

تأثیر شناخت درمانی فردی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی

غلامرضا رجبی^{۱*}، سونا کارجو کسمایی^۲، حوا جباری^۳ و هوشنگ علیبازی^۴

چکیده

هدف از این پژوهش تأثیر شناخت درمانی فردی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی خانواده و مداخله در مجتمع بهزیستی فیاض بخش شهر اهواز بود. در این پژوهش ۲۰ زوج زن و مرد از بین زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی یاد شده به صورت تصادفی ساده برگزیده شدند. سپس آن‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل واگذار شدند. پیش از انجام مداخله‌ی آزمایشی (شناخت درمانی)، میزان افسردگی و رضایت زناشویی زوجین در گروه‌های آزمایش و کنترل اندازه‌گیری شد. در مرحله‌ی سپس، گروه آزمایش هشت جلسه مورد درمان شناخت‌درمانی فردی قرار گرفتند. هم‌چنین، زوجین گروه آزمایش و کنترل دو هفته پس از پایان آخرین جلسه‌ی درمانی دوباره از لحاظ میزان افسردگی و رضایت زناشویی (پس آزمون) مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج t-test نشان داد که بین زوجین مورد آموزش شناخت درمانی فردی (گروه آزمایش) و زوجین بدون مداخله‌ی شناخت درمانی فردی (گروه کنترل) از لحاظ میزان افسردگی و رضایت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد (کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زوجین مداخله شناخت درمانی). بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که روان‌شناسان و مشاوران خانواده می‌توانند از روش شناخت درمانی برای کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زوجین استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، رضایت زناشویی، شناخت درمانی، مشاوره‌ی خانواده.

۱- دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز rajabireza@scu.ac.ir

۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران

۳- کارشناس مشاوره، دانشگاه شهید چمران

۴- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران

مقدمه

خانواده بنیادی‌ترین نهاد هر جامعه است. هر خانواده را باید زیربنای جامعه، کانون اصلی حفظ سنت‌ها، بنیان پایدار روابط اجتماعی و روابط خویشاوندی، پیدایش عواطف انسانی و پرورش نسل دانست. به بیان دیگر، جامعه‌ی سالم به جامعه‌ای گفته می‌شود که اعضای آن در سلامت کامل به سر می‌برند. در غیر این صورت جامعه مبتلا به آسیب‌های روانی و اجتماعی خواهد شد.

امروزه روان‌شناسان و مشاوران خانواده برای درمان افسردگی از مداخلات شناختی استفاده می‌کنند. در این مداخله فرضیه‌هایی پایه‌ریزی می‌شوند که در نهایت تفکرات خودکار منفی و آسیب‌پذیری شناختی (نگرش‌های کژکار) مربوط به افسردگی به بازسازی شناختی و به حذف عادت افسردگی می‌انجامد. در این زمینه، نظریه‌ی شناختی افسردگی بک، نوعی از درمان غیرپزشکی عاطفی است (گلوگان، کوتراکس، کاجرت و بلاک بارن^۱، ۱۹۹۸).

آرون بک^۲، یک پیشگام در درمان شناختی، براساس کار با بیماران مشاهده کرد که خلق‌ها و رفتارهای منفی محصول تفکرات و باورهای تحریف شده‌اند و نه نیروهای ناخودآگاه که در نظریه‌ی فروید مطرح شده است (بک، ۱۹۷۶). درمان شناختی یک فرایند درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا باورهای شخصی نادرست را که منجر به خلق‌ها و رفتارهای معین می‌شوند، اصلاح نماید. اصل بنیادی این درمان آن است که تفکر مقدم بر خلق است و هر دو به محیط، واکنش فیزیکی و رفتار بعدی فرد وابسته‌اند (گرینبرگر و پادسکی^۳، ۱۹۹۵). از این رو، این تغییر تفکر که در یک موقعیت معین رخ می‌دهد، خلق، رفتار و واکنش فیزیکی را تغییر می‌دهد. در این روش درمانی، درمانگر به بیمار کمک می‌کند که از دو مرحله گذر نماید: ۱- بیمار قبول کند که برخی از ادراکات و تفسیرهای او از واقعیت (به دلیل تجربه‌ی گذشته یا دلایل وراثتی و زیستی) ممکن است نادرست باشند و این تفسیرها به تفکرات منفی می‌انجامد و ۲- بیمار یاد می‌گیرد تفکرات منفی (ظاهری یا خودکار) را تشخیص دهد و تفکراتی که واقعیت را بیش‌تر مسدود می‌کنند، کشف نماید (بک، ۱۹۷۶). هم‌چنین، درمانگر مهارت‌های مقابله‌ی سازگارانه مانند جزء جزء کردن مشکلات بزرگ به کوچک‌تر، گام‌های منظم‌تر و تصمیم‌گیری از راه تحلیل سود آور آموزش می‌دهد (باتلر^۴ و بک، ۱۹۹۵). برنامه‌ریزی فعال، خودبازبینی مهارت و تکلیف لذت‌بخش و درجه‌بندی شده عموماً در شروع درمان برای کمک به بیماری که بر ناکاری و سکون خود غلبه کند و خود را به گونه‌ی بالقوه در معرض تجارب پاداش‌دهنده قرار دهد، استفاده می‌شود (باتلر و بک، ۱۹۹۵).

