

## اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان افسرده

### مرضیه موسوی

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

### دکتر پروانه محمدخانی

گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

### دکتر اشرف سادات موسوی

پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهرا

### دکتر حسین کاویانی<sup>۱</sup>

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر علی دلاور

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی

**هدف:** در پژوهش حاضر، اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بررسی شد. **روش:** در یک کارآزمایی بالینی، از بین ۷۸ زن متأهل مبتلا به اختلال افسرده‌خویی که به مراکز روانپزشکی و مشاوره‌ای شهر تهران مراجعه کرده بودند، ۳۹ نفر آنها به اتفاق شوهرانشان واجد شرایط ورود به طرح بودند که از بین آنها ۲۰ زوج به صورت تصادفی انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه زوج‌درمانی و دارودرمانی قرار گرفتند. زوج‌های گروه زوج‌درمانی در ۱۰ جلسه هفتگی زوج‌درمانی سیستمی/رفتاری شرکت کردند. زن‌های گروه دارودرمانی از داروهای ضدافسردگی تجویز شده به وسیله روانپزشکان استفاده نمودند. زن‌های دو گروه قبل از شروع درمان و در مقاطع مورد نظر (قبل از جلسه ششم، بعد از جلسه دهم و دو ماه پس از درمان) پرسشنامه‌های افسردگی و وضعیت زناشویی را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** تحلیل واریانس مکرر نشان داد که هر دو روش مداخله در کاهش شدت افسردگی مؤثر بود، ولی زوج‌درمانی مؤثرتر از دارودرمانی بود. همچنین نتایج نشان داد که زوج‌درمانی موجب افزایش رضایت زناشویی زنان شد، درحالی‌که دارو تأثیری بر رضایت زناشویی آنها نداشت. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر کاهش افسردگی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی مؤثر باشد.

**کلید واژه‌ها:** زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری، دارودرمانی، اختلال افسرده‌خویی، رضایت زناشویی

### مقدمه

احتمال ابتلای زنان به افسردگی اساسی در ایران دو برابر مردان (۹/۱ درصد در مقابل ۴/۵ درصد) و در مورد افسرده‌خویی<sup>۲</sup> کمتر از دو برابر (۲/۹ درصد در مقابل ۱/۷ درصد) به دست آمده است (کاویانی، احمدی ابهری، نظری و هرمزی، ۱۳۷۹).

شواهدی وجود دارد که فقدان حمایت اجتماعی و عدم

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

Email: H. Kaviani@usa.com

صمیمیت با افراد مهم زندگی، نقش مهمی در شکل‌گیری افسردگی ایفا می‌کند (براون<sup>۳</sup> و هریس<sup>۴</sup>، ۱۹۷۸؛ کاستلو<sup>۵</sup>، ۱۹۸۲؛ پرایس<sup>۶</sup> و ورتمن<sup>۷</sup>، ۱۹۸۵؛ لین<sup>۸</sup>، دین<sup>۹</sup> و انسل<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۶؛ به نقل از هالورن<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸). پژوهش‌های متعددی ارتباط ثابتی را بین افسردگی و ناهماهنگی زناشویی نشان داده‌اند. زوج‌هایی که یکی

2- dysthymia  
4- Harris  
6- Price  
8- Lin  
10- Ensel

3- Brown  
5- Costello  
7- Wortman  
9- Dean  
11- Halloran

شناخت درمانی (CT) و ترکیبی از هر دو (CT و BMT) را در زوج‌هایی که زن تشخیص اختلال افسردگی اساسی داشت، مقایسه کردند. نتایج نشان داد BMT و CT در درمان افسردگی به‌طور یکسان مؤثر بود، ولی فقط BMT بر رضایت زناشویی تأثیر مثبت معنادار داشت. جکسون و همکاران (۱۹۹۳) اثربخشی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری (CBCT) را با درمان شناختی رفتاری (CBT) در مورد عود افسردگی در زنان افسرده بررسی کردند. نتایج حاکی از آن بود که از لحاظ عود افسردگی بین درمان‌های CBCT و CBT تفاوتی وجود ندارد. ولی پیگیری یک ساله نشان داد که رفتار تسهیل‌کننده شوهر با شدت افسردگی زن همبستگی دارد. زنانی که CBCT دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروهی که تحت درمان با CBT بودند، شدت افسردگی کمتری را گزارش کردند. بنابراین، پژوهش‌ها در مورد نتیجه درمان نشان می‌دهد که درمان زناشویی رفتاری و درمان زناشویی شناختی- رفتاری نسبت به درمان شناختی و شناختی - رفتاری فردی برتری دارد، زیرا علاوه بر کاهش میزان افسردگی، رابطه زناشویی را بهبود می‌بخشد. لف<sup>۲۹</sup> و همکاران (۲۰۰۰) اثربخشی دارودرمانی را با اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مقایسه کردند. هر دو روش درمانی در کاهش میزان افسردگی مؤثر بود و تفاوت معناداری با یکدیگر نداشت، اما در پیگیری دو ساله، گروه زوج‌درمانی نسبت به گروه دارودرمانی مزیت بیشتری یافت. اخیراً دسالس و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی مقدماتی، اثر بخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان<sup>۳۰</sup> (EFT) را در درمان افسردگی اساسی زنانی که ناپسامانی زناشویی داشتند، با دارو درمانی مقایسه کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو

از آنان افسرده است، غالباً ارتباط آشفته‌ای را تجربه می‌کنند (فادن<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹). به‌علاوه ازدواج‌های ناهماهنگ عامل خطری برای افسردگی است (ویسمن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷)، در مقابل رضایت زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است (بیچ<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۶). همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌تر هستند، رفتاری خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند (سایرز<sup>۴</sup>، کوهن<sup>۵</sup>، فرسکو<sup>۶</sup>، بلاک<sup>۷</sup> و سارور<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱).

فرا تحلیل ویسمن (۲۰۰۱) نشان داد که ارتباط بین علایم افسردگی و عدم رضایت زناشویی در اندازه اثر متوسط تا بزرگ قرار می‌گیرد (به نقل از دسالس<sup>۹</sup>، جانسون<sup>۱۰</sup> و دنون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳). همچنین در ۵۰ درصد زنان افسرده ناهماهنگی زناشویی و در ۵۰ درصد زنانی که ناهماهنگی زناشویی دارند، افسردگی گزارش شده است (بیچ، ساندین<sup>۱۲</sup> و الری<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۰، به نقل از هالورن، ۱۹۹۸). وجود رابطه بین ناهماهنگی زناشویی و افسردگی (به‌ویژه در زنان) باعث شد تا برخی زوج‌درمانگران برای درمان افراد افسرده (به‌ویژه زنان) به درمان‌های زوجی (رفتاری، شناختی- رفتاری، سیستمی، متمرکز بر هیجان) روی آورند و اثربخشی آنها به‌بوته آزمایش گذارده شود. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن بود که زوج‌درمانی (صرف نظر از نوع رویکرد) در کاهش افسردگی زنان تأثیری برابر با درمان‌های فردی (دارویی یا روانشناختی) دارد در حالی که تنها زوج‌درمانی در کاهش ناهماهنگی زناشویی مؤثر است. برای مثال امانویلس- زوردین<sup>۱۴</sup> و امیل کمپ<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۶) و فولی<sup>۱۶</sup>، رونسویل<sup>۱۷</sup>، وسمن<sup>۱۸</sup>، شولوماسکاس<sup>۱۹</sup> و چورون<sup>۲۰</sup> (۱۹۸۹) از همیاری همسر در درمان افسردگی بیماران افسرده‌ای که جلسات درمان فردی داشتند، استفاده کردند. در هر دو مطالعه گروه‌درمانی به‌طور یکسان بر کاهش میزان افسردگی تأثیر داشت، ولی بهبود عملکرد زناشویی فقط در گروهی گزارش شد که زوج در درمان مشارکت داده شده بود. الری و بیچ (۱۹۹۰) زوج‌هایی را که ناپسامانی زناشویی داشتند و زنان معیارهای اختلال افسردگی اساسی<sup>۲۱</sup> یا اختلال افسرده خوبی را دارا بودند، تحت درمان‌های زناشویی رفتاری<sup>۲۲</sup> (BMT) استاندارد و درمان شناختی<sup>۲۳</sup> (CT) فردی قرار دادند. جکسون<sup>۲۴</sup>، دابسون<sup>۲۵</sup>، فروزتی<sup>۲۶</sup>، اشمالینگ<sup>۲۶</sup> و سالوسکی<sup>۲۸</sup> (۱۹۹۱) درمان زناشویی رفتاری (BMT) استاندارد،

1- Fadden	2- Weissman
3- Beach	4- Sayers
5- Kohn	6- Fresco
7- Bellack	8- Sarwer
9- Dessaulles	10- Johnson
11- Denton	12- Sandeen
13- O,Leary	14- Emanuels- Zuurveen
15- Emmelkamp	16- Foley
17- Rounsaville	18- Wessman
19- Sholomaskas	20- Chevron
21- Major depressive disorder	
22- Behavioral Marital Therapy	23- Cognitive Therapy
24- Jacobson	25- Dobson
26- Fruzzetti	27- Schmaling
28- Salusky	29- Leff
30- Emotion-Focused Therapy for Couples	

