالوک و همکاران، ۲۰۰۷؛ وانگ و همکاران، ۲۰۱۰). در مدل دانشگاه تورنتو کیفیت زندگی شامل سه بخش کلی "بودن"<sup>۵</sup>، "تعلق داشتن"<sup>۶</sup> و "شدن"<sup>۷</sup> می باشد. بخش اول، "بودن" شامل "بودن جسمانی"، "بودن روانشناختی" و "بودن معنوی" هست. بخش دوم، "تعلق داشتن" هم شامل "تعلق جسمانی"، "تعلق اجتماعی" و "تعلق جامعه" می باشد. آخرین بخش هم "شدن" است که شامل "شدن عملی"، "شدن اوقات فراغت" و "شدن رشدی" می باشد (واحد تحقیقات کیفیت زندگی، ۲۰۱۵). پژوهش ها نشان داده است که ویژگی های شخصیتی بر شیوه رویارویی آنها با مشکلات مؤثر است، در حالی که برخی در مواجهه با مشکلات در خود فرو م یروند، برخی دیگر احساسات و هیجانات خود را ابراز می کنند یا از دیگران کمک می خواهند. بسته به نوع ویژگی های شخصیتی،

---

1. Aronson  
2. Vimz & Pina  
3. Rika  
4. Froyen  
5. Being  
6. Belonging  
7. Becoming

هر فرد در برابر فشارهای روانی، واکنش خاصی از خود نشان می‌دهد. برخی ویژگیهای شخصیتی توان مقاومت درونی در برابر فشارهای روانی را در مراقبان افزایش می‌دهد و از بروز پیامدهای آن و بیماری جلوگیری می‌کند. در بررسی گونه‌های شخصیتی گفته شده است که ویژگی‌های شخصیتی روان‌نژندگرایی، وجدانگرایی و برونگرایی تعیین کننده میزان آسیب پذیری در مقابل فشارهای روانی هستند. از طرفی رفتارهای اعضای خانواده و نحوه ارتباطشان با یکدیگر نیز در بروز واکنش‌های افراد مؤثر است. این واکنش‌ها در پی‌ریزی شخصیتی فرد نیز سهم بسزایی دارد. اگر اعضای خانواده به خصوص همسران شخصیت مثبت و مستحکمی داشته باشند، در بهبود کیفیت زندگی و بهداشت روان آنان تأثیر فراوان خواهد داشت (توکلی کوه جهری و کهرزئی، ۱۳۹۶).

روان‌سازها به عنوان عامل کلیدی در پردازش‌های شناختی، راهبردهای مقابله و سبک زندگی که نشان می‌دهد تحت‌تأثیر سازه‌های زیربنایی قرار دارند. روان‌سازها، ساختارهای شناختی و عاطفی عمیق و زیربنایی هستند که نقش مهمی در تداوم و تشدید مشکلات روانشناختی مزمن مانند اختلالات منش، افسردگی مزمن، اضطراب مزمن و مشکلات ارتباطی مزمن ایفا می‌کنند. گزارش‌های بالینی نشان می‌دهد که تغییر دادن روان‌سازهای ناسازگار یا تعدیل نمودن آنها در فرایند آموزش و روان‌درمانی می‌تواند کمک چشمگیری به بهبود وضعیت این دسته از بیماران نماید (بک و همکاران، ۱۹۹۰).

از سوی دیگر رویکردهای هیجان‌مداری که در تبیین روابط و رضایت زناشویی، درمان مشکلات زناشویی و غنی به زندگی زوجین شکل گرفته است که به نقش هیجان‌ات و تنظیم هیجانی در دلبستگی افراد پرداخته است. این رویکرد به نقش مهم هیجان‌ات و ارتباطات در سازماندهی الگوهای ارتباطی اشاره دارد و هیجان‌ات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (کاروکیوی، تلونون، کارلسون و کارلسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

علاوه بر این، در دیدگاه یانگ همکارانش (۲۰۰۳) ماهیت ناسازگار روان‌سازها زمانی ظاهر می‌شود که بیماران در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، بویژه رابطه زناشویی به گونه‌ای عمل می‌کنند که روان‌سازهای آنها تایید گردد و ممکن است هسته اصلی اختلالات محور دو و بسیاری از اختلالات محور یک قرار گیرند (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳). رویکرد هیجانی به روابط زناشویی در کنار رویکرد رفتاری بیشترین خطوط پژوهشی را به خود اختصاص داده

و به عنوان معتبرترین مدل های تجربی شناخته شده اند (دنتون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ و جانسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

به پیرو آن، از آنجایی که فعال شدن و تحریک شدن روانسازیه ها منجر به تولید اضطراب، هیجان های ناخوشایند و احساسات درمانده ساز می شوند، لذا افراد از ابتدای کودکی به منظور سرکوب نمودن اضطراب ناشی از روانسازیه ها، پاسخ ها یا سبک های مقابله ناسازگاری را به کار می بندند.

