

بررسی اثربخشی زوج درمانی به شیوه «آموزش خودتنظیمی» بر سلامت روان زوجین شاهد و ایثارگر اصفهان

دکتر مریم فاتحی‌زاده^۱

مرضیه ملکپناه^۲

زهرا طغیانی^۳

چکیده

هدف این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی به شیوه آموزش «خودتنظیمی» بر سلامت روان زوجین شاهد و ایثارگر بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زوجین شاهد، جانباز و ایثارگر شهر اصفهان که مراجعه کننده به مراکز مشاوره و واحد مددکاری مناطق سه گانه بنیاد شهید اصفهان بوده است و نمونه مورد نظر ۱۶ زوج بوده که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ به عنوان پیش آزمون و پس آزمون بوده است. گروه آزمایش طی پنج جلسه آموزش خود تنظیمی زندگی زناشویی را دریافت نمودند. گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج حاکی از آن بود که مداخله زوج درمانی مبتنی بر آموزش خود تنظیمی این شیوه، کاهش معنادار علائم جسمانی، اضطرابی، اجتماعی و افسردگی را در پی داشته است ($p < 0/05$).

کلید واژه‌ها: خود تنظیمی، سلامت روانی، زوجین شاهد و ایثارگر.

۱. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان E-mail: F_fatehiazade@gmali. com

۲. دانشجوی دکتری مشاوره‌ی مسیر شغلی دانشگاه اصفهان

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را اینگونه تعریف می‌کند: سلامت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقشهای اجتماعی، روانی و جسمی؛ بهداشت روانی تنها نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست (گنجی، ۱۳۷۶). تحقیقات نشان داده‌اند یکی از عوامل کاهش‌دهنده سلامت روانی، تعارضات و مشکلات زناشویی است. اختلافات زناشویی عامل خطری برای افسردگی هستند (گلیت^۱، ۱۹۹۵). تعارضات زناشویی تاثیر منفی بر فرزندان پسر دارد (هاسکنت^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). تعارضات زناشویی منجر به بروز انواع مشکلات رفتاری و روانی برای فرزندان می‌شود و منجر به کاهش سلامت روانی در منزل می‌شود. مشکلاتی از جمله پرخاشگری، اختلال سلوک، بزهکاری و رفتارهای ضد اجتماعی، اضطراب و افسردگی و حتی خودکشی از این دسته مشکلات هستند (راپتی، سیمون و سیمن^۳، ۲۰۰۲). اختلافات زناشویی عامل خطر ساز برای اختلالات روانی نظیر اختلال دو قطبی (میکلوز و همکاران^۴، ۱۹۸۸)، و اعتیاد به الکل (جاکوبز و کراهان^۵، ۱۹۸۸)، می‌باشد و حتی ممکن است منجر به عدم فعالیت سیستم ایمنی بدن گردد (گلاسر^۶، ۱۹۸۷). بنابراین به نظر می‌رسد سلامت روانی اعضای خانواده ارتباط نزدیکی با روابط بین اعضاء و میزان سازگاری آنان دارد. با توجه به تأثیر مستقیم کیفیت رابطه زوجین بر سلامت جسم و روان اعضای خانواده، آموزش به زوجین می‌تواند عامل مؤثری در افزایش استحکام خانواده باشد. در سال‌های اخیر در داخل کشور پژوهش‌هایی در زمینه تعیین اثر بخشی شیوه‌های مختلف خانواده درمانی و زوج درمانی بر افزایش استحکام خانواده صورت پذیرفته است ولیکن با توجه به اهمیت موضوع و گستردگی مشکلات زناشویی

-
1. Golbit
 2. Housekrecht
 3. Repetti , Taylor& Seeman
 4. Miklowitz et al
 5. Jacob & Krahn
 6. Glaser

لزام تحقیق و پژوهش بیشتر در این زمینه و به کارگیری نتایج این پژوهش‌ها ضروری می‌نماید. در همین راستا پژوهش حاضر به منظور تاثیر اثربخش بودن یکی از شیوه‌های زوج درمانی تحت عنوان (خودتنظیمی) بر بهبود وضعیت سلامت روانی زوجین شاهد و ایثارگر انجام گرفته است.

