

Research Article

## **Evaluation of the effectiveness of human givens therapy (HGT) on reducing depression, anxiety and irrational beliefs of divorced women**

**R. Karamiboldaji**

PhD Student in Counseling, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

**E. Zarei\***

Associate Professor of Psychology, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

**SR. Fallahchai**

Associate Professor of Psychology, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

**M. sadeghifard**

Assistant Professor, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

### **Abstract**

This study aimed to investigate the effectiveness of human givens therapy (HGT) on reducing anxiety, depression, and irrational beliefs of divorced women. This study is a quasi-experimental study with pre-test and post-test with the control group and follow-up test. The statistical population of this study includes all divorced women in Shahrekord. The sample consisted of 30 divorced women who were selected by the available sampling method by referring to family courts, counseling centers, or by referring to the health center and were randomly divided into experimental and control groups. HGT was performed in 7 weekly sessions. Beck Anxiety Inventory (1990), Beck Depression Inventory (1978), and Jones Irrational Belief Inventory (1967) were used to collect data. Repeated analysis of variance and Bonferroni post hoc test was to analyze the data used. The results of repeated analysis of variance test showed that treatment of human givens (HGT) in divorced women was effective on anxiety ( $F = 30.87, P < 0.001$ ), depression ( $F = 22.38, P < 0.001$ ), and irrational beliefs ( $F = 2323.02, P < 0.001$ ). And this treatment was able to reduce their depression, anxiety, and irrational thoughts significantly. Also, the results of the Bonferroni test showed that the effect of human givens therapy (HGT) was after four months maintained. From the findings of the present study, it appears that HG was able to reduce the anxiety, depression, and irrational beliefs of divorced women by focusing on changing mental patterns and emphasizing inherent resources.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Divorced Women, Human givens therapy (HGT), Irrational Beliefs

## بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) بر کاهش افسردگی، اضطراب و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه

روح الله کرمی بلداجی<sup>۱</sup>، اقبال زارعی<sup>۲\*</sup>، سید رضا فلاح چای<sup>۳</sup>، مریم صادقی فرد<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

karamiboldaji@gmail.com

۲. دانشیار روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

Zareieghbal2020@gmail.com

۳. دانشیار روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

rfallahchai@yahoo.com

۴. استادیار مشاوره، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

sadeghim45@yahoo.com

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) بر کاهش اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه است. روش پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل به‌همراه آزمون پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان مطلقه شهر شهرکرد می‌شود. نمونه مدنظر، ۳۰ نفر از زنان مطلقه هستند که به‌شیوه نمونه‌گیری دردسترس از طریق مراجعه به دادگاه‌های خانواده، مراکز مشاوره و یا با مراجعه به خانه سلامت انتخاب شده‌اند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفته‌اند. درمان HGT طی ۷ جلسه هفتگی انجام شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۸) و پرسشنامه عقاید غیرمنطقی جونز (۱۹۶۷) استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر نشان داد درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) بر میزان اضطراب ( $F = ۳۰/۸۷$ ) =  $F < .۰۰۱$ ، افسردگی ( $F = ۲۲/۳۸$ )،  $P < .۰۰۱$  و عقاید غیرمنطقی ( $F = ۲۳۲۳/۰۲$ )،  $P < .۰۰۱$  زنان مطلقه تأثیرگذار است و توانست افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی آنان را به‌طور معنی‌داری کاهش دهد. همچنین، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد اثر درمانی ودیعه‌های انسانی (HGT) بعد از چهار ماه حفظ شده است. از مجموعه یافته‌های مطالعه حاضر، چنین برمی‌آید که درمان HGT از طریق تمرکز بر تغییر قالب‌های ذهنی و تأکید بر منابع ذاتی توانست اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه را کاهش دهد.

**واژگان کلیدی:** اضطراب، افسردگی، باورهای غیرمنطقی، درمان ودیعه‌های انسانی (HGT)، زنان مطلقه.

## مقدمه

وجود خانواده‌ای مستحکم، گرم، صمیمی و دارای احترام متقابل یکی از پیامدهای ازدواج موفق است که می‌تواند سلامت جسم و روان، راحتی، آرامش و ایمنی همسران و اعضای خانواده را در پی داشته باشد (پناهی‌فر و همکاران، ۲۰۱۴). حال اگر هریک از زوجین به دلایلی، پس از ازدواج نتوانند با آرامش به زندگی در کنار یکدیگر ادامه دهند و از همدیگر جدا شوند و طلاق بگیرند، پیامدهای نامطلوب و چالش‌های زیادی در انتظار آنهاست که بر سلامت جسمی و روانی، احساس امنیت، اعتماد و کیفیت زندگی آنها در آینده اثر می‌گذارد (آماتو، ۲۰۱۰).

آمار و نرخ طلاق در کشورهای مختلف با توجه به فرهنگ آنها متفاوت است. در کشور ایران نیز آمار طلاق رو به افزایش است؛ تا حدی که در حال تبدیل شدن به مسئله و معضلی اجتماعی است (جرسکی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). براساس آمار سازمان ثبت احوال کشور<sup>۴</sup> (۱۳۹۴)، میزان طلاق در سال ۹۴ نسبت به سال پیش از آن ۷/۴ درصد افزایش داشته است. آخرین ارقام و آمار منتشر شده درباره طلاق در ایران، نگران کننده است؛ به طوری که سیر صعودی این پدیده در کشورمان به گونه‌ای بوده است که در حال حاضر، از هر ۴/۳ ازدواج، یک مورد به طلاق می‌انجامد. همچنین، براساس آمار سازمان ثبت احوال کشور، در سال ۱۳۹۸ نیز به ازای ثبت هر ۱۰۰۰ ازدواج، ۳۱۸ طلاق به ثبت رسیده است. بدین معنا که در هر ساعت، ۶۳ زندگی مشترک شروع شده است؛ در حالی که به همان نسبت در هر ساعت، تعداد ۲۰ طلاق به ثبت رسیده است؛ بنابراین، با توجه به افزایش نرخ طلاق در سال‌های اخیر،

کمک به سازگاری هریک از اعضای خانواده پس از طلاق ضروری به نظر می‌رسد؛ چرا که تجربه طلاق، سازگاری زوجین و فرزندان آنها را در تمام ابعاد روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده پس از طلاق می‌شود (آماتو و جمزه، ۲۰۱۰)؛ بنابراین، سازگاری مثبت پس از طلاق شامل رهایی از علائم و نشانه‌های جسمانی یا بیماری روانی، توانایی انجام وظایف و مسئولیت‌های محول شده در زندگی روزانه در خانه، میان فامیل و بستگان و در محل کار، بهره‌وری از اوقات فراغت و رشد استقلال فردی است (کیتسون و مورگان، ۱۹۹۰). چون مؤلفه‌ها و عوامل متعددی از جمله شرایط اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، مرگ‌ومیر و عوامل روان‌شناختی در بروز طلاق نقش دارند (آماتو، ۲۰۰۰؛ جانسون و همکاران، ۲۰۰۰ و آیستاد و همکاران، ۲۰۱۵)، و با توجه به اینکه در این زمینه عوامل فردی و روان‌شناختی از مهم‌ترین عوامل بروز طلاق در یک جامعه به شمار می‌روند (پیرمرادی و همکاران، ۲۰۱۶)، باید به افراد مطلقه کمک شود تا بر بیماری‌های روانی غلبه کنند که این امر می‌تواند در سازگاری پس از طلاق به آنان کمک کند.

بنابراین، اختلالات روان‌شناختی و بیماری‌های روانی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها و عوامل مرتبط با طلاق محسوب می‌شوند (افیفی و همکاران، ۲۰۰۶؛ استروکسن، ۲۰۰۵). اختلالات روانی بر ظرفیت‌ها و توانایی‌های افراد در حفظ و ماندن در روابط زناشویی تأثیر منفی دارند و یا به عبارت دیگر، باعث بروز طلاق

<sup>5</sup> Amato & James

<sup>6</sup> Kitson & Morgan

<sup>7</sup> Johnson et al

<sup>8</sup> Idstad et al

<sup>9</sup> mental illnesses

<sup>1</sup> Afifi et al

<sup>1</sup> Storksen et al

<sup>1</sup> Divorce

<sup>2</sup> Amato

<sup>3</sup> Jerskey et al

<sup>4</sup> Organization for Civil Registration of Iran

۲۰۰۶). حتی برخی از متخصصان بر این باورند که ازدواج‌های ناموفق محصول افسردگی زوجین است (هین و همکاران؛ ۲۰۰۳). عبدولی و بیفالکو (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند در بین زنان مسلمان، مادران مطلقه نسبت به دیگر مادران بیشتر افسرده هستند و همچنین نسبت به مادران غیرمطلقه، حوادث استرس‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند. از جمله ویژگی مهم افسردگی، فقدان انعطاف‌پذیری در زمینه‌های مختلف است. افراد افسرده خلق پایین و یا ناتوانی لذت بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات محیط خود را به صورت محیطی تغییرناپذیر در نظر می‌گیرند؛ جهان از نظر این افراد، ثابت، ملال‌آور، پوچ و بی‌فایده است. در نتیجه، بیماران افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده در نظر می‌گیرند و عادت‌های رفتاری آنها اغلب دچار فروپاشی می‌شود (کاشدان و روتبرگ؛ ۲۰۱۰).

