





دانشگاه اصفهان
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی
گروه مشاوره

پایان نامه دکتری رشته‌ی مشاوره گرایش خانواده

مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی- رفتاری و تلفیقی شناختی- رفتاری - هیجانی بر سیر تغییر رضایت‌مندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان شهر همدان

استادان راهنما:
دکتر عذرا اعتمادی
دکتر مریم السادات فاتحی زاده

استادان مشاور:
دکتر فاطمه بهرامی
دکتر سید احمد احمدی
پژوهشگر:
رزیتا امانی

خرداد ماه ۱۳۹۱

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات
و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان‌نامه
متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

گروه مشاوره

پایان نامه دکتری رشته‌ی مشاوره گرایش خانواده خانم رزیتا امانی تحت عنوان

**مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی- رفتاری و تلفیقی شناختی- رفتاری- هیجانی بر سیر تغییر رضایت‌مندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان
شهر همدان**

در تاریخ	توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه	به تصویب نهایی رسید.
۱- استاد راهنمای پایان نامه	دکتر عذرا اعتمادی	با مرتبه‌ی علمی استادیار
استاد راهنمای پایان نامه	دکتر مریم السادات فاتحی زاده	با مرتبه‌ی علمی دانشیار
۲- استاد مشاور پایان نامه	دکتر فاطمه بهرامی	با مرتبه‌ی علمی دانشیار
استاد مشاور پایان نامه	دکتر سید احمد احمدی	با مرتبه‌ی علمی استاد
۳- استاد داور داخل گروه	دکتر مهرداد کلانتری	با مرتبه‌ی علمی دانشیار
استاد داور داخل گروه	دکتر رضوان السادات جزایری	با مرتبه‌ی علمی دانشیار
۴- استاد داور خارج از گروه	دکتر خدابخش احمدی	با مرتبه‌ی علمی دانشیار

امضای مدیر گروه

پاسکزاری

آن، بنجام که پرتو حسن آن معلوم ازلی دم ز تجلی زو، علم روشن ترین راه وصال کردید و فرشتگان

کستره‌ی بال خویش زیر کام آنانی نهادند که قدم در این مسیر استوار داشته‌اند.

آمده ایم تا عاشقانه و مشتاقانه خواستن ایمان را به قبای تو انستن آراسته کنیم و در این صعود، آنان را که در

پرنیان محبت پاک و خالصشان غمخوده ایم و آنان که مرشد طریقت ماشده‌اند و آنان که بر ارتقای

تحقیقاتان بی‌سیرایه ندایمان را الیک گفته‌اند را ساکریم.

خواستمان این است که شب تابانی باشیم فراسوی آیندگان

تقدیم به

کسانی که همواره در جستجوی راهی نو برای نسلهای هستند که نو نومی رسند.

کسانی که به کارهای گذشته گران خرسند شده و راه بی پایان علم و معرفت را پایان یافته تلقی

نمی کنند. کسانی که نیک می دانند آیندگان به تلاش امروز آنان، سزمنده می نگرند

نه بی سزمنده که بجز عیب نیست.

چکیده

هدف: این مطالعه جهت بررسی و مقایسه ی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار، شناختی- رفتاری، و شناختی- رفتاری- هیجانی بر رضایت مندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان انجام گرفت.

