

اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری بر کارکرد خانواده و اعتماد به نفس زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی*

مرضیه موسوی**، دکتر پروانه محمدخانی***، دکتر حسین کاویانی****،

دکتر علی دلاور*****

چکیده:

در این پژوهش از طرح تجربی اندازه‌گیری‌های مکرر با گروه مقایسه، با انتخاب تصادفی و جایگزینی تصادفی استفاده شد. هدف از اجرای آن بررسی اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری بر کارکرد خانواده و افزایش اعتماد به نفس زنان متأهل مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بود. نمونه مورد پژوهش از بین ۷۸ زن متأهل مبتلا به اختلال افسرده‌خویی که به بعضی از مراکز روان‌پزشکی و مشاوره‌ای شهر تهران مراجعه کرده بودند، ۳۹ زوج واجد شرایط ورود به طرح بودند که از بین آنها ۲۰ زوج به صورت تصادفی انتخاب شدند و به‌طور 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 ضد افسردگی تجویز شده توسط روان‌پزشکان استفاده کردند. ابزار پژوهش شامل ابزار سنجش خانواده مک‌مستر و مقیاس اعتماد به نفس روزنبرگ بود که زن‌های دو گروه آنها را قبل از شروع درمان و در مقاطع موردنظر (قبل از جلسه ششم، بعد از جلسه دهم و دو ماه پس از درمان) تکمیل کردند. هم‌چنین از پرسشنامه‌های افسردگی بک و وضعیت زناشویی گلوبوک راست جهت‌گزینش نهایی آزمودنی‌ها استفاده شد. کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که زوج‌درمانی در مقایسه با دارودرمانی به‌طور معناداری باعث کارآمدتر شدن کارکرد خانواده و افزایش اعتماد به نفس زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی است. در نتیجه به‌نظر می‌رسد زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری روش مداخله مؤثری جهت کارآمدتر کردن کارکرد خانواده و افزایش اعتماد به نفس زنان افسرده باشد.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری، دارودرمانی، اختلال افسرده‌خویی، کارکرد خانواده، اعتماد به نفس

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی خانم مرضیه موسوی است.

** دانشجوی مقطع دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**** دانشیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه

***** استاد آمار و روش تحقیق دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

افسردگی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی (به‌ویژه در زنان) است، پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰، در جایگاه اولین عامل ناتوان‌کننده جامعه بشری قرار گیرد (گلدنر، مایو و گدس، ۱۹۹۹). در متن تجدیدنظر شده چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)^۱، اختلال‌های خلقی به طبقات گوناگونی تقسیم می‌شوند که مهم‌ترین آنها شامل اختلال دو قطبی و اختلال‌های افسردگی (اختلال افسردگی اساسی^۲ و اختلال افسرده‌خویی^۳) هستند. شیوع کلی اختلال افسرده‌خویی ۶٪ و شیوع مقطعی آن ۳٪ است که در مراجعه‌کنندگان مطب‌های روان‌پزشکان بسیار شایع است، به‌طوری که به یک سوم تا یک دوم از کل بیماران مراجعه‌کننده می‌رسد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در مناطق مختلف شهری و روستایی ایران نیز حاکی از شیوع بالای اختلال‌های افسردگی در جمعیت‌های مورد مطالعه بوده است (کوکبه، ۱۳۷۲؛ بهادرخان، ۱۳۷۲؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ یعقوبی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴؛ پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ نوربالا و محمد، ۱۳۷۹). نتایج مطالعه همه‌گیرشناسی کاویانی و همکاران (۱۳۷۹) میزان شیوع افسردگی بالینی در ایران را بیشتر از کشورهای غربی نشان می‌دهد (۳۰/۵٪ در زنان و ۱۶/۷٪ در مردان). احتمال ابتلای زنان به افسردگی بیشتر از مردان است؛ احتمال ابتلای زنان به افسردگی اساسی دو برابر مردان (۹/۱٪ در مقابل ۴/۵٪) و این احتمال برای افسرده‌خویی کمتر از دو برابر (۲/۹٪ در مقابل ۱/۷٪) بدست آمده است.

هرچند در مورد چند علتی بودن افسردگی توافق وجود دارد، شواهدی نیز ارائه شده مبنی بر این‌که فقدان حمایت اجتماعی و عدم صمیمیت با افراد مهم زندگی نقش مهمی را در شکل‌گیری افسردگی ایفا می‌کنند (براون^۱ و هریس^۲، ۱۹۷۸؛ کاستلو^۳، ۱۹۸۲؛ پرایس^۴ و ورتمن^۵، ۱۹۸۵؛ لین^۶، دین^۷ و انسل^۸، ۱۹۸۶ به‌نقل از هالورن^۹، ۱۹۹۸).

بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با کارکرد خانواده (۵) آشفته و مسئله‌ساز روبه‌رو هستند (کوبین و همکاران، ۲۰۰۲). سطوح ناکارآمدی خانواده بیماران مبتلا به اشکال مزمن افسردگی مشابه بیماران مبتلا به افسردگی حاد است (کیتنر و همکاران، ۲۰۰۳). مشکلات زناشویی به‌ویژه مجادلات و جر و بحث، فراوان‌ترین واقعه گزارش شده قبل از شروع افسردگی هستند (پیکل و همکاران، ۱۹۶۹ به‌نقل از هالورن، ۱۹۹۸). هم‌چنین فقدان حمایت و اعتماد نداشتن به همسر به تنهایی می‌تواند خطر ابتلا به افسردگی را افزایش دهد (پری و شاپیرو، ۱۹۸۶ به‌نقل از کیتنر، ۲۰۰۵). خانواده‌های بیماران افسرده در طی دوره افسردگی سطوح شدیدتری از ناکارآمدی خانوادگی را گزارش می‌دهند (کیتنر و همکاران، ۱۹۸۷). هم‌چنین اگر بیمار افسرده از نظر شخصیتی نیز مشکل داشته باشد، کارکرد خانواده‌اش ناکارآمدتر (ناسالم‌تر) خواهد بود (میلر و همکاران، ۲۰۰۰). بعضی از مطالعات حاکی از آن است که سطح آسیب‌دیدگی خانوادگی در خانواده‌های بیماران مبتلا به