اگرچه این سبک های مقابله در موقعیت به صورت کوتاه مدت منجر به کاهش اضطراب می شوند، ولی در بلندمدت تداوم و تقویت آنها را در پی خواهند داشت (یانگ، ۱۹۹۹) که تمامی این کنش های روانی کیفیت زندگی زوجین را تحت تاثیر قرار می دهد.

نتایج مطالعات نشان داده است که پاسخ های مقابله ای در مقایسه با شواهد شغلی یا اقتصادی اثرات نیرومندتری را در روابط زناشویی و کیفیت زندگی آنها دارند و بسیاری از محققان کاربرد راهبردهای بخصوص مقابله با استرس را در روابط زناشویی خاص مورد بررسی قرار داده اند (پترسون، پریانو، بلاک و اسکیمدیت، ۲۰۱۱). گلمن (۱۹۹۵) مهم ترین تفاوت میان درگیری زوج هایی که ازدواجی سالم دارند و آنهایی که در نهایت با شکست در زندگی زناشویی مواجه می شوند را در استفاده از راهبردهایی می داند که در مقابله با استرس به کار می گیرند.

بی شک، روانسازیه درمانی با وارد کردن مفاهیم زیربنایی نظیر روانسازیه ها، پاسخ های مقابله ای، ذهنیت های روانسازیه ای و کشف مکانیسم های تداوم روانسازیه، کمک قابل توجهی در مفهوم سازی و درمان اختلالات هیجانی و منشی محسوب می شود. در گذشته، مداخلات شناختی-رفتاری همواره متهم به سطحی نگری بوده اند. منتقدان این رویکردها معتقد بودند که این رویکردها به مولفه های عمیق تر درگیر در اختلالات روانشناختی توجه نمی کنند.

شاید یکی از دلایل ناپایداری نتایج درمان های شناختی-رفتاری بر شاخص های سازگاری و سلامت بیماران مبتلا به درد مزمن نیز در همین نکته باشد. از این رو، روانسازیه درمانی با مطرح نمودن نقش روانسازیه ها و پاسخ های مقابله در مفهوم سازی مشکلات روانشناختی توانسته است سهم بیشتری در تبیین مشکلات روانشناختی ایفا نماید. از سوی دیگر، روانسازیه درمانی با پرداختن به نقش مولفه های هیجانی در درمان توانسته است رویکردهای کلاسیک رفتاری - شناختی را از توجه صرف به مولفه های شناختی و رفتاری نجات دهد. بی شک،

1- Denton

2- Johnson

استفاده از این مدل در درمان مشکلات در ابعاد مختلف می‌تواند امتیازات ذکر شده برای این رویکرد را به قلمرو روان‌درمانی وارد نماید و از این طریق به روشن تر شدن نقش سازه‌های مختلف روانشناختی در درمان مشکلات زناشویی، بهبود کیفیت زندگی آنها و اختلالات دیگر کمک نماید.

به دنبال این توجیه و نقش روان‌سازه‌ها در روابط زناشویی پژوهش حاضر در صدد آن است که اثربخشی روان‌سازه درمانی هیجان‌مدار را بر روی کیفیت زندگی زوجین دارای مشکلات سازگاری زناشویی بررسی کند.

### روش پژوهش

در این پژوهش از طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده خواهد شد. گروه آزمایش که درمان روان‌سازه درمانی هیجان‌مدار را دریافت کردند و گروه کنترل که هیچ درمانی را دریافت نکرده و در نوبت انتظار بودند در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد سنجش و مقایسه قرار گرفتند.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی مورد نظر در پژوهش حاضر شامل کلیه مراجعین زوج درمانی مرکز خدمات روانشناختی آپادانا که مایل به همکاری در طرح پژوهشی حاضر بودند. شیوه انتخاب آزمودنی‌ها به صورت در دسترس بوده است. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه ۱۰ زوجی تقسیم شدند.

### ابزار پژوهش

#### پرسشنامه کیفیت زندگی:

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی با ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سوالات فرم WHOQOL-100 ایجاد شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دو فرم این پرسشنامه، با همدیگر همخوانی رضایت‌بخشی دارند. این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) استاندارد سازی شده است. پرسشنامه WHOQOL- BREF چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد. در ضمن پرسشنامه دو سوال دیگر دارد که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد.

