

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجان در همسران مبتلا به افسردگی

اعظم حسین زاده^۱

مریم اسبقی^۲

اعظم نصیری^۳

چکیده

این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجان در همسران مبتلا به افسردگی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. حجم نمونه پژوهش به حجم ۳۰ نفر از بین کلیه زنان افسرده منطقه ۶ استان تهران به روش نمونه-گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) جایگزین شدند شرکت-کنندگان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرنفسکی و رضایت زناشویی السون و همکاران را تکمیل کردند و آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس انجام شد. نتایج نشان دادند درمان شناختی رفتاری به افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افزایش رضایت زناشویی در مرحله پس آزمون منجر می‌شود. با توجه به نتایج، درمان شناختی رفتاری بر بهبود راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی زنان افسرده مؤثر است.

واژه‌گان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، تنظیم شناختی هیجان، رضایت زناشویی، افسردگی.

۱- کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

۲- استادیار روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

Asbaghimaryam@gmail.com

۳- کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

مقدمه

اختلالات افسردگی جزو شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در سطح دنیاست (شاین^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات مربوط به اثرات ناتوان‌کننده بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی نشان داد که اختلال افسردگی یکی از عمده‌ترین دلایل ناتوانی در سطح دنیاست و یکی از بیماری‌هایی است که سهم عمده‌ای در اثرات مخرب و ایجاد بدکارکردی در زمینه سلامت انسان‌ها دارد (فراری^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). شیوع طول عمر اختلالات افسردگی در برخی مطالعات بین ۴ تا ۸ درصد گزارش شده است (جفرسون و همکاران، ۲۰۱۹). از پیامدهای این اختلال می‌توان به آسیب‌های فردی و خانوادگی، تخریب شغلی و ارتباطات بین فردی و به طور کلی نداشتن تمرکز بر زندگی اشاره کرد. در مجموع در زمینه پیامدهای افسردگی، بنا بر تاکید سازمان بهداشت جهانی، افسردگی دومین عامل اصلی ناتوانی و اختلال در عملکرد فرد در میان تمام مشکلات مربوط به سلامت فردی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). بیماران با اختلال افسردگی نه تنها از علائم افسردگی رنج می‌برند، بلکه به اختلال در کیفیت زندگی و عملکرد فرد منجر می‌شود و پیامدهای آن مستقیماً بر روابط فرد با سایر اعضای خانواده اثرگذار است (اسحاق، بالایان، بریس، گرینبرگ و فخری^۳، ۲۰۱۳). یکی از این روابط که مستقیماً با اختلال افسردگی ارتباط دارد، روابط زوجین با هم و رضایت از این روابط است.

در تعریف رضایت زناشویی باید گفت که؛ رضایت زناشویی یک ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه عاشقانه کنونی فرد است و می‌تواند انعکاسی از میزان شادی افراد از روابط زناشویی و یا ترکیبی از خشنود بودن به واسطه بسیاری از عوامل

¹ . Schaich, A

² . Ferrari, A. J

³ . IsHak, W. W., Balayan, K., Bresee, C., Greenberg, J. M., Fakhry, H

مختص رابطه زناشویی باشد (ماسوله^۱، ۲۰۱۸). رضایت زناشویی یک موقعیت روان‌شناختی است که خود به خود به وجود نمی‌آید بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است. هنگامی که روابط میان زن و مرد در خانواده رضایت‌بخش باشد، آرامشی بر خانواده حاکم می‌شود که موجب کارایی بهتر فرزندان و به‌دنبال آن افزایش عملکرد بهتر خانواده در جامعه می‌گردد (لاونر، کارنی و برادبری^۲، ۲۰۱۶). پژوهش‌های متعدد ارتباط ثابتی را بین افسردگی و تعارضات زناشویی نشان داده‌اند. زوج‌هایی که یکی از آنان افسرده است، غالباً ارتباط آشفته‌ای را تجربه می‌کنند و رفتاری خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند (سایرز، کوهن، فرسکو، بالک و سارور^۳، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان داده است که در افرادی که اختلالات خلقی، اضطرابی و یا سوء مصرف مواد دارند، مشکلات رابطه زناشویی و مشکلات فردی یک‌دیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهند. همچنین دامنه مشکلات زناشویی در جمعیت‌هایی با اختلالات روانشناختی گزارش شده است (هالفورد و همکاران، ۲۰۰۵). در مقابل مطالعه هلف و گریگوری^۴ (۲۰۱۴) نشان داد شرکت‌کنندگانی که بالاترین میزان استرس ناشی از روابط زناشویی را گزارش کرده بودند بیشترین علائم افسردگی را گزارش دادند. به طور مثال، لبخند کمتر در مقابل عکس العمل‌های مثبت داشتند و قادر به لذت کامل از تجارب مثبت خود نبودند که نشان از افسردگی آن‌ها داشت. مطالعه پولوکسی، هیلمز و بوهلر^۵ (۲۰۰۷) رابطه مثبت کیفیت ازدواج با سلامت شخصی و همچنین تاثیر اختلافات زناشویی بر افسردگی را مورد تایید قرار داد. وایتن و همکاران (۲۰۰۷) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند متغیر میزان اعتماد در رابطه می‌تواند به عنوان یک متغیر میانجی تاثیر تعاملات منفی

¹ Masuleh, K.

² Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N.

³ Sayers, S. L., Kohn, C. S., Fresco, D. M., Bellack, A. S., & Sarwer, D. B.

⁴ . Half, G., & Gregory, A

⁵ . Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C

زناشویی در بروز علائم افسردگی را کاهش دهد. این یافته می‌تواند در درک و فهم رابطه بین پریشانی زناشویی و علائم افسردگی به خصوص در زنان مهم باشد.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که تنظیم هیجان در کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی با تغییر فرآیندهای هیجانی و شناختی افراد اثرگذار است (گلداین و گروس^۱، ۲۰۱۰). شواهدی از مطالعات متعدد وجود دارد که از این فرضیه که نقایصی در تنظیم هیجان به طور کلی به ایجاد، رشد و نگهداشت حالات خلقی نامتعارف مانند افسردگی و اضطراب کمک می‌کند، حمایت می‌کنند (آمستادر^۲، ۲۰۰۸؛ سیسler^۳ و همکاران، ۲۰۱۰، درویر، وین، کلمینسکی و نولین-هوکسما^۴، ۲۰۱۳؛ گروس^۵، ۲۰۱۳). چرا که نقایصی در مهارت‌های تنظیم هیجانی به عنوان یک ریسک فاکتور در شروع و نگهداشت مشکلات متنوع سلامت روانی از جمله اختلال اضطراب و افسردگی پذیرفته شده است. این مدل مفهوم انطباقی تنظیم هیجانی در یک موقعیت به عمل متقابل بین مهارت‌های زیر وابسته است: توانایی برای آگاهی هشیارانه از هیجانات، توانایی برای شناسایی و برچسب زدن دقیق و صحیح به هیجانات، توانایی برای شناسایی اینکه چه عواملی باعث ایجاد و حفظ هیجان حال و اکنون شده است، توانایی برای تغییر فعالانه هیجانات به شیوه-های انطباقی و سازگارانه، توانایی برای پذیرش هیجانات و تحمل یا تاب‌آوری هیجانات یعنی تجربه کردن مشتاقانه هیجانات بدون به کارگیری جهت‌گیری‌های رفتاری برای اجتناب از تجربه هیجانات و همین‌طور اجازه دادن به هیجانات منفی برای وجود داشتن در یک سطح شناختی (سلطانی‌زاده، منتظری و لطیفی، ۱۳۹۷). طبق این مدل نقایصی در مهارت‌های تنظیم هیجانی

1. Goldin, P. R., & Gross, J. J

2. Amstadter, A

3. Cisler, J. M

4. Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S.

5. Gross, J. J

ممکن است حداقل به سه شیوه به ایجاد، رشد و توسعه اختلال افسردگی کمک کند؛ اول اینکه ناتوانی در تنظیم حالات افسردگی و در نهایت ثبات این حالات شود (بادان فیروز، مکوند حسینی، محمدی فر، ۱۳۹۶). بنابراین با افزایش ملاکهای تشخیصی مدت و شدت بدکارکردی افراد، شانس تجربه افسردگی نیز بالا می‌رود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳)، دوم فقدان راهبردهایی که اشخاص به کار خواهند گرفت ممکن است به طور موثری حالات افسردگی را در کوتاه مدت کاهش، اما در بلندمدت ممکن است به مشکلات فرایندهای بینجامد و پیامدهای بلندمدت ناخواسته‌ای را به دنبال داشته باشد (گروس، ۲۰۱۳) و سوم اینکه به طور کلی ناتوانی در کنار آمدن سازگارانه و موثر با هیجانات منفی ممکن است منجر به تبدیل به دیگر هیجانات ترس-آور و اضطراب‌آمیز شود که مانع از کنار آمدن سازگارانه موفقیت‌آمیز با نشانگان افسردگی شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و در نهایت منجر به افزایش تدریجی حالات افسردگی شود که نیازمند مداخلات روانشناختی است.

از جمله مداخلات موثر در این زمینه درمان شناختی رفتاری است. درمان شناختی-رفتاری بر این ایده مبتنی است که رفتار تحت تأثیر فرایندهای شناختی بوده و این فرایندها را می‌توان با استفاده از فنون شناختی و رفتاری تغییر داد. درمان شناختی-رفتاری به دسته‌ای از مداخلات با این فرض مشترک اشاره دارد که اختلالات و پریشانی‌های روانی توسط عوامل شناختی حفظ می‌شوند. اگرچه پروتکل‌های درمانی شناختی رفتاری، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در برخی تکنیک‌های درمانی خاص دارند، لیکن در مدل اصلی و رویکرد کلی به درمان مشترکند. هدف کلی این رویکرد، کاهش علائم و بهبود در عملکرد و تخفیف بیماری است. به منظور رسیدن به این هدف، بیمار فعالانه در یک فرایند حل مساله برای آزمون و به چالش کشیدن اعتبار شناخت‌های ناسازگار و تغییر

^۱ . American psychiatric association.

