

اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر کنترل خشم و کاهش تعارض زناشویی

زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره کلانتری: مطالعه تک آزمودنی

The Effect of Cognitive-Behavioral Family Therapy on Anger Control and Marital Conflict Reduction in Couples Referring to the Police Counseling Centers: A Single-Subject Study

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۲۱

Moradi Z., Sadeghi M.✉

زهرا مرادی^۱، مسعود صادقی✉

Abstract

Introduction: The family is considered the basis and foundation of any society, and while being the center of comfort and tranquility, it is also the place where couples' opinions and attitudes clash. Marital conflict and anger are the consequences of incorrect communication patterns in the family.

Method: This study was aimed at investigating the impact of cognitive-behavioral family therapy on anger control and reduction of marital conflict in couples referring to the counseling center of Police Station 11 in Khorramabad, Iran. The statistical population included all the couples of Law Enforcement personnel who referred to the police counseling center. The sample size included 3 couples (6 people) who had referred to the police counseling center due to family problems. In this study, a single-case design of asynchronous multiple baseline type was used. The cognitive-behavioral family therapy protocol was administered in three baseline stages, ten 90-minute intervention sessions and a two-month follow-up, and the subjects responded to marital conflict and anger control scales.

Results: The data were analyzed using visual charting, reliable change index and improvement percentage formula. The findings showed that the rates of improvement in anger control variable in the post-treatment and the follow-up stages were 40.64% and 41.43% respectively, and in marital conflict variable in the post-treatment and the follow-up stages the rates were 49.88% and 49.69%, respectively. Thus, the findings of the study indicate that cognitive-behavioral family therapy has been effective in controlling anger and reducing marital conflict.

Discussion: The research findings show that cognitive-behavioral family therapy has been effective in controlling anger and reducing marital conflicts.

Key words: family therapy, cognitive-behavioral therapy, anger control, marital conflict, one-subject.

چکیده

مقدمه: خانواده، پایه، اساس و زیربنای هر جامعه محسوب می شود و ضمن اینکه کانون آسایش و آرامش است، محل برخورد عقاید و نگرش های زوجین نیز می باشد. تعارض زناشویی و خشم از پیامدهای الگوهای ارتباطی نادرست در خانواده است.

روش: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر کنترل خشم و کاهش تعارض زناشویی در زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره کلانتری ۱۱ شهر خرم آباد بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوج های کارکنان نیروی انتظامی مراجعه کننده به مرکز مشاوره کلانتری بود. حجم نمونه شامل ۳ زوج (۶ نفر) بود که به صورت دردسترس از میان زوجین نیروی انتظامی انتخاب شدند که به دلیل مشکلات خانوادگی مرکز مشاوره کلانتری مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهم زمان استفاده شد. پروتکل خانواده درمانی شناختی - رفتاری در سه مرحله خط پایه و ۱۰ جلسه مداخله ۹۰ دقیقه ای و پیگیری دوماهه اجرا شد و آزمودنی ها به مقیاس های تعارض زناشویی و کنترل خشم پاسخ دادند.

نتایج: داده ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبود تحلیل شدند. یافته های پژوهش نشان داد میزان بهبودی در متغیر کنترل خشم در مرحله پس از درمان و پیگیری ۴۰/۶۴، ۴۱/۴۳ درصد و در متغیر تعارض زناشویی در مرحله پس از درمان و پیگیری ۴۹/۸۸، ۴۹/۶۹ درصد بود.

بحث: یافته های پژوهش نشان می دهد که خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر کنترل خشم و کاهش تعارض زناشویی اثرگذار بوده است.

کلید واژه ها: خانواده درمانی؛ درمان شناختی - رفتاری؛ کنترل خشم؛ تعارض زناشویی؛ تک آزمودنی

✉ **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University.
E-mail: sadeghi.m@lu.ac.ir

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران
✉ استادیار گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان

مقدمه

نظام خانواده، علی‌رغم دگرگونی‌ها و تغییرات مداوم در ساختار آن، همچنان یکی از مهم‌ترین نهادهای هر جامعه است. ماهیت پویای نظام خانواده با انطباق آن با شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مادی مشخص می‌شود. خانواده با حفظ ارزش‌ها، هنجارها، نقش‌ها و سنت‌های خود، سعی می‌کند هویت خانوادگی و فرهنگی خویش را حفظ کند (ماکیوان^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). خانواده در حکم بافت سلولی، برای اندام‌های اجتماعی عمل می‌کند و از زمانی کنش‌وری خود را آغاز می‌کند که برقراری پیوند محکم و دائم میان زن و مرد تحقق می‌یابد. امری که از آن به‌عنوان ازدواج نام برده می‌شود. یکی از کنش‌گری‌های مهم خانواده، برقراری روابط عاطفی میان زن و مرد و گسترش سلامت روان‌شناختی است که مایه آرامش هر دو می‌شود (زارع‌نژاد، حسینی و رحمتی، ۱۳۹۸).

خانواده، پایه، اساس و زیربنای هر جامعه محسوب می‌شود و ضمن اینکه کانون آسایش و آرامش است، محل برخورد عقاید و نگرش‌های زوجین نیز می‌باشد. در بسیاری از موارد، این تعارض‌ها مفید بوده و موجبات رشد خانواده را در پی داشته است، اما امروزه رفتارهای متضاد و مخالف در خانواده‌ها افزایش یافته و این امر به افزایش میزان پرخاشگری و تعارضات منجر شده است (سودانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ بالان و همکاران، ۱۳۹۵). عدم توافق در هر رابطه زناشویی، طبیعی است. اگر زوجها بتوانند به شیوه مثبتی تعارضات را مدیریت کنند و توانایی حل آن را داشته باشند، وجود تعارض آسیب‌زا نیست (سفرت و اشوارز^۲، ۲۰۱۱). رابطه تعارض و رضایت زناشویی از پیشینه پژوهشی چندین‌ساله‌ای برخوردار است (کمپ دوش و تایلر^۳، ۲۰۱۲). تعارض زناشویی^۴ یکی از مشکلات رایج زوج‌ها در دنیای امروز است. تعارض زمانی به‌وجود

می‌آید که زوجها به‌دلیل همکاری و تصمیمات مشترکی که می‌گیرند، درجات مختلفی از استقلال و همبستگی را نشان می‌دهند که ممکن است تفاوت‌های با هم داشته باشند. این تفاوت‌ها را می‌توان روی یک پیوستار از تعارض خفیف تا تعارض کامل طبقه‌بندی کرد (امانی و همکاران، ۱۳۹۷). تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش‌های ارضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته‌ها، طرح‌واره‌های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (گلاسه^۵، ۲۰۱۰). رایس^۶ (۱۹۹۶) دو نوع تعارض را در روابط زناشویی مطرح می‌سازد: تعارض سازنده و تعارض مخرب. در تعارض سازنده تمرکز بر حل مسئله بوده و در آن، نزدیکی، احترام و اعتماد به یکدیگر است و هیجان منفی و پاسخ کلامی تند اندکی بین زوجین وجود دارد. در تعارض مخرب، زوجین خود همدیگر را به جای مسئله مورد حمله قرار می‌دهند. در این تعارض از طریق سرزنش و انتقاد، هریک سعی دارند دیگری را تحت نفوذ خود درآورده و اظهارنظرهای بسیار منفی علیه یکدیگر به‌کار می‌برند که در این حالت ارتباط درستی بین آنها برقرار نمی‌شود. در این نوع ارتباط، بحث و مجادله‌های بیهوده و مخرب، بی‌اعتمادی، بی‌احترامی، توهین، خصومت، دشمنی و دشنام مشاهده می‌شود. پژوهش‌ها در زمینه تأثیرات مخرب تعارضات زناشویی نشان می‌دهد که تعارضات زناشویی تأثیرات زیان‌آوری بر سلامت، جسم، روان و خانواده دارد (کمپ دوش و تایلر، ۲۰۱۲). سالم یا ناسالم بودن یک رابطه به چگونگی توزیع و نحوه حل تعارض بستگی دارد. لذا چگونگی مقابله مؤثر با تعارض، یکی از مهم‌ترین گام‌های ایجاد روابط سالم است (شیخ‌هادی سیروئی و همکاران، ۱۳۹۶).

