

## تاثیر آموزش بازسازی شناختی بر عاطفه مثبت و منفی و تحمل ناکامی مادران دارای کودک بیش فعال

زهرا عابدی<sup>۱</sup>، احمد بخشی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی ( نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تعیین تاثیر آموزش بازسازی شناختی بر عاطفه مثبت و منفی و تحمل ناکامی مادران دارای کودک بیش فعال بود. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی بود که با روش پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه مادران دارای کودک بیش فعال منطقه ۲ شهر تهران بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایش) بود که به روش نمونه برداری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی و تحمل ناکامی و جلسات آموزشی بازسازی شناختی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین و انحراف معیار آزمون لوین و همگنی شیب از رگرسیون و تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. نتایج پژوهش نشان دادند که آموزش بازسازی شناختی بر عاطفه مثبت و منفی و تحمل ناکامی مادران دارای کودک بیش فعال تاثیر معنادار دارد.

**واژه‌های کلیدی:** بازسازی شناختی، عاطفه مثبت و منفی، تحمل ناکامی، مادران، کودک، بیش فعال

## مقدمه:

بازسازی شناختی یک ابزار مفید برای درک و تبدیل تفکر منفی است. بازسازی شناختی تفکر منفی را در زیر به چالش کشیده و تغییر می دهد. بازسازی شناختی به ما کمک می کند موقعیت ها را در قالب مثبت قرار دهیم. این واضح است که تفکر منفی علاوه بر اینکه احساس ناراحتی به همراه دارد، کیفیت عملکرد فرد را کاهش می دهد و روابط اجتماعی با افراد دیگر را تضعیف می کند. ایده اصلی بازسازی شناختی این است که هر شخصی مسئول حالات منفی خود است و با ارزیابی معتبر و دقیق تر می توان تفکر فردی را به صورت مثبت تری تغییر داد. (مولر و استیل، ۲۰۱۷). بازسازی شناختی شبیه به " آگاهی از اندیشه، تفکر منطقی و تفکر مثبت " است و عنوان ابزاری در رویکرد درمان شناختی می باشد. درمان شناختی در حال حاضر یکی از روش های اصلی مورد استفاده برای مدیریت رفتارهای توجه آمیز و کاهش فاصله روانی، عاطفی و جنسی به زوجین، است (والف و پترسون، ۲۰۱۷). زمانی از ابزار بازسازی شناختی استفاده میکنیم که یک حالت منفی در فرد وجود داشته باشد، به عنوان مثال، غم، خشم، اضطراب، و یا ناراحتی. (مولر و استیل، ۲۰۱۷).

از جمله عواملی که روی رفتار فرد اثر گذار می باشد عواطف است، نتایج بسیاری از پژوهش ها نشان می دهد که رضایت زناشویی با عاطفه منفی<sup>۳</sup> ارتباط منفی و با عاطفه مثبت<sup>۴</sup> ارتباط مثبت دارد (جانسون و کروگر، ۲۰۰۶، شیمک<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۲) عبدالله خلیل (۲۰۱۴)). همچنین نتایج ایزارد (۲۰۰۲) نشان داد که افراد دارای عاطفه مثبت، زندگی زناشویی موفق تری دارند. یافته های رویر و ولینگ<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) نشان داد که عواطف منفی تأثیر بسیار زیادی بر تعارض و دلزدگی زناشویی دارد. عاطفه مثبت نشان می دهد که یک شخص تا چه میزان شور و شوق به زندگی دارد و چه میزان احساس فاعلیت و هوشیاری می کند، در مقابل عاطفه منفی، بعد عمومی یا درونی و حالت های خلقی، از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت را شامل می شود، همچنین شواهد نشان می دهد افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند اغلب، استرس بیشتری را تجربه کرده و در مقابل افزایش استرس حساس هستند؛ یعنی در

---

<sup>۱</sup>Müller-Engelmann, M., & Steil, R.

<sup>۲</sup>Wolfe, W. L., & Patterson, K.