**نمره گذاری:** در سؤال اول کیفیت زندگی آزمودنی از بسیار بد (۱) تا بسیار خوب (۵) و در سؤال دوم سلامتی آزمودنی از بسیار ناراضی (۱) تا بسیار راضی (۵) درجه بندی می شوند. دامنه پاسخ سؤالات سه تا نه از بسیار زیاد (۱) تا اصلاً (۵) گسترده است و سؤالات پنج تا نه معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه پاسخ سؤالات ده تا چهارده از اصلاً (۱) تا کاملاً (۵)، سؤال پانزده از بسیار بد (۱) تا بسیار خوب (۵)، سؤالات شانزده تا بیست و پنج از بسیار ناراضی (۱) تا بسیار راضی (۵) و سؤال آخر از همیشه (۱) تا هرگز (۵) پراکنده است. در آخر، پایین ترین نمره‌ای که می توان کسب کرد بیست و شش و بالاترین نمره یکصد و سی است. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطة امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطة به تفکیک، بدست خواهد آمد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطة مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می باشند.

**خرده‌مقیاس‌ها:** چهار خرده مقیاس این پرسش‌نامه سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی، بعد محیط و وضعیت هر کدام دارای چند عبارت می باشند؛ که هر یک از آنها سؤال‌های خاصی را در بر می گیرد.

اعتبار<sup>۱</sup> و پایایی<sup>۲</sup>: این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) اجرا و هنجار یابی شده است بر اساس نتایج این هنجاریابی، مشخصات روانسنجی گونه ایرانی این پرسشنامه نشان داده است که این ابزار می تواند در ایران مورد استفاده قرار گیرد، به صورتی که شاخص همبستگی درون خوشه‌ای پرسشنامه در آزمون مجدد در فاصله دو هفته در دامنه، از ۷۵٪ تا ۸۴٪ به دست آمد. از طرفی مقادیر آلفای کرونباخ و شاخص‌های مربوط به روایی‌سازه نیز حاکی از روایی قابل قبول این آزمون در جمعیت ایران بودند و به شکل زیر بوده است؛ سلامت جسمانی، ۷۷٪، سلامت روانی ۷۷٪، روابط اجتماعی ۷۵٪، سلامت محیط ۸۴٪ (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). این پرسشنامه در ۴۰ کشور دنیا ترجمه و اعتباریابی شده است. (یوسفی و همکاران، ۲۰۰۹).

## یافته‌ها

در راستای پاسخ دهی به فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی روان‌سازه درمانی هیجان محور بر کیفیت زندگی زوجین در ابتدا وضعیت دو گروه آزمایش و کنترل پیش از اجرای برنامه درمانی و پس از مداخلات درمانی وضعیت استفاده از کیفیت زندگی آنها نشان داده

شده است.

جدول ۱ مشخصات توصیفی کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل

مولفه	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
سلامت جسمانی	۲۶/۸۶	۳/۰۹	۳۱/۰۱	۵/۰۹	۲۲/۰۱	۲/۸۰	۲۰/۹۰	۲/۷۳
سلامت روانشناختی	۲۲/۹۰	۲/۲۲	۲۹/۳۶	۵/۰۶	۱۷/۱۳	۲/۴۲	۱۸/۷۲	۲/۸۰
روابط اجتماعی	۱۲/۵۰	۱/۱۴	۱۴/۵۴	۲/۷۷	۸/۹۰	۲/۲۲	۹/۲۰	۳/۱۲
سلامت محیطی	۳۱/۵۴	۲/۸۰	۳۰/۱۳	۴/۷۳	۲۲/۹۵	۳/۰۱	۲۴/۷۷	۵/۱۲
کیفیت زندگی	۹۳/۸۲	۵/۷۷	۱۰۵/۰۴	۹/۵۱	۷۱/۰۱	۸/۲۱	۷۳/۱۳	۹/۲۶

مشخصات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نشان می دهد که بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت است که بمنظور آزمون این تفاوت ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری اسفاده شده است که آزمون اثر هتلینگ (  $P < 0.01$ ,  $F = 7.97$  ) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مولفه های کیفیت زندگی معنادار است. که نتایج جزئی هر مولفه در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مولفه های کیفیت زندگی

مولفه	SS	df	MS	F	Sig	$\eta_p^2$
سلامت جسمانی	۳۱۴/۸۱	۱	۳۱۴/۸۱	۲۰/۸۷	۰/۰۱	۰/۳۵
سلامت روانشناختی	۲۸۹/۳۷	۱	۲۸۹/۳۷	۲۰/۵۳	۰/۰۱	۰/۳۵
روابط اجتماعی	۴۸/۳۹	۱	۴۸/۳۹	۵/۲۲	۰/۰۲	۰/۱۲
سلامت محیطی	۶۳/۲۰	۱	۶۳/۲۰	۲/۴۷	۰/۱۲	۰/۰۶
کیفیت زندگی	۲۳۳۷/۷۷	۱	۲۳۳۷/۷۷	۲۵/۳۳	۰/۰۱	۰/۴۰

