

مقایسه ی اثربخشی زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر میزان

رضایت زناشویی و افسردگی جانبازان

محمد علی رحمانی^{۱*}، عبدالله شفیع آبادی^۲، فرشته موتابی^۳، علیرضا کیامنش^۴

(۱) دانش آموخته دکترای مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

(۲) استاد دانشگاه علامه طباطبایی تهران، ایران

(۳) استادیار دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده تهران، ایران

(۴) استاد دانشگاه تربیت معلم تهران، ایران

*نویسنده مسئول: alirahmani20@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۸۹/۱۲/۱۴ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۸۹/۱۲/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله ۹۰/۴/۲۸

چکیده

اختلالات هیجانی و مشکلات روان‌شناختی جانبازان، زندگی آنان و خانواده‌شان را تحت‌الشعاع قرار داده است. این پژوهش با هدف مقایسه ی اثربخشی زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر میزان رضایتمندی زناشویی و افسردگی جانبازان ۲۵ درصد و بالاتر انجام شده است. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی^۱ و طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه لیست انتظار است. جامعه ی آماری کلیه ی جانبازان مراجعه کننده به مرکز مشاوره بنیاد شهید تنکابن در سال ۸۹-۸۸ می‌باشند. بدین منظور ۸۱ جانباز به همراه همسران شان با روش نمونه گیری در دسترس، به‌کمک مصاحبه ی تشخیصی ساختاریافته (ضریب آلفای ۰/۹۵)، پرسشنامه ی رضایت‌زناشویی انریچ (۱۱۵ سؤالی، ضریب آلفای ۰/۸۵) و پرسشنامه ی افسردگی بک (ویرایش دوم، ضریب آلفای ۰/۹۴) بررسی شدند و سپس ۲۴ جانباز به همراه همسران شان به عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه لیست انتظار (هر گروه ۸ زوج) قرار گرفتند. آن‌گاه روش زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری بر روی گروه آزمایشی یک و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر روی گروه آزمایشی دو اجرا شد و در پایان سه گروه بار دیگر با پرسشنامه‌های انریچ و بک ارزیابی شدند. اطلاعات به‌دست آمده از پرسشنامه‌ها از طریق آزمون تحلیل کوواریانس (مانکووا) و آزمون تعقیبی ال-ماتریکس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند که تفاوت نمرات زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری در پس‌آزمون، در مقایسه با گروه لیست انتظار در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش افسردگی معنادار است. در مقایسه ی دو گروه آزمایشی، زوج-درمانی گروهی شناختی- رفتاری نسبت به گروه‌درمانی شناختی- رفتاری به‌طور معناداری رضایتمندی زناشویی را افزایش داد. اما تفاوت دو گروه در کاهش افسردگی معنادار نبود. نتایج پژوهش بیانگر آن است که هر دو روش درمانی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش افسردگی مؤثرند. روش زوج-درمانی گروهی شناختی- رفتاری در افزایش رضایت زناشویی مؤثرتر از روش گروه درمانی شناختی- رفتاری است و هر دو روش در کاهش افسردگی به یک اندازه تأثیر دارند.

کلیدواژه‌گان: زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، رضایت‌زناشویی، افسردگی، جانبازان.

¹. Quasi experimental

مقدمه

جانبازان بیش از اқشار عادی مردم است. این افراد به علت مواجهه با سخت‌ترین شرایط جسمی و روحی مثل جنگ، نبرد، خون، صدمات متعدد و صحنه‌های خارق-العاده، مستعد ابتلاء به افسردگی بوده‌اند (وفایی و قادری، ۱۳۸۳، ص ۸۵۸).

جنگ اثرات عمیق، مداوم و پیچیده دارد و با مبتلا کردن افراد به استرس، اضطراب و افسردگی متوقف نمی‌شود. جنگ بر روی خانواده‌ها و جامعه نیز اثر سوء دارد، در بسیاری از پژوهش‌ها آمده است، سربازانی که سال‌ها از شرکت در جنگ آنان گذشته است در هماهنگی و سازگاری مجدد با زندگی خانوادگی دچار مشکلاتی می‌گردند. تجربه ی استرس در سابقه ی این افراد به عنوان عامل مهم خشونت در خانه و رفتارهای آنی و خصومت آمیز نسبت به همسرگزارش شده است، این در حالی - است که همسر هیچ‌گونه دخالتی در آن موقعیت نداشته است (کانو^۴ و ویویان^۵، ۲۰۰۱، ص ۶۰؛ مندلوویز^۶ و استین^۷، ۲۰۰۰، ص ۲۷۱؛ یون^۸ و زینبارگ^۹، ۲۰۰۷، ص ۹۶۳؛ رنشاو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۸، ص ۵۸۸). وقتی این شرایط در روابط زوج به‌عنوان یک الگوی رفتاری حاکم می‌شود، می‌توان انتظار بروز ناراضی زناشویی را داشت (مونرو^{۱۱} و همکاران، ۱۹۸۶، ص ۴۲۹). بنابراین دو متغیری که در این پژوهش مدنظر بوده‌اند افسردگی^{۱۲} و رضایت‌زناشویی^{۱۳} می‌باشد. بسیاری از پژوهش‌ها نشان - داده‌اند افسردگی و مشکلات زوج بر روی همدیگر تأثیر دارند، به‌عبارت دیگر بیماری افسردگی، مشکلات زوج را

جنگ همواره یک موضوع جدی و مختل کننده ی بهداشت عمومی جامعه است. یکی از ضایعاتی که در جنگ‌ها با آن مواجه هستیم آسیب‌های جسمانی و روانی ناشی از آن است. تأثیری که معلولیت‌های فیزیکی و آسیب‌های روانی در روابط اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی فرد باقی می‌گذارد مسئله‌ای قابل اهمیت است (امیری و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۲۳).

پژوهش حاضر هنگامی انجام می‌شود که ۲۱ سال از واقعه ی جنگ ایران و عراق سپری شده است. آمارهای به دست آمده در حال حاضر، با پژوهش‌هایی که در سال‌های اول پایان جنگ به‌دست آمده بود مغایرت دارد، زیرا هر چه فاصله ی زمانی از حادثه بیشتر باشد احتمال اختلال استرس پس از سانحه کمتر است (وفایی و قادری، ۱۳۸۳، ص ۸۵۹). امروزه در کلینیک‌ها و مراکز مشاوره ی جانبازان با بیمارانی رو به رو می‌شویم که با تشخیص اختلال افسردگی اساسی، دیستایمی و یا خلق پایین مراجعه می‌کنند (کتیبایی و همکاران، ۱۳۷۹، ص ۴۷؛ وفایی و قادری، ۱۳۸۳، ص ۸۶۱). آمار و تجارب کلینیکی باعث شده است تا پژوهش‌گران در حوزه‌های مطالعات جنگ، دهه‌های اخیر را عصر افسردگی در تاریخ روان‌پزشکی معاصر بدانند و به نظر آنان اضطراب و تشویش، که پس از جنگ جهانی دوم مهم‌ترین اختلال روانی شمرده می‌شد، جای خود را به افسردگی داده است (سوتکر^۱ و همکاران، ۱۹۹۳، ص ۲۴۱؛ تامی^۲ و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۳۸۵؛ کتیبایی و همکاران، ۱۳۷۹، ص ۴۶؛ لانگ^۳ و همکاران، ۱۹۹۶، ص ۲۵۵). مطالعات تجربی و پژوهش‌های موجود نشان می‌دهند که میزان افسردگی در میان