<sup>۳</sup>Positive Affect

<sup>۴</sup>Negative Affect

<sup>۵</sup>Schimmack

<sup>۶</sup>Rauer AJ, Volling

برابر رویدادهای فشارزای روزانه آثار تراکمی بیشتری نشان می دهند، عواطف مثبت، مقاومت فرد را در برابر رویدادهای منفی افزایش داده و به پیشگیری از بروز اختلالات روانی و جسمی منجر می شوند (ایزارد، ۲۰۱۲). بر اساس مطالعات، افراد شاد یعنی آنهایی که عواطف مثبت بیشتری را تجربه می کنند، سالم تر و خلاق تر بوده و زندگی زناشویی موفق تری را تجربه می کنند (لیوبومیرسکی، کینگ و داینر، ۲۰۱۵). در حالی که تظاهرات عاطفه منفی تأثیر بسیار زیادی بر صمیمیت، تعارض و دزدگی زناشویی دارد (روثر و وولینگ، ۲۰۱۵) بررسی عاطفه مثبت و منفی به عنوان نشانگرهای کنش وری مثبت و منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و یکی از پیش بینی کننده های رضایت از زندگی زناشویی به حساب می آید. اغلب افراد هنگام قضاوت در مورد میزان رضایت زناشویی خود، به طراز عواطف منفی و مثبت خود توجه دارند که نشان دهنده غلبه احساسات مثبت آنان بر احساسات منفی است (جانسون و کروگر، ۲۰۱۶).

ناکامی هنگامی پیش می آید که شخص نتواند به هدف مطلوب برسد. ناکامی عموماً این گونه درک می شود؛ حالت منع در ارضای انگیزه یا تداخل در پاسخ هدف یا در عمل واسطه ای که منتهی به آن هدف می شود (کرمی، ۱۳۸۸) تحمل ناکامی به قابلیت فرد در نشان دادن مقاومت در کوشش با وجود شکست مکرر و محیط خصومت آمیز اشاره می کند (انتظاری، الیاسی و سوادکوهی، ۱۳۹۴). از نظر روزنویگ (۱۹۴۴) تحمل ناکامی قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناکامی است، بدون اینکه در سازگاری روان شناختی اشکالی ایجاد شود؛ یعنی بدون اینکه به شیوه های ناپسند رفتاری دست بزند. افراد با آستانه تحمل بالا، افرادی منطقی و خوشحال و انعطاف پذیرند و در رفتار خود، خواهان دستیابی سریع به راه حل های عملی هستند. این گونه افراد به راحتی و به سادگی با مشکلات کنار می آیند و در زمان کوتاهی بسیار سخت کار می کنند و برای رسیدن به اهداف بلند مدت تلاش می کنند. افرادی که تحمل ناکامی کمی دارند، باورهای انعطاف ناپذیری دارند، غمگین هستند، غیرمنطقی بوده و در مقابل واقعیت بسیار ناپایدارند (انصاری نژاد، ۱۳۹۱). تحمل ناکامی، تعلل ورزی را افزایش می دهد (عالیپور بیرگانی، محمدزاده شهریاری و شهینی ییلاق، ۱۳۹۴). گاهی ناکامی و تجارب آسیب زا سبب ناگویی خلق می شود. اصطلاح ناگویی خلقی به دشواری در خود نظم دهی هیجانی و به عبارت دیگر به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی

---

Y - Izard

<sup>۱</sup>Lyubomirsky S, King L, Diener

<sup>۲</sup>Rauer AJ, Volling

اشاره می کند. افراد با ناگویی خلقی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم دهی هیجانها با مشکل مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی با احساسات بدنی مشکل دارند (سوارت، کورتکاس و آلمن، ۲۰۱۹).

اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی، الگوی فراگیر عدم توجه، بیش فعالی و تکانشگری است که شدیدتر و شایع تر از آن الگویی است که در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می شود و با علائمی چون بی توجهی، حواس پرتی، تکانشگری و بیقراری مشخص می شود. این اختلال در سه نوع با غلبه نقص توجه، با غلبه بیش فعالی/تکانشگری و نوع مرکب طبقه بندی می شود (حسینی، ۱۳۹۶) در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویراست پنجم<sup>۱</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳/۱۳۹۴)، اختلال کاستی توجه/ بیشفعالی اینگونه تعریف شده است: الگوی فقدان توجه و/یا بیشفعالی- تکانشگری پایدار که مانع کارکرد یا پیشرفت فرد می شود. برای این اختلال سه زیر گروه تعریف شده است: نمود مختلط<sup>۲</sup> (ترکیبی از فقدان توجه و بیش فعالی-تکانشگری)، عمدتاً فقدان توجه<sup>۳</sup> و عمدتاً بیش فعال-تکانشی<sup>۴</sup>. تیموتی، ولیس و توماس (۲۰۱۰) بر این باورند که شروع اولیه نشانگان اختلال بیش فعالی همراه با کاستی توجه مربوط به پیش از ۷ سالگی است. با این حال، ممکن است نشانه های آن تا سال های بعد از آن ظهور پیدا نکنند. معمولاً این مشکل به صورت مشکلاتی در بازی آرام و شرکت بی سروصدا در فعالیت های اوقات فراغت، جنب و جوش مفرط و پرحرفی بروز می یابد. نشانه های بالینی این اختلال باید حداقل در دو محیط (مثل خانه و مدرسه) وجود داشته باشد و عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی یا غیر درسی کودک را مختل کند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰).

