

تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش خوش‌نودی زناشویی در زنان

دکتر غلامرضا رجیبی*

روان‌شناس و دانش‌یار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

سیدامید ستوده

کارشناس ارشد مشاوره خانواده

دکتر رضا خجسته‌مهر

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

چکیده

در این پژوهش، تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش خوش‌نودی زناشویی در زنان همسردار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز مورد بررسی قرار گرفته‌است. جامعه‌ی آماری پژوهش را همه‌ی زنان همسرمداری تشکیل می‌دهند که به فراخوان پژوهش‌گران پاسخ مثبت دادند و فرم کوتاه «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک» و «مقیاس رضایت زناشویی» را پر کردند. برای انجام پژوهش، نخست میزان افسردگی و ناخوش‌نودی زناشویی آزمودنی‌ها، بر پایه‌ی معیارهای مصاحبه‌ی تشخیصی و بالینی (DSM-IV-TR)، مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس بر پایه‌ی نقطه‌ی برش دو ابزار موردسنجش و مصاحبه‌ی بالینی، ۲۰ زن، به گونه‌ی تصادفی ساده، انتخاب و در دو گروه آزمایش (با هفت نشست درمانی) و گواه (بدون درمان) جای داده شدند. نتایج آزمون غیرپارامتریک یوی من-ویتنی نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی، به گونه‌ی معنادار، در کاهش افسردگی و افزایش خوش‌نودی زناشویی (به‌جز در گام پیش‌آزمون به گام پی‌گیری در خوش‌نودی زناشویی) مؤثر است.

واژگان کلیدی

درمان شناختی-رفتاری؛ درمان شناختی؛ افسردگی؛ خوش‌نودی زناشویی؛

افسردگی^۱، که به عنوان یکی از تهدیدکنندگان عمده‌ی سلامتی در سده‌ی ۲۱ شناخته شده‌است، مهم‌ترین علت پریشانی هیجانی در دوران زندگی به شمار می‌آید (لیو و هم‌کاران^۲ ۱۹۹۷؛ بلیزر^۳ ۲۰۰۳؛ ای-ووآن و هم‌کاران^۴ ۲۰۰۶) و بیش‌تر بیماری‌های پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (الکسوپولوس^۵ ۲۰۰۵؛ لایدلا و هم‌کاران^۶ ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افسردگی یک‌قطبی از فراگیرترین اختلال‌های روانی است (ای-ووآن و هم‌کاران ۲۰۰۶) و بیماران دارای افسردگی، در مقایسه با حالت‌های مزمن دیگر، در سطحی پایین‌تر کار می‌کنند و به‌زیستی ضعیف‌تری دارند (ولز و هم‌کاران^۷ ۱۹۸۹). درمان افسردگی در ۴۰ سال گذشته پیش‌رفت‌هایی مهم داشته‌است و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بیماران افسرده، پس از بهبودی و از نظر اختلال روانی-اجتماعی و شغلی باثبات‌تر اند.

شماری از پژوهش‌گران در مورد نقش تعامل زناشویی و خانوادگی در افسردگی سخن گفته‌اند. برخی بر این باور اند که ازدواج ناکارآمد می‌تواند منجر به افسردگی شود و برخی دیگر می‌گویند که افسردگی می‌تواند در کارآمدی زناشویی اختلال پدید آورد. شماری نیز از رابطه‌ی علی با احتیاط سخن می‌گویند، اما بر این باور اند که یک ازدواج کارآمد می‌تواند احتمال افسردگی را در فرد آسیب‌پذیر کاهش دهد (هامن^۸ ۱۹۹۱؛ هین، بوئیس، و وان اوست^۹ ۲۰۰۳). در پژوهش‌هایی که برای بررسی نقش روابط زناشویی در افسردگی انجام شده، بارها دیده شده‌است که پریشانی زناشویی و نشانه‌های افسردگی با یک‌دیگر هم‌بسته اند؛ پس شناخت این متغیرها برای درمان مشکلات زناشویی در جامعه‌ی کنونی ضروری به نظر می‌رسد.

از مدل اختلاف زناشویی افسردگی^{۱۰} چون این برمی‌آید که اختلاف زناشویی عاملی مؤثر در افسردگی شماری از همسران است (بیچ، ساندین، و اولری^{۱۱} ۱۹۹۰؛ هولیست و هم‌کاران^{۱۲} ۲۰۰۷) و اگرچه پژوهش‌گران می‌گویند سبب‌شناسی افسردگی چندرویه است، بر این باور اند که کاهش پشتیبانی اجتماعی و افزایش کینه در روابط دشوار می‌تواند باعث افسردگی شود. مطالعه‌های پیشین پشتیبانی تجربی این مدل را نشان داده‌است (دل و وایس^{۱۳} ۱۹۹۸؛ ویس‌من و

¹ Depression

² Liu, C. Y., S. J. Wang, E. L. Teng, J. L. Fuh, C. C. Lin, K. N. Lin, H. M. Chen, C. H. Lin, P. N. Wang, Y. Y. Yang, E. B. Larson, P. Chou, and H. C. Liu

³ Blazer, Dan G.

⁴ Ay-Woan, Pan, Chan PeiYing Sarah, Chung LyInn, Chen Tsy-Jang, and Hsiung Ping-Chuan

⁵ Alexopoulos, George S.

⁶ Laidlaw, Ken, Kate Davidson, Hugh Toner, Graham Jackson, Stella Clark, Jim Law, Mary Howley, Gillian Bowie, Hazel Connery, and Susan Cross

⁷ Wells, Kenneth B., Anita Stewart, Ron D. Hays, M. Audrey Burnam, William Rogers, Marcia Daniels, Sandra Berry, Sheldon Greenfield, and John Ware

⁸ Hammen, Constance

⁹ Heene, Els, Ann Buysse, and Paulette Van Oost

¹⁰ The Marital Discord Model of Depression

¹¹ Beach, Steven R. H., Evelyn Sandeen, K. Daniel O'Leary

¹² Hollist, Cody S., Richard B. Miller, Olga G. Falceto, and Carmen Luiza C. Fernandes

¹³ Dehle, Crystal, and Robert L. Weiss



بروس^۱ ۱۹۹۹؛ بیچ و هم‌کاران^۲ ۲۰۰۳؛ از این رو، به نظر می‌رسد افراد افسرده، نسبت به دیگران، در ارتباط و حل مسئله دچار مشکل‌اند (کریستین، اولری، و وی‌وین^۳ ۱۹۹۴) و گرایش کم‌تری به نشان دادن رابطه‌ی دارای تعارض خود دارند.

از جمله متغیرهای دیگر، که می‌تواند در سطح ارتباطی همسران مؤثر باشد، تعامل همسران پریشان و آشفته است، که به وسیله‌ی بدفهمی‌های شناختی و روش اسنادی منفی (اسناد رفتار منفی همسر به عوامل درونی، و رفتار مثبت به عوامل بیرونی) مشخص می‌شود (ون دن بروک و وندریکن^۴ ۱۹۹۶؛ هین، بوئیس، و وان اوست^۵ ۲۰۰۳). مطالعه‌های روش اسنادی نشان می‌دهد که شناخت افراد افسرده در پاسخ به موقعیت‌های میان‌فردی و غیرمیان‌فردی منفی است و آن‌ها برای هر روی‌داد منفی خودشان را مورد سرزنش قرار می‌دهند. این یافته مورد تأیید فین‌چام، بیچ، و برادبری^۶ (۱۹۸۹) قرار نگرفت و در عوض، هورنه‌فر و فین‌چام^۷ (۱۹۹۶؛ ۱۹۹۷) یادآوری کردند که استفاده از هر نوع روش اسناد برای درک کامل مضامین افسردگی و نیز پریشانی و آشفتگی زناشویی ضروری است.