الگوهای رفتاری نابهنجار، شرکت می‌کند. این راهبردها به‌طور عمده روی عوامل شناختی روانی و هیجانی و مؤلفه‌های رفتاری تأکید می‌کنند، اما برای نقشی که در ابقای اختلال بازی می‌کنند، نیز به رسمیت شناخته می‌شوند (طوسی و امیری، ۱۳۹۷). رویکردهای شناختی-رفتاری معتقدند که، با آموزش و توجه مناسب، افراد می‌توانند از تفکر خودشان آگاه بشوند. در واقع، افکار و اندیشه‌های فرد، واسطه پاسخ‌های عاطفی وی به شرایط مختلفی است که فرد خود را در آن‌ها می‌یابد. به همین ترتیب، شناخت‌ها یا افکار فرد قویاً الگوهای رفتاری فرد را در موقعیت‌های مختلف زندگی تحت تأثیر می‌گذارند. استدلال نظریه‌پردازان شناختی-رفتاری بر این است که شناخت بین رویداد و پاسخ-های نوعی شخص در آن شرایط وساطت دارد. به‌خاطر شناخت‌های قابل فهم و وساطت کردن این پاسخ‌ها به شرایط متفاوت، فرد می‌تواند عامل‌دانه روش پاسخگویی خود را به وقایعی که وی را احاطه می‌کنند، تغییر و تعدیل کند. فرد می‌تواند با فهم واکنش‌های رفتاری و هیجانی خود وظیفه‌مندتر و انطباقی‌تر عمل کند و از راهبردهای شناختی به‌طور سیستماتیک استفاده کند (کاپچر و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری در درمان اختلالات روانی گوناگون، موثر واقع شده است (سونمیز و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهشی نتایج حاکی از آن بود که برنامه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گروه با کاهش دارویی برای کاهش بی‌خوابی در بیماران سرطانی با بی‌خوابی در یک محیط بالینی مفید می‌باشد (جونگ، یو و کیم، ۲۰۱۹). همچنین در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر مورد بررسی قرار گرفت که حاکی از اثربخشی این درمان بوده است (باب‌الحوایجی، خوشنویس و قدرتی، ۱۳۹۸). طوسی و امیری (۱۳۹۷) نیز در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و رضایت از زندگی در مادران دارای کودک بستری در بیمارستان روانپزشکی را مورد بررسی قرار دادند که حاکی از اثربخشی این درمان بوده است.

با این حال تاکنون پژوهش جامع و منسجمی در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در میان بیماران مبتلا به افسردگی صورت نگرفته است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش تعارضات زناشویی و تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با دو گروه آزمایش و کنترل به همراه پیش آزمون-پس آزمون بود. جامعه پژوهش را کلیه زنان منطقه ۶ تهران در سال ۱۳۹۸ که مبتلا به اختلال افسردگی بودند، تشکیل داد. این زنان به منظور درمان به بیمارستان‌های دولتی مراجع کرده و تحت درمان دارویی روان پزشکی قرار داشتند. از این افراد درخواست شد تا در صورت تمایل در جلسات روان درمانی ثبت نام نمایند. از میان کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی منطقه ۶ استان تهران تعداد ۷۰ نفر اقدام به ثبت نام کردند که ۳۰ نفر با توجه به نمونه گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های لازم وارد پژوهش شدند.

معیارهای ورود شامل متاهل بودن و ابتلال به اختلال افسردگی بنا بر نظر روان پزشک و دریافت دارویی و عدم استفاده از سایر مداخلات روانشناختی بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز غیبت بیش از دو جلسه، ابتلال به سایر اختلالات روانپزشکی که توسط مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته بررسی و در صورت ابتلاء آزمودنی از پژوهش خارج شد و استفاده از سایر مداخلات روانشناختی. حجم نمونه پژوهش حاضر بر اساس جدول کوهن و با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸۰، سطح آلفای ۰/۰۵ (آزمون دو طرفه) و اندازه اثر ۰/۶، در هر گروه ۱۲ نفر و در کل ۲۴ نفر نیاز بود، اما با توجه به احتمال ریزش حجم نمونه

پژوهش ۱۵ نفر در هر گروه و در کل ۳۰ نفر تعیین شد. پس از اتمام درمان، از تمام شرکت کنندگان پژوهش (گروه آزمایش و کنترل) پس از آزمون به عمل آمد. لازم به ذکر است که به منظور رعایت اخلاق پژوهش پس از انجام پس‌آزمون، گروه کنترل نیز مداخله مذکور را دریافت نمود. همچنین در تمام مراحل پژوهش، مسائل اخلاقی از قبیل (داوطلب بودن افراد نمونه، رازداری، قرار دادن نتایج تحقیق در اختیار آن‌ها و اینکه افراد نمونه در هر مرحله از پژوهش اگر تمایل به همکاری نداشتند می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند) رعایت گردید و در نهایت محتوای دوره آموزشی برای تمام افراد گروه کنترل از طریق برنامه‌های شبکه اجتماعی ارسال و کسانی که تمایل به برگزاری جلسه حضوری داشتند، به صورت فشرده طی ۴ جلسه به صورت گروهی هفته‌ای دو جلسه برگزار گردید. بسته جلسات آموزشی در این مطالعه بر اساس برنامه درمانی شناختی- رفتاری ترکیبی از نظریه‌ها و فنون رفتار درمانی و شناخت درمانی است (میلز-هوتن و همکاران، ۲۰۱۵). شرح مختصری از روند اجرای جلسات در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه اول	برگزاری یک جلسه حضوری به منظور آشنایی با شرکت کنندگان، بیان طرح درمانی و درمان شناختی- رفتاری به زبان ساده توضیح داده شد. قوانین برنامه درمانی به اعضا اعلام و توضیحاتی در مورد اختلال افسردگی ارائه شد و در نهایت اجرای پیش‌آزمون.
جلسه دوم	کار بر روی انواع مختلف خطاهای تفکر و افکار ناکارآمد که منجر به اضطراب، اختلال افسردگی و سایر علایم روانشناختی در فرد می‌شود. تکالیف خانگی: شناسایی و ثبت افکار ناکارآمد فرد بر روی یک برگه.
جلسه سوم	آموزش و بررسی مدل شناختی فکر و رفتار شناختی- رفتاری. توضیح در مورد افکار خودآیند منفی. معرفی و شناسایی خطاهای شناختی با میزان اعتقاد به آنها. تکالیف خانگی: شناسایی و ثبت عواملی که باعث ایجاد خطاهای شناختی می‌شود.
جلسه چهارم	آشنایی و آموزش با مدل $ABCD$. A حوادثی است که اتفاق افتاده است. B عقاید نسبت به آن