^۱ -Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blukburn

^۲ -Beck

^۳ -Greenberger & Padesky

^۴ -Butler

در یک بررسی در مورد ۱۶۸ بیمار افسرده‌ی بالینی غیربیمارستانی (در یک دوره‌ی ۱۲ هفته‌ای) برنامه‌ی درمان شناختی-رفتاری گروهی^۱ در خط پایه، میانه و پایان درمان مورد بررسی قرار گرفت. پژوهشگران در این مطالعه دریافتند که میزان افسردگی، تفکرات خودکار و نگرش‌های کژکاری در سه مرحله‌ی زمانی (خط پایه، میانه و پایان درمان) کاهش معنادار را نشان دادند، بویژه از خط پایه به میانه‌ی درمان (اویی، بالیک و کمپیل^۲، ۲۰۰۶).

مطالعات فرا-تحلیل نشان می‌دهند که درمان‌شناختی در درمان بیماران افسرده عمده یک قطبی موثر است (راش، بک، کوکس و هولون^۳، ۱۹۷۷؛ راپک، بلیک و رینفرو^۴، ۲۰۰۶). چند مطالعه‌ی دیگر نشان داده‌اند که درمان‌شناختی موثرتر از دارونما^۵ است (راپک و همکاران، ۲۰۰۶؛ مورفی، سیمونس، وتزل و لاستمن^۶، ۱۹۸۴). در دو مطالعه‌ی جامع فرا-تحلیل نشان داده شد که درمان‌شناختی همانند درمان بین فردی یا روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مدیریت افسردگی موثر است. این دو مطالعه نشان دادند که درمان شناختی موثرتر از درمان دارویی در مدیریت افسردگی یک قطبی ملایم تا متوسط است (گلوگان و همکاران، ۱۹۹۸؛ دابسون^۷، ۱۹۸۹). یک مطالعه‌ی فرا-تحلیل (از چهار مطالعه) با ۱۶۹ بیمار با تشخیص افسردگی عمده نتایج مشابه را برای داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و درمان شناختی نشان دادند (دی رابی، گلفاند، تانگ و سیمونس^۸، ۱۹۹۸). ۱۳ مطالعه‌ی کنترل شده به وضوح نشان می‌دهند که درمان شناختی-رفتاری گروهی درمان موثر برای افسردگی است. در این مطالعه، اندازه‌ی اثر^۹ GCBT ۱/۱۱ می‌باشد که بیانگر این است که میانگین نمره‌ی فرد در شرایط GCBT بیش‌تر از ۱/۵، انحراف معیار نسبت به میانگین نمره‌ی فرد در شرایط کنترل تا پایان درمان بهبود یافته است. در ۲۱ مطالعه‌ی کنترل نشده میانگین اندازه‌ی اثر از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در درمان شناختی-رفتاری گروهی ۱/۳۰ بدست آمده است، یعنی میانگین نمره‌ی فرد در شرایط GCBT در دوره‌ی درمان ۱/۵، انحراف استاندارد بهبود یافته است (اویی و دینگل^{۱۰}، ۲۰۰۷).

¹ -Group Cognitive Behavior Therapy

² - Oei, Bullbeck & Campbell

³ -Rush, Kovacs & Hollon

⁴ -Rupke, Bleck & Renfrow

⁵ -placebo

⁶ -Murphy, Simons Wetzel & Lustman

⁷ -Dobson

⁸ -DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons

⁹ -Effect size

¹⁰ -Dingle

مک درموت، میلر و براون^۱ (۲۰۰۱) در ۴۵ مطالعه از ۴۸ مطالعه نتیجه‌گیری کردند که روان‌درمانی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی موثر است. اویی و دینگل (۲۰۰۷) نشان دادند که GCBT نتایج بهتری از کنترل‌های غیردرمانی برای درمان افسردگی یک قطبی بدست می‌دهد و با دیگر درمان‌ها قابل مقایسه است.

از سوی دیگر، تحقق و تحکیم یک خانواده وابسته به با هم بودن و برخورداری از احساس رضایت زناشویی است. در این راستا، در مدل اصلی ناسازگاری زناشویی افسردگی (بیچ، ساندن و اولری^۲، ۱۹۹۰)، پنج نوع رفتار حمایتی مثبت شریک جنسی به گونه‌ی بالقوه برای جلوگیری از رویدادهای منفی و کاهش افسردگی مهم هستند: (۱) زمان خوش بودن با هم. (۲) گوش دادن مثبت. (۳) کمک محسوس. (۴) حمایت از عزت نفس. و (۵) صمیمیت و اطمینان دهی. این رفتارها به عنوان رفتار حمایت کننده به وسیله‌ی زوجین درک می‌شوند و اقدام به چنین رفتارهایی با درجه‌بندی‌های مثبت‌تر حمایت‌گری به وسیله‌ی زوجین و سطوح پایین‌تر نشانه‌های افسردگی در طول زمان همبسته است (کاترونا و شار، ۱۹۹۴، به نقل از بیچ، فینچام و کاتز^۳، ۱۹۹۸). افزون بر این، زوجین به طور منحصر بفردی این تعاملات حمایتی را در روابطشان بکار می‌برند و منجر به افزایش رضایت کلی زندگی آن‌ها می‌شود (ون، جاکارد و رمی^۴، ۱۹۹۶).