بر اساس آنچه گزارش شده است در مولفه های سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی،

روابط اجتماعی و کیفیت زندگی تفاوت دو گروه معنادار بوده است که این تغییر در مولفه‌های کیفیت زندگی نشان از این دارد که گروه آزمایش در پس آزمون در این مولفه‌ها بهبود داشته است که حاکی از اثربخشی روان‌سازه درمانی هیجان مدار در بهبود کیفیت زندگی زوجین ذکر شده است. اما مدر نهایت اینکه در مولفه سلامت محیطی، تفاوتی معناداری بین دو گروه تحت مداخله و کنترل ایجاد نشده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان روانسازه درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی زوجین با مشکلات زناشویی انجام شد که نتایج آن نشان داد که مداخله روان‌سازه-درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی زوجین تاثیر داشته است. که یافته‌های این پژوهش در راستای پژوهش قبلی است.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های پژوهش‌های سوگرم<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، اوسیل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) و دریس و هولون<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) همخوان است. در راستای همین پژوهش در پژوهش‌های مختلف اثربخشی روان‌سازه درمانی بر اختلالات متعددی از جمله سبک‌های دلبستگی زوج‌ها (امانی، ۱۳۸۹، تعهد زناشویی و عزت نفس زوجین (۱۳۹۰)، افسرده‌خویی و عزت نفس (حسینی فرد، ۱۳۹۰)، زنان قربانی کودک آزاری ( دانشمند و همکاران، ۱۳۹۳)، اختلالات محور I؛ افسردگی (یانگ، ۲۰۰۸)، میل به طلاق (یوسفی، ۱۳۹۰)، همچنین افراد با عزت نفس پایین و ناراحتی روانشناختی (سیسرو و یانگ، ۲۰۰۰)، اختلال شخصیت (یانگ، ۱۹۹۹) مشخص شده است.

همچنین ذوالفقاری و فاتحی زاده (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان تاثیر طرحواره درمانی بر اسنادهای ارتباطی زوجین و باورهای ارتباطی آنان در بین ۳۰ زوج انجام دادند و نتایج نشان داد که طرحواره درمانی منجر به بهبود متغیرهای پژوهش شده است.

حمیدپور (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان بررسی مقدماتی کارآیی و اثربخشی طرحواره درمانی در درمان شکست‌های عشقی با نمونه‌ای سه نفره نشان داد که طرحواره درمانی توانسته تغییرات چشمگیری در میزان افسردگی و بهبود در پنج طرحواره ناسازگار ایجاد کند.

1 . Sugarman

2 . Osilla

3 . Driessen & Hollon

مختاری و حسینیان، بهرامی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی افراد متاهل مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری در بین ۲۰ مراجعه انجام دادند و نشان دادند که طرحواره درمانی باعث کاهش علائم اختلال افراد متاهل شده است. همچنین با توجه به جایگاه طرحواره‌های منفی مثل خودکم بینی در تعاملات سازگرنه و ناسازگرنه زوجها (برادبوری و فینچام، ۲۰۰۸) تحقیقات مختلف (امانی و بهزاد، ۱۳۹۰) نشان داد که اثربخشی طرحواره درمانی بر تعارضات مرتبط به تعهد زناشویی و پایبندی زوج ها به ادامه رابطه با همسر مورد تایید قرار دارد.

در راستای تبیین کیفیت زندگی شامل مواردی از قبیل لذت از زندگی، احساس معناداری در زندگی، قدرت تمرکز، رضایت از خود و تجربه حالاتی مثل خلق غمگین، ناامیدی، اضطراب و افسردگی است. بنابراین زوجین دارای مشکل با توجه به سطح ارتباطی که با دیگران و محیط اطرافشان دارند و نمی‌توانند تصویر درستی از خود یا به گونه دیگر خودپنداره مثبتی از خود داشته باشند.

از آنجایی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر اساس تجارب و ساخت آن‌ها از دنیای اطرافشان بر اساس اطلاعات دریافتی شکل می‌گیرد، و در گام بعدی مانند یک سبک شناختی می‌تواند رفتار و واکنش‌های هیجانی و احساسی فرد را تحت تاثیر قرار دهد، می‌توان این گونه نتیجه گرفت که این زوجین هنگامی که از همدلی، مهرورزی و پذیرش از طرف دیگران مطمئن نیستند (طرحواره تنهایی)، باعث شده فرد در این مورد که او را دوست ندارند و یا به وی بی توجهی می‌شود، بیشتر تمرکز داشته باشد و باعث کاهش سلامت روان وی گردد.