مداخله به‌طور یکسان بر کاهش علائم افسردگی مؤثر هستند. به اعتقاد بیچ (۲۰۰۱)، به نقل از دسالس و همکاران (۲۰۰۳) تمام رویکردهای مؤثر زوج‌درمانی، عناصر درمانی در درمان افسردگی توأم با عدم رضایت زناشویی (اختلاف زناشویی) را دارا می‌باشند. هدف زوج‌درمانی سیستمی- رفتاری با رویکرد کرو<sup>۱</sup> و ریدلی<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) کمک به بیمار افسرده و زوج اوست تا شرایط استرس‌آور را اصلاح کنند. این روش دارای نسخه ویژه زوج افسرده است و از فنون زیر بهره می‌برد: ۱- چارچوب‌بندی مجدد افسردگی به عنوان مشکل تعاملی به‌وسیله الف) قرار دادن زوج افسرده در موقعیت حمایتی؛ ب) درخواست از زوج افسرده تا به زوج خود کمک کند و احساساتش را بیان نماید. ۲- افزایش جرأت‌ورزی زوج افسرده ۳- کمک به هر دو زوج برای اینکه با افزایش تعامل مثبت، چرخه تحقیر خود را بشکنند. ۴- استفاده از جدول زمان‌بندی ساخت‌یافته و فراهم آوردن موقعیتی که زن و شوهر توانایی خود را در چنین زمینه‌هایی افزایش دهند: الف) صحبت درباره نارضایتی‌ها؛ ب) حل مسأله؛ ج) انجام فعالیت‌های لذت بخش مشترک. بنابراین به نظر می‌رسد که تحقیق حاضر اولین کار پژوهشی در زمینه بررسی اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی- رفتاری با رویکرد کرو و ریدلی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی باشد.

## روش

مطالعه حاضر، یک پژوهش کارآزمایی بالینی، و دارای گروه مقایسه بود. در این طرح، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی نیز در گروه‌های درمانی جای گرفتند. گروه اول تحت درمان دارویی و گروه دوم تحت زوج‌درمانی سیستمی- رفتاری با رویکرد کرو و ریدلی (۲۰۰۰) قرار گرفت. آزمودنی‌های هر دو گروه چهار بار مورد ارزیابی قرار گرفتند: پیش از آزمون، قبل از جلسه ششم، بعد از جلسه دهم (پایان درمان) و دو ماه بعد از درمان (دوره پیگیری دو ماهه).

جامعه آماری این پژوهش را زوج‌هایی تشکیل می‌دادند که زنان آنها به اختلال افسرده‌خویی مبتلا بودند و از تاریخ ۱۵ فروردین تا پایان اردیبهشت ۱۳۸۴ به بیمارستان روزبه، مطب‌های

1- Crowe

2- Ridley

3- The Golombok Rust Inventory of Marital Status

مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با بیمار و همسر وی انجام می‌دادند. سپس آزمون‌های مورد نظر برای تکمیل، به زوج داده می‌شد. چنانچه زوجین کلیه شرایط ورود به طرح را دارا بودند، در جریان پژوهش قرار می‌گرفتند و در صورت موافقت فرم رضایت‌نامه و قرار داد شرکت در درمان در اختیارشان قرار می‌گرفت و زوج مذکور به‌عنوان نمونه پژوهشی وارد پروژه می‌شدند. بدین ترتیب، ۷۸ زن متأهل افسرده که تشخیص اختلال افسرده‌خویی دریافت کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند و ۳۹ نفر از آنها و همسرانشان که دارای شرایط مذکور بودند، همگی حاضر به شرکت در مطالعه شدند. از بین آنها ۲۰ زوج به حکم قرعه به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی تقسیم شدند، به‌صورتی که ۱۰ زوج در هر گروه قرار گرفت. زنان گروه زوج‌درمانی به همراه شوهرانشان در ۱۰ جلسه هفتگی ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای زوج‌درمانی سیستمی- رفتاری با رویکرد کرو و ریدلی (۲۰۰۰) مخصوص زوج افسرده شرکت کردند. درمانگر، دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی بود و درمان سیستمی- رفتاری را نزدیک متخصص زوج‌درمانی فرا گرفته بود. زنان گروه دارودرمانی از داروهای ضدافسردگی تجویز شده به‌وسیله روانپزشک استفاده می‌کردند. آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه‌های مورد نظر را قبل از جلسه ششم و بعد از جلسه دهم و جلسه پیگیری دو ماهه تکمیل کردند.

برای ارزیابی نمونه مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد: پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI): پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۱۹۶۱) شامل ۲۱ گروه جمله است. هر گروه از عبارات که یک جنبه یا علامت افسردگی را می‌سنجد، شامل چهار جمله است که از لحاظ شدت آن علامت درجه‌بندی شده است. نمره 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 تا شدیدترین وجه احساس آن علامت می‌باشد. BDI دو بار مورد بازنگری قرار گرفته است (بک و بیم‌سدرف<sup>۲</sup>، ۱۹۷۴؛ بک، ۱۹۷۸، به نقل از ذوالفقاری مطلق، ۱۳۷۷).

نسخه بازنگری شده این پرسشنامه (BDI-II) در مقایسه با نسخه

اول آن، بیشتر با DSM همخوانی دارد و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را نیز پوشش می‌دهد (استیر<sup>۳</sup>، کلارک<sup>۴</sup>، بک و رنیر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹).