هم‌چنین، تعدادی از رفتارهای شریک‌های جنسی ممکن است بویژه پیش‌بینی کننده‌ی نشانه‌های افسردگی یا افسردگی عمده باشد که می‌توانند رضایت زناشویی زوجین را تحت تاثیر قرار دهند. انتقاد و سرزنش، سوء استفاده‌ی فیزیکی و روان‌شناختی از جمله عوامل بالقوه برای افسردگی زوجین می‌باشند. این عوامل می‌توانند بر مشارکت زوجین در محیط خانواده تاثیر بگذارند. در مطالعه‌ای دیده شد که "انتقاد و سرزنش در لفافه" و زنجیره‌های طولانی تعامل منفی زناشویی بازگشت بیماران را به سوی افسردگی درون‌زاد پیش‌بینی می‌کند (ماندت، فیدلر، ارنست و بیکن استرس، به نقل از بیچ و همکاران، ۱۹۹۸). به همین ترتیب، در مطالعه‌ای دیگر گزارش شده است که زوجین با شریک‌های افسرده به‌ندرت با یکدیگر توافق دارند و آن‌ها را به صورت منفی ارزیابی می‌کنند (هاتزینگر، لیندن و هافمن^۵، ۱۹۸۲). پژوهشگران هم‌چنین، مشاهده کردند که میزان برافراشتگی افسردگی در زنان با خشونت در ارتباط است (اندریوس^۶ و براون، ۱۹۹۸) و زن‌هایی که

¹ -McDermut, Miller & Brown

² -Beach, Sandeen & O'Leary

³ -Fincham & Katz

⁴ -Wan, Jaccard & Remey

⁵ Hautzinger, Linden & Hoffman

⁶ -Andrews

در ازدواج‌شان به لحاظ فیزیکی مورد اذیت و آزار قرار گرفته‌اند، رضایت زناشویی پایین‌تری را گزارش دادند (کاسکاردی، لارنس و شلی^۱، ۱۹۹۵).

در مطالعه‌ای در مورد ۶۸ زن داغان نشان داده شد که سوء استفاده‌ی روان‌شناختی ارتباطی قوی‌تر با نشانه‌های افسردگی دارد تا سوء استفاده‌ی فیزیکی و این ارتباط پس از کنترل سوء استفاده‌ی فیزیکی پابرجا بود (آریاس^۲، ۱۹۹۵). تعدادی از پژوهشگران بیان نمودند که رفتارهای تهدید آمیز شریک جنسی مانند پیمان‌شکنی و روابط غیر ممکن است دوره‌ی افسردگی را گسترش دهد. آن‌ها مشاهده کردند که بدون تاریخچه‌ی قبلی افسردگی عمده ۳۶ درصد زنان با این نوع تجربه‌ها افسرده بودند (کریستین-هرمان و همکاران، ۱۹۹۷، به نقل از بیچ و همکاران، ۱۹۹۸).

دیگر پژوهشگران دریافته‌اند که رضایت زناشویی اثری معنادار بر نشانه‌شناسی افسردگی در زنان کارمند در یک سال بعد دارد، یعنی زنانی که از سطوح پایین رضایت زناشویی برخوردار بودند، نشانه‌های افسردگی بیش‌تری در زمان بعدی نشان دادند (بیچ، هاوود، هورن و همکاران^۳، ۱۹۹۵). در مطالعه‌ای در مورد ۱۱۵ بیمار که درمان شناختی را برای افسردگی دریافت کردند، نشان داده شد که افسردگی تاثیر علی بر رضایت زناشویی ندارد. اگرچه در این مطالعه یک اثر معنی‌دار ضعیف بین رضایت زناشویی و افسردگی بدست آمد (بارنس، سیرس و موراس^۴، ۱۹۹۴). در مطالعه‌ای دیگر دیده شد که افراد افسرده بویژه به تنش‌های خانوادگی و خصومت ایجاد شده به وسیله‌ی اعضای خانواده آسیب پذیرند (واگهان و لیف^۵، ۱۹۷۶).

ساز و کارهای تولید استرس در ازدواج قابل اسناد به زوج‌های افسرده از جمله رفتار حمایتی منفی، کاهش‌های عملکرد نقش، کمبودهای مسئله‌گشایی و تحریف‌های شناختی است. در ارتباط با نظریه‌ی هامنز، رفتارهای حمایتی منفی میانجی بین نشانه‌های افسردگی قبلی و استرس زناشویی بعدی است. در نتیجه، استرس زناشویی بیش‌تر پیش‌بینی‌کننده‌ی نشانه‌های افسردگی است (هامن^۶، ۱۹۹۱).

زمینه‌ی بالقوه‌ی مهم دیگر در تولید استرس زناشویی در افسردگی ناتوانی برای اجرا و انجام نقش‌های گوناگون مرتبط با کار یا خانواده است. در یک مطالعه نشان داده شد افرادی با نشانه‌های افسردگی غیربالینی به گونه‌ی اساسی عملکرد ضعیفی را در کار و خانه در مقایسه با نوع دیگری از

¹ Cascardi, O'Leary, Lawrence & Schlee

² -Arias

³ - Harwood, Horan, et al

⁴ -Burns, Sayers & Moras

⁵ -Vaghn & Leff

⁶ - Hammen

بیماری‌های مزمن دارند (ولس، استیوارت و همکاران^۱). در مطالعه‌ای مشاهده شد که کنش‌وری نقش با سطح نشانه‌های افسردگی در ارتباط است. این کاهش کنش‌وری به وسیله‌ی فرد افسرده، توسط زوجین و نزدیکان فرد افسرده گزارش شده است (بیچ، مارتین، بلام و رومن^۲، ۱۹۹۳).