## هدف پژوهش

تاثیر آموزش بازسازی شناختی بر عاطفه مثبت و منفی و تحمل ناکامی مادران دارای کودک بیش فعال

## فرضیه پژوهش

آموزش بازسازی شناختی بر عاطفه مثبت و منفی و تحمل ناکامی مادران دارای کودک بیش فعال تاثیر معنادار دارد.

<sup>۱</sup> Swart, Kortekaas & Aleman

<sup>۲</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5

<sup>۳</sup> combined presentation

<sup>۴</sup> predominantly inattentive

<sup>۵</sup> predominantly hyperactive-impulsive

## روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه، روش نمونه گیری

این پژوهش، یک طرح شبه آزمایشی بود که با روش پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه مادران دارای کودک بیش فعال منطقه ۲ شهر تهران بودند. ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایش) از جامعه به عنوان نمونه انتخاب، و به طور تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. روش نمونه برداری خوشه‌ای چند مرحله‌ای است. افرادی که نمره‌های پایینی از این آزمون‌ها کسب کردند مشخص، سپس به طور تصادفی ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایش) از آن‌ها به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

## ابزار

مقیاس تعادل عاطفه (عاطفه مثبت و منفی)<sup>۱۹</sup>

این مقیاس، یک ابزار خودسنجی ۴۱ آیتمی است و برای ۱ الف) مقیاس عاطفه مثبت و منفی اندازه گیری دو بعدخطی، یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت تهیه و ارائه شده است. هر خرده مقیاس ۱۱ آیتم دارد که در آن ۱۱ احساس مثبت و ۱۱ احساس منفی در قالب کلمات مطرح شده است. این ابزار در مطالعات متعدد به کار گرفته شده و معلوم گردید که از سازگاری درونی و روایی همگرایی تفکیکی خوبی برخوردار است. ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ به دست آمده و اعتبار آزمون از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته ای برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۶۸ و برای خرده مقیاس عاطفی منفی، ۰/۷۱ گزارش شده است (تلگن، ۱۹۸۵). از نظر همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با سیاهه افسردگی بک ۱/۴۸ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با این پرسشنامه، ۱/۲۶ و نیز همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با مقیاس اضطراب آشکار - نهان، ۱/۴۱ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه ۴ مثبت با مقیاس اضطراب آشکار ۲۴. گزارش شده است (واتسون، کالرک و کری، ۱۹۷۷). ابوالقاسمی (۱۳۸۲) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۴۶، ۰/۶۸، ۰/۵۲، و ۰/۴۲ را برای مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب در زمان های گذشته، حال و آینده و به طور کلی به دست آورده است.

