

پیش بینی سازگاری در ازدواج بر اساس الگوهای بالینی شخصیت و نشانگان بالینی

رباب یحیوی^۱، زینب خانجانی^۲، مرضیه علیوندی وفا^۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۷/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی با سازگاری در ازدواج است. **روش بررسی:** طرح این پژوهش یک طرح توصیفی-همبستگی است. نمونه آماری شامل ۳۰۰ نفر از کارکنان متأهل بیمارستان‌ها در تبریز بود که به صورت تصادفی ساده برگزیده شدند و با استفاده از پرسشنامه میلون ۳ (۱۹۹۴) و آزمون سازگاری ازدواج هارموهان سینگ (۱۹۸۷) بررسی گردید؛ و مدل آماری این پژوهش رگرسیون چند متغیری بود. **یافته‌ها:** نتایج این بررسی نشان داد که بین الگوهای بالینی شخصیت و نشانگان بالینی و سازگاری در ازدواج رابطه معنادار وجود دارد. به طوری که بین الگوهای بالینی اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، خودشیفته، دگرآزار، منفی گرا، اسکیزوتایپی، مرزی، رابطه منفی معنادار به دست آمد ($p \leq 0/01$). نتایج رگرسیون نیز نشان داد که پیش‌بینی سازگاری در ازدواج زنان بر اساس اختلالات شخصیت خوشه C، A به ترتیب در مورد اختلال اسکیزوتایپی، اختلال خودشیفته و مرزی و در مورد اختلال اجتنابی و وابسته معنادار بود ($p \leq 0/001$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد پیش‌بینی سازگاری ازدواج بر اساس نشانگان بالینی شخصیت در مورد استرس پس از سانحه، وابستگی به الکل، اختلال اضطراب و افسرده خوبی معنادار بود ($p \leq 0/01$). **نتیجه‌گیری:** از آنجا که نتایج این پژوهش مؤید آن بود که بین اختلالات شخصیت و نشانه‌های مرضی با ناسازگاری در ازدواج رابطه وجود دارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد بررسی وضعیت روانی-شخصیتی افراد در طی مشاوره‌های قبل از ازدواج از ضرورت برخوردار است تا ماندگاری ازدواج بیشتر گردد.

واژگان کلیدی: الگوی بالینی شخصیت، نشانگان بالینی شخصیت، ازدواج، سازگاری.

مقدمه

شخصیتی است. سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند. سازگاری از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیازها ایجاد می‌شود (۲). کیفیت ازدواج و روابط با همسر به ساختاریافتگی یا عدم ساختاریافتگی شخصیت دو فرد، تعامل بین آن دو و علت اصلی آن‌ها برای ازدواج برمی‌گردد (۳). هر فردی دارای یک سطح بهنجار تعادل سازگاری و آرامش روانی است. هرچند آرامش روانی و سازگاری می‌تواند در اثر تغییرات و رویدادهای جدید مثبت و منفی از حالت اعتدال خارج شود، ویژگی‌های شخصیت می‌تواند به عنوان عامل برقرارکننده سطح تعادل بهنجار، نقش مناسب خود را ایفا می‌کند. تحقیقات نشان داده است که سازگاری روان‌شناختی در بعد فردی می‌تواند سازگاری و روابط زناشویی بهتری را در پی داشته باشد (۴).

برخی از پژوهش‌هایی که در مورد عوامل زمینه‌ساز طلاق صورت گرفته نشان داده که یکی از مهم‌ترین و عمیق‌ترین ریشه‌های

ازدواج، اولین و مهم‌ترین مرحله در چرخه‌ی زندگی خانوادگی و مهم‌ترین عامل در ایجاد جامعه سالم است. یکی از عوامل مؤثر در تجربه‌ی رضایتمندی از رابطه زناشویی و افزایش کیفیت زندگی و بهداشت روانی در خانواده وجود یا عدم وجود تعارضات شدید زناشویی است. پژوهش‌ها در زمینه تأثیرات مخرب تعارضات شدید زناشویی نشان می‌دهند که تعارضات زناشویی تأثیرات زیان‌آوری بر سلامت جسم، روان خانواده دارد. همچنین تعارضات زناشویی با پیامدهای مهم در خانواده همانند فرزند پروری ناکارآمد، سازگاری ضعیف فرزندان، افزایش احتمال تعارضات والد-فرزندی مرتبط است (۱). سازگاری زناشویی یکی از برجسته‌ترین موضوع‌های تأثیرپذیر از متغیرهای روان‌شناختی و

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

(نویسنده مسؤل) *Email: Yahyavir23@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

اختلالات هیستریک، وسواسی، منفی گرا و دیگر آزار تفاوتی در کیفیت زندگی مشاهده نشد (۱۱).

افزایش تعداد زوج‌های مشکل‌دار، به هم خوردن تعادل خانواده‌ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر صعودی طلاق در سال‌های اخیر در ایران، موجب نگرانی هم صاحب‌نظران جامعه‌شناسی و هم روانشناسی شده است؛ بنابراین شناخت عواملی که زمینه را برای بروز اختلافات زناشویی و جدایی زوج‌ها فراهم می‌کند، نقش مهمی در کاهش مشکلات زناشویی و آمار طلاق در جامعه دارد؛ بنابراین با توجه به این موارد، این تحقیق درصدد است تا به این سؤال اصلی پاسخ دهد: آیا بین اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی با ناسازگاری در ازدواج رابطه وجود دارد؟

روش بررسی

طرح این پژوهش یک طرح توصیفی - همبستگی است که در سال ۹۳ انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه کارکنان زن متأهل ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای تحصیلات دیپلم و دیپلم به بالای بیمارستانهای شهر تبریز بود. از آنجا که آمار دقیقی از جامعه‌ی آماری زنان متأهل ۲۰-۴۰ در شهر تبریز در دسترس نبود، در نتیجه بر اساس مقالات علمی و پژوهشی منتشرشده در این حیطه ۳۰۰ نفر از کارکنان زن متأهل که در دامنه ۲۰-۴۰ ساله بودند با روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ۳۰/۳۳ درصد از آزمودنی‌ها دارای سطح اقتصادی متوسط، ۵۸/۶۷ درصد خوب، ۱۱/۶۷ درصد عالی بودند.