از سوی دیگر وجود طرحواره شکست در این کودکان باعث شده این گونه احساس کند که در زمینه‌های مختلف نسبت به دیگران نالایق است (جانسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، در این پژوهش با توجه به گروهی بودن برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر پایه طرحواره‌درمانی و تاکید این برنامه بر مقابله با هیجان‌های منفی و احترام به خویشتن و تاکید بر هیجان‌های مثبت باعث بهبود سلامت روانشناختی این زوجین شده است.

در تبیین باید عنوان داشت که ویژگیهای شخصیتی بر شیوه رویارویی آنها با مشکلات مؤثر است، در حالی که برخی در مواجهه با مشکلات در خود فرو م یروند، برخی دیگر احساسات و هیجانات خود را ابراز می‌کنند یا از دیگران کمک می‌خواهند. بسته به نوع ویژگیهای شخصیتی، هر فرد در برابر فشارهای روانی، واکنش خاصی از خود نشان می‌دهد.

برخی ویژگیهای شخصیتی توان مقاومت درونی در برابر فشارهای روانی را در مراقبان افزایش می‌دهد و از بروز پیامدهای آن و بیماری جلوگیری می‌کند. در بررسی گونه‌های شخصیتی گفته شده است که ویژگی‌های شخصیتی روان‌نژندگرایی، جدا نگرایی و برو نگرایی تعیین کننده میزان آسیب‌پذیری در مقابل فشارهای روانی هستند. از طرفی رفتارهای اعضای خانواده و نحوه ارتباطشان با یکدیگر نیز در بروز واکنش‌های افراد مؤثر است. این واکنش‌ها در پی ریزی شخصیتی فرد نیز سهم بسزایی دارد. اگر اعضای خانواده به خصوص همسران شخصیت مثبت و مستحکمی داشته باشند، در بهبود کیفیت زندگی و بهداشت روان آنان تأثیر فراوان خواهد داشت (توکلی کوه جهری و کهرآزنی، ۱۳۹۶).

از سویی دیگر بسیاری از درمانگران و زوجها عقیده دارند که شایعترین و مخربترین مشکلات در ازدواج‌های شکست خورده، مشکلات تعارضی است (جاکمن و دابسون). اهمیت ارتباط زناشویی سرچشمه عمده ناخوشنودی و تعارضات زناشویی است. از نظر گلاسر (۲۰۰۱) تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته‌ها، طرحوارهای رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است.

درمانگران سیستمی تعارض را ناشی از هر نوع تنازع بر سر تصاحب پایگاه و منابع قدرت در بین زوجها می‌دانند (بانگ و لنگ، ۱۹۹۸). عدم توافق در هر رابطه زناشویی طبیعی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اگر زوجها بتوانند به شیوه مثبتی تعارضات را مدیریت کنند و توانایی حل آنها را داشته باشند، وجود تعارض فراوان آسیب‌زا نیست (سیفرت و اسپارز، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها در زمینه تأثیرات مخرب تعارضات زناشویی نشان می‌دهند که تعارضات زناشویی، تأثیرات زیان‌آوری بر سلامت جسم، روان و خانواده دارد (فینچمن، ۲۰۰۳) همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کیفیت روابط خانوادگی در خانواده‌های طلاق و غیرطلاق متفاوت است، به طوری که در خانواده‌های طلاق تعارضات زناشویی بیشتر مشاهده می‌شود. بنابراین طلاق، شایعترین اثر مخرب تعارض است و آمار بالای طلاق در کشورهای غربی گواه آن است، به طوری که شیوع آن به بیش از ۵۰ درصد می‌رسد (دی، ۲۰۰۳).

بیشتر زوج‌ها مهارت‌های ارتباطیشان را در موقعیت‌های استرس‌زا از دست می‌دهند. استرس می‌تواند زمان با هم بودن، فرصت کسب تجارب مشترک، خودافشایی هیجانی متقابل، مهربانی و روابط جنسی رضایتمندانه و احساس ما بودن زوجها را کاهش دهد و از طریق کاهش در کیفیت ارتباط زناشویی بر روابط زوجها تأثیر بگذارد (رونسون، کایسر و بودنمن، ۲۰۰۵) در شرایط استرس-

زا، رفتارهای مثبت از جمله گوش دادن فعال و ابراز علاقه و همدلی در زوجها کاهش می‌یابد و در مقابل رفتارهای منفی مانند انتقاد کردن، تحقیر و بی‌احترامی و خصومت و کناره‌گیری به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد (بودنمن، ۲۰۰۴).

