

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی- رفتاری و شناختی- رفتاری- هیجانی بر سیر تغییر رضایت‌مندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان

رزیتا امانی^۱

استادیار مشاوره خانواده، دانشگاه بوعلی سینا

محمد رضا مجذوبی

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه رازی

پذیرش: ۹۲/۲/۱۸

دریافت: ۹۱/۱۰/۲۵

چکیده

هدف: طبق مدل افسردگی زناشویی بیچ، افسردگی زنان تا حد زیادی ناشی از نارضایتی زناشویی آنان است و به همین دلیل او زوج درمانی را برای بهبود افسردگی زنان مؤثر می‌داند. بنابراین هدف این مطالعه مقایسه‌ی اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری، و شناختی-رفتاری-هیجانی بر رضایت‌مندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان است.

روش: این مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و روش آماری آن تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دوگانه بود. نمونه‌ی مورد نظر از میان زوج‌هایی انتخاب شد که به مراکز مشاوره‌ی شهر همدان مراجعه کرده و تشخیص همزمان افسردگی زن و نارضایتی زناشویی گرفته بودند. ۶۷ زوج واجد شرایط شرکت در این مطالعه بودند که از میان آنها ۴۵ زوج انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه زوج‌درمانی قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه‌های

جمعیت‌شناختی، افسردگی بک، و رضایت‌مندی زناشویی انریچ بود. به منظور ثبت سیر تغییرات نمره‌های افسردگی و رضایت‌مندی زناشویی، زوجین پرسشنامه‌ها را در مرحله‌ی پیش‌آزمون، جلسه‌ی ششم، یازدهم، پانزدهم (پس‌آزمون)، یک ماه بعد (پیگیری اول) و سه ماه بعد (پیگیری دوم) کامل کردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دوگانه نشان داد که هر سه زوج درمانی در افزایش رضایت‌مندی زناشویی و کاهش نمرات افسردگی مؤثرند. زوج درمانی هیجان‌مدار تنها در نمرات پیگیری افسردگی و رضایت‌مندی زناشویی مؤثرتر از زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بود. زوج‌درمانی شناختی-رفتاری-هیجانی هم در طول درمان و هم در نمرات پیگیری رضایت‌مندی زناشویی و افسردگی مؤثرتر از دو روش دیگر بود.

نتیجه‌گیری: زوج‌درمانی شناختی-رفتاری-هیجانی با هدف قرار دادن سه بعد اصلی شناخت، رفتار و هیجان، به اصلاح الگوی تعاملی زوجین می‌پردازد، درحالی که در زوج‌درمانی شناختی-رفتاری به هیجان کمتر توجه شده و در زوج‌درمانی هیجان‌مدار، به باور و شناخت‌ها کمتر پرداخته می‌شود، لذا این روش به طور ماندگارتری موجب افزایش رضایت‌مندی زناشویی زوجین و کاهش افسردگی زنان شده است.

واژگان کلیدی: زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری-هیجانی، رضایت‌مندی زناشویی زوجین، افسردگی زنان.

افسردگی^۱ از اختلالات خلقی بسیار شایعی است که دارای نشانه‌هایی همچون احساس دل‌تنگی، از دست دادن علاقه به جنبه‌های لذت‌بخش زندگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال‌های خواب و نشانه‌های شناختی همچون دیدگاه منفی در مورد خود، احساس گناه، ناتوانی در تمرکز و بلا تکلیفی است (هال‌جین^۲ و ویتبورن^۳، ۲۰۰۹). افسردگی از نظر شدت، به افسردگی خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی شده است. موارد افسردگی خفیف تا متوسط معمولاً تحت روان‌درمانی قرار می‌گیرد و در صورت بروز افسردگی شدید غالباً دارودرمانی توصیه می‌شود. در افسردگی متوسط، ویژگی‌هایی مانند خلق پایین، افکار بدبینانه و کاهش انرژی و لذت وجود دارد (گلدنر^۴، لوپز^۵، و آندرسون^۶، ۲۰۰۳). در تبیین افسردگی دو رویکرد کلی درون‌روانی و بین فردی وجود دارد. به لحاظ تاریخی افسردگی با دیدگاه درون‌روانی و به عنوان خستگی‌روانی یا زیستی در نظر گرفته شده است، اما در سال‌های اخیر این جهت‌گیری در خانواده و زوج‌درمانی به سمت مفهوم‌سازی نظری افسردگی از دیدگاه بین‌فردی سوق یافته است (هال‌جین و ویتبورن، ۲۰۰۹).

نظریه‌ی بین فردی افسردگی از رویکردهای بین فردی می‌یر^۷ (۱۹۵۷) و سالیوان^۸ (۱۹۵۳ب) و نظریه‌ی دلبستگی بالبی (۱۹۶۹) سرچشمه گرفته است. می‌یر روی این موضوع تأکید داشت که مشکلات روانی تلاش‌های نامناسب فرد را برای سازگار شدن با محیط روانی-اجتماعی نشان می‌دهد. سالیوان نیز رفتار ناهنجار را حاصل روابط میان‌فردی معیوب از جمله نارسایی‌هایی در ارتباط می‌دانست. برخی از نظریه‌پردازان و متخصصان بالینی که به تأثیرات

-
1. Depression
 2. Halgin
 3. Whitbourne
 4. Gelder
 5. Lopez
 6. Andreasen
 7. Meyer
 8. Sullivan

اجتماعی و میان‌فردی بر اختلال خلقی می‌پردازند، به چگونگی ارتباط با افراد صمیمی، به ویژه همسر، و نقش آن در شروع و سیر افسردگی توجه کرده‌اند. برای مثال نظریه‌ی دلبستگی بزرگسالی به عنوان چارچوبی برای درک رشد افسردگی در افراد متأهل مفید است، زیرا شواهد قوی وجود دارد که دلبستگی ناایمن، آشفتگی زناشویی و افسردگی به هم وابسته‌اند (هنی^۱، بایسی^۲ و ون اوست^۳، ۲۰۰۷؛ مک‌لین^۴، والتون^۵، مائتو^۶ و جونز^۷، ۲۰۱۱؛ شمس‌نظری، زارع، غباری بناب و صادق‌خانی، ۱۳۹۲).

یکی از رویکردهای بین‌فردی به افسردگی که روابط زناشویی را در مرکز توجه قرار داده است مدل آشفتگی زناشویی در افسردگی بیچ^۸ (بیچ، ساندین^۹ و اولری^{۱۰}، ۱۹۹۰) می‌باشد. بر اساس این مدل، نارضایتی زناشویی از طریق کاهش تقویت‌های موجود در ارتباط زوجین و افزایش استرس، آنها را به سوی افسردگی سوق می‌دهد. بیچ و همکاران (۱۹۹۰) معتقدند که کاهش مواردی همچون همبستگی، همیاری ادراک شده یا واقعی در مقابله با استرس، حمایت از عزت نفس یکدیگر، قابلیت اعتماد و اطمینان، صمیمیت، و پذیرش ابراز هیجانات در میان زوجین باعث تقلیل حمایت زناشویی می‌شود. براساس این مدل پنج عامل در روابط زناشویی می‌تواند سطح استرس و در نتیجه نشانه‌های افسردگی را افزایش دهد که عبارت از پرخاشگری کلامی و فیزیکی، تهدید به جدایی و طلاق، تحقیر، انتقاد یا سرزنش شدید، نقص رویه‌های معمول زناشویی، و استرس‌های زناشویی شدید می‌باشد. از نظر بیچ و جونز، (۲۰۰۲) یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر خلق، به ویژه در زنان، رضایت‌مندی زناشویی است. به نظر

1. Heene
2. Buysse
3. Van Oost
4. Mclean
5. Walton
6. Matthew
7. Jones
8. beach's Marital discord model of depression
9. Sandeen
10. O'Leary

می‌رسد در فرهنگ‌هایی که زنان به طور سنتی مسئولیت حفظ روابط صمیمانه را به عهده دارند و با توجه به رابطه محور بودن زنان نسبت به مردان و این باور که اگر شرایط نامناسب است این زنان هستند که نقش پررنگ‌تری در بروز مشکلات ارتباطی دارند، نارضایتی زناشویی طولانی مدت می‌تواند موجب افت خلقی و بروز افسردگی در زنان شود، در حالی که پژوهش‌ها حاکی از وجود اولیه‌ی افسردگی در مردان و به دنبال آن نارضایتی زناشویی است (ویسمن^۱، شلدون^۲ و گورینگ^۳، ۲۰۰۰). بیچ و همکاران در سال‌های اخیر مدل آشفتگی زناشویی را تا جایی گسترش داده‌اند که آن را افسردگی زناشویی^۴ نامیده‌اند.