خشم^۷ یکی از پیامدهای احتمالی الگوهای ارتباطی در

رویکردها و پژوهش‌های مختلف، عوامل و پدیده‌های مختلفی را در توصیف و تبیین مشکلات متنوع خانواده‌ها و زوجها مطرح کرده‌اند و گسترش مداخلات درمانی که از این پشتوانه‌های پژوهشی محکمی برخوردار می‌باشند، خانواده درمانی شناختی - رفتاری^{۱۱} را به‌عنوان اصلی مهم در درمان، از دیگر درمان‌های سلامت روان مجزا کرده‌اند (تانگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۷).

خانواده درمانی شناختی - رفتاری یکی از روش‌های مؤثر در ارتقای سلامت زوجها و خانواده‌هاست (خداپاری و آسایش، ۲۰۱۸). درمان شناختی - رفتاری بر این نکته تأکید می‌ورزد که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند. در این نوع درمان به مراجع کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه فرد بتواند این افکار تحریف‌شده و ناکارآمد را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می‌شود (لیپکا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین درمان شناختی - رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، حل مسئله، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئول، ارتباط مثبت با دیگران، ایجاد عزت‌نفس، شادکامی، کنترل خشم، سازگاری و کاهش تعارضات خانوادگی مؤثر است (هال^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۶). در تحقیقی که بوکام^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۹) انجام داد، نشان داد که الگوی خانواده درمانی شناختی - رفتاری در افزایش رضایت از زندگی افراد تأثیر دارد. شناخت‌گراها عقیده دارند وجود تحریف‌های شناختی بین فردی باعث ناسازگاری رفتاری و تعارضات خانوادگی می‌شود (جلوخانیان و خادمی، ۲۰۱۳). بک^{۱۶} معتقد است وجود طرح‌واره‌های غلط نسبت به روابط خانوادگی و خطاهای شناختی موجب آشفتگی و نارضایتی در زندگی افراد می‌شود. او عقیده دارد

خانواده‌های دارای تعارض است (کاترین^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). زیستگاه خانوادگی پیش‌بینی‌کننده ناکارآمدی فرزندان در ساماندهی خشم و برآشفتگی است. خشم به هیجان، خصومت، نگرش و پرخاشگری، به رفتار اطلاق می‌شود و این هیجان می‌تواند زیربنای پرخاشگری باشد. پرخاشگری از سه مؤلفه احساس پرخاشگرانه، افکار پرخاشگرانه و رفتار پرخاشگرانه تشکیل شده است. احساس پرخاشگرانه؛ حالت هیجانی که زیربنای پرخاشگری و خصومت است و خشم نامیده می‌شود. افکار پرخاشگرانه؛ نگرش پرخاشگرانه فراگیری است که فرد را به‌سوی رفتارهای پرخاشگرانه سوق می‌دهد و خصومت نامیده می‌شود. رفتار پرخاشگرانه؛ عبارت است از رفتار قابل مشاهده که با قصد آسیب‌رساندن انجام می‌شود (دونالد^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). اگر چه خشم هیجانی طبیعی و گاهی می‌تواند مفید باشد، ولی خطرهایی نیز همراه دارد. وقتی خشم خارج از کنترل و مخرب باشد، می‌تواند به مشکلاتی روابط بین‌فردی و کیفیت کلی زندگی منجر شود (چاوشی و همکاران، ۲۰۱۷). پرخاشگری پدیده‌ای است که روابط سالم خانوادگی را که برای تحکیم خانواده لازم و ضروری است، متزلزل ساخته، یا بعضاً از بین می‌برد. ممکن است برخی افراد تعجب کنند، اما این، واقعیت دارد که بیشتر رفتارهای پرخاشگرانه در خانواده‌ها روی می‌دهد (توماس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). خشم بر بسیاری از جنبه‌های زندگی تأثیر می‌گذارد. ابراز خشم ممکن است به تعارض زناشویی، خانوادگی، مشکلات ارتباطی و محل کار و ایجاد نگرش منفی افراد به شخص منجر شود (بابامرادی، ۲۰۱۳). همان‌طور مطالعات نشان می‌دهد، بیشتر هیجانات منفی در بستر خانواده رخ می‌دهد، به‌همین دلیل درمان این مشکلات نیز باید در خانواده انجام گیرد (حسینی‌نژاد، ۲۰۱۶). در سال‌های اخیر

نظر به اینکه بیشتر پژوهش‌هایی که در حیطه کنترل خشم انجام شده، به بررسی این مؤلفه در کودکان و نوجوانان پرداخته است، غافل از اینکه ممکن است این الگو به صورت یادگیری از والدین به فرزندان انتقال داده شده باشد؛ لذا پژوهش حاضر بر آن شد به بررسی اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر کنترل خشم و کاهش تعارض زناشویی زوجین بپردازد.

روش

پژوهش حاضر کاربردی و طرح پژوهش، جزو طرح‌های تک‌آزمودنی (گال و بورگ، ۱۳۹۶) از نوع آزمایش بالینی و خط پایه چندگانه بود. در این نوع طرح‌ها پژوهشگر به مطالعه اثر یک متغیر بر متغیر دیگر روی یک یا چند آزمودنی می‌پردازد (بازرگان، سرمد و حجازی، ۱۳۹۰). برای انتخاب نمونه از بین مراجعه‌کننده‌گان نظامی به مرکز مشاوره کلانتری ۱۱ خرم‌آباد سه زوج که به دلیل رفتار پرخاشگرانه و تعارضات زناشویی به این مرکز ارجاع داده شده و با هدف پژوهش همخوان بودند، انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس زوج‌ها پس از ملاک‌های ورودی زیر انتخاب شدند: ۱. زوج‌هایی که به علت تعارضات زناشویی به مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند، ۲. پرخاشگری در زوج‌ها به صورت کلامی و فیزیکی رخ داده بود، ۳. نداشتن سابقه اختلال روانی، ۴. عدم سوءپیشینه و ۵. یکی از طرفین حاضر به طلاق نبودند و ملاک‌های خروج شامل: ۱. اعتیاد یکی از همسران، ۲. مصرف هر گونه داروی روان‌گردان، ۳. داشتن اختلال حاد روانی بود. قبل از شروع درمان خط پایه در سه نوبت برای سه زوج، دو پرسشنامه تعارضات زناشویی و کنترل خشم را پر کردند. در جلسه اول و اواسط جلسات در جلسه پنجم مجدداً پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها پر شدند، و در آخر

خانواده‌های متعارض در روابط خود دارای انواعی از خطاهای شناختی مثل استدلال انتخابی، بزرگ‌نمایی رفتار بد همدیگر، تحریک گفتار و اعمال هم هستند (خدایاری و همکاران، ۱۳۹۵).

پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی بر کنترل خشم و کاهش تعارضات زناشویی بوده است. هیمن^{۱۷} و همکاران (۲۰۱۷) روی ۱۱۵ نفر که رفتارهای ضداجتماعی داشتند، مداخلات شناختی - رفتاری انجام دادند و بعد از ۱۸ ماه پیگیری، دریافتند که مداخله شناختی - رفتاری باعث کاهش رفتار پرخاشگرانه گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بود. همچنین گیوه‌چی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و الگوی ارتباط بدون خشونت بر کاهش مشکلات برونی‌سازی‌شده کودکان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی مؤثرتر بوده است. شابینا^{۱۸} (۲۰۱۶) در تحقیق خود نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان از جمله کنترل خشم، مؤثر بوده است. همچنین باتالگیز^{۱۹} و همکاران (۲۰۱۵) در یک پژوهش فراتحلیلی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری باعث کاهش نشانگان برون‌سازی‌شده کودکان، کاهش نگرانی و افسردگی افراد و همچنین کاهش رفتار پرخاشگرانه می‌شود. شیخ‌هادی سیروئی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در بهبود سبک‌های حل تعارض و کاهش سبک‌های غیرسازنده، به‌طور معنی‌دار مؤثر بوده است و از این برنامه برای آموزش زوجین دارای تعارض و در آستانه طلاق، می‌توان استفاده کرد. توماس و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی باعث کاهش رفتار خصمانه و پرخاشگرانه در پسران نوجوان هلندی شد.

