

نشریه علمی فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده

سال پانزدهم، شماره ۵۳، زمستان ۱۳۹۹: ۱۰۴ - ۸۵

مقایسه اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی و

درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی زنان مطلقه شهر شهرکرد

روح‌الله کرمی بلداجی^۱

اقبال زارعی^۲

سیدرضا فلاح‌چای^۳

مریم صادقی‌فرد^۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۰۶

پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۰۸/۰۹

چکیده

طلاق عامل فروپاشی اساسی‌ترین بخش جامعه است و با ایجاد تنش زیاد سبب بروز اختلالات روانی همچون افسردگی می‌شود. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری (REBT) بر افسردگی زنان مطلقه شهرکرد بود. روش پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری بوده است. جامعه آماری پژوهش تمام زنان مطلقه شهرکرد بود. نمونه مورد نظر، ۴۵ نفر از زنان مطلقه بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. درمانهای HGT و REBT طی هفت جلسه هفتگی انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر نشان داد که بین میانگین نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=40/69$ ، $P<0/001$). در ادامه نتایج درون گروهی ($F=95/10$ ، $P<0/001$) و تعامل عامل و گروه ($F=32/65$ ، $P<0/001$) نیز از لحاظ آماری معنی‌دار شد. نتایج آزمون شفه نیز نشان داد که از بین دو درمان REBT و HG، درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری از کارایی بیشتری برخوردار بود. از مجموعه یافته‌های این مطالعه، چنین برمی‌آید که درمان HGT از طریق تمرکز بر تغییر قالبهای ذهنی و تأکید بر منابع ذاتی و درمان REBT از طریق تمرکز بر جایگزینی افکار سازنده به جای افکار زیانبار توانست افسردگی زنان مطلقه را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: درمان ودیعه‌های انسانی (HGT)، درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری (REBT)، افسردگی در زنان مطلقه

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، هرمزگان، بندرعباس، ایران

karamiboldaji@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی و مشاوره، علوم انسانی، هرمزگان، بندرعباس، ایران

zareieghbal2020@gmail.com

rfallahchai@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی و مشاوره، علوم انسانی، هرمزگان، بندرعباس، ایران

sadeghim45@yahoo.com

۴. استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، علوم انسانی، هرمزگان، بندرعباس، ایران

مقدمه

طلاق پدیده روانی - اجتماعی پیچیده‌ای است که می‌تواند افراد و خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. طلاق پدیده چند وجهی و چند بعدی است که تأثیرات زیانبار آن را در ابعاد اجتماعی، روانی، عاطفی و جسمانی افراد می‌توان مشاهده کرد (گاهلر^۱، ۲۰۰۶). در جوامع مدرن و کنونی، ازدواج از تقدس خارج شده است و همانند گذشته طلاق نیز تابو نیست (انیماساهون^۲، ۲۰۱۳) و روز به روز شاهد گسترش طلاق و پیامدهای ناشی از آن در جوامع مختلف هستیم (ابلاس^۳، ۲۰۱۷). طلاق یکی از تنش‌زاترین اتفاقات زندگی است به گونه‌ای که بعد از تجربه مرگ عزیزان، دومین منبع مهم تنش در زندگی به‌شمار می‌رود و یکی از سخت‌ترین تجربه‌های فرد در زندگی است. تجربه طلاق می‌تواند سازگاری زوجین و فرزندان آنها را در تمامی ابعاد روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی تحت تأثیر قرار دهد و باعث کاهش عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده پس از طلاق شود (اماتو^۴، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴). به‌طور معمول افراد پس از طلاق با کاهش هیجانهای مثبت و رشد هیجانهای منفی روبه‌رو می‌شوند. تجربه افسردگی و اضطراب پس از طلاق یکی از شایعترین تجربه‌های افراد مطلقه است که به‌صورت آنی و بلندمدت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (فین^۵، ۲۰۰۶؛ کدیر و بیفالکو^۶، ۲۰۱۱؛ نظری فرد، ۲۰۱۸).

یکی از پیامدهای عاطفی یا عامل دخیل در بروز طلاق در زنان، افسردگی است (پیرمرادی و همکاران، ۲۰۱۶). طلاق از جمله عواملی است که می‌تواند افسردگی و نشانه‌های آن را بین زنان افزایش دهد (کدیر و بیفالکو، ۲۰۱۱؛ برسلو، میلر، جین، سامپسن و آندراد^۷، ۲۰۱۱). ویژگی مهم افسردگی، نبود انعطاف‌پذیری در زمینه‌های مختلف است. افراد افسرده، خلق بسیار ضعیف و یا ناتوانایی لذت‌بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات، محیط خود را 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 عاداتهای رفتاری آنها اغلب دچار فروپاشی می‌شود (کاشدان و روتنبرگ^۸، ۲۰۱۰). برخی مطالعات نیز نشان می‌دهد که شیوع افسردگی بین زنان

1. Gahler
2. Animasahun
3. Abalos
4. Amato
5. Fine
6. Kadir & Bifulco
7. Breslau, Miller, Jin, Sampson, Alonso, Andrade
8. Kashdan, & Rottenberg,

مطلقه نسبت به زنان متأهل بیشتر است (جانگ میر، بک و رید^۱، ۲۰۰۹؛ تورنر^۲، ۲۰۰۶). حتی برخی از متخصصان بر این باورند که ازدواج‌های ناموفق، محصول افسردگی زوجین است (هین، بایس و اوست^۳، ۲۰۰۳). عبدولی و بیفالکو^۴ (۲۰۱۱) در تحقیقی نشان دادند که بین زنان مسلمان، مادران مطلقه نسبت به دیگر مادران بیشتر افسرده هستند و هم‌چنین نسبت به مادران غیرمطلقه، حوادث تنش‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند. تحقیقات اخیر نیز نشان می‌دهد که کمبود قدرت اجتماعی زنان و تفاوت‌های جنسیتی در پاسخهای بیولوژیکی به تنش‌دهنده‌هایی همچون طلاق می‌تواند در افسردگی پیشرونده زنها بیش از مردها نقش داشته باشد (استینر، سوآرز، سلز و ویکز^۵، ۲۰۱۱).