نتایج مطالعات انجام شده حاکی از ارتباط میان رضایت‌مندی زناشویی با افسردگی است و منابع و شواهد زیادی در حمایت از این ارتباط (باناوان^۵، اوماهن^۶، بیچ و جکسون^۷، ۲۰۰۲؛ بیچ و جونز، ۲۰۰۲؛ کرون‌مولر^۸ و همکاران، ۲۰۱۱) به چشم می‌خورد. وایزمن^۹ (۱۹۸۷) در مطالعات زمینه‌یابی دریافت که افراد دارای نارضایتی زناشویی، احتمالاً ۲۵ درصد بیشتر از دیگران دچار افسردگی شده بودند. در پژوهش دیگری که توسط ویسمن و همکاران (۲۰۰۰) مشخص شد که کارکرد زناشویی با افسردگی رابطه دارد. براساس این مطالعات، زمانی که زنان به مدت یک سال (بیچ، فینچام و کاتز، ۱۹۹۸)، یا یک دوره ۱۸ ماهه (فینچام، بیچ، هارولد^{۱۰} و آذربورن^{۱۱}، و آذربورن^{۱۱}، ۱۹۹۷) در معرض مشکلات زناشویی قرار می‌گیرند، بیش از پیش در خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند. هالیست^{۱۲}، میلر، فالکیتو و فرناندز (۲۰۰۷) نیز دریافتند که کیفیت و

-
1. Whisman
 2. Sheldon
 3. Goering
 4. marital Depression
 5. Banawan
 6. O'mahen
 7. Jackson
 8. Kronmüllera
 9. Weissman
 10. Harold
 11. Osborne
 12. Hollist

رضایت‌مندی زناشویی پایین پیش‌بینی‌کننده‌ی تشخیص اختلال افسردگی است. همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌تر هستند، رفتاری خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند و کشمکش‌های زناشویی احتمالاً بر سیر بروز و نتیجه‌ی درمان افسردگی اثر منفی می‌گذارد (سایرز^۱، کوهن^۲، فرسکو^۳، بلاک^۴ و سارور^۵، ۲۰۰۱). در مقابل، رضایت زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است (بیچ و جونز، ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای که توسط کلاوارینو^۶ و همکاران (۲۰۱۱) انجام شد، رضایت‌مندی زناشویی به عنوان یک عامل در کاهش مشکلات روانی شناخته شد و افرادی که از زندگی زناشویی خود رضایت نداشتند، ۱۳ بار بیشتر از دیگران از علائم شدید افسردگی رنج می‌بردند. مهمتر آن‌که هالیست و همکاران (۲۰۰۷) با استفاده از مدل ساختاری به بررسی رابطه‌ی علی و معلولی میان نارضایتی زناشویی و افسردگی پرداختند. براساس نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی آنها، نارضایتی زناشویی عامل پیش‌بین مهمی در بروز علائم افسردگی به ویژه در زنان می‌باشد. این نتایج شواهد محکمی مبنی بر این موضوع فراهم می‌آورد که مدل آشفتگی زناشویی در افسردگی، چارچوب نظری مناسبی برای مفهوم‌سازی بروز افسردگی با نگاهی بدیع فراهم می‌سازد و زوج‌درمانی را به عنوان درمانی مناسب برای افسردگی معرفی می‌کند.

وجود رابطه بین ناهماهنگی زناشویی و افسردگی و نیز نقش مؤثر نارضایتی زناشویی در بروز افسردگی (به ویژه در زنان) باعث شده است تا برخی از درمانگران برای درمان افراد افسرده (به ویژه زنان)، اثربخشی بعضی از درمان‌های زوجی را به بوت‌های آزمایش بگذارند. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن بوده است که زوج‌درمانی (صرف نظر از نوع رویکرد) در کاهش افسردگی زنان تأثیری برابر با درمان‌های فردی (دارویی یا روان‌شناختی) دارد، اما تنها

-
1. Sayers
 2. Kohn
 3. Fresco
 4. Bellack
 5. Sarwer
 6. Clavarino

زوج‌درمانی^۱ در کاهش ناهماهنگی زناشویی مؤثر بوده است (باکوم، اپستین و لاتیلا، ۲۰۰۸). در واقع روابط زناشویی در افرادی که دارای نارضایتی زناشویی هستند، از طرفی نقش به‌سزایی را در بروز و حفظ افسردگی دارد و از طرف دیگر فواید بالقوه‌ی زیادی در ایجاد بهبودی و حفظ آن از عود مجدد دارا می‌باشد. هدف از مداخله، تغییر الگوی روابط در جهت ارتقاء رضایت‌مندی زناشویی برای کاهش افسردگی می‌باشد. با توجه به مطالب مذکور، مناسب‌ترین درمان به منظور زوجین افسرده و ناراضی درمانی متمرکز بر روابط زناشویی است (جاکوبسن^۲، ۲۰۰۱).

از آنجا که در این پژوهش نمونه‌ی مورد نظر شامل زنان متأهلی است که در ارزیابی اولیه به طور همزمان دارای نارضایتی زناشویی و افسردگی بوده‌اند، بر اساس نظریات و پژوهش‌های درمانی، زوج‌درمانی با هدف افزایش رضایت‌مندی زناشویی و کاهش افسردگی انتخاب گردیده است. از میان رویکردهای متعدد، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی- رفتاری و شناختی- رفتاری- هیجانی در نظر گرفته شده است.

زوج‌درمانی هیجان‌مدار^۳ نوعی زوج‌درمانی کوتاه مدت می‌باشد (۸ تا ۲۰ جلسه) که عناصری همچون تجربه‌گرایی، مراجع‌محوری، ساخت‌گرایی، و نگاه سیستمی را در کنار ستون اصلی خود یعنی نظریه‌ی دلبستگی قرار داده است. براساس این مدل درمانی، هیجان‌ات به خودی خود ظرفیت ذاتی سازگارانه‌ای دارند که اگر فعال شود می‌تواند به زوجین کمک کند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته‌ی خود را تغییر دهند. در فرایند این درمان، ابتدا چرخه‌های معیوب روابط زوجین متوقف می‌شود، سپس چرخه‌های جدید شکل داده می‌شود و در آخر درمانگر به استحکام بخشیدن به چرخه‌های تعاملی جدید می‌پردازد (پالمر اولسون^۴،

1. Couple therapy
2. Jacobson
3. Emotional Focused Couple therapy(EFCT)
4. Palmer-Olsen

گولد^۱ و وولی^۲، ۲۰۱۱). در سال‌های اخیر زوج درمانی هیجان مدار برای اختلالات زیادی از جمله افسردگی یک قطبی و دوقطبی و افسردگی پس از زایمان در زنان (دیسالس، جانسون و دنتون، ۲۰۰۳)، درمان کاهش آشفتگی زناشویی (برون^۳، بولینگ^۴، و فلاین^۵، ۲۰۰۴)، سازگاری با طلاق (میرزاده، احمدی و فاتحی‌زاده، ۱۳۹۱) به کار رفته است. دنتون، ویتبورن و گلدن (۲۰۱۲) به مقایسه‌ی زوج درمانی هیجان مدار و دارو درمانی برای درمان زنانی که در کنار افسردگی شدید از آشفتگی زناشویی رنج می‌برند پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد زنانی که در گروه زوج درمانی بودند بهبودی بیشتری نسبت به زنان گروه دارو درمانی داشتند و این بهبودی در طول پیگیری ۶ ماه نیز حفظ شده بود.