زوج درمانی خود تنظیمی تلاشی برای ارائه‌ی یک چارچوب یکپارچه به منظور استفاده از سایر زوج درمانی‌ها است. مشخصه این رویکرد تأکید بر فرایندی است که افراد را قادر می‌سازد رابطه‌شان را تغییر دهند، توسعه‌ی مهارت‌های خود ارزیابی رفتارهای رابطه‌ای فرد و انتخاب و اجرای خود تغییری، هدف مسلم درمان است (هالفورد^۱، ۲۰۰۳). مفهوم خودتنظیمی از موضوعات مهم شناختی است که تعاریف گوناگونی نیز از آن ارائه شده است.

«خودنظم‌بخشی» بر تعدیل افکار، احساسات و رفتار با استفاده از مکانیزم‌های خاص و مهارت‌های هدایتی دلالت می‌کند. فرایندهای خود نظم بخشی هنگامی آغاز می‌گردد که فعالیت روزمره کند شده، یا زمانی که هدایت هدف به صورت دیگر مشخص می‌شود مانند ظهور یک مشکل اساسی و شکست الگوهای عادتی. (کارولی^۲، ۱۹۹۳)

زیم‌رمن^۳ خودتنظیمی را به چهار بخش تقسیم می‌کند: ۱- تکنیک‌های خودانگیزی ۲- روشهای خودتنظیمی و مدیریت زمان ۳- خودتنظیمی عملکرد ۴- خودتنظیمی فیزیکی و محیط اجتماعی (زیم‌رمن، ۱۹۹۰). بررسی و مطالعه ابعاد شناختی بدون مد نظر گرفتن تاثیر و تعامل آن با ابعاد انگیزی معقول نمی‌باشد، چرا که بر اساس مطالعات انجام شده در فرایند یادگیری علاوه بر عوامل شناختی، عوامل انگیزی نیز دخالت دارند. همچنین مطالعات دیگر مطرح می‌سازند که نوع باور انگیزی فرد بر میزان یادگیری و استفاده از راهبردهای شناختی تأثیر عمده ای دارد (آمس و آرچر^۴، ۱۹۸۸). بنابراین خود تنظیمی، فرایندی است که هر یک از همسران

1. Holford
2. Karoly
3. Zimmerman
4. Ames & Archer

در جهت تکمیل اهداف خود تعریف کرده و با هدف تغییر در فرایندهای انطباقی و سازگارانه در آینده گام بر می‌دارند (هالفورد، ۱۹۹۴). این رویکرد بر این نکته تاکید می‌کند که به زوجین کمک کنیم تا به جنبه‌هایی از رابطه که به آسانی قابل تغییرند متمرکز شوند؛ مانند رفتار، افکار و احساسات شخصی خود. بنابراین زوج درمانی خود نظم بخشی بیان می‌کند که همان قدر که درمان برای کمک به زوجین لازم است، تغییر خودتنظیم شده نیز در ارتباط زوجین لازم است (هالفورد، ۲۰۰۵). پژوهشهای انجام گرفته در زمینه رویکرد خودتنظیمی حاکی از اثرگذار بودن آن در بافت خانواده بوده‌اند. در تحقیقی با عنوان «خودتنظیمی روابط زوجین و بررسی رضایت آنها در ۴ سال اول ازدواج» انجام دادند. آنها ۱۷۸ زوج را انتخاب کردند و به آنها برنامه‌ی خود تنظیمی روابط را آموزش دادند. نتایج تحقیق نشان داد که رضایت از روابط بالا در زوجین تقریباً در همه زوجین بعد از ازدواج وجود داشت (هالفورد، ۲۰۰۵).

در تحقیقی با عنوان «مزایای آموزش روابط قابل انعطاف» برنامه آموزشی مراقبت از زوجین را ارزیابی کردند. آنها به ۵۹ زوج که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، برنامه مراقبت از زوجین را که شامل خود تنظیمی روابط بود، آموزش دادند و در گروه کنترل، شرایط را کنترل کردند. سپس به ارزیابی خود تنظیمی روابط زوجین، رضایت و استحکام روابط و دوام روابط آنها پرداختند. نتایج نشان داد، استحکام روابط و رضایت و مشارکت زوجین در این برنامه بالا بود و گزارش زنان نشان داد که آنها قادر به خودتنظیمی روابطشان بودند (هالفورد و همکاران، ۲۰۰۴).