رابطه‌ی میان ناخوش‌نودی زناشویی و افسردگی نیز در مطالعه‌های طولی و مقطعی تأیید شده‌است. یک فراتحلیل از ۲۶ پژوهش مقطعی در باره‌ی هم‌بستگی میان کیفیت زناشویی و افسردگی اندازه‌ی ۰/۴۲- برای زنان و ۰/۳۷- را برای مردان گزارش می‌دهد (ویس‌من ۲۰۰۱؛ هولیست و هم‌کاران ۲۰۰۷)؛ افزون بر آن، پژوهش‌های طولی نشان داده‌اند که آشفتگی و پریشانی زناشویی یک پیش‌بین مهم در افسردگی آینده است (دل و وایس ۱۹۹۸؛ شافر، ویک‌راما، و کیت^۸ ۱۹۹۸؛ ویس‌من و بروس ۱۹۹۸). پارکر، کرافورد، و هازی-پاولوویچ^۹ (۲۰۰۸) نشان دادند در پژوهش‌های فرامطالع، درمان شناختی-رفتاری (CBT)^۹ برای درمان اختلال‌های گوناگون، در مقایسه با داروهای ضدافسردگی، برتر است. آقایی، جلالی، و امین‌زاده (۱۳۸۸) نیز نشان دادند که برای کاهش شدت افسردگی اساسی زنان، درمان شناختی-رفتاری گروهی از درمان دارویی‌های پیران اثربخش‌تر است؛ در حالی که میان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی با درمان‌های دارویی فلوکستین^{۱۰} و فلوکستین با هایپیران تفاوتی دیده‌نی‌شود.

¹ Whisman, Mark A., and Martha L. Bruce

² Beach, Steven R. H., Jennifer Katz, Sooyeon Kim, and Gene H. Brody

³ Christian, Jennifer L., K. Daniel O'Leary, and Dina Vivian

⁴ Van den Broucke, Stephan, and Walter Vandereycken

⁵ Fincham, Frank D., Steven R. H. Beach, and Thomas N. Bradbury

⁶ Horneffer, Karen J., and Frank D. Fincham

⁷ Schafer, Robert B., K. A. S. Wickrama, and Pat M. Keith

⁸ Parker, G. B., J. Crawford, and D. Hadzi-Pavlovic

⁹ Cognitive Behavioral Therapy

¹⁰ Fluoxetine

هین، بوئیس، و وان اوست (۲۰۰۳) نشان دادند که گونه‌ی شخصیتی روان‌نژندی و ناخوش‌نودی از زندگی با شکایت‌های افسردگی در یک نمونه‌ی بالینی پیوند دارد و افراد دارای نشانه‌های افسردگی، سطحی بالاتر از پریشانی زناشویی، کناره‌گیری و ناخوش‌نودی زناشویی، اسنادهای درونی، صفات شخصیتی نوروتیک، ارتباط منفی، و دوری از تعارض را نشان می‌دهند. هولیست و هم‌کاران (۲۰۰۷) دریافتند که ضرایب مسیر از ناخوش‌نودی زناشویی در زمان به دنیا آمدن فرزند با افسردگی در همان زنان ($\beta = ۰.۷۲۲$) به دو سال بعد ($\beta = ۰.۶۶۷$) معنادار است و این ضرایب از افسردگی در زمان به دنیا آمدن فرزند به دو سال بعد ($\beta = ۰.۱۲$) معنادار نیست. اندرسون، واتسون، و دیویدسون^۱ (۲۰۰۸)، با استفاده از راه‌کارهای درمان شناختی-رفتاری، نشان دادند که این نوع درمان باعث آرامش بیماران دارای اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، و سازگاری می‌شود، اما ممکن است نشست‌های درازمدت برای بیماران با بیماری پیش‌رفته و دارای انرژی، حافظه، و تمرکز پایین نامناسب باشد. این پژوهش‌گران می‌گویند که اگر آموزش درمان شناختی-رفتاری با نظارت کافی و به وسیله‌ی کارشناسان صورت گیرد، آن‌ها را دارای مدیریت مشکلات روان‌شناختی و کارآمدی بیشتر می‌کند.

لایدلا و هم‌کاران (۲۰۰۸) دریافتند که شرکت‌کنندگان در نشست‌های درمان شناختی-رفتاری گروهی، به گونه‌ی معنادار، در پایان مداخله و پی‌گیری‌های سه و شش‌ماهه، اختلال خلق کم‌تری را نشان دادند؛ از سوی دیگر، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، درمان خدمات پرستاری، و دیگر مراقبت‌های سلامت روانی در گام‌های خط پایه، پایان مداخله، و پی‌گیری شش‌ماهه‌ی مداخله در شناسه‌ی افسردگی و حالت نگرانی از زندگی زناشویی با یک‌دیگر متفاوت نبودند، اما گروه درمان شناختی-رفتاری به گونه‌ی معنادار نتیجه‌ی به‌تر را در شناسه‌های افسردگی‌بک، افسردگی همیل‌تون، و حالت نگرانی در زندگی به دست آورد. رجبی و جباری (۱۳۸۵) نشان دادند که میان همسران تحت آموزش شناختی (گروه آزمایش) و همسران بدون مداخله‌ی شناختی (گروه گواه)، از لحاظ میزان افسردگی و خوش‌نودی زناشویی تفاوتی معنادار وجود دارد (کاهش میزان افسردگی و افزایش خوش‌نودی زناشویی در همسران مداخله‌ی شناختی).

گارلی و آن‌وین^۲ (۲۰۰۶)، با استفاده از درمان شناختی-رفتاری فردی بر روی زنان دچار بی‌اختیاری ادراری، نتیجه گرفتند که این نوع مداخله‌ی درمانی تأثیری در کاهش افسردگی و اضطراب ۴۶ زن همسر دار (از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از پیش‌آزمون به

¹ Anderson, T., M. Watason, and R. Davidson

² Garley, Ailyn, and Jennifer Unwin



پی‌گیری) ندارد. ای-ووان و هم‌کاران (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان دادند که افسردگی، اضطراب، خودارزیابی شغلی شخصی، خودارزیابی شغلی محیطی، و اندازه‌گیری کارکرد شغلی از مهم‌ترین پیش‌بین‌های کیفیت زندگی در بیماران دچار افسردگی است. چان و هم‌کاران^۱ (۲۰۰۵)، و ژو^۲ (۲۰۰۱) در دو پژوهش جداگانه دریافتند که میان سطوح نشانه‌های پریشانی زناشویی و خوش‌نودی از زندگی در بیماران دارای اختلال‌های افسردگی غیربستری و در یک نمونه از زنان کره‌یی رابطه‌ی منفی وجود دارد. اویی و سولیوان^۳ (۱۹۹۹) بر پایه‌ی یک طرح تجربی و درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش افسردگی بر روی بیماران با اختلال خلقی دریافتند که این مداخله‌ی درمانی باعث کاهش شناخت‌های منفی و افزایش خلق مثبت و فعالیت بیماران شده‌است.