4. Cano
5. Vivian
6. Mendlowicz
7. Stein
8. Yoon
9. Zinbarg
10. Renshaw
11. Monroe
12. Depression
13. Marital satisfaction

1. Sutker
2. Toomey
3. Long

از سوی دیگر، در زمینه ی اختلال در روابط زوج نیز دلایل تجربی محکمی وجود دارند که اثربخشی و کارآمدی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری^{۱۲} را نشان می‌دهند. با وجود این‌که تأکید اولیه ی مطالعات و پژوهش‌ها بر مداخله‌ها و قراردادهای رفتاری استوار است، بازسازی شناختی نیز مورد تأکید می‌باشد (اپستین و بوکام، ۲۰۰۲، ص ۷۸؛ داتیلیو^{۱۳}، ۲۰۱۰، ص ۷۱؛ بوکام و همکاران، ۱۹۸۹، ص ۳۲؛ گارمن، ۲۰۰۸، ص ۱۲۱؛ دبسن، ۲۰۱۰، ص ۹۸). در نتیجه اگر مداخله‌های رفتاری با بازسازی باورهای تحریف شده همراه باشد، تأثیر بنیادین بر تغییر رفتار خواهد داشت (داتیلیو، ۲۰۱۰، ص ۸۱؛ جکوبسن و همکاران، ۱۹۹۱). بنابراین با توجه به پژوهش‌های انجام شده به نظر می‌رسد که درمان شناختی- رفتاری و زوج-درمانی شناختی- رفتاری، هر دو می‌توانند بر میزان رضایتمندی زناشویی و افسردگی مؤثر باشند.

اهمیت و ضرورت این پژوهش از آن جهت می‌باشد که با توجه به کمبود امکانات درمانی و پیچیده و چندبعدی بودن عوارض ناشی از جنگ، آیا می‌توان مداخله‌ای را شناسایی کرد که بتواند بر روی هر دو متغیر افسردگی و رضایتمندی زناشویی مؤثر باشد. افسردگی، رنج و ناراحتی بسیاری بر بیمار تحمیل می‌کند و سلامت عمومی فرد را به خطر می‌اندازد. اختلال در روابط بین فردی، اختلال در روابط زوج، طلاق، مشکلات بسیار در روابط فرزندان، مشکلات واضح جسمی و اختلال در عملکرد شغلی از واضح‌ترین این پیامدها می‌باشند (ویتچن^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۰، ص ۳۲۱). مطالعات بسیاری نشان می‌دهند که اثرات جنگ تا عمق خانواده‌ها و

افزایش می‌دهد و مشکلات زوج نیز باعث افزایش افسردگی می‌شود (اسپانجنبرگ^۱ و ترون^۲، ۱۹۹۹، ص ۲۶۱؛ بگول^۳، ۲۰۰۵؛ ویسمن^۴ و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۸۳۳). بگول (۲۰۰۵)، هالیجین و لاجوی (۱۹۹۱)، مید^۵ (۲۰۰۷) و اشمالینک^۶ و جکوبسن (۱۹۹۰) نشان دادند دادند که یک رابطه ی دوطرفه بین افسردگی هر یک از زوجین و ناسازگاری زناشویی وجود دارد. همسر افسرده میل بسیار کمی به برقراری ارتباط با افراد دیگر و همسر خود دارد، بنابراین موجب می‌شود که همسر غیر افسرده احساس انزوا و گوشه‌گیری کند.

در زمینه ی اختلال افسردگی، یکی از جامع‌ترین و کاربردی‌ترین نظریه‌ها در مورد درمان افسردگی نظریه ی شناخت‌درمانی^۷ است، که نخستین بار در سال ۱۹۶۷ توسط توسط بک^۸ و همکاران ارائه شد. بر اساس این مدل شناخت‌های ناسازگارانه، عامل اصلی در ایجاد و حفظ فرایند افسردگی می‌باشند. این نظریه، حمایت‌های تجربی زیادی را کسب کرده است و پژوهش‌های بسیاری حاکی از مؤثر و کارآمد بودن روش درمانی برخاسته از آن است. پژوهش‌های بسیاری اثربخشی، کارایی و مقرون به‌صرفه بودن این رویکرد را در درمان بسیاری از اختلالات نشان داده‌اند (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ کندال^۹ و چمبلس^{۱۰}، ۱۹۹۸؛ کلارک^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۹، ص ۲۷۲؛ اوئی و دینگل، ۲۰۰۸، ص ۶).

1. Spangenberg
2. Theron
3. Bagwell
4. Whisman
5. Mead
6. Schmalig
7. Cognitive therapy theory
8. Beck
9. Kendall
10. Chambless
11. Clark

12. Cognitive behavior couple therapy (CBCT)

13. Dattilio

14. Wittchen

۱. زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی مؤثر است.
۲. گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی مؤثر است.
۳. گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی مؤثر است.
۴. زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی مؤثر است.
۵. میزان اثربخشی زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش افسردگی متفاوت است.

روش تحقیق

باتوجه به هدف پژوهش حاضر، که مقایسه ی اثربخشی زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه- درمانی شناختی- رفتاری بر میزان رضایت زناشویی و افسردگی جانبازان^۵ می باشد، واحد تحلیل زوج است. پژوهش دارای طرح نیمه آزمایشی^۶ پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه لیست انتظار است. دیاگرام طرح پژوهش حاضر به قرار زیر است:

T ₁	A	T ₂
T ₁	B	T ₂
T ₁	-	T ₂

مراقبت کنندگان^۱ آن ها نیز نفوذ پیدا می کند؛ این افراد قربانیان ثانویه^۲ نام دارند. قربانیان ثانویه کسانی هستند که در شبکه ی اجتماعی فرد آسیب دیده قرار می گیرند. این افراد می توانند یکی از اعضای خانواده، همسر، فرزندان، دوستان، همکاران و حتی درمانگران آنان باشند. به طور کلی بازماندگان آسیب، به واسطه ی تخریب در کارکرد بین فردی شان (که از عواقب ضربه روانی و خلق پایین است) مشکلات بسیاری در روابط شخصی خود دارند. بنابراین خانواده ی جنگ زده ها به دلیل مسایل همسرشان، مشکلات بسیاری از قبیل سازگاری ارتباطی و اجتماعی پایین، ابراز احساس و صمیمیت ضعیف، آشفتگی و خشونت فیزیکی بالا را در ارتباط زناشویی خود تجربه می کنند. تحقیق حاضر برای پاسخگویی به این سؤال طراحی شده است که آیا روش زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری^۳ و روش گروه درمانی شناختی- رفتاری^۴ بر روی هر دو متغیر، رضایتمندی زناشویی و افسردگی، متفاوت عمل می کنند؟ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه ی اثربندی این دو نوع مداخله است. در این راستا، فرضیه های زیر مورد آزمون قرار گرفته اند:

1. Caregivers
 2. Secondary victims
 3. Group Cognitive behavior couple therapy (GCBCT)
 4. Group cognitive behavior therapy (GCBT)

5. Combat veterans
 6. Quasi experimental

جامعه، نمونه پژوهش و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ی جانبازان ۲۵ درصد و بالاتر مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بنیاد شهید تنکابن در سال ۸۹-۱۳۸۸ است. بدین منظور ۸۱ جانباز به همراه همسران شان با روش نمونه‌گیری در دسترس به کمک ابزارهای پژوهش، مصاحبه بالینی ساختار یافته و داشتن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال افسردگی یا دیستایمی و همچنین کسب نمره‌ی برش در پرسشنامه‌های انریچ^۱ ۱۱۵ سؤالی (نمره‌ی معادل یا زیر ۲۰۴) و بک (نمره‌ی معادل یا بالاتر از ۱۷) و رعایت ملاک‌های ورود (جانباز ۲۵ درصد و بالاتر، دارای درجه تحصیلات دیپلم و بالاتر، آگاهی از بیماری و مشکلات خود) بررسی شدند و سپس ۳۲ زوج ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند که ۸ زوج در درمان حضور پیدا نکردند و در نهایت ۲۴ جانباز به همراه همسران شان به عنوان نمونه ی پژوهش انتخاب شدند و به‌صورت جایگزینی کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه لیست انتظار (هر گروه ۸ زوج) قرار گرفتند. آن‌گاه روش زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری (GCBCT) بر روی گروه آزمایشی یک و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری (GCBT) بر روی گروه آزمایشی دو اجرا شد. در این زمان هیچ‌گونه مداخله‌ای بر روی گروه لیست انتظار انجام نشد.