بدون توانایی و مهارت‌های مقابله مناسب با استرس، بسیاری از روابط زناشویی آسیب می‌بیند، به گونه‌ای که ناتوانی در مقابله مناسب با استرس در زوجها یکی از دلایل اساسی میزان بالای طلاق است (کارنی، استوری و برادبوری، ۲۰۰۵) دو نوع راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار در برابر فشار روانی وجود دارد. در راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار، فرد بر مسأله متمرکز می‌گردد و سعی در حل آن دارد. در واقع فرد به جمع‌آوری اطلاعات مربوط به حادثه فشارزا می‌پردازد و با استفاده از منابع، طرح و نقش‌های برای حل مسأله بکار می‌برد.

برعکس، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شیوه‌های را توصیف می‌کنند که بر اساس آن فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات خویش است (هارن و میشل، ۲۰۰۳). یافته‌ها نشان می‌دهند که زیانبخش‌ترین متغیرها برای روابط صمیمانه، عوامل فشارزایی خفیف و مزمن بیرونی هستند که به روابط صمیمانه سرایت می‌کند. این عوامل استرس‌زا دلیل تنش و تعارض در بین زوجها و بیگانگی میان آنهاست که احتمال طلاق را افزایش می‌دهد (بردی اوزونی، دادخواه، خدابخشی و دولتشاهی، ۱۳۹۱).

نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که تجربه استرس روزانه می‌تواند توسط سطوح مناسب مقابله فردی و مقابله زوجی تعدیل شود و متعاقباً به عنوان یک پیامد، از تأثیر منفی استرس بر روابط صمیمانه و بهزیستی کلی و خطر تعامل دوفره منفی جلوگیری کند (بادر، ۲۰۰۴) در مطالعه‌ای نشان داده شد که زوجها شرکت‌کننده در آموزش تقویت مقابله زوجها، افزایش قابل ملاحظه‌ای در کیفیت زناشویی نشان داده‌اند (بودنمن، گراوز، سینا و ویدمر، ۲۰۰۱) در پژوهش دیگری مشخص شد که غنی‌سازی مهارت‌های مقابله زوجها، باعث افزایش رضایت زناشویی در روابط زناشویی ناسازگار شده است (لدرمن، بودنمن و سینا، ۲۰۰۷) همچنین گزارش شده است که آموزش برنامه مهارت‌های مقابله زوجها می‌تواند بر کاهش ناسازگاری و افزایش کیفیت ارتباط زناشویی مؤثر باشد

همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که در موقعیت‌های تنیدگی‌زا، از راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار سود می‌جویند؛ در واقع فعالیت‌هایی منظم و دسته‌بندی شده را برای بازسازی دوباره مسأله از نظر شناختی (ذهنی) به کار می‌گیرند که در نتیجه آن به نوعی راهبرد و راهکار جهت حل مسأله خود دست می‌یابند. همین امر موجب کاهش فشار روانی و افزایش سلامت روان

شده و باعث می‌شود زوجین کمتر به سمت طلاق و جدایی بروند.

بر اساس آموزش‌های روان‌سازه درمانی راههای مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌های مناسب برای مشکلات رضایت روانشناختی حاصل می‌شود. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشنایی هیجانی را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده، منبع استرس نیز بهتر شناسایی گردیده و قابل کنترل می‌باشد.

بنابراین قابل کنترل بودن منابع هیجانی باعث می‌شود فرد از سلامت روانی بهتری برخوردار باشد و بتوانند مشکلات را با آرامش بهتری حل کند (لدرمن، بودمن و سینا، ۲۰۰۷)، تجارب مثبت انباشته شده زوجها در مقابله با شرایط استرس‌زا یا مشکلات، ادراک زوجها از کیفیت رابطه‌شان را تغییر می‌دهد و به احتمال زیاد منجر به تعامل‌ها و رفتارهای مثبت می‌شود.

از این رو، روان‌سازه درمانی با مطرح نمودن نقش روان‌سازه‌ها و پاسخ‌های مقابله در مفهوم سازی مشکلات روانشناختی توانسته است سهم بیشتری در تبیین مشکلات روانشناختی ایفا نماید. از سوی دیگر، روان‌سازه درمانی با پرداختن به نقش مولفه‌های هیجانی در درمان توانسته است رویکردهای کلاسیک رفتاری - شناختی را از توجه صرف به مولفه‌های شناختی و رفتاری نجات دهد. بی‌شک، استفاده از این مدل در درمان مشکلات در ابعاد مختلف می‌تواند امتیازات ذکر شده برای این رویکرد را به قلمرو روان‌درمانی وارد نماید و از این طریق به روشن تر شدن نقش سازه‌های مختلف روانشناختی در درمان مشکلات زناشویی و اختلالات دیگر کمک کرده است.

از محدودیت این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس که در کلینیک صورت گرفته است اشاره کرد که این افراد خود متمایل به بهبود روابط زناشویی بوده‌اند، که این امر جهت تعمیم نتایج بایس از نمونه‌های تصادفی استفاده کرد که داوطلبانه نبوده است.