شماری از گزینه‌های درمانی موجود، که برای افسردگی حاد به کار گرفته‌می‌شوند، دربرگیرنده‌ی دامنه‌ی از داروهای ضدافسردگی و چند مداخله‌ی روان‌شناختی ساختاریافته، با پشتیبانی تجربی و زمان بسته اند. بیش‌تر مطالعه‌ها نشان می‌دهد که اگرچه هیچ درمانی به‌تنهایی کارساز نیست، کارسازترین درمان برای افسردگی باید ترکیبی از روان‌درمانی و درمان دارویی باشد (کاپلان و سادوک^۴ ۱۹۹۸).

یکی از روی‌کردهای روان‌شناختی موجود، درمان شناختی-رفتاری و میان‌فردی است، که به عنوان «استاندارد طلایی» در درمان افسردگی، پس از نیمه‌ی دهه‌ی ۱۹۸۰ و با افزایش حجم شواهد تجربی پشتیبان مطرح بوده‌است (ویلیامز^۵ ۱۹۹۲). شماری از پژوهش‌ها کارآمدی درمان شناختی-رفتاری را برای بهبود افسردگی نشان داده‌اند (دی‌روبیس و فیلی^۶ ۱۹۹۰؛ اویی و سولیوان ۱۹۹۹) و یافته‌های عمومی نیز چون‌این می‌گویند که درمان شناختی-رفتاری راه‌کار و جای‌گزین مناسب درمان‌های دارویی و میان‌فردی برای درمان افسردگی است. درمان شناختی-رفتاری یک مداخله‌ی روان‌شناختی است، که هدف آن کمک به بازسازی تفکر، احساس، رفتار، و نشانه‌های جسمانی درمان‌جویان است (هولن^۷ ۱۹۹۸؛ موری و گریب^۸ ۲۰۰۲؛ دین^۹ ۲۰۰۵؛ اندرسون، واتسون، و دیویدسون ۲۰۰۸). هدف راه‌کارهای شناختی شناسایی و چالش با تفکر منفی، جست‌وجوی کمک برای یافتن روش‌های جای‌گزین تفکر، آسان‌سازی شناسایی علل افسردگی، افزایش خوش‌نودی زناشویی، و روش‌هایی برای نگاه‌داری این راه‌کارها است. این درمان بر زمان حال و افکار و رفتارهای این جا و اکنون تمرکز دارد و درمان‌جویان و

¹ Chan, Peiyong Sarah, Terry Krupa, J. Stuart Lawson, and Shirley Eastbrook

² Jho, Mi-Young

³ Oei, Tian P. S., and Lyndall M. Sullivan

⁴ Kaplan, Harold L., and Benjamin J. Sadock

⁵ Williams, J. Mark G.

⁶ DeRubeis, Robert J., and Michael Feeley

⁷ Hollon, Steven D.

⁸ Moorey, Stirling, and Steven Greer

⁹ Dein, Simon

درمان‌گر به این موضوع می‌پردازند که چه‌گونه فعالیت یا کم‌بود فعالیت با احساس خوب یا بد در ارتباط است و چه‌گونه می‌توان برای داشتن احساس بهتر، فعالیت‌هایی را شروع کرد. در سال‌های اخیر، برخی از پژوهش‌گران لزوم بررسی درمان را از زوایای گوناگون مورد بررسی قرار داده‌اند. از دید آن‌ها، برای انتخاب درمان باید میزان اثربخشی، هزینه‌های اقتصادی، پی‌آمدهای ناشی از استفاده، و میزان پاسخ‌گویی به درمان مورد توجه قرار گیرد. درمان شناختی-رفتاری از نظریه‌ی شناختی بک^۱ (۱۹۶۴) گرفته‌شده و در طی سال‌ها شکل‌هایی گوناگون از آن به وسیله‌ی نظریه‌پردازانی برجسته، مانند الیس^۲ (۱۹۶۲)، لازاروس^۳ (۱۹۷۶)، و میچن‌باوم^۴ (۱۹۷۷) گسترش یافته‌است. این درمان یک روش درمانی تشکیل‌شده از دو رویکرد رفتاردرمانی و درمان‌شناختی است، که بخش عمده‌ی آن بر پایه‌ی این‌جا و اکنون پایه‌ریزی شده و هدف آن این است که درمان‌جویان به شیوه‌ی بتوانند دگرگونی‌های دل‌خواه را در زندگی‌شان پدید آورند (وایت^۵ ۲۰۰۰). این روش درمانی، سازمان‌یافته و جهت‌بخش، مسئله‌مدار، و در پی عوامل تداوم‌بخش مشکلات است، نه خاستگاه آن‌ها. (ویلیامز ۱۹۸۴). از ویژگی‌های این روش درمانی، که از نظر هزینه، صرفه‌جویی در وقت، و امکان پس‌خوراند اعضای گروه از هم‌دیگر یکی از روش‌های موردعلاقه‌ی درمان‌گران به شمار می‌آید (کوری^۶ ۱۹۹۶)، می‌توان کاربرد تکالیف منزل و پایین بودن احتمال بازگشت افسردگی را نام برد (بارنز و اسپنگلر^۷ ۲۰۰۰؛ تیزدیل و هم‌کاران^۸ ۲۰۰۰)؛ افزون بر آن که جنبه‌ی رفتاری آن آرمیدگی، هدف‌گذاری، واقع‌گرایی، و بازسازی فعالیت‌های روزانه را، با هدف لذت و خوش‌نودی، تشویق می‌کند (بک ۲۰۰۵).

آمارهای موجود در مورد افسردگی زنان در ایران و کشورهای دیگر همگی نشان‌گر بالا بودن میزان افسردگی زنان، نسبت به مردان است (۳۰/۵ درصد زنان و ۱۶/۷ درصد مردان) (کاوایانی، جواهری، و بحیرایی ۱۳۸۴). تقریباً در سراسر جهان و در همه‌ی کشورها و فرهنگ‌ها فراگیری افسردگی در زنان دوبرابر مردان است و دلایل این تفاوت را می‌توان ناشی از تفاوت‌های هورمونی، پی‌آمدهای زایمان، تفاوت فشارهای روانی-اجتماعی زنان و مردان، و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی خودآموخته (سادوک و سادوک^۹ ۱۳۸۴) دانست. به دلیل آن که خوش‌نودی زناشویی، که در طی آن زن و شوهر از ازدواج با هم احساس

¹ Beck, Aaron T.

² Ellis, Albert

³ Lazarus, Arnold A.

⁴ Meichenbaum, Donald

⁵ White, Jim

⁶ Corey, Gerald

⁷ Burns, David D., and Diane L. Spangler

⁸ Teasdale, John D., Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, Valerie A. Ridgeway, Judith M. Soulsby, and Mark A. Lau

⁹ Sadock, Benjamin J., and Virginia A. Sadock



شادمانی دارند (سین‌ها و موکرچی^۱، ۱۹۹۱). یکی از عوامل پیش‌رفت و دستیابی به اهداف زندگی است، و از سوی دیگر شواهد بسیار نشان می‌دهد نبود پشتیبانی اجتماعی و نداشتن صمیمیت با افراد مهم زندگی نقشی اساسی در شکل‌گیری افسردگی بر عهده دارد، هدف عمده‌ی این مطالعه بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش خوش‌نودی زناشویی در زنان همسر دار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز است؛ به همین منظور، چهار فرضیه‌ی زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد:

- ۱ درمان شناختی-رفتاری گروهی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در نمونه‌ی مورد مطالعه می‌شود.
- ۲ درمان شناختی-رفتاری گروهی باعث تداوم کاهش نشانه‌های افسردگی از پیش‌آزمون به پی‌گیری در نمونه‌ی مورد مطالعه می‌شود.
- ۳ درمان شناختی-رفتاری گروهی باعث افزایش خوش‌نودی زناشویی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در نمونه‌ی مورد مطالعه می‌شود.
- ۴ درمان شناختی-رفتاری گروهی باعث تداوم افزایش خوش‌نودی زناشویی از پیش‌آزمون به پی‌گیری در نمونه‌ی مورد مطالعه می‌شود.