ابزار پژوهش

شرکت‌کنندگان در پژوهش به همراه همسرانشان به کمک پرسشنامه ی رضایت‌زناشویی انریچ^۱ (۱۱۵) سؤالی، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته^۲ (SCID) و پرسشنامه ی افسردگی بک^۳ (ویرایش دوم) بررسی شدند.

پرسشنامه ی رضایت‌زناشویی در سال ۱۹۸۲ توسط اولسون و همکاران ساخته شد. این پرسشنامه در ابتدا برای توصیف پویایی‌های زناشویی و همچنین به‌عنوان ابزار تشخیصی برای زوج‌هایی که جویای مشاوره ی ازدواج بودند مورد استفاده قرار گرفت (اولسون و همکاران، ۱۹۸۲، به نقل از نیک‌پرور، ۱۳۸۸، ص ۵۷). پس از آن به منظور ارزیابی و شناسایی زمینه‌های قوت و پربارسازی رابطه ی زناشویی مورد استفاده قرار گرفت (فاورز و اولسون، ۱۹۸۹، به نقل از نیک‌پرور، ۱۳۸۸، ص ۵۹). این پرسشنامه از ۱۲ خرده مقیاس (تحریف‌آرمانی، رضایت-زناشویی، زمینه‌های شخصیت، ارتباط، حل تعارض، مدیریت اقتصادی، فعالیت‌های تفریحی، روابط جنسی، فرزندان و ازدواج، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوی، جهت‌گیری مذهبی) تشکیل شده است. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه از نوع لیکرت (۵ درجه‌ای) است. نمره‌ها بین ۱ (کاملاً مخالفم) و ۵ (کاملاً موافقم) قرار دارند. برخی سؤالات نمره‌گذاری معکوس دارند. در این پژوهش نمره ی برش ۲۰۴ در نظر گرفته شد. محقق جهت تعیین نقطه ی برش، میانگین و انحراف‌معیار رضایت‌مندی زناشویی ۸۱ زوج (۱۶۲ نفر) مراجعه‌کننده جهت شرکت در پژوهش را به دست آورد و یک انحراف‌معیار (۵۰) پایین میانگین (۲۵۴) را به‌عنوان نقطه برش تعیین کرد. در این پژوهش نمره ۲۰۴ و پایین‌تر به معنای نارضایتی زناشویی است. کسب نمره ی میانگین و بالاتر به معنای رضایت‌زناشویی است. پرسشنامه ی انریچ در مطالعات گوناگون داخل و خارج از ایران روایی و پایایی بالایی را نشان داده است. " اولسون و همکاران (۱۹۸۲) در آزمون- آزمون مجدد ۰/۸۷، مهدویان (۱۳۷۶) در آزمون- آزمون مجدد ۰/۹۴" (به نقل از نیک‌پرور، ۱۳۸۸). نیک‌پرور و همکاران (۱۳۸۸) نیز روایی این

1. Enrich

2. Structured clinical inventory for DSM-IV (SCID)

3. Beck Depression Inventory-II (BD-II)

پرسشنامه را بر روی نمونه ۸۰ نفری مورد بررسی قرار دادند که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ گزارش شده است.

مصاحبه ی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات روانی بر مبنای چهارمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی توسط فرست^۱ و همکاران در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است. مصاحبه ی بالینی با ساختار یک ابزار شفاهی نیمه ساختار یافته بود و دارای دو فرم پژوهشی و بالینی است. در این پژوهش از فرم بالینی آن استفاده شد. این ابزار به شکلی ساخته شده است که پژوهشگر می تواند قسمت هایی از آن را که به پژوهش مربوط نمی شود، حذف کند. از آنجا که SCID یک ابزار نیمه ساخت یافته است بر مبنای قضاوت بالینی کسی که آن را اجرا می نماید پیش می رود (فرست و همکاران، ۱۹۹۷، ترجمه، شریفی و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۸). مشخصات هنجاری این ابزار برای جمعیت ایرانی توسط بختیاری (۱۳۷۹) بررسی شد و ضریب پایایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش شده است. در این پژوهش از SCID برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی یا دیستایمی و رد اختلالات روانی دیگر که شامل ملاک های حذفی پژوهش بودند استفاده شد.

پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI-II) برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۷۸ تدوین شده بود. این پرسشنامه توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) به نقل از فتی (۱۳۸۲) مورد تجدید نظر قرار گرفت. ویرایش دوم این پرسشنامه تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه ی شناختی افسردگی را در برگرفته است و بیش از نسخه قبلی با DSM-IV همخوانی دارد. این پرسشنامه مانند ویرایش قبلی برای افراد ۱۳ سال به بالا قابل استفاده بود و از ۲۱ ماده تشکیل شده است. هر ماده به یکی از علائم

افسردگی مربوط بود و شامل چهار گزینه بر اساس شدت آن علامت می باشد. نمره ی هر ماده بین صفر تا سه و نمره ی کل پرسشنامه بین صفر تا شصت و سه قرار می گیرد. در ویرایش دوم این پرسشنامه چهار ماده تغییر کرده اند. نقاط برشی که برای درجات مختلف شدت افسردگی پیشنهاد شده است عبارتند از: افسردگی جزئی، نمره ۱۳-۰؛ افسردگی خفیف، نمره ۱۹-۱۴؛ افسردگی متوسط، نمره ۲۸-۲۰؛ افسردگی شدید، نمره ۶۳-۲۹. از آنجا که پرسشنامه ی افسردگی بک (ویرایش دوم) یک تست تشخیصی نمی باشد، لذا هیچ نقطه ی برشی را برای تشخیص افسردگی ارایه نمی کند. روایی^۲، پایایی^۳ و ساخت عاملی این پرسشنامه در حد مطلوبی بود و جانشین خوبی برای نسخه ی اول پرسشنامه ی افسردگی بک محسوب می شود (بک و همکاران، ۱۹۹۶). مشخصات روان سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح بوده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴، همبستگی آن با پرسشنامه ی افسردگی بک ویرایش اول (بک و همکاران، ۱۹۹۶) ۰/۹۳ بود (به نقل از فتی، ۱۳۸۲، ص ۶۳). در این پژوهش، این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش پس از انجام مصاحبه ی بالینی ساختار یافته، نمره ی برش جهت گزینش آزمودنی ها نمره ۱۷ در نظر گرفته شد.