زوج‌درمانی شناختی-رفتاری^۶ تلفیق عوامل شناختی و رفتاری در درمان زوج‌های دارای مشکلات زناشویی است. مبانی شناختی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر شناخت متقابل زوج‌ها از یکدیگر تأکید دارد و شناخت را بخش جدایی‌ناپذیر فرایند تغییر زوج‌ها می‌داند. در نهایت زیربنای فلسفی این برداشت آن است که تغییر رفتار به تنهایی برای تصحیح تعامل‌های ناکارآمد کافی نیست، بلکه باید بر شیوه‌ی تفکر افراد در روابط و الگوهای رفتاری ناسازگار تأکید شود (باکوم و همکاران، ۲۰۰۸). سیدیکو^۷، چانگ^۸، برون^۹ و میرندا^{۱۰} (۲۰۱۲) به مقایسه‌ی زوج درمانی شناختی-رفتاری و دارو درمانی برای درمان زنان افسرده پرداختند. نتایج مطالعه‌ی آنها حاکی از آن بود که زوج درمانی شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی مؤثرتر بوده اما این نتایج در پیگیری ۱۲ ماهه تأیید نشد.

-
1. Gold
 2. Woolley
 3. Brown
 4. Bowling
 5. Flynn
 6. Cognitive- Behavioral Couple Therapy (CBCT)
 7. Siddique
 8. Chung
 9. Brown
 10. Miranda

اخیراً داتیلیو (۲۰۱۰) مدلی تحت عنوان مدل جامع شناختی-رفتاری-هیجانی برای کار با زوج‌ها ارائه داده است. داتیلیو در این مدل پای را فراتر از زوج درمانی شناختی-رفتاری پیشرفته نهاده است و افزون بر اضافه کردن بعد هیجان به زوج درمانی شناختی-رفتاری، سعی کرده است تا هیجان‌ات را از چشم انداز نظریه‌ی دلبستگی مد نظر قرار دهد. بنابراین او مدلی فراهم آورده است که در آن دیدگاه شناختی-رفتاری را در کنار نظریه‌ی دلبستگی قرار داده است. بدین ترتیب مدل جامع داتیلیو زوج درمانی شناختی-رفتاری-هیجانی^۱ نام گرفت. اصول اولیه‌ی مدل داتیلیو شامل: (۱) فرایندهای شناختی مثل تغییر ادراکات، انتظارات و معیارها، توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات و فرضیات، (۲) فرایندهای هیجانی مثل بازسازی طرحواره‌های هیجانی، تمرکز بر پیوندهای دلبستگی، تنظیم هیجانی، تنظیم خلق مثبت و منفی، تجربه و ابراز هیجان‌ات، اصلاح باورهای فرد در مورد هیجان‌ات، و (۳) فرایندهای رفتاری مثل تبادلات رفتاری، توانایی گفتگوی مؤثر، همدلی، کاهش گسستگی در رابطه، افزایش توانایی حل مسئله می‌شود.

با توجه به مواردی همچون افسردگی زناشویی و شیوع بالای آن در ایران، و کاهش رضایت‌مندی زناشویی میان زوج‌ها، انجام پژوهشی در راستای تبیین نظری این موارد و انجام روش‌های درمانی زوجی مناسب از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار است، لذا هدف از انجام این پژوهش مقایسه‌ی اثربخشی سه مدل زوج درمانی جهت کاهش افسردگی زناشویی و افزایش رضایت‌مندی زناشویی زنان بوده است. در این تحقیق، مسأله‌ی پژوهشی این است که آیا زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و شناختی-رفتاری-هیجانی بر رضایت‌مندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان تأثیر دارد؟ سیر تغییرات در هر مداخله چگونه است؟ و میزان ماندگاری اثرات درمانی در سه رویکرد چگونه است؟

روش

تحقیق حاضر جزء طرح‌های نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری است و جهت بررسی سیر تغییرات از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دوگانه^۱ استفاده شده است. در این تحقیق یک متغیر مستقل (روش درمان) با سه سطح (زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری) و دو متغیر وابسته (رضایت مندی زناشویی و افسردگی) وجود دارد.

جامعه‌ی آماری مطالعه شامل کلیه‌ی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و کلینیک‌های روانپزشکی شهر همدان در سال ۹۱-۹۰ می‌شد که در آن، به طور همزمان، زن افسرده و حداقل یکی از زوجین دارای نارضایتی زناشویی بود. از میان این افراد ۶۷ زوج واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند. روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای بود که به صورت زیر عملیاتی شد. در مرحله‌ی اول با مسئولان کلیه‌ی مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر همدان در زمینه‌ی طرح، اهمیت و ضرورت اجرای آن و جلب همکاری مراکز در جهت ارجاع زنان افسرده به مرکز اصلی اجرای طرح مکاتبه شد. در مرحله‌ی دوم، از میان مراجعه‌کنندگان به مرکز اصلی اجرای طرح، پس از مصاحبه و اجرای پرسشنامه‌های بک و رضایت‌مندی زناشویی انریچ نمونه‌ی اولیه انتخاب شد و در مرحله‌ی سوم با رعایت شرایط ورود، نمونه‌ی اصلی واجد شرایط انتخاب شد. شرایط ورود به طرح درمان عبارت از موافقت زوجین برای شرکت در پژوهش، طبق برنامه و به صورت یک تا یک و نیم ساعت هفتگی و موافقت زوجین برای حضور مشترک در تمام جلسات درمانی (پذیرش قرارداد درمانی)، مدت زمان ازدواج حداقل دو سال، حداقل و حداکثر سن برای زنان ۲۰ تا ۴۵ سال، و برای مردان ۲۵ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم وجود برنامه‌ی فوری برای طلاق یا جدایی بود و در ضمن اینکه ازدواج زوجین، ازدواج اول آنان باشد، حداقل یکی از همسران باید دارای نمره‌ی

1. doubly repeated measure

پایین‌تر از ۱۵۰ در مقیاس رضایت‌مندی زناشویی انریچ باشد، زن باید تشخیص دوره‌ی افسردگی (افسردگی متوسط، طبق مقیاس بک) در مصاحبه‌ی بالینی و حداقل و حداکثر نمره‌ی ۲۱-۳۰ را در مقیاس بک کسب کند، عدم بارداری زن، عدم سقط جنین طی ۳ ماه گذشته، عدم سابقه‌ی افسردگی قبل از ازدواج، عدم وجود اختلالات روانپزشکی همایند با افسردگی، اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد مخدر، خشونت و تعدی میان همسران و بیکاری در همسر، عدم استفاده از درمان‌های همزمان بود. سپس محقق در مرحله‌ی چهارم با تماس تلفنی با کل نمونه‌ی انتخاب شده‌ی قبلی، تعداد مراجعان حاضر به همکاری را مشخص کرد و از میان مراجعان حاضر به همکاری ۴۵ زوج انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در گروه‌های درمانی قرار گرفتند. واحد تحلیل نمره‌ی رضایت‌مندی زناشویی زوجین، میانگین نمره‌ی رضایت‌مندی زناشویی زن و شوهر بوده است.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه‌ی افسردگی بک: پرسشنامه‌ی افسردگی بک^۱ یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی افسردگی می‌باشد که توسط بک در سال ۱۹۷۷ تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است. هر گروه از عبارات که یک جنبه یا علامت افسردگی را می‌سنجد، شامل چهار جمله است که از لحاظ آن علامت درجه‌بندی شده است. نمره‌ی جملات بین صفر (برای فقدان آن علامت) تا ۳ (برای شدیدترین وضعیت آن علامت) متغیر است. مجموع نمرات بین صفر تا ۶۳ متغیر و به ترتیب بیانگر خفیف‌ترین و شدیدترین وجه احساس آن علامت می‌باشد (آزخوش، ۱۳۸۷). در این پرسشنامه، نمره‌ی ۱ تا ۱۰ طبیعی، ۱۱ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۰ به نسبت افسرده، ۲۱ تا ۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱ تا ۴۰ شدید و نمره‌ی بیشتر از ۴۰، افسردگی بیش از حد را نشان می‌دهد. بک، ستیر و گارین (۱۹۸۸) با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه‌ی بازآزمایی، برحسب

فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار (۱۳۷۳)، به نقل از آرخوش، (۱۳۸۷) اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند.