بررسی بک، استیر و گاربین<sup>۶</sup>، (۱۹۸۸، به نقل از غرابی، ۱۳۸۲) ضریب ثبات درونی این نسخه را ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای بیماران ۰/۸۶ و برای غیر بیماران ۰/۸۱ گزارش نمودند. در این مطالعه از فرم دوم پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد.

پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک- راست: این پرسشنامه ۲۸ سؤالی به‌منظور ارزیابی و سنجش رضایت زناشویی ابداع شده است و مشکلات زناشویی زوجین را در زمینه‌های حساسیت، توجه، تعهد و وفاداری، کامروایی، مشارکت، همدردی، ابراز محبت، اعتماد، امنیت، صمیمیت، وفاق و همدلی می‌سنجد (راست، بنان<sup>۷</sup>، کرو و گلوبوک، ۱۹۸۸). پرسش‌ها در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره گذاری می‌شوند. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر آن ۸۴ می‌باشد. نمره بالا نشانه وخیم‌تر بودن وضعیت زناشویی است. در نمره گذاری هر جمله، مثبت و منفی بودن محتوای جملات برای وضعیت زناشویی در نظر گرفته می‌شود. تقسیم‌بندی نمرات خام و تعبیر آنها در جدول زیر ارائه شده است (کاوایانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰).

در تحقیق بشارت (۱۳۸۱)، نمره تراز شده آزمودنی‌ها در نه درجه برحسب شدت و ضعف مشکلات، با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای زن‌ها و ۰/۹۴ برای مردها، نشانه همسانی درونی این پرسشنامه می‌باشد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها  $r=0/94$  و آزمودنی‌های زن  $r=0/93$  و آزمودنی‌های مرد  $r=0/95$  نشانه پایایی عالی مقیاس می‌باشد. ارزیاب این مطالعه یک نفر دارای PhD روانشناسی بود.

داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها، به‌طور جداگانه با آزمون تحلیل واریانس مکرر تجزیه و تحلیل شد، به گونه‌ای که عامل گروه (زوج‌درمانی و دارودرمانی) به‌عنوان متغیر بین‌گروهی و مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، قبل از جلسه ششم، بعد از جلسه

1- Beck Depression Inventory

3- Steer

5- Renier

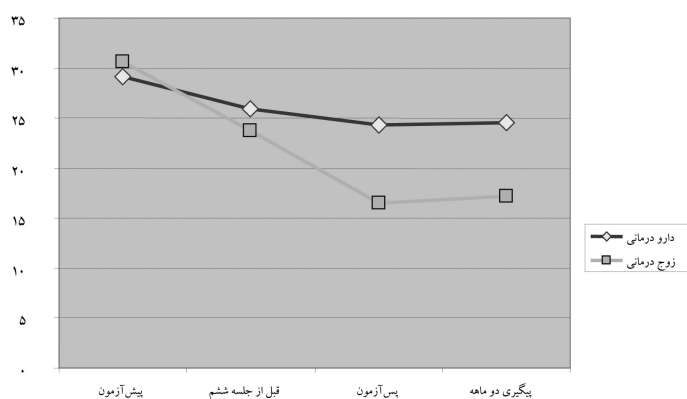
7- Bennun

۱۵

2- Beamesderfer

4- Clark

6- Garbin



شکل ۱- تغییر نمرات افسردگی دو گروه دارودرمانی و زوج‌درمانی با درمان (n=20)

تحلیل واریانس مکرر برای بررسی نمرات رضایت زناشویی زنان دو گروه در چهار مرحله ارزیابی نشان داد، نمرات رضایت زناشویی در گروه زوج‌درمانی در مقایسه با گروه دارودرمانی به‌طور معناداری کمتر است. این تفاوت دارای یک اثر اصلی معنادار [ $F(3, 16) = 22/37, p < 0/001$ ] و یک اثر تعاملی معنادار است [ $F(3, 16) = 14/32, p < 0/001$ ] (شکل ۲).

آزمون آماری تکمیلی تقابل‌ها نشان‌دهنده گرایش خطی کاهنده بود [ $F(1, 18) = 65/36, p < 0/001$ ]. هم‌چنین یک اثر خطی تعاملی نیز آشکار می‌باشد [ $F(1, 18) = 31/80, p < 0/001$ ]. این بدان معناست که تغییر نمرات رضایت زناشویی در هر دو گروه رو به کاهش می‌باشد. البته این کاهش در گروه دارو کمتر است. به‌دلیل وجود اثر تعاملی عملیات، تحلیل واریانس مکرر در هر دو گروه به‌طور جداگانه انجام شد. نتایج نشان داد که تفاوت نمرات رضایت در چهار مرحله ارزیابی در زنان گروه دارودرمانی معنادار است. [ $F(3, 7) = 3/45, p = 0/08$ ] معنادار نیست ولی در گروه زوج‌درمانی [ $F(3, 7) = 23, p < 0/01$ ] معنادار است. هم‌چنین آزمون تکمیلی تقابلی حاکی از سیر کاهنده معنادار برای گروه دارودرمانی [ $F(1, 9) = 11/23, p < 0/008$ ] و برای گروه زوج‌درمانی [ $F(1, 9) = 53/31, p < 0/001$ ] است.