روش: روش این مطالعه، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری، و روش آماری آن تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر دوگانه بود. نمونه ی مورد نظر از میان ۸۹ زوجی انتخاب شد که به مراکز مشاوره و روان پزشکی 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 به طور تصادفی انتخاب و با همتاسازی در سه گروه زوج درمانی قرار گرفتند. زوج هایی که در هر یک از گروه های درمانی قرار داشتند، به مدت ۱۵ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. ابزاری که در این پژوهش به کار گرفته شد نیز شامل پرسشنامه های جمعیت شناختی، افسردگی بک، و رضایت مندی زناشویی انریچ می شد. به منظور ثبت سیر تغییرات نمره های افسردگی و رضایت مندی زناشویی، زوجین پرسشنامه ها را در مرحله ی پیش آزمون (زمان ۱)، جلسه ی ششم (زمان ۲)، جلسه ی یازدهم (زمان ۳)، پس آزمون (جلسه ی پانزدهم، زمان ۴)، یک ماه بعد (پیگیری اول، زمان ۵) و سه ماه بعد (پیگیری دوم، زمان ۶) پر کردند.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر دوگانه نشان داد که هر سه زوج درمانی شناختی- رفتاری، هیجان مدار و شناختی- رفتاری- هیجانی در کاهش نمرات افسردگی و افزایش رضایت مندی زناشویی مؤثرند. زوج درمانی هیجان مدار تنها در نمرات پیگیری افسردگی و رضایت مندی زناشویی مؤثر تر از زوج درمانی شناختی- رفتاری بود. زوج درمانی شناختی- رفتاری- هیجانی هم در طول درمان و هم در نمرات پیگیری افسردگی و رضایت مندی زناشویی مؤثرتر از دو روش زوج درمانی دیگر بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های به دست آمده، هر چند هر سه مداخله تاثیرگذار بوده اند اما فقط زوج درمانی تلفیقی هم در فرایند و هم در پیگیری مؤثرتر بوده است، در واقع زوج درمانی تلفیقی شناختی- رفتاری- هیجانی با هدف قرار دادن سه بعد اصلی شناخت، رفتار و هیجان، به اصلاح الگوی تعاملی زوجین می پردازد، درحالی که در زوج درمانی شناختی رفتاری به هیجان کمتر توجه شده و در زوج درمانی هیجان مدار، به باور و شناختها پرداخته نمی شود، لذا این روش با مد نظر قراردادن هر سه بعد به طور ماندگارتری موجب افزایش رضایت زناشویی زوجین و کاهش افسردگی زنان شده است. در نتیجه به نظر می رسد زوج درمانی تلفیقی شناختی- رفتاری- هیجانی مداخله ی مؤثری جهت ارتقا رضایت زناشویی زوجین و کاهش افسردگی در زنان باشد.

کلیدواژه ها: زوج درمانی هیجان مدار، زوج درمانی شناختی- رفتاری، زوج درمانی شناختی- رفتاری- هیجانی، رضایت مندی زناشویی، افسردگی زنان

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱	بیان مسأله	۳
۳-۱	اهمیت و ارزش تحقیق	۱۳
۴-۱	اهداف تحقیق:	۱۶
۱-۴-۱	اهداف کلی:	۱۶
۲-۴-۱	اهداف اختصاصی و عملیاتی	۱۶
۵-۱	فرضیه ها	۱۷
۶-۱	تعریف اصطلاحات و مفاهیم	۱۸
۱-۶-۱	تعاریف نظری و مفهومی	۱۸
۲-۶-۱	تعاریف عملیاتی:	۲۰

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱-۲	رضایتمندی زناشویی	۲۳
۱-۱-۲	تعاریف رضایتمندی زناشویی	۲۳
۲-۱-۲	رضایت مندی زناشویی در مراحل مختلف زندگی	۲۵
۳-۱-۲	مؤلفه ها و عوامل مؤثر بر رضایت مندی زناشویی	۲۸
۴-۱-۲	خصوصیات زوجهای دارای رضایتمندی زناشویی	۴۴
۵-۱-۲	چگونگی شکل گیری نارضایتی زناشویی	۴۵
۶-۱-۲	واکنش های مربوط به نارضایتی زناشویی	۴۷
۲-۲	افسردگی	۴۸
۱-۲-۲	تعریف و نشانه های افسردگی	۴۹
۲-۲-۲	مروری بر نظریه های افسردگی	۵۰
۳-۲-۲	رویکردهای بین فردی افسردگی	۶۲
۳-۲	زوج درمانی	۸۵
۱-۳-۲	رویکردهای عمده در زوج درمانی	۸۵