منابع :

- امانی، احمد، (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و دلبستگی درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک های دلبستگی. پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده. دانشگاه تربیت معلم تهران.
- امانی، احمد؛ بهزاد، داوود (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره درمانی در ارتقاء تعهد زناشویی و عزت نفس زوج‌ها. پژوهش‌های مشاوره: ۱۱ (۴۱)؛ ۱۱۷-۱۳۳.
- بردی اوزونی، رحمان، دادخواه، اصغر، خدابخشی کولایی، آناهیتا و دولتشاهی، بهروز (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی برنامه افزایش مهارت‌های مقابله زوج‌ها بر کیفیت ارتباط زوج‌های ناسازگار. مجله علوم رفتاری: ۶(۱)، ۲۵-۳۰.
- ثمری، علی اکبر، لعلی فاز، احمد؛ اسکری، عباس علی (۱۳۸۵). بررسی منابع حمایتی و شیوه‌های مقابله با عوامل استرس‌زا در دانشجویان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هشتم، شماره ۳۱ و ۳۲، ص ۹۷-۱۰۷.
- حسینی فرد، مریم (۱۳۹۰). کارآیی طرحواره درمانی بر افسرده خویی. عزت نفس زنان. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی کارآیی و اثربخشی طرحواره‌درمانی در درمان شکست‌های عشقی دانشجویان، چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان در شیراز. ۹۱-۹۳.
- دانشمند، سعیده، ایزدینخواه، زهرا، کاظمی، حمید، و مهربابی، حسینعلی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی بر طرحواره های هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۵، ۱۴۹۴-۱۴۸۱.
- ذوالفقاری مطلق، مریم؛ فاتحی‌زاده، مریم السادات و عابدی محمدرضا (۱۳۸۷). بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر اسنادهای زناشویی و باورهای ارتباطی آنان در شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.
- مختاری، سمانه؛ بهرامی، فاطمه؛ پورشهریاری، مه سیما (۱۳۸۸). اثربخشی طرحواره-درمانی بر رضایت زناشویی افراد متاهل مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه الزهرا.

- یانگ جفری (۱۳۹۱). شناخت درمانی اختلالات شخصیت بر مبنای رویکرد طرحواره محور. ترجمه علی صاحبی وحسن حمید پور. تهران: انتشارات ارجمند، چاپ سوم.
- یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوون بر میل به طلاق در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. مجله روانشناسی بالینی: ۳(۱۱)، ۶۵-۵۳.
- توکلی کوهجهری، مهدیه و کهرازئی، فرهاد (۱۳۹۶). رابطه ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی همسران بیماران دچار ناتوانی جسمانی. *توانبخشی*. ۱۸ (۲): ۱۳۲-۱۴۰.
- Aronson, E. (2008). *The social animal* (10th Ed.). New York: Worth / Freeman.
- Asghari Ganji, A., & Navabinezhad, Sh. (2012). The Relationship between Locus of Control and Marital Satisfaction of Couples. *Life Science Journal*, 9(4), 294-298.
- Badr H. (2004). Coping in marital dyads: A contextual perspective on the role of gender and health. *Personal Relationships*. 11(2):197-211.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D. D., Fleming, B., Otavati, R., Beck, J., Simon, K. M., Padesky, C., Meyerer, J. & Texler, L. (1990). *Cognitive therapy of personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Bodenmann G, Charvoz L, Cina A, Widmer K. (2001). Prevention of marital distress by enhancing the coping skills of couples: 1-year follow-up-study. *Swiss J Psychol*. 60(1):3-10.
- Bodenmann G. (2004). *Verhaltenstherapie mit Paaren*. 1st ed. Göttingen Germany: Hogrefe. 80-1.
- Brown, R. I., Schalock, R.L., & Brown, I. (2009). Quality of Life: Its Application to Persons With Intellectual Disabilities and Their Families—Introduction and Overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 2-6. doi: 10.1111/j.1741-1130.2008.00202.x
- Chung, K., Choi, E. (2014). Attachment styles and mother's well-being among mothers of preschool children in Korea: The mediating role of