حادثه، C پیامدهای هیجانی این شیوهی فکر کردن، D بحث در مورد افکار خودآیند منفی خود را تشخیص دهند، با این افکار درگیر شوند و سعی کنند به مرور افکار مثبت یا منطقی را جایگزین آن کنند. **تکالیف خانگی:** تحلیل رویدادهای استرس‌زای زندگی از طریق مدل ABCD

مروری بر جلسه قبل و مدل ABCD. آموزش جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت. **تکالیف خانگی:** جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی در مدل ABCD

جلسه پنجم

بحث در مورد اینکه چگونه اضطراب‌ها و افسردگی می‌تواند باعث کاهش اعتماد به نفس، لذت نبردن از زندگی و محدود کردن آن شود و این عوامل خود باعث افزایش علایم بیماری می‌شود. در جلسه فعالیت‌های لذت‌بخش و موانعی که آنها در آن درگیر می‌شوند، تعریف شد. هدف اصلی این است که کنترل درمانگر بر زندگی بیشتر و رویدادها و افکارهای منفی نتواند کنترل زندگی را بر عهده بگیرند. **تکالیف خانگی:**

جلسه ششم

اجرای فعالیت‌های لذت‌بخش و گزارش نتیجه آن در جلسه بعدی. آموزش تکنیک‌هایی که می‌تواند در مواقع مواجهه با مشکلات روانشناختی از آنها استفاده کنند مانند ریلکسیشن و مراقبه. **تکالیف خانگی:** اجرای آموزش ریلکسیشن و مراقبه در خانه.

جلسه هفتم

جمع‌بندی جلسات و آموزش راهبردهایی برای پیشگیری از بازگشت. بحث و بررسی در مورد عوامل موثر و راه‌انداز بازگشت و عود مشکلات و ترس‌ها.

جلسه هشتم

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران

(۲۰۰۱) تدوین شده و یک پرسشنامه چندبعدی و خودگزارشی است که دارای ۳۶ ماده و

۹ خرده مقیاس می‌باشد و برای افراد ۱۲ سال به بالا، افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی

جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های

منفی استفاده می‌شود (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱). خرده مقیاس‌های پرسشنامه

شامل ۹ راهبرد شناختی، خودسرزنشگری، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد،

تمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن

دیگران، فاجعه آمیز تلقی کردن و سرزنش دیگری می‌شود. سؤالات بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز=۱ تا همیشه=۵ پاسخ داده می‌شود. در مطالعه دانیتز (۲۰۰۱)؛ به نقل از حسنی، (۲۰۱۰) آلفای کرونباخ این مقیاس ۸۹ گزارش شده است. روایی این پرسشنامه با افسردگی مورد بررسی قرار گرفت که نشان دهنده روایی مطالب این پرسشنامه بود (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). نسخه فارسی این پرسشنامه نیز توسط حسنی (۲۰۱۰) هنجاریابی و پایایی مقیاس بر اساس همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش رضانی، احدی، عسگری و نجات (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ ماه) برای خرده مقیاس‌ها ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کلی برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ گزارش شده است.

پرسش‌نامه رضایت زناشویی: فرم ۴۷ سوالی این پرسشنامه توسط السون، فورینز و دراکمن (۱۹۸۲) ساخته شده است که ۱۱ خرده مقیاس دارد که شامل: موضوعات شخصیتی^۱، تطابق‌پذیری زناشویی^۲، حل تعارض^۳، مدیریت مالی^۴، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت^۵، روابط جنسی^۶، فرزندان و فرزندپروری^۷، بستگان و دوستان^۸، نقش‌های تساوی طلبی^۹ و سوگیری عقیدتی^{۱۰}. نحوه نمره‌گذاری ۵ گزینه بر اساس مقیاس لیکرت در