۸۸.....	۲-۳-۲ رهنمودهای جدید در زوج درمانی.....
۸۹.....	۲-۴ زوج درمانی هیجان مدار.....
۹۰.....	۲-۴-۱ پیش زمینه.....
۹۱.....	۲-۴-۲ تأثیرات تجربی.....
۹۳.....	۲-۴-۳ تأثیرات سیستمی.....
۹۵.....	۲-۴-۴ ترکیب رویکردهای سیستمی و تجربی.....
۹۶.....	۲-۴-۵ پیشرفتهای اخیر در کاربرد زوج درمانی هیجان مدار.....
۹۷.....	۲-۴-۶ جایگاه امروز زوج درمانی هیجان مدار.....
۱۰۰.....	۲-۴-۷ دورنمای سلامت روابط.....
۱۰۳.....	۲-۴-۸ دورنمای آشفستگی رابطه.....
۱۰۶.....	۲-۴-۹ اصول کلیدی.....
۱۰۸.....	۲-۴-۱۰ فرایند تغییر.....
۱۱۰.....	۲-۴-۱۱ شرح اجمالی مداخلات.....
۱۱۶.....	۲-۵ زوج درمانی شناختی-رفتاری.....
۱۲۶.....	۲-۶ رویکردهای تلفیقی.....
۱۳۱.....	۲-۶-۱ زوج درمانی تلفیقی شناختی-رفتاری-هیجانی.....
۱۳۵.....	۲-۶-۲ فرایندهای شناختی.....
۱۳۷.....	۲-۶-۳ تغییر رفتار.....
۱۴۳.....	۲-۶-۴ دل بستگی و هیجانات زوجین.....
۱۴۸.....	۲-۷ پیشینه ی پژوهش.....
۱۴۸.....	۲-۷-۱ پژوهش های مرتبط با رضایت مندی زناشویی:.....
۱۴۹.....	۲-۷-۲ پژوهش های مرتبط با افسردگی.....
۱۵۰.....	۲-۷-۳ پژوهش های مرتبط با رضایت مندی زناشویی و افسردگی.....
۱۵۳.....	۲-۷-۴ پژوهش های مرتبط با زوج درمانی هیجان مدار.....
۱۵۶.....	۲-۸ خلاصه فصل.....

فصل سوم: روش تحقیق

۱۵۷.....	۳-۱ روش پژوهش.....
۱۵۸.....	۳-۲ طرح تحقیق:.....

۳-۳ جامعه آماری	۱۵۸
۴-۳ روش و طرح نمونه گیری و نمونه ی پژوهش	۱۵۸
۱-۴-۳ شرایط ورود به طرح درمان	۱۵۹
۵-۳ ویژگی های نمونه	۱۶۰
۱-۵-۳ اطلاعات جمعیت شناختی	۱۶۰
۶-۳ ابزار تحقیق	۱۶۴
۱-۶-۳ پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI-II)	۱۶۴
۲-۶-۳ پرسشنامه ی اطلاعات جمعیت شناختی	۱۶۶
۷-۳ روش اجرای طرح	۱۶۶
۸-۳ شیوه ی مداخله و اجرا:	۱۶۷
۱-۸-۳ چارچوب جلسات زوج درمانی هیجان مدار	۱۶۸
مرحله ۱: تشنج زدایی	۱۶۸
مرحله دوم: تغییر حالت های تعاملی	۱۶۸
مرحله سوم: تحکیم و یکپارچه سازی	۱۶۹
۲-۸-۳ چارچوب کلی زوج درمانی شناختی-رفتاری	۱۷۱
۳-۸-۳ چارچوب کلی درمان تلفیقی شناختی- رفتاری- هیجانی	۱۷۲
۹-۳ روش تجزیه و تحلیل دادهها:	۱۷۴

فصل چهارم: یافته های پژوهشی

۱-۴ یافته های پژوهش	۱۷۶
۱-۱-۴ اطلاعات توصیفی برای متغیرهای پژوهش	۱۷۶
موضوعات شخصیتی	۱۷۷
ارتباط زناشویی	۱۷۸
حل تعارض	۱۷۹
مدیریت مالی	۱۸۰
فعالیت های اوقات فراغت	۱۸۰
روابط جنسی	۱۸۱
ازدواج و فرزندان	۱۸۲
اقوام و دوستان	۱۸۳