پرسش‌نامه‌ی رضایت‌مندی زناشویی انریچ: پرسش‌نامه‌ی رضایت‌زناشویی انریچ^۱ به منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قدرت و پربارسازی روابط زناشویی به کار می‌رود. سلیمانان (۱۳۷۳) در پژوهشی فرم کوتاهی از این پرسشنامه را تهیه کرد که دارای ۴۷ سؤال بود و در این پژوهش از این فرم استفاده شده است. ۹ مؤلفه اصلی این پرسشنامه شامل موضوعات شخصیتی، ارتباط دوتایی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه‌ی جنسی، فرزندپروری، ارتباط با اقوام و دوستان و جهت‌گیری مذهبی می‌شود که هر یک از این مؤلفه‌ها بعد خاصی از رضایت‌مندی زناشویی را اندازه می‌گیرند (اولسون، ۱۹۹۷، نقل از ثنایی ۱۳۷۵). سلیمانان (۱۳۷۳) پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۵ محاسبه نمود، و روایی همزمان پرسشنامه ۴۷ سؤالی رضایت‌مندی زناشویی را با فرم اصلی آن ۰/۹۵ محاسبه نمود. معتمدین (۱۳۸۳) برای بررسی روایی سازه پرسشنامه‌ی انریچ، از پرسشنامه‌ی سازگاری زناشویی استفاده کرد و ضریب همبستگی ۰/۶۵ را به دست آورد. اولسون (۱۹۹۷)، نقل از ثنایی (۱۳۷۵) ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. نمره بالاتر نشانه‌ی رضایت بیشتر است. اعتبار این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۸ حاصل شد که در سطح مطلوبی است.

پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی: پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی که مطابق اهداف پژوهش تنظیم شد و شامل اطلاعاتی درباره‌ی سن، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، شغل، میزان تحصیلات، نوع ازدواج، میزان درآمد بود. اطلاعاتی همچون سابقه‌ی بیماری جسمی و

1. Enrich Marital Satisfaction Inventory

روانی در فرد، خانواده و همسر، اعتیاد به مواد مخدر در فرد یا زوج، آزار و اذیت توسط زوج، داشتن واقعه ناگوار (مانند فوت، طلاق، بیماری سخت و طولانی و غیره) در خانواده، سابقه سقط جنین طی مصاحبه اولیه گرفته شد. در ادامه خلاصه‌ای از پروتکل‌های درمانی ارائه می‌شود. لازم به ذکر است که در تمام جلسات تکالیف خانگی ارائه شده و در ابتدای جلسه بعدی این تکالیف مورد ارزیابی قرار گرفته است.

جدول ۱. خلاصه‌ی پروتکل‌های درمانی مورد استفاده در مطالعه

مدل درمانی جلسات	شناختی- رفتاری	هیجان مدار	شناختی- رفتاری-هیجانی
اول	برقراری رابطه‌ی حسنه با زوجین، بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسات درمانی	برقراری ارتباط و ایجاد رابطه‌ی حسنه و انعقاد قرارداد درمانی، اتحاد	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، برقراری اتحاد
دوم	و انعقاد قرارداد درمانی، سنجش. اتحاد درمانی با زوجین، به نحوی که هر یک از آنها احساس امنیت و پذیرش از سوی درمانگر کرده و اطمینان حاصل کنند که درمانگر اهداف و نیازهای آنها را درک کرده و قادر به کمک کردن به آنها خواهد بود. ارزیابی فردی و مشترک.	درمانی با زوجین، به نحوی که هر یک از آنها احساس امنیت و پذیرش از سوی درمانگر کرده و اطمینان حاصل کنند که درمانگر اهداف و نیازهای آنها را درک کرده و قادر به کمک کردن به آنها خواهد بود. ارزیابی فردی و مشترک.	درمانی و انعقاد قرارداد درمانی. ترسیم موضوعاتی که منجر به ناراحتی زناشویی می‌شود و تمرکز بر رفع آن. بازخورد
سوم	برقراری رابطه‌ی حسنه با زوجین، بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسات درمانی و انعقاد قرارداد درمانی. ترسیم موضوعاتی که منجر به ناراحتی زناشویی می‌شود و تمرکز بر رفع آن. بازخورد	درمانی با زوجین، به نحوی که هر یک از آنها احساس امنیت و پذیرش از سوی درمانگر کرده و اطمینان حاصل کنند که درمانگر اهداف و نیازهای آنها را درک کرده و قادر به کمک کردن به آنها خواهد بود. ارزیابی فردی و مشترک.	درمانی و انعقاد قرارداد درمانی. ترسیم موضوعاتی که منجر به ناراحتی زناشویی می‌شود و تمرکز بر رفع آن. بازخورد
چهارم	بازخورد و معرفی روند درمان، ارزیابی و تعیین اهداف اصلی، مشخص کردن نگرانی‌ها و حوزه‌های دارای پتانسیل رشد در زوجین، تعیین میزان تناسب زوج درمانی برای پرداختن به نگرانی‌های مذکور.	فراخوانی و کشف کردن (سعی در ارتقاء بازخوانی مجدد تجارب زوجین، به شکل آگاهانه. تشویق زوجین به بیان هیجانات و آگاهی از حس جسمانی حوادث که قبلاً سرکوب یا انکار شده‌اند، گوش دادن لحظه به لحظه درمانگر به ابراز کلامی و هیجانی زوجین، سنجش و بازخورد.	بازخورد، آموزش مهارت‌های رفتاری، شامل شناخت الگوهای تقویت و تنبیه همسران، افزایش تبادلات رفتاری مثبت و تقویت و کاهش تبادلات رفتاری منفی و تنبیه، ارائه ی تکالیف خانگی، تکمیل پرسشنامه‌های رضایت زناشویی و افسردگی توسط زوجین.

پنجم	آموزش تأثیر تفاوت های جنسیتی و ترسیم موضوعات تعارض برانگیز و شخصیتی زوجین بر ارتباط و توصیه هایی برای درک و رعایت تفاوت های جنسیتی و شخصیتی. بررسی الگوهای منفی، سرزنش و ملامت، تهدید به ترک رابطه، قطع رابطه زناشویی، شناسایی عوامل تنش‌زای زندگی زناشویی خاص همسران.	کار روی انتظارات، معیارها، توجه انتخابی، اسنادها و مفروضات زوجین و تحریف های شناختی زوجین در چرخه ی رابطه ی زناشویی (استنباط اختیاری، انتزاعات انتخابی، تعمیم مفرد، شخصی سازی و ...) و ارائه ی تکالیف خانگی برای تمرین آموخته های جلسه در فضای خارج از جلسه ی درمانی.
ششم	تعیین عوامل شناختی، رفتاری، و محیطی زوجین که در ایجاد نگرانی- هایشان نقش دارند. بررسی شناخت‌ها و کمک به اصلاح آنها، آشنایی و آگاهی از تأثیر خطاهای شناختی بر خلق و روابط همسران. مخصوص اصلاح شناخت‌ها: توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، مفروضات، معیارها.	افزایش دانش در مورد احساسات و زیربنایی موقعیت‌های تعاملی و آن با شناخت و رفتارهای حال حاضر آنها و عملکرد متقابل این سه عامل در قبال یکدیگر. کار بر روی طرحواره های دلبستگی ناکارآمدی مثل طرحواره های اطاعت، طرد و طرحواره های استقلال/وابستگی و رابطه ی آن با شناخت و رفتارهای زوجین.
هفتم	تعیین عوامل شناختی، رفتاری، و محیطی زوجین که در ایجاد نگرانی- هایشان نقش دارند. بررسی شناخت‌ها و کمک به اصلاح آنها، آشنایی و آگاهی از تأثیر خطاهای شناختی بر خلق و روابط همسران. مخصوص اصلاح شناخت‌ها: توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، مفروضات، معیارها.	افزایش دانش در مورد احساسات و زیربنایی موقعیت‌های تعاملی و آن با شناخت و رفتارهای حال حاضر آنها و عملکرد متقابل این سه عامل در قبال یکدیگر. کار بر روی طرحواره های دلبستگی ناکارآمدی مثل طرحواره های اطاعت، طرد و طرحواره های استقلال/وابستگی و رابطه ی آن با شناخت و رفتارهای زوجین.
هشتم	ایجاد برنامه‌هایی برای انجام فعالیت‌های خوشایند، تعریف از ویژگی‌های مثبت یکدیگر، تبادل رفتاری، افزایش فعالیت‌های فردی، خلاصه کردن مرحله اول مداخلات مخصوص اصلاح رفتار، تغییر رفتار هدایت‌شده و مداخلات مبتنی بر مهارت. آموزش مهارت‌های ارتباطی: به کار بردن افعالی با ضمیر من، آموزش مهارت گوش دادن، بیان مطالبات رفتاری خاص، شناسایی الگوهای تعاملی.	آموزش آگاهی هیجانی و نقش آن در زندگی زناشویی، شناخت علائم جسمانی هیجانات و انواع هیجانات اولیه و ثانویه و ترغیب زوجین به ابراز هیجانات اولیه و مشاهده ی پیامدهای مثبت شناختی و رفتاری آن در چرخه ی تعامل زناشویی خویشتن.
نهم	مهارت‌های حل تعارض (بررسی تعارضات و سبک های حل تعارض زوجین، آموزش و تمرین روش های	آموزش ارتقاء آستانه‌ی تحمل هیجانات در طول تعاملات زوجین، تکلیف هفتگی.
دهم	مهارت‌های حل تعارض (بررسی تعارضات و سبک های حل تعارض زوجین، آموزش و تمرین روش های	تعیین عوامل شناختی زوجین در مورد تجربه و ابراز هیجانات در خصوص رابطه (توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، مفروضات،