کریستین، اولری و ویویان^۳ (۱۹۹۴) دریافتند که در میان زوج‌های ناسازگار، افسردگی با مهارت‌های مسئله‌گشایی ضعیف در شوهران و زنان همبسته است. ویس و هیمن (۱۹۹۷)، به نقل از بیچ و همکاران، (۱۹۹۸) نشان دادند که رفتارهای منفی ارایه شده در بحث‌های مسئله‌گشایی ضعیف زناشویی یک منبع بالقوه تولید استرس در ازدواج است.

سازهی دیگری که بر رضایت زناشویی تاثیر می‌گذارد و منجر به یک شناخت می‌شود، اسنادهای زناشویی است. این اسنادها واریانس یگانه‌ی رضایت زناشویی را حتی پس از کنترل افسردگی و عاطفه‌ی منفی تبیین می‌کنند (فینچام و برادبوری^۴، ۱۹۹۳؛ کارنی، برادبوری و همکاران^۵، ۱۹۹۴). هم‌چنین، اسنادهای منفی پریشانی را مشخص می‌کنند و نه افسردگی بالینی (فینچام، بیچ و برادبوری، ۱۹۸۹).

در مطالعه‌ای با استفاده از دو روش روان‌درمانی بین فردی و ویرایش جدید روان‌درمانی بین فردی زوجی در مورد ۱۸ بیمار افسرده‌ی غیربیمارستانی مشاهده شد که شرکت‌کنندگان در هر دو مداخله کاهشی معنی‌دار در نشانه‌های افسردگی نشان دادند که منجر به بهبود کنش‌وری بین فردی عمومی آن‌ها شده است (فولی، رانساویلی، ویسمن، شولماسکا و چیورون^۶، ۱۹۸۹).

جکوبسون، دوبسون، فرازیت، شاملینگ و سالاسکی^۷ (۱۹۹۱) در مطالعه‌ای در مورد ۶۰ زن متاهل با تشخیص افسردگی درمان‌های زناشویی رفتاری، شناختی فردی و ترکیب این دو درمان نشان دادند که درمان زناشویی رفتاری نسبت به درمان شناختی در کاهش افسردگی موثر است. مطالعه‌ای دیگر در مورد ۴۵ زوج افسرده نشان داد که درمان زناشویی رفتاری و درمان شناختی فردی به اندازه‌ی یکسان در کاهش نشانه‌های افسردگی موثرند و هر دو درمان به وضوح بر گروه کنترل لیست انتظارند. هم‌چنین، این مطالعه نشان داد که درمان شناختی فردی باعث تخفیف دوره‌ی افسردگی و افزایش کنش‌وری زناشویی می‌شود (بیچ و اولری، ۱۹۹۲). در مطالعه‌ای دیگر

¹ -Wells, Stewart, et al

² -Martin, Blum & Roman

³ -Vivian

⁴ -Fincham & Bradbury

⁵ -Karney, et al

⁶ - Foley, Rounsaville, Weissman, Sholomaskas & Chevron

⁷ Jacobson, Fruzzetti, Schmaling & Salusky

امانوئلز- زاروین و امیل کمپ^۱ (۱۹۹۶) با استفاده از دو روش درمان شناختی- رفتاری فردی و درمان زناشویی متمرکز بر ارتباط در مورد ۲۷ بیمار افسرده‌ی غیربیمارستانی مشاهده کردند که هر دو درمان منجر به کاهش معناداری در نشانه‌های افسردگی در شرکت کنندگان می‌شوند. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با کاهش میزان افسردگی، افزایش رضایت و بهبود زندگی این پژوهش در پی پاسخگویی به دو فرضیه‌ی زیر است: ۱- انتظار می‌رود شناخت درمانی منجر به کاهش میزان افسردگی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی خانواده شود. ۲- انتظار می‌رود شناخت درمانی منجر به افزایش رضایت زناشویی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی خانواده شود و در آخر، هدف این پژوهش آشنایی زوجین به آموزش‌های لازم و ضروری در مورد باورها و نگرش‌هایشان است که می‌تواند تا حدودی مشکلات، اختلافات و جدایی روانی آن‌ها را بر طرف نماید تا بتوانند به شیوه‌ی مناسب‌تر و سازگارانه‌تر در کانون گرم و صمیمی خانواده در کنار هم با کارآیی بهینه زندگی کنند.