عنوان	صفحه
جهت گیری مذهبی	۱۸۳
افسردگی	۱۸۴
۲-۱-۴ یافته های مربوط به پیش فرض ها	۱۸۵
۳-۱-۴ تحلیل های استنباطی	۱۸۹
رضایت مندی زناشویی	۱۹۲
موضوعات شخصیتی	۱۹۲
ارتباط زناشویی	۱۹۳
حل تعارض	۱۹۴
فعالیت های اوقات فراغت	۱۹۵
روابط جنسی	۱۹۵
ازدواج و فرزندان	۱۹۶
اقوام و دوستان	۱۹۶
جهت گیری مذهبی	۱۹۷
افسردگی	۱۹۸
مقایسه اندازه های پیگیری در سه گروه	۲۰۱
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری	
فرایندهای شناختی	۲۰۹
تغییر رفتار	۲۱۱
۱-۵ محدودیت ها	۲۳۸
۲-۵ پیشنهادات	۲۳۹
۱-۲-۵ پیشنهادات کاربردی	۲۳۹
۲-۲-۵ پیشنهادات پژوهشی	۲۴۰
پیوست شماره ۱: پرسشنامه ی رضایت مندی زناشویی انریچ	۲۴۱
پیوست شماره ۲: پرسشنامه ی افسردگی بک	۲۴۳
منابع	۲۴۷

فهرست شکل ها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۲: نظریه ی طرحواره های اختلالات هیجانی.....	۵۱
شکل ۲-۲: حلقه معیوب بر پایه رابطه متقابل بین تفسیرهای منفی از تجارب و خلق افسرده	۵۷
شکل ۳-۲: مدل شناختی جدید از افسردگی	۵۹
شکل ۴-۲: فعال سازی شیوه ی فقدان اولیه در افسردگی	۶۰
شکل ۵-۲: عوامل زناشویی مؤثر بر افسردگی	۷۴
شکل ۶-۲: چرخه ی تعاملی زوجین	۱۳۲
شکل ۷-۲: مدل تلفیقی اسپرینکل	۱۳۳
شکل ۸-۲: چرخه ی تعاملی شناختی- رفتاری-هیجانی زوجین	۱۳۵
شکل ۱-۳: دیاگرام طرح پژوهشی	۱۵۸
شکل ۱-۴: نمودار روند تغییرات رضایت مندی زناشویی به تفکیک سه گروه	۱۹۲
شکل ۲-۴: نمودار تغییرات موضوعات شخصیتی به تفکیک سه گروه	۱۹۳
شکل ۳-۴: نمودار روند تغییرات ارتباط زناشویی به تفکیک سه گروه	۱۹۳
شکل ۴-۴: نمودار روند تغییرات حل تعارض به تفکیک سه گروه	۱۹۴
شکل ۵-۴: نمودار روند تغییرات مدیریت مالی به تفکیک سه گروه مدیریتی مالی نمودار زیر تغییرات.....	۱۹۴
شکل ۶-۴: نمودار روند تغییرات فعالیت های اوقات فراغت به تفکیک سه گروه	۱۹۵
شکل ۷-۴: نمودار روند تغییرات روابط جنسی به تفکیک سه گروه	۱۹۶
شکل ۸-۴: نمودار روند تغییرات ازدواج و فرزندان به تفکیک سه گروه	۱۹۶
شکل ۹-۴: نمودار روند تغییرات اقوام و دوستان به تفکیک سه گروه	۱۹۷
شکل ۱۰-۴: نمودار روند تغییرات جهت گیری مذهبی به تفکیک سه گروه	۱۹۷
شکل ۱۱-۴: نمودار روند تغییرات افسردگی به تفکیک سه گروه	۱۹۸

صفحه

عنوان

- شکل ۵-۱: مکانیزم های تغییر در زوج درمانی شناختی- رفتاری ۲۰۹
- شکل ۵-۲: مکانیزم های تغییر در زوج درمانی شناختی- رفتاری- هیجانی ۲۲۹