شیوه ی اجرا

افراد پس از انجام مصاحبه ی تشخیصی ساختاریافته و دریافت تشخیص افسردگی "افسردگی اساسی یا دیستایمی" و احراز نمرات برش در پرسشنامه های پیش-

². Validity
³. Reliability

¹. First

رفتاری از تکنیک‌های فعال‌سازی رفتار^{۱۵}، ثبت خود^{۱۶}، برنامه‌ریزی فعالیت تسلط و لذت، حل مساله^{۱۷} و ... استفاده شد.

بدین ترتیب آزمودنی‌های گروه آزمایش (۱) به همراه همسران شان در ۱۵ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار در جلسات "زوج‌درمانی‌گروهی شناختی- رفتاری" شرکت کردند. آزمودنی‌های گروه آزمایش (۲) نیز به همراه همسران شان در ۱۶ جلسه، هر جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار در جلسات "گروه‌درمانی شناختی- رفتاری" شرکت نمودند.

برای بررسی داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، نمودارها و ...) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار استنباطی (مان کووا و آزمون تعقیبی ال‌ماتریکس) استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش با توجه به فرضیه‌ها در جداول زیر ارائه شده است:

آزمون "افسردگی بک و رضایتمندی زناشویی انریچ" و هم چنین احراز ملاک‌های ورود به پژوهش به عنوان شرکت‌کننده انتخاب شدند.

در اجرای روش‌های درمانی، برای روش زوج-درمانی‌گروهی شناختی- رفتاری کار بر روی رابطه ی زوج است و واحد تحلیل، زوج و رابطه ی آن‌ها است. در این مدل از پروتکل تدوین شده توسط رحمانی و همکاران (۱۳۸۹) استفاده شد که قسمت درمان رفتاری آن (مدیریت هیجان‌ها^۱، ارتباط مؤثر^۲، همدلی^۳ و درک‌دنیای همسر، مذاکره و حل اختلاف نظر^۴، حل مساله^۵ و روز ویژه^۶)، برگرفته از پروتکل تدوین شده توسط صادقی و همکاران (۱۳۸۹) می‌باشد و قسمت شناختی آن نیز کار بر روی انتظارات^۷، استانداردها^۸، فرض‌ها^۹ است که از فنون فنون شناختی و چالش با فکر استفاده شد.

اما در مدل گروه‌درمانی شناختی- رفتاری کار بر روی خود فرد است و مستقیماً بر روی شناخت‌ها و رفتارهای فرد تأکید می‌شود. در این روش از پروتکل تدوین شده توسط رحمانی و همکاران (۱۳۸۹) استفاده شد، که قسمت درمان شناختی آن (آموزش شناختن افکار اتوماتیک منفی^{۱۰} و جدول سه ستونه^{۱۱}، خطاهای شناختی^{۱۲} و کار بر روی باورهای بنیادین^{۱۳} و طرح‌واره-ها^{۱۴} با استفاده از فنون شناختی) برگرفته از پروتکل تدوین شده فری (۱۹۹۹) می‌باشد و در قسمت درمان

1. Anger & stress management

2. Communication

3. Empathy

4. Conflict resolution

5. Problem solving

6. Caring day

7. Expectation

8. Standards

9. Assumption

10. Negative automatic thought (NAT)

11. A B C

12. Cognitive distortion

13. Core beliefs

14. Schema

15. Activating scheduling

16. Self monitoring

17. Problem solving

جدول ۱. میانگین پیش آزمون و پس آزمون سه گروه در رضایتمندی زناشویی و افسردگی

گروه لیست انتظار	گروه آزمایشی (۲)		گروه آزمایشی (۱)		رضایتمندی زناشویی
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
پس آزمون	۱۸۸/۲۵	۱۸۹/۸۷	۱۹۰/۶۲	۲۷۷/۷۵	۱۸۵/۵۰
افسردگی	۳۰/۵۰	۳۲/۰۰	۳۵/۵۰	۲۱/۵۰	۳۲/۵۰

درمانی شناختی- رفتاری متفاوت است، درحالی که این میانگین ها در پیش آزمون و پس آزمون گروه لیست انتظار تفاوت معناداری ندارد.

فرضیه ی اول: زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی مؤثر است.

جدول شماره ۱ نتایج میانگین سه گروه در پیش- آزمون- پس آزمون دو متغیر رضایتمندی زناشویی و افسردگی نمایش داده شده است. از جدول فوق می توان دریافت که میانگین هر یک از متغیرهای وابسته یعنی رضایت زناشویی و افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و گروه-

جدول شماره ی ۲. میانگین تعدیل یافته، انحراف استاندارد و نتایج کوواریانس متغیر وابسته رضایتمندی زناشویی

کوواریانس			گروه لیست انتظار		گروه GCBCT		متغیر
Eta	P	F _{۲و۱۵}	SD	M	SD	M	
۰/۹۶۸	۰/۰۰۱	۲۲۳/۳۱۴	۳/۱۷۵	۱۸۶/۸۹۴	۳/۳۰۲	۲۸۳/۳۸	رضایت زناشویی

میانگین های تعدیل یافته به نفع زوج درمانی گروهی- شناختی- رفتاری است. (Eta = ۰/۹۶۸, P = ۰/۰۰۱, F_{۲و۱۵} = ۲۲۳/۳۱۴).

فرضیه ی دوم: گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی مؤثر است.

همان طور که از نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۲ مشاهده می کنیم بین میانگین های تعدیل شده ی گروه آزمایشی زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه لیست انتظار در افزایش رضایتمندی زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت با توجه به

جدول شماره ی ۳. میانگین تعدیل یافته، انحراف استاندارد و نتایج کوواریانس متغیر وابسته رضایتمندی زناشویی

کوواریانس			گروه لیست انتظار		گروه GCBT		متغیر
Eta	P	F _{۲و۱۵}	SD	M	SD	M	
۰/۹۶۸	۰/۰۰۱	۲۲۳/۳۱۴	۳/۱۷۵	۱۸۶/۸۹۴	۴/۰۰۱	۲۴۱/۲۲	رضایتمندی زناشویی

تعدیل یافته به نفع گروه درمانی شناختی- رفتاری است. (Eta = ۰/۹۶۸, P = ۰/۰۰۱, F_{۲و۱۵} = ۲۲۳/۳۱۴).

فرضیه ی سوم: گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی مؤثر است.

همان طور که از نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۳ مشاهده می کنیم بین میانگین های تعدیل شده ی گروه آزمایشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و گروه لیست انتظار در افزایش رضایتمندی زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت با توجه به میانگین های

جدول شماره ۴. میانگین تعدیل یافته، انحراف استاندارد و نتایج کوواریانس متغیرهای وابسته افسردگی در گروه‌درمانی شناختی

کوواریانس		گروه لیست انتظار		گروه GCBT		متغیر	افسردگی
Eta	P	F _{۲و۱۵}	SD	M	SD		
۰/۸۹۰	۰/۰۰۱	۶۰/۳۹۰	۰/۷۵۱	۳۱/۶۷	۰/۹۴۶	۲۰/۲۱	

همان‌طور که از نتایج کوواریانس در جدول شماره ۴ مشاهده می‌کنیم بین میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه لیست انتظار در کاهش افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت با توجه به میانگین تعدیل یافته به نفع گروه‌درمانی

شناختی- رفتاری قرار گرفته است. ($\text{Eta} = ۰/۸۹۰$) ،
 $(F_{۲و۱۵}=۶۰/۳۹۰, P = ۰/۰۰۱)$.
فرضیه ی چهارم: زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی مؤثر است.