روش

نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش یک طرح آزمایشی میدانی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پی‌گیری گسترش‌یافته با گروه گواه است. جامعه‌ی آماری پژوهش را همه‌ی زنان همسر دار داوطلب شهر اهواز در سال ۱۳۸۷، که به فراخوان پژوهش‌گران برای آموزش روش شناختی-رفتاری پاسخ دادند، تشکیل می‌دهند. از میان ۱۱۸ زن مراجعه‌کننده، ۲۰ نفر، بر پایه‌ی معیارهای اختلال افسردگی (DSM-IV-TR)^۲ و نمره‌های بالاتر از ۱۵ (افسردگی شدید) در فرم کوتاه «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک» (رجبی ۱۳۸۴) و نمره‌های پایین‌تر از ۳۵ (ناخوش‌نودی زناشویی شدید) در «مقیاس رضایت زناشویی» (رجبی ۱۳۸۸) انتخاب شدند. در گام بعد، ۱۰ نفر از آنان، به گونه‌ی تصادفی ساده، در گروه درمان شناختی-رفتاری (گروه آزمایش)، و ۱۰ نفر دیگر در گروه گواه (بدون مداخله) جای داده شدند.

¹ Sinha, P. S., and Neelima Mukerjee

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- فرم کوتاه «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک» (BDI-13)^۱ - «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک» (بک و بک^۲ ۱۹۷۳، برگرفته از لی‌هی^۳ ۱۹۹۲؛ بک، ریال، و ریکلس^۴ ۱۹۷۴)، که برای آسان‌سازی اجرای سریع در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی گردآوری شده، بر پایه‌ی مطالعه‌ی اصلی صورت گرفته‌است (بک و هم‌کاران^۵ ۱۹۶۱؛ لی‌هی ۱۹۹۲). پرسش‌نامه دربرگیرنده‌ی ۱۳ ماده‌ی خودگزارشی است، که نشانه‌های ویژه‌ی افسردگی را نشان می‌دهد و هر گزاره‌ی آن یک سنجه‌ی چهارگویه‌ی است، که دامنه‌ی آن از ۰ تا ۳ مرتب شده و بیشینه و کمینه‌ی نمره‌ی آن ۳۹ و صفر است. «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک» برای اندازه‌گیری در زمینه‌های گوناگون نشانه‌شناسی افسردگی، مانند افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی، و فیزیولوژیک گردآوری شده‌است (منصور و دادستان ۱۳۶۸؛ رجبی ۱۳۸۴).

رینولدز و گولد^۶ (۱۹۸۱، برگرفته از رجبی ۱۳۸۴)، پس از اجرای فرم بلند و کوتاه «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک» روی نمونه‌ی افرادی که در یک برنامه‌ی نگاه‌داری با متادون شرکت داشتند، ضریب پایایی هم‌سانی درونی را برای پرسش‌نامه‌ی بلند ۰/۸۵ و برای پرسش‌نامه‌ی کوتاه ۰/۸۳ گزارش کردند. رجبی (۱۳۸۴) نیز، پس از اعمال فرمول اصلاح‌شده‌ی اسپیرمن-براون^۷، ضریب هم‌سانی درونی فرم کوتاه «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک» را برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۲، برای عامل عاطفه‌ی منفی نسبت به خود ۰/۸۲، و برای عامل بی‌لذتی ۰/۷۶ به دست آورد.

بک، ریال، و ریکلس (۱۹۷۴) هم‌بستگی‌های میان پرسش‌نامه‌ی ۲۱ ماده‌ی و پرسش‌نامه‌ی ۱۳ ماده‌ی را ۰/۸۹ تا ۰/۹۷ به دست آوردند. حجت، شاپوریان، و مهریار^۸ (۱۹۸۶، برگرفته از رجبی ۱۳۸۴) نیز به هم‌بستگی‌های مثبت معنادار میان «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک» و شناسه‌های اضطراب، تنهائی، و مکان کنترل بیرونی دست یافتند. آنان نشان دادند که «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک» از اعتبار و شایستگی اعتماد لازم در دانش‌جویان ایرانی برخوردار است.

۲- «مقیاس رضایت زناشویی» محرابیان^۹ - «مقیاس رضایت زناشویی»، که به وسیله‌ی محرابیان^{۱۰} و در سال ۲۰۰۵ گردآوری شده، یک ابزار اندازه‌گیری مربوط به بررسی

¹ Beck Depression Inventory² Beck, Aaron T., and Roy W. Beck³ Leahy, Julia M.⁴ Beck, Aaron T., William Y. Rial, and Karl Rickels⁵ Beck, A. T., C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, and J. Erbaugh⁶ Reynolds, William M., and Jonathan W. Gould⁷ Spearman-Brown prediction formula⁸ Hojat, M., R. Shapurian, and A. H. Mehryar⁹ Comprehensive Marital Satisfaction Scale (CMSS)¹⁰ Mehrabian, Albert



جنبه‌های گوناگون خوشنودی زناشویی است. فرم کوتاه «مقیاس رضایت زناشویی» (محراییان ۲۰۰۵؛ رجبی ۱۳۸۸) برای ارزیابی و شناسایی زمینه‌های احتمالاً مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری روابط زناشویی ساخته شده و دارای ۱۴ ماده است، که کمینه و بیشینه‌ی نمره‌ها، به ترتیب، میان ۱۴ تا ۷۰ به دست می‌آید. نمره‌ی بالا نشان‌دهنده‌ی میزان بالای خوشنودی زناشویی همسران، و نمره‌ی پایین نشان‌دهنده‌ی ناخوشنودی زناشویی است. ماده‌های این سنج به صورت لیکرت و در یک دامنه‌ی پنج‌گزینه‌ی «کاملاً موافق ام»؛ «موافق ام»؛ «نه موافق ام و نه مخالف»؛ «مخالف ام»؛ «کاملاً مخالف ام» درجه‌بندی شده‌است و شماری از ماده‌های آن به گونه‌ی معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

رجبی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرون‌باخ فرم کوتاه «مقیاس رضایت زناشویی» را در کل ۰/۹۰، برای زنان ۰/۹۱، و برای مردان ۰/۸۹ به دست آورد. محرابیان (۲۰۰۵) نیز، در یک تحلیل عامل بر روی فرم بلند «مقیاس رضایت زناشویی»، عاملی را با اندازه‌های ویژه‌ی بالاتر از ۱۲/۴ به دست آورد.