با توجه به اینکه طلاق با عوامل روانی از قبیل افسردگی در ارتباط است به کار بردن درمانهای مناسب، که بتواند با کاهش و از بین بردن این اختلالات، عرصه ادامه زندگی افراد را هموار سازد، حائز اهمیت فراوان است. از جمله درمانهایی که در گذشته در این زمینه به کار گرفته می‌شد، درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری الیس^۶ (REBT) بود. این ایراد بر مکاتب درمانی از جمله درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری وارد است که این مکاتب روانشناختی قبل از دستیابی انسان به اطلاعات بسیار وسیع در مورد عملکرد مغز در اثر پیشرفت فناوری و بینشهای جدید علمی در سالهای اخیر به وجود آمده است. الگوهای شناختی در چند دهه گذشته شکل گرفته در حالی که اکنون گامهای درخشانی در ارتباط با روشهای درمانی نسبت به آن زمان برداشته شده است. این گامها و پیشرفتهای در حوزه روانشناسی با آنچه در حال حاضر در مورد عملکرد ذهن و بدن به‌دست آمده، هماهنگ است. الیس برای توضیح مفاهیم مهم نظریه‌اش یک الگوی مفهومی را به وجود آورد که اساس نظریه درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری را این الگو (A-B-C) تشکیل می‌دهد (درایدن^۷، ۲۰۰۹؛ الیس، ۲۰۰۱؛ ورنون^۸، ۲۰۰۳).

ضعف عمده درمانهای شناختی از جمله درمان REBT این است که عقیده دارند افکار، همیشه باعث ایجاد احساسات می‌شود. این درمانها در برخی مواقع موفق است؛ چرا که بین افکار و

-
1. Jong-Meyer, Beck & Riede
 2. Turner
 3. Heene, Buysse & Oost
 4. Abdul, & Bifulco
 5. Steiner, Suarez, Sells & Wykes
 6. Rational- Emotional- Behavior therapy
 7. Dryden
 8. Vernon

احساسات همبستگی زیادی وجود دارد (هم‌چنین به دلیل اینکه درمانگران شناختی بر گذشته تمرکز نمی‌کنند و بیشتر بر زمان حال و اکنون تمرکز می‌کنند، کلید حل مشکلات است.)؛ اما این رویکرد با تمرکز بر اینکه تفکرات غیرمنطقی باعث ایجاد اختلالات هیجانی می‌شود، نسبت به درمانگران رویکرد جدید ودیعه‌های انسانی^۱ (HG) کمتر تأثیرگذار است؛ چرا که این رویکرد نو با توجه به دانش فعلی نسبت به عملکرد مغز انسان عمل می‌کند. بنابراین، اگر روشهای درمانی که انتخاب می‌شود دقیقاً بر عملکرد مغز انسان مبتنی باشد، احتمال بیشتری هست که نتایج بهتری به دست آید؛ لذا در درمان ودیعه‌های انسانی الگوی قدیم A-B-C با آخرین یافته‌های نورولوژی در مورد تعامل افکار و احساسات بروزرسانی شده است (اوکی^۲، ۲۰۱۰). درمان ودیعه‌های انسانی^۳ (HGT) چارچوب جامع و عملی به منظور درک آنچه افراد، خانواده‌ها و جوامع نیاز دارند تا از لحاظ ذهنی و روانی سالم باشند، ارائه می‌کند. این درمان توسط گریفن و تیرل^۴ (۲۰۰۳) ابداع شد. این متخصصان با شناخت بیش از ۴۰۰ الگوی مختلف روان درمانی در دنیای غرب به دنبال اصلاح و ارائه یک الگوی واضح و مؤثر بودند که بر اصول علمی و پارادایمهای دیگر مشاوره‌ای استوار باشد (یاتز و اتکینسون^۵، ۲۰۱۱). درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) افکار پارادایمهای مختلف درمانی از جمله درمانهای شناختی و رفتاری را با یکدیگر ترکیب می‌کند (یاتز و اتکینسون^۶، ۲۰۱۱).

بنابراین، این یافته‌های جدید در مورد چگونگی عملکرد مغز باعث شد تا گریفن و تیرل (۲۰۰۳) الگوی APET را ارائه کنند (جدول ۱). این الگو به عملکرد مغز انسان شباهت بیشتری دارد که براساس آن اطلاعات را پردازش می‌کند (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱). در جدول ۱. A یک عامل فعال یا یک محرک محیطی است. اطلاعات مربوط به این محرکها توسط حواس انسان دریافت می‌شود. این اطلاعات ابتدا با دانش درونی (Template) و آموخته‌های گذشته انسان انطباق داده می‌شود که این همان P یا فرایند تطبیق الگوها در الگوی APET است که این فرایند انطباق الگوها باعث برانگیخته شدن احساساتی (E) مثل ترس، اضطراب و غمگینی می‌شود که این احساسات به نوبه خود ممکن است افکار (Thoughts) خاصی (مانند از محیط شلوغ دور شو یا

-
1. Human Givens
 2. Okhai
 3. Human Givens therapy
 4. Griffin & Tyrrell
 5. Yates, & Atkinson
 6. Yates & Atkinson

زن مطلقه را هیچ کس دوست ندارد.) را القا کند؛ هرچند تفکرات می‌تواند نتیجه اجتناب‌ناپذیری از تحریکات هیجانی باشد؛ با این حال این الگویی است که نسبت به الگوی ABC درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بیشتر با واقعیت سازگار است (اوکی، ۲۰۱۰). درمانگران HG بیشترین تمرکز را در مرحله فرایند تطبیق الگوها به منظور کمک به درمان مراجعان انجام می‌دهند؛ هرچند برای مراحل دیگر نیز راهبردهایی در نظر گرفته‌اند.

جدول ۱. چگونگی عملکرد الگوی APET و راهبردهای محیطی

راهبرد حمایتی	توصیف	
تغییر محیط (مانند رفتن به اتاق ساکت و آرام)	محرك محیطی که باعث برانگیختگی هیجانی در افراد می‌شود (مانند داد زدن).	A (Activating agent) حادثه فعال
استفاده از استعاره‌ها، تصاویر هدایت شده و یا تجسم کردن به منظور تغییر برداشتها و مفاهیم الگوها	این مربوط به عملکرد مغز است که محرکهای ورودی را به الگوها یا حوادث گذشته مرتبط می‌سازد (به‌عنوان مثال: خشونت خانگی در دوران بچگی).	P (Pattern match) تطبیق الگو
شیوه‌های آرام‌سازی	احساسات مربوط به الگوها و قالبهای ذهنی (مانند ترس، اضطراب و افسردگی)	E (Emotions) هیجانان
قاب‌گیری دوباره، تمرین راهبردهای جدید	این افکار ممکن است از احساسات ناشی شود (مانند باید دور شوی). بنابراین فرد از محیط خانواده خارج می‌شود.	T (Thoughts) افکار

یکی دیگر از جنبه‌هایی که باعث می‌شود درمان HG از دیگر رویکردهای درمانی متمایز باشد، فکر کلیدی این رویکرد است که بیان می‌کند انسانها نیازهای ذاتی دارند که اگر آنها متعادل ارضا شود، سلامت عاطفی افراد تضمین می‌شود و اگر در ارضای این نیازها خللی به وجود آید، ممکن است اختلالات عاطفی و مشکلات روانی رخ دهد. این نیازها در جدول ۲، ارائه شده است (گریفین و تیرل، ۲۰۰۳، ۲۰۰۴، ۲۰۰۸). در رویکرد ودیعه‌های انسانی بخشی از روان درمانی شامل کمک به مراجعان در جهت تشخیص و پاسخگویی به این نیازهاست.