یکی دیگر از پیامدهای عاطفی طلاق استرس و اضطراب است؛ بنابراین، طلاق پدیده‌ای استرس‌زا است که باعث بروز انواع مختلف اختلالات روانی-جسمانی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس در زوجین می‌شود (فرحناز و همکاران، ۲۰۱۰؛ همایدی و همکاران، ۲۰۱۲). تجربه طلاق را می‌توان تهدیدی برای ارضای نیازهای طبیعی در نظر گرفت که باعث ارائه پاسخ طبیعی و خودکار اضطراب به موقعیت‌های تنش‌زا در زندگی می‌شود. در خانواده‌های درگیر با طلاق، اضطراب مضاعفی بر اعضای خانواده حاکم است که این اضطراب می‌تواند نتیجه ترس از احساسات سرکوب‌شده، تغییر شرایط زندگی، شرمساری و خجالت، احساس گناه، نگرانی از جدایی در آینده و تداوم ترس از مشکلات ناشناخته در آینده

می‌شوند (برسلو و همکاران؛ ۲۰۱۱). برای مثال، بیماران افسرده و یا هر فرد دارای نشانگان افسردگی، تمایل به اعمال نامناسب فیزیکی و اجتماعی، تجارب و تمایلات دردناک شخصی و ماندن در تخت خواب به مدت طولانی دارند که بر زندگی و روابط زناشویی زوجین تأثیرگذار است (ولز و همکاران، ۲۰۰۹). زوجین مطلقه باتوجه به شرایط حساسی که دارند، به نوعی با اختلالات روانی از جمله باورها و افکار غیرمنطقی، افسردگی و اضطراب درگیر هستند. در این راستا ظهیرالدین و خدایی‌فر (۱۳۸۲) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که رفتارهای تکاملی «روابط مختل بین فردی، خلق بی‌ثبات، خودبیمارانگاری، بدگمانی، اختلال انطباق، افسردگی، انزوا، تفکرات و باورهای نامعقول، اضطراب و هراس» بیشترین مؤلفه‌ها در بررسی نیمرخ روانی مراجعان طلاق بودند (فولادی و شاه‌نعمتی گاوگانی، ۱۳۹۴).

بنابراین، باید گفت یکی از مشکلاتی که زوجین مطلقه با آن مواجه هستند، افسردگی است (پیرمرادی و همکاران، ۲۰۱۶). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن مواجه هستند (یانگ و همکاران؛ ۲۰۰۸) و مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش کرده‌اند (سگال و همکاران؛ ۲۰۰۲). تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ تا ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (لویسنسون؛ ۲۰۰۶). برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند شیوع افسردگی در بین زنان مطلقه نسبت به زنان متأهل بیشتر است (جانگ میر و همکاران؛ ۲۰۰۹؛ تورنر؛

<sup>8</sup> Turner

<sup>9</sup> Heene et al

<sup>1</sup> Abdul & Bifulco 0

<sup>1</sup> Kashdan & Rottenberg, 1

<sup>1</sup> Stress & anxiety 2

<sup>1</sup> Breslau et al

<sup>2</sup> depression

<sup>3</sup> Wells & et al

<sup>4</sup> Young et al

<sup>5</sup> Segal et al

<sup>6</sup> Levinson

<sup>7</sup> Jong.Meyer et al

متقاضی طلاق باورهای غیرمنطقی بالاتری را گزارش دادند.

باتوجه به اینکه مقوله طلاق با مؤلفه‌های روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، استرس و باورهای غیرمنطقی در ارتباط است، به کاربردن درمان‌های مناسب که بتواند با کاهش و از بین بردن این اختلالات، عرصه را برای برگشت این افراد به زندگی عادی هموار سازد، حائز اهمیت فراوان است. از جمله درمان‌هایی که در این زمینه در گذشته به کار گرفته می‌شد، درمان عقلانی-عاطفی رفتاری الیس<sup>۶</sup> (REBT) بوده است. هدف کلی در این رویکرد این است که انسان‌ها بتوانند اختلالات هیجانی<sup>۷</sup> خود را به حداقل برسانند (الیس و هارپر<sup>۸</sup>، ۱۳۸۷). ایرادی که بر مکاتب درمانی از جمله درمان عقلانی-عاطفی رفتاری وارد است، این است که این مکاتب روان‌شناختی پیش از دست‌یابی انسان به اطلاعات بسیار وسیع درباره عملکرد مغز، بر اثر پیشرفت فناوری و بینش‌های جدید علمی در سال‌های اخیر به وجود آمده‌اند. مدل‌های شناختی در چند دهه گذشته شکل گرفته‌اند؛ در حالی که اکنون گام‌های درخشانی درباره روش‌های درمانی نسبت به آن زمان برداشته شده است و این گام‌ها و پیشرفت‌ها در حوزه روان‌شناسی هماهنگ با آن چیزی هستند که در حال حاضر درباره عملکرد سیستم ذهن و بدن دانسته می‌شود. بسیاری از مراجعان، درمان عقلانی-عاطفی رفتاری را دشوار و پرزحمت توصیف می‌کنند؛ زیرا افرادی که از لحاظ هیجانی برافروخته شده‌اند، نمی‌توانند در درمان تمرکز خود را حفظ کنند؛ به همین دلیل ناامید می‌شوند و درمان را رها می‌کنند؛ بنابراین، با درک تفکر درونی مدل‌های شناختی، می‌توان اهمیت دانش جدید را

باشد (میلار<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). همچنین، نتایج مطالعات نشان داده‌اند افسردگی، اضطراب، افکار منفی و اسکیزوفرنی در زنان مطلقه نسبت به زنان غیرمطلقه بیشتر است (پیرمادی و همکاران، ۲۰۱۶).

سومین عاملی که در این پژوهش درباره طلاق بررسی شد، باورهای غیرمنطقی است. پژوهش‌گران باتوجه به افزایش آمار طلاق، توجه خاصی به افکار و اندیشه‌ها و عوامل ذهنی دارند (فینچام<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). الیس<sup>۴</sup> نخستین فردی بود که بر نقش عوامل شناختی در روابط زناشویی ناکارآمد تأکید داشت. براساس درمان عقلانی-عاطفی رفتاری، او معتقد است که علت روابط ناخوشایند زناشویی انتظارات نامعقولی است که همسران نه تنها از خود و دیگران، بلکه از روابط زناشویی دارند (الیس و همکاران، ۱۹۸۹). در واقع، باورهای غیرمنطقی<sup>۵</sup> انتظارات غیرواقعی و نگرش‌های خودخواهانه‌ای به خود، دیگران و روابط هستند که ویژگی آنها انعطاف‌ناپذیری و افراطی بودن است. این باورهای تحریف‌شده اغلب اساس و پایه بسیاری از مجادله‌ها و منازعه‌ها در روابط در نظر گرفته می‌شوند. این افکار می‌توانند به الگوهای فکری معیوب تبدیل شوند و به عنوان فرایندهای فکری معمول افراد استفاده شوند (درایدن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳)؛ بنابراین، طلاق می‌تواند باعث شکل‌گیری باورهای غلط در افراد مطلقه شود که این باورهای نادرست به ایجاد تنش، اضطراب و ناراحتی‌های روحی روانی زیادی در این افراد منجر می‌شود (تبریزی، ۱۳۹۵). صدوری دمیرچی و همکاران (۱۳۹۸) نیز در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای غیرمنطقی زنان متقاضی طلاق و زنان عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به این صورت که زنان

<sup>1</sup> Millar

<sup>2</sup> Irrational beliefs

<sup>3</sup> Fincham

<sup>4</sup> Ellis

<sup>5</sup> Dryden

<sup>6</sup> Rational. Emotional. Behavior therapy

<sup>7</sup> Emotional Disorders

<sup>8</sup> Harper

به‌روشنی درک کرد (اوکی، ۲۰۱۰). الیس برای توضیح مفاهیم مهم نظریه‌اش یک مدل مفهومی را به وجود آورد که اساس نظریه درمان عقلانی-هیجانی رفتاری را مدل (A-B-C) تشکیل می‌دهد (درایدن، ۲۰۰۹؛ الیس، ۲۰۰۱ و ورنون، ۲۰۰۳).