<sup>۱۹</sup> Positive and Negative Affect Scale

<sup>۲۰</sup> Tellegen

<sup>۲۱</sup> Watson, Clark & Carey

پرسشنامه تحمل ناکامی هارینگتون: این پرسشنامه توسط هارینگتون در سال (۲۰۰۵) ساخته شده است هدف این مقیاس سنجش میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف است. این مقیاس دارای ۴ عامل است که به صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی (۵=کاملاً موافقم، ۴=موافقم، ۳=نظری ندارم، ۲=مخالفم و ۱=کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شود. مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی است. عامل اول: به عنوان عدم تحمل عاطفی مانند عدم تحمل استرس (دارای ۷ عبارت ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۵)، عامل دوم: به عنوان عدم تحمل ناراحتی مانند عدم تحمل مشکلات و گرفتاری ها (دارای ۷ عبارت ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷)، عامل سوم: به عنوان پیشرفت مانند عدم تحمل اهداف پیشرفت (دارای ۷ عبارت ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۸)، عامل چهارم: به عنوان شایستگی مانند عدم تحمل بی عدالتی و خشنودی (دارای ۱۴ عبارت ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵) ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۴، برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، مؤلفه عدم تحمل هیجانی ۰/۶۱، مؤلفه پیشرفت ۰/۵۲، مؤلفه استحقاق ۰/۷۱ می باشد. روایی همسانی درونی کل ۱، برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی ۰/۷۲، عدم تحمل هیجانی ۰/۷۸، مؤلفه پیشرفت ۰/۷۴ و مؤلفه استحقاق می باشد (بابارئسی و همکاران، ۱۳۹۳).

۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش بازسازی شناختی

#### یافته ها

جدول ۱. شاخص های آماری نمرات گروه های پیش آزمون و پس آزمون در عاطفه مثبت و منفی و تحمل ناکامی به

#### تفکیک مراحل آزمون

متغیرها	مراحل	گروه	آماره			
			تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین تعدیل شده (انحراف استاندارد)
عاطفه مثبت و منفی	پیش	آزمایش	۱۵	۱/۸۷	۰/۱۶	-
	آزمون	گواه	۱۵	۱/۸۷	۰/۱۶	-
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۳/۶۲	۰/۱۴	۲/۶۳ (۰/۰۶۸)
		گواه	۱۵	۳/۶۲	۰/۱۴	۳/۳۴ (۰/۰۵۹)

تحمل ناکامی	پیش	آزمایش	۱۵	۲/۷۸	۰/۳۷	-
	آزمون	گواه	۱۵	۲/۷۸	۰/۳۷	-
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۳/۹۳	۰/۲۹	۳/۸۱ (۰/۱۲۱)
		گواه	۱۵	۳/۹۳	۰/۲۹	۲/۷۰ (۰/۲)

همان‌طور که از محتوای جدول ۱ مشاهده می‌شود در مرحله‌ی پیش‌آزمون، میانگین‌ها و انحراف استانداردهای عاطفه مثبت و منفی در دو گروه یکسان می‌باشند ولی در مراحل پس آزمون، تفاوت چشم‌گیری مشاهده می‌شود. با توجه به طرح پژوهش که از نوع پیش آزمون، پس آزمون بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. جهت استفاده از این روش آماری رعایت مفروضه‌های همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس، تجانس واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون در مراحل پس‌آزمون و پیش آزمون نشان دادن رعایت مفروضه‌های همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده شده است. میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس واریانس - کوواریانس‌ها همگن هستند. برای تعیین همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس آزمون و پیش آزمون از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

## جدول ۲ نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پس‌آزمون پیش عاطفه مثبت و منفی دو گروه

عاطفه مثبت و منفی		مجموع		درجه	میانگین	F		سطح	مجذوراتا
		مجذورات		آزادی	مجذورات	معناداری			
پس آزمون	پیش آزمون	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۹۷	۰/۸۶		
	گروه	۱۷/۸۲	۱	۱۷/۸۲	۱۷۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶		

جدول ۳ نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات پیش آزمون پس آزمون مسئولیت پذیری در دو گروه

تحمل ناکامی		مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجذور
		مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	اتا
پس آزمون	پیش آزمون	۰/۳۱	۱	۰/۳۱	۱/۰۱	۰/۳۴	۰/۳۱
	گروه	۱۹/۰۲	۱	۱۹/۰۲	۹۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶

### بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد آموزش بازسازی شناختی بر عاطفه مثبت و منفی و تحمل ناکامی مادران دارای کودک بیش فعال تاثیر معنادار دارد. ناکامی پدیده پیچیده ای از انگیزش است. تا کسی برانگیخته نباشد، ناکام نمی شود. ناکامی عموماً این گونه درک می شود؛ حالت منع در ارضای انگیزه یا تداخل در پاسخ هدف یا در عمل واسطه ای که منتهی به آن هدف می شود. در کل تحمل ناکامی به قابلیت فرد در نشان دادن مقاومت در کوشش با وجود شکست مکرر و محیط خصومت آمیز اشاره می کند. از نظر روزنواویک<sup>۱</sup> (۱۹۴۴) تحمل ناکامی قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناکامی است، بدون اینکه در سازگاری روان شناختی اشکالی ایجاد شود؛ یعنی بدون اینکه به شیوه های ناپسند رفتاری دست بزند. ناکامی اغلب منجر به پرخاشگری می شود، پرخاشگری که در نتیجه محرومیت و یا ناکامی ایجاد شده ممکن است متوجه فرد یا افرادی که آن را به وجود آورده اند، بشود و یا اینکه به سوی جانشینان آنها سوق داده شود پرخاشگری ممکن است به جانب خود فرد نیز هدایت گردد. ناکامی به رفتار پرخاشگرانه جهت نمی دهد، بلکه موجب هیجانی منفی می شود. در هر صورت در بحث از ناکامی همواره بایستی درجه، شدت و مقدار آن را در نظر داشت، زیرا در صورت استمرار و شدت داشتن به استرس<sup>۲</sup> تبدیل شده در نهایت در بهداشت روانی فرد اختلال ایجاد می کند. ناتوانی در تحمل ناکامی به آشفتگی روانی و ناسازگاری و مشکلات در روابط بین اشخاص می انجامد. افرادی که به ناتوانی هیجانی مبتلا می شوند، قادر به تشخیص و تمیز دادن هیجانهای خود نیستند و

<sup>۱</sup>.Rozonovik

<sup>۲</sup>.stress



نمی‌توانند افکار و احساسات خود را درک و توصیف کنند و در آگاهی هیجانی، ارتباط با دیگران و بینش نسبت به احساسات خود نقایصی را نشان می‌دهند.

## منابع

انتظاری، سهیلا. و الیاسی، فروزان و سوادکوهی، فرزاد. (۱۳۹۴). رابطه علی متغیرهای رضایت زناشویی، تحمل ناکامی، تنظیم هیجانی، کمالگرایی و هدف از زندگی در طلاق. کنفرانس بین المللی مدیریت و علوم انسانی.

عالیپور بیرگانی، سیروس. و محمدزاده، بهاره. و یمینیجه شهنی ییلاق، شهریار. (۱۳۹۴). پژوهش بررسی رابطه بین عدم تحمل ناکامی و خودتنظیمی با تعلل ورزی تحصیلی دانشجویان دختر. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

کرمی. (۱۳۸۸). بررسی ناکامی و آزمون ترسیمی ناکامی. تهران: انتشارات روان‌سنجی تهران، انجمن ملی سلامت روانی.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 th ed

Girgis, S., George, R., & Anderson, R. T. (2010). What is Marriage?. *Harvard Journal of Law and Public Policy*, 34(1), 245-287.

Izard CE.(2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin*. 2002;128(5):796-82۴.

Johnson, S.M. (2002). *Emotionally focused couples therapy for trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. New York: Guilford Press.

Johnson, S.M. (2007). The Contribution of Emotionally Focused Couples Therapy. Special Edition of *Journal of Contemporary Psychology: Humanistic Psychology*, 37, 47-5۲.

Johson, w., and Krueger, R.F. (2006), How money buys happiness: Genetic and environmental processes linking finances and life satisfaction. *Journal of personality and Social psychology*, 9. (4):680-691.

Molrastel R, Akbari M, Kaskian A, Kashanian M. (2013) Evaluation of Prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *Razi Journal of Medical Sciences* .

Rauer AJ, Volling BL(2005).. The role of husbands' and wives' emotional expressivity in the marital relationship. *Sex Roles*. 2005;52(9-1۰):۵۷۷-۸۷

Schimmack U, Radhakrishnan P, Oishi S, Dzokoto V, Ahadi S. Culture, personality, and subjective well-being: integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002;82(4):582-9۳.

Swart, M, Kortekaas, R & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: Characterizations of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive–emotional processing- Retrieved. *Journal of Psychology*, 34(3):75-81.

Timothy, E., Wilens, M.D., & Thomas, J. (2010). Understanding Attention Deficit/Hyperactivity Disorder From Childhood to Adulthood. *Postgrad Med* , ۱۲۲(۵): ۹۷-۱۰۹.

Volf patersoon of the Association between Depressive Symptoms and Marital Satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*: Vol. 30, No. 9, pp. 905-9۳۶.