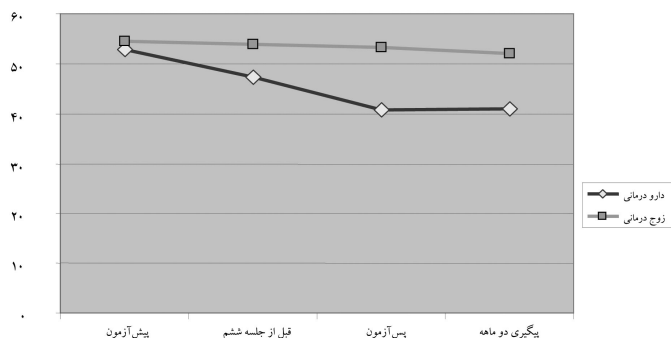
دهم، پیگیری) به‌عنوان عامل درون‌گروهی در نظر گرفته شد. ضمناً آزمون تقابل‌ها<sup>۱</sup> برای تعیین روند خطی یا غیرخطی بودن تغییرات به کار گرفته شد. به‌علاوه، برای هر یک از متغیرها در هر دو گروه نسبت بهبود (پیش‌آزمون - پس‌آزمون / پیش‌آزمون) محاسبه و مقایسه گردید. همچنین برای مقایسه میزان تأثیر روش‌های درمانی، آزمون t برای نمونه‌های مستقل به کار برده شد.

## یافته‌ها

کاربرد تحلیل واریانس مکرر (با اجرای آزمون ویلکس لامبدا) بر ای بررسی تفاوت نمرات BDI زنان دو گروه در چهار مرحله (پیش‌آزمون، قبل از جلسه ششم، بعد از جلسه آخر و پیگیری دو ماهه) نشان داد که شدت افسردگی در هر دو گروه به شکل معنادار کاهش یافته است [ $F(3, 16) = 48/68, p < 0/001$ ]، ولی این کاهش در گروه زوج‌درمانی در مقایسه با گروه دارودرمانی به‌طور معناداری کمتر بود [ $F(3, 16) = 12/5, p < 0/001$ ]. شکل ۱ تغییرات نمرات BDI دو گروه را در چهار مرحله ارزیابی نشان می‌دهد. آزمون آماری تکمیلی تقابل‌ها نشان‌دهنده گرایش خطی به‌صورت کاهنده بود [ $F(1, 18) = 157/84, p < 0/001$ ]. هم‌چنین یک اثر خطی تعاملی نیز آشکار بود [ $F(1, 18) = 40/61, p < 0/001$ ]. بدین معنا که تغییر نمرات افسردگی در هر دو گروه رو به کاهش بود.

به‌دلیل وجود اثر تعاملی عملیات، تحلیل واریانس مکرر در هر دو گروه به‌طور جداگانه انجام شد. نتایج نشان داد که تفاوت نمرات BDI در زنان گروه دارودرمانی [ $F(3, 7) = 26/03, p < 0/001$ ] و در گروه زوج‌درمانی [ $F(3, 7) = 27/30, p < 0/001$ ] معنادار است. هم‌چنین آزمون تکمیلی تقابلی حاکی از سیر کاهنده معنادار برای گروه دارو [ $F(1, 9) = 67/46, p < 0/001$ ] و برای گروه زوج‌درمانی [ $F(1, 9) = 104/48, p < 0/001$ ] است. در ضمن با محاسبه نسبت بهبود (پیش‌آزمون - پس‌آزمون / پیش‌آزمون) برای هر کدام از گروه‌ها، بین نسبت بهبود گروه زوج‌درمانی و گروه دارودرمانی آزمون t برای نمونه مستقل به کار برده شد. نتایج نشان داد که نسبت بهبود زوج‌درمانی به‌طور معناداری بیشتر از نسبت بهبود دارودرمانی است ( $t = 9/18, p < 0/001$ ).

1- polynomial



شکل ۲- تغییر نمرات رضایت زناشویی در گروه‌های دارودرمانی و زوج‌درمانی با درمان (n=۲۰)

در ضمن با محاسبه نسبت بهبود (پیش‌آزمون - پس‌آزمون / پیش‌آزمون) برای هر کدام از گروه‌ها، بین نسبت بهبود گروه زوج‌درمانی و گروه دارودرمانی آزمون t برای نمونه مستقل به کار برده شد. نتایج نشان داد که نسبت بهبود زوج‌درمانی به‌طور معناداری از نسبت بهبود دارودرمانی بیشتر است ( $t=5/1$   $p<0/001$ ).