معیارها) ارائه‌ی تکالیف خانگی.		حل تعارض).	
بررسی شناخت‌ها و آشنایی و آگاهی از تأثیر خطاهای شناختی بر خلق و روابط همسران و کمک به اصلاح آن (بازسازی شناختی).	تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها برای ساختاردهی مجدد.	آموزش حل مسئله، تعریف مشکل، ارائه‌ی راه‌حل‌های جایگزین، ارزیابی راه‌حل‌ها، انتخاب و اجرای راه حل	یازدهم
آموزش مهارت‌های ارتباطی، ارزیابی مشکلات و مهارت‌های حل مسئله. آموزش ابراز هیجانات و شناسایی موانع شناختی و رفتاری آن در ارتباط زوجین مرور اصول درمانی و مهارت‌های رفتاری، شناختی و هیجانی برای پیش‌گیری از افت رضایت-زناشویی.	تعامل بر اساس ادراکات جدید و ایجاد راه‌حل‌های جدید ضروری	انتخابی، ارزیابی راه حل انتخابی انجام شده، پایان کار در مرحله دوم.	دوازدهم
تمرین آموخته‌های درمانی، آموزش ابراز هیجانات و شناسایی موانع شناختی و رفتاری آن در ارتباط زوجین مرور اصول درمانی و مهارت‌های رفتاری، شناختی و هیجانی برای پیش‌گیری از افت رضایت‌زناشویی.	(چرخه‌ها).	تعامل بر اساس ادراکات جدید و ایجاد راه‌حل‌های جدید ضروری.	چهاردهم
جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک زوجین، تشکر و خداحافظی و ختم جلسات.	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک زوجین، تشکر و خداحافظی و ختم جلسات.	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک زوجین، تشکر و خداحافظی و ختم جلسات.	پانزدهم

شیوه‌ی اجرا

پس از انتخاب و جایگزینی تصادفی زوجین در گروه‌های سه‌گانه‌ی آزمایشی، مداخلات بدین شرح اجرا شد. در گروه اول، زوجها تحت زوج‌درمانی شناختی- رفتاری، گروه دوم تحت زوج‌درمانی هیجان‌مدار، و گروه سوم تحت زوج‌درمانی شناختی- رفتاری- هیجانی قرار گرفتند. طبق طرح تحقیقی انتخاب شده، در فرایند اجرای مداخلات درمانی جهت مقایسه‌ی گروه‌های آزمایشی و بررسی سیر تغییر نمرات افسردگی و رضایت‌مندی زناشویی، علاوه بر پیش‌آزمون (زمان ۱)، آزمودنی‌ها طی ۱۵ جلسه‌ی درمانی، در جلسه‌ی ششم (زمان ۲)، یازدهم (زمان ۳)، پانزدهم (زمان ۴ و پس‌آزمون)، اماه (پیگیری اول، زمان ۵) و ۳ ماه پس از مداخله (پیگیری دوم، زمان ۶) پرسشنامه‌ها را مجدداً کامل کردند. مراحل پیگیری در این مطالعه به این

صورت بود که یک ماه پس از پایان مداخلات، زوجین مجدداً به مرکز مشاوره دعوت شدند و مورد ارزیابی قرار گرفتند تا ماندگاری اثر مداخله‌ی درمانی بر میزان رضایت‌مندی زناشویی و افسردگی آنها تعیین شود. به همین ترتیب، سه ماه پس از مداخله، این فرایند مجدداً اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف معیار و از روش آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر دوگانه جهت بررسی سیر تغییرات، و جهت مقایسه‌ی گروه‌ها از تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. برای انجام تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه (۱۹) استفاده شد.

یافته‌ها

جدول (۲) مشخصات شرکت‌کنندگان در این مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

گروه	سن	وضعیت تحصیلی			وضعیت اشتغال		
		۲-۳	۴-۵	۶-۷	کارمند	آزاد	خانه‌دار
زن	۱۹	۲۳	۳	۱۲	۳۲	۱	۱۸
مرد	۱۰	۲۰	۱۵	۱۵	۲۴	۶	-

جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای رضایت‌مندی زناشویی و افسردگی به تفکیک سه گروه نشان می‌دهد.

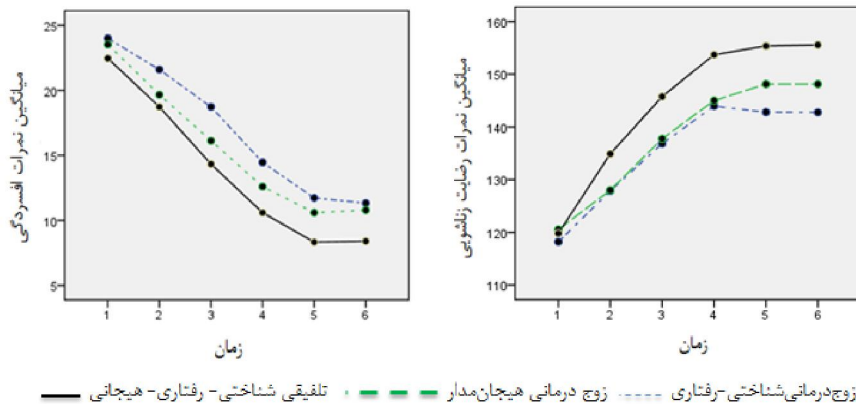
جدول ۳. اطلاعات توصیفی برای رضایت‌مندی زناشویی در شش نوبت اندازه-گیری به تفکیک سه گروه

نوبت اندازه‌گیری	میانگین		انحراف استاندارد		نوبت اندازه‌گیری
	هیجان-شناختی-رفتاری	مدار	شناختی-رفتاری	هیجان-شناختی-رفتاری	
اول	۱۱۸/۲۰	۱۲۰/۵۳	۱۱۹/۸۰	۱۳/۷۱۵	اول
دوم	۱۲۸/۸۷	۱۲۸/۰۰	۱۳۴/۹۰	۱۱/۱۵۶	دوم
سوم	۱۳۶/۸۳	۱۲۷/۷۷	۱۴۵/۷۷	۱۰/۶۲۱	سوم
چهارم	۱۴۳/۹۷	۱۴۵/۰۰	۱۵۳/۷۰	۹/۴۸۶	چهارم
پنجم	۱۴۲/۸۰	۱۴۸/۱۳	۱۵۵/۳۷	۷/۳۴۱	پنجم
ششم	۱۴۲/۷۷	۱۴۸/۱۳	۱۵۵/۵۷	۶/۷۹۵	ششم
اول	۲۴/۰۰	۲۳/۵۳	۲۲/۴۷	۱/۸۵۲	اول
دوم	۲۱/۶۰	۱۹/۶۷	۱۸/۷۳	۲/۲۶۱	دوم
سوم	۱۸/۷۳	۱۶/۱۳	۱۴/۳۳	۲/۴۶۳	سوم
چهارم	۱۴/۴۷	۱۲/۶۰	۱۰/۶۰	۲/۶۹۶	چهارم
پنجم	۱۱/۷۳	۱۰/۶۰	۸/۳۳	۲/۳۴۴	پنجم
ششم	۱۱/۳۳	۱۰/۸۰	۸/۴۰	۲/۸۲۰	ششم

رضایت‌مندی زناشویی

افسردگی

نمودارهای زیر تغییرات متغیر رضایت‌مندی زناشویی و افسردگی را در طول شش نوبت اندازه‌گیری و به تفکیک سه گروه ارائه می‌کند.