1. personality issues

2. marital adaptability

3. conflict resolution

4. financial management

5. leisure activities

6. sexual relationship

7. children and parenting

8. family and friends

9. equalitarian roles

10. religious orientation

نظر گرفته شد که شامل (کاملاً موافق=۴، موافق=۳، نه موافق و نه مخالف=۲، کاملاً مخالف=۱، مخالف=۰) است. حداکثر نمره آزمودنی در این پرسش نامه برابر با ۴۶۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده رضایت مندی بیشتر زناشویی است. السون و همکاران (۱۹۸۲) در پژوهشی اعتبار این پرسشنامه را با روش ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ گزارش کرده اند. همچنین ضریب همبستگی پرسشنامه اینریچ با مقیاس های رضایت خانوادگی ۴۱٪ تا ۶۰٪ و با مقیاس های رضایت زندگی از ۳۳٪ تا ۴۱٪ است که نشانه روایی سازه آن است (رییکی^۱، ۲۰۱۸). در ایران نیز همبستگی درونی این پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شده است (پورافقی، ۱۳۹۵). در پژوهشی دیگر میزان پایایی آزمون به روش آزمون مجدد بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۷، میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۷ و میزان توانایی تمیز و طبقه بندی ۹۰/۹ درصد است. اعتبار این پرسشنامه با روش ضریب آلفا، ۰/۹۲ گزارش شده است. در ایران روایی ۰/۹۵ به دست آمده است (قره داغی و همکاران، ۱۳۹۳).

یافته های پژوهش

میانگین سنی و انحراف معیار گروه آزمایش $31/50 \pm 1/2$ و گروه گواه $32/05 \pm 1/03$ بود. ۳۵/۵۰ کل زنان دیپلم، ۳۰/۳۱ لیسانس و ۱۴/۱۵ فوق لیسانس و بالاتر بودند. از نظر اشتغال ۳۵ درصد شاغل و بقیه خانه دار بودند و از نظر اقتصادی ۷۰ درصد بین ۲ تا ۴ میلیون تومان درآمد داشتند و ۳۰ درصد از سطح اقتصادی پایین تر برخوردار بودند.

¹. Rienecke, R. D

جدول ۲- یافته‌های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرها پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
هیجان مثبت	آزمایش	۱۸/۱۵	۲/۸۲	۲۹/۲۶	۱/۲۳
	کنترل	۱۸/۹۲	۳/۵۲	۱۹/۵۶	۲/۴۵
هیجان منفی	آزمایش	۴۵	۴/۱۲	۳۶/۱۲	۳/۱۲
	کنترل	۴۸/۸۲	۴/۳۲	۴۹/۸۴	۳/۹۰
رضایت	آزمایش	۸۲/۴۵	۴/۱۸	۹۶/۲۵	۴/۱۵
زناشویی	کنترل	۸۸/۶۲	۴/۴۲	۸۴/۴۰	۵/۶۲

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیر هیجان منفی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش از مداخله کاهش یافته و هیجانات مثبت و رضایت زناشویی نسبت به پیش از مداخله افزایش یافته است.

برای بررسی دقیق‌تر مداخله در گروه‌های آزمایش و کنترل، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره ابتدا شروط لازم بررسی گردید. از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن داده‌های پژوهش استفاده شد ($p > 0/05$). از دیگر پیش‌فرض‌های مهم آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره این است که ماتریس‌های کوواریانس در هر یک از گروه‌های متغیرها باید همگن باشد. تشخیص همگن بودن این ماتریس‌های کوواریانس را آزمون ام باکس انجام می‌دهد. در این پژوهش نتایج حاکی از تساوی کوواریانس‌ها در متغیرهای پژوهش بود ($p > 0/05$, $F = 0/252$, $M BOX = 6/32$). برای اثبات شیب همگنی رگرسیون مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل محاسبه گردید که نتایج معنادار نبودن این شاخص را نشان داد ($p > 0/05$).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های

پس آزمون تنظیم شناختی هیجان

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	مجذور اتای	توان آزمون
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۹۴	۲۱/۳۲**	۳	۲۴	۰/۸۴	۰/۹۴۵
اثربخشی	۰/۶۴۵	۲۱/۳۲**	۳	۲۴	۰/۸۴	۰/۹۴۵
اثربخشی	۲/۴۲۵	۲۱/۳۲**	۳	۲۴	۰/۸۴	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۲/۴۵۶	۲۱/۳۲**	۳	۲۴	۰/۸۴	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < ۰/۰۰۱$ تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس، می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کوواریانس چند

متغیری بر روی میانگین نمره‌های تنظیم شناختی هیجان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
هیجان منفی	۶۴۵/۱۲	۱	۶۴۵/۱۲	۱۸/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲
هیجان مثبت	۴۵۶/۳۰	۱	۴۵۶/۳۰	۱۴/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی ($F=۱۸/۳۰$ و $p < ۰/۰۰۱$) و هیجان مثبت ($F=۱۴/۲۱$ و $p < ۰/۰۵$) معنادار هستند. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان زنان افسرده تأیید می‌شود. همچنین ضریب اتای ۴۲ درصد تفاوت دو گروه در مرحله

پس آزمون از نظر متغیر هیجان منفی و ۲۶ درصد تفاوت دو گروه از نظر متغیر هیجان مثبت مربوط به مداخله آزمایشی است.