ترجمه شده و اعتبار و پایایی آن توسط لنگری به دست آمده است (کالامری و پینی، ۲۰۰۳). این پرسشنامه ۲۹ سؤالی، چهار جنبه پرخاشگری شامل: پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می‌سنجد. این پرسشنامه همچنین پرخاشگری کلی را اندازه‌گیری می‌کند. نتایج تحلیل روان‌سنجی باس و پری نشان داده است که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین همبستگی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس، ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ متغیر است که بیانگر روایی مناسب این ابزار است (باس و پری، ۱۹۹۲). ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش شده است. نقطه برش در این پرسشنامه ۷۸ است.

در پژوهش حاضر، خانواده‌های مورد مطالعه، یک خانواده ۳ نفره بود. مرد ۳۱ ساله، با تحصیلات دیپلم، فرزند سوم یک خانواده ۶ نفره و سه سال بود که ازدواج کرده بودند. زن ۲۷ ساله، با مدرک لیسانس و فرزند اول از یک خانواده ۴ نفره بود، فرزند آنان هم، یک دختر ۶ ماهه بود.

خانواده دوم یک خانواده چهارنفره بود؛ مرد ۳۹ ساله، تحصیلات دیپلم و فرزند دوم از خانواده ۷ نفره بود. خانم ۳۶ ساله، تحصیلات دیپلم و فرزند سوم از خانواده ۶ نفره، دو دختر ۶ ساله و دو ساله و مدت ازدواج ۹ سال بود.

خانواده سوم، مرد ۳۵ ساله، تحصیلات فوق‌دیپلم، و فرزند اول از خانواده ۵ نفره بود. خانم ۲۷ ساله، تحصیلات دیپلم و فرزند اول از خانواده ۶ نفره بود. دو فرزند پسر ۸ ساله و دختر ۳ ساله که ۱۰ سال از ازدواجشان می‌گذشت.

پیش از اجرای پژوهش رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان گرفته شد. شرکت‌کننده‌ای که شرکت در پژوهش را رد می‌کرد، یا برای شرکت‌کردن،

جلسات بعد از ده جلسه مداخله مشاوره خانواده درمانی شناختی - رفتاری، برای مرحله سوم زوجین هر دو پرسشنامه کنترل خشم و تعارض زناشویی را جواب دادند.

پرسشنامه تعارض زناشویی: در این پژوهش از پرسشنامه تعارض زناشویی ثنائی و همکاران (۱۳۸۷) استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار ۵۴ سؤالی است که برای سنجیدن تعارض‌های زن و شوهری برمبنای تجربیات بالینی استاد راهنمای پژوهش ساخته شده است. این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جداکردن امور مالی از یکدیگر و کاهش ارتباط مؤثر. برای هر سؤال پنج گزینه در نظر گرفته شده که به تناسب ۱ تا ۵ نمره به آنها اختصاص داده شده است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنای تعارض بیشتر و نمره کم‌تر به معنای رابطه بهتر و تعارض کم‌تر است. اعتبار (پایایی) و روایی آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۰/۹۶ به دست آمد و برای ۸ خرده‌مقیاس آن از این قرار است: کاهش همکاری، ۰/۸۱؛ کاهش رابطه جنسی، ۰/۶۱؛ افزایش واکنش‌های هیجانی، ۰/۷۰؛ افزایش جلب حمایت فرزند، ۰/۳۳؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۰/۸۶؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۹؛ جداکردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۱ و کاهش ارتباط مؤثر، ۰/۶۹. نقطه برش این پرسشنامه ۱۱۱ است.

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری^۲ (۱۹۹۲): این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال است که توسط ثنائی ذاکر

در جلسه مقدماتی برای تعیین سطح پایه ابتدا مصاحبه گرفته شد و سپس نرخ پایه رفتار پرخاشگری مشخص شد و بعد هم آزمون کنترل خشم و تعارض زناشویی اجرا شد. سپس فنون خانواده درمانی شناختی - رفتاری شامل: فنون حل مسئله، مثبت‌نگری، تغییر رفتار و سبک زندگی عاشقانه... اجرا شد. شرح جلسات در جدول زیر ارائه شد.

مقاومت می‌کرد، به‌هیچ‌وجه در پژوهش شرکت داده نشد. به‌طور کلی نکات مربوط به اخلاق در پژوهش در جریان پژوهش از جمله امانت‌داری در استفاده از منابع، دقت در استناددهی، قدردانی از دیگران، رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها و رعایت حریم خصوصی افراد نمونه‌گیری‌شده توسط پژوهشگران اعمال شد.

جدول ۱. محتوای جلسات فنون خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	در جلسه مقدماتی از طریق مصاحبه با زوجین به گرفتن شرح حال خانواده پرداخته شد. زوجین مشکلات خود را بیان کردند و خواستار تغییر شدند.
جلسه دوم و سوم	به زوجین آموزش حل مسئله کمک به زوجین در جهت کسب بینش نسبت توانایی خود پرداخته شد. به زوجین آموخته شد که راه‌حل‌های موجود را پیرامون رابطه بهتر و گفتگوی صحیح را بررسی کنند. از تکنیک مهارت حل مسئله برای کنترل خشم و کاهش تعارض و تعاملات مناسب استفاده شد.
جلسه چهارم	در مهارت مثبت‌نگری از زوجین خواسته شد تا نقاط قوت خود را نام ببرند و هرکدام نقاط قوت همدیگر را در جلسه بیان کنند.
جلسه پنجم	از زوجین خواسته شد که خاطرات خوب خود را تعریف کنند و همسران نقاط قوت یکدیگر را بنویسند و آن را به قسمت نقاط مثبت خود اضافه کنند و همچنین نقاط مثبت خود را به ترتیب اولویت مشخص کنند و پنج مورد از آنها را انتخاب کرده و دلایل و شواهدی را دال بر اینکه دارای آن نقطه قوت هستند، ارائه دهند.
جلسه ششم و هفتم	تکنیک تغییر رفتار به خانواده آموزش داده شد؛ به طوری که به کمک آن بتوانند رفتارهای پرخاشگرانه خود را کاهش دهند. هدف تغییر رفتار، تغییر دادن یک رفتار خاص است نه کلیت شخص. در تکنیک تغییر رفتار از زوجین خواسته شد تا رفتارهایی را که خود خواستار تغییر آن هستند، براساس اولویت بنویسند. سپس از آنها خواسته شد از همسر خود بپرسند چه رفتاری انجام داده‌ام که باعث ناراحتی شما شده است.
جلسه هشتم	تکنیک چگونه سبک زندگی عاشقانه داشته باشند، آموزش داده شد. در این تکنیک از زوجین خواسته شد در فرم‌های جداگانه هر کدام بیان کنند که من چه کارهایی می‌توانم انجام دهم که بدون توقع از طرف مقابل، سبک زندگی عاشقانه‌ای داشته باشم.
جلسه نهم	در این جلسه در خصوص خشم و کینه‌های خانوادگی، تکنیک عفو و بخشش به صورت انفرادی به زوجین داده شده که زوجین بتوانند از اشتباهات همسر خود بگذرند و زوجین متوجه شدند بخشیدن، عزت است و برعکس اصرار ورزیدن بر عفو نکردن، نوعی دوری از ارزش‌هاست.
جلسه دهم	ضمن جمع‌بندی و مرور فنون اجراشده، به میزان تأثیر فنون برای رسیدن به اهداف خانواده پرداخته شد.