شکل ۱. نمودارهای تغییرات رضایت‌مندی زناشویی و افسردگی در سه گروه درمانی

جدول (۴) نتایج آزمون‌های چند متغیره که بر اساس آماره لامبدای ویلکز محاسبه شده

است را نشان می‌دهد.

۴۵۶

جدول ۴. نتایج تحلیل‌های چند متغیری برای بررسی اثرات کلی

منابع تغییرات	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
اثر گروه	۲۵/۲۳	۲۲	۶۴	$P < 0.05$
اثر زمان	۲۹/۱۱	۵۵	۹۲۹/۳۴	$P < 0.05$
تعامل زمان و گروه	۱۰/۵۰	۱۱۰	۱۵۱۰	$P < 0.05$

مقادیر F بر حسب شاخص لامبدای ویلکز گزارش شده است.

درجات آزادی پس از اصلاح لازم جهت برقرار نبودن مفروضه کرویت توسط نرم افزار محاسبه شده است.

از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی گروه و زمان در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار به دست آمده است. معنی دار بودن اثر گروه به معنی تفاوت کلی متغیرهای مورد بررسی در بین سه گروه زوج درمانی شناختی-رفتاری، هیجان‌مدار و شناختی-رفتاری-هیجانی است. معنی دار بودن اثر زمان نیز دال بر تفاوت کلی میانگین متغیرها در طول زمان

است. اما این یافته‌ها شواهدی مربوط به تک‌تک متغیرها و مقایسه آن‌ها در گروه‌ها به دست نمی‌دهد. به منظور کشف یافته‌های دقیق‌تر از آزمون‌های تک‌متغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول (۵) نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تک‌متغیره برای بررسی تغییرات متغیرها در طول زمان

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معنی داری
رضایت مندی زناشویی	۳۲۵۰۹/۱۱	۱/۸۱	۱۷۹۰۰/۱۸	۳۰۷/۶۰	$P < .05$
افسردگی	۶۶۲۶/۵۰	۴/۰۳	۱۶۴۴/۴۱	۵۵۰/۳۸	$P < .05$

نسبت F گزارش شده بر اساس شاخص Huynh-Feldt گزارش شده است.

جدول فوق نتایج آزمون‌های تک‌متغیره برای بررسی تغییرات متغیرها در طول زمان را نشان می‌دهد. همان‌طور که از جدول مشخص است این مقدار برای هر دو متغیر معنی‌دار است. معنی‌دار بودن نسبت F در این جدول نشان می‌دهد که هر دو متغیر در طول شش نوبت اندازه‌گیری میانگین‌های متفاوتی به دست داده‌اند. لازم به ذکر است نتایج حاصل از جدول بالا نوع سیر و شکل تغییرات را مشخص نمی‌کند. جهت تعیین نوع تغییرات متغیرها در طول زمان از آزمون تحلیل واریانس که نوع سیر و شکل تغییرات را مشخص می‌کند استفاده شد که نتایج آن در جدول (۶) نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل سیر تغییرات در طول زمان

متغیرها	نوع سیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معنی داری
رضایت مندی زناشویی	خطی	۲۸۲۲۱/۱۴	۱	۲۸۲۲۱/۱۴	۴۰۵/۳۶	$P < .05$
افسردگی	خطی	۶۲۹۴/۹۸۷	۱	۶۲۹۴/۹۸۷	۱۳۷۲	$P < .05$

همان‌طور که از آخرین ستون جدول بالا مشخص است، شکل تغییرات خطی برای اغلب متغیرهای این پژوهش معنی‌دار شده است. سیر خطی به معنی افزایش یا کاهش نسبی میانگین متغیر مورد بررسی در چندین نوبت اندازه‌گیری است.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح داری	معنی
رضایت مندی زناشویی	۳۶۷۶/۲۸۹	۲	۱۸۳۸/۱۴۴	۸/۶۰۸	$P < ۰/۰۵$	
افسردگی	۴۵۲/۸۰۷	۲	۲۶۶/۴۰۴	۱۴/۱۱۲	$P < ۰/۰۵$	

جدول بالا نتایج آزمون‌های تک متغیره را برای مقایسه‌ی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. هدف از ارائه‌ی این جدول بررسی تفاوت گروه‌ها در مجموع شش نوبت اندازه‌گیری انجام شده است. همان‌طور که از ستون آخر این جدول مشخص است هر دو متغیر و مؤلفه‌های گروه‌های پژوهش باهم تفاوت معنی‌دار دارند. نتایج آزمون توکی نشان داد که رضایت مندی زناشویی در گروه شناختی-رفتاری-هیجانی از هر دو گروه دیگر میانگین بالاتر و معنی‌داری داشته است، اما دو گروه دیگر تفاوت معنی‌داری با هم نداشته‌اند. همچنین برای متغیر افسردگی گروه زوج درمانی شناختی-رفتاری از هر دو گروه میانگین کمتری داشته است اما فقط از گروه شناختی-رفتاری-هیجانی تفاوت معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر برای متغیر افسردگی زوج درمانی شناختی-رفتاری-هیجانی و هیجان مدار بهتر از زوج درمانی شناختی بوده‌اند.

به منظور مقایسه‌ی میزان ماندگاری اثر هر یک از روش‌های درمانی، پیگیری نتایج حاصل از پیگیری سه ماهه‌ی میزان افسردگی و رضایت مندی زناشویی در زوجین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول (۸) آورده شده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای تفاوت سه گروه در آخرین اندازه گیری (پیگیری) متغیرها

متغیر	منبع تغییرات	مجموع تغییرات	درجه‌ی آزادی	میانگین تغییرات	مجموع نسبت F	سطح معنی‌داری
رضایت‌مندی زناشویی	بین گروهی	۱۲۳۹/۴۷	۲	۶۱۹/۷۴	۲۵/۳۹	$P < .05$
	درون گروهی	۱۰۲۵/۱۰	۴۲	۲۴/۴۱		
	مجموع	۲۲۶۴/۵۷	۴۴			
افسردگی	بین گروهی	۷۳/۲۴۴	۲	۳۶/۶۲۲	۸/۶۷	$P < .05$
	درون گروهی	۱۷۷/۳۳۳	۴۲	۴/۲۲۲		
	مجموع	۲۵۰/۵۷۸	۴۴			

همان‌طور که از جدول مشخص است تفاوت مؤلفه‌ها و متغیرها در سه گروه معنی‌دار است. نتایج آزمون توکی نشان داد که در متغیر رضایت‌مندی زناشویی در هر سه مقایسه دو به دو تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که روش شناختی-رفتاری-هیجانی از هر دو روش زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری میانگین بالاتری دارد. همچنین روش زوج‌درمانی هیجان‌مدار میانگین بالاتری نسبت به روش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری دارد. در متغیر افسردگی روش شناختی-رفتاری-هیجانی از هر دو روش دیگر میانگین بیشتری به دست داده است و بین دو روش زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری تفاوت معنی‌داری به دست نیامده است.

نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و شناختی-رفتاری-هیجانی بر رضایت‌مندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان بود که براساس نتایج به دست آمده، هر سه زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و شناختی-رفتاری-هیجانی بر افزایش رضایت‌مندی زناشویی همسران و کاهش افسردگی زنان مؤثر بودند. در رابطه با

اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار، یافته‌های این مطالعه همسو با مطالعه‌ی دنتون و همکاران (۲۰۱۲) می‌باشد.