روش

جامعه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و مداخله در بحران مجتمع بهزیستی فیاض‌بخش و زوجین دارای مشکل شهر اهواز بود. از بین مراجعان این مرکز ۱۰ زوج بر اساس تشخیص روان‌شناس مرکز و شکایات خود مراجعان در مورد ابتلا به افسردگی و پایین‌بودن رضایت زناشویی به عنوان گروه آزمایش و ۱۰ زوج به عنوان گروه کنترل به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. البته، این زوجین در آغاز پیش از اجرای مداخله درمانی دوباره به وسیله‌ی درمانگران براساس راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌شناسان آمریکا (-DSM-IV TR) بویژه در مورد ملاک‌های تشخیصی افسردگی مورد مصاحبه قرار گرفتند. افزون بر این، ملاک دیگر انتخاب شرکت‌کنندگان در این طرح، نمره‌های بالاتر از نقطه‌ی برش در پرسشنامه‌های افسردگی بک و رضایت زناشویی والمیر بود.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه‌ی افسردگی بک. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌ی ۲۱ ماده‌ای افسردگی بک BDI-21 (بک، وارد، مندلسون و ارباک^۲، ۱۹۶۱) است که در سال ۱۹۷۱ مورد

^۱ -Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp

^۲ - Beck, Ward, Mendelson & Erbach

تجدید نظر قرار گرفته است (گراث-مارنات^۱، ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۸۴). این پرسشنامه نگرش‌ها و نشانه‌های افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر پرسش پرسشنامه‌ی بک شامل یک مقیاس چهار جمله‌ای است که دامنه‌ی آن از ۰ تا ۳ مرتب شده است، بیش‌ترین و کم‌ترین نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۶۳ و صفر است. بررسی‌های انجام گرفته در زمینه‌ی پایایی BDI-21، از پایایی مناسب این ابزار خبر می‌دهند. رجبی، عطاری و حقیقی (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف پرسشنامه‌ی افسردگی بک به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی ۳ هفته در مورد ۵۹ دانشجوی پسر ۰/۴۹ بدست آورده‌اند. هم‌چنین، مطالعات فرا-تحلیلی نشان می‌دهند که این پرسشنامه از روایی محتوایی بالا و روایی تفکیکی بین افراد افسرده و غیر افسرده برخوردار است (ریکتر، ورنر، هرلین و سائر^۲، ۱۹۹۸، به نقل از رجبی و همکاران، ۱۳۸۰). ضریب روایی BDI-21 با مقیاس MMPI-D در مورد ۵۷ دانشجوی برابر با ۰/۶۰ (p < ۰/۰۱) گزارش شده است.

۲- شاخص رضایت زناشویی والمیر^۳. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ به وسیله‌ی هودسون^۴ (ثنایی ذاکر، ۱۳۸۲) تدوین شده است. این شاخص یک ابزار ۲۵ ماده‌ای است که برای اندازه‌گیری میزان، شدت یا دامنه‌ی مشکلات زن یا شوهر در رابطه‌ی زناشویی تدوین شده است. تعدادی از ماده‌های آن از جمله ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، سپس این نمره‌ها با نمره‌های باقی مانده‌ی ماده‌ها جمع می‌شود، شماره‌ی پرسش‌های کامل شده کسر می‌گردد، این رقم در ۱۰۰ ضرب می‌شود و بر ۶ رقم پرسش‌ها پاسخ داده شده تقسیم می‌شود. دامنه‌ی اعداد بدست آمده بین ۰ تا ۱۰۰ است و در یک طیف هفت رتبه‌ای از نوع لیکرت (هیچگاه = تا همیشه =) مرتب شده‌اند. نمره‌های پایین در این پرسشنامه بیانگر میزان بالای رضایت زناشویی است. میانگین آلفای کرونباخ شاخص رضایت زناشویی ۰/۹۶ و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی دو ساعته نیز همان مقدار محاسبه شده است. این شاخص با آزمون سازگاری زناشویی لاک-والاس، مقیاس رضایت جنسی و مشکلات زناشویی همبستگی معناداری نشان داده است. هم‌چنین، این شاخص از روایی بسیار خوب و با معنایی برای متمایز کردن زوج‌های مشکل‌دار و زوج‌های ظاهراً بدون مشکل برخوردار است. این شاخص از روایی واگرایی مناسب سود می‌برد (ثنایی ذاکر، ۱۳۸۲).

¹ - Groth-Marnat

² -Richter, Werner, Heerlien & Sauer

³ -Walmyr Assessment Scale

⁴ -Hudson

طرح پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل با گمارش تصادفی می‌باشد. در این طرح گروه‌های آزمایش و کنترل دو بار در مورد میزان افسردگی و رضایت زناشویی پیش از شناخت درمانی (پیش‌آزمون) و دو هفته پس از پایان مداخله درمانی (پس‌آزمون) مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. گروه آزمایش پس از انجام پیش‌آزمون در ۸ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی در سه ماه متوالی تحت شناخت درمانی از نوع کارهایی که ایس در مورد مراجعان انجام می‌داد، قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. همچنین، هشت جلسه‌ی انفرادی شناخت‌درمانی به شیوه‌ی آلبرت ایس به اختصار در زیر آمده‌اند.

جلسه‌ی نخست: آشنایی مشاور و مراجع با یکدیگر، صحبت در زمینه‌ی ماهیت افسردگی و رضایت زناشویی و اظهار نظر مراجع.

جلسه‌ی دوم: تبیین بنیادی شناخت درمانی، بحث و رایه‌ی فرم گزارش تکلیف برای مشخص کردن برداشت‌های مراجع.

جلسه‌ی سوم: بررسی و کاوش در افکار آزار دهنده‌ی مراجع و بحث و گفتگو درباره‌ی هر یک از افکار و احساسات آزاردهنده بر اساس فرم گزارش تکلیف که مراجع ارائه داده بودند.

جلسه‌ی چهارم: تعیین و مشخص کردن افکار غیر منطقی مراجع و تبیین ارتباط آن با افسردگی و رضایت زناشویی، تکلیف منزل بمنظور بررسی افکار غیرمنطقی و تاثیر آن بر حالات افسردگی و رضایت زناشویی.