جدول شماره ۵. میانگین تعدیل یافته، انحراف استاندارد و نتایج کوواریانس متغیر وابسته افسردگی در زوج‌درمانی

کوواریانس		گروه لیست انتظار		گروه GCBCT		متغیر	افسردگی
Eta	P	F _{۲و۱۵}	SD	M	SD		
۰/۸۹۰	۰/۰۰۱	۶۰/۳۹۰	۰/۷۵۱	۳۱/۶۷	۰/۷۸۱	۲۱/۸۳	

همان‌طور که از نتایج کوواریانس در جدول شماره ۵ مشاهده می‌کنیم بین میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایشی زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه لیست انتظار در کاهش افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت با توجه به میانگین تعدیل یافته به نفع زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری است ($\text{Eta} = ۰/۸۹۰$) ،
 $(F_{۲و۱۵}=۶۰/۳۹۰, P = ۰/۰۰۱)$ ،
فرضیه ی پنجم: میزان اثربخشی زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش افسردگی متفاوت است.

جدول شماره ۶. تحلیل کوواریانس چند متغیری نسبت F برای اندازه‌گیری متغیر ترکیبی رضایتمندی زناشویی و افسردگی

Eta	سطح معناداری	F (۴ و ۲۸)	ارزش	منبع
۰/۸۹۹	۰/۰۰۱	۶۲/۴۶۴	۰/۰۱۰	متغیر ترکیبی (رضایتمندی زناشویی و افسردگی)

توجه: نسبت‌های F چند متغیری از تقریب ویکلز لامبدای به دست آمده است

داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد که زوج‌درمانی گروه درمانی شناختی رفتاری و گروه درمانی شناختی رفتاری بر متغیر ترکیبی رضایتمندی زناشویی و افسردگی مؤثر است ($F= ۶۲/۴۶۴, P= ۰/۰۰۱$).

جدول شماره ۷. نتایج آزمون تعقیبی بین متغیرهای رضایتمندی زناشویی و افسردگی در گروه‌های GCBT و GCBCT و لیست انتظار

افسردگی		رضایتمندی زناشویی		گروه‌ها
P	DM	P	DM	
۰/۰۵۷	۱/۵۵	۰/۰۰۱	۴۲/۸۰۶	GCBT با GCBCT
۰/۰۰۱	۹/۳۹	۰/۰۰۱	۹۴/۳۸	GCBCT با گروه‌گواه
۰/۰۰۱	۱۱/۹۸	۰/۰۰۱	۵۶/۴۰	GCBT با گروه‌گواه

نتایج آزمون‌های تعقیبی جدول شماره ۷ نشان می‌دهد بین دو گروه تحت درمان با روش‌های زوج‌درمانی شناختی- رفتاری گروهی و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری در متغیر رضایتمندی زناشویی تفاوت معنادار به نفع گروه زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری وجود دارد. اما این تفاوت در متغیر افسردگی معنادار نیست، یعنی اثربخشی دو روش درمانی در متغیر افسردگی تقریباً یکسان است، به عبارت دیگر زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری در این پژوهش توانسته اثری همانند گروه‌درمانی شناختی- رفتاری که یک درمان اختصاصی برای درمان افسردگی است، داشته باشد. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های تعدیل یافته ی گروه لیست انتظار و گروه‌هایی که از روش درمانی استفاده کرده‌اند در هر دو متغیر رضایتمندی زناشویی و افسردگی معنادار است. این تفاوت به نفع گروه‌های تحت درمان است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور مقایسه ی اثربخشی دو روش زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر روی دو متغیر رضایتمندی زناشویی و افسردگی صورت گرفته است. یافته‌های این پژوهش با مبانی نظری زوج‌درمانی شناختی- رفتاری و درمان- شناختی- رفتاری هماهنگی دارد. همان‌طوری که می‌دانیم در فرضیه ی اول " زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی مؤثر است " زوج‌های دارای مشکل، دچار نقص در مهارت‌های ارتباطی، حل- مساله و ناتوانی در واری و تغییر شناخت‌های ناکارآمد خویش هستند. تداوم مشکل از طریق تأییدشدن شناخت- های ناکارآمد، تقلید، شرطی‌سازی کلاسیک و ترکیب همه ی این‌ها اتفاق می‌افتد و در نتیجه رضایتمندی زناشویی

کاهش می‌یابد (بوکام و همکاران، ۱۹۸۹، ص ۳۸؛ گارمن، ۲۰۰۸، ص ۹۳؛ دبسن، ۲۰۱۰، ص ۱۲۱). بنابراین در این پژوهش، سه اصل تغییر شناخت‌های ناکارآمد، شکل‌دهی و تقویت رفتارهای سالم‌تر به زوجین آموزش داده شد، تقویت رفتارهای سالم، جانشین تنبیه شد و رفتارهای ناسالم از طریق خاموشی کاهش داده‌شد، لذا افزایش رضایت زناشویی قابل انتظار بود. به دنبال فرایندی که توضیح داده شد پس از فرمول‌بندی در سطح اختلال، از دو دسته تکنیک‌های رفتاری و شناختی استفاده شد. با توجه به مشاهدات محقق در این پژوهش، به نظر می‌رسد زوجینی که از تعارضات بیشتر رنج می‌بردند ابتدا به درمان‌های رفتاری بهتر پاسخ دادند. شاید این امر نشان- دهنده ی این باشد که وقتی زوج در روابط خود هیجانات شدیدی تجربه می‌کنند، نه تنها قادر نیستند خوب فکر کنند و دنیای هم‌دیگر را درک کنند (اپستین و بوکام، ۲۰۰۲، صص ۱۳۲-۱۴۴)، بلکه هر کدام از آنان خود را در این رابطه بازنده می‌دانند. بنابراین تمام تلاش خود را برای رسیدن به هدف خود، بدون در نظر گرفتن رابطه به‌کار می‌گیرند و این شرایط برای همسر وی نیز تکرار می‌شود. در این شرایط نمی‌توان در ابتدا از فنون شناختی استفاده کرد زیرا زوج خیلی قادر به فکر کردن درباره ی روابطشان نیستند. در جلسات درمان این موضوع به وضوح دیده شد که وقتی آنان توانستند هیجانات خود را مدیریت کنند، توان گفتگو و ارتباط خود را بالا ببرند، درباره ی اختلافات به هم گوش کنند و نهایتاً از تکنیک- های حل‌مساله استفاده کنند، روابط خود را باثبات‌تر تجربه کردند. اما اگر بر روی شناخت‌ها درمان صورت نگیرد، فراوانی بازگشت^۱ زوج به شرایط متعارض بالا می- می‌رود که علت اصلی آن عدم درمان ملاک‌ها و