یافته‌ها

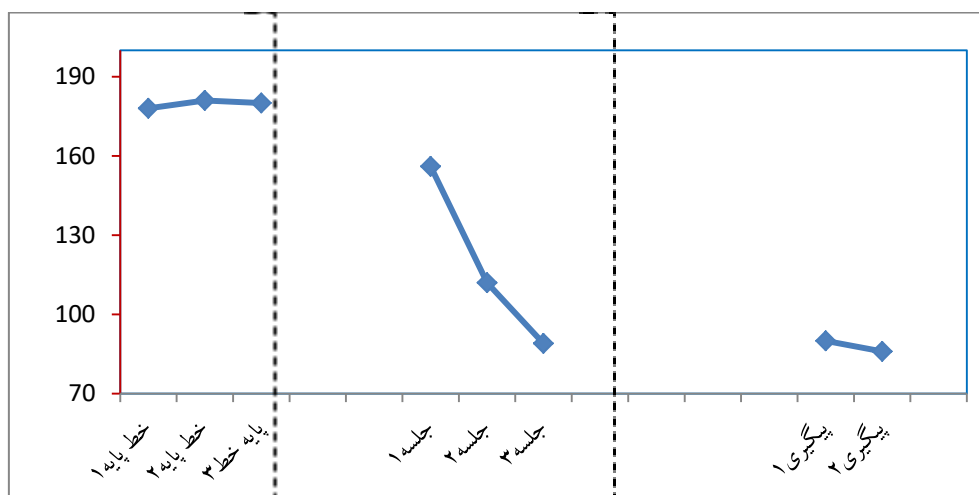
پژوهش به نمره‌گذاری و تفسیر نتایج پرداخته شد. در ادامه، جداول مربوط به یافته‌ها تشریح شده است. در جدول ۱ نمره‌های سه زوج در مقیاس تعارض زناشویی در مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله

در تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از ترسیم نمودار استفاده شد و نتایج قبل و بعد از مداخله به صورت نمودارهای پایین آورده شد. پس از اجرای ابزار

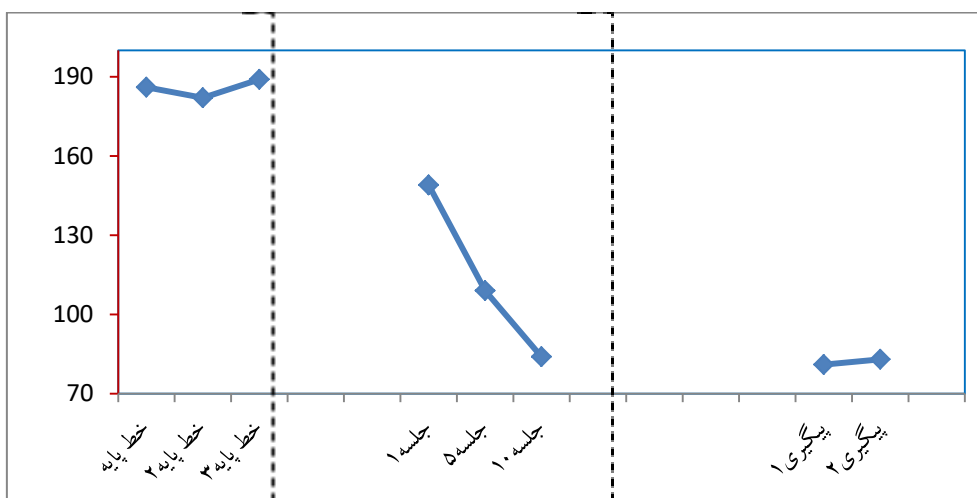
پیگیری (مرحله خط پایه سه بار، مرحله درمان سه بار کلی برحسب مراحل مختلف درمان نشان داده شده و در مرحله پیگیری دو بار) همراه با درصد بهبودی است.

جدول ۱. روند تغییر مراحل خانواده درمانی شناختی - رفتاری در مقیاس تعارض زناشویی

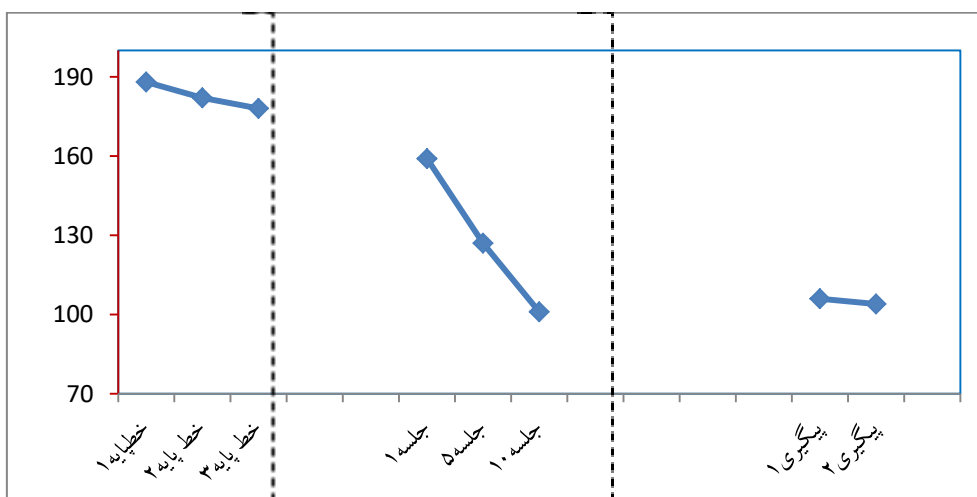
گروه‌های درمان	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم
خط پایه اول	۱۷۸	۱۸۶	۱۸۸
خط پایه دوم	۱۸۱	۱۸۲	۱۸۲
خط پایه سوم	۱۸۰	۱۸۹	۱۷۸
میانگین مرحله	۱۷۹	۱۸۵	۱۸۳
درمان			
جلسه اول	۱۵۶	۱۴۹	۱۵۹
جلسه پنجم	۱۱۲	۱۰۹	۱۲۷
جلسه دهم	۸۹	۸۴	۱۰۱
میانگین مرحله درمان	۱۲۳	۱۱۴	۱۲۹
شاخص تغییر پایا (درمان)	۴/۲۹	۴/۸۲	۳/۹۱
درصد بهبود کلی پس از درمان	۵۰/۲۷	۵۴/۵۹	۴۴/۸۰
پیگیری			
پیگیری نوبت اول	۹۰	۸۱	۱۰۶
پیگیری نوبت دوم	۸۶	۸۳	۱۰۴
میانگین مرحله پیگیری	۸۸	۸۲	۱۰۵
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۴/۳۶	۴/۹۱	۳/۷۲
درصد بهبود کلی پس از پیگیری	۵۰/۸۳	۵۵/۶۷	۴۲/۶۲



نمودار ۱. زوج اول در مقیاس تعارض زناشویی



نمودار ۲. زوج دوم در مقیاس تعارض زناشویی



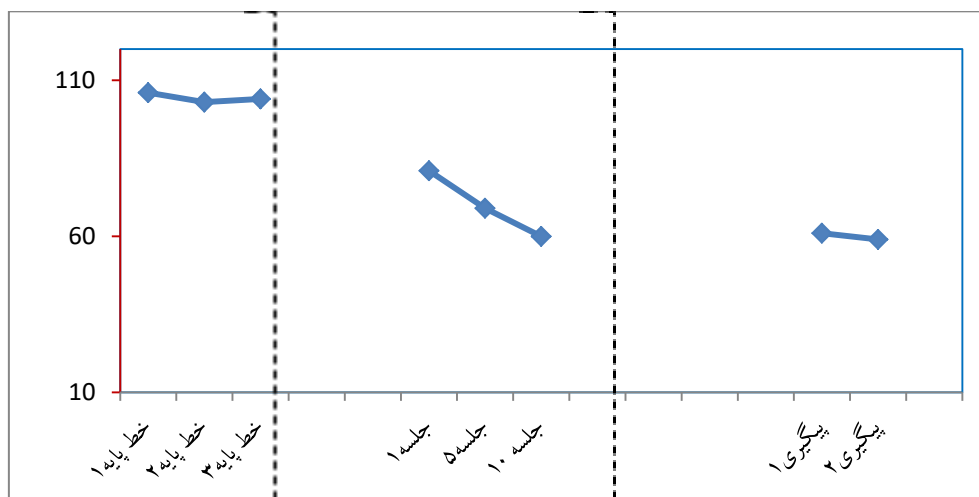
نمودار ۳. زوج سوم در مقیاس تعارض زناشویی