همچنین برای تحلیل متغیر رضایت زناشویی از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. برای استفاده از این تحلیل پیش فرض‌های لازم مورد بررسی قرار گرفت. به این دلیل که سطح معناداری مقدار Z آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بیشتر از ۰/۰۵ است، ادعای نرمال بودن توزیع داده‌ها پذیرفته می‌شود ($p > ۰/۰۵$). نتایج شیب رگرسیون برابر با ۰/۵۲ بود که نشان می‌دهد مفروضه همگنی رگرسیون برای داده‌ها مورد تأیید است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس خطای گروه‌ها، از آزمون لوین استفاده شد. سطح معناداری آزمون لوین نشان می‌دهد که مقدار آن بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین مفروضه همسانی واریانس رعایت شده است ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کوواریانس چند

متغیری بر روی میانگین نمره رضایت زناشویی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اثر
اثر پس- آزمون	۴۵۶۲/۲۶	۱	۱۴۵/۱۴	۱۸/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱
گروه	۵۴۶۲/۳۰	۱	۲۳۶/۴۰	۲۳/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
خطا	۴۵۶/۴۵	۲۶	۳/۳۲			
کل	۹۸۴۵۶	۴۰				

نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس برای تأثیر درمان شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زنان افسرده نشان می‌دهد، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون اثر معنادار عامل بین آزمودنی‌های گروهی وجود دارد ($partial \eta^2 = ۰/۴۰, p < ۰/۰۰۱, f = ۲۳/۴۲$). بنابراین،

درمان شناختی رفتاری به صورت معناداری توانسته است میزان رضایت زناشویی زنان افسرده را افزایش دهد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی زنان افسرده انجام شد. نتایج تحلیل نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی زنان افسرده تاثیر معنی داری دارد. یافته های پژوهش حاضر با نتایج یافته های خالدیان و همکاران (۱۳۹۶)، محدثی و همکاران (۱۳۹۵)، قره داغی و همکاران (۱۳۹۳)، حسین پور و همکاران (۱۳۸۸)، عابدی و همکاران (۲۰۱۶)، بلانگر و همکاران (۲۰۱۵)، چانگ (۲۰۰۸) همسو می باشد. پژوهشی که با یافته های پژوهش حاضر ناهمسو باشد، یافت نشد.

در تبیین نتایج این تحقیق می توان گفت: تلاش های زوج های افسرده در حل تعارض یا حل مسئله ممکن است به وسیله درک نادرست از افکار و احساسات همسر دیگر مسدود شود و در نتیجه رضایت ارتباطی پایین بیاید. به عبارت دیگر تطابق شناختی و هیجانی زوجها بر رضایتمندی آنها تاثیر می گذارد (لی^۱، پادوک و فینی^۲، ۲۰۱۲). درمان شناختی رفتاری در این پژوهش با ایجاد این تطابق به افزایش نمرات رضایت زناشویی منجر شد. در واقع، درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در افراد افسرده شد. از دلایلی که برای این استنباط می توان آورد این است که آگاهی افراد از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آنها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث شد که

¹ Lee

² Paddock & Feeney

برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند. هم‌چنین همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل آن‌ها برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فرا گرفته در جلسات درمانی شد که توانست منجر به افزایش رضایتمندی در زنان گردد (مک‌هاگ^۱، هیرون و اتو^۲، ۲۰۱۰). بر طبق درمان شناختی- رفتاری در جلسات، تفکرات مثبت و منطقی جایگزین تفکرات منفی و غیرمنطقی و تحریفات فکری شده و سعی می‌شد با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک فرد اصلاح شود که این افکار مثبت هم می‌تواند تبیینی برای نتایج این پژوهش باشد.

از طرفی، درمان شناختی رفتاری به بازسازی ارتباطات از طریق رفتارها و شناخت‌ها پرداخته و فنون آن شامل کاربست و فعال‌سازی مهارت‌های گوینده/ شنونده و مهارت‌های حل مسئله است و اساس مشکلات از دیدگاه این روش از دو الگو ناشی می‌شود: الگوی نقص مهارت‌ها و دیگری الگوی محرک- پاسخ. نقص مهارت برمی‌گردد به کمبود مهارت‌های بین فردی اساسی برای مذاکره در مورد تعارض و الگوی محرک- پاسخ به استفاده مؤثر نکردن از مهارت‌های پیام‌رسانی در بافت رابطه تنش‌زا مربوط می‌شود (اودانوهیو و فیشر^۳، ۲۰۰۹). هم‌چنین بازسازی شناخت‌واره‌های ناکارآمد (با الگوهای بک، *ABCD*) بر عناصر مثبت خاص محتوای فکر تمرکز دارد تا تغییر مثبت را در محتوای کلی‌تر فکر تسهیل کند. تحریف‌های شناختی با روش پرسش‌های سقراطی یا رویکرد آمرانه الیس به چالش کشیده می‌شد (قره‌داغی و همکاران، ۱۳۹۳).

¹ McHugh

² Hearon & Otto

³ O'Donohue & Fisher

همچنین نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت زنان مبتلا به افسردگی موثر بوده است و این نتایج با یافته‌های (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۷؛ پیتو و همکاران، ۲۰۱۷؛ آگان و هاین، ۲۰۰۸؛ ریلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ باقری‌نیا، یمینی، جوادی علمی و نورادی، ۱۳۹۴ و ایزدی و همکاران، ۱۳۹۳) همسو است.