ضعف شناخت‌درمانی ازجمله REBT این ایده است که همیشه فکر می‌کنند افکار باعث ایجاد هیجان می‌شود. روش‌های درمان‌گران شناختی گاهی کارساز است؛ زیرا بین فکر و احساس رابطه مهمی وجود دارد (به این دلیل که متخصصان شناختی بر گذشته تمرکز نمی‌کنند؛ درحالی‌که تمرکز آنها بر تفکرات کنونی شخص است و نظرشان این است که این به‌نوبه خود کلید حل مشکلات است)؛ اما با تمرکز بر این ایده که تفکر غیرمنطقی باعث آشفتگی عاطفی می‌شود، درمان‌گرهای شناختی احتمال کمتری دارد که به‌اندازه درمان‌گران دیگر که به بیمارانشان از دیدگاه ودیعه‌های انسانی (HGT) نگاه می‌کنند، مؤثر باشند؛ چرا که این رویکرد با توجه به دانش فعلی از عملکرد مغز انسان عمل می‌کند؛ بنابراین، اگر روش‌های درمانی‌ای که انتخاب می‌شود، دقیقاً مبتنی بر عملکرد مغز انسان باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که نتایج بهتری به دست آید؛ پس در درمان ودیعه‌های انسانی مدل قدیمی A-B-C با آخرین یافته‌های نورولوژی درباره تعامل افکار و احساسات به‌روزرسانی شده است (اوکی، ۲۰۱۰). درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) چهارچوبی جامع و عملی برای درک آنچه افراد، خانواده‌ها و جوامع نیاز دارند تا از لحاظ ذهنی و روانی

سالم باشند، ارائه می‌کند. این درمان را گریفن و تیرل<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) ابداع کردند. این متخصصان با شناخت بیش از ۴۰۰ مدل مختلف روان‌درمانی در دنیای غرب، به‌دنبال اصلاح و ارائه یک مدل واضح و مؤثر بودند که بر اصول علمی و پارادایم‌های دیگر مشاوره‌ای استوار باشد (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱). درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) ایده‌های پارادایم‌های مختلف درمانی ازجمله درمان‌های شناختی و رفتاری را با یکدیگر ترکیب می‌کند و به‌شدت تحت تأثیر اریکسون<sup>۸</sup> (۱۹۹۱) قرار دارد و همچنین تکنیک‌های هیپنوتیزم، برنامه‌ریزی عصبی-کلامی (NLP) را به یکدیگر پیوند می‌دهد و براساس اصول دیدگاه عصب روان‌شناختی پیشنهادی لی داکس<sup>۹</sup> (۱۹۹۸) و لیبت<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) مبنی بر اینکه مغز انسان ارگانیسمی است که براساس فرایند تطبیق الگوها عمل می‌کند، استوار است. بدین معنا که مغز انسان زمانی که تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرد، درباره محرک‌های ورودی بدون رجوع به قشر بالاتر مغز (به‌صورت جنگ یا گریز) تصمیم‌گیری می‌کند (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱).

بنابراین، این یافته‌های جدید باعث شد تا گریفن و تیرل<sup>۶</sup> (۲۰۰۳)، مدل APET<sup>۷</sup> را ارائه دهند که این مدل شبیه عملکرد مغز انسان است که براساس آن اطلاعات را پردازش می‌کند (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱). A در مدل APET یک عامل فعال یا یک محرک محیطی است. اطلاعات مربوط به این محرک‌ها که توسط حواس دریافت می‌شوند، ابتدا انسان با دانش

<sup>6</sup> Griffin & Tyrrell

<sup>7</sup> Yates & Atkinson

<sup>8</sup> Erikson

<sup>9</sup> Neuro linguistic Programming

<sup>1</sup> LeDoux 0

<sup>1</sup> Libet 1

<sup>1</sup> Thoughts 2

<sup>1</sup> Activating agent 3

<sup>1</sup> Patternmatch 4

<sup>1</sup> Emotions 5

<sup>1</sup> Okhai

<sup>2</sup> Dryden

<sup>3</sup> Vernon

<sup>4</sup> Human Givens Therapy

<sup>5</sup> Human Givens therapy

منابع عبارت‌اند از: همدلی،<sup>۱</sup> حافظه،<sup>۲</sup> رویا،<sup>۳</sup> خودمشاهده‌گری،<sup>۴</sup> تصورات،<sup>۵</sup> مغز متفکر و ذهن آگاه،<sup>۶</sup> یاتز و اتکینسون،<sup>۷</sup> (۲۰۱۱)؛ بنابراین، بخش دیگری از درمان HGT کمک به مراجعان برای بهره‌مندی از منابع خود در جهت پاسخ‌گویی به نیازهای عاطفی است (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱).

در باب اثربخشی رویکرد HGT پژوهش‌های اندکی در داخل کشور انجام گرفته است؛ از جمله اینکه در پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی و درمان آدلری بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز»، پژوهشگران به این نتایج دست یافتند که درمان ودیعه‌های انسانی و درمان آدلری در بهبود و تغییر سبک زندگی روان‌شناختی و همچنین افزایش سطح شادکامی زوجین موفق بوده است (سودانی و همکاران، ۲۰۱۹). در خارج از کشور بوردت و گرینبرگ<sup>۸</sup> (۲۰۱۹) پژوهشی با عنوان ارزیابی خدمات درمان ودیعه‌های انسانی برای افراد جانباز انجام دادند. نتایج نشان داد خدمات این رویکرد درمانی جایگزین قابل‌قبولی برای خدمات درمانی IAPT<sup>۹</sup> است که سرویس سلامت ملی انگلستان (NHS) ارائه کرده است. گفتنی است خدمات IAPT که سرویس سلامت ملی انگلستان ارائه کرده است، درباره مشکلات رایج همچون اضطراب و افسردگی، درمان‌های شناخته‌شده‌ای مانند درمان‌های شناختی رفتاری (CBT) ارائه می‌دهد. آدامز<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۷) نیز در دانشکده علوم

درونی (ذاتی) و آموخته‌های گذشته انطباق داده می‌شود که این همان P در مدل APET است که این فرایند انطباق‌دهی الگوها باعث برانگیخته شدن احساسات (E) می‌شود که این احساسات به نوبه خود ممکن است افکار (T) خاصی را القا کنند. تفکرات می‌توانند نتیجه اجتناب‌ناپذیری از تحریکات هیجانی نباشند؛ با این حال این یک مدل است که نسبت به مدل ABC درمان عقلانی-عاطفی رفتاری بیشتر با واقعیت سازگار است (اوکی، ۲۰۱۰).

یکی دیگر از جنبه‌هایی که باعث می‌شود درمان HGT از سایر رویکردهای درمانی متمایز باشد، ایده اصلی این رویکرد است که بیان می‌کند انسان‌ها دارای نیازهای ذاتی هستند که اگر این نیازها به‌طور متعادل ارضا شوند، سلامت عاطفی افراد تضمین می‌شود و اگر در ارضای این نیازها خللی به وجود آید، ممکن است اختلالات عاطفی و مشکلات روانی رخ دهند (گریفین و تی‌رل، ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۴؛ ۲۰۰۸)؛ پس بخشی از روان‌درمانی شامل کمک به مراجعان در جهت تشخیص و پاسخ‌گویی به این نیازهاست. این نیازها عبارت‌اند از: امنیت،<sup>۱</sup> حس خودمختاری<sup>۲</sup> و کنترل،<sup>۳</sup> ارائه و دریافت توجه،<sup>۴</sup> ارتباط عاطفی با دیگران،<sup>۵</sup> ارتباط با جامعه بزرگ‌تر،<sup>۶</sup> حریم خصوصی،<sup>۷</sup> احساس ارزش و پذیرش،<sup>۸</sup> احساس لیاقت و شایستگی،<sup>۹</sup> گسترش خود<sup>۱۰</sup> و معنا در زندگی (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱). گریفین و تی‌رل (۲۰۰۳) همچنین گفتند علاوه بر نیازها، انسان‌ها به منابعی تجهیز هستند که به آنها کمک می‌کنند تا از طریق آنها نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند. این

<sup>1</sup> Empathy  
<sup>1</sup> Memory  
<sup>1</sup> Dreaming  
<sup>1</sup> Observing self  
<sup>1</sup> Imagination  
<sup>1</sup> Thinking brain  
<sup>1</sup> Knowing brain  
<sup>1</sup> Burdett & Greenberg  
<sup>1</sup> Improving Access to Psychological Therapies  
<sup>2</sup> National Health Service  
<sup>2</sup> Adams

<sup>1</sup> Security  
<sup>2</sup> Volition  
<sup>3</sup> Attention  
<sup>4</sup> Emotional connection to other people  
<sup>5</sup> Connection to the wider community  
<sup>6</sup> Privacy  
<sup>7</sup> Status  
<sup>8</sup> A sense of competence/achievement  
<sup>9</sup> To be stretched  
<sup>1</sup> Meaning