بنابر دیدگاه هیجان مدار، یکی از کارکردهای زناشویی که در ایجاد افسردگی نقش مهمی ایفا می‌کند دلبستگی ناایمن است. وقتی همسری از پاسخگویی هیجانی همسر خود در مواقع استرس یا بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست که او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس ناامنی می‌کند و این ناامنی سبب می‌شود هر یک از زوجین احساس کنند که در رویارویی با استرس‌های زندگی تنها هستند و این امر به افسردگی آنها می‌انجامد (جانسون، ۲۰۰۸). در فرایند درمان هیجان مدار، درمانگر اقدام به از بین بردن این احساس ناامنی می‌کند. بنابراین وقتی درمانگر چرخه‌های تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی می‌کند، این چرخه‌ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته‌ی دلبستگی تنظیم می‌کند و در فرایند درمان زوج‌ها می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر را بپذیرند.

همان‌طور که هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش‌بینی، تبیین، نحوه‌ی واکنش و کنترل تجارب زندگی به ما کمک می‌کند. هیجان‌ها در حافظه‌ی ما ذخیره نمی‌شود، بلکه به وسیله‌ی ارزیابی موقعیتی‌هایی که باعث فعال شدن چارچوب هیجانی خاصی می‌شود، دوباره احیا می‌شوند و منجر به مجموعه رفتارهای به خصوصی می‌شوند. در طول درمان هیجان مدار، چنین موقعیت‌هایی دوباره طراحی می‌شود تا زوجین به اکتشاف و گسترش هیجان‌ات خود بپردازند و سپس آنها می‌توانند طی این تجربه‌ی جدید، هیجان‌ات خود را اصلاح کنند. به این ترتیب هیجان‌ات آنها قابل دسترس، رشد یافته و بازسازی می‌شود و در جهت بازسازی تجارب لحظه به لحظه‌ی آنها و رفتارشان در قبال یکدیگر و دیگران به کار گرفته می‌شود. با انجام این مرحله از درمان، زوجین از هیجان‌ات خود آگاهی یافته و در فضایی امن با ابراز هیجان‌ات واقعی در موقعیت‌های مختلف زندگی مجموعه

رفتارهای جدیدی را از خود نشان می‌دهند و این امر باعث افزایش رضایت‌مندی زناشویی آنها و کاهش افسردگی می‌شود.

در رابطه با اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری، یافته‌های این مطالعه همسو با نتایج پژوهش‌های زیادی می‌باشد (باکوم و دیگران، ۱۹۹۸؛ برای و جوریلز، ۱۹۹۵؛ کریستنسن و دیگران، ۲۰۰۴؛ رجبی، ۱۳۸۹) که نتایج مشابهی در بر داشته‌اند: زوج درمانی شناختی- رفتاری مداخله‌ی سودمندی برای زوج‌های آشفته در جهت ارتقاء رضایت‌مندی زناشویی است. تیچمن، بارل، شور، سیروتا و الیزور (۱۹۹۵) در تبیین فرایند تغییر در زوج درمانی شناختی- رفتاری به الگوهای تعامل بین فردی در تعاملات زوجین اشاره دارند و معتقدند نوع باور و شناخت‌های زوجین در این چرخه‌ی تعاملی سبب رفتارها و هیجانات گوناگون از جانب آن‌ها می‌شود. تیچمن و همکاران (۱۹۹۵) معتقدند در فرایند درمان شناختی- رفتاری، ایجاد تغییر در ادراکات، انتظارات و معیارهای زوجین در کنار اصلاح توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، و فرضیات آن‌ها نسبت به یکدیگر باعث تغییر در واکنش‌های رفتاری و هیجانی زوجین نسبت به یکدیگر می‌شود و در ادامه درمانگر با آموزش مهارت‌های رفتاری همچون تبادل رفتاری، کاهش گسستگی، توانایی حل مسئله، گوش دادن و صحبت کردن، الگوهای تعاملی جدید را استحکام می‌بخشد. در واقع در سیر درمان شناختی- رفتاری درمانگر به جای تمرکز بر مشکلات موجود زوجین یا «آشفتگی‌های اولیه^۱»، توجه خود را معطوف به برخورد ناسازگارانه‌ی زوجین با این مشکلات یا «آشفتگی‌های ثانویه^۲» می‌کند و با اصلاح آشفتگی‌های ثانویه در واقع زوجین نحوه‌ی رسیدگی به آشفتگی‌های اولیه را می‌آموزند و به مرور زمان آنها را از بین می‌برند و مانع ایجاد مجدد آن می‌شوند و بدین ترتیب رضایت آنها از روابط زناشویی خویش افزایش می‌یابد (باکوم و همکاران، ۲۰۰۸).

1. Primary distress
2. Secondary distress

بر اساس یافته‌های این مطالعه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری-هیجانی نه تنها اثر معناداری بر افزایش رضایت‌مندی زناشویی زوجین داشت، بلکه در فرایند درمان و نیز نمرات پیگیری نسبت به دو مدل درمانی دیگر اثربخشی بیشتری داشت. داتیلیو (۲۰۱۰) در توضیح مدل درمانی خود معتقد است در زوج‌درمانی شناختی-رفتاری-هیجانی علاوه بر در نظر گرفتن هر سه عامل شناخت، رفتار و هیجان، فرض درمانگر بر این است که نوعی علیت مدور در میان این سه برقرار است. به عبارت دیگر هر سه بر دیگری اثر بگذارند و از آن تأثیر بپذیرند. در فرایند درمان درمانگر علاوه بر روش‌های موجود در زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، به هیجان‌ات زوجین اهمیت زیادی می‌دهد و با رویکرد دل‌بستگی و به تبع آن فنون زوج‌درمانی هیجان‌مدار به کار با زوجین می‌پردازد. فرایند تغییر در این روش درمانی علاوه بر تکنیک‌های شناختی و رفتاری مذکور شامل بازسازی طرحواره‌های دل‌بستگی، تنظیم هیجانی، تنظیم خلق مثبت و منفی، تجربه و ابراز هیجان‌ات، اصلاح باورهای فرد در مورد هیجان‌ات می‌شود. داتیلیو معتقد است در فرایند درمان درمانگر با تمرکز بر طرحواره‌های فرد در مورد مظهر دل‌بستگی، هیجان‌ات و پیامدهای ناشی از آن در زندگی بزرگسالی، اقدام به اصلاح این طرحواره‌ها و هیجان‌ات ناشی از آن می‌کند و باورهای فرد در مورد ابراز هیجان‌ات را به چالش می‌کشد و با تغییر نگرش زوجین در مورد هیجان‌ات خویش و ابراز آن، چرخه‌های تعاملی معیوب آنها اصلاح می‌گردد و استفاده از اصول رفتاری باعث استحکام بخشیدن به چرخه‌های تعاملی جدید می‌شود. بدین ترتیب زوجین چرخه‌های جدیدی را در رابطه‌ی خود از سر می‌گیرند که باعث افزایش رضایت آنها از رابطه‌ی زناشویی می‌گردد.

با توجه به نتایج پیگیری و بهتر بودن عملکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شناختی-رفتاری-هیجانی در حفظ دستاوردهای درمانی می‌توان به نقش حیاتی هیجان‌ات و پیوندهای دل‌بستگی اشاره کرد. بحث در مورد این موضوع که چرا این دو مدل درمانی قادر به حفظ چنین اثرات درمانی درازمدتی هستند، در حالی که درمان‌های دیگری همچون زوج‌درمانی شناختی-رفتاری فاقد آن می‌باشند، از اهمیت بسزایی برخوردار است. این دو مدل زوج‌درمانی پیوندهای

بسیار محکمی میان زوجین ایجاد می‌کند که در آن، هر دوی زوجین به قدری از نظر هیجانی درگیر نیازهای یکدیگر می‌شوند و به نیازهای یکدیگر پاسخ می‌دهند که بنای اعتماد، صمیمیت، و همبستگی در میان آنها گذاشته می‌شود. ایجاد چنین پیوندهای هیجانی در تعاملات زوجین باعث تعریف مجدد رابطه‌ی آنها در قالب پایگاه مطمئن و پناه امن می‌شود (کسیدی و شاور، ۲۰۰۸). همچنین سطوح بالای دلبستگی ایمن باعث شکل‌گیری عوامل مثبتی مثل، انعطاف‌پذیری، گفتگوی صریح و روشن، توانایی پردازش مؤثر اطلاعات (مثل پرهیز از ابهام)، و توانایی همدلی با همسر می‌شود (جانسون و ویفن، ۱۹۹۹). بنابراین، ایجاد پیوندهای هیجانی، رضایت و حمایت روزافزونی در رابطه‌ی زناشویی فراهم می‌آورد و از آن در مقابل استرس‌های مختلف حمایت می‌کند و مانع از شکل‌گیری بحران‌هایی می‌شود که می‌توانند رابطه‌ی زناشویی را تضعیف کنند. به علاوه، از این پس هر مشکلی که در رابطه‌ی زناشویی زوجین پیش می‌آید، توانایی آنها را بیشتر می‌کند و اعتماد آنها به رابطه و توانایی‌شان برای کمک به یکدیگر را ارتقاء می‌دهد. چنین نتایجی روی هم رفته نشان می‌دهد که بنابر پیش‌بینی مدل آشفستگی زناشویی در افسردگی، زوج درمانی با بهبود کیفیت زناشویی، باعث کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود (بیچ و همکاران، ۱۹۹۰).