محققان در یک مطالعه به ارزیابی نیمه تجربی از زوج درمانی خود تنظیمی بر روی زوجین بسیار آشفته پرداختند. به همین منظور در شرایط درمان کوتاه مدت، زوجین در ۳ جلسه یک ارزیابی منظم از رابطه شان انجام دادند که این کار خود به بازخورد و هدف گذاری می‌انجامد. زوجین تشویق شدند کارهایی را انجام دهند که معتقدند برای افزایش رابطه مفید است. به برخی از زوجین در پایان جلسه سوم، مهارت‌های خود نظم بخشی به طور مختصر آموزش داده می‌شود. همچنین به زوجین یک نسخه از کتاب «زندگی توأم با عشق» داده شد.

زوجین تشویق می‌شوند که کتاب را بخوانند و فصل‌هایی از کتاب را که به ویژه مربوط به مشکل آنهاست شناسایی کرده و آن‌ها را مبنای اهداف خود تغییری قرار دهند. زوجینی که در این برنامه شرکت کردند ۳ ماه بعد از جلسات سنجش و هدف‌گذاری، مجدداً رضایت مندی از رابطه‌شان مورد ارزیابی قرار گرفت. شایان توجه بود که تنها ۳ جلسه درمان شامل سنجش، بازخورد و هدف‌گذاری، موجب افزایش محسوسی در رضایتمندی زوجین آشفته بود. این افزایش در مقایسه با تغییر رضایتمندی از رابطه در زوجینی که ۱۵ جلسه زوج‌درمانی رفتاری سنتی داشتند، قابل مقایسه بود (مانت گامری^۱، ۱۹۸۹). بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی تاثیر زوج‌درمانی خودتنظیمی بر بهبود سلامت روانی زوجین شاهد و ایثارگر بوده است.

روش پژوهش

این تحقیق اثر بخشی زوج‌درمانی به شیوه آموزش خودتنظیمی بر سلامت روانی زوجین شاهد و ایثارگر را به شیوه تجربی مورد بررسی و مقایسه قرار داده است. در این تحقیق از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده است.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین شاهد، جانباز و ایثارگر شهر اصفهان بود. نمونه‌های بالینی از بین مراجعین مراکز مشاوره و واحد مددکاری و افراد داوطلب مناطق سه‌گانه بنیاد شهید اصفهان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این ترتیب در نهایت ۱۶ زوج انتخاب و در دو گروه آزمایش و گروه گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۵ جلسه آموزش خودتنظیمی زندگی زناشویی را دریافت نمودند. گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. انتخاب نمونه‌ها با توجه به ملاک‌های زیر صورت گرفت. (۱) زن و یا شوهر از خانواده‌های جانباز، شاهد و یا ایثارگر باشند. (۲) در حال حاضر با هم زندگی کنند و بحران شدید در زندگی زناشویی نداشته باشند. (۳) درصد جانبازی

شرکت کنندگان جانباز اعصاب و روان در حدی باشد که توان شرکت و همکاری در جلسات گروهی و انجام تکالیف را داشته باشند. در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): پرسشنامه سلامت عمومی، فرم ۲۸ ماده‌ای در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر برای غربالگری اختلالات روان شناختی غیر پسیکوتیک طراحی گردید. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و چهار زیر مقیاس است (علائم بدنی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی). پایایی پرسشنامه بر اساس پژوهشی ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین بر اساس پژوهشی دیگرهماهنگی درونی زیر مقیاس‌های سلامت عمومی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۶ متغیر بوده و در تمام موارد در سطح خوبی است (مهدویان، ۱۳۷۶).