رجبی (۱۳۸۸) روایی هم‌زمان فرم کوتاه (۱۴ ماده‌ی) «مقیاس رضایت زناشویی» با فرم بلند (۴۷ ماده‌ی) ENRICH^۱ را در کل ۰/۸۳ ($p < ۰/۰۰۰۱$)، برای مردان ۰/۸۵، و برای زنان ۰/۸۱ ($p < ۰/۰۰۱$) به دست آورد و با استفاده از تحلیل عامل مایل به دو عامل خوشنودی از ازدواج و ناخوشنودی از ازدواج دست یافت.

چکیده‌ی طرح درمانی شناختی-رفتاری

درمان شناختی-رفتاری گروهی در هفت نشست دوساعته برگزار شد، که سرفصل مطالب گفته شده در هر نشست، جداگانه، در زیر آمده‌است:

نشست نخست: آشنایی- با هدف پذیرش درمان‌جویان، بررسی چشم‌داشت‌های آن‌ها، آشنایی آن‌ها با نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی افسردگی، و دست‌یابی به چکیده‌ی آموزش به درمان‌جویان در زمینه‌ی الگوهای شناختی-رفتاری و شیوه‌ی درمان.

نشست دوم: برخورد با افکار منفی- با هدف شناخت افکار منفی، چه‌گونه‌ی پیدایش این افکار، و آموزش چیرگی بر افکار منفی درمان‌جویان.

نشست سوم: بدفهمی‌های شناختی- با هدف آموزش چیرگی بر تفکر دوبخشی، آموزش چیرگی بر برداشت‌های دل‌خواه، آموزش چیرگی بر داوری نامتعادل، آموزش چیرگی بر نتیجه‌گیری آنی، و آموزش چیرگی بر ذهن‌خوانی و برداشت‌های اشتباه.

^۱ Evaluating and Nurturing Relationship Issues, Communication, and Happiness (ENRICH)

نشست چهارم: بدفهمی‌های شناختی- با هدف آموزش چیرگی بر تعمیم بیش‌ازاندازه، آموزش چیرگی بر برچسب زدن، آموزش چیرگی بر اصطلاح‌های نادرست، آموزش چیرگی بر تعمیم مبالغه‌آمیز، آموزش چیرگی بر مطلق‌گرایی، آموزش چیرگی بر پالایه‌ی ذهنی، و آموزش چیرگی بر احساس گناه.

نشست پنجم: بدفهمی‌های شناختی- با هدف آموزش چیرگی بر بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، آموزش چیرگی بر فاجعه‌آمیز بودن، آموزش چیرگی بر مصیبت‌بار بودن، آموزش چیرگی بر تردستی دویخشی، آموزش چیرگی بر توجه بیش‌ازاندازه به موقعیت‌های منفی، و آموزش چیرگی بر شخصی‌سازی‌ها.

نشست ششم: کنترل خشم- با هدف آگاهی از زمان خشمگین شدن، کنترل کردن خشم، و چیرگی بر خشم درمان‌جویان.

نشست هفتم: پایان- با هدف جمع‌بندی و بازنگری کلی فرآیند درمان و تأثیر آن بر روی زنان همسردار افسرده و نیز اجرای فرم کوتاه «پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک».

یافته‌ها

همان‌گونه که در **جدول ۱** دیده‌می‌شود، نمره‌ی Z به‌دست‌آمده از آزمون یوی من-ویتنی^۱ در مورد تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت‌کنندگان زن گروه‌های آزمایش و گواه در افسردگی برابر با $۳/۸۰-$ است، که در سطح آماری $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که میان زنان دو گروه، نمره‌های افسردگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون، به سود کاهش میزان افسردگی در شرکت‌کنندگان گروه تحت‌مداخله‌ی شناختی-رفتاری، متفاوت است و بدین ترتیب، فرضیه‌ی نخست پژوهش در باره‌ی کاهش میزان افسردگی در زنان شرکت‌کننده در گروه آزمایش مورد تأیید قرار می‌گیرد. نمره‌ی Z به‌دست‌آمده از آزمون یوی من-ویتنی در مورد تفاضل پیش‌آزمون و پی‌گیری شرکت‌کنندگان زن گروه‌های آزمایش و گواه در میزان افسردگی برابر با $۲/۸۷-$ است، که در سطح آماری $p < ۰/۰۰۴$ معنادار، و در راستای کاهش میزان افسردگی در شرکت‌کنندگان زن گروه آزمایش است؛ بدین ترتیب، فرضیه‌ی دوم پژوهش در باره‌ی کاهش میزان افسردگی در زنان شرکت‌کننده از پیش‌آزمون به گام پی‌گیری در گروه آزمایش تأیید می‌شود.

^۱ Mann-Whitney U test



جدول ۱ نتایج آزمون یوی من-ویتنی میزان افسردگی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	شمار	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	U	Z	p
تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون	آزمایش	۱۰	۸/۲۰	۳/۷۵	۱۵/۵۰	۰/۰۰۰	-۳/۸۰	< ۰/۰۰۱
	گواه	۱۰	-۱/۱۰	۲/۱۳	۵/۵۰			
تفاضل پیش‌آزمون و پی‌گیری	آزمایش	۱۰	۳/۲۰	۲/۰۴	۱۴/۲۰	۱۳/۰۰۰	-۲/۸۷	< ۰/۰۰۴
	گواه	۱۰	۰/۷۰	۱/۱۶	۶/۸۰			

همان گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، Z به دست آمده از آزمون یوی من-ویتنی در مورد تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت‌کنندگان زن گروه‌های آزمایش و گواه در خوشنودی زناشویی برابر با $-۳/۸۰$ است ($p < ۰/۰۰۰۱$). این نتیجه نشان می‌دهد که میان زنان دو گروه، نمره‌های خوشنودی زناشویی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون، به سود افزایش خوشنودی زناشویی در شرکت‌کنندگان گروه تحت مداخله‌ی شناختی-رفتاری، تفاوت معنادار دارد؛ بدین ترتیب، فرضیه‌ی سوم پژوهش در باره‌ی افزایش خوشنودی زناشویی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در زنان شرکت‌کننده در گروه آزمایش تأیید می‌شود. نمره‌ی Z به دست آمده از آزمون یو-من‌ویتنی در مورد تفاضل پیش‌آزمون و پی‌گیری شرکت‌کنندگان زن گروه‌های آزمایش و گواه در میزان خوشنودی زناشویی برابر با $-۱/۸۰$ است ($p = ۰/۰۷۱$)، که نشان می‌دهد اختلاف چندانی در نمره‌های خوشنودی زناشویی زنان شرکت‌کننده در دو گروه آزمایش و گواه، پیش از مداخله و یک ماه پس از مداخله‌ی شناختی-رفتاری، وجود ندارد؛ بدین ترتیب، فرضیه‌ی چهارم پژوهش در باره‌ی افزایش خوشنودی زناشویی از پیش‌آزمون به گام پی‌گیری تأیید نمی‌شود.