جلسه‌ی پنجم: بررسی نمونه‌هایی از افکار غیر منطقی از جمله توقع تایید از سوی دیگران، انتظارات بیش از حد از خود و دیگران، سرزنش کردن خود و درماندگی برای تغییر، ارائه تکلیف منزل به منظور بررسی این نمونه‌ها در زندگی بیرونی.

جلسه‌ی ششم: بررسی سایر افکار غیرمنطقی از قبیل سرزنش کردن خود، درماندگی و ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی و کمال‌گرایی و تاثیر آن بر آلات خلقی، رایه‌ی تکلیف منزل به بررسی راههای مقابله.

جلسه‌ی هفتم: جانشین‌سازی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی.

جلسه‌ی هشتم: ارزیابی بازخوردهای مراجع نسبت به جلسه‌ها و نتایج بدست آمده، کم شدن جدال درونی و تشویق برای استمرار جریان تفکر منطقی.

یافته‌ها

آزمون تی تست گروه‌های مستقل در مورد نمره‌های پیش‌آزمون میزان افسردگی در گروه آزمایش و کنترل برابر با ۰/۱۵ ($p=۰/۶۹۹$) و در مورد نمره‌های پیش‌آزمون میزان رضایت زناشویی در دو گروه بالا برابر ۰/۰۰۱ ($p=۰/۹۸۱$) می‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که گروه‌های آزمایش و کنترل در میزان متغیرهای وابسته از جمله افسردگی و رضایت زناشویی در پیش از مداخله‌ی شناختی با یکدیگر تفاوت ندارند و می‌توان آن‌ها را هم‌تا شمار آورد و در نتیجه شرایط اولیه برای اجرای طرح آزمایشی مهیاست.

جدول ۱- شاخص‌های آماری و نتایج آزمون t-test گروه‌های مستقل در میزان افسردگی و رضایت زناشویی به عنوان متغیرهای وابسته و گروه‌های مورد مداخله‌ی شناختی (آزمایش) و بدون مداخله (کنترل) به عنوان متغیر مستقل طبقه‌ای

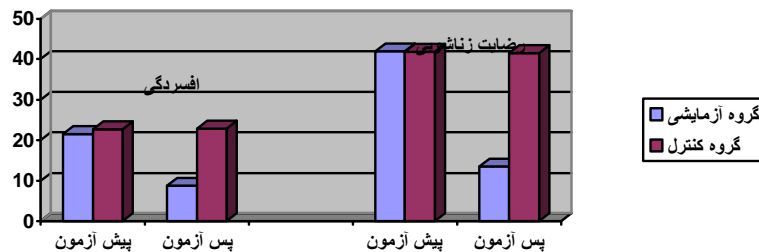
مقدار t سطح p	تفاضل		پس آزمون		پیش آزمون		تعداد	موقعیت شاخص گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴۷/۲۲	۶/۸۵	۱۲/۷۵	۸/۲۵	۸/۸۰	۸/۹۱	۲۱/۵۵	۲۰	آزمایش*
۰/۰۰۰۱	۲/۷۸	-۰/۲۵	۷/۹۰	۲۲/۹۰	۸/۹۳	۲۲/۶۵	۲۰	کنترل
۱۹/۰۲	۱۵/۱۲	۲۸/۵۰	۸/۱۴	۱۳/۴۶	۱۴/۷۱	۴۱/۹۶	۲۰	آزمایش**
۰/۰۰۰	۳/۴۳	۰/۳۴	۱۱/۷۲	۴۱/۵۱	۱۲/۷۴	۴۱/۸۶	۲۰	کنترل

*** میزان افسردگی، **میزان رضایت زناشویی**

همان گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین‌ها و انحراف‌های معیار نمره‌های میزان افسردگی زوجین مراجعه کننده در گروه مورد مداخله‌ی شناختی و بدون مداخله، در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیانگر این است که میانگین نمره‌های افسردگی مراجعان گروه مورد مداخله از پیش‌آزمون (۲۱/۵۵) به پس‌آزمون (۸/۸۰) کاهش یافته است، اما در گروه بدون مداخله (کنترل) تغییر میانگین در نمره‌های افسردگی مشهود نیست (۲۲/۶۵ در برابر ۲۲/۹۰). آزمون t گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که آموزش شناخت‌درمانی فردی باعث کاهش میزان افسردگی گروه مورد مداخله شده است. این یافته به فرضیه‌ی نخست پژوهش پاسخ می‌دهد.

هم‌چنین، میانگین‌ها و انحراف‌های معیار نمره‌های میزان رضایت زناشویی مراجعان در گروه مورد مداخله‌ی شناختی فردی و بدون مداخله در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیانگر این است که میانگین نمره‌های میزان رضایت زناشویی گروه آزمایش از پیش‌آزمون (۴۱/۹۶) به پس‌آزمون (۱۳/۴۶) کاهش یافته است، اما در گروه کنترل (بدون مداخله) تغییری در میانگین‌های پیش‌آزمون

و پس‌آزمون دیده نمی‌شود (۴۱/۸۶ در برابر ۴۱/۵۱). آزمون t گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که آموزش شناخت‌درمانی فردی باعث افزایش میزان رضایت زناشویی زوجین مورد مداخله شده است. این یافته به دومین فرضیه‌ی پژوهش پاسخ می‌دهد.