باتوجه به توضیحات ارائه شده مشخص می‌شود که در درمان HGT تأکید بر این است که هیجانات باعث بروز افکار می‌شوند. همچنین، درمان HGT تفاوت دیگری نیز با درمان‌های شناختی دارد و آن، این نکته است که درمان‌گران HGT بر نیازهای عاطفی و منابع ذاتی وجود انسان‌ها تأکید دارند؛ به این ترتیب که اعتقاد دارند در صورتی که این نیازها برطرف نشوند، می‌توانند خود را در فرایند انطباق الگو در مدل APET به صورت پاسخ‌های خودکار دوقطبی نمایان کنند (مانند امن و ناامن، جنگ و گریز، سیاه و سفید و...) و باعث بروز هیجانات در افراد می‌شود که این هیجانات نیز به نوبه خود افکار خاصی (منفی) را القا می‌کنند؛ بنابراین، بدیع بودن درمان HGT ضرورت به کارگیری رویکردهای درمانی جدید را در درمان اختلالات روانی نشان می‌دهد. همچنین، باتوجه به کمبود مطالعات حول محور طلاق در استان چهارمحال و بختیاری (شهر شهرکرد) و با عنایت به اینکه زنان بعد از طلاق بیش از مردان آسیب می‌بینند، اهمیت پرداختن به این موضوع دوچندان می‌شود. ضرورت دیگر انجام پژوهش حاضر این است که زنان مطلقه در جامعه ما، به خصوص در شهر شهرکرد، به دلیل حاکم بودن فرهنگ سنتی، نگاه‌های تلخ و گزنده مردم و نگرش منفی به خودشان، فشارهای زیادی را تحمل می‌کنند؛ بنابراین، این مسئله می‌تواند نوعی بی‌اعتمادی را در روابط بین فردی زنان مطلقه ایجاد کند و باعث افت کیفیت زندگی و سازگاری پس از طلاق در آنان شود که به نوبه خود زمینه بروز اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب و افکار غیرمعقول را در آنها افزایش می‌دهد. باتوجه به اهمیت این موضوع، در پژوهش حاضر پژوهش‌گر به دنبال بررسی اثربخشی درمان HGT بر روی اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه

اعصاب، روان‌شناسی و رفتار، پژوهشی گسترده با عنوان «کاربرد درمان ودیعه‌های انسانی برای مراجعان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه» انجام داد؛ در نهایت، نتایج مشخص کرد که اکثر مراجعان این درمان را مفید و قابل قبول یافتند و ۳۷ درصد از مراجعان به درمان بیشتر نیاز نداشتند. اندروز و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی با عنوان «ارزیابی پنج‌ساله از اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی با استفاده از یک شبکه تحقیقات کاربردی» به این نتایج دست یافتند که میانگین نمرات مراجعان در اضطراب، افسردگی، استرس و تروما نسبت به اوایل درمان کاهش پیدا کرده است. در ادامه تساروچا و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی اثربخشی رویکرد ودیعه‌های انسانی در درمان افسردگی: یک مطالعه شبه تجربی در مراقبت‌های اولیه» به این نتایج دست یافتند که افراد مبتلا به دیابت، طی چهار ماه پس از ارجاع بهبود عاطفی یافتند. بدین معنی که از شدت افسردگی آنان کاسته شد و همچنین بهبودی آنان تا یک سال پس از ارجاع نیز ادامه یافت. همچنین در پژوهشی دیگر، یاتز و اتکینسون (۲۰۱۱) گزارش کردند که درمان ودیعه‌های انسانی باعث ایجاد تغییر در شیوه و سبک روان‌شناختی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان شده است. علاوه بر این پژوهش‌های مک لافلین و لوتین (۲۰۱۰)، پژوهشی با عنوان «یک مطالعه پدیدارشناسانه درباره تأثیر رویکرد ودیعه‌های انسانی بر عملکرد مدیران اجرایی» انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که ایده‌های ودیعه‌های انسانی بر عملکرد رهبران اجرایی مفید واقع شد؛ چرا که رهبران و مدیران بیشتر بر روی ارضای نیازهای عاطفی در محل کار متمرکز شدند.

<sup>1</sup> Andrews et al

<sup>2</sup> Tsaroucha et al

<sup>3</sup> McLaughlin & Lothian



شهر شهر کرد است. در حقیقت، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به سؤال زیر است:

آیا درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) بر کاهش افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی زنان مطلقه شهر شهر کرد مؤثر است؟

## روش پژوهش

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری: در این پژوهش از روش تحقیق نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل به‌همراه آزمون پیگیری استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان مطلقه شهر شهر کرد در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود که به‌صورت داوطلبانه در پژوهش حاضر شرکت کردند. نمونه مدنظر به‌صورت دردسترس و از طریق فراخوان، مراجعه به دادگاه‌های خانواده، مراکز مشاوره و یا با مراجعه به خانه سلامت شهر شهر کرد براساس ملاک‌های پژوهش (اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی) انتخاب شدند؛ بدین صورت که ابتدا با زنان مراجعه‌کننده، مصاحبه تشخیصی روان‌شناختی انجام شد و پس از تشخیص اضطراب و افسردگی در این افراد پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک بر روی این افراد اجرا شد. نقطه برش در آزمون‌های بک برای افرادی که اضطراب و افسردگی متوسط به بالا دارند، نمره ۲۰ تعیین شده است؛ بنابراین، زنانی که نمره‌های بالاتر از این نقطه برش به دست آوردند، به‌عنوان نمونه مدنظر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گفتنی است که کل افراد مراجعه‌کننده ۷۸ نفر بودند که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به طرح درمانی بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به درمان عبارت بودند از: تشخیص اضطراب و افسردگی زنان مطلقه براساس مصاحبه تشخیصی، کسب نمره بالاتر از نقطه برش ۲۰

در اجرای پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک، داشتن حداقل تحصیلات پایان دوره متوسطه اول، دریافت نکردن درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در طول شش ماه گذشته. ملاک‌های خروج از طرح درمانی نیز عبارت بودند از: حضور نیافتن در جلسات، داشتن غیبت مکرر، رعایت نکردن قوانین، بیماری حاد فردی، انصراف آزمودنی. محقق با بستن قرارداد با افراد گروه نمونه، در مدت زمان اجرای طرح درمانی شاهد هیچ‌گونه ریزشی در تعداد نمونه‌ها نبود.

## ابزار سنجش

برای جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامه زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه اضطراب بک: مقیاس اضطراب بک (BAI) پرسشنامه‌ای خودسنجی ۲۱ سؤالی است که با هدف اندازه‌گیری اضطراب طراحی شده است. این آزمون شدت اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه اصلاً تا شدید ارزیابی می‌کند. نمره هر سؤال بین ۰ تا ۳ و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است. نمره بالاتر، نشانه شدت اضطراب بیشتر است. همسانی درونی آن بالا و ضریب پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن حدود ۰/۷۵ به دست آمده است. همبستگی بین نمرات BAI و مقیاس اضطراب همیلتون ۰/۵۱ و با BDI برابر ۰/۴۸ به دست آمده است (خدابخش پیرکلانی و رحیم جمارونی، ۱۳۹۲). این آزمون، ویژه آزمودنی‌های بزرگسال است و هم در موقعیت‌های بالینی و هم پژوهشی استفاده می‌شود (یعقوبی، ۱۳۸۷). همچنین، این آزمون روایی ( $r = .83, p < .001$ ) پایایی ( $r = .72, p < .001$ ) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ دارد (کاوایانی و موسوی، ۱۳۸۷). همچنین، در پژوهش دیگری آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شده است (ولستاد و همکاران،

۲۰۱۱). گفتنی است پایایی مقیاس مدنظر در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ  $.84$  به دست آمد.

۲- پرسشنامه افسردگی بک (BDI) - فرم تجدیدنظر شده: یکی از شناخته‌ترین آزمون‌های سنجش افسردگی است که روان‌پزشک مشهور، آرون تی. بک و همکاران (۱۹۶۱) آن را تدوین کرده است و در سال ۱۹۷۸ در آن تجدیدنظر شده است. این آزمون شامل ۲۱ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله است که هر کدام درجات مختلفی از افسردگی خفیف تا شدید را تعیین می‌کند (۳ تا ۰). نمره کلی از صفر تا ۶۳ است که به این شکل طبقه‌بندی شده‌اند: تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید). بک و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از  $(73\%)$  تا  $(86\%)$  و ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس MMPI،  $(74\%)$  گزارش کرده‌اند. فتی و همکاران (۱۳۸۴) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را در یک نمونه ایرانی بدین شرح گزارش دادند: ضریب آلفا  $.91$ ، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون  $.89$ ، و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته  $.95$ . همچنین، رحیمی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان کاربرد نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک در دانشجویان ایرانی به این نتایج دست یافت که این پرسشنامه از ثبات درونی بالا  $(\alpha = .87)$  و در طول زمان از پایایی قابل‌قبولی  $(r = .73)$  برخوردار بود و اجرای هم‌زمان این آزمون با پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی و مقیاس افسردگی و استرس ۲۱ سؤالی نشان داد این آزمون از روایی هم‌زمان خوبی برخوردار است. گفتنی است پایایی مقیاس مدنظر در پژوهش حاضر  $.81$  به دست آمد.