## بحث

میانگین نمرات BDI زنان گروه دارودرمانی از ۲۹/۲ در پیش‌آزمون به ۲۴/۶ در پایان درمان (بعد از جلسه دهم) رسید و با وجود تفاوت معنادار، به نقطه برش ۱۷ نرسید، در صورتی که میانگین نمرات BDI در زنان گروه زوج‌درمانی از ۳۰/۶ در پیش‌آزمون به ۱۶/۶ (کمی کمتر از نقطه برش ۱۷) در پایان جلسه درمان رسید. بنابراین براساس نمره BDI این گروه از زنان دارای افسردگی نیستند. این پژوهش نشان داد که هم‌زوج‌درمانی با رویکرد سیستمی- رفتاری و هم دارودرمانی از شدت افسردگی زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی می‌کاهند، ولی اثربخشی زوج‌درمانی با این رویکرد در مقایسه با دارودرمانی به‌طور معنادار بیشتر است. تفاوت میانگین‌ها از جلسه پنجم به بعد تا پایان جلسه دهم به میزان معنی‌داری رسید. نتایج درمانی بعد از پیگیری دو ماهه نیز پایا بود. این نتایج با یافته‌ها و نظریه‌های مطرح شده در ادبیات مربوط به افسردگی، به‌ویژه نظریه‌هایی که پویایی روابط زناشویی و خانوادگی را در شکل‌گیری و یا حفظ اختلال افسردگی مهم

فرض می‌کنند، هماهنگ است و از آنها حمایت می‌کند.

متون تحقیق بین ناهماهنگی‌های زناشویی و وجود علائم افسردگی (به‌ویژه در زنان)، رابطه پایایی نشان داده است.

یکی از معیارهای ورود به این طرح علاوه بر افسردگی زوج زن، داشتن نارضایتی زناشویی بود. همچنین زنانی وارد این طرح شدند که به گزارش خودشان قبل از ازدواج دچار اختلال افسردگی یا سایر اختلالات روانی قابل تشخیص نبودند. بنابراین می‌توان استنباط نمود که افسردگی آنان با رابطه زناشویی‌شان همبستگی بیشتری داشته است و در نتیجه بهبود روابط زناشویی و احساس رضایت از آن، توانسته است شدت افسردگی آنها را به‌طور چشمگیری کاهش دهد. از دیدگاه سیستمی، مشکلات ارتباطی و علائم مرضی که در هر زوج به‌وجود می‌آید، حاصل یک ارتباط چرخشی است، درحالی‌که از دیدگاه رفتاری، افسردگی، خاموشی گنجینه رفتاری تعریف می‌شود. گنجینه رفتاری در اثر تقویت ناکافی و نامتناسب با تلاش شده (هزینه پاسخ)، به‌ضعف می‌گراید. در رویکرد رفتاری، رضایت زناشویی ارتباط مستقیمی با توانایی زوج در افزایش پاداش و کاهش تنبیه در تعامل آنان دارد. به‌بیانی دیگر، کاهش پاداش و افزایش تنبیه موجب نارضایتی زناشویی می‌شود و برعکس آن موجب افزایش رضایت زناشویی. بنابراین ملاحظه می‌شود که پایه تبیین نظری افسردگی و رضایت زناشویی هم در نظریه رفتاری و هم در نظریه سیستمی، ارتباطات بین‌فردی است و لذا اثربخشی زوج‌درمانی بر کاهش افسردگی، هم از بعد نظری و هم از بعد مطالعات همبستگی قابل توجیه است.

رویکرد زوج‌درمانی سیستمی- رفتاری کرو و ریدلی (۲۰۰۰) با بهره‌گیری از فنون درمانی هر دو نظریه بر غنای اثربخشی خود می‌افزاید. این رویکرد دارای نسخه ویژه افسردگی نیز می‌باشد که علاوه بر روش‌هایی جهت بهبود تعامل و ارتباط زوجین، شیوه‌هایی برای افزایش اعتماد به‌نفس و جرأت‌ورزی زوج افسرده‌ارایه می‌دهد. این عناصر درمانی اثربخشی این رویکرد را از سایر رویکردها بیشتر می‌کنند و باعث می‌شوند زوج‌درمانی با این رویکرد مؤثرتر از دارودرمانی باشد. از آنجا که گروه نمونه پژوهش علاوه بر افسردگی نارضایتی زناشویی نیز داشتند، به نظر

نمرات پرسشنامه بوده و نوع اختلال افسردگی نیز مد نظر قرار نگرفته است. هم‌چنین برای نمرات BDI نقشه برش قرار داده نشده است. در پژوهش رجیبی و جباری (۱۳۸۵) شیوه انتخاب نمونه مشابه تحقیق ذوالفقاری مطلق (۱۳۷۷)، ولی تصادفی بوده است. هم‌چنین دو گروه آزمایشی و شاهد مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. پژوهش حاضر از لحاظ انتخاب تصادفی و جایگزینی تصادفی تا حدودی شبیه مطالعه رجیبی و جباری (۱۳۸۵) است، ولی در طرح آن از مقایسه گروهی (دو گروه‌درمانی) استفاده شده است. روش زوج‌درمانی این پژوهش نیز با دو تحقیق ذکر شده متفاوت می‌باشد.

مقایسه نتایج دو روش درمانی نشان داد که زوج‌درمانی سیستمی - درمانی باعث افزایش چشمگیر و معنادار رضایت زناشویی شده است، در صورتی که این رضایت در گروه دارو درمانی اندک بود. این یافته با نتایج سایر پژوهش‌ها همخوانی دارد و از آنها حمایت می‌کند. نتایج این پژوهش‌ها نشان داده است که درمان‌های زناشویی با هر رویکردی، رضایت زناشویی زنان افسرده را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد (برای مثال الری و بیچ، ۱۹۹۰؛ جکبسون و همکاران، ۱۹۹۱؛ بیچ، اسمیت و فینچام، ۱۹۹۴؛ امانویلس - زورون و امیل کمپ، ۱۹۹۶؛ لف و همکاران، ۲۰۰۰؛ دسالس و همکاران، ۲۰۰۳).

از آنجا که تمرکز اصلی زوج‌درمانی (صرف نظر از رویکرد)، بر رابطه زناشویی و ارائه روش‌های مبتنی بر نظریه زیربنایی آن، جهت بهبود رابطه زناشویی می‌باشد، موجب کاهش اختلافات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی می‌گردد. در این پژوهش نیز رویکرد سیستمی - رفتاری با توجه به مبانی نظری خود (بهره‌گیری از فنون رفتاری و سیستمی هم‌چون افزایش توانایی گفت‌گویی متقابل، آموزش برقراری ارتباط، وادار کردن به بحث، تناقض، صحبت درباره نارضایتی‌ها، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش مشترک و آموزش حل مسأله و...) احتمالاً توانسته است الگوهای تعاملی زوج را تغییر دهد (تعاملات منفی را به تعاملات مثبت تبدیل کند) و در نتیجه موجب بهبود رابطه زناشویی و افزایش رضایت زناشویی زنان گروه زوج‌درمانی شود. در پژوهش‌هایی که اثر درمان‌های زناشویی بر کاهش افسردگی مد نظر بوده، معمولاً رضایت

می‌رسد زوج‌درمانی برای آنان از دارودرمانی قابل‌پذیرش‌تر و موجه‌تر باشد. شاید قرار گرفتن افراد در گروه دارودرمانی (به‌طور تصادفی و نه به‌خواست خود)، انتظارات این گروه را از درمان برآورده نکرده باشد. نتایج این پژوهش یک توجیه فرهنگی نیز دارد. از آنجا که ممکن است در جامعه ما، هنوز هم ابتلا به یک بیماری روانی ننگ محسوب شود، احتمال دارد گرفتن دارو برچسب «بیمار روانی» به دنبال داشته باشد و اینکه همه مشکلات موجود در رابطه زناشویی و سایر زمینه‌ها به زوج بیمار مربوط است، باعث شود حلقه سرزنش و تحقیر در رابطه زناشویی افزایش یابد و موجب احساس ناامیدی بیشتر و کاهش اعتماد به نفس زوج زن شود. این شرایط می‌تواند اثربخشی دارودرمانی را از زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری کمتر کرده و نیز این احتمال وجود دارد که نوع اختلال افسردگی توجیه‌کننده تفاوت اثر بخشی دو روش درمانی باشد، بدین معنی که در زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی زوج‌درمانی مؤثرتر از دارو درمانی باشد.

نکته قابل توجه دیگر این است که در برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش الری و بیچ (۱۹۹۰) گروه نمونه شامل زنانی بود که اختلال افسردگی اساسی یا افسرده‌خویی داشتند و نتایج هر اختلال هم تفکیک نشده بود، در صورتی که در پژوهش حاضر صرفاً زنانی در طرح گنجانده شدند که به اختلال افسرده‌خویی مبتلا بودند. از آنجا که اختلال افسردگی اساسی اختلالی است دوره‌ای و علائم افسردگی شدید و گاه با علایم روانپریشی همراه است، اما اختلال افسرده‌خویی اختلال مزمنی است که علایم افسردگی در آن نسبت به اختلال افسردگی اساسی از شدت کمتری برخوردار است و فاقد علایم روانپریشی می‌باشد، بنابراین بهتر است این دو اختلال به‌طور جداگانه در طرح‌های تحقیقاتی گنجانده شوند و یا نتایج هر یک از آنها مستقل از هم تحلیل و با یکدیگر مقایسه شود. در ایران در زمینه تأثیر زوج‌درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی دو مطالعه انجام شده است. ذوالفقاری مطلق (۱۳۷۷) در تحقیق خود از زوج‌درمانی منطقی - هیجانی استفاده کرده است. این مطالعه موردی و بدون گروه مقایسه بوده و گروه نمونه از زوجین دارای اختلاف زناشویی انتخاب شده است. به گروه نمونه پرسشنامه‌های رضایت زناشویی و افسردگی داده شده و ملاک،

## سپاسگزاری

پژوهشگران بدین وسیله از همکاری صمیمانه آقای سالاری فر مسؤول محترم مرکز مشاوره توحید، کارمندان بخش پذیرش، آقای دکتر نصر روانپزشک مرکز، روانشناسان این مرکز، روانپزشکان محترم بیمارستان روزبه و خانم نادری مسؤول پذیرش روانشناسی این بیمارستان، آقای دکتر پورشهباز مسؤول روانشناسی مرکز صبا و خانم سلجوقی مسؤول پذیرش این مرکز، و کلیه دوستان روانشناس و روانپزشک که در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر می‌کنند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۵/۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۶/۷

زناشویی نیز ارزیابی شده و نتایج بیانگر اثربخشی زوج‌درمانی‌ها هم بر رضایت زناشویی و هم بر کاهش افسردگی بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مبنی بر وجود رابطه بین افسردگی و رضایت زناشویی هماهنگ و قابل توجیه است. بنابراین در این پژوهش نیز زوج‌درمانی سیستمی- رفتاری توانسته است اثر مثبت خود را هم بر رابطه زناشویی و هم بر افسردگی بگذارد. در صورتی که دارودرمانی فاقد عناصر درمانی مشخص، جهت بهتر کردن رابطه زوجین است. کاهش اندکی که مشاهده می‌شود احتمالاً ناشی از آن است که دارودرمانی تا حدودی توانسته است افسردگی را کاهش دهد. با توجه به همبستگی بین افسردگی و رضایت زناشویی، نتایج این پژوهش قابل توجیه می‌باشد.

## منابع

- ذوالفقاری مطلق، م. (۱۳۷۷). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی منطقی و هیجانی بر افسردگی و روابط بین فردی نامتعادل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- رجبی، غ.، و جباری، ح. (۱۳۸۵). تأثیر شناخت‌درمانی در کاهش افسردگی و میزان رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده و مداخله در مجتمع بهزیستی فیاض‌بخش شهر اهواز. چکیده مقالات دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، ۲۸-۲۵ اردیبهشت ماه ۱۳۸۵.
- غرایب، ب. (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهرانی. پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- کاوایانی، ح.، احمدی ابهری، س. ع.، نظری، ه. ا.، و هرمزی، ک. (۱۳۸۱). شیوع اختلال‌های افسردگی در جمعیت شهر تهران، ۱۳۷۹. *مجله دانشکده پزشکی، ۵، ۳۹۹-۳۹۳.*
- کاوایانی، ح.، موسوی، ا. س.، و محیط، ا. (۱۳۸۰). *مصاحبه و آزمون روانی*. تهران: پژوهشکده علوم شناختی.

Beach, S. H., & O'Leary, K. D. (1992). Treating depression in context of marital discord: Outcome and predictor of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy, 23*, 507- 528.

Beach, S. H., Smith, D. A., & Fincham, F. D. (1994). Marital interventions for depression. *Journal of Applied Preventive Psychology, 4*, 233-250.

Crow, M., & Ridley, J. (2000). Therapy with couples: A behavioural-system's approach to couple relationship and sexual problems, 2<sup>nd</sup> ed.

Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy, 31*, 345- 353.

Emanuels-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P. M. G. (1996). Individual behavioural cognitive therapy vs. marital therapy

for depression in maritally distressed couples. *British Journal of Psychiatry, 169*, 181-188.

Fadden, G. (1989). Pity the spouse! Depression within marriage. *Stress Medicine, 5*, 99-107.

Foley, S., Rounsaville, B. J., Wessman, M. M., Sholomaskas, D., & Chevron, E. (1989). Individual versus conjoint interpersonal therapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry, 10*, 29-42.

Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, K. B., & Salusky, S. (1991). Marital Therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 547-557.

Jacobson, N. S., Fruzzetti, A. E., Dobson, K., & Whisman, M., (1993). Couple therapy as a treatment for depression: The effects of relationship quality and therapy on depression



relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 516-519.

Halloran, E. C. (1998). The role of marital power in depression and marital satisfaction. *American Journal of Family Therapy*, 26, 3-14.

Leff, J., Vearnals, S., Brewin, G. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D., & Everitt, B. (2000). The London depression intervention trial: Randomised controlled trial of antidepressants vs. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.

O'Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, 147, 183-186.

Sayers, S. L., Kohn, C., Fresco, D. M., Bellack, A., & Sarwer, D. B. (2001). Marital cognitions and depression in the context of marital discord. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 713-732.

Steer, R. A., Clark, A. T., & Renier, W. F. (1999). Common and specific dimension of self-reported anxiety and depression: The BDI-II versus the BDI-I. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 189-191.

Archive of SID