^۱. Relapse

پژوهش حاضر نیز هنگامی که علایم افسردگی را با روش گروه‌درمانی شناختی- رفتاری کاهش یافت، رضایتمندی زناشویی نیز افزایش پیدا کرد. از سوی دیگر شاید وقتی فرد افسرده یاد می‌گیرد که افکار افسردگی‌زای خود را به چالش بکشد و رفتارهای خود را تغییر دهد، احتمالاً می‌تواند این فنون را برای تغییر شناخت‌ها و رفتارهای مربوط به رابطه نیز به‌کار ببرد، هرچند در جلسات درمان مستقیماً روی آنها کار نشده‌است. پژوهش‌های (مندلویز و استین، ۲۰۰۰؛ کندال و چمپلس، ۱۹۹۸؛ مورنو و همکاران، ۱۹۸۶؛ کتیایی و همکاران، ۱۳۷۹) در تأیید فرضیه‌ی فوق با پژوهش حاضر همسو هستند. در فرضیه‌ی سوم "گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی مؤثر است" برای شکل‌گیری افسردگی در رویکرد شناختی- رفتاری در ابتدا تجارب اولیه‌ی فرد مهم‌اند. در صورتی که این تجارب همراه با آسیب‌های روانی جدی باشند، منجر به شکل‌گیری طرح‌واره‌ها و باورهای بنیادین می‌شوند، به‌دنبال آن قواعد و فرضیه‌های ناکارآمد برای پوشش دادن باورهای بنیادین و طرح‌واره‌ها شکل می‌گیرند. مشکل هنگامی لمس می‌شود که در زندگی فرد رویدادهای مهمی اتفاق افتد طوری که دیگر سبک زندگی گذشته برایش کارآیی نداشته باشد. در این شرایط فرض‌های ناکارآمد فعال شده، افکارخودآیند منفی و خطاهای شناختی را منجر می‌شوند. پس از آن، فرد دچار نشانه‌های جسمی، شناختی، عاطفی، انگیزشی و رفتاری افسردگی می‌شود (بک و همکاران، ۱۹۷۹ و کلارک و همکاران، ۱۹۹۹). بک معتقد بود در فرایند درمان شناختی- رفتاری با استفاده از فنون شناختی و رفتاری به‌طور کلی سه نوع تغییر اساسی اتفاق می‌افتد که عبارتند از: تغییر از افکار خودآیند منفی به افکارسنجیده- ای که با واقعیت عینی سازگارتر هستند، کاهش تحریف-

استانداردها، فرض‌ها، اسنادها و دیگر مؤلفه‌های شناختی زوج می‌باشد. پژوهش‌های (اپستین و بوکام، ۲۰۰۲؛ جکوبسن و همکاران، ۱۹۹۱؛ داتیلیو، ۲۰۱۰؛ دابسون، ۲۰۱۰؛ بوکام و همکاران، ۱۹۸۹؛ بگول، ۲۰۰۵؛ صادقی و همکاران، ۱۳۸۹) نیز در تأیید فرضیه‌ی فوق با پژوهش حاضر همسو هستند. در فرضیه‌ی دوم "گروه‌درمانی- شناختی- رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی مؤثر است" هنگامی که یکی از زوج‌ها یا هر دو دچار خلق پایین و افسردگی هستند دارای علایمی می‌شوند که آن‌ها را از لحاظ ارتباطی دچار مشکل می‌کند. بک و همکاران (۱۹۷۹) معتقد بودند شناخت‌های منفی بخش درونی اختلال افسردگی هستند. بر اساس نظریه‌ی شناختی، ارزیابی و قضاوت بیماران افسرده در مورد خودشان، دنیای اطراف و آینده منفی است. این خصوصیت "مثبت شناختی منفی" نامیده می‌شود. اساس نظری درمان- شناختی- رفتاری، رابطه‌ی بین افکار (شناخت)، اعمال و خلق فرد است. افرادی که افسرده هستند معمولاً افکار منفی، تنهایی، کاهش فعالیت‌های لذت‌بخش و مشکل در روابط بین فردی را تجربه می‌کنند. بنابراین هنگامی که یکی از زوجین دچار افسردگی می‌شود با توجه به مبانی نظری مطرح شده‌ی شناخت‌ها، احساسات و رفتارهای منفی، رابطه‌ی وی با همسرش نیز را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. این سیکل معیوب در زوج مقابل نیز تکرار می‌شود و در نتیجه رابطه‌ی زوج نیز مانند سایر حیطه‌ها تحت تأثیر افکار، احساسات و رفتارهای منفی قرار می‌گیرد. بنابراین در صورتی که گروه‌درمانی شناختی- رفتاری علایم افسردگی را در فرد کنترل کند و نگرش منفی او درباره‌ی خود، دنیای اطراف (دیگران) و آینده را تغییر دهد می‌تواند تعارضات زوج را کاهش دهد و روابط آن‌ها را بهبود بخشد (هالیجین و لاجوی، ۱۹۹۱). بنابراین در

رفتارهای آنان را نیز تحت الشعاع قرار می‌دهد. بنابراین رفتارهای فرد، افکار همسر خود را فعال می‌کند که در شرایط بحرانی، هجومی از افکار خودآیند منفی را به همراه خطاهای شناختی در پی خواهد داشت و طرحواره‌های ناسازگار را فعال خواهد کرد. به دنبال آن احساسات منفی همسر منجر به رفتارهای منفی و همراه با آسیب او خواهد شد. این سیکل مجدداً در زوج مقابل تکرار می‌شود (اپستین و بوکام، ۲۰۰۲؛ بوکام و همکاران، ۱۹۸۹). به-تدریج این مشکلات، زوج را به اجتناب در روابط و سایر علائم افسردگی خواهد کشاند. در واقع این یک نوع افسردگی ثانویه است، افسردگی که ناشی از تعارضات در روابط زوج شکل گرفته است. پژوهش‌های (جکوبسن و همکاران، ۱۹۹۱؛ یون و زینبارگ، ۲۰۰۷؛ ویسمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ هالیجین و لاجوی، ۱۹۹۱؛ داتیلیو، ۲۰۱۰؛ دبسون، ۲۰۱۰؛ بوکام و همکاران، ۱۹۸۹) در تأیید فرضیه ی فوق با پژوهش حاضر همسو هستند. در فرضیه ی پنجم "میزان اثربخشی زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش افسردگی متفاوت است" بین دو گروه تحت درمان با روش‌های زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری در متغیر رضایتمندی زناشویی تفاوت معنادار به نفع گروه زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری وجود دارد. در روش زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری به زوج مهارت‌های ارتباطی از جمله مهارت مذاکره، حل اختلاف‌نظر و حل مسأله آموزش داده می‌شود. این مهارت‌ها به زوج کمک می‌کنند تا در مواجهه با مسایل و مشکلات خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، شغلی و ... که جزو مسایل روزمره می‌باشند، بهتر ارتباط برقرار کنند و این منجر به افزایش رضایت زناشویی می‌گردد. هم‌چنین در قسمت شناختی

های شناختی یا خطاهای منطقی، تعدیل در ساختارهای شناختی دایمی‌تر یعنی طرح‌واره‌ها. این تغییرات در محتوای فکر مراجع و در رابطه با خود، دنیا و آینده ی وی صورت می‌گیرد (بک و همکاران، ۱۹۷۹، ص ۳۵). در این پژوهش نیز تغییر در میزان افسردگی به دنبال درمان شناختی رفتاری، می‌تواند با توجه به فنون رفتاری و شناختی بکار گرفته شده در درمان تبیین شود. در واقع مداخله ی شناختی- رفتاری توانسته با تغییر شناخت‌ها و الگوهای رفتاری افراد افسرده، میزان افسردگی را در آنها کاهش دهد. مداخله ی به‌کار رفته در پژوهش حاضر نیز مانند سایر مداخلات شناختی- رفتاری، ابتدا با فنون رفتاری شروع شد. پس از این که ثبت فعالیت‌های روزانه، ثبت فعالیت تسلط و لذت و فعال‌سازی رفتاری صورت گرفت کار بر روی تغییرات شناختی آغاز گردید. برای تغییرات شناختی، به شناسایی افکار خودآیند منفی و سپس خطاهای شناختی پرداخته‌شد. در ادامه، کار بر روی شناخت‌های منفی با استفاده از فنون شناختی صورت گرفت. پژوهش‌های (اویی و دینگل، ۲۰۰۸، ص ۶؛ بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ کانو و ویویان، ۲۰۰۱؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۹؛ اسپانچنیرگ و ترون، ۱۹۹۹؛ ویتچن و همکاران، ۲۰۰۰؛ مونرو و همکاران، ۱۹۸۶) در تأیید فرضیه ی فوق با پژوهش حاضر همسو هستند. در فرضیه ی چهارم " زوج‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی مؤثر است " امروزه زوج‌درمانی کاربرد وسیعی حتی در مورد اختلالاتی که نشانه‌شناسی فردی دارند از قبیل افسردگی، اختلالات اضطرابی و بیماری‌های مزمن پیدا کرده است (جانسن، ۲۰۰۴؛ ویسمن و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع هنگامی که شناخت‌های زوج دچار تحریف می‌شوند نگرش زوج‌ها را نسبت به هم دچار خطا و آسیب می‌کند و به تبع آن احساسات و