- marital satisfaction. *Personality and Individual Differences* 69, 135–139.
- Claes, C., Van Hove, G., Van Loon, J., Vandeveld, S. & Schalock, R.L. (2010). Quality of Life Measurement in the Field of Intellectual Disabilities: Eight Principles for Assessing Quality of Life-Related Personal Outcomes. *Social Indicators Research*, 98(1), 61-72. doi: 10.1007/s11205-009-9517-7
  - Dawe, S., Gullo, M. J., & Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: implications for substance misuse. *Addictive behaviors*, 29(7), 1389-1405.
  - Day R. (2003). *Introduction to family processes*. 1st ed. London: Lawrence Erlbaum Association. 23-4.
  - Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(s1), 23-38.
  - Driessen, E., Hollon, S. D. (2011). Motivational Interviewing From a Cognitive Behavioral Perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, (1), 70–73.
  - Ellis A. (1985). The RET theory of irrational beliefs and inappropriate feelings. *Br J Cognit Psychother*; 3(2):84-6.
  - Fincham FD. (2003). Marital conflict: correlates, structure, and context. *Curr Dir Psychol Sci.* (12)1:23-6.
  - Froyen, L.C., Skibbe, L.E., Bowles, R.P., Blow, A.J., & Gerde, H.K. (2013). Marital Satisfaction, Family Emotional Expressiveness, Home Learning Environments, and Children's Emergent Literacy *Journal of Marriage and Family*, 75, 42-55.
  - Glasser W. (2001). *Counseling with Choice Theory*. The New Reality Therapy. 1st ed. New York: Harper Collins Publishers. 23-4.
  - Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrence, B. C. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Year effects of a behavioural relationship education program. *American Journal of family psychology*, 15(4), 750- 768.

- Hallford K. (2005). *Brief couple therapy*. 1st ed. Tehran: Fara Ravan., p: 15-26.
- Haren EG, Mitchell CW. (2003). Relationships between the five-factor personality model and coping styles. *Psych Edu Interdis J*. 40(1):38-47.
- Jackman-Cram S, Dobson KS, Martin R. (2006). Marital problem-solving behavior in depression and marital distress, *J Abnorm Psychol*. 115(2):380-4.
- Johnson, S. M. (2007). The contribution of emotionally focused couples therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 47-52.
- Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T., Okane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 40:248-55.
- Karney BR, Story LB, Bradbury TN. (2005). *Marriages in context: Interactions between chronic and acute stress among newlyweds*. Washington DC: American Psychological Association Press. 56-7.
- Karukivi, M., Tolvanen, M., Karlsson, L., Karlsson, H. (2014). Is alexithymia linked with marital satisfaction or attachment to the partner? A study in a pregnancy cohort of parents-to-be. *Comprehensive Psychiatry* xx, xxx-xxx
- Ledermann T, Bodenmann G, Cina A. (2007). The efficacy of the couples coping enhancement training (CCET) in improving relationship quality. *J Soc Clin Psychol*. 26(8): 940-59.
- Mark, Kristen P., Janssen, Erick, Milhausen, Robin R. (2011). Infidelity in Heterosexual Couples: Demographic, Interpersonal, and Personality-Related Predictors of Extradysadic Sex. *Archives of Sexual Behavior*; DOI: 10.1007/s10508-011-9771-z
- Osilla, K. C., Hepner, K. L., Muñoz,R.F ., Woo, S., Watkins, K. (2009). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37 (4), 412-420.
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. London: Routledge.

- Quality of life Research Unit, Department of occupational Therapy, University of Toronto, Canada (2015). *The Quality of Life Model*. Retrieved from [http://sites.utoronto.ca/qol/qol\\_model.htm](http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm)
- Revenson TA, Kayser K, Bodenmann G. (2005). *Couples Coping With Stress: Emerging Perspectives on Dyadic Coping*. 1st ed. Washington DC: American Psychological Association. 67-8.
- Schalock, R., Gardner, J. & Bradley, V. (2007). *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. WashingtonDC: American Association on Intellectual Disability.
- Schmitt, D. P. (2002). Are Sexual Promiscuity and Relationship Infidelity Linked to Different Personality Traits Across Cultures? Findings from the International Sexuality Description Project. *Online Readings in Psychology and Culture*, 4(4).<http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1041>
- Siffert A, Schwarz B. (2011). Spouses' demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. *J Soc Pers Relat*. 28(2):262-77.
- Sugarman, D. E., Nich, C., Carroll, K. M. (2010). Coping Strategy Use Following Computerized Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 689-695.
- Van Loon, J., Van Hove, G., Schalock, R. & Claes, C. (2009). *Personal outcomes scale: Administration and standardization manual*. Gent: Stichting Arduin.
- Vimz, B., & Pina, W. (2010). The assessment of emotion regulation improving construct validity in research on psychopathology in youth *Journal of Psychological Behavior Assessment*, Published Online Do I, 10, 1007/S 10862-010-9178-5.
- Wang, M., Schalock, R. L., Verdugo, M. A. & Jenaro, C. (2010). Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *Am J Intellect Dev Disabil*, 115(3), 218-233.
- Yong EM, Long L. (1998). *Counseling and Therapy for Couples*. 2nd ed. New York. International Thomson Publishing Co. 34-5.

- Young, J. E. (1990). Schema – focused cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy, A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press