نمودار ۱- نمودار میله ای مقایسه پیش آزمون و پس آزمون میزان افسردگی و رضایت زناشویی در گروه آزمایشی و کنترل

بحث

هدف این پژوهش تاثیر روش شناخت‌درمانی فردی در کاهش میزان افسردگی و افزایش زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده و بحران مجتمع فیاض بخش شهر اهواز بود. در این رابطه دو فرضیه تدوین گردید که هر دو فرضیه تایید شدند. نتایج فرضیه‌ی نخست پژوهش نشان داد که به گونه‌ای معنادار میزان نشانه‌های افسردگی زوجین مورد مداخله‌ی شناخت‌درمانی فردی نسبت به زوجین بدون مداخله‌ی شناخت‌درمانی فردی (گروه کنترل) از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است. این یافته با نتایج بدست‌آمده از مطالعات کرینبر و پدسکی (۱۹۹۵)؛ بک (۱۹۷۶) و باتلر و بک (۱۹۹۵) که نشان دادند درمان شناختی- رفتاری به گونه‌ای معنادار در کاهش نشانگان افسردگی موثر است، هماهنگ می‌باشد (فوا، رانی، فینوس، کونتی و گراندی^۱، ۲۰۰۴). همان‌گونه که در پیشینه‌ی پژوهش نیز بیان شد که درمان شناختی در درمان بیماران با افسردگی یک قطبی نسبت به درمان دارونما موثرتر است (راش و همکاران، ۱۹۷۷؛ راپک و همکاران، ۲۰۰۶؛ مورفی و همکاران، ۱۹۸۴؛ گلوگان و همکاران، ۱۹۹۸؛ دایسون، ۱۹۸۹؛ اویی و دینگل، ۲۰۰۷؛ مک درموت و همکاران، ۲۰۰۱؛ بیچ و اولری، ۱۹۹۲ و امانوئلز-زاروین و امل کمپ، ۱۹۹۶). در پژوهشی دیگر دیده شد که گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی بیماران مرد بستری مبتلا به اختلال خلقی موثر است (یعقوبی نصر آبادی، عاطف و احمدزاده، ۱۳۸۲)، همخوان می‌باشد. موسوی، محمدخانی، موسوی، کاویانی و دلاور (۱۳۸۵) همسو با این یافته مشاهده کردند که

¹ - Fova, Ruini, Rafanelli, Finos, Conti & Grandi

مداخله‌های زوج درمانی سیستمی- رفتاری و دارو درمانی منجر به کاهش میزان افسردگی زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی شده است، ولی زوج درمانی موثرتر از دارو درمانی بود.

فرضیه‌ی دوم پژوهش نشان داد که شناخت درمانی فردی بر افزایش رضایت زناشویی مراجعان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون موثر بوده است. در این رابطه می‌توان گفت که نشانه‌های افسردگی زوجین با روابط زناشویی و احساس رضایت آن‌ها رابطه دارد. به بیان دیگر، روش شناخت‌درمانی با تاکید بر روش الیس که هدف آن تغییر طحوااره‌ها و چارچوب‌های ذهنی مراجعان است، توانسته است در مورد زوجین افسرده گروه مداخله موثر واقع شود و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد؛ در نتیجه این کاهش، احساس رضایت زوجین از با هم بودن در یک چرخه‌ی زناشویی افزایش می‌یابد که این یافته با یافته‌های زیر هماهنگ است. در مطالعه‌ای دیده شد که افراد افسرده بویژه به تنش‌های خانوادگی و خصومت ایجاد شده به وسیله‌ی اعضای خانواده آسیب پذیرند (واگان و لیف، ۱۹۷۶)؛ استرس زناشویی پیش‌بینی‌کننده‌ی نشانه‌های افسردگی است (هامن، ۱۹۹۱). درمان شناختی فردی باعث تخفیف دوره‌ی افسردگی و افزایش کنش‌وری زناشویی می‌شود (بیچ و اولری، ۱۹۹۲) و رضایت زناشویی بر کاهش نشانه‌های افسردگی حتی در یک سال بعد موثر است (بیچ و همکاران، ۱۹۹۵).

در نهایت، با توجه به یافته‌های بدست آمده و تایید یافته‌ها به وسیله‌ی پژوهش‌های دیگر، روان‌شناسان و مشاوران خانواده می‌توانند برای کاهش رفتارهای بیمارگونه، افزایش کارایی زوجین و ایجاد روابط سالم بین آن‌ها از روش درمان‌شناختی مبتنی بر کارهای الیس استفاده کنند. همچنین، توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی از درمان مشاوره شناختی- رفتاری گروهی و درمان دارویی برای درمان زوجین دارای مشکلات روحی- روانی استفاده شود. محدودیت عمده‌ی این پژوهش از لحاظ جامعه‌ی مورد بررسی مربوط به مرکز مشاوره‌ی خانواده و مجتمع بهزیستی فیاض‌بخش بوده است که در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود از مراکز درمانی دولتی و مشاوره‌ی خانواده دیگر نیز استفاده شود.

در پژوهش‌های بعدی توصیه می‌شود که درمان‌شناختی به روش درمان شناختی- رفتاری گروهی با تاکید بر رویکرد مذهبی و درمان مبتنی بر حضور ذهن انجام گیرد.