می‌تواند بر رابطه ی زوج تأثیرگذار باشد. لذا زوج‌درمانی هرچند نتوانسته دلایل اولیه را تغییر دهد، ولی با کاهش آشفتگی روابط زوج و افزایش رضایت‌زناشویی بخشی از استرس و مشکلات افراد را کاهش داد و از این طریق بر افسردگی مؤثر بوده‌است. به عبارت دیگر، روش زوج-درمانی‌شناختی- رفتاری با مداخله بر رابطه ی زوج و با بالابردن توان گفتگو، همدلی و درک دنیای همسر و اصلاح نگرش‌های منفی زوج توانست قسمتی از مسایل و مشکلات جانبازان که منجر به افسردگی آنان شود را کاهش دهد. از طرف دیگر اگر قدرت آزمون ما با افزایش تعداد افراد نمونه، بالا می‌رفت، ممکن بود این تفاوت در اثربخشی زوج‌درمانی‌گروهی‌شناختی- رفتاری و گروه-درمانی‌شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی به نفع گروه درمانی‌شناختی- رفتاری معنادار می‌شد. لذا عدم تفاوت در اثربخشی درمان در دو گروه می‌تواند صرفاً ناشی از تعداد کم اعضای گروه نمونه هم باشد. با توجه به نتایج این پژوهش، چون زوج‌درمانی هم بر "روابط" زوج اثرگذار است و هم "اختلالات خلقی" جانباز را کنترل می‌کند و جانبازان به حمایت خانواده به خصوص همسر نیاز دارند برگزاری جلسات زوج‌درمانی‌شناختی- رفتاری در مراکز مشاوره ی بنیاد پیشنهاد می‌شود و در صورتی که همسر بیمار به روان‌شناس بالینی یا مشاور مراجعه نمی‌کند، اجرای درمان شناختی- رفتاری می‌تواند مشکلات زوج را کاهش دهد.

منابع

- امیری، ماندانا؛ بردبار، سعیده و کاتب، زهرا. (۱۳۸۴). مقایسه وضعیت روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی. *مجله روان‌شناسی* ۳۳. سال ۹. شماره ۱. بهار. صفحات: ۳۳-۲۲.

زوج درمانی، افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و طرح‌واره‌هایی مورد بررسی قرار می‌گیرند که به روابط زوج معنا می‌دهند. درحالی‌که در گروه‌درمانی‌شناختی- رفتاری نه تنها بر روی رابطه ی زوج مداخله‌ای صورت نمی‌گیرد، بلکه این مهارت‌ها نیز آموزش مستقیم داده نمی‌شود و صرفاً بر روی شناخت‌ها، احساسات و رفتارهای فرد بیمار مداخله صورت می‌گیرد. در این روش بر روی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و طرح‌واره‌هایی کار می‌شود که در ارتباط با خود، آینده و دیگران شکل گرفته‌اند. بنابراین به نظر می‌رسد بنا به دلایل ذکر شده روش گروه‌درمانی‌شناختی- رفتاری نتوانسته است به اندازه ی روش زوج درمانی‌گروهی‌شناختی- رفتاری در افزایش رضایت‌زناشویی موفق باشد.

تفاوت دو گروه در کاهش میزان افسردگی معنادار نیست، یعنی اثر بخشی دو روش درمانی در متغیر افسردگی تقریباً یکسان است، به عبارت‌دیگر زوج درمانی-گروهی‌شناختی- رفتاری در این پژوهش توانسته اثری همانند گروه‌درمانی‌شناختی- رفتاری که یک درمان اختصاصی برای درمان افسردگی است، داشته باشد. این نتیجه تبیین‌های مختلفی دارد. یکی این‌که شاید در گروهی که زوج‌درمانی اجرا می‌شد افسردگی نسبت به مشکلات زوج ثانویه بوده است. به عبارت‌دیگر افسردگی زوج ناشی از تعارضات در روابط آنها باشد. بنابراین هنگامی‌که زوج‌درمانی توانست مشکلات زوج را کاهش دهد، علایم افسردگی زوج کاهش یافته است. هرچند در گروه تحت مطالعه پژوهش حاضر، این امر که افسردگی، ثانویه به تعارضات زوج باشد بررسی نشد و دلایل دیگری نیز مانند تجربه جنگ، بیماری‌های جسمانی، معلولیت‌ها و... برای ایجاد افسردگی افراد تحت مطالعه مطرح می‌شود ولی باید در نظر گرفت که همین موارد نیز

هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. رساله دکترای روان‌شناسی بالینی. چاپ نشده. انستیتوی روان‌پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران. ایران.

- فرست، مایکل؛ اسپیتزر، رابرت؛ گیبون، میریام و ویلیامز، جنت. (۱۹۹۷). *مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV نسخه بالینی*. ترجمه ونداد شریفی؛ سید محمد اسعدی؛ محمد رضا محمدی؛ همایون امینی؛ حسین کاویانی؛ یوسف سمنانی و امیر شعبانی. ۱۳۸۴. چاپ اول. تهران: مهر کاویان.

- فری، مایکل. (۱۹۹۹). *شناخت درمانی گروهی*. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام. ۱۳۸۴. چاپ اول. تهران: رشد.

- کنیبایی، ژیلا؛ منصور، محمود؛ دلاور، علی و آزاد، حسین. (۱۳۷۹). میزان اثربخشی روش مقابله با (تنیدگی) بر کاهش افسردگی جانبازان. *مجله روان‌شناسی* ۱۳. سال ۴. شماره ۱. بهار. صفحات: ۶۳-۴۶.

- مهدویان، فاطمه. (۱۳۷۶). *بررسی تأثیر آموزش و ارتباط بر رضایت مندی زناشویی و سلامت روانی*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

- وفایی، باقر و قادری، سلیم. (۱۳۸۳). فراوانی اختلالات روانی در جانبازان و مصدومین شیمیایی جنگ ایران و عراق. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران* سال ۶۲. شماره ۱۰. صفحات: ۸۶۳-۸۵۸.

- بختیاری، مریم. (۱۳۷۹). *بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن*. پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتوی روان‌پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران. ایران.

- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیص برای (SCID) DSM-IV. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*. سال ششم، شماره ۱ و ۲. ۲۲-۱۰.

- رحمانی، محمدعلی؛ شفیق‌آبادی، عبدالله و موتابی، فرشته. (۱۳۸۹). *پروتکل زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری*. دستورالعمل درمان چاپ نشده.

- رحمانی، محمدعلی؛ شفیق‌آبادی، عبدالله و موتابی، فرشته. (۱۳۸۹). *پروتکل گروه درمانی شناختی- رفتاری*. دستورالعمل درمان چاپ نشده.