جدول ۲ نتایج آزمون یوی من-ویتنی میزان خوشنودی زناشویی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	شمار	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	U	Z	p
تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون	آزمایش	۱۰	-۱۵/۷۰	۴/۹۴	۵/۵۰	۰/۰۰۰	-۳/۸۰	< ۰/۰۰۰۱
	گواه	۱۰	۰/۷۰	۲/۳۵	۱۵/۵۰			
تفاضل پیش‌آزمون و پی‌گیری	آزمایش	۱۰	-۳/۳۰	۳/۷۷	۸/۱۵	۲۶/۵۰۰	-۱/۸۰	۰/۰۷۱
	گواه	۱۰	۰/۴۰	۴/۱۹	۱۲/۸۵			

بحث

هدف این پژوهش بررسی تأثیر مداخله‌ی شناختی-رفتاری گروهی در کاهش میزان افسردگی و افزایش خوشنودی زناشویی در زنان همسر دار بود. فرض بر این قرار گرفت که مداخله‌ی درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود افزایش خوشنودی

زناشویی می‌شود و این جنبه‌های مثبت مداخله‌ی درمانی تا یک ماه پس از مداخله نیز ادامه خواهد داشت. آزمون غیرپارامتریک یو-من‌ویتنی نشان داد که گروه تحت‌مداخله‌ی شناختی-رفتاری و گروه بدون‌مداخله (گواه)، از نظر میزان افسردگی، با یکدیگر متفاوت اند، که این مسئله نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش میزان افسردگی در گروه تحت‌مداخله‌ی شناختی-رفتاری شده‌است (تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش ۸/۲۰ و تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه ۱۰/۱-).

اویی و فری^۱ (۱۹۹۵) به رابطه‌ی مثبت در باره‌ی درمان شناختی و دیگر درمان‌های روان‌شناختی دست یافتند، که در درمان دارویی دیده‌نشده‌بود. پارکر، کرافورد، و هازی-پاولوویچ (۲۰۰۸) نیز از برتری درمان شناختی نسبت به درمان دارویی خبر می‌دهند. اویی و سولیوان (۱۹۹۹) این یافته‌ها را تأیید می‌کنند و بر این باور اند که درمان شناختی-رفتاری انتظارهای منفی را کاهش می‌دهد و با درمان‌های فردی قابل‌قیاس است؛ هرچند باید یادآوری کرد که باور بیمار و مراجعه‌کننده نسبت درمان و نیز درجه‌بندی او از سودمند بودن داده‌های فراهم‌شده در درمان به درمان افسردگی کمک خواهد کرد. عواملی مانند نگرش مراجعه‌کننده به به‌بودی و پذیرش منطق درمانی عامل احتمالی دگرگونی درمان‌گری است. شماری از پژوهش‌گران، در سطح کلی، بر این گمان اند که جنبه‌های شناختی و زیست‌شناسی افسردگی با یکدیگر هم‌کاری دارند و درمان شناختی-رفتاری ممکن است روش قطع خودتداومی چرخه‌ی افسردگی به شمار آید (فری و اویی^۲ ۱۹۸۹؛ بک‌هام^۳ ۱۹۹۰). برخی نظریه‌پردازان بر این باور اند که متغیرهای شناختی ممکن است با رشد نشانه‌های افسردگی پیوند داشته‌باشد. لایدلا و هم‌کاران (۲۰۰۸) نشان دادند درمان شناختی-رفتاری می‌تواند یک مداخله‌ی درمانی پویا برای کاهش نشانه‌های افسردگی در سه ماه پس از پایان مداخله باشد؛ هم‌چون این، به باور آن‌ها، شرکت‌کنندگانی که تنها زندگی می‌کنند، نسبت به شرکت‌کنندگانی که با همسران‌شان زندگی می‌کنند، پی‌آمدهایی به‌تر را در باره‌ی نشانه‌های افسردگی به دست می‌آورند؛ زیرا افرادی که تنها زندگی می‌کنند ممکن است آزادی بیشتری برای پی‌گیری تکالیف خانه داشته‌باشند و بنا بر این، بیش‌تر از ماهیت حل مسئله‌ی درمان شناختی-رفتاری سود برند.

یافته‌ی دیگر پژوهش این است که پی‌آمدهای مثبت مداخله‌ی شناختی-رفتاری تا یک ماه پس از نشست‌های درمانی ادامه دارد و تأثیر آن در کاهش نشانه‌های افسردگی در

¹ Oei, Tian P. S., and Michael L. Free

² Free, Michael L., and Tian P. S. Oei

³ Beckham, E. Edward



زنان آشکار است؛ به عبارت دیگر، بازسازی افکار در زمان درمان و پس از آن، به صورت فردی، باعث افزایش دید مثبت به زندگی و دیگر افراد خواهد شد.

یافته‌ی دیگر این مطالعه مربوط به تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خوش‌نودی زناشویی در زنان است. نتایج آزمون یوی من-ویتنی در مورد تأثیر مداخله‌ی درمانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون نشان‌گر کارآمدی این روش درمانی در افزایش خوش‌نودی زنان همسردار از پیش‌آزمون به پس‌آزمون است. لایبلا و هم‌کاران (۲۰۰۸) در تأیید این مسئله دریافتند که کیفیت زندگی شرکت‌کنندگانی که تحت درمان شناختی-رفتاری بودند در پایان مداخله افزایش پیدا کرد. هولیست و هم‌کاران (۲۰۰۷)، با تأیید مدل اختلاف زناشویی افسردگی در جامعه‌ی برزیل، دریافتند اختلاف زناشویی باعث تداوم نشانه‌های افسردگی می‌شود.

مدل بیچ اختلاف زناشویی را پیش‌آیند افسردگی می‌داند، اما باید توجه کرد که شواهد نشان می‌دهد نشانه‌های افسردگی را می‌توان به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده‌ی خوش‌نودی زناشویی به شمار آورد. در موقعیت‌هایی که افسردگی پیش از ازدواج رخ می‌دهد، منطقی است که افسردگی به پریشانی زناشویی بعدی انجامد، اما بیچ و هم‌کاران (۲۰۰۳)، با شناسایی ماهیت تقابلی سبب‌شناسی اختلاف زناشویی و افسردگی، دریافتند بدون در نظر گرفتن شواهدی که نشان می‌دهد اختلاف زناشویی منجر به افسردگی بعدی می‌شود، درمان اختلاف زناشویی می‌تواند نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد (بیچ ۲۰۰۱؛ دی‌سالس، جانسون، و دنتون^۱ ۲۰۰۳؛ هولیست و هم‌کاران ۲۰۰۷). شواهدی محکم در مورد رابطه‌ی میان شکایت از افسردگی و اختلاف زناشویی دیده‌می‌شود و همسرانی که با یک فرد افسرده زندگی می‌کنند، به گونه‌ی معنادار و نسبت به هنجارهای جامعه‌ی عمومی، شکایت بیشتری از افسردگی می‌کنند. هولیست و هم‌کاران (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که زن و مرد دارای همسر افسرده، به گونه‌ی معنادار، سطوح بالاتری از درخواست کناره‌گیری و سطوح پایین‌تری از ارتباط‌های سازنده و سازگاری زناشویی را ارائه می‌دهند.

فرضیه‌ی تداوم تأثیر مداخله‌ی درمانی خوش‌نودی زناشویی در یک ماه پس از پایان مداخله مورد تأیید قرار نگرفت. از یک سو، بی‌سازمانی فضای خانواده، مشکلات موجود، مانند ایرادگیری و نبود توجه شوهر، و برخوردهای نامناسب همسر در مسائل گوناگون، که می‌تواند مداخله‌ی درمانی را ناکارآمد نشان دهد، و از سوی دیگر، ادامه نیافتن برنامه‌های درمانی شناختی-رفتاری، به صورت فردی و در محیط خانه، به‌ویژه در موارد چیرگی بر

¹ Dessaulles, Andre, Susan M. Johnsona, and Wayne H. Denton

نتیجه‌ی آنی، چیرگی بر داوری نامتعادل، و چیرگی بر برداشت‌های اشتباه، در تأیید نشدن این فرضیه بی‌تأثیر نیست.