از محدودیت‌های موجود در این مطالعه می‌توان به این موارد اشاره کرد که به دلیل فقدان زمان بیشتر، پیگیری‌ها یک و سه ماه پس از پایان زوج درمانی‌ها انجام شد. به دلیل انجام سیر تغییرات و استفاده از اندازه‌گیری‌های مکرر، اثر ابزار بر نتایج یکی دیگر از محدودیت‌ها است. اثر زمان احتمالاً می‌تواند بر نتایج مداخلات اثرگذار بوده باشد. در حوزه‌ی پیشنهادات کاربردی لازم به ذکر است که زوج درمانی برای درمان تمام افرادی که به افسردگی مبتلا هستند پیشنهاد نمی‌شود. نتایج حاصل از مطالعاتی که در حوزه‌ی زوج درمانی شناختی رفتاری صورت گرفته است، نشان می‌دهد که زوج درمانی به احتمال زیاد زمانی برای درمان افسردگی مؤثر است که افراد افسرده دارای روابط زناشویی آشفته و سطوح پایین رضایت‌مندی زناشویی باشند. در حوزه‌ی پیشنهادات پژوهشی نیز مواردی همچون مقایسه‌ی اثربخشی سه نوع زوج

درمانی در سایر زمینه‌های زناشویی، میزان و چگونگی اثرگذاری سه نوع زوج درمانی در مقایسه با سایر زوج درمانی‌ها و پیگیری نتایج پس از شش ماه، یک سال و بیشتر، مقایسه‌ی اثربخشی زوج درمانی‌ها در میان گروه‌های سنی، جنسیتی، تحصیلی و فرهنگی گوناگون پیشنهاد می‌گردد.

سپاس و قدردانی

بدینوسیله از زحمات جناب آقای محمدرضا مجدوبی که ما را در فرایند انجام این مطالعه یاری دادند بسیار سپاسگزاریم.

منابع فارسی

آزخوش، منوچهر. (۱۳۸۷). کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی. تهران: روان. ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۷۵). ازدواج، انگیزه‌ها، پرتگاه‌ها و سلامت آن. پژوهش‌های تربیتی. ۴(۳): ۴۳-۱۹.

سلیمانیان، علی اکبر (۱۳۷۳). بررسی تفکرات غیر منطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

شمس نطنزی، علیرضا؛ زارع، حسین؛ غباری بناب، باقر؛ و صادق خانی، اسدالله. (۱۳۹۲). رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی و بخشش با رضایت زناشویی زوج‌ها. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۱): ۴۳-۲۲.

رجبی، غلامرضا؛ کارجو-کسمایی، سونا؛ جباری، حوا. (۱۳۸۹). تأثیر زوج درمانی شناختی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی، مجله روانشناسی بالینی، ۲(۴): ۱۷-۹. معتمدین، مختار. (۱۳۸۳). تأثیر آموزش راهبردهای مقابله با باورهای غیرمنطقی (براساس رویکرد شناختی) بر این باورها و رضایت زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی.

میرزاده، فاطمه؛ احمدی، خدابخش؛ و فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۹۱). تأثیر درمان هیجان مدار بر سازگاری پس از طلاق در زنان، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۲(۱): ۴۶۰-۴۴۱.

منابع لاتین

- Banawan, S., O'Mahen, H., Beach, S., & Jackson, M. (2002). The empirical underpinnings of marital therapy for depression. In J. Harvey, & A. Wenzel, *A clinician's guide to maintaining and enhancing close relationships* (Eds.) (pp. 133-155). Mahwah, NJ: Erlb.
- Baucom, D. H., Epstein, N. B., & LaTaillade, J. J. (2008). Cognitive-Behavioral couple therapy. In A. S Gurman, *clinical handbook of couple therapy* (pp. 31-73). New York: Guilford Press.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couples and family therapies for adult problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Beach, S., & Jones, D. (2002). Marital and family therapy for depression in adults. In I. Gotlib, & C. Hamme, *Handbook of depression* (Eds.) (pp. 422-440). New York: Guilford.
- Beach, S., Fincham, F., & Katz, J. . (1998). Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychological Review*, 18, 635-661.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bray, J. H., & Jouriles, E. N. (1995). Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 461-473.
- Brown, J., Bowling, A., & Flynn, T. N. (2004). *Models of quality of life: A taxonomy and systematic review of the literature*. Report commissioned by European Forum on Population Ageing Research/Quality of Life. Sheffield: University of Sheffield.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Christensen, A., Atkins, D., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and stably distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 176-191.
- Clavarino, A., Hayatbakhsh, M. R., Williams, G. M., Bor, W., O'Callaghan, M., & Najman, J. M. (2011). Depression following marital problems: different impacts on mothers and their children? A 21-year prospective study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46, 833-841.
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families : a*

- comprehensive guide. New York : Guilford Press.
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting Antidepressant Medication Treatment of Depressed Women With Emotionally Focused Therapy for Couples: A Randomized Pilot Study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 38(1), 23-38.
- Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. (2003). The treatment of clinical depression in the context of marital distress. *American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., Harold, G. T., & Osborne, L. N. (1997). Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psychological Science*, 8, 351-357.
- Gelder, M. G., López-Ibor, J. J., & Andreasen, N. (2003). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2009). *Abnormal psychology: Clinical Perspective on Psychological Disorders*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Hollist, C. S., Miller, R. B., Falceto, O. G., & Fernandes, C. C. (2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a latino sample. *Family process*, 46, 285-497.
- Johnson, S. (2008). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. New York: Little Brown.
- Johnson, S. M., & Whiffen, V. (1999). Made to measure: Attachment styles in couples therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 366-381.
- Kronmüllera, K. T., Backenstrassa, M., Victora, D., Postelnicua, I., Schenkenbacha, C., Joesta, K., Fiedlerb, P., & Mundta, C. (2011). Quality of marital relationship and depression: Results of a 10-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 128(1-2), 64-71.
- McLean, L., Walton, T., Matthew, A., & Jones, J. (2011). Examination of couples' attachment security in relation to depression and hopelessness in maritally distressed patients facing end-stage cancer and their spouse caregivers: a buffer or facilitator of psychosocial distress? *Supportive Care in Cancer*, 19(10), 1539-1548.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology; A science of man*. Springfield, IL: Charles C. Thomas press.
- N., J. (2001). Behavioural activation treatment for depression. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8, 255-270.
- Palmer-Olsen, L., Gold, L.L., & Woolley, S. R. (2011). Supervising emotionally focused therapists: A systematic research-based model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(4), 411-426.
- Sayers, S. L., Kohn, C., Fresco, D. M., Bellack, A., & Sarwer, D. B. (2001). Marital cognition and depression in the context of marital discord. *Cognitive therapy and research*, 25, 713-732.
- Siddique, J., Chung, J. Y., Brown, C. H., & Miranda, J. (2012). Comparative effectiveness of medication versus cognitive-behavioral therapy in a randomized controlled trial of low-income young minority women with depression. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 8(6), 995-1006.

Sullivan, H. S. (1953b). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Teichman, Y., Bar-El, Z., Shor, H., Sirota, P., & Elizur, A. (1995). A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry*, 58, 136-148.

Weissman, M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445– 451.

Whisman, M., Sheldon, C., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 803–808.