در جدول ۱ و نمودار ۱، ۲ و ۳ مشاهده می‌شود تعارض در هر سه زوج در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. باتوجه به اینکه مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده در سه زوج به ترتیب در مرحله پس از درمان ترتیب ۴/۲۹، ۴/۸۲ و ۳/۹۱ و در مرحله پیگیری ۴/۳۶، ۴/۹۱ و ۳/۷۲ به دست آمده است، این دو مقدار در سطح آماری $P < 0/50$ معنی دار هستند. شاخص پایا زمانی که بیش از ۱/۹۶ باشد، معنی دار بودن یافته‌های آماری را تأیید می‌کند (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳). درصد بهبود این سه زوج به ترتیب، پس از درمان ۵۵/۶۷ و ۴۲/۶۲ به دست آمده است که این سه مقدار فصلنامه روانشناسی نظامی دوره ۱۰، شماره ۴۰، زمستان ۱۳۹۸

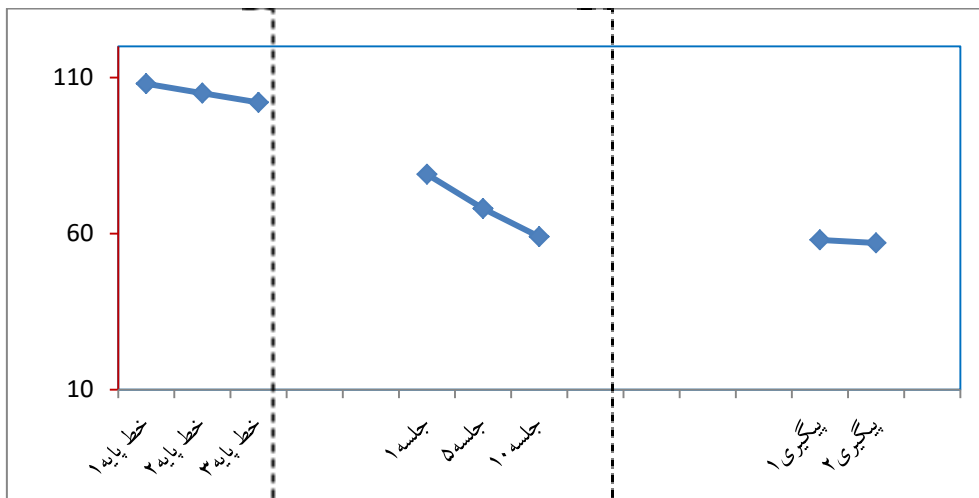
در سطح آماری $P < 0/50$ معنی دار هستند. درصد بهبود این سه زوج در مرحله پیگیری به ترتیب ۵۰/۸۳، ۵۵/۶۷ و ۴۲/۶۲ است. همچنین باتوجه به پایین بودن نمرات هر سه زوج از نقطه برش مقیاس تعارض زناشویی می‌توان گفت این تغییرات از نظر بالینی معنی دار است؛ بنابراین، براساس درصد بهبود کلی، شاخص پایا در این سه زوج در مرحله درمان و مرحله پیگیری و نقطه برش می‌توان گفت که میزان اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر تعارض زناشویی زوجین اثرگذار بوده و باعث کاهش تعارض زناشویی زوجین است.

جدول ۲. روند تغییر مراحل درمان متعارض گروه خانواده درمانی شناختی - رفتاری در مقیاس کنترل خشم

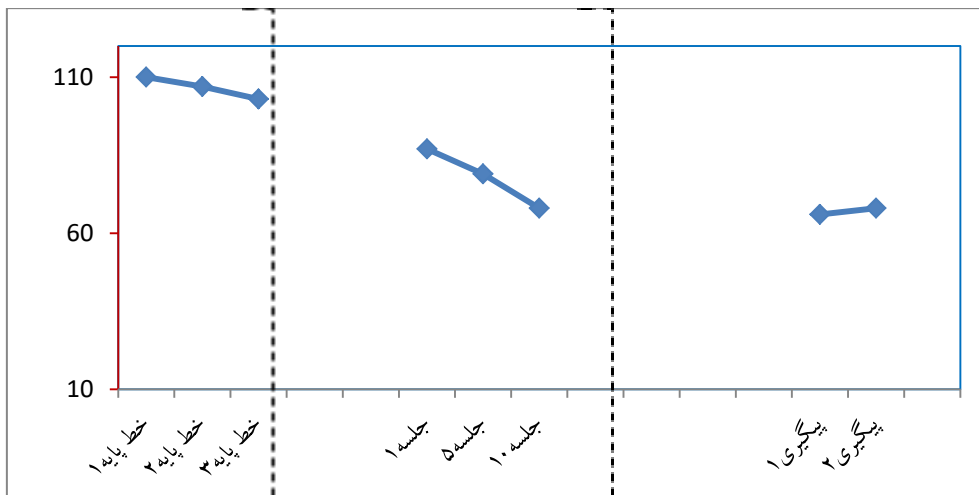
گروه‌های درمان	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم
خط پایه اول	۱۰۶	۱۰۸	۱۱۰
خط پایه دوم	۱۰۳	۱۰۵	۱۰۷
خط پایه سوم	۱۰۴	۱۰۲	۱۰۳
میانگین مرحله	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۶
درمان			
جلسه اول	۸۱	۷۹	۸۷
جلسه پنجم	۶۹	۶۸	۷۹
جلسه دهم	۶۰	۵۹	۶۸
میانگین مرحله درمان	۷۰	۶۸	۷۸
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۰۱	۳/۱۳	۲/۵۹
درصد بهبود کلی پس از درمان	۴۲/۲۹	۴۳/۸۱	۳۵/۸۴
پیگیری			
پیگیری نوبت اول	۶۱	۵۸	۶۶
پیگیری نوبت دوم	۵۹	۵۷	۶۸
میانگین مرحله پیگیری	۶۰	۵۷/۵	۶۷
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۳/۰۱	۳/۲۷	۲/۶۶
درصد بهبود کلی پس از پیگیری	۴۲/۲۹	۴۵/۲۳	۳۶/۷۹



نمودار ۴. زوج اول در مقیاس خشم



نمودار ۵. زوج دوم در مقیاس خشم



نمودار ۶. زوج سوم در مقیاس خشم

در جدول ۲ و نمودار ۴، ۵ و ۶ نشان داده شد که میانگین و سطح نمره‌های متغیر خشم و رفتار پرخاشگرانه در هر سه زوج در مرحله درمان و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش پیدا کرده است. باتوجه به اینکه مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست‌آمده در سه زوج به‌ترتیب در مرحله پس از درمان ۳/۱۳، ۳/۰۱ و ۲/۵۹ و در مرحله پیگیری برای سه زوج به ترتیب ۳/۰۱، ۳/۲۷ و ۲/۶۶ به‌دست آمده است، این دو مقدار در سطح آماری $P < 0/50$ معنی‌دار هستند. در بهبود این سه زوج پس از درمان به‌ترتیب ۴۲/۲۹،

۴۳/۸۱ و ۳۵/۸۴ به‌دست آمده است که این سه مقدار نیز در سطح آماری $P < 0/50$ معنی‌دار هستند. درصد بهبود این سه زوج در مرحله پیگیری به‌ترتیب ۴۲/۲۹، ۴۵/۲۳ و ۳۶/۷۹ است. همچنین باتوجه به پایین بودن نمرات هر سه زوج از نقطه برش مقیاس خشم و رفتار پرخاشگرانه می‌توان گفت این تغییرات از نظر بالینی معنی‌دار است؛ بنابراین، براساس درصد بهبود کلی، نقطه برش و شاخص پایا در این سه زوج در مرحله درمان و مرحله پیگیری می‌توان گفت که میزان اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر خشم و