پرسش‌نامه اختلالات شخصیت میلون ۳: یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. ام.سی.ام.ای-۳، در آگوست ۱۹۹۴ در گردهمایی انجمن روانشناسی آمریکا معرفی شد و نسخه تجدیدنظر شده ام.سی.ام.ای-۲ است (میلون، ۱۹۸۷). میلون ۳ یکی از مهم‌ترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح‌شده در محور یک اختلالات شخصیت محور دو -DSM-IV-IR است. این پرسش‌نامه را خواجه موگهی (۱۳۷۲) در تهران و شریفی (۱۳۸۱) در اصفهان هنجاریابی کردند و در مطالعه شریفی همبستگی نمرات خام اولین اجرا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوتایید) گزارش شده است، همچنین پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است. برای نمره‌گذاری آزمون میلون ابتدا به سن و جنس آزمودنی توجه می‌شود که جنسیت باید مشخص شده باشد و سن آزمودنی کمتر از ۱۸ سال نباشد. بعد آیت‌های بدون پاسخ یا دو علامت زده بررسی می‌شود و بعد به بررسی روایی آزمون از طریق بررسی سه سؤال ۱۵۷، ۱۱۰، ۶۵

طلاق، ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات روانی زوج‌هاست. یک اختلال شخصیت، الگوی پایداری از رفتار و تجربه درونی است که با انتظارات فرهنگی، به میزان قابل ملاحظه‌ای مغایرت دارد، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است، در دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود، در طی زمان پایدار است و به پیشانی یا اختلال منجر می‌شود (۵). آنچه سبب تمایز یک اختلال شخصیت از عملکرد طبیعی شخصیت می‌شود، آن است که ساختارهای روانی فرد بجای ایجاد اشکالی از تجربه و رفتار که نسبت به موقعیت حساس باشند، اشکالی انعطاف‌ناپذیر و زائد تولید می‌کنند.

آشفته‌گی روابط می‌تواند به سطح بالای پیامدهای سلامت جسمی و روان‌شناختی در هر دو زوجین و هم‌چنین به آسیب‌های نقش اجتماعی و بهزیستی در میان بچه‌ها، سایر اعضای خانواده، همکاران و دوستان منجر شود. مطالعات اخیر نشان داده است که همبستگی بین ناسازگاری روابط و پیامدهای منفی بهزیستی چرخشی است. نه تنها آشفته‌گی روابط به سلامت روان‌شناختی منفی همانند افسردگی، اضطراب و سوء‌مصرف مواد منجر می‌شود بلکه آن هم‌چنین به موقعیتی که زوج‌ها باید با این نگرانی‌ها سازگار و پاسخگو باشند ناشی می‌شود (۶).

کیم^۱ در پژوهشی به بررسی رابطه بین سازگاری زناشویی و علائم افسردگی در زوج‌های کره‌ای آمریکایی پرداخت. نتایج رابطه منفی بین سازگاری زناشویی و علائم افسردگی نشان داد (۷). در تحقیقی که به بررسی کیفیت و شدت افسردگی در اختلال شخصیت مرزی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که کیفیت افسردگی در اختلال شخصیت مرزی با خصومت و انتقاد از خود بالایی برخوردار است (۸). در پژوهشی دیگر که رابطه بین کیفیت زندگی و اختلال وسواس جبری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که شدت نشانه‌های وسواس جبری با سلامت عاطفی، عملکردهای اجتماعی و بهزیستی کلی کیفیت زندگی همبستگی منفی داشت (۹).

الغنی^۲ (۱۰) در تحقیقی دیگر به بررسی تأثیر اختلالات شخصیت بر کیفیت زندگی پرداخت. نتایج نشان داد که وضعیت زناشویی و اشتغال رابطه معناداری با کیفیت زندگی بیماران داشت. علاوه بر این، بیمارانی که دارای اختلالات چندگانه بودند به‌طور معناداری سطح کیفیت زناشویی پایینی داشتند. بعلاوه اختلال افسردگی، اختلال هیستریک و اختلال شخصیت مرزی همبستگی معناداری با سطح کیفیت زناشویی پایین داشت.

در پژوهشی رابطه بین اختلال‌های شخصیتی و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت. افراد با اختلال دوری‌گزین، اسکیزوتاییدی، پارانویید، اسکیزوتایید و اختلال مرزی کاهش گسترده‌ای در کیفیت زندگی نشان دادند، در رابطه با افراد با

1. Kim E.
2. Elghonemy S.

میزان آن ۱/۵۲ به دست آمد که نشان از مستقل بودن خطاها می باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد پیش بینی سازگاری در ازدواج زنان بر اساس الگوهای شخصیت خوشه A (پارانویید، اسکیزوتایپی و اسکیزوئید)، در مورد اختلال اسکیزوتایپی معنادار است (F=۸۳/۵۷، p≤۰/۰۰۰۱). این متغیر در مجموع ۲۲ درصد از میزان سازگاری در ازدواج زنان را پیش بینی می کنند (R²=۰/۲۲). ضریب تأثیر اختلال اسکیزوتایپی (B=-۰/۴۲) است؛ بنابراین از بین انواع اختلالات خوشه A، تنها اختلال اسکیزوتایپی سهم قابل ملاحظه و معنی داری در پیش بینی سازگاری در ازدواج را دارد.

برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه های نرمال بودن، هم خطی بودن و استقلال خطاها از تحلیل های مقدماتی استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیر ملاک (سازگاری در ازدواج) $p < 0/05$ به دست آمد ($p = 0/75$) که نشان از نرمال بودن توزیع متغیر ملاک می باشد. مقادیر گزارش شده برای Tolerance و VIF در جدول ۲ حاکی از آن است که مفروضه هم خطی، مورد تأیید قرار گرفته شده است. چون ارزش Tolerance متغیرها بیشتر از ۰/۱ و ارزش VIF متغیرها کمتر از ۱۰ می باشد. همچنین برای بررسی استقلال خطاها از آزمون Durbin-Watson استفاده شد که

جدول (۳): نتایج رگرسیون گام به گام سازگاری در ازدواج بر اساس اختلالات شخصیت خوشه B

مدل	متغیر پیش بین	شاخص ها								
		F	p-value	R	R ²	ضریب بتا	t	p	VIF	Tolerance
گام ۱	خودشیفته	۲۱/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶	۰/۰۷	-۰/۲۲	-۳/۷۷	۰/۰۰۰۱	۱/۰۸	۰/۹۳
گام ۲	خودشیفته، مرزی	۱۵/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰	۰/۰۹	-۰/۱۶	-۲/۸۴	۰/۰۰۵	۱/۰۸	۰/۹۳

اختلال خودشیفته و مرزی معنادار است ($p \leq 0/0001$). این دو متغیر در مجموع $R^2 = 0/09$ (F=۱۵/۱۶). ناسازگاری ازدواج را پیش بینی می کنند. ضریب تأثیر اختلالات خودشیفته و مرزی به ترتیب $B = -0/22$ و $B = -0/16$ است. در پاسخ به این پرسش که کدام یک از اختلالات شخصیت خوشه B سهم بیشتری در پیش بینی ناسازگاری ازدواج زنان دارد، تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که اختلال خودشیفته با $(R^2 = 0/07)$ و اختلال مرزی با $(R^2 = 0/02)$ واریانس های سازگاری ازدواج را پیش بینی کردند که از بین این دو سهم اختلال خودشیفته بیشتر است.

برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه های نرمال بودن، هم خطی بودن و استقلال خطاها از تحلیل های مقدماتی استفاده شد. مقادیر گزارش شده برای Tolerance و VIF در جدول شماره ۳ حاکی از آن است که مفروضه هم خطی، مورد تأیید قرار گرفته شده است. چون ارزش Tolerance متغیرها بیشتر از ۰/۱ و ارزش VIF متغیرها کمتر از ۱۰ می باشد. همچنین برای بررسی استقلال خطاها از آزمون Durbin-Watson استفاده شد که میزان آن ۱ به دست آمد که نشان از مستقل بودن خطاها می باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد پیش بینی سازگاری در ازدواج زنان بر اساس اختلالات شخصیت خوشه B، در مورد

جدول (۴): نتایج رگرسیون گام به گام سازگاری در ازدواج بر اساس اختلالات شخصیت خوشه C

مدل	متغیر پیش بین	شاخص ها								
		F	p-value	R	R ²	ضریب بتا	t	P	VIF	Tolerance
گام ۱	اجتنابی	۱۲۶/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۳۰	-۰/۵۹	-۱۱/۳۷	۰/۰۰۰۱	۱/۱۷	۰/۸۶
گام ۲	اجتنابی، وابسته	۶۶/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۰/۳۱	-۰/۱۲	-۲/۳۳	۰/۰۲	۱/۱۷	۰/۸۶

VIF متغیرها کمتر از ۱۰ می باشد. همچنین برای بررسی استقلال خطاها از آزمون Durbin-Watson استفاده شد که میزان آن ۱/۵۵ به دست آمد که نشان از مستقل بودن خطاها می باشد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد پیش بینی سازگاری در ازدواج زنان بر اساس اختلالات شخصیت خوشه C،

برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه های نرمال بودن، هم خطی بودن و استقلال خطاها از تحلیل های مقدماتی استفاده شد. مقادیر گزارش شده برای Tolerance و VIF در جدول ۴ حاکی از آن است که مفروضه هم خطی، مورد تأیید قرار گرفته شده است. چون ارزش Tolerance متغیرها بیشتر از ۰/۱ و ارزش

رگرسیون گام به گام نشان داد که اختلال اجتنابی با $(R^2=0/30)$ و اختلال وابسته با $(R^2=0/01)$ واریانس های ناسازگاری در ازدواج زنان را پیش بینی کردند که از بین این دو سهم اختلال اجتنابی بیشتر است.

در مورد اختلال اجتنابی و وابسته معنادار است $(p \leq 0/0001)$ ، این دو متغیر در مجموع $R^2=0/31$ از میزان ناسازگاری ازدواج را پیش بینی می کنند. ضریب تأثیر اختلالات اجتنابی و وابسته به ترتیب $(B=0/51)$ و $(B=-0/10)$ است. در پاسخ به این پرسش که کدام یک از اختلالات شخصیت حوزه C سهم بیشتری در پیش بینی ناسازگاری در ازدواج زنان دارد، تحلیل

جدول (۵): نتایج رگرسیون گام به گام سازگاری در ازدواج بر اساس نشانگان بالینی شخصیت

مدل	متغیر پیش بین	شاخص ها								
		F	p-value	R	R^2	ضریب بتا	t	p-value	VIF	Tolerance
گام ۱	استرس پس از ضربه	۷۸/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۰/۲۱	-۰/۴۰	-۵/۹۵	۰/۰۰۰۱	۱/۸۵	۰/۵۴
گام ۲	استرس پس از ضربه، وابستگی به الکل	۵۱/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۰/۲۶	-۰/۳۶	-۴/۵۸	۰/۰۰۰۱	۲/۶۴	۰/۳۸
گام ۳	استرس پس از ضربه، وابستگی به الکل اضطراب	۳۹/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۰/۲۸	-۰/۱۷	-۳/۱۲	۰/۰۰۲	۱/۰۸	۰/۹۲
گام ۴	استرس پس از ضربه، وابستگی به الکل، اضطراب، افسرده خویی	۳۱/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۰/۳۰	-۰/۱۶	-۲/۰۲	۰/۰۴	۳/۰۶	۰/۳۲