جدول ۲. نیازهای عاطفی - ودیعه‌های انسانی (گریفین و تیرل، ۲۰۰۳)

امنیت	محیط امن، محیطی که به ما این امکان را می‌دهد که بدون تجربه ترس بی‌دلیل و بیش از حد زندگی کنیم.
اراده و کنترل	احساس استقلال و کنترل بر آنچه در اطراف ما اتفاق می‌افتد.
توجه	دریافت توجه از دیگران و همچنین ارائه آن به دیگران
ارتباط عاطفی با دیگران	دوستی، عشق، صمیمیت
پیوند با جامعه گسترده‌تر	بخشی از چیز بزرگتر از خودمان باشیم (ما یک جاندار گروهی هستیم).
حریم خصوصی	زمان و مکان کافی و مناسب به‌منظور تأمل و تحکیم تجربیات ما است.
شان و مقام	در گروه‌های مختلف اجتماعی که به آنها تعلق داریم، مورد پذیرش قرار بگیریم و ارزشمند باشیم.
شایستگی / پیشرفت	این احساس به ما کمک می‌کند که نسبت به خودمان احساس مثبت بیشتری داشته باشیم (در واقع از ما در مقابل عزت‌نفس ضعیف محافظت می‌کند).
گسترش خود	از طریق گسترش خودمان از نظر ذهنی یا جسمی زندگی ما هدفمند و پرمعنی می‌شود.
معنا در زندگی	داشتن افرادی که به ما نیازمند هستند، چالش داشتن در زندگی، داشتن فلسفه‌ای منسجم در مورد زندگی (مانند دین، معنویت، سامانه اعتقادی)، کمک به جامعه

گریفین و تیرل (۲۰۰۳) هم‌چنین پیشنهاد کردند که علاوه بر نیازها، انسانها به منابعی مجهز هستند که به آنها کمک می‌کند تا به وسیله آنها نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند. این منابع و توانایی ذاتی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. منابع ذاتی - ودیعه‌های انسانی (گریفین و تیرل، ۲۰۰۳)

همدلی	توانایی ایجاد رابطه، همدلی و ارتباط با دیگران
حافظه	توانایی رشد و گسترش حافظه بلندمدت که ما را قادر می‌سازد به دانش ذاتی خود بیفزاییم و یاد بگیریم.
رؤیابرداری	ذهن رویایی که به‌طور استعاری به انتظاراتی می‌پردازد که در روزهای قبل عملی نشده است و تحریکات هیجانی در فرد ایجاد می‌کند.
مشاهده خود	توانایی قدم برداشتن به گذشته به‌منظور مشاهده و آگاهی از خود
تصویرسازی ذهنی	این توانایی این امکان را به ما می‌دهد که توجه خود را به دور از احساسات برای حل مشکلات به‌صورت خلاقانه و عینی متمرکز کنیم.
مغز متفکر	ذهنی منطقی و آگاه که می‌تواند احساسات، مشکلات و تفسیرهایمان را بررسی کند (نیمکره چپ).
مغز آگاه	توانایی شناختن، درک جهان به‌طور ناخودآگاه از طریق فرایند تطبیق الگوی استعاره‌ای (نیمکره راست)

بنابراین چنین می‌توان بیان کرد که فرایند درمان شامل دو مرحله می‌شود: در مرحله اول بررسی اختلالات عاطفی مراجعان براساس الگوی APET است و مرحله دوم درمان نیز شامل کمک به مراجعان در جهت شناسایی و استفاده مؤثر از منابع وجودی خود به منظور ارضای بهتر نیازهای عاطفی است (مثلاً ممکن است برای رشد مهارت‌های اجتماعی زنان مطلقه به منظور ارضای نیاز ارتباط عاطفی با دیگران از منبع همدلی استفاده شود).

در ارتباط با این رویکرد تحقیقات اندکی در داخل کشور انجام شده است؛ از جمله در تحقیقی 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 برای زوجین در بهبود و تغییر سبک زندگی روانشناختی و هم‌چنین افزایش سطح شادکامی آنان موفق بوده است (سودانی و همکاران، ۲۰۱۹). در خارج از کشور نیز آدامز^۱ (۲۰۱۷) در دانشکده علوم اعصاب، روانشناسی و رفتار تحقیقی گسترده با عنوان «کاربرد درمان ودیعه‌های انسانی برای مراجعان مبتلا به اختلال تنش پس از سانحه» انجام داد. در پایان، نتایج مشخص کرد که بیشتر مراجعان، این درمان را مفید و قابل قبول یافتند و ۰/۳۷ از مراجعان به درمان بیشتر نیاز نداشتند. اندروز، ویسلوکی، چاو و مینامی^۲ (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 نمره‌های مراجعان در اضطراب، افسردگی، تنش و تروما نسبت به اوایل درمان کاهش پیدا کرده است. در ادامه تساروچا، کینگستون، استیوارت، والتن و کورپ^۳ (۲۰۱۲) در تحقیقی با عنوان «ارزیابی اثربخشی رویکرد ودیعه‌های در درمان افسردگی، مطالعه‌ای 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.

با توجه به این توضیحات مشخص می‌شود که درمان HG رویکرد نوظهوری است که تأکید می‌کند با توجه به داده‌ها و اطلاعاتی که درباره عملکرد مغز و سامانه عصبی به دست آمده است، هیجانات باعث بروز افکار می‌شود. هم‌چنین درمان HG بر نیازهای عاطفی و منابع ذاتی وجود انسانها تأکید می‌کند که می‌تواند به افراد در جهت کمک به رفع مشکلات روانی کمک کند؛ به

این ترتیب که اعتقاد دارند در صورتی که این نیازهای عاطفی برطرف نشود، می‌تواند خود را در فرایند انطباق الگو در الگوی APET به صورت پاسخهای خودکار دوقطبی نمایان سازد (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 را القا می‌کنند. بنابراین با توجه به نو و جدید بودن درمان ودیعه‌های انسانی سبب شد که پژوهشگر به دنبال بررسی اثربخشی درمان HG و مقایسه آن با رویکردی قدیمی باشد؛ بنابراین تحقیق به دنبال پاسخگویی به سؤالات زیر است:

۱. آیا درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری (REBT) بر افسردگی زنان مطلقه شهر شهرکرد تأثیر دارد؟
۲. آیا بین میزان اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری (REBT) بر افسردگی زنان مطلقه شهر شهرکرد تفاوت وجود دارد؟

روش

در این پژوهش از روش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان مطلقه شهرکرد است که داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. نمونه مورد نظر در دسترس و از طریق فراخوان، مراجعه به دادگاه‌های خانواده، مراکز مشاوره و یا با مراجعه به خانه سلامت شهرکرد براساس ملاکهای (افسردگی) تحقیق انتخاب شدند؛ بدین صورت که ابتدا با زنان مراجعه‌کننده مصاحبه تشخیصی روانشناختی انجام، و پس از تشخیص افسردگی در این افراد، پرسشنامه افسردگی بک درباره این افراد اجرا شد. نقطه برش در آزمون بک برای افرادی که افسردگی متوسط به بالا دارند، نمره ۲۰ تعیین شده است. بنابراین زنانی که نمره‌ای بیش از این نقطه برش به دست آوردند به عنوان نمونه مورد نظر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که کل افراد مراجعه‌کننده ۷۸ نفر بودند که از بین آنها ۴۵ نفر انتخاب شدند که ملاکهای ورود به طرح درمانی را داشتند. ملاکهای ورود به درمان عبارت است از: تشخیص افسردگی زنان مطلقه براساس مصاحبه تشخیصی، کسب نمره بیش از نقطه برش ۲۰ در اجرای پرسشنامه افسردگی بک، دارا بودن حداقل تحصیلات پایان دوره متوسطه اول. ملاکهای خروج از طرح درمانی نیز عبارت بود از: دریافت درمانهای دارویی و روانشناختی در طول شش ماه گذشته،

سوء مصرف مواد یا الکل، وجود اختلالات شخصیتی و روانی غیر از افسردگی. لازم به ذکر است که با بستن قرارداد با افراد گروه نمونه در مدت زمان اجرای طرح درمانی شاهد هیچ گونه ریزشی در تعداد نمونه نبودیم.

پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک (BDI) - فرم بازنگری شده: یکی از شناخته‌ترین آزمونهای سنجش افسردگی است که توسط روانپزشک مشهور «آرون تی. بک و همکاران، ۱۹۶۱» تدوین شده است و در سال ۱۹۷۸ مورد بازنگری قرار گرفت. این آزمون شامل ۲۱ ماده، و هر ماده دارای چهار جمله است که هر کدام درجاتی مختلفی از افسردگی خفیف تا شدید را تعیین می‌کند (۰ تا ۳). نمره کلی از صفر تا ۶۳، است که به این شکل طبقه‌بندی شده است: 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 (۰/۷۳) تا (۰/۸۶) و ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس MMPI، (۰/۷۴) گزارش کرده‌اند. فتی و همکاران (۱۳۸۴)، مشخصات روانسنجی این پرسشنامه را در یک نمونه ایرانی بدین شرح گزارش کردند: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵. هم‌چنین رحیمی (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان کاربرد نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک در دانشجویان ایرانی به این نتایج دست یافت که این پرسشنامه از ثبات درونی (α=۰/۸۷) و در طول زمان از پایایی قابل قبولی (I²=۰/۷۳) برخوردار بود و اجرای همزمان این آزمون با پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی و مقیاس افسردگی و تنش ۲۱ سؤالی نشان داد که این آزمون از روایی همزمان خوبی برخوردار است. لازم به ذکر است که پایایی مقیاس مورد نظر در پژوهش ۰/۸۱ به دست آمد.

جلسات آموزشی پژوهش: متغیر مستقل در این پژوهش شامل هفت جلسه درمان افسردگی برای گروه‌های آزمایشی به شیوه ودیعه‌های انسانی (HGT) و درمان عقلائی - عاطفی - رفتاری (REBT) بود که به صورت گام‌به‌گام و همراه با دو دفترچه راهنمای داوطلبان و دفترچه راهنمای مشاور تنظیم و اجرا شد. جلسات درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) به شرح جدول ۴، و جلسات درمان عقلائی - عاطفی - رفتاری (REBT) به شرح جدول ۵، است.

ابتدای جلسات درمانی سعی شد که اعضا با ضرورت درمان و هم‌چنین قوانین حاکم بر روند

درمان (رازداری، باز بودن 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 (حاضر نشدن در جلسات، داشتن غیبت مکرر، عدم رعایت قوانین، بیماری حاد فردی) به طور کامل برای آزمودنیها شرح داده شد.

جدول ۴. برنامه درمانی رویکرد ودیعه‌های انسانی بر افسردگی زنان مطلقه

جلسات	فعالیتها
اول	برقراری ارتباط درمانی، ارزیابی وضعیت و شدت اختلال، استفاده از شیوه‌های آرام‌سازی و مراقبه در جهت کاهش میزان اختلالات هیجانی (مانند آرام‌سازی عطلانی)، بیان مقدمات اساسی درباره رویکرد HG. توضیح الگوی APET و چگونگی بروز بیماریها
دوم	بررسی و ارزیابی نیازهای عاطفی و نقش آنها در بروز اختلالات هیجانی و ارتباط آنها با الگوها و قالبهای ذهنی (Template)، 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 و ارائه آنها در جلسه آینده
سوم	استفاده از الگوی درمانی RIGAAR و بررسی نیازهای ارضا نشده هر مراجع، تعیین الگوهای تطبیقی مراجعان و ارتباط آنها با نیازهای عاطفی ارضا نشده، چگونگی بروز هیجانات بر اثر رویارویی محرکها با الگوها و قالبهای ذهنی، ارائه تکلیف (مانند شناسایی محرکهای برانگیزاننده و...)
چهارم	حفظ الگوی درمانی RIGAAR، پرداختن به منابع ذاتی (تواناییهای ذاتی مانند همدلی، خاطرات گذشته، رؤیایپردازی، ذهن متفکر و...) مراجعان، استفاده از منابع مراجعان در جهت ارضا کردن نیازهای عاطفی، استفاده از منابع انسانی در جهت از بین بردن الگوهای تطبیقی نامناسب و ناکارآمد، ارائه تکلیف
پنجم	عمل براساس ساختار جلسات تعیین شده (RIGAAR)، بررسی افکار غیرمنطقی مراجعان، برقراری ارتباط بین این افکار با الگوها و قالبهای تطبیقی و ذهنی، کار درباره هیجاناتی که باعث بروز افکار غیرمنطقی می‌شود، ارائه تکلیف (تکالیف مربوط به تفکرات غیرمنطقی برخاسته از حالت‌های هیجانی شدید)
ششم	تحلیل کلی اطلاعات با رویکرد امیدواری و خوش‌بینی به زندگی با استفاده از استعاره‌ها و ساخت نقشه-های ذهن برای دریافت و احساس قدرت در به کارگیری منابع ارزشمند فردی
هفتم	تحلیل شیوه ارضای نیازها و منابع فردی در اجتماع و ایجاد داستانی جدید برای زندگی و تفکر به شیوه متفاوت و موفق، دستیابی به شرایط مناسب و تعیین راهبردهای مناسب درمانی برای تغییرات مثبت و دست یافتنی در مراجع