در جدول ۲ و نمودار ۴، ۵ و ۶ نشان داده شد که میانگین و سطح نمره‌های متغیر خشم و رفتار پرخاشگرانه در هر سه زوج در مرحله درمان و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش پیدا کرده است. باتوجه به اینکه مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست‌آمده در سه زوج به‌ترتیب در مرحله پس از درمان ۳/۱۳، ۳/۰۱ و ۲/۵۹ و در مرحله پیگیری برای سه زوج به ترتیب ۳/۰۱، ۳/۲۷ و ۲/۶۶ به‌دست آمده است، این دو مقدار در سطح آماری $P < 0/50$ معنی‌دار هستند. در بهبود این سه زوج پس از درمان به‌ترتیب ۴۲/۲۹،

رفتار پر خاشگرانه، زوجین اثر گذار بوده و باعث کاهش خشم و رفتار پر خاشگرانه زوجین شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فنون خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر کنترل خشم و کاهش تعارضات زناشویی زوجین انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که خانواده درمانی شناختی - رفتاری باعث کاهش تعارضات در زوجین آزمودنی شد. این نتایج با نتایج عسگری و همکاران (۱۳۹۴) دونالد و همکاران (۲۰۱۹)، بلانگر^{۲۱} و همکاران (۲۰۱۵)، شایان و همکاران (۲۰۱۸)، ثابت نژاد و همکاران (۲۰۱۶)، تانگ و همکاران (۲۰۱۷)، همچنین هومل^{۲۲} و همکاران (۲۰۱۷) و صفاری نیا و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی مداخلات خانواده درمانی بر کاهش تعارضات خانوادگی و افزایش رضایت مندی زناشویی، همسو می باشد. همچنین با نتایج امانی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی بر تعارض زناشویی و آشفستگی زناشویی و همچنین با نتایج شیخ هادی سیروئی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی رفتار درمانی بر مدیریت تعارض زوجین پرتعارض، همخوانی دارد. در روند تشدید تعارضات زناشویی، احساس ارزشمندی افراد به همراه ارزیابی که برای رابطه عاطفی خود قائل بوده اند، به تدریج رنگ می بازد. این فاصله جسمانی، روانی و عاطفی در سال های بعد پررنگ تر می شود به صورتی که زن و شوهر دیگر توانی برای ادامه زندگی زناشویی خود ندارند (زارع نژاد و همکاران، ۱۳۹۸). مشکلات مربوط به تعارضات زوجین، به طور اولیه نتیجه شکست در برقراری روابط صحیح است، توانایی زوجین در برقراری ارتباط مؤثر به انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته هایشان بستگی دارد. روش شناختی - رفتاری،

مهارت محور است و سعی دارد که مهارت های شناختی، حل مسئله و تعارض، برقراری ارتباط مؤثر و اصول رفتار و مبادله درست را به زوجین آموزش دهد (پارسه و همکاران، ۱۳۹۴).

در تبیین این نتایج می توان اظهار کرد که مهارت های شناختی به بررسی و اصلاح انتظارات و افکار غیر واقع بینانه زوجین می پردازد. این باورها، انتظارات، برداشتها و اسنادهای مخرب و غیرمنطقی روابط زناشویی را تحت شعاع قرار می دهد. لذا آموزش های شناختی به اصلاح برداشتها و اسنادهای غلط زن و شوهر از رفتار یکدیگر می پردازد و باعث رفع سوء تفاهم، کاهش رنجش و خشم و توجه به جنبه های مثبت رفتار یکدیگر می شود. برخی از زوجین بعد از گذشت ماه های اولیه زندگی به علت درگیر شدن در مسائل و مشکلات زندگی و یا عدم اعتقاد به ضرورت و تأثیر مهارت های رفتاری، عملاً به کاهش تقویت کننده ها کمک می کنند. از سوی دیگر، بروز تعارضات و رنجش ها و حل نشدن آنها باعث افزایش دلخوری و احساس منفی و در نتیجه عدم تمایل به انجام رفتارهای خوشایند و افزایش رفتارهای منفی مثل بی توجهی، سرزنش و تحقیر می شود. در تبیین این موضوع عدم شناخت دقیق همسران از یکدیگر و تفاوت های فردی در تقویت و تنبیه را نیز نباید نادیده گرفت. بسیاری از همسران به علت نوع رابطه نسبت به آنچه برای طرف مقابل تقویت یا تنبیه کننده است، آگاهی ندارند. می توان برداشت کرد که با توجه به هدف درمانی شناختی - رفتاری که عبارت است از شناسایی، به چالش کشیدن و تغییر افکار و شناخت های منفی افرادی که تعارض در روابط را تجربه می کنند، شناسایی این تحریفات و سوگیری های فکری و طرح ریزی و تحقق بخشیدن یک طرح درمانی برای چالش کشیدن و نهایتاً تغییر آنها، موجب بهبودی یا

تخفیف یافتن نشانه‌های موجود، جایگزینی احساسات، رفتار و تفکر مثبت و سرانجام برگشتن ارتباط به سطح بهتر و سالم‌تری شده است. همچنین خانواده درمانی شناختی - رفتاری به زوجین کمک می‌کند نیازهای یکدیگر را بشناسند و براساس نیازهای دو طرف با همدیگر به تعامل بپردازند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که خانواده درمانی شناختی - رفتاری باعث کنترل خشم و کاهش رفتار پرخاشگرانه زوجین شد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج خدایاری و آسایش (۲۰۱۸)، لپیکا و همکاران (۲۰۱۴)، مک دمتر^{۲۳} و همکاران (۲۰۱۷)، چانگ^{۲۴} و همکاران (۲۰۰۸)، همیون و همکاران (۲۰۱۷) و همچنین گیوه‌چی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری بر کنترل خشم و کاهش رفتار پرخاشگرانه، همسو می‌باشد. همچنین نتایج (رضوی و نیک‌نژادی، ۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی بر کنترل خشم معتادین، با نتایج اریک^{۲۵} و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی بر رفتار پرخاشگرانه افراد استرس پس از سانحه، با نتایج حجتی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کنترل خشم نوجوانان، با نتایج نعیمی (۱۳۹۷) مبنی بر مهارت مدیریت خشم به روش شناختی رفتاری بر کاهش خشونت خانگی همخوان می‌باشد. رویکرد شناختی - درمانی در درمان مشکلات رفتاری معمولاً برتجارب کنونی فرد تمرکز دارد و هدف درمان شناختی - رفتاری، مستقیماً کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری است (بک، ۲۰۱۱). رویکرد شناختی - رفتاری در درمان مشکلات، امکان فراتر رفتن از چارچوب‌های رفتاری را برای درمانگر فراهم می‌کند و به درمان مؤثرتری می‌انجامد؛ چراکه در بسیاری از افرادی که از روش‌های رفتاری بهره می‌گیرند، بخش

قابل توجهی از نشانه‌ها باقی می‌ماند که با درمان شناختی رفتاری بهبود می‌یابد (آکداس میترا^{۲۶}، ۲۰۱۰). تحقیقات نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های شناختی - رفتاری بر مدیریت خشم بر سازگاری اجتماعی و پرخاشگری مؤثر بوده است (شیرودی^{۲۷}، ۲۰۱۱).