منابع

- ثنایی ذاکر، باقر (۱۳۸۲). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. چاپ اول.
- رجبی، غلامرضا. عطاری، یوسف‌علی و حقیقی، جمال. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوال‌های پرسشنامه‌ی بک (BDI-21) بر روی پسران دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز. فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دوره ی سوم، سال هشتم، شماره های ۳ و ۴، صص. ۴۹-۶۶.
- مارنات، گری گراث. (۲۰۰۳). راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان. ترجمه پاشا شریفی، حسن؛ نیکخو، محمد رضا (۱۳۸۴). چاپ اول، جلد دوم، انتشارات سخن.
- موسوی، مرضیه. محمد خانی، پروانه. موسوی، اشرف سادات. کاویانی، حسین. دلاور، علی. (۱۳۸۵). اثربخشی زوج درمانی سیستمی بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان افسرده. تازه های علوم شناختی، سال ۸، شماره ی ۲، ۲۰-۱۲.
- یعقوبی نصر آبادی، محمد. عاطف، وحید. محمد کاظم، وحید احمد زاده، غلامحسین. (۱۳۸۲). تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم / شماره ۲ / پائیز، صص. ۵۶-۶۳.
- Andrews, B. & Brown, G. W. (1988). Marital violence in the community: A biographical approach. *British Journal of Psychiatry*, 153, 305-312.
- Arias, I. (1995). The impact of psychological abuses a battered woman. Paper presented at the national violence Prevention conference of the centers for disease control and prevention, Des Moines, IA, (October).
- Beach, S. H. R., Fincham, F. D. & Katz, L. (1998). Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18, 635-661.
- Beach, S. H. R., Harwood, E. M., Horan, P. M. & et al. (1995). Marital effects a depression: measuring the longitudinal relationship. Paper presented at the 29th annual convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Beach, S. R. H. & O'Leary, K. D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507-528.
- Beach, S. R. H., Martin, J. K., Blum, T. C. & Roman, P. M. (1993). Sub-clinical depression and role fulfillment in domestic settings: Spurious relationships, imagined problems, or real effects? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15-113-128.
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E. & O'Leary, K. D. (1990). Depression in marriage: A model for etiology and treatment. New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities press.

- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. E. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology*, 4, 561-571.
- Burns, D. D., Sayers, S. L. & Moras, K. (1994). Intimate relationship and depression: Is there are a causal connection? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1033-1043.
- Butler, A.C. & Beck, A. T. (1995). Cognitive therapy for depression. *The Clinical Psychologist*, 48 (3), 3-5.
- Cascardi, M., O'Leary, K. D., Lawrence, E. E. & Schlee, K.A. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 616-623.
- Christian, J.L., O'Leary, K. D. & Vivian, D. (1994). Depressive symptomatology in martially discordant women and men: The role of individual and relationship variables. *Journal of Family Psychology*, 8, 32-42.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z. & Simons, A. D. (1998). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Emanuels-Zuurveen, L. & Emmelkamp, P. M. G. (1996). Individual behavioral-cognitive therapy v. marital therapy for depression in martially distressed couples. *British Journal of Psychiatry*, 181-188.
- Fincham, F. D. & Bradbury, T. N. (1993). Marital satisfaction, depression and attributions: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 442-452.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H. & Bradbury, T. N. (1989). Marital distress depression and attributions: Is the marital distress-attribution association an artifact of depression? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 768-771.
- Foley, S. H., Rounsaville, B. J., Weissman, M. M. Sholomaskas, D. & Chevron, E. (1989). Individual versus conjoint interpersonal therapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry*, 10, 29-49.
- Fova, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S. & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavioral prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blukburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 48, 59-72.

- Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: a cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford press.
- Hammen, C. L. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.
- Hautzinger, M., Linden, M. & Hoffman, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: An meta-analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 13, 307-314.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, D. B. & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Karney, B. R., Bradbury, T. N., Fincham, F. D. & Sullivan, K. T. (1994). Is the association between attributions and marital satisfaction an artifact of negative affectivity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 413-424.
- McDermut, W., Miller, I. W. & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychopathology for depression: a meta-analysis and review of empirical research. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8, 98-116.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D. & Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Archives General Psychiatry*, 41, 33-41.
- Oei, T. P. S., Bullbeck, K. & Campbell, J. M. (2006). Cognitive change process during group cognitive behavior therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, 231-341.
- Oei, T. P. S. & Dingle, G. (2007). The effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, Available online 22 August.
- Perlis, R. H., Nierenberg, A. H., Alpert, J. E., Pava, J., Mathewa, J. D., Buchin, J., Sickinger, A. H. & Fava, M. (2002). Effects of adding cognitive therapy to fluoxetine dose increase on risk of relapse and residual depressive symptoms in continuation treatment of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacological*, 22, 474, 480.
- Rupke, S. J., Blecke, D. & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *American Family Physician*, 73 (1), 83-86.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and thermotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy Research*, 1, 17-37.
- Wells, K. B., Steward, A., Hays, R. D., et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: Result's from the medical outcome study. *Journal American Medical Association*, 262, 914-919.
- Vaghn, C. F. & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125, 137.

Wan, C. K., Jaccard, J. & Ramey, S. L. (1996). The Relationship between Social Support and Life Satisfaction as a Function of Family Structure. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 2, 502-513.