یافته‌ها

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان آزمودنی‌های گروه آزمایش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون بر حسب عضویت گروهی

پس آزمون		پیش آزمون		تعداد	خرده مقیاس
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲/۷	۵/۱۹	۳/۸	۷/۳۶	۱۶	علائم جسمانی
۳/۲	۵/۶۲	۴/۱	۶/۴۳	۱۶	اضطراب و اختلال خواب
۲/۱	۵/۰۶	۳/۵	۶/۲۸	۱۶	اختلال در کارکرد اجتماعی
۲/۱	۱/۶۲	۳/۵	۳/۲۱	۱۶	افسردگی
۶/۴	۱۷/۵	۵/۱۱	۲۳/۲۸	۱۶	نمره کل

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقیاس علائم جسمانی از ۷/۳۶ در مرحله پیش آزمون به ۵/۱۹ در مرحله پس آزمون، در مقیاس اضطراب و اختلال خواب از ۶/۴۳ در پیش آزمون

به ۵/۶۲ در مرحله پس آزمون، در مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی از ۶/۲۸ مرحله پیش آزمون به ۵/۰۶ در مرحله پس آزمون، در مقیاس افسردگی از ۳/۲۱ مرحله پیش آزمون به ۱/۶۲ در مرحله پس آزمون و در نمره کل از ۲۳/۲۸ در مرحله پیش آزمون به ۱۷/۵ در مرحله پس آزمون کاهش یافته است.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان آزمودنی‌های گروه گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون بر حسب عضویت گروهی

پس آزمون		پیش آزمون		تعداد	خرده مقیاس
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۴/۵	۷/۴۴	۳/۵	۸/۴۴	۱۶	علائم جسمانی
۴/۷	۷/۸۷	۴/۲	۸/۹۰	۱۶	اضطراب و اختلال خواب
۲/۶	۶/۱۹	۱/۸	۶/۵۵	۱۶	اختلال در عملکرد اجتماعی
۶/۴	۴/۹۴	۶/۳	۵/۲۲	۱۶	افسردگی
۱۶/۵	۲۶/۴۴	۱۳/۴	۲۹/۱۱	۱۶	نمره کل

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که آزمودنی‌های گروه گواه در خرده مقیاس‌های GHQ در دو مرحله اجرای پرسش‌نامه حداکثر یک نمره و در کل پرسش‌نامه اندکی بیش از سه نمره تفاوت نشان می‌دهند.

جدول شماره ۳. تحلیل کواریانس چند متغیره جهت مقایسه نمره کل سلامت روان بر حسب عضویت گروهی

مرحله / آماره	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	۲۲۳۹/۷۰	۱	۲۲۳۱/۷	۳۶/۲۰	۰۰ .۰	۰/۴۸۸	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۱۳۳۲/۷۸	۲	۶۶۶/۳۹	۱۰/۸۱	۰۰ .۰	۰/۳۶۳	۰/۹۸۵

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که نمرات پیش آزمون GHQ دارای یک رابطه ۴۸/۸ درصدی معنادار با نمرات پس آزمون می‌باشد ($P < 0/05$). با کنترل این نمرات پیش آزمون، مشاهده می‌شود که براساس F محاسبه شده، تفاوت معنی داری بین میانگین‌های باقی مانده دو گروه وجود دارد ($P < 0/05$)؛ بنابراین می‌توان گفت شیوه خود تنظیمی باعث افزایش سلامت روان زوجین شاهد اصفهان می‌شود. توان آماری حاکی از آن است که در مجموع، ۳۶ درصد تفاوت در نمرات سلامت روان ناشی از عضویت گروهی و نوع مداخله‌های دریافتی می‌باشد توان آماری ۹۸/۵ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون می‌باشد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که زوج درمانی به شیوه خود تنظیمی باعث افزایش سلامت عمومی زوجین شاهد و ایثارگر شهر اصفهان می‌شود. در بررسی پیشینه، پژوهشی مبنی بر بررسی تأثیر آموزش زوجین به شیوه خود تنظیمی بر سلامت عمومی آنان مشاهده نگردید. ولیکن پژوهش‌های متعددی تأثیر زوج درمانی را به شیوه‌های مختلف بر اختلالات فردی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال وسواسی و هراس از مکانهای باز بررسی کرده‌اند که به عنوان نمونه می‌توان یافته‌هایی مبنی بر تمرکز بر تعامل زوجین به منظور بهبود وضعیت روانی را مطرح نمود (والتزلاکی و کانی^۱، ۱۹۸۰؛ کانی، ۱۹۸۹؛ ارباگ، شوام و استین گلاس^۲، ۱۹۹۵؛ ارباگ، شوام، ترست و موراموت^۳، ۲۰۰۱؛ منکاپ و هان^۴، ۱۹۹۰؛ کاب^۵،