۳- پرسشنامه عقاید غیرمنطقی جونز (IBT): این آزمون را جونز برای سنجش باورهای غیرمنطقی در سال ۱۹۶۸ تهیه کرد که دربرگیرنده ۱۰۰ گویه است. هر عبارت به صورت لیکرت و به صورت پنج‌درجه‌ای از «به شدت مخالفم» تا «به شدت موافقم» نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در آزمون، بیان‌گر غیرمنطقی بودن باور فرد است (زاده حسن و سراج خرمی، ۱۳۹۸). جونز (۱۹۶۸) با استفاده از روش بازآزمایی مشاهده کرد که پایایی آزمون  $.92$  است و پایایی هریک از مقیاس‌های ده‌گانه آن  $.66$  تا  $.80$  هستند و میانگین پایایی همه خرده‌مقیاس‌ها را  $.74$  گزارش کرد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۰). زوراسکی و اسمیت (۱۹۹۸) در پژوهش‌های متعددی همبستگی بین آزمون باورهای غیرمنطقی و آزمون باورهای منطقی را یک بار  $.66$  و بار دیگر  $.71$  گزارش کردند. همبستگی این دو آزمون با آزمون‌هایی همچون آزمون وضعیت اضطراب، آزمون افسردگی بک و آزمون وضعیت خشم به ترتیب  $.70$ ،  $.59$ ،  $.77$ ،  $.70$  و  $.50$  به دست آمده است که همگی در سطح  $.99$  معنی‌دار شدند. در مطالعه بالکس<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) روایی هم‌زمان این آزمون  $.59$ ،  $.70$  و  $.55$  گزارش شده است. نلسون<sup>۴</sup> (۱۹۷۷) پایایی آزمون باورهای غیرمنطقی را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با  $.71$  و از طریق تصنیف  $.73$  گزارش کرده است که نشان از پایایی مطلوب این آزمون دارد و میانگین پایایی مؤلفه‌های آن نیز  $.74$  به دست آمد. در ایران نیز ساعتچی و همکاران (۱۳۸۹) روایی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز را از طریق آلفای کرونباخ  $.97$  برآورد کردند و پایایی آزمون را نیز برابر با  $.86$  گزارش دادند. پایایی این پرسشنامه در

<sup>1</sup> Jones

<sup>2</sup> Zurawski & Smith

<sup>3</sup> Balkis

<sup>4</sup> Nelson

پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد که پایایی خوبی برای این پرسشنامه به حساب می‌آید.

درمانی گریفن و تیرل (۲۰۰۷، ۲۰۰۶) به شرح جدول ۱ است.

در ابتدای جلسات درمانی سعی شد اعضا با ضرورت درمان و همچنین قوانین حاکم بر روند درمان (رازداری، بازبودن و اعتماد به اعضای گروه) آشنا شوند. سپس شرایط ورود اعضا به جلسات درمانی (لزوم شرکت منظم، نداشتن غیبت در جلسات، فعالیت مؤثر) و خروج آنها از روند درمان (حضور یافتن در جلسات، داشتن غیبت مکرر، رعایت نکردن قوانین، بیماری حاد فردی) به طور کامل برای آزمودنی‌ها شرح داده شد.

### جلسات آموزشی پژوهش

متغیر مستقل در این پژوهش شامل ۷ جلسه درمان اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی برای گروه آزمایشی به شیوه ویدیوهای انسانی (HGT) بود که به صورت گام به گام و همراه با دو دفترچه راهنمای داوطلبان و دفترچه راهنمای مشاور تنظیم و اجرا شد. جلسات درمان ویدیوهای انسانی (HGT) مطابق پروتکل

جدول ۱. پروتکل درمانی رویکرد ویدیوهای انسانی بر اضطراب، افسردگی و افکار غیرمنطقی زنان مطلقه

فعالیت‌ها	جلسات
برقراری ارتباط درمانی، ارزیابی وضعیت و شدت اختلال، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و مراقبه در جهت کاهش میزان اختلالات هیجانی (مانند آرام‌سازی عضلانی)، بیان مقدمات اساسی درباره رویکرد HGT، توضیح مدل APET و نحوه بروز بیماری‌ها.	جلسه اول
بررسی و ارزیابی نیازهای عاطفی و نقش آنها در بروز اختلالات هیجانی و ارتباط آنها با الگوها و قالب‌های ذهنی؛ مشخص کردن منابع انسانی هر مراجع در جهت کمک به ارضای نیازهای عاطفی، ارائه تکلیف (شناسایی نیازها مانند نیاز به امنیت، توجه مثبت، ارتباط با جامعه گسترده‌تر و... و منابع ارائه آنها در جلسه آینده).	دوم
استفاده از الگوی درمانی RIGAAR و بررسی نیازهای ارضاننده هر مراجع، تعیین الگوهای تطبیقی مراجعان و ارتباط آنها با نیازهای عاطفی ارضاننده، نحوه بروز هیجانات بر اثر مواجهه محرک‌ها با الگوها و قالب‌های ذهنی، ارائه تکلیف (شناسایی محرک‌های برانگیزاننده و...).	سوم
حفظ الگوی درمانی (RIGAAR)، پرداختن به منابع ذاتی (توانایی‌های ذاتی مانند همدلی، خاطرات گذشته، رویکرداری، ذهن متفکر و...) مراجعان، استفاده از منابع مراجعان در جهت ارضای نیازهای عاطفی، استفاده از منابع انسانی در جهت از بین بردن الگوهای تطبیقی نامناسب و ناکارآمد، ارائه تکلیف.	چهارم
عمل بر اساس ساختار جلسات تعیین شده (RIGAAR)، بررسی افکار غیرمنطقی مراجعان، برقراری ارتباط بین این افکار با الگوها و قالب‌های تطبیقی و ذهنی، کار بر روی هیجاناتی که باعث بروز افکار غیرمنطقی می‌شوند، ارائه تکلیف (تکالیف مربوط به تفکرات غیرمنطقی برخواسته از حالت‌های هیجانی شدید).	پنجم
تحلیل کلی اطلاعات با رویکرد امیدواری و خوش‌بینی به زندگی با استفاده از استعاره‌ها و ساخت نقشه‌های ذهن برای دریافت و احساس قدرت در به کارگیری منابع ارزشمند فردی.	ششم
تحلیل شیوه ارضای نیازها و منابع فردی در اجتماع و ایجاد یک داستان جدید برای زندگی و تفکر به شیوه متفاوت و موفق، دستیابی به شرایط مناسب و تعیین راهبردها و استراتژی‌های مناسب درمانی برای تغییرات مثبت و دست‌یافتنی در مراجع.	هفتم

## اخلاق پژوهش

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به تمامی شرکت‌کنندگان به‌صورت انفرادی در مورد اهداف مطالعه و شرکت در پژوهش به‌طور کامل توضیح داده شد؛ بنابراین، شرکت‌کنندگان برای ورود به مطالعه با رضایت کامل شرکت کردند و به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات فردی اخذشده محرمانه باقی

خواهد ماند. همچنین، بعد از اتمام این طرح آزمایشی، رویکرد ودیعه‌های انسانی درباره آنها به کار گرفته شد.

### یافته‌ها

برای مطالعه حاضر از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در جدول ۲ شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای پژوهش در سه سطح (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است.