جدول ۵. برنامه درمانی رویکرد عقلانی - عاطفی - رفتاری بر بر افسردگی زنان مطلقه

جلسه	رئوس مطالب هر جلسه
اول	آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنیها، تبیین فواید، اهداف و قوانین، تعریف و شرح ویژگیهای افکار غیرمنطقی، شرح ویژگیهای افراد با افکار غیرمنطقی و افراد با افکار کارآمد
دوم	تبیین زیربنایی نظریه عقلانی - عاطفی - رفتاری
سوم	معرفی عقاید ناکارآمد در زمینه طلاق، تبیین تأثیرگذاری این نگرشهای ناکارآمد در رفع آرامش و ایجاد افسردگی براساس الگوی A-B-C
چهارم	ارائه راهکارهای مقابله با نگرشهای ناکارآمد در زمینه طلاق و جدایی و جایگزینی افکار منطقی
پنجم	ایفای نقش درباره مفاهیم جلسات قبل و عینی کردن چگونگی تأثیر عقاید غیرمنطقی در گزینش موقعیت فرد افسرده از طریق تعامل افراد با خودشان و اطرافیان
ششم	آموزش روش حل مسئله، چگونگی ارائه راهکارهای منطقی به جای تمرکز بر نگرشهای ناکارآمد
هفتم	بحث در مورد مطالب جلسات گذشته، ارائه دو سؤال باز پاسخ و بحث در مورد آنها، نتیجه‌گیری

برای بررسی میزان تأثیر مداخلات صورت گرفته از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس مکرر به همراه آزمونهای بررسی پیشفرضهای آماری) استفاده، و سرانجام برای عملیات آماری از نرم‌افزار آماری spss-24 استفاده شد.

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 زنان مطلقه نمونه پژوهش برای ورود به مطالعه بدون هیچ‌گونه اجباری و با رضایت کامل شرکت کردند و به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند. هم‌چنین بعد از پایان این طرح آزمایشی از اعضای گروه گواه خواسته شد تا بر حسب اختیار از بین دو درمان، رویکرد ودیعه‌های درمانی و رویکرد عقلانی - عاطفی - رفتاری یکی را انتخاب کنند که در نهایت بر حسب انتخاب آنها، رویکرد ودیعه‌های انسانی در مورد آنها به‌کار گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۶. جدول میانگین و انحراف استاندارد افسردگی زنان مطلقه در سه مرحله مختلف تحقیق

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
			میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
افسردگی	کنترل	۱۵	۴/۵۵ \pm ۴۲/۰۶	۳/۴۴ \pm ۴۱/۴۶	۳/۹۵ \pm ۴۳/۲۶
	HG	۱۵	۳/۸۲ \pm ۴۲/۷۳	۲/۳۱ \pm ۲۸/۷۳	۲/۳۵ \pm ۳۰/۱۳
	REBT	۱۵	۳/۸۷ \pm ۴۱/۸۰	۲/۵۰ \pm ۳۴/۵۳	۲/۶۱ \pm ۳۵/۴۰
	کل	۴۵	۴/۰۲ \pm ۴۲/۲۰	۵/۹۳ \pm ۳۴/۹۱	۶/۲۲ \pm ۳۶/۲۶

نتایج جدول ۶ نشان داد که بین میانگین نمره‌های افسردگی گروه‌های آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری با مرحله پیش آزمون تفاوت زیادی وجود دارد در حالی که در گروه کنترل تغییرات میانگین زیادی در سه مرحله آزمایش مشاهده نمی‌شود؛ لذا به منظور تعیین معنی‌داری تفاوت میانگین‌ها در دو گروه آزمایش و گروه کنترل و هم‌چنین بین سه مرحله آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از تحلیل واریانس مکرر استفاده شد. پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیشفرض برقرار بودن کرویت (یعنی برابر بودن واریانس تفاوت تمام زوج‌های اندازه‌گیری مکرر) با آزمون موخلی بررسی شد. معنادار شدن آمار موخلی ($\chi^2=6/88$, $df=2$, $P<0/032$) نشان داد که پیشفرض کرویت برقرار نیست. بنابراین از آزمون گرین هاوس - گیسر با درجات آزادی تعدیل شده، استفاده شد و مبنای گزارش مقدار F قرار گرفت.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیریهای مکرر برای اثبات تأثیرات بین گروهی و تعامل

توان آماری	مجذور اتا	سطح معنی‌داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی	F	ارزش	تأثیر بین گروهی درمانهای REBT و HG	
							عامل افسردگی	عامل تعامل افسردگی و گروه‌ها
.۹۹	.۷۶	.۰۰۱	۴۱	۲	۲۳/۶۷	.۲۳	لامبدای ویلکز	عامل افسردگی
۱/۰۰	.۴۶	.۰۰۱	۸۲	۴	۱۷/۳۵	.۲۹	لامبدای ویلکز	عامل تعامل افسردگی و گروه‌ها

نتایج جدول ۷ نشان داد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در افسردگی زنان مطلقه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$) و هم‌چنین بین نمره‌های عامل و گروه‌ها در میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). این نتایج نشانگر اثربخشی درمان HG و درمان REBT بر افسردگی زنان مطلقه شهر کرد است. بنابراین آزمون نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، میزان افسردگی گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری تغییر کرد توان آماری ۰/۹۹ و ۱ حاکی از دقت معنادار این اثربخشی است.