در تبیین یافته‌های این قسمت باید گفت: وستن و بلاگوو، (۲۰۰۷)؛ به نقل از هاگز و گالون، (۲۰۱۱) در الگوی نظریشان در مقوله تنظیم هیجان، مطرح می‌کنند که تنظیم هیجان یک سازه چند بعدی است و شامل مولفه‌های همچون خودآگاهی هیجانی، پردازش هیجان و تفکیک و کنترل هیجان‌های مثبت و منفی می‌باشد. در طرف دیگر، با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری که درمانی مبتنی بر کنترل هیجانات و آگاهی و پردازش بدون تحریف و کارآمد هیجانات است؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که بیش از هر مولفه‌ای این درمان بر مولفه تنظیم هیجان تاثیر داشته باشد. ضمناً دیدگاه شناختی- رفتاری مبتنی بر کاهش خطاهای شناختی است و برای هر مشکلی، خطای شناختی مرتبط با آن مشکل، شناسایی و کنترل می‌شود و در مقوله مشکلات تنظیم هیجان، خطاهای شناخته شده که منجر به مشکلات هیجانی در افراد می‌شود عبارتند از: ذهن‌خوانی، پیش‌گویی کردن، فاجعه‌سازی، انتزاعی انتخابی، تعمیم بیش از حد و اگر ... چه؟ و استدلال هیجانی. بنابراین می‌توان انتظار داشت که کنترل و تعدیل این تحریف‌های شناختی، تاثیر قابل توجهی بر کاهش و درمان مشکلات تنظیم شناختی هیجان داشته باشد. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که در هر جایی صحبت از مهارت‌های کنترل هیجان و تنظیم هیجانی به میان بیاید، قطعاً نام تکنیک‌های شناختی- رفتاری نیز در کنارش خواهد آمد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود شدن نمونه‌های مطالعه به زنان افسرده اشاره کرد؛ بنابراین به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نقش جنسیت مدنظر قرار گیرد. همچنین، در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد که جنبه خود گزارشی دارد؛ بنابراین امکان سوگیری در اطلاعات وجود دارد، بنابراین در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود از ابزارهای چندوجهی عینی مانند مصاحبه، مشاهده رفتار در محیط واقعی برای دستیابی به نتایج قابل تعمیم استفاده شود.

منابع

- ۱) ایزدی، راضیه. طاهر نشاط دوست، حمید. عسگری، کریم. عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۲ (۱): ۳۳-۱۹.
- ۲) باب‌الحوایجی، مهرنوش. خوشنویس، الهه. قدرتی، سیما. (۱۳۹۸). «اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر». مجله آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده، ۴ (۱)، ۷۷-۸۸.
- ۳) بادن فیروز، علی. مکوندحسینی، شاهرخ. محمدی فر، محمد علی. (۱۳۹۶). «رابطه تنظیم هیجانی با نشانگان افسردگی و اضطراب در دانشجویان: نقش واسطه ای ذهن آگاهی». مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت. ۴ (۲): ۲۳-۱۲.
- ۴) باقری نیا، حسن. یمینی، محمد. جوادی علمی، لیلا. نورادی، طیه. (۱۳۹۴). «مقایسه اثربخشی درمان شناختی و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در اختلال افسردگی اساسی». نشریه ارماغان دانش. ۲۰ (۳): ۲۱۹-۲۱۰.
- ۵) پورافقی، فرشاد. (۱۳۹۵). «نقش سبک‌های زندگی، درک اجتماعی و روابط خانوادگی در پیش‌بینی رضایت زناشویی معلمان جوان». فصلنامه روانشناسی مدرسه. ۲ (۵): ۳۸-۲۰.
- ۶) حسین پور، محمد. شهریاری، شهریار و عبادی، ندا. (۱۳۸۸). «بررسی اثربخشی آموزش خانواده درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی». فصلنامه یافته های نو در روان شناسی، ۴ (۱۱): ۹۵-۱۰۶.
- ۷) خالدیان، محمد. جزینی، علیرضا. نعمتی سوگلی تپه، فاطمه و سلمانی، سمیه. (۱۳۹۶). «تاثیر درمان شناختی رفتاری بر رضایتمندی زناشویی افراد معتاد». فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد. ۴ (۱۴): ۱۱۳-۱۲۸.
- ۸) طوسی، کاظم و امیری، حسن. (۱۳۹۸). «اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و رضایت از زندگی مادران دارای کودک بستری در بیمارستان روان‌پزشکی». مجله اصول بهداشت روانی، ۲۰ (۴)، ۲۶۳-۲۷۰.
- ۹) سلطانی زاده، محمد. منتظری، مریم. لطیفی، زهره. (۱۳۹۷). «اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان کودکان مبتلا به دیابت نوع یک». مجله دیابت و متابولیسم ایران. ۱۸ (۲): ۹۷-۱۰۹.
- ۱۰) قره داغی، علی. شفیع آبادی، عبدالله. حسین رشیدی، بتول. فرحبخش، کیومرث و اسماعیلی، معصومه. (۱۳۹۳). «مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با روان درمانی بین فردی بر افزایش رضایت زناشویی زنان باردار». فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴ (۴): ۵۸۳-۶۰۵.