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت درمان شناختی - رفتاری باعث بهبود سازوکارهای انطباقی خشم و کاهش حساسیت نسبت به برانگیزاننده‌های آن در مبتلا به پرخاشگری و خشم می‌شود. در این رویکرد آشنایی با خودگویی و افکار افزایش‌دهنده مثبت و کاهش‌دهنده خشم و افکار غیرمنعطف، نقش مهمی بازی می‌کند. آموزش آرمیدگی و حل مسئله نیز مفید و مؤثر است (کازمیان و همکاران، ۲۰۱۱). به‌طور کلی هدف درمان‌ها و مداخلات کنترل خشم، افزایش آگاهی زوجین نسبت به خشم و آموزش اصول و شیوه‌های مؤثر به‌منظور کنترل آن است. در این روش، افراد ابتدا نسبت به شدت، منشأ، آستانه و محرک‌های خشم و همچنین ارتباط بین فکر - احساس - رفتار، آگاهی و شناخت لازم پیدا می‌کنند و همچنین با انجام فعالیت‌ها و گفتگو درمورد موقعیت‌ها، سطح خودآگاهی هیجانی آنها افزایش پیدا می‌کند. با این آموزش‌ها افراد خشم خود را در موقعیت‌ها مورد بازبینی و اصلاح قرار می‌دهند و باتوجه به موقعیت از راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای کنترل خشم استفاده می‌کنند (رضایی میرقائد، ۱۳۹۳). در مدل شناختی - رفتاری، خشم و رفتار پرخاشگرانه از یک‌سو به‌منزله نوعی شیوه رویارویی با مشکلات اجتماعی روزمره است و ازسوی دیگر نقص در رمزگردانی، تفسیر موقعیت‌ها، اهداف انتخاب‌شده، تولید راهبردها و ارزیابی پاسخ‌هاست که این عوامل می‌تواند به رفتار پرخاشگرانه بینجامد. در این رویکرد، زیربنای باورهای

چگونه شناخت‌های تحریف‌شده خود را در مورد همسر شناسایی کنند و به اصلاح این شناخت‌ها همت کنند. همچنین به زوجین آموزش داده می‌شود که رفتارهای خوب و مثبت همسر خود را با توجه کردن و ابراز محبت، تقویت کنند که این رفتار افزایش پیدا کند. زمانی که یکی از زوجین رفتار مثبتی انجام می‌دهد و همسرش براساس واکنش دلخواه وی، این رفتار را تقویت می‌کند، باعث می‌شود این به صورت یک چرخه مثبت در زندگی آنها درآید که رفتار مثبت هر کدام توسط دیگر تقویت و در نتیجه افزایش می‌یابد. خانواده درمانی شناختی - رفتاری به زوجین یاد می‌دهد که چگونه نقاط قوت خود و همسرشان را ببینند و این مسئله به افزایش عزت‌نفس منجر می‌شود، همچنین رضایت از باهم‌بودن را بیشتر می‌کند و به تبع آن رفتار پرخاشگرانه و تعارضات زناشویی کاهش پیدا می‌یابد.

پیشنهاد می‌شود روش‌های خانواده درمانی شناختی - رفتاری روی خانواده‌ها به صورت آزمایشی (گروه گواه و گروه آزمایش) مورد بررسی قرار گیرد تا تأثیرات آن را مشاهده کرد. پیشنهاد می‌شود رویکرد خانواده درمانی شناختی - رفتاری برای درمان اختلالات شخصیتی بیشتری مثل اختلالات روان پریشی به کار برده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود بعد از مداخلات خانواده درمانی شناختی - رفتاری در بلندمدت ثبات تغییرات آن پیگیری شود که از ماندگاری آنها اطمینان حاصل شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دلیل ماهیت طرح تک‌موردی بودن آزمودنی، عدم استفاده از گمارش تصادفی یا هم‌تاکردن آزمودنی‌ها، اشاره کرد که باعث می‌شود نتوان نتایج را به شرایط مشابه، تعمیم داد. پژوهش حاضر در بلندمدت مورد بررسی قرار نگرفت که بتوان از دوام تغییرات رفتاری در آزمودنی، اطمینان حاصل کرد. در این پژوهش به دلیل

غلط است که خشم را ایجاد می‌کند و آن را حفظ می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده است آنچه شخص را خشمگین می‌کند یک امر واقعی نیست، بلکه باورهای پایدار درونی درباره رویدادها، علت اصلی خشم می‌باشند (حجتی و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین، زوجین به بررسی علت‌های درونی که باعث به وجود آمدن خشم می‌شود، تشویق و متوجه می‌شوند که بخش زیادی از احساس خشم از درون آنها به وجود می‌آید و می‌توانند بر آن کنترل داشته باشند. به زوجین یاد داده می‌شود که تفسیرهای خود از رویدادها را مورد بازبینی قرار دهند و باتوجه به آموزشی که جهت شناسای تحریف‌های شناختی دیده‌اند، خودشان تحریفاتی را که موجب بروز پرخاشگری می‌شود، شناسایی کرده و در جهت رفع آن برآیند. شناخت درمانی به زوجین کمک می‌کند شناخت‌های تحریف‌شده‌ای را که باعث افکار و احساس منفی می‌شود، شناسایی و آنها را مجدداً باسازی کنند و نگاه بهتری نسبت به زندگی داشته باشند.

می‌توان گفت خانواده درمانی شناختی - رفتاری به زوجین کمک می‌کند از واکنش نشان دادن به صورت سریع و پرخاشگرانه تا حد امکان اجتناب کنند. تأکید همه مداخلات مدیریت خشم بر تعدیل شدت، طول مدت و فراوانی بیان خشم و افزایش پاسخ‌های غیرپرخاشگرانه در روابط بین‌فردی می‌باشد. درمان شناختی - رفتاری به زوجین یادآوری می‌کند، بخش عمده‌ای از تعارضات و رفتار پرخاشگرانه آنها به خاطر تفسیری است که آنها از موضوع مورد بحث دارند. در این درمان به زوجین آموزش داده می‌شود که فقط به آنچه از همسر خود می‌بینند، اکتفا کنند و به تفسیر رفتار وی براساس گزینش و استنباط دلبخواهی در جهت منفی نپردازند. زوجین یاد می‌گیرند که

عدم کنترل سایر متغیرهای اثر گذار، باید در تفسیر نتایج محتاط بود.

پی نوشت

1. Makiwane
2. Siffert & Schwarz
3. Kamp Dush & Taylor
4. Marital conflict
5. Glasser
6. Rice
7. Anger
8. Katherine
9. Donald
10. Thomaes
11. Cognitive Behavioral Family Therapy
12. Tang
13. Lipka
14. Hall
15. Baucom
16. Beck
17. Humayun
18. Shubina
19. Battagliese
20. Boss , Perry
21. Belavger
22. Hummel
23. McDermott
24. Chang
25. Erica
26. AkdasMitrani
27. Shirodi

منابع

۱. امانی، احمد؛ عیسی‌نژاد، امید و علی‌پور، الهه (۱۳۹۷)، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی برآشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه، مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۵ (۱): ۴۲ - ۶۴.
۲. بالان، عادل؛ حسینی شورابه، مریم؛ پیری کامرانی، مرضیه و دهقان، فاطمه (۱۳۹۵)، مقایسه رضایت زناشویی، تعارض زناشویی و بخشش در زوجین عادی و درحال طلاق، دو فصلنامه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۱ (۲): ۸۴ - ۷۴.
۳. پارسه، معصومه؛ نادری، فرح و مهرایی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۴)، اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر تعارضات زناشویی و رضایت جنسی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی، مجله روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۱ (۱): ۱۲۵ - ۱۴۸.
۴. حجتی، عاطفه؛ مؤمنی، محمدمهدی و شفیع، زهرا (۱۳۹۷)، اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کنترل خشم، رویش روان‌شناسی، ۷ (۴)
۵. خدایاری‌فرد، محمد؛ علوی‌نژاد، ثریا؛ سجادی اناری، سعید و زندی، سعید (۱۳۹۵)، اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال تنوع‌طلبی جنسی، رویش روان‌شناسی، ۱۷ (۴): ۸۵ - ۱۱۶.
۶. رضایی میرقائد، ملیحه (۱۳۹۲)، اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم بر بهبود مهارت‌های ارتباطی دختران بزهکار شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
۷. رضوی، اعظم‌السادات و نیک‌نژادی، فرزانه (۱۳۹۵)، بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کنترل خشم مردان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد، پنجمین همایش ملی روان‌شناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی.
۸. زارع‌نژاد، حمیده؛ حسینی، سیدمحمدرضا و رحمتی، عباس (۱۳۹۸)، رابطه احقاق جنسی و ناراضی‌تبی جنسی با بی‌رمقی زناشویی: نقش واسطه‌های تعارض زناشویی، مشاوره و روان درمانی خانواده، ۹ (۱).
۹. سودانی، منصور؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و پیرفلک، مهرداد (۱۳۹۳)، اثربخشی زوج درمانی گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش دل‌زدگی زناشویی، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴ (۲): ۲۶۷ - ۲۴۷.
۱۰. شیخ‌هادی سیروئی، رحمان؛ مدنی، یاسر و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۶)، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سبک‌های مدیریت تعارض زوجین پرتعارض، مقاله پژوهشی سلامت جامعه، ۱۱ (۳ و ۴).
۱۱. صفاری‌نیا، مجید؛ مردانی ولدانی، زهرا؛ علی‌پور، احمد و آقاییوسفی، علی‌رضا (۱۳۹۷)، اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۶ (۳).
۱۲. عسگری، بهنام؛ قره‌داغی، علی و شیرزادی، شاداب (۱۳۹۴)، بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر مبنای الگوی مایکل فری بر کاهش تعارضات زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و