جدول ۸، نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیریهای مکرر متغیر افسردگی در گروه‌های آزمایشی و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات SS	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا Eta squ.	توان آماری
بین گروهی							
گروه	۱۶۰۷/۸۸	۲	۸۰۳/۹۴	۴۰/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
خطا	۸۲۹/۶۴	۴۲	۱۹/۷۵				
درون گروهی							
عامل	۱۳۵۲/۵۴	۱/۷۲	۷۸۰/۷۷	۹۵/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
عامل و گروه	۹۲۸/۸۳	۳/۴۶	۲۶۸/۰۸	۳۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
خطا (عامل و گروه)	۵۹۷/۲۸	۷۲/۷۵	۸/۲۰				

در جدول ۸، نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر بین سه گروه در سه سطح اجرا ارائه شده است. براساس نتایج جدول بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=40/69$ ، $P < 0/001$). اندازه اثر ۰/۶۶ و توان ۱/۰ حاکی از دقت معنی‌داری در این زمینه است. در ادامه نتایج درون گروهی نیز نشان می‌دهد که علاوه بر اینکه میانگین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از لحاظ آماری معنی‌دار است ($F=95/10$ ، $P < 0/001$)، تعامل بین عامل و گروه نیز از لحاظ آماری معنی‌دار است ($F=32/65$ ، $P < 0/001$). بنابراین به‌دنبال معنی‌دار شدن تفاوت میانگین نمره‌های سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش، بررسی دو به دوی تفاوت معنی‌دار بین نمره‌های مراحل قبل از مداخله، بعد مداخله و چهار ماه بعد، بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل از طریق مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها I-J) با آزمون شفه مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۹. نتایج آزمون شفه مربوط به ۲ گروه آزمایش و گروه کنترل در سه زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	دوره	گروه	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
پیش آزمون		گواه - آزمایش REBT	۰/۶۶-	۰/۹۰
		گواه - آزمایش HG	۰/۲۶	۰/۹۸
		آزمایش REBT - آزمایش HG	۰/۹۳	۰/۸۲
پس آزمون		گواه - آزمایش REBT	۱۲/۷۳	۰/۰۰۱
		گواه - آزمایش HG	۶/۹۳	۰/۰۰۱
		آزمایش REBT - آزمایش HG	۰/۸-	۰/۰۰۱
پیگیری		گواه - آزمایش REBT	۱۳/۱۳	۰/۰۰۱
		گواه - آزمایش HG	۷/۸۶	۰/۰۰۱
		آزمایش REBT - آزمایش HG	۰/۲۶-	۰/۰۰۱

در جدول ۹ نتایج مربوط به آزمون شفه ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت میانگین پیش آزمون گروه گواه با دو گروه آزمایش از لحاظ آماری معنی دار نیست هم‌چنین تفاوت میانگین پیش آزمون دو گروه آزمایش REBT - HG برابر ۰/۹۳ است که از لحاظ آماری معنی دار نیست؛ بدین معنی که پیش آزمون سه گروه مورد مطالعه در مرحله پیش آزمون تفاوتی در میزان افسردگی نداشت. در ادامه نتایج جدول نشان می‌دهد که در مرحله پس آزمون، اختلاف میانگین گروه‌های پژوهش (گواه - آزمایش REBT = ۱۲/۷۳، گواه - آزمایش HG = ۶/۹۳، آزمایش REBT - آزمایش HG = ۰/۸-) در سطح $p < 0/001$ معنی دار شد. با مراجعه به جدول یافته‌های توصیفی جدول ۶. متوجه می‌شویم که میانگین افسردگی دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه کاهش یافته است؛ لذا هر دو درمان بر میزان افسردگی اثرگذار بود. هم‌چنین با توجه به این جدول درمی‌یابیم که پس آزمون گروه آزمایش REBT نسبت به گروه آزمایش HG کاهش بیشتری داشته و اختلاف میانگین آنها در آزمون شفه نیز معنی دار شده است؛ بدین معنی که اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری نسبت به درمان ودیعه‌های انسانی بیشتر بوده است. سرانجام با بررسی اختلاف میانگین بین گروه‌های مورد مطالعه در جدول متوجه می‌شویم که اختلاف میانگین‌های بین گروه‌های گواه - آزمایش REBT = ۱۳/۱۳، گواه - آزمایش HG = ۷/۸۶ و آزمایش REBT - آزمایش HG = ۰/۶- در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

بنابراین درمان‌های عقلانی - عاطفی - رفتاری و درمان ودیعه‌های انسانی توانست اثر خود را در مراحل پیگیری حفظ کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری (REBT) بر افسردگی زنان مطلقه شهرکرد و هم‌چنین مقایسه میزان اثربخشی این دو روش درمانی است. با توجه به اینکه تحقیقات در ایران و در کشورهای مختلف نشان داد که افزایش روزافزون طلاق در جامعه بر این نکته تأکید می‌کند که اختلالاتی همچون افسردگی، اضطراب و باورهای غیرمنطقی می‌تواند از عوامل بنیادی در سیر صعودی این پدیده تلقی شود. در این پژوهش سعی شد اثربخشی دو روش درمانی جدید بر میزان افسردگی زنان مطلقه مورد بررسی قرار گیرد. نتایج تحقیق نشان داد که هر دو درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) و درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری (REBT) بر میزان افسردگی زنان مطلقه تأثیرگذار بود و توانست افسردگی زنان مطلقه را به‌طور معنی‌داری کاهش دهد؛ هم‌چنین نتایج نشان داد که اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری نسبت به درمان ودیعه‌های انسانی بیشتر بوده است.

در ارتباط با اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی تحقیقات زیادی از جمله ژاله و همکاران (۲۰۱۴) و مانگایار کاراسی و سلاکومار^۱ (۲۰۱۷) وجود دارد که با نتایج این تحقیق همسو و همخوان است. اثربخشی درمان REBT بر افسردگی نوجوانان در تحقیق ژاله و همکاران (۲۰۱۴) و بر افسردگی زنان مبتلا به HIV در تحقیق مانگایار کاراسی و سلاکومار (۲۰۱۷) مورد تأیید قرار گرفته است. به‌منظور تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت که شکست در زندگی زناشویی و رویدادن واقعه طلاق، نشخوار فکری و مشغولیت ذهنی زنان مطلقه نسبت به رویدادهای گذشته را افزایش می‌دهد و باعث افزایش هیجانهای منفی و نگرانی آنها نسبت به آینده و در پی آن، ایجاد فشارهای روانی و اختلالاتی همچون افسردگی در زنان مطلقه می‌شود. در درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری (REBT) به جای پرداختن به علل ایجاد اختلال افسردگی، شناختهای ناکارآمد افراد، نگرانیها و حالات خلقی ناپایدار و رفتارهای ناشی از افکار و عقاید غیرمنطقی مورد توجه قرار می‌گیرد. در این رویکرد به زنان مطلقه کمک شد تا بتوانند عقاید و افکار نامعقول

خود را شناسایی، و سعی کنند این عقاید ناکارآمد را اصلاح کنند که به دنبال این تغییر از بروز هیجانات و رفتارهای منفی همچون افسردگی جلوگیری به عمل آورد. بنابراین زنان مطلقه با شناسایی و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی خود در ارتباط با مباحث شکست‌ها و ناکامیهای مرتبط با طلاق و جایگزین کردن آنها با افکار سازنده، آرامش روانی و جسمی بیشتری را تجربه کردند. در نتیجه نتایج تحقیق نشان داد که میزان افسردگی این زنان کاهش معنی‌دار داشته است. در ارتباط با اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی نیز تحقیقاتی همچون سودانی و همکاران (۲۰۱۹)، آدامز (۲۰۱۷)، بوردت و گرینبرگ (۲۰۱۹)، و تساروچا، کینگستون، استیوارت، والتن و کورپ (۲۰۱۲) انجام شده است که با نتایج تحقیق همسو و همخوان است. 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) و بهبود اختلال پس از سانحه (آدامز، ۲۰۱۷) مورد تأیید قرار گرفت که در واقع با یافته تحقیق نیز همسو است.