فهرست جدول ها

صفحه	عنوان
۲۸	جدول ۱-۲: عوامل مؤثر در رضایت زناشویی
۱۶۰	جدول ۱-۳: توزیع فراوانی سطح سنی مردان
۱۶۱	جدول ۲-۳: توزیع فراوانی سطح سنی زنان
۱۶۱	جدول ۳-۳: توزیع فراوانی تعداد سال های زندگی مشترک
۱۶۲	جدول ۴-۳: توزیع فراوانی تعداد فرزندان
۱۶۲	جدول ۵-۳: توزیع فراوانی تحصیلات مردان
۱۶۳	جدول ۶-۳: توزیع فراوانی تحصیلات زنان
۱۶۳	جدول ۷-۳: توزیع فراوانی شغل مردان
۱۶۳	جدول ۸-۳: توزیع فراوانی شغل زنان
۱۶۴	جدول ۹-۳: توزیع فراوانی سطح درآمد خانواده
۱۶۶	جدول ۱۰-۳: خرده مقیاس های پرسشنامه ی رضایت زناشویی انریچ
۱۷۷	جدول ۱-۴ : اطلاعات توصیفی برای رضایت مندی زناشویی در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه..
۱۷۸	جدول ۲-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر موضوعات شخصیتی در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه..
۱۷۸	جدول ۳-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر ارتباط زناشویی در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه
۱۷۹	جدول ۴-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر حل تعارض در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه.....
۱۸۰	جدول ۵-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر مدیریت مالی در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه
۱۸۱	جدول ۶-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر اوقات فراغت در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه
۱۸۱	جدول ۷-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر روابط جنسی در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه.....
۱۸۲	جدول ۸-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر ازدواج و فرزندان در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه...
۱۸۳	جدول ۹-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر اقوام و دوستان در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه.....
۱۸۴	جدول ۱۰-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر جهت گیری مذهبی در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه
۱۸۴	جدول ۱۱-۴: اطلاعات توصیفی برای متغیر افسردگی در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه

عنوان

صفحه

۱۸۶	جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های نمرات متغیرهای گروه ها
۱۸۸	جدول ۴-۱۳: نتایج آزمون موشلی برای متغیرهای پژوهش
۱۸۹	جدول ۴-۱۴: نتایج تحلیل های چند متغیری برای بررسی اثرات کلی
۱۹۰	جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون تک متغیره برای بررسی تغییرات متغیرها در طول زمان
۱۹۱	جدول ۴-۱۶: نتایج تحلیل روند متغیرها در طول زمان
۱۹۹	جدول ۴-۱۷: نتایج تحلیل واریانس بین گروهی برای بررسی تفاوت گروه ها در متغیرهای پژوهش
۲۰۰	جدول ۴-۱۸: نتایج آزمون توکی برای مقایسه دو به دو گروه ها در متغیرهای پژوهش
۲۰۲	جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای تفاوت سه گروه در آخرین اندازه گیری (پیگیری) متغیرها
۲۰۳	جدول ۴-۲۰: نتایج آزمون توکی برای مقایسه دو به دو گروه ها در اندازه پیگیری متغیرها

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

خانواده به لحاظ قدرت، ابتدایی ترین و از نظر گستردگی، جهان شمول ترین نهاد اجتماعی است، با ازدواج زن و مرد شکل می گیرد و واحدی است که برای فرد ارزش بقای بسیار مهمی دارد. آنچه در ازدواج همسران مهم تلقی می شود، رضایت زناشویی^۱ است که نشانگر یک ارزیابی کلی از وضعیت فعلی ارتباط است و استحکام و کارایی نظام زناشویی را بیان می کند. خانواده و جامعه‌ی سالم از پیوندهای آگاهانه و ارتباطات سالم و بالنده‌ی زوجین شکل می گیرد.

کرنان^۲ و مولر^۳ (۱۹۹۸) اعتقاد دارند که رابطه‌ی زناشویی همراه با رضایت و پایداری، تأثیر خوبی بر سلامت روان فرد دارد. رضایتمندی زناشویی، مهمترین و اساسی ترین عامل جهت پایداری و دوام زندگی مشترک است. در صورتیکه زوجها بتوانند سطح رضایت را در زندگی زناشویی افزایش دهند، خانواده را از آسیبها محفوظ می دارند. از سوی دیگر، نابسامانی و نارضایتی زناشویی به طور معناداری با شیوع اختلالات عاطفی و هیجانی در جمعیت عمومی رابطه دارد. ارتباط میان نارضایتی زناشویی و اختلالات روانشناختی، در افراد متأهلی که طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی را تجربه می کنند نیز به اثبات رسیده است. شواهد فراوانی گویای آن است که زوجها، در جامعه امروزی برای داشتن روابط مناسب، با مشکلات فراوانی مواجه هستند، در حقیقت، معضل «نارضایتی زناشویی» بیش از هر مشکل دیگری، دلیل مراجعه به مراکز بهداشت روانی است (آلدر^۴، ۲۰۱۰). در ایران نیز مهمترین علل مراجعه زوجها به مشاوران و درمانگران خانواده محسوب می شود (حاجتی، اکبرزاده، و

¹ marital satisfaction

² kiernan

³ Muller

⁴ Alder

خسروی، ۱۳۸۷). چنانچه پایه‌ی خانواده از استحکام لازم برخوردار نباشد، تبعات منفی آن، نه تنها برای خانواده، بلکه برای کل جامعه خواهد بود. بسیاری از زنان و مردان وقتی ازدواج‌شان به بن‌بست می‌رسد، دچار نارضایتی زناشویی شده، احساس تنهایی می‌کنند و بهزیستی و سلامتی روانی خود را از دست می‌دهند و مستعد ابتلا به اختلالات روانشناختی می‌شوند (آماتو^۱، ۲۰۰۰).

در میان اختلالات روانشناختی، افسردگی^۲ بطور وسیعتری مورد بررسی قرار گرفته است، در تبیین افسردگی رویکردهای درون‌روانی و بین‌فردی وجود دارد، نظریه‌ی میان‌فردی افسردگی از رویکردهای بین‌فردی می‌یر^۳ (۱۹۵۷) و سالیوان^۴ (۱۹۵۳ب) و نظریه‌ی دلبستگی جان‌بالی سرچشمه گرفته است (هالچین، ۲۰۰۴، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۸۴). هر چند در مورد چندعلیتی بودن افسردگی توافق وجود دارد، نتایج پژوهش‌های بسیاری نشان داده است که نه تنها ارتباطی قوی میان نارضایتی زناشویی و افسردگی وجود دارد، بلکه مبانی نظری در رابطه با نقش جدی نارضایتی زناشویی در بروز، حفظ و تداوم افسردگی به خصوص در زنان وجود دارد که در نظریه‌ی میان‌فردی براساس مدل آشفتگی زناشویی در ایجاد افسردگی به آن اشاره شده است (بیچ^۵، ساندرین^۶ و آلری^۷، ۱۹۹۰؛ هالیست^۸، میلر^۹، فالستو^{۱۰}، فرناندز^{۱۱}، ۲۰۰۷). در مدل بین‌فردی شواهدی ارائه شده است مبنی بر این که فقدان حمایت اجتماعی و عدم صمیمیت با افراد مهم زندگی مانند همسر، نقش مهمی در شکل‌گیری افسردگی ایفا می‌کند (براون و هریس، ۱۹۷۸؛ کاستلو، ۱۹۸۲؛ پرایس و ورتمن، ۱۹۸۵، به نقل از هالورن^{۱۲}، ۱۹۹۸). هر چند در درمان افسردگی مداخله‌های روانشناختی گوناگون و گاهی دارودرمانی به کار می‌رود، با این حال نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که در شرایطی که نارضایتی در روابط بین‌فردی به چشم می‌خورد، بهبودی در سطح پایین بوده است و احتمال عود افسردگی وجود دارد. در چنین شرایطی مناسب‌ترین درمان برای زوج‌هایی که همزمان دچار نارضایتی زناشویی و افسردگی هستند، درمانی است که بر روابط زناشویی و بر ارتقاء رضایت زناشویی تمرکز دارد. امروزه زوج‌درمانگران دارای دیدگاه تعاملی و بین‌فردی به افسردگی،

¹ Amato

² depression

³ Meyer

⁴ Sullivan

⁵ Beach

⁶ Sandeen

⁷ O'Leary

⁸ Hollist

⁹ Miller

¹⁰ Falceto

¹¹ Fernandes

¹² Halloran

همزمان با نارضایتی زناشویی، در پی بررسی تأثیر مداخله‌های مناسب در جهت افزایش رضایت زناشویی و کاهش افسردگی می‌باشند. درمان‌های زوجی رفتاری، شناختی-رفتاری، سیستمی و هیجان‌مدار از جمله این درمان‌ها می‌باشند. در این پژوهش تأثیر سه مداخله‌ی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، هیجان‌مدار و تلفیقی شناختی-رفتاری-هیجانی با هدف افزایش رضایت زناشویی زوجین و کاهش افسردگی زنان مورد بررسی قرار گرفته است.

۲-۱ بیان مسأله

افسردگی از اختلالات خلقی بسیار شایعی است که دارای نشانه‌هایی مانند احساس دلتنگی، از دست دادن علاقه به جنبه‌های لذت بخش زندگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال‌هایی در رفتار خوردن و خواب و نشانه‌های شناختی همچون دیدگاه منفی در مورد خود، احساس گناه، ناتوانی در تمرکز و بلا تکلیفی است (هالجن، ۲۰۰۴). افسردگی از نظر شدت، به افسردگی خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی شده است. موارد افسردگی خفیف تا متوسط را باید تحت روان‌درمانی قرار داد و در صورت بروز افسردگی شدید معمولاً دارودرمانی توصیه می‌شود. در افسردگی متوسط، ویژگی‌هایی مانند خلق پایین، افکار بدبینانه و کاهش انرژی و لذت، وجود دارد (گلدنر، ۱۹۹۹). احتمال ابتلای زنان به افسردگی در ایران دو برابر مردان (۹/۱ درصد در مقابل ۴/۵ درصد) است (موسوی، ۱۳۸۵).

با مرور ادبیات پژوهشی و مطالعه‌ی نظریات، در تبیین افسردگی دو رویکرد کلی درون‌روانی و بین‌فردی افسردگی، وجود دارد. به لحاظ تاریخی افسردگی با دیدگاه درون‌روانی و به عنوان خستگی روانی یا زیستی در نظر گرفته شده است. اخیراً این جهت‌گیری در خانواده و زوج‌درمانی به سمت مفهوم‌سازی نظری افسردگی از دیدگاه بین‌فردی سوق یافته است.

نظریه‌ی بین‌فردی افسردگی از رویکردهای بین‌فردی می‌یر (۱۹۵۷) و سالیوان (۱۹۵۳) و نظریه‌ی دلبستگی^۱ جان بالبی سرچشمه گرفته است. می‌یر که به خاطر رویکرد روانی-زیستی خود نسبت به رفتار ناهنجار شهرت دارد، روی این موضوع تأکید می‌کند که چگونه مشکلات روانی می‌تواند تلاش‌های نامناسب فرد را برای سازگار شدن با محیط روانی-اجتماعی نشان دهد. او معتقد بود نشانه‌های جسمانی می‌تواند در ارتباط با پریشانی روانی نیز ایجاد شود. سالیوان رفتار ناهنجار را حاصل روابط میان فردی معیوب، از جمله نارسایی‌هایی در ارتباط

^۱ attachment theory

می‌دانست. برخی از نظریه پردازان و متخصصان بالینی که به تأثیرات اجتماعی و میان‌فردی بر اختلال خلقی می‌پردازند، به چگونگی ارتباط با افراد صمیمی، مخصوصاً اعضای خانواده، و نقش آن در شروع و روند افسردگی، توجه کرده‌اند. اینکه نارضایتی از روابط بسیار صمیمانه، تأثیر عمیقی بر عملکرد هیجانی فرد دارد، کاملاً قابل درک است (موس^۱، کرونگایت^۲، و موس، ۱۹۹۸).

نظریه‌ی دلبستگی بزرگسالی به ویژه به عنوان یک چارچوب برای درک رشد افسردگی در افراد متأهل مفید است، زیرا شواهد قوی وجود دارد که افسردگی، دلبستگی ناایمن و آشفتگی زناشویی به هم وابسته‌اند. سایر رویکردها عبارتند از مدل سیستم‌های تعاملی کوین^۳ (۱۹۷۶a) که در آن افسردگی اختلالی است که روابط بین فردی ناکارآمد زوجین موجبات بروز و حفظ آن را فراهم می‌آورد. مدل بین‌فردی افسردگی کلرمن^۴، ویسمن^۵، رونساوایل^۶ و چورن^۷ (۱۹۸۴)، مدل فلدمن^۸ (۱۹۷۶) که همان مدل سیستم‌های خانوادگی در شکل‌گیری افسردگی است و بر آن است تا شناخت درمانی افسردگی را از رویکرد فردی به رویکرد بین‌فردی گسترش دهد و مدل آشفتگی زناشویی در ایجاد افسردگی (بیچ، ساندین و الری، ۱۹۹۰) که به آن نام افسردگی زناشویی^۹ داده‌اند، و بر اساس آن، نارضایتی زناشویی از طریق کاهش تقویت همسر، خصومت بیشتر و ادراک حمایت کمتر، فرد را به سوی افسردگی سوق می‌دهد.