شرکت‌کنندگان زنی که به صورت تصادفی انتخاب نشدند یا به گونه‌ی تصادفی در گروه‌ها جای گرفتند و نیز احتیاط در تعمیم دادن یافته‌ها، از محدودیت‌های عمده‌ی این مطالعه به شمار می‌آید.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران در پژوهش‌های بعدی شرکت‌کنندگان را به گونه‌ی تصادفی و از میان زن و شوهرها، و نه تنها زن یا تنها شوهر، انتخاب کنند؛ هم‌چون این، عادت ماهیانه‌ی زنان نیز تحت کنترل قرار گیرد تا با مداخله‌ی درمانی آمیخته نشود.

بدین وسیله از همه‌ی شرکت‌کنندگان زن، که به فراخوان پژوهش‌گران برای درمان و آموزش پاسخ مثبت دادند، از سرکار خانم خیریه نیسی مدیر مرکز روان‌شناسی در شهر اهواز، که نشست‌ها در آن مرکز برگزار شد، و نیز از سرکار خانم خدیجه شیرالی، دانشجوی دکتری مشاوره، که با کمال دل‌سوزی در به انجام رسیدن این مطالعه هم‌کاری کردند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌کنیم.

منابع

آقای، اصغر، داریوش جلالی، و مجتبی امین‌زاده. ۱۳۸۸. «مقایسه‌ی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری، فلوکستین، و هاپیران در کاهش شدت افسردگی اساسی زنان». *تحقیقات علوم رفتاری* ۷(۲):۱۳۱-۱۴۱.

رجبی، غلام‌رضا. ۱۳۸۴. «ویژگی‌های روان‌سنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک BDI-13». *روانشناسان ایران* ۱(۴-۵):۲۹۱-۲۹۸.

_____. ۱۳۸۸. «بررسی ساختار عاملی مقیاس رضایت زناشویی در کارمندان متأهل دانشگاه شهید چمران». *روان‌پژشکی و روان‌شناسی بالینی ایران* ۱۵(۴):۳۵۱-۳۵۸.

رجبی، غلام‌رضا، و حوا جباری. ۱۳۸۵. «تأثیر درمان شناختی بر رضایت زناشویی در زنان متأهل مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز بهزیستی شهید فیاض‌بخش شهر اهواز». مقاله‌ی ارائه‌شده در دومین کنگره‌ی سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران ۲۵-۲۸ اردی‌بهشت، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

سادوک، بنجامین، و ویرجینیا سادوک. ۱۳۸۴. *خلاصه‌ی روان‌پژشکی: علوم رفتاری-روان‌پژشکی بالینی*. برگردان حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند.



کاویانی، حسین، فروزان جواهری، و هادی بحیرایی. ۱۳۸۴. «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی، و اضطراب: پی‌گیری ۶۰ روزه.»

تازه‌های علوم شناختی ۷(۱):۴۹-۵۹.

منصور، محمود، و پیری‌رخ دادستان. ۱۳۶۸. *بیماری‌های روانی*. تهران: ژرف.

Alexopoulos, George S. 2005. "Depression in the Elderly." *The Lancet* 365(9475):1961-1970.

Anderson, T., M. Watason, and R. Davidson. 2008. "The Use of Cognitive Behavioural Therapy Techniques for Anxiety and Depression in Hospice Patients: A Feasibility Study." *Palliative Medicine* 22(7):814-821.

Ay-Woan, Pan, Chan PeiYing Sarah, Chung LyInn, Chen Tsy-Jang, and Hsiung Ping-Chuan. 2006. "Quality of Life in Depression: Predictive Models." *Quality of Life Research* 15(1):39-48.

Beach, Steven R. H., ed. 2001. *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

Beach, Steven R. H., Jennifer Katz, Sooyeon Kim, and Gene H. Brody. 2003. "Prospective Effects of Marital Satisfaction on Depressive Symptoms in Established Marriages: A Dyadic Model." *Journal of Social and Personal Relationships* 20(3):355-371.

Beach, Steven R. H., Evelyn Sandeen, K. Daniel O'Leary. 1990. *Depression in Marriage: A Model for Etiology and Treatment*. New York, NY, USA: Guilford Press.

Beck, Aaron T. 1964. "Thinking and Depression: II. Theory and Therapy." *Archives of General Psychiatry* 10(6):561-571.

———. 2005. "The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective." *Archives of General Psychiatry* 62(9):953-959.

Beck, A. T., C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, and J. Erbaugh. 1961 An inventory for measuring depression." *Archives of General Psychiatry* 4:561-71.

Beck, Aaron T., William Y. Rial, and Karl Rickels. 1974. "Short form of Depression Inventory: Cross-Validation." *Psychological Reports* 34(3):1184-1186.

Beckham, E. Edward. 1990. "Psychotherapy of Depression Research at a Crossroads: Directions for the 1990s." *Clinical Psychology Review* 10(2):207-228.

Blazer Dan G. 2003. "Depression in Late Life: Review and Commentary." *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 58(3):249-265.

Burns, David D., and Diane L. Spangler. 2000. "Does Psychotherapy Homework Lead to Improvements in Depression in Cognitive Behavioral Therapy or Does Improvement Lead to Increased Homework Compliance?" *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(1):46-56.

Chan, Peiying Sarah, Terry Krupa, J. Stuart Lawson, and Shirley Eastabrook. 2005. "An Outcome in Need of Clarity: Building a Predictive Model of Subjective Quality of Life for Persons with Severe Mental Illness Living in the Community." *American Journal of Occupational Therapy* 59(2):181-190.

Christian, Jennifer L., K. Daniel O'Leary, and Dina Vivian. 1994. "Depressive Symptomatology in Maritally Discordant Women and Men: The Role of Individual and Relationship Variables." *Journal of Family Psychology* 8(1):32-42.

- Corey, Gerald. 1996. *Theory and Practice of Group Counseling*. 4th edition. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Dehle, Crystal, and Robert L. Weiss. 1998. "Sex Differences in Prospective Associations between Marital Quality and Depressed Mood." *Journal of Marriage and the Family* 60(4):1002–1011.
- Dein, Simon. 2005. "Cognitive Behavioural Therapy in the Palliative Care Setting." *European Journal of Palliative Care* 12(4):174–176.
- DeRubeis, Robert J., and Michael Feeley. 1990. "Determinants of Change in Cognitive Therapy for Depression." *Cognitive Therapy and Research* 14(5):469–482.
- Dessaulles, Andre, Susan M. Johnsona, and Wayne H. Denton. 2003. "Emotion-Focused Therapy for Couples in the Treatment of Depression: A Pilot Study." *The American Journal of Family Therapy* 31(5):345–353.
- Ellis, Albert. 1962. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Oxford, UK: Lyle Stuart.
- Fincham, Frank D., Steven R. H. Beach, and Thomas N. Bradbury. 1989. "Marital Distress, Depression, and Attributions: Is the Marital Distress-Attribution Association an Artifact of Depression?" *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(6):768–771.
- Free, Michael L., and Tian P. S. Oei. 1989. "Biological and Psychological Processes in the Treatment and Maintenance of Depression." *Clinical Psychology Review* 9(6):653–688.
- Garley, Ailyn, and Jennifer Unwin. 2006. "A Case Series to Pilot Cognitive Behaviour Therapy for Women with Urinary Incontinence." *British Journal of Health Psychology* 11(Pt3):373–386.
- Hammen, Constance. 1991. "Generation of Stress in the Course of Unipolar Depression." *Journal of Abnormal Psychology* 100(4):555–561.
- Heene, Els, Ann Buysse, and Paulette Van Oost. 2003. "A Categorical and Dimensional Perspective on Depression within a Nonclinical Sample of Couples." *Family Process* 42(1):133–149.
- Hollist, Cody S., Richard B. Miller, Olga G. Falceto, and Carmen Luiza C. Fernandes. 2007. "Marital Satisfaction and Depression: A Replication of the Marital Discord Model in a Latino Sample." *Family Process* 46(4):485–497.
- Hollon, Steven D. 1998. "What is Cognitive Behavioural Therapy and Does It Work?" *Current Opinion in Neurobiology* 8(2):289–292.
- Horneffer, Karen J., and Frank D. Fincham. 1996. "Attributional Models of Depression and Marital Distress." *Personality and Social Psychology Bulletin* 22(7):678–698.
- . 1997. "Attributional Models of Depression and Marital Distress: Erratum." *Personality and Social Psychology Bulletin* 23(4):439.
- Jho, Mi-Young. 2001. "Study on the Correlation between Depression and Quality of Life for Korean Women." *Nursing and Health Sciences* 3(3):131–137.
- Kaplan, Harold I., and Benjamin J. Sadock. 1998. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 8th edition. Baltimore, MD, USA: Lippincott Williams and Wilkins.



- Laidlaw, Ken, Kate Davidson, Hugh Toner, Graham Jackson, Stella Clark, Jim Law, Mary Howley, Gillian Bowie, Hazel Connery, and Susan Cross. 2008. "A Randomised Controlled Trial of Cognitive Behaviour Therapy vs Treatment as Usual in the Treatment of Mild to Moderate Late Life Depression." *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(8):843–850.
- Lazarus, Arnold A., ed. 1976. *Multimodal Behavior Therapy*. New York, NY, USA: Springer.
- Leahy, Julia M. 1992. "Validity and Reliability of the Beck Depression Inventory-Short form in a Group of Adult Bereaved Females." *Journal of Clinical Psychology* 48(1):64–68.
- Liu, C. Y., S. J. Wang, E. L. Teng, J. L. Fuh, C. C. Lin, K. N. Lin, H. M. Chen, C. H. Lin, P. N. Wang, Y. Y. Yang, E. B. Larson, P. Chou, and H. C. Liu. 1997. "Depressive Disorders among Older Residents in a Chinese Rural Community." *Psychological Medicine* 27(4):943–949.
- Mehrabian, Albert. 2005. *Manual for the Comprehensive Marital Satisfaction Scale (CMSS)*. Monterey, CA, USA: Author.
- Meichenbaum, Donald. 1977. *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York, NY, USA: Plenum Press.
- Moorey, Stirling, and Steven Greer. 2002. *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer*. 2nd edition. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Oei, Tian P. S., and Michael L. Free. 1995. "Do Cognitive Behaviour Therapies Validate Cognitive Models of Mood Disorders? A Review of the Empirical Evidence." *International Journal of Psychology* 30(2):145–180.
- Oei, Tian P. S., and Lyndall M. Sullivan. 1999. "Cognitive Changes Following Recovery from Depression in a Group Cognitive-Behaviour Therapy Program." *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33(3):407–415.
- Parker, G. B., J. Crawford, and D. Hadzi-Pavlovic. 2008. "Quantified Superiority of Cognitive Behaviour Therapy to Antidepressant Drugs: A Challenge to An Earlier Meta-Analysis." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118(2):91–97.
- Schafer, Robert B., K. A. S. Wickrama, and Pat M. Keith. 1998. "Stress in Marital Interaction and Change in Depression: A Longitudinal Analysis." *Journal of Family Issues* 19(5):578–594.
- Sinha, P. S., and Neelima Mukerjee. 1990. "Marital Adjustment and Personal Space Orientation." *The Journal of Social Psychology* 130(5):633–639.
- Teasdale, John D., Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, Valerie A. Ridgeway, Judith M. Soulsby, and Mark A. Lau. 2000. "Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(4):615–623.
- Van den Broucke, Stephan, and Walter Vandereycken. 1996. "The Marital Relationship of Psychiatric Practice: A Discussion of Different Viewpoints." *State of the Art in Clinical Psychiatry* 32(22):4–27.
- Wells, Kenneth B., Anita Stewart, Ron D. Hays, M. Audrey Burnam, William Rogers, Marcia Daniels, Sandra Berry, Sheldon Greenfield, and John Ware. 1989. "The Functioning and Well-Being of Depressed Patients: Results from the Medical Outcomes Study." *The Journal of the American Medical Association* 262(7):914–919.

- Whisman, Mark A. 2001. "The Association between Depression and Marital Dissatisfaction." Pp. 3-24 in *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*, edited by Steven R. H. Beach. Washington, DC, USA: American Psychological Association (APA).
- Whisman, Mark A., and Martha L. Bruce. 1999. "Marital Dissatisfaction and Incidence of Major Depressive Episode in a Community Sample." *Journal of Abnormal Psychology* 108(4):674-678.
- White, Jim. 2000. *Treating Anxiety and Stress: A Group Psycho-Educational Approach Using Brief CBT*. New York, NY, USA: Guilford Press.
- Williams, J. Mark G. 1984. *The Psychological Treatment of Depression: A Guide to the Theory and Practice of Cognitive-Behaviour Therapy*. London, UK: Routledge.
- . 1992. *The Psychological Treatment of Depression: A Guide to the Theory and Practice of Cognitive-Behaviour Therapy*. 2nd edition. London, UK: Routledge.

نویسندگان

دکتر غلامرضا رجیبی

روانشناس و دانش‌یار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز
rajabireza@scu.ac.ir

دانش‌آموخته‌ی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ۱۳۸۲.
مدیر گروه مشاوره، سردبیر و عضو هیئت تحریریه‌ی مجله‌ی *مشاوره‌ی کاربردی*، دانشگاه شهید چمران اهواز.
از وی ۳۴ مقاله‌ی علمی-پژوهشی در زمینه‌هایی مانند هنجاریابی و اعتباریابی آزمون‌های هوش و شخصیت کودکان، مشاوره‌ی خانواده، آزمون‌های بالینی، و مدل‌سازی در زمینه‌های خانواده و بالینی چاپ شده‌است. وی نگارنده‌ی کتاب‌های *تحلیل عاملی، روان‌شناسی تربیتی*، و *دفترچه‌ی راهنمای آزمون نقاشی مقیاس نمره‌گذاری مردان و زنان آدمک گودیناف-هریس* است.

سیدامید ستوده

کارشناس ارشد مشاوره خانواده
omid-sotodeh@yahoo.com

دانش‌آموخته‌ی مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ۱۳۸۷.

دکتر رضا خجسته‌مهر

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز
khajasteh_r@scu.ac.ir

دانش‌آموخته‌ی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ۱۳۸۴.
مدیر مسئول و عضو هیئت تحریریه‌ی مجله‌ی *مشاوره‌ی کاربردی*، دانشگاه شهید چمران اهواز.
از وی چند مقاله‌ی علمی-پژوهشی در زمینه‌ی گذشت و یک کتاب در زمینه‌ی کودکان استثنایی چاپ شده‌است.