به منظور تبیین این یافته پژوهش می‌توان چنین بیان کرد که مطابق نظریه ودیعه‌های انسانی اعتقاد بر این است که افسردگی و اختلالات هیجانی زنان مطلقه با سوگیریهای ذهنی آنان در ارتباط است و آنها بیشتر بر نقاط منفی در زندگی تمرکز می‌کنند. بنابراین زنان مطلقه که مشکل دارند، پیوسته در حال تجدید تجربه‌های منفی زندگی هستند و این تجربه‌های منفی را براساس قالبها و الگوهای منفی (Template)، مطابقت می‌دهند که در ذهن ناخودآگاه خود دارند. در نتیجه محرکهای جدیدی که به ذهن هوشیار آنها می‌رسد، قبل از رسیدن به آگاهی، توسط قالبها و الگوهای منفی ذهنشان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و باعث می‌شود تا آنان تجربیات منفی را از بین این محرکها گزینش کنند. بنابراین چنین می‌توان بیان کرد که ادراک زنان مطلقه پیوسته و ناآگاهانه توسط قالبهای منفی ذهن دچار تغییر می‌شود که نتیجه آن نشخوارهای منفی ذهن در این افراد و ایجاد افسردگی است. در درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری به این زنان کمک شد تا شناختهای ناکارآمد را به چالش بکشند و افکار و عقاید مثبت و موفقیت‌آمیز را جایگزین آنها کنند؛ اما در رویکرد HG، اعتقاد بر این است که ذهن به وسیله قالب‌های منفی، تفکرات انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این امر درمان را برای زنان مطلقه سخت می‌کند تا اینکه بتوانند ذهنیت و حافظه خود را به طور مثبت بازسازی کنند؛ با وجود این درمان ودیعه‌های انسانی مبتنی بر الگوی APET رویکرد متنوعتر و خلاقیتی برای تغییر الگوها و قالبهای غیرمفید (Template) با استفاده از

استعاره و داستان و شیوه‌های مختلف فراهم ساخته است (مطابق جدول ۱) که بر ذهن ناخودآگاه تأثیر مستقیم و قدرتمندتری نسبت به استفاده از روش عقلانی - عاطفی - رفتاری دارد (ورنون، ۲۰۰۳؛ اکای، ۲۰۱۰)؛ به زبان ساده‌تر در بخش اول درمان، نقطه P در الگوی APET مهمترین مرحله است که درمانگران HG بر آن متمرکز می‌شوند. بنابراین در تحقیق، قالبها و الگوهای منفی زنان مطلقه در ارتباط با مسائل و مشکلات طلاق شناسایی شدند که باعث بروز هیجانهایی مانند افسردگی و درپی آن، افکار ناکارآمد مرتبط با آن می‌شد و با استفاده از استعاره، داستانها و روشهای مختلف (مانند تصاویر هدایت شده، تجسم‌سازی و...) سعی شد که قالبها و الگوهای مثبت جایگزین آنها شود. زمانی که این قالبهای مثبت جایگزین الگوها و قالبهای منفی شد، هیجانهای مثبت (شادی، آرامش و...) در زنان مطلقه ظهور پیدا، و درپی آن، افسردگی آنان نیز تغییر کرد. در ادامه در بخش دوم درمان نیز این فکر کاربردی درمان ودیعه‌های انسانی مورد استفاده قرار گرفت که عدم ارضای نیازهای عاطفی زنان مطلقه باعث بروز اختلالات عاطفی همچون افسردگی می‌شود (جدول ۲). بنابراین سعی شد تا به زنان مطلقه، که درگیر افسردگی بودند، کمک شود تا با شناسایی منابع وجودی خود سعی کنند نیازهای عاطفی همچون امنیت^۱، حس خودمختاری^۲ و کنترل و ارائه و دریافت توجه و... خود را ارضا کنند. زمانی که این زنان توانستند با توجه به منابع وجودی خود همچون همدلی، خودمشاهده‌گری و ذهن آگاه، نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند (مثلاً احساس امنیت کنند، استقلال خود را به دست آورند) بتدریج نشانه‌های افسردگی و افکار غیرمنطقی در آنان کاهش پیدا کرد و توانستند به زندگی عادی در جامعه برگردند. بنابراین با توجه به همسوی بودن نتایج تحقیقات گذشته و تبیین ارائه شده، می‌توان چنین نتیجه گرفت که اثربخشی درمان جدید HG، مورد تأیید قرار می‌گیرد. در ارتباط با عدم تفاوت در میزان اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری و درمان نوظهور ودیعه‌های انسانی نیز باید اشاره کرد که با توجه به بدیع بودن درمان HG، باید در تحقیقات آینده بیشتر به این مقوله پرداخته شود؛ چرا که پژوهشهای کمتری در این زمینه هست؛ لذا توصیه می‌شود در تحقیقات آینده رویکرد ودیعه‌های انسانی با درمانهای دیگر نیز مورد مقایسه قرار گیرد تا هم اثربخشی و هم توان این روش درمانی در ارتباط با دیگر رویکردهای درمانی مشخص شود.

این پژوهش نیز مانند دیگر پژوهشهای حوزه علوم رفتاری محدودیتهایی داشت؛ از جمله

اینکه نمونه پژوهش صرفاً زنان مطلقه شهرکرد بود و در تعمیم نتایج به دیگر جمعیت‌های سنی و مردان و دیگر نقاط باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. استفاده از ابزار خودگزارشی نیز که همواره با مقداری سوگیری از جانب آزمودنیها روبه‌روست از دیگر محدودیتهای پژوهش است. در راستای نتایج این پژوهش و با توجه به کوتاه‌مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن درمان HG و همچنین تمرینات آن نسبت به دیگر رویکردهای درمانی، که ساده‌تر و قابل فهمتر است، پیشنهاد می‌شود که متخصصان، روانشناسان و مشاوران در کار با مبتلایان به دیگر اختلالات عاطفی، روان‌درمانی HG را به‌عنوان شیوه‌های نوین و مؤثر درمان مدنظر داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود که محققان دیگر اثربخشی درمان HG پژوهش را با دیگر رویکردهای درمانی همچون طرحواره درمانی و شناخت درمانی بک مورد بررسی و مقایسه قرار دهند.