رویکردهای بین‌فردی افسردگی به متخصصان زوج‌درمانی و مشاوران خانواده، دیدگاه سیستمی مناسبی در جهت توصیف، تبیین و پیش‌بینی رفتارهای ارتباطی مختل در روابط زناشویی و پیامد آن می‌دهد و به دنبال آن، تدوین برنامه‌ای پیشگیرانه و مداخله‌های مناسب در جهت ارتقاء میزان رضایت زناشویی و کاهش افسردگی فراهم می‌آورد. بر اساس دیدگاه بین‌فردی، میان نارضایتی زناشویی با افسردگی ارتباط وجود دارد. بیچ و همکاران در مرور تاریخی پژوهشی (باناوان^{۱۰}، اوماهن^{۱۱}، بیچ و جکسون^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ بیچ، فینچام^{۱۳} و کاتز^{۱۴}، ۱۹۹۸؛ بیچ و

¹Moos

²Coronkit

³Coyne

⁴Klerman

⁵Weissman

⁶Rounsaville

⁷Chevron

⁸Feldman

⁹Marital depression

¹⁰Banawan

¹¹O'Mahen

¹²Jackson

¹³Fincham

¹⁴Katz

جونز^۱ (۲۰۰۲) دریافتند که منابع و شواهد تجربی بسیاری در حمایت از ارتباط میان نارضایتی زناشویی با افسردگی وجود دارد. اولین منبع شامل پژوهش مقطعی در زمینه‌ی شیوع‌شناسی بوده است. وایزمن^۲ (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^۳، شلدون^۴ و گورینگ^۵ (۲۰۰۰) مشخص شد که کارکرد زناشویی با افسردگی رابطه دارد. دومین منبع شامل مطالعاتی طولی و آینده‌نگری می‌شود که در طول مدت خاصی زوجین را ردیابی می‌کند. براساس این مطالعات، زمانی که زنان به مدت یک سال (بیچ، فینچام و کاتز، ۱۹۹۸)، یا یک دوره ۱۸ ماهه (فینچام، بیچ، هارولد^۶ و آذربورن^۷، ۱۹۹۷) در معرض مشکلات زناشویی قرار می‌گیرند، بیش از پیش در خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند. در این پژوهش، رابطه‌ی مشابهی بین مشکلات زناشویی و نارضایتی زناشویی و افسردگی میان مردان وجود نداشت. هرچند سایر مطالعات، تفاوت جنسیتی میان زنان و شوهران را در سطوح افسردگی آنها نشان نداد (کردک^۸، ۱۹۹۸). ویسمن و بروس^۹ (۱۹۹۹) نیز دریافتند که کیفیت و رضایت زناشویی پایین پیش‌بینی‌کننده‌ی تشخیص اختلال افسردگی برای زنان و مردان است. منبع سوم شامل نمونه‌های بالینی می‌شود. ویسمن (۲۰۰۱) به مرور ۱۰ مطالعه در این زمینه پرداخت و ارتباط منفی بالایی ($r = -.67$) بین کیفیت و رضایت زناشویی با افسردگی گزارش داد. بر اساس این مطالعات، هم در زنان و هم در مردان، میان افسردگی و نارضایتی زناشویی رابطه وجود دارد، با این وجود نرخ بالای افسردگی برای زنان، به اندازه دو برابر مردان، در موارد بسیاری مشخص شده است (نولن-هوکسما^{۱۰}، ۲۰۰۲). زوج‌هایی که یکی از آنان افسرده است، غالباً ارتباطی آشفته‌ای را تجربه می‌کنند (فادن^{۱۱}، ۱۹۸۹). به علاوه، ازدواج‌های ناهماهنگ عاملی خطرآفرین برای افسردگی است (وایزمن، ۱۹۸۷). در مقابل، رضایت زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است (بیچ و همکاران، ۱۹۹۲). 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^{۱۲}، کوهن^{۱۳}، فرسکو^۱،

¹Jones

²Weissman

³Whisman

⁴Sheldon

⁵Goering

⁶Harold

⁷Osborne

⁸Kurdek

⁹Bruce

¹⁰Nolen-Hoeksema

¹¹Fadden

¹²Sayers

¹³Kohn