اختلال‌های افسردگی شدیدتر از سایر گروه‌های تشخیصی روان‌پزشکی است (میلر و همکاران، ۱۹۸۶). مشخص شده است که سطح ناکارآمدی خانوادگی و نوع آن با افزایش خطر خودکشی ارتباط دارد (کیتنر و همکاران، ۱۹۸۷ و ۱۹۹۰ نقل از کیتنر، ۲۰۰۵). آسیب‌های مربوط به کارکرد خانواده بعد از فروکش کردن دوره حاد افسردگی گرچه کاهش می‌یابند، باز هم باقی می‌مانند (کیتنر و همکاران، ۱۹۹۱ و ۱۹۹۲؛ نقل از میلر و همکاران، ۲۰۰۰). نتایج چند پژوهش نشان داد که بین ناکارآمدی خانواده و افسردگی در نوجوانان ارتباط وجود دارد (سالاری، ۱۳۸۰؛ مارتین و همکاران، ۱۹۹۵). بنابراین تعاملات اجتماعی تعارض‌آمیز با افسردگی ارتباط دارند و از سوی دیگر افسردگی ممکن است به استرس‌های خانوادگی منجر شود (کیتنر، ۲۰۰۵).

روش‌های مختلفی جهت درمان اختلال‌های افسردگی به کار می‌رود از جمله: دارودرمانی و درمان‌های روان‌شناختی. هم دارودرمانی و هم روان‌درمانی می‌تواند درمان‌های مؤثری برای افسردگی باشند؛ اما علی‌رغم اثربخشی‌شان، درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به افسردگی به این نوع درمان‌ها به خوبی پاسخ نمی‌دهند و علائم باقیمانده مشکل‌سازی را تجربه می‌کنند (هیرشفیلد و همکاران، ۲۰۰۲). درمان‌های زناشویی و خانوادگی در این موارد برای افسردگی پیشنهاد می‌شوند. این نوع درمان‌ها اصول درمانی مشابهی دارند و می‌توانند مثل هم در نظر گرفته شوند (همان منبع). مطالعات متعددی اثربخشی نگرش‌های گوناگون درمان زناشویی را بر افسردگی مورد آزمون قرار داده‌اند یا مرور کرده‌اند (بیچ، ۲۰۰۳؛ کانگ، ۲۰۰۰ نقل از کیتنر، ۲۰۰۵). نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان‌های زناشویی (با هر رویکردی) قابل مقایسه با درمان‌های فردی (دارویی، روان‌درمانی) در بهبود علائم افسردگی و بهتر از آن‌ها در بهبود عملکرد و ارتباط زناشویی می‌باشند. خانواده‌درمانی احتمالاً زمانی مفید خواهد بود که نابسامانی خانوادگی به مثابه یک جزء ترکیب‌کننده افسردگی وجود داشته باشد (کیتنر، ۲۰۰۵). پژوهش دربارهٔ اثربخشی برنامه‌های ارتباط بین فردی^۷ (ICP) نشان داد این برنامه‌ها تأثیر غیرمستقیم و مثبت بر روابط خانوادگی دارند. بعد از شرکت زوج‌ها در کلاس‌های آموزشی، ارتباط تمام اعضاء خانواده با یکدیگر بهبود می‌یابد (برهام، ۱۹۸۴). هم‌چنین نتایج مطالعات حاکی از آن است که متعاقب شرکت زوج‌ها در برنامهٔ ارتباط زوج^۸، عزت نفس^۹ و خودپنداره^{۱۰} آن‌ها بهبود می‌یابد (بوسیک، ۱۹۸۲؛ کولمن، ۱۹۷۹ و دیلون، ۱۹۷۶). و افزایش معناداری در خود افضایی^{۱۱} و عزت نفس زوج به‌وجود می‌آید (فلمینگ، ۱۹۷۷؛ ولنتی، ۱۹۸۹).

عزت‌نفس با افسردگی پیوند و ارتباط نزدیکی دارد (بک، ۱۹۶۵؛ روزنبرگ، ۱۹۶۵). ولی وجود رابطه سببی بین آنها هنوز هم بحث‌برانگیز است (اورمل و ساندرومن، ۱۹۸۰؛ روبرتس و مونرو، ۱۹۹۲). بعضی از محققان عزت پایین را به‌عنوان یکی از علائم افسردگی می‌دانند (لوینسون و همکاران، ۱۹۸۱؛ اینگهام و همکاران، ۱۹۸۶) در حالی که برخی دیگر آن را به‌عنوان پیشاینده افسردگی (هامن و همکاران، ۱۹۸۵؛ میلر و همکاران، ۱۹۸۹؛ براون و همکاران، ۱۹۸۶) در نظر می‌گیرند (نقل از لیولو

و هانگ، لوآن‌ویو، ۱۹۸۸). نتایج یک مطالعه طولی ۱۰ ساله نشان داد که ۶۰٪ واریانس در عاطفه منفی (شامل افسردگی) به یک عامل مشترک که با عزت‌نفس پایین همبستگی بالایی دارد، تعلق دارد (ارمل و شوفلی، ۱۹۸۹). نتایج پژوهش باتلر و هوکنسان (۱۹۹۴) نشان داد که احساس ملالت^{۱۲} به‌طور معناداری با عزت‌نفس، استرس‌های زندگی و تعامل عزت‌نفس استرس همراه است.

از سوی دیگر، نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ازدواج‌های ناشاد و عدم رضایت زناشویی اثرات زیان بخشی بر عزت‌نفس و سلامت عمومی دارند. یافته‌های این مطالعات نشان می‌دهند، افرادی که در یک ازدواج ناشاد و ناموفق باقی می‌مانند نسبت به آنهایی که ازدواج موفق و شادی دارند، از سطوح عزت‌نفس، شادکامی کلی و رضایت از زندگی پایین‌تری همراه با سطوح بالایی آشفتگی روان‌شناختی (از جمله افسردگی) رنج می‌برند. هم‌چنین اثرات زیان‌بخش ماندن در این نوع ازدواج‌ها بیشتر از طلاق است (به‌نقل از ویکی‌فوگ، ۲۰۰۶).

پژوهش ساکو و فارس (۲۰۰۱) نشان داد که ارزیابی مثبت همسر با رضایت زناشویی و عزت‌نفس همبستگی مثبت دارد. هم‌چنین سطح افسردگی و ارزیابی منفی زوج به‌طور مستقل بر عدم رضایت زناشویی تأثیر دارد.

تفکر، زیر ساخت تمام رویکردهای سیستمی مفهوم «علیت چرخشی»^{۱۳} است. این طور تصور می‌شود مسائلی که در رابطه اتفاق می‌افتد در نتیجه یک چرخه پیچیده از تعامل است که هر دو زوج (هر عضو خانواده) در آن مشارکت دارند. در این دیدگاه علائمی که در هر زوج یا هر عضو خانواده به وجود می‌آید به عنوان تعادل حیاتی محسوب می‌شوند که می‌خواهند ثبات سیستم را حفظ کنند. برای مثال یک زن و شوهر ممکن است میزان جر و بحث و یا خصومت را به قیمت پاسخ علامتی در یکی از زوجین کاهش دهند (کرو و ریدلی، ۲۰۰۰).

نظریه سیستم‌ها بر حیطه کلی تعامل خانواده متمرکز است و رابطه زوجین بخش مهمی از آن محسوب می‌شود. همان‌طور که در رویکرد مینوچین (۱۹۷۴) دیده می‌شود زوجین «جفت‌والد» محسوب می‌شوند و کوشش‌های درمانی برای کمک به آنها طراحی می‌گردد (کرو و ریدلی، ۲۰۰۰). بنابراین با تغییر و بهبود تعاملات زن و شوهر (از طریق زوج‌درمانی) می‌توان در تعاملات تمام اعضاء خانواده تأثیر گذاشت و ناکارآمدی سیستم خانواده را بهبود بخشید.

با توجه به نتایج پژوهش‌های ذکر شده، برنامه‌های آموزش ارتباط میان‌فردی و ارتباط زوج اثربخشی مثبتی بر کارکرد خانواده و اعتماد به نفس زوج‌ها دارد. بنابراین پرسش اساسی این پژوهش این است که آیا از طریق زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری^{۱۴} می‌توان کارکرد خانواده زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی را کارآمدتر نمود و نیز موجب افزایش اعتماد به نفس آنان شد؟

از آنجایی‌که اختلال‌های افسردگی جزء شایع‌ترین اختلال‌های روانی به‌ویژه در زنان است و نتایج پژوهش‌های متعددی حاکی از آن است که افسردگی با ناکارآمدی خانواده، عدم رضایت

زناشویی و اعتماد (عزت) به نفس ارتباط واضحی دارد؛ بنابراین بررسی اثربخشی روش‌های درمانی مؤثر بر این ابعاد از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. از سوی دیگر، جستجوی محققان برای دستیابی به یافته‌هایی مبنی بر اثر بخشی زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری با رویکرد کرو و ریدلی^{۱۵} بر کارکرد خانواده و عزت (اعتماد) نفس زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی، چه در ایران و چه در سایر کشورها بی‌نتیجه ماند. به‌نظر می‌رسد که تحقیق حاضر اولین کار پژوهشی در زمینه بررسی اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری با رویکرد کرو و ریدلی بر کارکرد خانواده و اعتماد به نفس زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی باشد، در نتیجه ضرورت انجام چنین پژوهشی محسوس است.

روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و طرح پژوهش تجربی با اندازه‌گیری‌های مکرر و دارای گروه آزمایش و مقایسه است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:

جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل مبتلا به اختلال افسرده‌خویی و همسران آنان می‌شد که از تاریخ ۱۵ فروردین تا پایان اردیبهشت ۱۳۸۴ به بیمارستان روزبه، بعضی از مطب‌های خصوصی روان‌پزشکان، مراکز مشاوره خصوصی یا دولتی (مرکز توحید، مرکز صبا) در شهر تهران مراجعه نموده و روان‌پزشک در مورد آنان تشخیص اختلال افسرده‌خویی داده بود. نمونه آماری شامل ۲۰ زن متأهل مبتلا به اختلال افسرده‌خویی و شوهرانشان بود که دارای این معیارهای انتخاب بودند: تشخیص اختلال افسرده‌خویی توسط روان‌پزشک، مصاحبه بالینی پژوهشگران براساس الگوی مصاحبه ساختار یافته SCID16 برای تشخیص اختلال‌های خلقی (افسرده‌خویی)، نمره ۱۷ یا بیشتر در BDI20، نمره ۳۴ یا بیشتر در پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوگ راست^{۲۱}، نداشتن اختلال افسردگی یا سایر اختلال‌های روانی قبل از ازدواج طبق گزارش شخصی، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، حداقل مدت ازدواج ۲ و حداکثر ۱۵ سال، حداقل سن زوجین ۲۰ و حداکثر سن برای زوج زن ۴۵ سال، نداشتن تصمیم به جدایی در زمان شروع درمان، ازدواج زوجین (ازدواج اول آنان باشد) موافقت زوجین برای شرکت در پژوهش و معیارهای حذف: زوج زن اختلال روانی دیگری به غیر اختلال افسرده‌خویی در محور I داشته باشد، دارا بودن ملاک‌های کامل اختلالات شخصیت در محور II برای زوجین، زوج مرد اختلال روانی در محور I داشته باشد، زن یا شوهر یا هر دو دچار بیماری جسمی شدید و مسائل عمده‌ای هم‌چون اعتیاد به مواد مخدر، خشونت شدید داشته باشند، زوج مرد همسر دیگری چه به صورت دائم و چه به صورت موقت داشته باشد، زوج مرد بی‌کار باشد و داشتن درمان همزمان).

نمرات FAD22 و اعتماد به نفس روزنبرگ زنان گروه دارودرمانی (با میانگین سنی ۱۰/۳۰) و زنان گروه زوج درمانی (با میانگین سنی ۳۰/۰۲) با یکدیگر مقایسه شدند.

شیوه اجرا

مسئولین پذیرش به بیماران واجد شرایط و شوهران‌شان جهت مصاحبه با پژوهشگران و انجام آزمون‌ها وقت می‌دادند. در روزهای تعیین شده، پژوهشگران ابتدا مصاحبه نیمه ساختار یافته‌ای را با استفاده از فهرست علائم اختلالات روانی DSM-IV-TR با بیمار انجام داده، در صورت تأیید اختلال افسرده‌خویی، به دنبال آن مصاحبه ساختار یافته‌ای براساس الگوی SCID برای تشخیص اختلال افسرده‌خویی انجام می‌شد. هم‌چنین از همسر بیمار نیز مصاحبه بالینی با استفاده از فهرست علائم اختلالات روانی DSM-IV-TR به‌عمل می‌آمد. سپس آزمون‌های مورد نظر جهت تکمیل، به زوج داده می‌شد. چنان‌چه کلیه شرایط ورود به طرح را دارا بودند، آنان را در جریان پژوهش قرار داده و در صورت موافقت، فرم رضایت‌نامه و قرارداد 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. ۳۹ نفر از آنان و همسران‌شان دارای شرایط مذکور بودند. ۲۰ زوج به‌طور تصادفی از بین آنان به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند و نیز به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایشی جایگزین شدند (در هر گروه ۱۰ زوج). زنان گروه زوج‌درمانی به همراه شوهران‌شان در ۱۰ جلسه هفتگی ۶۰ - ۴۵ دقیقه‌ای زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری با رویکرد کرو و ریدلی مخصوص زوج افسرده شرکت کردند. زنان گروه دارودرمانی از داروهای ضد افسردگی تجویز شده توسط روان‌پزشک استفاده می‌کردند. آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه‌های مورد نظر را قبل از شروع درمان، قبل از جلسه ششم، بعد جلسه دهم و جلسه پیگیری دو ماهه تکمیل کردند.

زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری، توسط اسپینکس و بیرچلر (۱۹۸۲) ارائه شد. آنها بیشتر از رویکرد رفتاری سنتی استفاده می‌کنند. درمانگر در موقعیت آموزش‌دهنده زوجین برای ارتباط بهتر و گفتگوی مؤثرتر قرار می‌گیرد و اگر مقاومت به‌وجود آمد، درمانگران از مداخلات تناقض و دیگر فنون راهبردی استفاده می‌کنند. شباهت این رویکرد با رویکرد کرو و ریدلی بسیار زیاد است، تنها تفاوت مهم استفاده از تمرکززدایی است و درمانگر در حاشیه قرار می‌گیرد. رویکرد کرو و ریدلی تکنیک‌های سیستمی و رفتاری را بیشتر با یکدیگر ترکیب کرده است. درمان مشکلات با نگاه به مسائل روان‌پزشکی و جنسی و با ترکیب خاص تکنیک‌ها انجام می‌شود.

زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری با رویکرد کرو و ریدلی دارای نسخه ویژه زوج افسرده است و هدف آن کمک به بیمار افسرده و زوج او، جهت اصلاح شرایط استرس‌آور است و از تکنیک‌های:

چارچوب بندی مجدد افسردگی به عنوان مشکل تعاملی به وسیله: قرار دادن زوج افسرده در موقعیت حمایتی، درخواست از زوج افسرده تا به همسر خود کمک کند و احساساتش را بیان نماید، افزایش جرأت‌ورزی زوج افسرده، کمک به هر دو زوج تا چرخه تحقیر خود را با تشویق تعامل مثبت بشکنند، با استفاده از جدول زمان بندی ساخت یافته، برای زن و شوهر موقعیتی فراهم می‌شود تا توانایی خود را در چنین زمینه‌هایی افزایش دهند: الف- صحبت درباره نارضایتی‌ها، ب- حل مسئله، ج- انجام فعالیت‌های لذت بخش مشترک، استفاده می‌کند (کرو و ریدلی، ۲۰۰۰).

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه مشخصات فردی، خانوادگی و اجتماعی: این پرسشنامه توسط پژوهشگران تنظیم شد و شامل اطلاعاتی درباره: سن، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد، تعداد خواهران و برادران، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، منطقه محل زندگی، سابقه بیماری جسمی و روانی در فرد، خانواده و همسر، ازدواج اول، داشتن همسر دیگر برای زوج مرد، وضعیت جسمی و روانی در حال حاضر، اعتیاد به مواد مخدر در فرد یا زوج، آزار و اذیت توسط زوج، داشتن واقع ناگوار (مانند فوت، طلاق، مسافرت یا جدایی طولانی، بیماری سخت یا طولانی، بیکاری و غیره) در خانواده، سابقه سقط جنین و روابط جنسی می‌باشد.

پرسشنامه سنجش خانواده ۱۷ (FAD): پرسشنامه‌ای ۶۰ سؤالی است که برای سنجش کارکرد خانواده، توسط اپستاین، بالدوین و بی‌شاپ در سال ۱۹۸۳ بنابر الگوی مک‌مستر، تدوین شده است (ثنایی، ۱۳۷۹). FAD برای سرنده بالینی و بررسی‌های پژوهشی ابزار مناسبی است (کیت‌نر و همکاران، ۱۹۹۶). تمام هفت مقیاس آن همسانی درونی قابل توجهی دارند (آلفای کرانباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۲). اعتبار و بازآزمایی آن در عرض یک هفته رضایت بخش بود (۰/۶۶ تا ۰/۷۶). میزان همبستگی آن با دیگر ابزار خودسنجی مربوط به خانواده در حد متوسط است و می‌تواند به گونه‌ای معنادار خانواده‌هایی را که از نظر بالینی سالم یا ناسالم تشخیص داده شده‌اند، از هم تفکیک کند. مطالعه خصوصیات روان‌سنجی (FAD) کاباکف و همکاران، ۱۹۹۰ نقل از کیت‌نر و همکاران، ۱۹۹۶) روشن ساخت که اعتبار مقیاس‌ها مطلوب است و ساختار عوامل مفروض FAD را تأیید کرد. هم‌چنین همبستگی آن با مطلوبیت اجتماعی پایین است و اعتبار افتراقی خوبی دارد (کیت‌نر، ۲۰۰۵).

در ایران اولین نسخه ۵۳ ماده‌ای FAD توسط نجاریان (۱۳۷۴) ترجمه شد و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. وی همسانی درونی آزمون را با استفاده از فرمول آلفای کرانباخ بین ۰/۱۴ (مقیاس کارکرد کلی) تا ۰/۷۰ (آمیختگی عاطفی) بدست آورد و با حذف ۸ ماده که همسانی درونی آزمون را کاهش می‌دادند، یک فرم ۴۵ ماده‌ای را ارائه داد که نمره‌گذاری آن با FAD متفاوت است و آن را FAD۱ نامید.

با توجه به نتایج تحلیل پرسش‌ها در پژوهش رضایی و میرعنایت سؤال‌های ضعیف اصلاح شد و پرسشنامه به صورت ۶۰ سؤالی در آمد (ثناپی، ۱۳۷۹). در مطالعه سالاری از نسخه ۶۰ سؤالی استفاده شد. در این مطالعه همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرانباخ بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵ و اعتبار بازآزمایی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ بدست آمد که اندکی کمتر از همسانی درونی و اعتبار فرم اصلی آن است. همبستگی مقیاس‌ها با یکدیگر (بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۱) تقریباً با نتایج مربوط به فرم اصلی آن همسان بوده است. در پژوهش ملک خسروی (۱۳۸۲) بین خرده مقیاس‌های FAD آلفای کرانباخ ۰/۵۱ تا ۰/۹۴ بدست آمد که نشانه اعتبار درونی نسبتاً خوب آن است، هم‌چنین بین تمام خرده مقیاس‌ها و کارکرد کلی خانواده همبستگی ۰/۴۷ تا ۰/۹۷ بدست آمد. در این پژوهش از فرم اصلاح شده توسط سالاری استفاده شده است.

مقیاس اعتماد به نفس روزنبرگ^{۱۸}: این مقیاس در سال ۱۹۶۵ توسط موریس روزنبرگ ساخته شد. به‌طور کلی مقیاس پایایی (همسانی درونی و بازآزمایی) بالا و روایی (هم‌گرا و افتراقی) گسترده و قابل قبولی دارد. ضریب همبستگی‌های بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۸۸ و آلفای کرانباخ برای نمونه‌های مختلف در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ بدست آمده است (برای اطلاعات بیشتر به بلاسکوچ و توکاما، ۱۹۹۳؛ روزنبرگ، ۱۹۸۶ مراجعه کنید).

این مقیاس شامل ۱۰ ماده است و در حال حاضر به‌عنوان یک مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمرات این مقیاس در دامنه ۰ - ۳۰ قرار می‌گیرد و بنابراین بالاترین نمره ممکن برابر ۳۰ خواهد بود. برای این مقیاس نمره برش منظور نشده است اما نمرات بین ۱۵ تا ۲۵ بیانگر میزان اعتماد به نفس بهنجار و نمرات پایین‌تر از ۱۵ بیانگر اعتماد به نفس کم می‌باشد.

از آن جایی‌که محقق، اطلاعاتی در مورد آزمون اعتماد به نفس روزنبرگ در ایران نیافت، اقدام به ترجمه، انطباق فرهنگی و سنجش روایی و پایایی آن نمود. جهت برآورد ضریب پایایی و روایی آن، در اسفند ماه سال ۱۳۸۳ این آزمون به همراه آزمون ۳۰ سؤالی اعتماد به نفس آیزنگ^{۱۹} (به‌عنوان آزمون ملاک اعتبار خارجی) به ۱۰۰ نفر کارمند (زن و مرد دارای تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس) داده شد. به منظور بدست آوردن ضریب همبستگی بازآزمایی آن، مجدداً ۲ هفته بعد آزمون اعتماد به نفس روزنبرگ به نمونه انتخابی ارائه گردید. پرسشنامه‌های ۱۴ نفر به دلیل کامل نبودن، کنار گذاشته شد. بنابراین تحلیل داده‌ها روی پرسشنامه‌های ۸۶ نفر صورت گرفت. نتایج بدست آمده بیانگر ضریب پایایی و روایی بالای این آزمون می‌باشد. ضریب همبستگی تنصیف (بین آزمون روزنبرگ و آیزنگ) برابر با ۰/۸۱، ضریب همبستگی بازآزمایی آن با فاصله ۲ هفته برابر با ۰/۹۲ و ضریب همبستگی همسانی درونی آن با محاسبه از طریق آلفای کرانباخ برابر با ۰/۸۸، بدست آمد.

یافته‌ها

کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شونده (با اجرای آزمون ویلکس لامبدا) برای بررسی تفاوت نمرات کارکرد خانواده در زنان دو گروه در چهار مرحله پیش‌آزمون، قبل از جلسه ششم، بعد از جلسه آخر و پیگیری ۲ ماهه نشان می‌دهد که، نمرات کارکرد خانواده در گروه زوج‌درمانی در مقایسه با گروه دارودرمانی به‌طور معناداری کمتر شده است. این تفاوت دارای یک اثر اصلی معنادار است $[F(۳ و ۱۶) = ۱۳/۳۰, P < ۰/۰۰۱]$ و یک اثر تعاملی معنادار است $[F(۳ و ۱۶) = ۱۶/۰۲, P < ۰/۰۰۱]$.

آزمون آماری تکمیلی تقابلی نشان‌دهنده گرایش خطی به صورت کاهشده است $[F(۱ و ۱۸) = ۴۷/۰۵, P < ۰/۰۰۱]$. هم‌چنین یک اثر خطی تعاملی نیز آشکار است $[F(۱ و ۱۸) = ۳۳/۱۵, P < ۰/۰۰۱]$.

به دلیل وجود اثر تعاملی عملیات تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری در هر دو گروه به‌طور جداگانه اجرا شد. نتایج نشان داد که تفاوت نمرات FAD زنان گروه دارودرمانی معنادار نیست $[F(۳ و ۷) = ۲/۲۶, P < ۰/۱۶۸]$ ولی در زنان گروه زوج‌درمانی معنادار است $[F(۳ و ۷) = ۱۸/۹۸, P < ۰/۰۰۱]$. هم‌چنین آزمون تکمیلی تقابلی برای گروه دارودرمانی حاکی از یک سیر کاهشده معنادار نیست $[F(۱ و ۹) = ۰/۷۳۸, P > ۰/۴۱۳]$. ولی برای گروه زوج‌درمانی معنادار است $[F(۱ و ۹) = ۶۷/۶۲, P < ۰/۰۰۱]$.

کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شونده (با اجرای آزمون ویلکس لامبدا) برای بررسی نمرات عزت نفس زنان دو گروه در چهار مرحله پیش‌آزمون، قبل از جلسه ششم، بعد از جلسه آخر و پیگیری ۲ ماهه، نشان می‌دهد میزان عزت نفس در گروه زوج‌درمانی در مقایسه با گروه دارودرمانی به‌طور معناداری سیر فزاینده داشته است این تفاوت دارای یک اثر اصلی معنادار است $[F(۳ و ۱۶) = ۱۲/۴۰, P < ۰/۰۰۱]$ و یک اثر تعاملی معنادار است $[F(۳ و ۱۶) = ۱۳/۳۰, P < ۰/۰۰۱]$.

آزمون آماری تکمیلی تقابلی نشان‌دهنده گرایش خطی به‌صورت فزاینده است $[F(۱ و ۱۸) = ۳۳/۹۲, P < ۰/۰۰۱]$. هم‌چنین یک اثر خطی تعاملی نیز آشکار است $[F(۱ و ۱۸) = ۱۵/۱۳, P < ۰/۰۰۱]$. این بدان معنا است که تغییرات نمرات اعتماد به نفس هر دو گروه رو به افزایش است.

به دلیل وجود اثر تعاملی عملیات تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکرار شونده در هر دو گروه به‌طور جداگانه انجام شد. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت نمرات اعتماد به نفس در زنان گروه دارودرمانی معنادار نیست $[F(۳ و ۷) = ۲/۱۴, P < ۰/۱۸۸]$ و برای گروه زوج‌درمانی معنادار است $[F(۳ و ۷) = ۲۱/۳۳, P < ۰/۰۰۱]$. هم‌چنین آزمون تکمیلی تقابلی‌ها حاکی از یک سیر فزاینده معنادار برای گروه دارودرمانی نیست $[F(۱ و ۹) = ۴/۹۸, P > ۰/۰۵۳]$. هرچند بسیار نزدیک به سطح معناداری است ولی برای گروه زوج‌درمانی معنادار است $[F(۱ و ۹) = ۶۳/۹۳, P < ۰/۰۰۱]$.

جهت بررسی احتمال وجود تفاوت معنادار در متغیرهای وابسته مورد مطالعه، یک رشته آزمون t بر روی نمرات پیش‌آزمون زنان گروه‌های درمانی اجرا شد که نتایج آن در جداول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: بررسی تفاوت میانگین زنان گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون

تفاوت میانگین	P	df	t	SD	میانگین	متغیرها	
۱/۴	۰/۲۰۲	۱۸	۱/۳۳	۲/۵۰	۱۱/۶۰	دارودرمانی	
				۲/۲۱	۱۳	زوج‌درمانی	
۰/۱۹	۰/۶۴۳	۱۸	۰/۴۷	۰/۴۸۵	۲/۸۸	دارودرمانی	
				۰/۲۵۹	۲/۶۹	زوج‌درمانی	

نتایج نشان می‌دهد که دو گروه به لحاظ نمرات پیش‌آزمون مقیاس‌های ارزیابی شده، از لحاظ آماری تفاوت معنادار نداشتند.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات FAD زنان گروه‌های

زوج‌درمانی و دارودرمانی در مراحل مختلف درمان

SD	میانگین	تعداد	گروه‌ها	مراحل درمان
۰/۴۸۵	۲/۸۸۲	۱۰	دارودرمانی	پیش‌آزمون
۰/۲۵۹	۲/۹۶۰	۱۰	زوج‌درمانی	
۰/۴۷۰	۲/۸۹۵	۱۰	دارودرمانی	قبل از جلسه ششم
۰/۳۲۹	۲/۶۴۷	۱۰	زوج‌درمانی	
۰/۴۳۹	۲/۸۱۳	۱۰	دارودرمانی	بعد از جلسه دهم
۰/۲۸۱	۲/۳۹۰	۱۰	زوج‌درمانی	
۰/۴۶۹	۲/۸۴۹	۱۰	دارودرمانی	پیگیری ۲ ماهه
۰/۲۸۸	۲/۳۵۹	۱۰	زوج‌درمانی	

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات RSES زنان گروه‌های

زوج‌درمانی و دارودرمانی در مراحل مختلف درمان

SD	میانگین	تعداد	گروه‌ها	مراحل درمان
۲/۵۰	۱۱/۶	۱۰	دارودرمانی	پیش‌آزمون
۲/۲۱	۱۳	۱۰	زوج‌درمانی	
۲/۱۵	۱۲/۲	۱۰	دارودرمانی	قبل از جلسه ششم
۳/۶۳	۱۷/۴	۱۰	زوج‌درمانی	
۲/۲۲	۱۲/۶	۱۰	دارودرمانی	بعد از جلسه دهم
۳/۳۲	۱۲/۲	۱۰	زوج‌درمانی	
۲/۰۵	۱۳	۱۰	دارودرمانی	پیگیری ۲ ماهه
۲/۹۱	۲۱	۱۰	زوج‌درمانی	

بحث

نتایج نشان داد که زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری به‌طور معناداری توانسته است کارکرد خانواده زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی را کارآمدتر کند. مقایسه دو گروه درمانی تفاوت معناداری را بین آنها نشان داد. بنابراین زوج‌درمانی نسبت به دارودرمانی به مراتب کارکرد خانواده زنان افسرده را کارآمدتر می‌کند.

در متون پژوهش (تا آن جایی که پژوهشگر توانسته بررسی نماید) تحقیقی وجود ندارد که در آن، اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری بر کارکرد خانواده بیماران افسرده را مورد بررسی قرار داده باشد، بنابراین به‌نظر می‌رسد این پژوهش از این لحاظ منحصر به فرد باشد. هرچند نتایج پژوهش برهام (۱۹۸۴) نشان داد که شرکت زوجها در کلاس‌های ارتباط بین‌فردی (ICP) به‌طور غیرمستقیم موجب بهبود روابط خانوادگی می‌شود. البته اثربخشی مثبت زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری بر کارکرد خانواده زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی را می‌توان هم از جنبه نظری و هم نتایج تحقیقات همبستگی توجیه نمود. از جنبه نظری، دیدگاه سیستمی بر حیطه کلی تعامل خانواده متمرکز است و رابطه زوجین بخش مهمی از آن محسوب می‌شود. در این دیدگاه زوجین، «جفت والد» یعنی زیر مجموعه تصمیم‌گیرنده محسوب می‌شوند. بنابراین معمولاً کوشش‌های درمانی برای کمک به آنها طرح‌ریزی می‌شود. با توجه به تعاملی بودن روابط اعضای خانواده با یکدیگر، تعامل مثبت زوج می‌تواند تأثیر مثبت بر کل روابط خانواده بگذارد و آن را کارآمدتر نماید (همان‌گونه که شرکت زوجها در کلاس‌های ICP توانست بر روابط تمام اعضاء خانواده تأثیر مثبت بگذارد).

در نتیجه زوج‌درمانی از طریق تأثیر بر رابطه زوجین توانسته است کارکرد خانواده را نیز بهبود بخشد. متون تحقیق نشان می‌دهد که بین رضایت از زندگی زناشویی و رضایت از زندگی خانوادگی همبستگی وجود دارد. برای مثال، تحقیقات اولسون و همکاران (۱۹۸۹) نشان داد که بین رضایت از زندگی زناشویی، رضایت از زندگی خانوادگی و رضایت از زندگی به‌طور کلی همبستگی وجود دارد. با توجه به وجود همبستگی بین رضایت زناشویی و رضایت از زندگی خانوادگی می‌توان نتیجه گرفت که زوج درمانی توانسته است به‌طور غیرمستقیم بر کارکرد خانواده تأثیر بگذارد و آن را کارآمدتر نماید.

براساس نتایج این پژوهش زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری موجب افزایش اعتماد به نفس زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی شده است. همچنین نتایج نشان داد که دارو نیز توانسته است موجب افزایش اعتماد به نفس زنان گروه دارودرمانی شود. در ضمن تفاوت معناداری بین دو گروه درمانی مشاهده شد. بدین معنی که زوج‌درمانی به مراتب بیشتر از دارودرمانی باعث افزایش اعتماد به نفس زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی شده است.

در مورد نتایج مربوط به اثربخشی زوج‌درمانی بر اعتماد به نفس زنان افسرده نیز پژوهشی در متون تحقیق یافت نشد. تنها نتایج چند مطالعه نشان داد که شرکت زوجها در کلاس‌های ارتباط زوج و ICP موجب بهبود عزت نفس و خودپندارهٔ زوجها می‌شود. چند دلیل جهت حمایت از این نتایج می‌توان ارائه نمود:

اولاً متون تحقیق نشان می‌دهد که رابطه‌ای بین افسردگی و اعتماد به نفس وجود دارد. بدین معنی که بین افسردگی و اعتماد به نفس پایین همبستگی مثبت معنادار وجود دارد (برای مثال بک، ۱۹۶۵؛ روزنبرگ، ۱۹۶۵؛ ویسمن و کوان، ۱۹۹۳؛ باتلر، هوکانسان و فلین، ۱۹۹۴؛ رزه و السون، ۱۹۹۳). ثانیاً در بسیاری از متون اعتماد به نفس پایین از علائم اختلال افسردگی محسوب می‌شود (لوینسون و همکاران، ۱۹۸۱؛ اینگهام و همکاران، ۱۹۸۶). بنابراین هر روشی که بتواند افسردگی را کاهش دهد می‌تواند اعتماد به نفس را افزایش دهد و بالعکس. ثالثاً یکی از مؤلفه‌های درمانی در رویکرد سیستمی - رفتاری کرو و ریدلی برای زوج افسرده، ارائه روش‌هایی جهت افزایش اعتماد به نفس و افزایش جرأت‌مندی زوج افسرده است. بنابراین افزایش اعتماد به نفس زنان افسرده از طریق زوج‌درمانی با این رویکرد قابل توجه و قابل انتظار است، شاید اثربخشی چشم‌گیر این رویکرد بر اعتماد به نفس زنان افسرده حاصل این مؤلفه درمانی باشد. در صورتی که دارودرمانی فاقد عناصری درمانی مشخص برای افزایش اعتماد به نفس می‌باشد (و صرفاً از طریق تأثیر بر خلق توانسته بر اعتماد به نفس اثر داشته باشد)، شاید به همین دلیل نتوانسته تأثیری برابر با زوج‌درمانی بر افزایش اعتماد به نفس زنان افسرده بگذارد. از سوی دیگر در مورد نتایج این پژوهش می‌توان یک توجه فرهنگی نیز داشت. در جامعه ما هنوز هم داشتن بیماری روانی ننگ محسوب می‌شود. احتمال دارد

گرفتن دارو باعث برچسب «بیمار روانی» شده باشد و این که همه مشکلات موجود در رابطه زناشویی و سایر زمینه‌ها مربوط به زوج بیمار است. در نتیجه حلقه سرزنش و تحقیر در رابطه زناشویی افزایش یابد که می‌تواند موجب احساس ناامیدی بیشتر و کاهش اعتماد به نفس زوج زن شده باشد. این شرایط می‌تواند موجب کاهش اثربخشی دارودرمانی شود. در نتیجه می‌توان این فرض‌های احتمالی را در تحقیقات آتی مورد بررسی قرار داد.

یادداشت‌ها

1. Diagnostic and Statistical Manuale of Mental Disorder, fourth edition, text revised , 2000 (DSM- IV- TR).
2. Major depression disorder
3. Dysthymia disorder
4. Biopsychosocial Model
5. Family functioning
6. McMaster Approach
7. Interpersonal Communication Program
8. Couple Communication Program
9. Self- esteem
10. Self- concept
11. Self- disclosure
12. Dysphoria
13. Circurar causality
14. Systemic Behavioral Couple Therapy
15. Crowe & Ridley
16. Structured Clinical Interview for DSM- IV- TR
17. Family Assessment Device
18. The Rosenberg 's Self- esteem Scale
19. Eyzenk's Self- esteem Inventory

منابع

- بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- پلاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقی و شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان، اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ص ۲۷-۱۹.
- ثنایی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: انتشارات بعثت.
- جاویدی، حجت‌ا... (۱۳۷۲). بررسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- سالاری، راضیه‌السادات (۱۳۸۰). مقایسه کارکرد خانواده در نوجوانان افسرده و بهنجار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- کاویانی، ح؛ احمدی‌ابهری، س. ع؛ نظری، ه. ا و هرمزی، ک (۱۳۸۱). شیوع اختلال‌های افسردگی در جمعیت شهر تهران ۱۳۷۹، مجله دانشکده پزشکی، شماره ۵، ص ۳۹۹-۳۹۳.
- کوکبه، فرخ (۱۳۷۲). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذر شهر تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

- گلدز، مایکل؛ مایو، ریچارد؛ گدس، جان (۱۹۹۹). **روانپزشکی آکسفورد**، ترجمه مجید صادقی و خسرو سبحانیان، چاپ اول، انتشارات ارجمند.
- نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقر یزدی، سیدعباس (۱۳۷۸). **بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران**، مجله حکیم، دوره دوم، شماره ۴، ص ۲۲۳-۲۱۲.
- یعقوبی، نورا...؛ نصر، مهدی و شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). **بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرای گیلان**، مجله اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ص ۶۵-۵۵.

- Blascovich, J. & Tomakā J. (1993). " Measures of Self- Esteem." 115- 160 in J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (eds), Measures of Personality and Social Psychological Attitudes (Third Edition). Ann Arbor: Institute for Social Research, from <http://www.bsos.umd.edu/soc/rosenberg.html>.
- Burham, R. A. (1984). The effects of the Couple Communication Program on the marital and family communication of high and low socioeconomic status couples. (Doctoral Dissertation, University of Notre Dame, 1984). Dissertation Abstracts International, 45, 1006B-1007B. (University Microfilms No 84-14128). In Research: Couple Communication Program (2006) by Dr. Sherod Miller, from <http://cc.msnsnccache.com/cache.aspx?q=3870372621518&lang=en-US&mkt=en-US>.
- Busick, C. A. (1982). The effect if communication training on marital communication, marital satisfaction and self- concept.(Doctoral Dissertation, Texas A & M University, 1982). Dissertation Abstracts International, 43, 725A (University Microfilms No 82, 19094). In Research: Couple Communication Program (2006) by Dr. Sherod Miller, from <http://cc.msnsnccache.com/cache.aspx?q=3870372621518&lang=en-US&mkt=en-US>.
- Butler, A. C; Hokanson, J. E. & Flynn, H. A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self – esteem as vulnerability factors for depression, Journal of Personality & Social Psychology. 66 (1), 166- 177.
- Coleman, E. J. (1979). Effect of ccommunication skill training on the outcome of a sex counseling program.(Doctoral Dissertation,University of Minnesta,1978). Dissertation Abstracts International, 39, 7234A. (University Microfilms No 79- 11, 990). In Research: Couple Communication Program (2006) by Dr. Sherod Miller, from <http://cc.msnsnccache.com/cache.aspx?q=3870372621518&lang=en-US&mkt=en-US> .
- Coyne, J. C ; Thompson, R; & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. Journal.
- Crow, M. & Ridley, J. (2000). Therapy with couples: A behavioural- systems approach to couple relationship and sexual problems, 2nd ed.
- Dillon, J. D. (1976). Marital communication and its relation to self- esteem.(Doctoral Dissertation, United States International University,1975). Dissertation Abstracts International, 36, 5862B. (University Microfilms No 76-10, 585). In Research: Couple Communication Program (2006) by Dr. Sherod Miller, from <http://cc.msnsnccache.com/cache.aspx?q=3870372621518&lang=en-US&mkt=en-US>.
- Fleming, M. J. (1977). An evaluation of a structured program designed to teach communication skills and concepts to couples: A field study (Doctoral Dissertation, Florida State University,1976). Dissertation Abstracts International, 37, 7633A-7634A. (University Microfilms No 77- 13, 315). In Research: Couple Communication Program (2006) by Dr. Sherod Miller, from.

- <http://cc.msnsnscache.com/cache.aspx?q=3870372621518&lang=en-US&mkt=en-US> .
- Fong, Vicki. (2006). Unhappy marriages detrimental to self- esteem and health, from <http://cc.msnsnscache.com/cache.aspx?q=3870372621518&lang=en-US&mkt=en-US> .
- Halloran, E. C. (1998). The Role of Marital Power In Depression and Marital Satisfaction. *The American Journal of Family Therapy*. 26, 3-14.
- Hirschfeld, R. M; Montgomery, S. A; Aguglia, E. & et al. (2002). Partial response and nonresponse to antidepressant therapy: current approaches and treatment options, *Journal of Clinical Psychology*. 63 (9), 826- 837.
- Keitner, G. I. (2005). Family Therapy in the Treatment of Depression. *Psychiatric Times*, October, Vol XXII, Issue 11, from <http://cc.msnsnscache.com/cache.aspx?q=3800639801644&lang=en-US&mkt=en-US>.
- Keitner, G. I; Archambault, R; Rayn, C. E;& Miller, I. w. (2003). Family therapy and chronic depression, *Journal of Clinical Psychology*. 59(8), 873- 8840.
- Luo Lu & Hung- Luan Wu. (1998). Gender- role traits and depression: self- esteem and control as mediators. *Counselling Psychology Quarterly*. 11 (1), 95- 107.
- Keitner, G. I; Miller, I. W. & Ryan, C. E. (1996). Mood disorder and the family, in F. W. Kaslow (Ed). *Handbook of relational diagnosis and dysfunction family patterns* (434-447). New York: Willy.
- Ormel, J. & Schaufli, W. (1989). Stability and chang in negative affect: a structural longitudinal model fitted on two data sets on distress, self- esteem and locus of control, *Journal of Clinical Psychology*. 25, 112- 123.
- Martin, G. ; Rozanes, P.; Pearce, C.; & Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 92, 336- 344.
- Rosenberg Morris. (1986). *Conceiving the Self*. Krieger: Maabar, FL, from <http://www.bsos.umd.edu/socy/rosenberg.html>.
- Sacco, W. P. & Phares, V. (2001). Partner appraisal and marital satisfaction: The role of self- esteem and depression, *Journal of Marriage & Family*. 63 (2), 504- 513.
- Miller, I. W; Ryne, C. E; Keitner, G. I; Bishop, D. S. & Epstein, N. B. (2000). The McMaster Approach to families: theory, assessment, treatment and research, *Journal of Family Therapy*. 22, 168- 189.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan and sadocks' Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry* (9 th ed). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Teichman, Y; Bar- El, Z; Shor, H; Sirota, P. & Elizur, A . (1995). A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry*, 58, 136- 148.
- Valenti, F. T. (1989). Effects of the Couple Communication Program I on the marital adjustment, self- disclosure, and communication style of therapy and non- therapy participants (Unpublished Doctoral Dissertation, University of North Carolina at Greensboro, 1987). *Dissertation Abstracts International*, 49, 1715A. (University Microfilms No 88-16, 361). In *Research: Couple Communication Program* (2006) by Dr. Sherod Miller, from <http://cc.msnsnscache.com/cache.aspx?q=3870372621518&lang=en-US&mkt=en-US>.
- Whisman, M. A. & Kwon, P. (1993). Life stress and dysphoria: the role of self- esteem and hopelessness, *Journal of Personality & Social Psychology*. 65 (5), 1054- 60.