-
1. Waltzlawick & Coyne
 2. Rohrbaugh , Shoham & Stein'ghs
 3. Trost & Muramoto
 4. Emmelkamo & Hann
 5. Cobb

۱۹۸۴؛ گالیت و بیچ^۱، (۱۹۹۵) و آزمایش بالینی بر اهمیت مبنی بر تأثیر زوج درمانی بر افسردگی (اوری^۲، ۱۹۹۰) با یافته‌های این تحقیق همخوانی دارد. مشکلات ارتباطی در خانواده با بیماریهای جسمانی نیز همبستگی دارد. افرادی که روابط رضایت‌بخش و حمایت‌کننده دارند، احتمال کمی وجود دارد که مبتلا به بیماری سختی شوند و اگر هم بیمار شوند سریع‌تر بهبود می‌یابند. هر یک از این تأثیرات فیزیولوژیک احتمال خطر بیماریهای جدی را افزایش می‌دهد (هالفورد، ۲۰۰۵).

به عنوان مثال این مفهوم را به سه مولفه اساسی تقسیم می‌کنند: راهبردهای فراشناختی^۳ تدابیر و تلاش^۴ و راهبردهای شناختی (زیمرن، ۱۹۹۰). زیمرن و پونس^۵ (به نقل از کاظمی و چلبیانلو، ۱۳۸۲)، راهبردهای فراشناختی را مجموعه فرایندهای برنامه‌ریزی، بازبینی و اصلاح فعالیت‌های شناختی و تدابیر و تلاش فرد برای تکالیف دشوار و میزان پافشاری وی برای انجام آن تعریف می‌کنند و همچنین راهبردهای شناختی را چاره‌اندیشی‌های فرد برای یادگیری، به خاطر سپاری، درک و حل مشکل می‌دانند (آمز و آرچیر، ۱۹۸۸).

به نظر می‌رسد رابطه آشفته تأثیرات غیر مستقیمی بر سلامت داشته باشد مثلاً فردی که در یک رابطه آشفته قرار دارد نسبت به رعایت رژیم دارویی خود بی‌توجه است و برعکس فردی که رابطه بسامان و توأم با آرامشی را سپری می‌کند نسبت به درمان بیماریهای جسمی احتمالی توجه بیشتری دارد. در واقع وجود زندگی آرام و همراه با تفاهم و برخورد سازنده و حل مسالمت‌آمیز مسائل و

1. Gotbilt & Beach

2. Oleary

3. metacognition

4. management & Effort

5. zimmerman & pons

مشکلات موجب کاهش تعارضات و تنش‌های مخرب شده و با کاهش عصبانیت و پرخاشگری موجب کاهش اضطراب و حمله‌های عصبی می‌شود، از طرفی احساس توانمندی در تسلط بر زندگی مشترک موجب افزایش اعتماد به نفس و احساس آرامش شده و این اثر در از بین بردن درماندگی آموخته شده مبنی بر عدم امکان تغییر شرایط و به تبع آن کاهش افسردگی مؤثر بوده است. لذا علاقه به زندگی و رضایتمندی از زندگی و روابط مشترک زناشویی امید به زندگی را افزایش داده و می‌تواند عامل مؤثری در کاهش دردهای عصبی، جسمی و روحی روانی باشد و زوجین را به مراقبت بیشتر در زمینه سلامت عمومی سوق دهد. بر همین اساس بهبود روابط زوجین با به کارگیری شیوه خودتنظیمی باعث افزایش سلامت عمومی زوجین گردیده است.