۱۱) کاپلان و سادوک (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/ روانپزشکی. ترجمه حمزه گنجی. تهران: نشر ساوالان.

۱۲) محدثی، حمیده. همدانی، مریم. خلخالی، حمیدرضا. مرقاتی خویی، عفت و ساعی قره ناز، مرضیه. (۱۳۹۵). «بررسی تاثیر مشاوره با رویکرد شناختی- رفتاری بر رضایتمندی زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر ارومیه سال ۱۳۹۴». مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۴(۸): ۷۴۷-۷۳۸.

- 13) Abedi Shargh, N. A., Bakhshani, N. M., Mohebbi, M. D., Mahmudian, K., Ahovan, M., Mokhtari, M., & Gangali, A. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy on Marital Satisfaction and General Health in Woman With Infertility. *Global journal of health science*, 8(3), 230.
- 14) Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 211-221.
- 15) Bartels Jr, R. D. (2009). Strategic evaluations of goal pursuit: the power of positive and negative thinking.
- 16) Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (2015). The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. *The American Journal of Family Therapy*, 43(2), 103-118.
- 17) Chang, S. L. (2008). Family background and marital satisfaction of newlyweds: Generational transmission of relationship interaction patterns. Available from: <http://gradworks.umi.com/14/49/1449452.html>
- 18) Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32(1), 68-82.
- 19) Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- 20) Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*, 30(7), 654-661.
- 21) Diagnostic, A. P. A. (2013). statistical manual of mental disorders,(DSM-5) Washington. DC: Author.

- 22) Egan, S. J., & Hine, P. (2008). Cognitive behavioural treatment of perfectionism: A single case experimental design series. *Behaviour Change*, 25(4).
- 23) Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., ... & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS med*, 10(11), e1001547.
- 24) Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- 25) Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- 26) Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.
- 27) Halff, G., & Gregory, A. (2014). Toward an historically informed Asian model of public relations. *Public Relations Review*, 40(3), 397-407.
- 28) Halford, W. K., Bouma, R., Kelly, A., & Young, R. M. (2005). Individual psychopathology and marital distress: Analyzing the association and implications for therapy. *Behavior Modification*, 23(2), 179-216.
- 29) Hasani, J. (2010). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ).
- 30) Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body image*, 8(3), 224-231.
- 31) Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, 24(1), 15-27.
- 32) IsHak, W. W., Balayan, K., Bresee, C., Greenberg, J. M., Fakhry, H., Christensen, S., & Rapaport, M. H. (2013). A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Quality of Life Research*, 22(3), 585-596.
- 33) Jung, H. J., Yu, E. S., & Kim, J. H. (2019). Combined Program of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia and Medication Tapering in Cancer Patients: A Clinic-Based Pilot Study. *Behavioral sleep medicine*.
- 34) Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2016). Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication?. *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 680-694.

- 35) Masuleh, K. (2018). Comparing the Relationship Between Self Efficacy and Marital Satisfaction In Polycystic Ovary Syndrome and Healthy Female Cases. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 26(104), 31-40.
- 36) McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525.
- 37) Myles-Hooton, P., & Shafran, R. (2015). *The CBT Handbook: A comprehensive guide to using Cognitive Behavioural Therapy to overcome depression, anxiety and anger*. Robinson.
- 38) O'Donohue, W., Fisher, J. E. (2009). *Applying empirically supported techniques in your practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- 39) Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 102-108.
- 40) Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and family*, 69(3), 576-593.
- 41) Rienecke, R. D. (2018). Parental marital satisfaction in a family-based partial hospitalization program. *Eating disorders*, 26(2), 143-148.
- 42) Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2221-2231.
- 43) Sayers, S. L., Kohn, C. S., Fresco, D. M., Bellack, A. S., & Sarwer, D. B. (2001). Marital cognitions and depression in the context of marital discord. *Cognitive therapy and research*, 25(6), 713-732.
- 44) Schaich, A., Heikaus, L., Assmann, N., Köhne, S., Jauch-Chara, K., Hüppe, M., ... & Fassbinder, E. (2018). PRO* MDD Study Protocol: Effectiveness of Outpatient Treatment Programs for Major Depressive Disorder: Metacognitive Therapy vs. Behavioral Activation a Single-Center Randomized Clinical Trial. *Frontiers in psychiatry*, 9, 584.
- 45) Smith, R., Shepard, C., Wiltgen, A., Rufino, K., & Fowler, J. C. (2017). Treatment outcomes for inpatients with obsessive-compulsive personality disorder: An open comparison trial. *Journal of affective disorders*, 209, 273-278.
- 46) Sönmez, N., Hagen, R., Andreassen, O. A., Romm, K. L., Grande, M., Jensen, L. H., & Rössberg, J. I. (2014). Cognitive behavior therapy in

first-episode psychosis with a focus on depression, anxiety, and self-esteem. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 43-54.

- 47) Whitton, S. W., Olmos-Gallo, P. A., Stanley, S. M., Prado, L. M., Kline, G. H., St Peters, M., & Markman, H. J. (2007). Depressive symptoms in early marriage: Predictions from relationship confidence and negative marital interaction. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 297.