- صادقی، منصوره‌السادات؛ مظاهری، محمدعلی و موتابی، فرشته. (۱۳۸۹). *الگوی تعاملی زناشویی در فرهنگ ایرانی و تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتن بر فرهنگ در بهبود الگوهای تعاملی زوجین ناسازگار*. رساله دکتری روان‌شناسی عمومی چاپ نشده. دانشگاه شهید بهشتی.

- فتی، لادن. (۱۳۸۲). *ساختارهای معناگذاری، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات*

- نیک‌پرور، فاطمه. (۱۳۸۸). *پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده خانواده درمانی. دانشگاه شهید بهشتی. پژوهشکده خانواده.

-Bagwell, Elizabeth K. (2005). *Factors Influencing Marital Satisfaction with a Specific Focus on Depression*. Eastern Michigan University, Honors Thesis.

-Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

-Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S., & Sher, T. G. (1989). The Role of Cognition in Marital Relationships:

- Clark, G. N., Rohde, P., Levinsohn, P. M., Hops, H., Seely, Y. R., (1999). Cognitive-Bhavioral Treatment of Adolescent Depression: Efficacy of Acute Group Treatment and Booster Sessions. *Journal of American Academy of Child & Adolesc Section. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-167.
- Long, N., Macdonald, C., & Chamberlain, K. (1996). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder, Depression and Anxiety in a Community Sample of New Zealand Vietnam War Veterans, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(2), 253-256.
- Mead, D. E. (2007). Marital Distress Co-occurring Depression and Marital Therapy: A Review. *Journal of Marital & Family Therapy*, 28(3), 299-314.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Monroe, Scott M., Bromet, Evelyn J., Connell, Melanie M., & Steiner, Stephen C. (1986). Social Support, Life Events, and Depressive Symptoms: A 1-Y Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 424-431.
- Oei, T. P. S., Dingle, G. (2008). *The Effectiveness of Group Cognitive Behavior Therapy for Unipolar Depression Disorders*. *Journal Affective Disorders*, (107), 1-3: 5-21.s
- Olson,D.H.:Mccubbin,H.I.:Barnes.H.L.: Larsen.A.S.&Wilson,M.A.(1989).*Families*. California: Sage Publication Inc.
- Renshaw, Keith D., Rodrigues, Camila S., & Jones, David H. (2008). Psychological Symptoms and Marital Satisfaction in Spouses of Operation Iraq Freedom Veterans: Relationships with Spouses "Perceptions of Veterans Definitional Methodological, Conceptual Issues. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, vol. 57, 31-43
- Cano, A. & Vivian, D. (2001). Life stressors and husband-to-wife violence. *Aggression and Violent Behavior*. 6 (5) 459-480.
- ent Psychiatry*, (38) 3: 272-279.
- Dobson, Keith S. (2010). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Third Edition, The Guilford Press.
- Dattilio, Frank M. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy With Couples and Families, A Comprehensive Guide for Clinicians*. The Guilford Press.
- Epstein, N., Baucom, D. (2002). *Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Couples: A Contextual Approach*. Washington us, APA 2002.
- Fennell, M. J. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (E ds). (1989). Depression in K. *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide* (pp. 169-234) Oxford: Oxford University Press.
- First, M; Spitzer,R; Williams, J.&Gibbon,M. (1996). Structured Clinical Interview ffor DSM-IV (SCID). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Halgin, R. & Lovejoy, D. (1991). *An Integrative Approach to Treating the Partner of a Depressed Person*. *Psychotherapy*, 28(2), 251-258
- Gurman, Alan S. (2008). *Clinical Handbook of Couple Therapy*. Fourth Edition, The Guilford Press.
- Jacobson, Neil S., Dobson, Keith., Fruzzetti, Alan E., Schmaling, Karen B. , & Salusky, Sheppard. (1991). Marital Therapy as a Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 547-557.
- Johnson, S., (2004). *Emotionally focused couple therapy: Creating connection*. New York: Brunner-Rutledge.
- Kendal, P. C. & Chambless, D. L. (1998). Empirically Supported Psychological Therapies: Special

"Experiences and Symptoms. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 586-594.

-Schmaling, Karen B., & Jacobson, Neil S. (1990). Marital Interaction and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 229-236.

-Spangenberg, J. & Theron, J. (1999). Stress and Coping Strategies in Spouses of Depressed Patients. *Journal of Psychology*, 133(3), 253-262.

-Sutker, P. B. Allein, A. N. Winstead, D. K. (1993). Psychopathology and Psychiatric Diagnosis of World War II Pacific Theater Prisoner of War Survivors and Combat Veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 150: 240-245.

-Toomey, R., Kang, R. T., Karlinsky, J., Baker, D. G., Vasterling, J. J., Alpern, R., Henderson, W. G., Murphy, F. M., & Eisen, S. A. (2007). Mental Health of US Gulf War Veterans 10 Years after the War. *The British Journals of Psychiatry*, 190: 385-393.

-Whisman, Mark A., Uebelacker, Lisa A., & Weinstock, Lauren M. (2004). Psychopathology and Marital Satisfaction: The Importance of Evaluating Both Partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 830-838.

-Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and Quality of Life in Pure and Comorbid Generalized Anxiety Disorders and Major Depression in a National Survey. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 319-328.

-Yoon, K. L., & Zinbarg, R. E. (2007). Generalized Anxiety Disorder and Entry into Marriage or a Marriage-Like Relationship. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(7), 955-965.

Quarterly Journal of Educational Psychology
Islamic Azad University Tonekabon Branch
Vol. 2, No. 2, summer 2011, No 6

The Comparison of the Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Couple's Therapy and Group Cognitive-Behavioral Therapy in Marital Satisfaction and Depression of Combat Veterans.

Rahmani. M Ali^{*1}, Shafiabadi. Abdullah², Mootabi. Fereshteh³, Kiamanesh. A Reza⁴

1) PhD. Counseling. Islamic Azad University Science and Research Branch, Tehran, Iran

2) Professor. Allame Tabataei University, Tehran, Iran

3) Assistant Professor. Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

4) Professor. Tarbiyat Moallem University, Tehran, Iran

*Corresponding author: alirahmani20@yahoo.com

Abstract

This study was conducted to compare the effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Couple's Therapy (GCBCT) and Group Cognitive-Behavioral Therapy (GCBT) in marital satisfaction and depression of combat veterans over 25%. It investigated 81 combat veterans and their wives who answered Enrich's marital satisfaction questionnaire (115 items), structured clinical interview for DSM-IV (SCID), and Beck depression Inventory (2nd edition). Afterwards, 24 combat veterans and their wives were selected and were randomly assigned into two experimental groups (each group 8 couples) as well as a control group. The treatment GCBCT was administered to the experimental group I, and the treatment GCBT was given the experimental group II, but the three groups were assessed again with Enrich's marital satisfaction questionnaire and Beck Depression Inventory-II. The results of the MANCOVA and post hoc /L MATRICS showed the significant difference between the experimental groups and the control group in the increase of martial satisfaction and the decrease of depression. There was, also, a significant difference between GCBCT group and GCBT group in martial satisfaction, but there were no significant differences between two groups in depression. It was concluded that both therapeutic methods were effective in the increase of martial satisfaction and in the decrease of depression. However, Group Cognitive-Behavioral Couple's Therapy was more effective in the increase of martial satisfaction than Group Cognitive-Behavioral Therapy; however, both methods decreased depression.

Key Words: Group Cognitive-Behavioral Couple's Therapy, Group Cognitive-Behavioral Therapy, Martial Satisfaction, Depression, Combat Veterans.