منابع

- پلاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقیو و شاه محمدی، داوود. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ۱۹-۲۷.
- کاظمی، حمید؛ چلبیانلو، غلامرضا. (۱۳۸۲). بررسی رابطه ابعاد هویتی با راهبردهای انگیزشی و خود تنظیمی. مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، ج ۴، شماره اول.
- گنجی، حمزه. (۱۳۷۶). بهداشت روانی. تهران: ارسباران.
- مهدویان، ف. (۱۳۷۶). بررسی تأثیر آموزش ارتباط بر رضامندی زناشویی و سلامت روان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: انستیتو روان پزشکی تهران.
- هالفورد، ک. (۱۳۸۴). زوج درمانی کوتاه مدت (یاری به زوجین برای کمک به خودشان). مترجم مصطفی تبریزی، مؤده کاردانی، فروغ جعفری تهران انتشارات فراوان.
- Ames, C. , Archer, J. (1988). *Achievement Goals in the classroom: Student Learning Strategies and motivation processes*. Journal of Educational Psychology, 80, 160-167.

- Cobb, J. p. (1984). *The spouse as therapist the treatment of agoraphobia*. Journal of psychological Reviw, 144: 282-287.
- Coyne, J. C. (1986). *Strategic marital therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Emmelkamp, P. M. G., Hann ,E. (1990). *Marital adjustment and obsessive-compulsive patients*. Journal of Psychological Review, 156: 55-60.
- Gotlib, I. H. , Beach S. R. H. (1995). *A marital/family disorder model depression: implications of therapeutic intervention*. Components of classroom academic performance. Journal of Educational Psychology, 82, 33-40.
- Glaser, J. K., Fisher, L. D, et al. (1987). *Marital quality, marital disruptions, and immune function*. Journal of family Issues, 49: 13-34.
- Gotlib, I. H. , Beach, S. R. H. (1995). *A marital/family disorder model depression: implications of therapeutic intervention*. Journal of Family Issues, 12: 121-129.
- Halford,W. K. , Sanders, M, R. , &Behrens, B. C. (1994). *Self- regulation in behavioral couples therapy*. Behavior Therapy,25,431-452.
- Halford,W. K. , Lizzo, A. , Wilson, K. L. , Occhipinti, S. (2005). *Couple Relationship Self-Regulation and satisfaction in the First 4 Years of Marriage*. Paper in preparation.
- Halford, W. K. , Moore, E. M. , Wilson, K. L. , Dyer, C. , & Farrugia, C. (2004). *Benefits of a flexible delivery relationship education: An evaluation of the Couple CARE program*. Family Relation, 53,469.
- Houseknecht,L. , Sharon ,K. ; Hango, D. W. (2006). *The Impact of Marital Conflict and Disruption on Children's Health*. Youth & Society,1 :58-89.
- Jacob, T. , Krahn, G. L. (1988). *Marital interactions of alcoholic couples: comparison with depressed and no distressed couples*. Journal Consult Client Psychology,59: 106-110.
- Karoly, P. (1993). *Mechanisms of self regulation: A systems view*. Annual Review of Psychology, 44, 23-52.
- Miklowitz, D. J. , Golstein M. J. , Neuchterlein, K. H. , & Doane,J. A. (1988). *Family factor and the course of bipolar affective disorder*. Arch. Sex psychology, 45: 225-31.
- Montgomery, R. B. , & Evans. L. (1989). *Living and Loving together*. Melbourne. Australia: Penguin.
- Oleary, K. D. , Beach, S. R. H. (1990). *Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord*. Journal of Psychology. 147: 183-186.
- Repetti,R. L. Taylor,Sh,E. Seeman,T. E. (2002). *Risky families: family social environments & the mental and physical health of offspring*.

Psychological bulletin, 28 (2): 330-366.

- Rohrbaugh , M. J. , Shoham, V. , Trost, S. , Muramoto, M. , & Cate, R. (2001). *Couple-dynamics of change resistant smoking: Toward a family-consultation model*. Family Process, 40, 15-31.
- Rohrbaugh , M. J. , Shoham, V. , Spungen, C. , Steinglass, P. (1995). *Family systems therapy in practice: A systemic couples therapy for problem drinking*. New York: Oxford University Press.
- Waltzlawick, P. , Coyne, J. C. (1980). *Depression following stroke: Brief problem-focused treatment*. Family Process, 19,13-18.
- Zimmerman, B. J. (1990). *Self regulating academic learning and achievement: the emergence of a cognitive perspective*. Educational Psychology Review 2 (2). 121-130.