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به بررسی رابطه بین الگوهای بالینی شخصیت و نشانگان بالینی با سازگاری در ازدواج پرداخت. همان طور که ملاحظه گردید نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که پیش بینی سازگاری در ازدواج زنان بر اساس الگوهای شخصیت خوشه A (پارانویید، اسکیزوتایپی و اسکیزوئید)، در مورد اختلال اسکیزوتایپی معنادار است $(p < 0/0001)$. این یافته با نتایج تحقیقات چن، کوهن، کراوفورد، کیسین، جانسون، برنسون و همکاران (۱۲)، چن، کوهن، جانسون، کیسین، کراوفورد (۱۳)، کرامر، تورقیرسن، کرینگلن (۱۱) همسویی و مطابقت دارد. افراد با شخصیت اسکیزوتایپی، مانند افراد اسکیزوئید احساس تنهایی می کنند و ویژگی اصلی این اختلال، یک الگوی فراگیر از کاستی های اجتماعی و بین فردی است. عدم علاقه به برقراری روابط صمیمانه مشخص می شود. در تبیین این یافته می توان گفت که افراد اسکیزوتایپی به دلیل کناره گیری از روابط بین فردی و عدم برقراری روابط صمیمانه باز، قادر نیستند لذت یک زندگی شاد و زناشویی را تجربه کنند و در نتیجه قادر به برقراری روابطی نزدیک نشده و چنین ویژگی هایی منجر به ناسازگاری زناشویی می شود.

همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد پیش بینی سازگاری در ازدواج زنان بر اساس اختلالات شخصیت خوشه B، در مورد اختلال خودشیفته و مرزی معنادار است $(p \leq 0/0001)$.

برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه های نرمال بودن، هم خطی بودن و استقلال خطاها از تحلیل های مقدماتی استفاده شد. مقادیر گزارش شده برای Tolerance و VIF در جدول ۵ حاکی از آن است که مفروضه هم خطی، مورد تأیید قرار گرفته شده است. چون ارزش Tolerance متغیرها بیشتر از ۰/۱ و ارزش VIF متغیرها کمتر از ۱۰ است. همچنین برای بررسی استقلال خطاها از آزمون Durbin-Watson استفاده شد که میزان آن ۱/۴۸ به دست آمد که نشان از مستقل بودن خطاها می باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد پیش بینی سازگاری ازدواج بر اساس نشانگان بالینی شخصیت، در مورد استرس پس از ضربه، وابستگی به الکل، اضطراب و افسرده خویی معنادار است $(F=31/08, p < 0/0001)$. این متغیرها در مجموع $(R^2=0/30)$ از میزان ناسازگاری ازدواج را پیش بینی می کنند. ضریب تأثیر استرس پس از ضربه، وابستگی به الکل، اضطراب و افسرده خویی به ترتیب $(B=-0/40, B=-0/36, B=-0/17)$ و $B=-0/16$ است. در پاسخ به این پرسش که کدام یک از نشانگان بالینی سهم بیشتری در پیش بینی ناسازگاری ازدواج زنان دارد، تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که اختلال استرس پس از ضربه با $(R^2=0/21)$ ، وابستگی به الکل با $(R^2=0/05)$ ، اضطراب با $(R^2=0/02)$ و افسرده خویی با $(R^2=0/02)$ واریانس های ناسازگاری زناشویی زنان را پیش بینی کردند.

دیگران می‌دانند. این عقاید، از توانایی آن‌ها در درک کردن واقع‌بینانه تجربیاتشان جلوگیری می‌کند و هنگامی که عقاید خودبزرگ‌بینی آن‌ها با تجربیات شکست در دنیای واقعی روبه‌رو می‌شود، دچار مشکلاتی می‌شوند (۱۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد خودشیفته به دلیل اینکه رفتار توجه طلبانه بسیار زیادی از خود نشان می‌دهند و در افکار و احساسات خویش مبالغه می‌کنند و اگر مورد تحسین و تأیید قرار نگیرند واکنش‌های منفی از خود نشان می‌دهند. هنگامی تأیید و تحسین لازم را از سوی همسر دریافت نمی‌کنند با شکست مواجهه می‌شوند که باعث ناایمنی فرد شده و به ناسازگاری روابط زناشویی می‌انجامد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد پیش‌بینی سازگاری در ازدواج زنان بر اساس اختلالات شخصیت خوشه C، در مورد اختلال اجتنابی و وابسته معنادار است ($p < 0.001$) این یافته با نتایج تحقیقات ساوس (۱۹)، سان چانگ (۲۰)، السن و داهل (۲۱)، همسویی و مطابقت دارد. ویژگی اصلی اختلال شخصیت وابسته، نیاز فراگیر و مفرط به موردحمایت قرار گرفتن است که به رفتار سلطه‌پذیری و وابسته و ترسهای جدایی منجر می‌گردد. چون این افراد از قطع حمایت یا تأیید می‌ترسند اغلب در ابراز مخالفت با سایر افراد، به‌ویژه کسانی که به آن‌ها وابسته هستند، مشکل دارند (۲۲). به عبارت دیگر اختلال شخصیت وابسته به‌عنوان، اتکا بیش‌ازحد به دیگران، نیازمندی، اعتمادبه‌نفس پایین و مشکل در تصمیم‌گیری تعریف می‌شود. وابستگی هم عامل قرین و هم عامل خطر برای اختلال‌های روان‌شناختی چندگانه می‌باشد و با پیامدهای عملکردی منفی مرتبط می‌باشد. متأسفانه، باوجود اهمیت آن، اختلال شخصیت وابسته نسبت به اختلال‌های دیگر کمتر مطالعه شده است (۲۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت مبتلایان به این اختلال شخصیتی به دلیل وابستگی به شخص مورد اتکا و ترس از طرد و از دست دادن حمایت همسر، سعی در حفظ روابط زناشویی خود می‌باشند. این احتمال مطرح است که در فرهنگ سنتی ما که وابستگی زن به مرد از محسنات زنان محسوب شده و نه معایب آن‌ها در نتیجه زانی که شخصیت وابسته دارند به دلیل ارضاء نیازهای برتری‌جویی مردان سنتی جامعه در روابط زناشویی احساس رضایت می‌کنند و سازگاری آن‌ها بالاتر محسوب می‌شود.

در پاسخ به این پرسش که کدام‌یک از اختلالات شخصیت حوزه C سهم بیشتری در پیش‌بینی ناسازگاری در ازدواج زنان دارد، تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که اختلال اجتنابی و اختلال وابسته واریانس‌های سازگاری در ازدواج زنان را پیش‌بینی کردند که از بین این دو سهم اختلال اجتنابی بیشتر است. نتایج تحقیقی نشان می‌دهد افراد با اختلال شخصیت اجتنابی اغلب اوقات گزارش کردند که به‌تنهایی زندگی می‌کنند. سطح تحصیلات و درآمد پایین‌تری دارند. وجود بیماری تنی، درد عضلانی، استفاده مداوم از داروهای دردزا، در افراد با اختلال اجتنابی در مقایسه با

این یافته با نتایج تحقیقات النومی (۱۰) بیچاره، سابورین، لوسیر و ویلن یو (۱۴)، استالگیر و دیویس (۱۵)، توهنی، یور هلی، منادی و آسری (۱۶)، تیمرمان و ایملمکمپ (۱۷)، همسویی و مطابقت دارد. ویژگی اصلی شخصیت مرزی، یک الگوی فراگیر بی‌ثبات در روابط بین فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری بارز است (۵). در پژوهشی که توسط بچارد و همکاران (۱۴) انجام شد افراد با شخصیت مرزی دلبستگی ناایمن بالا نشان دادند که حاکی از مشکلات ارتباطی نامناسب زوجین با یکدیگر و سطح بالای خشونت در بین زوجین بود. همچنین نتایج پژوهش توهنی و همکاران که به بررسی رابطه کیفیت زندگی و اختلال شخصیت مرزی پرداختند، نشان داد که در ۹۲ درصد از نمونه تأثیر اجتماعی وجود داشت که با کناره‌گیری اجتماعی و خانوادگی (در ۶۴ درصد موارد)، جدایی و طلاق (در ۲۸ درصد موارد)، نمایان شد. ۴۰ درصد بیماران سطح اقتصادی خوبی داشتند. ۵۶ درصد نمونه تحصیلات بالاتر از دبیرستان نداشتند، تنها ۳۶ درصد توانستند در دانشگاه حضور یابند. در ۹۶ درصد نمونه، علائم بیماری، در تحصیلات و اشتغال با ۵۶ درصد، ترک تحصیل و اشتغال ضعیف در ۲۸ درصد و از دست دادن شغل ۱۲ درصد تأثیر گذار بود (۱۶). طبق رویکرد شناختی بک، افراد مبتلا به این اختلال، تفکر خود را نسبت به خودشان و دیگران، دونیمه می‌کنند. این نوع تفکر باعث می‌شود چنین فردی به‌راحتی تغییر خلق دهد و در روابط خود با دیگران از دونیمه کردن استفاده کند؛ بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مرزی با این تصور که سایر افراد نمی‌توانند حمایت عاطفی، تشویق یا محافظت از فرد را ادامه دهند و به دلیل اینکه به‌گونه‌ای طردشدگی از سوی چهره دلبستگی را تجربه کرده‌اند بر این باورند که تأیید هر نقص و عیبی ممکن است به طرد بعدی منجر گردد در نتیجه این افراد از روابط صمیمانه اجتناب می‌کنند که می‌تواند به بروز ناسازگاری زناشویی بیانجامد (۱۸).

در پاسخ به این پرسش که کدام‌یک از اختلالات شخصیت خوشه B سهم بیشتری در پیش‌بینی ناسازگاری ازدواج زنان دارد، تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که اختلال خودشیفته و اختلال مرزی واریانس‌های سازگاری ازدواج را پیش‌بینی کردند که از بین این دو سهم اختلال خودشیفته بیشتر است. نتایج تحقیقی نشان داد که اختلالات شخصیت خوشه B بیشترین تأثیر منفی را بر کیفیت زندگی داشت (۱۲). ویژگی اصلی اختلال شخصیت خودشیفته، الگوی فراگیر بزرگ‌منشی، نیاز به تحسین و فقدان همدلی است که از اوایل بزرگسالی آغاز و در زمینه‌های گوناگون ظاهر می‌شود (۵). افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته در مورد خودشان، عقاید ناسازگارانه‌ای دارند، از جمله اینکه معتقدند آدم‌های استثنایی هستند که باید بهتر از آدم‌های معمولی با آن‌ها برخورد شود. آن‌ها احساسات دیگران را درک نمی‌کنند یا اهمیتی به آن‌ها نمی‌دهند، زیرا خودشان را برتر از

یافته دیگر تحقیق نشان داد که بین سازگاری در ازدواج با وابستگی به الکل رابطه منفی معنادار وجود دارد. گزند فورد در پژوهشی به بررسی رابطه بین سوءمصرف الکل، حوادث زندگی استرس زا و از هم پاشیدگی زناشویی در نمونه ای از بزرگسالان پرداخت. نتایج نشان داد که میزان از هم پاشیدگی روابط زناشویی در طول زندگی به طور معناداری در آزمودنیهای با مصرف الکل (۳۰/۱) درصد بود. تجزیه و تحلیل‌های آماری نشان داد که سوءمصرف الکل در ۱۲ ماه گذشته، مصرف تنباکو و سایر مواد، رویدادهای استرس‌زای زندگی، سن بالا در ازدواج، بیش از یکبار ازدواج کردن، ازدواج با فرد الکلی، خطرات بزرگ از هم پاشیدگی زناشویی را پیش‌بینی کرد (۳۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت که مصرف مداوم مواد پس از سرخوشی اولیه همراه با تشدید تحریک پذیری، سوظن و بی‌نظمی خلقی در افراد سبب افزایش اختلافات زناشویی می‌شود. چرا که میزان کنترل در این افراد کاهش یافته و برانگیختگی‌های دائمی و لجام گسسته میزان رضایت زناشویی را برای زوج دیگر کاهش می‌دهد.

تحقیقی دیگر نشان داد که بین سازگاری در ازدواج با اختلال اضطراب رابطه منفی معنادار وجود دارد. نتایج پژوهشی نشان داد که افراد با اختلال اضطراب فراگیر کیفیت زندگی پایینی در مقایسه با گروه بدون اختلال اضطراب، مخصوصاً در رابطه با عزت نفس، هدفها و ارزشها، پول، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، دوستان و خویشاوندان، دارند (۴۵). یکی از ویژگی‌های افراد با اضطراب فراگیر نگرانی در مورد چیزهای کم اهمیت است. اصطلاح نگرانی به تمایل شناختی برای فکر کردن مداوم به یک مشکل و ناتوانی از رها شدن از آن اشاره دارد. نگرانی معمولاً به این دلیل تداوم می‌یابد که فرد نمی‌تواند در مورد راه حل مشکل تصمیم بگیرد (۴۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد با اضطراب فراگیر بیش از دیگران، نگران روابط، سلامت، وضع مالی و مشکلات روزمره دیگر می‌باشند و ممکن است رویدادهای ناخوشایند کنترل‌پذیر و پیش‌بینی‌پذیر تجربه کنند که خیلی بیشتر از رویدادهای ناخوشایند کنترل‌پذیر و استرس‌زا هستند. در نتیجه فرد به طور مداوم برای تهدیدهای احتمالی احساس تنش می‌کند که باعث از بین رفتن صمیمیت و بروز ناسازگاری در روابط زناشویی می‌شود.

تحقیق دیگری نشان داد که بین سازگاری در ازدواج با افسرده‌خویی رابطه منفی معنادار وجود دارد. افراد مبتلا به افسرده‌خویی، سطح سازگاری پایین‌تر، پیش‌آگهی ضعیف‌تر و اختلالات شخصیتی بیشتری دارند. مشکلات خانوادگی و شغلی این افراد بیشتر است و روابط بین فردی، مشکلات شدیدتری دارند (۴۶). در افراد افسرده‌خویی میزان ارائه تقویت به زوج دیگر کاهش می‌یابد و از سوی دیگر به دلیل خلق پایین در این افراد از میزان دریافت تقویت‌ها از طرف همسر کاسته می‌شود که خود بر میزان ناسازگاری در زندگی زناشویی می‌افزاید. طبق نظریه برابری،

گروه کنترل به میزان بیشتری رایج بود (۲۱). سان چانگ در پژوهشی نشان داد که اضطراب و سبک دلبستگی اجتنابی به طور منفی بر بخشودگی و رضایت زناشویی به واسطه نشخوار بیش‌ازاندازه و کمبود همدلی تأثیر می‌گذارد (۲۰). پژوهشی دیگر نشان داد که دانشجویانی که از سبک دلبستگی ناایمن اجتماعی برخوردار بودند میزان رضایتمندی زناشویی آن‌ها کمتر از افراد ایمن بود (۲۴)، بنابراین به نظر می‌رسد که افراد با الگوی دوری‌گزين نسبت به روابط زناشویی بی‌اعتماد بوده و از برقراری روابط گرم عاطفی با همسر دچار شکست‌های متوالی می‌شوند، چراکه به طور عمدی از برقراری روابط دوری کرده و به ابراز احساسات نمی‌پردازند و لذا زمینه ناسازگاری‌های زناشویی مهیا شده و به بروز طلاق منتهی می‌شود.

هم‌چنین در پاسخ به این پرسش که کدام‌یک از نشانگان بالینی سهم بیشتری در پیش‌بینی ناسازگاری در ازدواج دارد، تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که استرس پس از سانحه، وابستگی به الکل، اضطراب و افسرده‌خویی واریانس‌های ناسازگاری زناشویی زنان را پیش‌بینی کردند ($p \leq 0/01$). این یافته‌ها با نتایج تحقیقات ناطقیان، ملازاده، گودرزی، رحیمی (۲۵)، علیزاده و هاشمی (۲۶)، کوان، دنگ، کوهن، چن (۲۷)، لموروکس لمارچ، ویسیلادیس، پریول، برابچ (۲۸)، کرتیز، چولر، پاور، بیگام، میگلدریچ، بیگالین (۲۹)، استرمن، اسلون و تایلر (۳۰)، پیورد و کوهن (۳۱)، پی‌گاتو، مندلوویز، کاتینهو، فیگریا، لویز، آریگیو و همکاران (۳۲) رلوسکی، گینویل، میکارتی، پیتراکیس (۳۳)، گزند فورد (۳۴)، یون و زینبرگ (۳۵)، بنان (۳۶)، ویسمن (۳۷)، ماکاریلا، بلنکر، مارچند، کتیرلوس، منگیوی (۳۸)، الوبا، فیتوی، مایی، آکینسولور (۳۹)، اوربیک، والبرگ، گرف، اسکالت، کمپ و انجیل (۴۰)، موسوی، محمدخانی، موسوی یسادات، کاویانی و دلاور (۴۱)، ویسمن و یولکر (۴۲)، سابود، اواستی، چاکبارت (۴۳) همسویی و مطابقت دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به احتمال زیاد همسران مبتلا به استرس پس از سانحه، در مقایسه با سایر افراد، بیشتر طلاق می‌گیرند. بر طبق آمارها، آمار طلاق در این افراد ۲ برابر جمعیت عادی است (۴۴). از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که گذشت زمان، نه‌تنها به بهبودی این اختلال کمکی نمی‌کند، بلکه بیماری را مزمن و آسیب‌های وارده به خانواده را بیشتر می‌کند. پژوهشگران بسیاری تأثیر طولانی‌مدت استرس پس از سانحه را بر خانواده و روابط زناشویی بررسی کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده مبتلایان به این اختلال و به‌ویژه همسران آن‌ها مشکلات فراوانی دارند (۲۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت که رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌تواند منجر به اختلال استرس پس از سانحه گردد که آن نیز به‌نوبه خود به بروز پس‌آیندهای مخرب از جمله ناسازگاری زناشویی را بدنبال دارد.

پژوهش حاضر شامل محدودیت هایی بود که از جمله اینکه این پژوهش بر روی زنان متأهل اجرا شده و در تعمیم نتایج به مردان مبنایست کمال احتیاط را رعایت کرد. استفاده از روشهای خود گزارش دهی که احتمال سوگیری وجود دارد از دیگر محدودیتهای این پژوهش بود. پژوهش حاضر از شهر تبریز انتخاب شده بود، بنابراین نتایج حاصل از این پژوهش قابل تعمیم به مناطق جغرافیایی و فرهنگی دیگر نمی باشد. از آنجا که نتایج این پژوهش نشان داد که بین اختلالات شخصیت و نشانه های مرضی با ناسازگاری در ازدواج رابطه وجود دارد پیشنهاد می شود که بررسی وضعیت روانی-شخصیتی افراد قبل از ازدواج و فراهم آوردن شرایط لازم برای ازدواج سالم از طریق آموزش های مختلف درمورد وظایف نقش جنسی، شیوه های برقراری و حفظ روابط صمیمی و سالم و نحوه کمک و راهنمایی به افراد مشکل دار در کنار ارائه خدمات درمانی و خانواده درمانی در رفع اختلافات خانوادگی صورت گیرد.

افراد به دو شکل در روابط خود دچار نارضایتی و پریشانی می شوند. یکی احساس ضرردهی و دیگری احساس سودبری که تعارض و پریشانی ایجاد شده در روابط ضررده بیشتر از روابط سود بخش است. یکی از نظریه های مهم در زمینه ازدواج و خانواده که توجیه مناسبی برای روابط رضایت بخش و بالعکس می باشد، نظریه اجتماعی نای است. این نظریه بر این مطلب اشاره دارد که هرکس منبع پول، دانش، استعداد، عاطفه و... دارد که برای پاداش مناسب با دیگران از این منابع استفاده می کند. چنین منابعی می تواند منبع قدرت در تصمیم گیری زوجین باشد (۴۷). در تبیین این یافته می توان گفت که رضایت زناشویی ارتباط مستقیمی با توانایی زوج در افزایش پاداش و کاهش تنبیه در تعامل دارد. در افراد دارای اختلال به افسرده خویی به علت عدم تقویت و تشویق، کمیت رفتار به نحو چشمگیری کاهش می یابد که نتیجه آن عدم توانایی برای روبرو شدن با مسائل زندگی و حل مشکلات زندگی می باشد که به ناسازگاری زناشویی می انجامد.

References:

1. Bakhshipour BA, Asadi M, Kiani A, Shir Ali Pour A, Ahmaddust H. The relationship between family performance and marital conflicts between couples going through Divorce. Knowledge and Research in Practical Psychology. 2012; 13(2):11-21. [Persian]
2. Sinha SP, Mukerjee N. Marital Adjustment & personal space Orientation. The Journal of Social Psychology. 1990; 130(5):633-63.
3. Zahireddin A, Khodaifar F. Studying the Personality of those going through a Divorce in Tehran Family Trial. Scientific and Research Journal of Faiz. Shahid Beheshti University of Tehran Medical Science. 2001; 25:1-7. [Persian]
4. Karimi L. Marriage and Marital Adjustment. Journal of School Counselor. 2007; 8:24-20. [Persian]
5. Nikkhu MA, Avadys Yans H. The text of the revised Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. USA Psychiatry Administration. 4ed. Tehran: Sokhan Publication. 2002. [Persian]
6. Ottawa (ON). Couples Therapy for Adults Experiencing Relationship Distress: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines. Canadian Agency of Drugs and Technologies in Health. 2014; 26.
7. Kim E. Marital Adjustment and Depressive Symptoms in Korean Americans. Ment Health Nurs Issues. 2012; 33(6):370-6.
8. Kohling J, Ehrental JC, Levy KN, Schauenburg H, Dinger U. Quality and Severity of Depression in Borderline Personality Disorder. Clinical Psychology Review. 2015; 37: 13-25.
9. Kugler BB, Lewin AB, Phares V, Geffken GR, Murphy TK, Storch EA. Quality of Life in Obsessive Compulsive Disorder: The Role of Mediating Variables. Psychiatry Research. 2013; 206 (1): 43-49.

10. Elghonemy S. EPA-0152- Quality of life in Substance Abuses. Impact of Personality Disorders. *European Psychiatry*. 2014; 29:1.
11. Cramer V, Torgerson S, Kringlen E. Personality Disorders and Quality of life. A Population Study. *Comprehensive Psychiatry*. 2006; 29(2):105-15.
12. Chen H, Cohen P, Crowford TN, Kasen S, Johnson JG, Berenson K. Relative impact of Young Adult Personality Disorders on Subsequent Quality of Life. *Journal of Personality Disorders*. 2006; 20(5):510- 23.
13. Chen H. Cohen P. Johnson JG. Kasen JR. Crowford TN. Adolescent Personality Disorder and conflict with romantic. *Journal of Personality Disorders*. 2004; 18(16): 507-525.
14. Bouchard S, Sabourin S, Lussier Y, Villeneuve E. Relationship Quality & stability in couples one partner suffer from Borderline Personality Disorder. *Journal of Marital & Family Therapy*. 2009; 35(4).446.
15. Stalker C, Davies F. Attachment Organization and adaptation in sexually abused women. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1995; 40:234-240.
16. Touhami M, Ouriaghli F, Manoudi F, Asri F. P02-448-Borderline Personality and Quality of Life. *European Psychiatry*. 2011; 26: 1044.
17. Timmerman GH, Emmelkamp PM. The Relationship between Attachment style and Cluster B Personality Disorder in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2006; 29(1): 48-56.
18. Halgyn R, Wytborn SK. *Psychopathology: Clinical Perspectives on Mental Disorders*. Translated by: Syed Mohammadi. Tehran: Ravan Publication. 2009. [Persian]
19. South SC. Personality Pathology and Daily aspects of Marital Functioning. *Personal Disorder*. 2014; 5(2):195-203.
20. Sunchung M. Pathway Between Attachment and Marital Satisfaction: The Mediating role of Rumination, Empathy, and Forgiveness. *Personality and Individual Differences*. 2014; 70: 246- 251.
21. Olsson I, Dahl AA. Avoidant Personality Problem their Association with Somatic and Mental Health, Life style, and Social Network. A Community-based Study. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53(6): 813-821.
22. Gary Gross M. *Guide for Psychometrics*. Translated by: Sharifi H, Nikkhu MR. Tehran: Sokhan Publication. 2005. [Persian]
23. Morgan TA, Clark LA. Dependent Personality Disorder. *Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition)*. 2012; 674-681.
24. Hamidi F. Studying the relationship between Attachment styles and Marital Satisfaction among Married student of teaching's Psychiatry Administration. *Journal of Family Studies*. 2007; 3:9. [Persian]
25. Natqyan S, Mlazadeh G, Gudarzi M, Rahimi H. Forgiveness and Marital Satisfaction in men with Post-traumatic

- Stress Disorder caused by the war and its partners. *Journal of Fundamentals of Health*. 2008; 10:33-46.
26. Alizadeh H, Hashemi M. Effectiveness treatment program of Spouses of veterans with Post-traumatic stress Disorder with Adler approach on reducing the symptoms of the Disorder in veterans and increasing Marital Satisfaction. *Journal of Psychology Studies*. 2008; 4(3). [Persian]
 27. Guan B, Deng Y, Cohen P, Chen H. Relative impact of Axis I Mental Disorders on Quality of life among adults in the community. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 131(1-3):293-298.
 28. Lamoureux-Lamarche C, Vasiliadis HM, Preville M, Berbiche D. Post- traumatic Stress Syndrome in a large sample of older Adults: Determinants and Quality of life. 2015; 24:1-6.
 29. Karatzias T, Chouliara Z, Power K, Bequm M, Mcgoldrick T, Maclean R. Life Satisfaction in people with Post- traumatic Stress Disorder. *J Ment Health*. 2013; 22(6):501-8.
 30. Osterman J, Sloan F, Taylor D. Heavy Alcohol use and Marital dissolution the USA. *Social Science & Medicine*. 2005; 61(11): 2304- 2316.
 31. Perodeau GM, Kohn PM. Sex differences in the Marital Functioning of treated Alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence*. 1989; 23(1): 1-11.
 32. Pagotto LF, Mendlowicz MV, Coutinho, ES, Figueira I, Luz MP, Araujo AX, Beger W. The Impact of Posttraumatic Symptoms and Comorbid Mental Disorders on the Health-related Quality of Life in Treatment- Seeking PTSD Patients. *Comprehensive Psychiatry*. 2015; 58: 68-73.
 33. Ralevski E, Gianoli MO, McCarthy E, Petrakis I. Quality of Life in Veterans With Alcohol Dependence and Co-occurring Mental Illness. *Addictive Behaviors*. 2014; 39(2):386-391.
 34. Grandford JA. DSM-IV Alcohol dependence and Marital Dissolution: evidence from the National Epidemiologic survey on Alcohol and related conditions. *Journal Study Alcohol Drug*. 2014; 75(3):520-9.
 35. Yoon KL, Zinberg RE. Generalized Anxiety Disorder and entry into Marriage or Marriage like relationship. *Journal of Anxiety Disorder*. 2006; 21(7): 955-965.
 36. Ben-Noun L. Generalized Anxiety Disorder Dysfunctional families. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1998; 29(2) 115-22.
 37. Whisman MA. Marital Dissatisfaction and Psychiatric Disorders: results from the National Comorbidity survey: *Journal of Abnormal Psychology*. 1999; 108(4):701-706.
 38. Marcaurette R, Belanger C, Marchand A, Kterlos T, Mainquy N. Marital predictors of Symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004; 19(2).
 39. Aloba O, Fatoye O, Mapayi B, Akinsulore S. A review of Quality of life studies in Nigerian Patients with Psychiatric Disorders. *J Psychiatry*. (2013); 16(5):33-7.

40. Overbeek G, Vollebergh W, de Graaf R, Scholte R, de Kemp R, Engels R. Longitudinal associations of Marital Quality and Marital dissolution with the incidence of DSM-III-Disorders. *Journal of Family Psychology*. 2006; 20(2).
41. Mosavi M, Mohammadkhani P, Mosavisadat A, Kavyani H, Delavar A. Systemic-behavioral effectiveness of couple on Depressed women. *Cognitive Science News*. 2006; 8(2). [Persian]
42. Whisman MA, Uebelacker LA. Marital Discord and Depressive Symptoms in middle- aged and older adults. *Psychology Aging*. (2009); 24(1):184-9.
43. Subodh BN, Avasthi A, Chakrabarti S. Psychosocial impact of Dysthymia: A study among Married patients. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 109(1)2: 199-204.
44. Kring AM, Davison GC, Neale SL, Johnson SL. *Psychopathology: Abnormal Psychology*. Translated by: Shamsipour H. 10th Ed. 2009; 844. [Persian]
45. Henning ER, Turk CL, Menin DS, Fresco DM, Heimberg RG. Impairment and Quality of life in individuals with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Depress Anxiety*. 2007; 24(5):342-9.
46. Hamidpour H. Assessing the efficacy and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in the Treatment and Prevention of recurrences of Depression. *Journal of Mental Health Researchs*. 2007; 1(2). [Persian]
47. Sedaghat K, Pourlotfollahi N. The Studing Relationship between Marital Adjustment and Social skill. *Sociology*. 2009; 1(3):73-90. [Persian]