جدول ۲. جدول میانگین و انحراف استاندارد اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه در سه مرحله مختلف پژوهش

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب	کنترل	۱۵	۴/۰۷ ± ۳۸/۹۳	۳/۸۵ ± ۳۹/۲۰	۳/۷۱ ± ۳۹/۸۶
	HGT	۱۵	۳/۶۲ ± ۳۸/۵۳	۳/۲۶ ± ۳۰/۴۰	۳/۱۹ ± ۳۱/۷۳
افسردگی	کنترل	۱۵	۴/۵۵ ± ۴۲/۰۷	۳/۴۴ ± ۴۱/۴۶	۳/۹۵ ± ۴۳/۲۶
	HGT	۱۵	۳/۸۷ ± ۴۱/۸۰	۲/۵۰ ± ۳۴/۵۳	۲/۶۱ ± ۳۵/۴۰
افکار غیرمنطقی (کل)	کنترل	۱۵	۸/۳۲ ± ۴۱۳/۳۳	۷/۵۸ ± ۴۱۱/۲۶	۸/۴۲ ± ۴۱۲/۲۰
	HGT	۱۵	۸/۴۵ ± ۴۱۱/۱۳	۸/۳۴ ± ۲۳۵/۳۳	۷/۳۰ ± ۲۴۱/۸۰

نتایج جدول ۲ نشان داد بین میانگین نمرات گروه آزمایش مربوط به متغیرهای اضطراب، افسردگی و افکار غیرمنطقی (کل) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت زیادی با مرحله پیش‌آزمون وجود دارد. بدین معنی که با توجه به اینکه در پرسشنامه‌های استفاده‌شده، نمره پایین‌تر نشان‌دهنده افسردگی، اضطراب و عقاید غیرمنطقی کمتر است؛ بنابراین، در پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش مشاهده شد میانگین نمرات متغیرهای افسردگی، اضطراب و عقاید ناکارآمد کاهش یافته است؛ در حالی که در گروه کنترل تغییرات میانگین زیادی در سه مرحله آزمایش مشاهده نشد؛ پس برای

تعیین معنی‌داری تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش و گروه کنترل و همچنین بین سه مرحله آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از تحلیل واریانس مکرر استفاده شد. پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون بررسی شد. با توجه به جدول ۳ پیش‌فرض نرمال بودن با آزمون شاپیرو-ویلک، تساوی واریانس با آزمون لوین و برقرار بودن کرویت (برابر بودن واریانس تفاوت تمام زوج‌های اندازه‌گیری مکرر) با آزمون موخلی بررسی شد. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.



کاهش معنی‌داری داشته است. در ادامه نتایج درون‌گروهی نیز نشان می‌دهد که میانگین نمرات عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) اضطراب ( $F=16/32$ ،  $P<./001$ )، افسردگی ( $F=18/69$ )، و عقاید غیرمنطقی ( $F=2321/63$ )،  $P<./001$ ) از لحاظ آماری معنی‌دار است. به این معنی که میانگین نمرات متغیرهای اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی سه مرحله‌ی آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نیز تفاوت دارند. در نهایت، نتایج نشان داد تعامل بین عامل و گروه نیز از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $F=29/93$ ،  $P<./001$ )؛ بنابراین، به دنبال معنی‌دار شدن تفاوت میانگین نمرات سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل از مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها I-J) آزمون بونفرونی (جدول ۵) استفاده شد.

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر بین دو گروه پژوهش در سه سطح اجرا برای متغیرهای اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول، بین گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان اضطراب ( $F=30/87$ ،  $P<./001$ )، افسردگی ( $F=22/38$ )،  $P<./001$ ) و عقاید غیرمنطقی ( $F=2323/02$ )،  $P<./001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه‌ی اثر به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۴۴ و ۰/۹۸. و توان ۱/۰ حاکی از دقت معنی‌داری در این زمینه است. بدین معنی که مداخلات درمانی باعث شده که یک گروه از لحاظ میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی (کل) با گروه دیگر تفاوت داشته باشد. با مراجعه به جدول یافته‌های توصیفی جدول ۲ و بررسی میانگین نمرات دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دریافت می‌شود که میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی (کل) نسبت به گروه کنترل

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه‌ی اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی (کل) در سه گروه پژوهش

متغیر	گروه	دوره	پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب	گروه گواه	پیش‌آزمون	-/۲۶	-/۹۳
		پس‌آزمون	-	-/۶۷
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۸/۱۳*	۶/۸۰*
		پس‌آزمون	-	۱/۳۳
افسردگی	گروه گواه	پیش‌آزمون	/۶۰	-/۲۰
		پس‌آزمون	-	-/۸۰
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۲۶*	۶/۴۰*
		پس‌آزمون	-	/۸۶
عقاید غیرمنطقی	گروه گواه	پیش‌آزمون	۲/۰۶	۱/۱۳
		پس‌آزمون	-	-/۹۶
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۷۵/۸۰*	۱۶۹/۳۳*
		پس‌آزمون	-	-۶/۴۶*

\*  $P<./001$

علائم بسیار زیادی همچون افسردگی، استرس، اضطراب و افکار غیرمنطقی می‌شوند، در این پژوهش سعی شد اثربخشی این روش درمانی جدید بر میزان افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی زنان مطلقه بررسی شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) بر میزان افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی زنان مطلقه تأثیرگذار بود و توانست افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی آنان را به‌طور معنی‌داری کاهش دهند. همچنین، نتایج نشان داد اثر درمانی رویکرد ودیعه‌های انسانی (HGT) بعد از چهار ماه حفظ شده است.

دربارهٔ اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی نیز پژوهش‌هایی همچون سودانی و همکاران (۲۰۱۹)، آدامز (۲۰۱۷)، بوردت و گرینبرگ (۲۰۱۹)، تساروچا، کینگستون، استیوارت، والتن و کورپ (۲۰۱۲)، اندروز (۲۰۱۱)، مک لافین و لوتین (۲۰۱۰) انجام شده است که با نتایج پژوهش حاضر هم‌سو و هم‌خوان‌اند. در این راستا، اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی بر کاهش اضطراب و افسردگی (بوردت و گرینبرگ، ۲۰۱۹؛ اندروز و همکاران، ۲۰۱۳؛ تساروچا و همکاران، ۲۰۱۲)، افزایش شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین (سودانی و همکاران، ۲۰۱۹؛ یاتیز و اتکینسون)، بهبود اختلال استرس پس از سانحه (آدامز، ۲۰۱۷) و بهبود عملکرد اجرایی کارکنان (مک لافین و لوتین، ۲۰۱۰) تأیید شده‌اند که با یافتهٔ پژوهش حاضر نیز هم‌سو هستند.

برای تبیین یافته‌های پژوهش، ابتدا به بررسی باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه پرداخته می‌شود که به‌نوعی این افکار غیرمنطقی در بروز اختلالات عاطفی همچون افسردگی و اضطراب تأثیرگذار هستند. طبق پژوهش‌های گذشته (ظهیرالدین و خدایی‌فر، ۱۳۸۲؛

در جدول ۵ نتایج مربوط به آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ میانگین نمرات گروه‌های پژوهش در سه سطح اجرا ارائه شده است. نتایج مقایسه تفاوت میانگین درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داد تفاوت میانگین مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون، پیش‌آزمون - پیگیری، پس‌آزمون - پیگیری مربوط به متغیرهای اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی در گروه گواه معنی‌دار نیستند. بدین معنی که میانگین نمرات متغیرهای اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه گواه شاهد تغییرات معنی‌داری نبوده است؛ اما نتایج مقایسهٔ تفاوت میانگین درون‌گروهی مربوط به گروه آزمایش در متغیرهای اضطراب: (پیش‌آزمون - پس‌آزمون (۸/۱۳)، پیش‌آزمون - پیگیری (۳/۸۰)، افسردگی: پیش‌آزمون - پس‌آزمون (۷/۲۶)، پیش‌آزمون - پیگیری (۶۰/۴۰)، و عقاید غیرمنطقی: (پیش‌آزمون - پس‌آزمون (۱۷۵/۸۰)، پیش‌آزمون - پیگیری (۱۶۹/۳۳) در سطح  $P < .001$  معنی‌دار است. بدین معنی که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش معنی‌دار میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی نسبت به مرحلهٔ پیش‌آزمون مشاهده می‌شود؛ پس با توجه به معنی‌داری مرحلهٔ پیش‌آزمون - پیگیری چنین می‌توان نتیجه گرفت که اثر مداخلهٔ درمانی در پیگیری چهارماهه نیز حفظ شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) بر روی اضطراب، افسردگی و افکار غیرمنطقی (کل) زنان مطلقه شهر شهرکرد انجام شد. با توجه به اینکه پژوهش‌ها در ایران و در کشورهای مختلف نشان دادند زنان بعد از طلاق دچار

پس قالب‌های منفی ذهن ادراک آنها را به‌طور پیوسته و ناآگاهانه دچار تغییر می‌کنند که نتیجه آن نشخوارهای منفی ذهن در این افراد و ایجاد اضطراب و افسردگی است. برای مثال با ورود زن مطلقه به یک مراسم و مشاهده رفتاری خاص (در اینجا خنده زن همسایه)، با الگو و قالب‌های ذهنی منفی (هر خنده‌ای = تأییدنکردن دیگران) هم‌سو می‌شود و باعث شکل‌گیری حالات هیجانی همچون خشم، اضطراب و ناامیدی می‌شود و فرد شروع به خودگویی‌های منفی می‌کند؛ بنابراین، در شناخت‌درمانی به افراد کمک می‌شود تا شناخت‌های ناکارآمد را به چالش بکشند و افکار و عقاید مثبت و موفقیت‌آمیز را جایگزین آنها کنند؛ اما درمان مبتنی بر مدل APET رویکرد متنوع‌تر و خلاقانه‌تری برای تغییر الگوها و قالب‌های غیرمفید، با استفاده از استعاره و داستان و تکنیک‌های مختلف (تصاویر هدایت‌شده و یا تجسم‌کردن برای تغییر برداشت‌ها و مفاهیم الگوها) فراهم ساخته است (ورنون، ۲۰۰۳؛ اکای، ۲۰۱۰). به زبان ساده‌تر، نقطه P مهم‌ترین مرحله است که درمان‌گران HGT بر روی آن متمرکز می‌شوند؛ بنابراین، در پژوهش حاضر قالب‌ها و الگوهای منفی زنان مطلقه درباره مسائل و مشکلات طلاق که باعث بروز هیجان‌هایی منفی و متعاقباً افکار ناکارآمد مرتبط با آن می‌شوند، شناسایی شدند و با استفاده از استعاره، داستان‌ها و تکنیک‌های مختلف سعی شد قالب‌ها و الگوهای مثبت جایگزین آنها شود (در این مثال هر خنده‌ای = تأییدشدن از سوی دیگران نیست؛ بلکه الگو و قالب منفی ذهن است). این قالب‌ها و الگوهای مثبت، هیجان‌های مثبت به همراه دارند که باعث می‌شوند تفکرات غیرمنطقی نیز در زنان مطلقه تغییر کنند.

فولادی و شاه‌نعمتی گاوگانی، ۱۳۹۴) زنان بعد از انحلال خانواده و وقوع واقعه طلاق، درگیر باورهای غیرمنطقی از قبیل انتظار بیش‌ازحد از خود، توقع تأیید از دیگران، آمادگی برای سرزنش، واکنش عاجزانه به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی می‌شوند که این باورهای غیرمنطقی مانع از بازگشت زنان مطلقه به زندگی عادی و سازگارشدن آنها با موقعیت جدید می‌شود. برای نمونه باور غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران در زنان مطلقه به این صورت نمود پیدا می‌کند که آنها این انتظار را از وابستگان و افراد فامیل دارند که جدایی و مسئله طلاق را در آنها تأیید کنند و از عمل انجام‌شده آنها حمایت کنند. حال اگر رفتاری متناقض با این باور غیرمنطقی خود در افراد نزدیک و بستگان ببینند، دچار اختلال عاطفی خواهند شد و به مرور زمان با تأثیر این هیجانات، آنان از ورود به چنین اجتماعاتی خودداری می‌کنند؛ بنابراین، در درمان ودیعه‌های انسانی برای کم‌کردن تأثیر این باورهای غیرمنطقی یا از بین بردن آنها از مدل درمانی APET استفاده می‌شود. مطابق نظریه ودیعه‌های انسانی زنان مطلقه بیشتر بر روی نقاط منفی در زندگی تمرکز می‌کنند؛ بنابراین، فردی که مشکل دارد، به‌طور مدام در حال تجدید تجربه‌های منفی زندگی است و این تجارب منفی را براساس قالب‌ها و الگوهای منفی که در ذهن ناخودآگاه خود دارد، مطابقت می‌دهد؛ بنابراین، زمانی که محرک‌های جدیدی به ذهن هوشیار آنان می‌رسند، پیش از رسیدن به آگاهی قالب‌ها و الگوهای منفی ذهنشان را تحت تأثیر قرار می‌دهند و باعث می‌شوند تا آنها تجربیات منفی را از بین این محرک‌ها گزینش کنند؛



بنابراین، سعی شد تا به زنان مطلقه که درگیر بیماری افسردگی و اضطراب بودند، کمک شود تا با شناسایی منابع وجودی خود سعی کنند نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند. زمانی که این زنان توانستند با به‌کارگیری منابع وجودی خود همچون همدلی، خودمشاهده‌گری و ذهن آگاه و... نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند، به تدریج علائم افسردگی و افکار غیرمنطقی در آنان کاهش پیدا کرد و توانستند به زندگی عادی در جامعه برگردند؛ بنابراین، باتوجه به هم‌سو بودن نتایج پژوهش‌های گذشته و تبیین ارائه‌شده، می‌توان چنین نتیجه گرفت که اثربخشی درمان جدید HGT تأیید می‌شود. در پایان، باید اشاره کرد که باتوجه به بدیع بودن درمان HGT نیازمند این است که در پژوهش‌های آینده بیشتر به این مقوله پرداخته شود؛ چرا که پژوهش‌های کمتری در این زمینه وجود دارد؛ پس توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده رویکرد ودیعه‌های انسانی با درمان‌های دیگر نیز مقایسه شود تا هم اثربخشی و هم توان این روش درمانی در مقایسه با دیگر رویکردهای درمانی مشخص شود. از جمله محدودیت‌هایی که پژوهش حاضر با آن روبه‌رو است، مسئله تعمیم نتایج پژوهش حاضر به جوامع مشابه باتوجه به نمونه‌گیری دردسترس است که باید با احتیاط انجام گیرد. نکته دیگر کمبود منابع فارسی درباره رویکرد جدید ودیعه‌های انسانی است. باتوجه به نتایج مثبت اثربخشی رویکرد ودیعه‌های انسانی، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران دیگر پژوهش حاضر را با دیگر رویکردها همانند طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی بک بررسی و مقایسه کنند. همچنین، پیشنهاد می‌شود تأثیر این رویکرد نوین بر متغیرهای جدید نیز بررسی شود.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر تأثیر مثبت درمان ودیعه‌های انسانی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان مطلقه است. در این راستا آدامز<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) نیز در دانشکده علوم اعصاب، روان‌شناسی و رفتار پژوهشی گسترده با عنوان «کاربرد درمان ودیعه‌های انسانی برای مراجعان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه» انجام داد. نتایج نشان داد درمان ودیعه‌های انسانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به کاهش نشانه‌ها و بهبود رضایت از زندگی کمک کرده است و همچنین، تساروچا و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی اثربخشی رویکرد ودیعه‌های انسانی در درمان افسردگی: یک مطالعه شبه‌تجربی در مراقبت‌های اولیه» به این نتایج دست یافتند که افراد مبتلا به دیابت، از شدت افسردگی آنان کاسته شده است و همچنین بهبودی آنان تا یک سال پس از ارجاع نیز ادامه یافت. نتایج این پژوهش‌ها، یافته پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. برای تبیین این یافته پژوهش می‌توان بیان کرد که باتوجه به اینکه نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که افسردگی، اضطراب و تفکرات اسکیزوفرنی در زنان مطلقه بیشتر از زنان غیرمطلقه است (غلامی و بشولیده، ۱۳۹۰؛ شازیاء، ۲۰۰۱؛ لورنز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶)، براساس نظریه HGT این ایده کاربردی استفاده شد که ارضانشدن نیازهای عاطفی زنان مطلقه باعث بروز اختلالات عاطفی همچون افسردگی و اضطراب می‌شود. برای مثال زمانی که نیازهای عاطفی از قبیل نیاز به استقلال، دریافت توجه و ارائه توجه به دیگران، پیوند با جامعه بزرگ‌تر و... برطرف نشوند، زنان مطلقه درگیر علائم افسردگی یا اضطراب می‌شوند؛

1. Adams

2. Tsaroucha et al

3. Shazia

4. Lorenz, Wickrama, Conger &amp; Elder

## منابع

- فتی، ل.؛ بیرشک، ب.؛ عاطف وحید، م. و دایسون کیت، ا. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری/طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهارچوب مفهومی، *اندیشه رفتار*، ۱۱(۳)، ۳۱۲-۴۲۶.
- مهاجر تبریزی، م. (۱۳۹۵)، مقایسه سبک‌های اسنادی، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی زنان مطلقه و زنان متأهل مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره، *دانش انتظامی گلستان*، ۷(۲۸)، ۱۶۳-۱۷۳.
- یعقوبی، ح. (۱۳۸۷)، غربالگری اختلالات روانی: جایگاه آزمون‌ها و نحوه تعیین برش و اعتباریابی، *سلامت روان*، ۱۱(۱)، ۳۹-۵۱.
- Amato, P. R. (2010), Research on Divorce: Continuing Trends and New Developments, *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650-666.
- Amato, P. R. & James, S. (2010), Divorce in Europe and the United States: Commonalities and differences across nations, *Family Science*, 1(1): 2-13.
- Amato, P. R. (2000), The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269-87.
- Afifi, T. O., Cox, B. J. & Enns, M. W. (2006), Mental health profiles among married, never-married, and separated/divorced mothers in a nationally representative sample, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 122-9.
- Abdul, K. N. & Bifulco, A. (2011), Vulnerability life events and depression amongst Moslem Malaysian Women: Comparing those married and those divorced or separated, *Soci.Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 853-862.
- Adams, S. (2017), *Human Givens Rewind Treatment for PTSD and Sub-threshold Trauma*, Thesis submitted for the degree of Doctor of Psychology (PsyD), at the University of Leicester.
- Andrews, W. P., Wislocki, A. P., Short, F., Chow, D. & Minami., T. (2013), A Five-Year Evaluation of the Human Givens therapy using a practice research network, *Mental Health Review*, 8(3), 165-176.
- خدابخش پیرکلانی، ر. و رحیم جمارونی، ه. (۱۳۹۲)، اثربخشی درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان یک مورد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، *روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۴)، ۱۲۱-۱۴۷.
- رحیمی، چ. (۱۳۹۳)، کاربرد پرسشنامه افسردگی بک-۲ در دانشجویان ایرانی، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲(۱۰)، ۱۷۳-۱۸۸.
- زاده‌حسن، ج، سراج خرمی، ن. (۱۳۹۸)، همبستگی بین هوش هیجانی، تکانش‌گری و باورهای غیرمنطقی با آمادگی به اعتیاد در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم، *آموزش و سلامت جامعه*، ۶(۴)، ۲۱۵-۲۲۲.
- ساعتچی، م.؛ کامکاری، ک. و عسکریان، م. (۱۳۸۹)، *آزمون‌های روان‌شناختی*، تهران: ویرایش.
- شارف، ریچارد اس. (۱۳۸۷)، *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- صدری دمیچی، ا؛ مجرد، آ. و پیرقلی کیوی، م. (۱۳۹۸)، مقایسه منبع کنترل، باورهای غیرمنطقی و جهت‌گیری مذهبی در زنان متقاضی طلاق و عادی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۵، *پژوهش در دین و سلامت*، ۷۳-۸۷، (۴)۵.
- غلامی، ع. و بشلیده، ک. (۱۳۹۰)، *اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روانی زنان مطلقه، مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۳): ۳۳۱-۳۴۸.
- فولادی، ا.؛ شاه‌نعمتی گاوگانی، ن. (۱۳۹۴)، *بررسی علل طلاق در استان آذربایجان شرقی (تبریز)*، *جامعه‌پژوهی فرهنگی*، ۶(۲)، ۹۱-۱۰۷.

- The National Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol*, 10, 224-38.
- Jong-Meyer, R. B., Beck, K. & Riede. (2009), Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs, *Personality Individual Differences*, 46(4), 547-551.
- Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010), Psychological flexibility as a fundamental aspect of health, *Clin Psych Rev*, 30(7), 865-78.
- Kitson, G. C. & Morgan, L. A. (1990), The multiple consequences of divorce: A decade review, *Journal of Marriage and Family*, 52(4): 913-24.
- Levinson, D. F. (2006), The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, 60(2), 84-92.
- Lorenz, F. O., Wickrama, K., Conger, R. D. & Elder, G. H. (2006), The short-term and decade-long effects of divorce on women's midlife health, *Journal of Health and Social Behavior*, 47(2), 111-125.
- Millar, P. M. (2006), Anxiety in children of divorce, *The Whitman Journal of Psychology*, 10(1), 36-39.
- McLaughlin, W. & Lothian, S. (2010), An in-depth phenomenological study of the effect that knowledge of Human Givens has within executive coaching, *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring Special Issue*, 4(1), 83-94.
- Nelson, R. E. (1977), Irrational beliefs in depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45(6), 1190-1.
- Okhai., F. (2010), Human givens psychotherapy, *The Arab Journal of Psychiatry*, 21(1), 9-28.
- Pirmoradi, M. R., sadeghipoya, F., Tabatabaee rad, M., Veisy, F., Gheitarani, B., Davoodi, R. & Ghahari, Sh. (2016), Comparison of Anxiety, depression and Emotional Self-Regulation in normal and Women, *International Journal of Tropical Medicine*, 11(5), 159-164.
- Panahifar, S., Yousefi, N. & Amani, A. (2014), The effectiveness of schema-based couple therapy on early maladaptive schemata adjustment and the increase of divorce applications adaptability, *Journal of business & management review*, 3(9), 339-345.
- Breslau, J., Miller, E., Jin, R., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H. & et al. (2011), A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce, *Acta Psychiatr Scand*, 124(6), 474-86.
- Dryden. W. (2009), Rational- Emotive Behavior Therapy Distinctive Features, *Routledge press*.
- Ellis, A., Sichel J. L., Yeager, R. J., DiMattia, D. J. & DiGiuseppe, R. (1989), Rational-emotive couples therapy, *Pergamon Press*.
- Ellis, A. (2001), Overcoming destructive beliefs, feeling, and behavior. Amherst, NY: *Prometheus Book*, 532-533.
- Fincham, F. D. (2003), Marital conflict: Correlates, structure, and context, *Current Directions in Psychological Science*, 12(1):23-7.
- Griffin, J. & Tyrrell, I. (2003), A new approach to emotional health and clear thinking Chalvington, East Sussex: *Human Givens Publishing*.
- Griffin, J. & Tyrrell, I. (2004), Human Givens: A new approach to emotional health and clear thinking. Chalvington, East Sussex: *Human Givens Publishing*.
- Griffin, J. & Tyrrell, I. (2006), How to Master Anxiety: All You Need to Know to Overcome Stress, Panic Attacks, Trauma, Phobias, Obsessions and More, Chalvington, East Sussex: *Human Givens Publishing*.
- Griffin, J. & Tyrrell, I. (2008), An Idea in Practice: Using the Human Givens Approach, Chalvington. East Sussex: *Human Givens Publishing*.
- Heene, E. A., Buysse and Oost, P. (2003), A categorical and dimensional perspective on depression within a nonclinical sample of couples, *Family Process*, 42(1), 133-149.
- Hmiadi, N. K., Bashildeh, M., Eydibaygi, H. & Dehghanizadeh, Z. (2012), The effectiveness of religion orientation of CBT psychotherapy on depressions widow, *Counseling Family Psychotherapy*, 52(1), 54-64.
- Idstad, M., AskTorvik, F., Borren, I., Rognmo, K., Roysam, E. & Tambs, K. (2015), Mental distress predicts divorce over 16 years: the HUNT study. *Public Health*, 15(320), 1-10.
- Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD, Loveless CA. (2000). Marital status and mortality:

- Vernon, A. (2003), Rational- Emotive Behavior Therapy, In Capuzzi, D. & Gross, D. *Counseling and psychology therapy*, Columbus, Ohio Uppersaddle Riever New Jersey.
- Vollestad, J., Sivertsen, B. & Nelsen, G. H. (2011), Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial, *Journal of Behavior Research and Therapy*, 49(4), 281-288.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M. & et al. (2009), 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.
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008), *Cognitive therapy for depression*, In Barlow, D. H, editor. Clinical hand book of psychological disorders. New York: Guilford Press, 250-306.
- Yates, Y., & Atkinson, c. (2011). Using Human Givens therapy to support the well-being of adolescents: Pastoral Care in Education, An *International Journal of Personal, Social and Emotional Development*, 29(1): 35-50.
- Zurawski, R. M. & Smith, T. W. (1987), Assessing irrational beliefs and emotional distress: Evidence and implications of limited discriminant validity, *Journal of Counseling Psychology*, 34(2), 224-7.
- Sotoudeh, H. (2018), *Social Psychology*, 19th Edition, Tehran: Avaye Noor.
- Shiralinia, K., Cheldavi, R. & Amanelahi, A. (2018), The effectiveness of compassion-focused psychotherapy on depression and anxiety of divorced women, *Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 9-20.
- Storksken I., Roysamb, E., Moum, T. & Tambs, K. (2005), Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment, *Journal of Adolescence*, 28(6), 725-39.
- Stutzer, A. & Frey B. S. (2006), Does marriage make people happy, or do happy people get married? *The Journal of Socio-Economics*, 35(2), 326-347.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002), Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse, New York: *Guilford press*, 78-122.
- Shazia, N. (2001), *Psychological reaction to divorce of divorced women*, (PhD thesis), University of Karachi, Karachi.
- Turner, H. A. (2006), Stress Social resources and depression among never-married and divorced rural mothers, *Rural Social*, 71(3), 479-504.
- Tsaroucha, A., Kingston, P., Stewart, T., Walton, L. & Corp N. (2012), Assessing the effectiveness of the “human givens” approach in treating depression: a quasi experimental study in primary care, *Journal of Mental Health Review*, 17(2), 90-103.