7. Buss AH, Perry MP. (1992), The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63: 452-59.
 8. Chang, S. L. (2008). Family background and marital satisfaction newlyweds, generational transmission of relationship interaction patterns unpublished master's thesis. California STATE.
 9. Chavooshi B, Saberi M, Tavallaie SA, Sahraei H. Psychotherapy for medically unexplained pain: a randomized clinical trial comparing intensive short-term dynamic psychotherapy and cognitive-behavior therapy. *Psychosomatics*. 2017 pii: S0033-3182(17)30011-7. [PubMed] [Google Scholar]
 10. Donald, H. Melanie, S. Hahlweg, K. Epstein, B. (2019). Cognitive behavioral couple therapy. *American Psychological Association*.
 11. Erica L. Birkley
Jeremiah A. Schumm.(2016). Posttraumatic Stress Disorder, Aggressive Behavior, and Anger: Recent Findings and Treatment Recommendations. *Current Treatment Options in Psychiatry*, (3):59-48
 12. Fisher, W. W., Kelley, M. E., Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 387-406.
 13. Glasser, W. (2010). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*: Harper Collins.
 14. Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family Therapy: An overview*. Los Angeles: Thomas Brooks/Cole.
 15. Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta regression. *Am J Geria Psychiat*; 24(11): 1063-73.
 16. HosseiniNezhad S, Ebrahimi A, GhamariKivi H, Fathi D, Moosavi S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Bereaved University Students' Hope. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5:344-348. [Google Scholar]
 17. Humayun ,S, Herlitz,L, Chesnokov, M, & Doolan Sabine Landau,M, Scott, S .(2017)Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth12743 Cited by.
- بهداشت روان دانشگاه علامه طباطبایی، فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی، ۲۳ (۳).
۱۳. گال، مردیت دامین و بورگ، والتر (۱۳۹۶)، روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی، ترجمه احمدرضا نصر و همکاران (۱۳۹۶).
۱۴. گیوه‌چی، الناز؛ نوایی‌نژاد، شکوه و فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۶)، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و الگوی ارتباط بدون خشونت بر کاهش مشکلات برونی‌سازی‌شده کودکان، مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۵ (۵): ۳۴۶ - ۳۳۳.
۱۵. نعیم، مهدی؛ علیقلی‌زاده مقدم، س.؛ رضایی شریف، ع. و صادقیه اهری، س. (۱۳۹۶)، اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر سازگاری زناشویی و کاهش خشونت خانگی علیه زنان شهر اردبیل، کنفرانس پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی.
1. Akdas Mitrani, A. T. (2010). Outcome of anger management training program in a sample of undergraduate student. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 339-344.
 2. Babamorady R. Anger management training is a comprehensive practical guide for women with breast cancer. TMU. Unpublished, 2013.
 3. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, Buonanno C .Cognitive - behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour res and therapy* 2015; 31(75): 60-71.
 4. Baucom, D. H., Fischer, M. S., Hahlweg, K., & Epstein, N. B. (2019). Cognitive behavioral couple therapy. In B. H. Fiese, M.Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, &M. A. Whisman (Eds.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training* (p. 257-273). American Psychological Association.
 5. Beck, Judith S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*: Guilford Press.
 6. Belanger, C. Laporte, L. Stephane, S. Wright, J. (2015). The Effect of Cognitive-Behavioral Group Marital Therapy on Marital Happiness and Problem Solving Self-Appraisal. *Journal of Family Therapy*. 2 (43).103-118.

- cognitive behavioral therapy and fluoxetine on sexual function of women with obsessive compulsive disorder: A double-blind randomized controlled trial. *Electron Physician*. 2016;8(11):3156–3163.
29. Shayan, A. Taravati, M. Garousian, M. Babakhani, N. (2018). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Marital Quality among Women. *Journal of Fertility & Sterility*. 12 (2): 99-105.
 30. Shirodi S, Khalatbari J, Todar SR, Moballeghe N, Salehi M. The Comparison of effectiveness of training methods of selfassertion and problem solving on adjustment and aggression of first year high school girls. *New Finding in Psychology* 2011; 5: 5-24.
 31. Shubina I. Counseling and therapy of patients with behavioural disorders using the cognitive behavioural approach. *Procedia social and behavioral sciences* 2016; 217, 1008_1018
 32. Siffert, A., & Schwarz, B. (2011). Spouses' demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(2), 262-277.
 33. Tang NK. Cognitive behavioural therapy in pain and psychological disorders: Towards a hybrid future. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2017 pii: S0278-5846(17)30083-0.
 34. Thomaes, S. Hiemstra, W. De Castro, B. O. (2019). Reducing Aggressive Children's Hostile Attributions: A Cognitive Bias Modification Procedure. *Cognitive Therapy and Research* 43:398-387.
 18. Hummel SB, van Lankveld JJDM, Oldenburg HSA, Hahn DEE, Kieffer JM, Gerritsma MA, et al. Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy in improving sexual functioning breast cancer survivors: results of a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2017;35(12):1328–1340. [PubMed] [Google Scholar]
 19. Jolokhanian, M., & Khademi, A. (2013). Assessing of effective of cognitive distortions education on marital satisfaction in women. *Journal*
 20. Kamp Dush, C. M., & Taylor, M. G. (2012). Trajectories of marital conflict across the life course: Predictors and interactions with marital happiness trajectories. *Journal of Family Issues*, 33(3), 341-368.
 21. Katherine A. McDermott, Hillary L. Smith, Natalie L. Matheny, Jesse R. (2017) Cogle Pain and multiple facets of anger and hostility in a sample seeking treatment for problematic anger Department of Psychology, Florida State University, 1107.
 22. Kazemeini T, Qnbry B, Modares Garavi M, Esmaili Zade M. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in reducing anger and aggression drive. *J Clin Psychol* 2011; 3(2): 1-11. [in Persian]
 23. Khodayarifard, M., Asayesh, M. H. (2018). Explaining Theoretical Foundations and Practical Application of Systemic Behavior Modification Technique: Introducing a Novel Technique in Family Therapy. 10th international congress of World Council for Psychotherapy/Asian Federation, 13-14th May 2018, Tehran, Iran.
 24. Lipka J, Hoffmann M, Miltner WHR, Straube T. Effects of cognitive-behavioral therapy on brain responses to subliminal and supraliminal threat and their functional significance in specific phobia. *Biol Psychiat* 2014;76(11): 869-77.
 25. Makiwane, M., Gumede, N. A., Makoae, M., & Vawda, M. (2017). Family in a changing South Africa: structures, functions and the welfare of members. *South African Review of Sociology*, 48(2), 49-69
 26. McDermott, L. Katherine A. Hillary L. Smith, Natalie L. Matheny, Jesse R. (2017) Cogle Pain and multiple facets of anger and hostility in a sample seeking treatment for problematic anger Department of Psychology, Florida State University, 1107.
 27. Rice, L. P. (1996). *Intimate relationship marriage and family*. California: Cole.
 28. Sabetnejad Z, Assarian F, Omid A, Najarzadegan MR. Effectiveness of