سپاسگزاری: از تمام مراکز مشاوره شهرستان شهرکرد و تمامی افرادی که ما را در این پژوهش یاری کردند بویژه شرکت کنندگان محترم، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

منابع

- رئیسیان، الرمالسادات؛ گلزاری، محمود و برجعلی، احمد (۱۳۹۰)، اثربخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به موادمخدر، *اعتیادپژوهی*، ۵ (۱۷): ۴۰ - ۲۱.
- رحیمی، چنگیز (۱۳۹۳)، کاربرد پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در دانشجویان ایرانی، *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲ (۱۰): ۱۷۳ - ۱۸۸.
- فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف‌وحید، محمدکاظم و دایسون‌کیت، استفا (۱۳۸۴)، ساختارهای معناگذاری/ طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی، *فصلنامه اندیشه رفتار*، ش ۱۱ (۳): ۳۱۲ - ۴۲۶.
- نظری‌فرد، محسن (۱۳۹۶)، ارائه الگوی سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه: یک تحقیق کیفی، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه اهواز.

- Abalos JB. (2017). Divorce and separation in the Philippines: Trends and correlates. *Demographic Research*.;36:1515-48.
- 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 Epidemiol*, 46(9): 853-862.
- Adams S. Human Givens Rewind Treatment for PTSD and Sub-threshold Trauma. (2017). Thesis submitted for the degree of Doctor of Psychology (PsyD). at the University of Leicester.
- Amato PR, Anthony CJ. (2014). Estimating the effects of parental divorce and death with fixed effects models. *Journal of Marriage and Family*. Apr;76(2):370-86.

- Amato PR.(2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of marriage and family*. Jun;72(3):650-66.
- 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.
- Animasahun R. A.(2013). *Psychology of Divorce*. GCE 751 Lecture Series, Ibadan: Department of Guidance and Counselling, University of Ibadan.
- Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, Bromet EJ, De Girolamo G, Demyttenaere K, Fayyad J, Fukao A.(2011). A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *ActaPsychiatricaScandinavica*. Dec;124(6):474-86.
- Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, Bromet EJ, de Girolamo G, Demyttenaere K, Fayyad J, Fukao A, Gälåon M, Gureje O, He Y, Hinkov HR, Hu C, Kovess-Masfety V, Matschinger H, Medina-Mora ME, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R, Scott KM, Kessler RC. (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. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feeling, and behavior*. Amherst, NY: Prometheus Book. 532-533.
- Fata L, Birashk B, Atefvahid M K, Dabson K S.(2005). Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *IJPCP*. 11 (3) :312-326.
- Fine M.A, Harvey JH.(2006). Divorce and Relationship Dissolution in the 21st Century. In M. A. Fine and J. H. Harvey (Eds.), *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution* (pp. 3-11). New York: Taylor & Francis.
- Gahler M. (2006). To divorce is to die a bit: A longitudinal study of marital disrupt and psychological distress among Swedish women and men. *J. Counseling Therapy Couples Families*, 14(4): 372-82.
- Griffin J. Tyrrell I.(2006). *Human givens, A new approach to emotional health and clear thinking*, HG publishing, London.
- Griffin, J. & Tyrrell, I. (2003) *A new approach to emotional health and clear thinking* (Chalvington,HG Publishing).
- Griffin, J. & Tyrrell, I. (2008), *An Idea in Practice: Using the Human Givens Approach*, Human Givens Publishing Ltd, Chalvington.
- Griffin, J. and Tyrrell, I. (2004), *Human Givens: A New Approach to Emotional Health and Clear Thinking*, Human Givens Publishing Ltd, Chalvington.
- Heene E, Buysse A, Oost P. (2003). A categorical and dimensional perspective on depression within a nonclinical sample of couples. *Family Process*, 42(1): 133-149.
- Jong-Meyer R, Beck B, Riede K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality Individual Differences*, 46(2009): 547-551.
- Kadir NB, Bifulco A. (2011). Vulnerability, life events and depression amongst Moslem Malaysian women: comparing those married and those divorced or separated. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. Sep 1;46(9):853-62.
- Kashdan TB, Rottenberg J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health, *Clin Psych Rev*, 30(7): 865-78.
- Mangayarkarasi K, Sellakumar G K. . (2017). efficacy of rational emotive behaviour therapy in the management of depression among HIV infected women *International Journal of Education and Psychology in the Community*.7 (1 & 2): 41-64.
- Nazari Far, M.(2018). Presenting the pattern of post-divorce adjustment in divorced women, a qualitative research, PhD thesis, Ahvaz University. [Persian].
- Okhai, F. *Human givens psychotherapy* (2010) .*The Arab Journal of Psychiatry*, 21(1): 9-28.

- Pirmoradi MR, 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.
- Raesian A S, Golzari M, Borjali A. (2016). Effectiveness of Hope Therapy on Reducing Depressive Symptoms and Preventing of Relapse in Cure-Seeker Women with Dependency to Narcotic Drugs. *Jpurnal of research on addiction*, 10(39):179-194.
- Rahimi C. Application of the Beck Depression Inventory-II in Iranian University Students. *CPAP*. 2014; 2 (10) :173-188.
- References (In Persian)
- Sodani M, Shahidi M, Sanai Zaker B, khojastemehr R. (2019). An Investigation into The Effectiveness of Human Givens and Adlerian Therapy on Happiness and Psychological Well-Being of Students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *NeuroQuantology* , 17 (04), 18-25.
- Steiner LM, Suarez EC, Sells JN, Wykes SD.(2011). Effect of age, initiator status, and infidelity on women's divorce adjustment. *Journal of Divorce & Remarriage*. 52(1): 33-47.
- 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.. *Jornal of Mental Health Review*, 17(2):90-103, Emerald Group Publishing Limited, ISSN 1361-9322.
- Turner H A. (2006). Stress Social resources and depression among never-married and divorced rural mothers. *Rural Social*. 71(3): 479-504.
- Verme, Paolo (2016). Adlerian brief therapy in Happiness, wellbeing and self-Control, *Journal of Economic Behavior & Organization*, August: Vol. 71 Issue 2, pp: 146-161.
- Vernon, A. (2003). Rational- Emotive Behavior Therapy. In Capuzzi, D., & Gross, D. *Counseling and psychology therapy*. Columbus, ehio Uppersaddle Riever New Jersey
- 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.
- Zhaleh N, Zarbakhsh M, Faramarzi M. (2014). Effectiveness of Rational-Emotive Behavior Therapy on the Level of Depression among Female Adolescent. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 4(4):102-107.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی