

اثر بخشی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته

رضا خجسته‌مهر^۱، خدیجه شیرالی‌نیا^{۲*}، غلامرضا رجبی^۱، کیومرث بشلیده^۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر زوج‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی بالینی تصادفی شده است که در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون - پیگیری با گروه آزمایش و گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، شامل زوجین آشفته شهر اهواز بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین منظور ۳۰ زوج از زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (گروه زوج‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه کنترل) گمارده شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه مشکلات در تنظیم هیجانی (DERS) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) استفاده شد. جلسات درمانی هفته‌ای یکبار و به مدت ۱۲ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج حاصل با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که بین زوجین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) و فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تأثیر زوج‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی زوجین تأیید شد.

نتیجه‌گیری: زوج‌درمانی شناختی- رفتاری به طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی زوجین آشفته شده است. بنابراین استفاده از این روش درمانی علاوه بر درمان‌های دارویی توصیه می‌شود.

کلید واژگان: زوج‌درمانی شناختی- رفتاری، نشانه‌های افسردگی، تنظیم هیجانی، زوجین آشفته.

۱- دانشیار گروه مشاوره.

۲- دانشجوی دکتری مشاوره.

۳- دانشیار گروه روانشناسی.

۱و۲- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

* نویسنده مسؤول:

خدیجه شیرالی‌نیا؛ گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
تلفن: ۰۰۹۸۶۱۱۴۴۳۶۴۳۴

Email:
dr.shiralinia87@gmail.com

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده است که وجود آشفتگی در رابطه زناشویی در مقایسه با نارضایتی از سایر روابط عاطفی، همپوشی بالاتری را با اختلالات هیجانی و رفتاری نشان می‌دهد و در ارزیابی‌های بالینی زوجین آشفته پنج تا شش برابر بیشتر از زوجین غیرآشفته مشکلات خلقی و اضطرابی را گزارش می‌دهند (۱-۲). گستردگی این همزمانی‌ها باعث شده است که متخصصان روابط زناشویی، در تدوین مدل‌ها و طرح‌های درمانی خود به علایم مبتنی بر آسیب‌شناسی حساسیت بیشتری نشان دهند. از این جهت امروزه زوج-درمانی نه تنها در درمان آشفتگی زوجین و مشکلات ارتباطی وابسته به آن، بلکه به عنوان درمان انتخابی یا الحاقی طیف گسترده‌ای از اختلالات رفتاری، شناختی، هیجانی و فیزیکی به کار رود (۳، ۴، ۱).

یکی از شایع‌ترین این شکایات، همزمانی بین علایم افسردگی و آشفتگی زناشویی می‌باشد. پژوهش‌های زیادی رابطه بین افسردگی و آشفتگی زناشویی را مطرح کرده است و نشان داده شده است که در افراد متأهل، رابطه قابل ملاحظه و معناداری بین آشفتگی زناشویی و شروع علایم افسردگی و طولانی شدن دوره‌ی بیماری وجود دارد. همچنین همزمان بودن آنها احتمال عود را بعد از بهبودی افزایش می‌دهد (۵). نظریه‌ها و مدل‌های متعددی همزمانی علایم افسردگی و آشفتگی زناشویی را توصیف و تبیین کرده‌اند. مبتنی بر مدل شکست زناشویی، علاوه بر نقش آسیب‌پذیری فردی، بروز آشفتگی زناشویی تأثیر عوامل استرس‌زا بر زندگی زناشویی را تشدید کرده و دریافت حمایت قابل دسترس از همسر را محدود می‌سازد. این مدل بر نقش ناسازگاری و آشفتگی زناشویی در شروع و گسترش افسردگی تأکید داشته و عواملی مانند مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای ناسازگارانه را به عنوان عوامل واسطه‌ای در نظر می‌گیرد. در این مدل زوجین افسرده منفی‌گرایی بیشتری (سرزنشگری و خشونت) را در ابراز

هیجانان خود نشان می‌دهند (۶). براساس نظریه اسناد (attribution theory) تعامل آشفتگی زناشویی و افسردگی به دلیل وجود تحریف‌های شناختی و سبک‌های اسنادی منفی و اسناد رفتارهای منفی همسر به عوامل باثبات درونی و رفتارهای مثبت او به عوامل بیرونی قابل تبیین می‌باشد. پژوهش‌ها در مورد سبک‌های اسنادی نشان می‌دهد که افراد افسرده در روبرو شدن با موقعیت‌های بین فردی شناخت‌های منفی‌تری داشته و خود را به خاطر هر اتفاقی سرزنش می‌کنند (۷).

یکی دیگر از مفاهیم جدیدی که در دهه اخیر، علاقه زوج‌درمانگران را به خود جلب کرده، نقش فرآیندهای تنظیم هیجانی در رضایت زناشویی، کارکردهای خانوادگی و آسیب‌های مرتبط با نقصان در اینگونه فرآیندهاست. این سازه که از روان‌شناسی تحولی، اجتماعی و بالینی وارد حوزه زوج‌درمانی شده است، در تبیین عوامل زیربنایی بسیاری از ناسازگاری‌های زناشویی، نظر متخصصان ازدواج را به خود جلب کرده است (۸). بدکارکردی تنظیم هیجانی و آشفتگی زناشویی در سطح فردی و زوجی با یکدیگر رابطه‌ای تعاملی دارند. در واقع نحوه تنظیم هیجانی زوجین در علت‌شناسی آشفتگی و آسیب‌شناسی فردی، در تداوم آشفتگی و اختلال، عود یا حفظ پیشرفت‌های درمانی و پیش‌آگهی درمان اثرگذار است (۹-۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجانی در خودافشایی، پاسخ‌های همدلانه و رفتارهای مهرورزانه بعدی نقش میانجی را ایفا می‌کند. خودافشایی هیجانی موجب صمیمیت هیجانی بیشتر می‌شود. پاسخ‌های همدلانه و گرم از طرف یک همسر پاسخگو رضایت کلی از رابطه را افزایش داده و رفتارهای حمایت‌گرایانه و عاطفی بعدی را تقویت می‌کند (۱۱).

مطالعات نشان می‌دهد که انواع مختلف زوج‌درمانی، آثار متوسط یا قابل ملاحظه از نظر آماری و اغلب قابل ملاحظه از نظر بالینی دارند (۱). در بررسی زوج‌درمانی به

(Baucom) (۲۰۰۲)، زوج‌درمانی- شناختی رفتاری را گسترش دادند. در این نوع مدل درمانی در چارچوب شناختی- رفتاری، علاوه بر در نظر گرفتن نقش شناخت‌ها و رفتارهای مشخص، با پرداختن به موضوعات وسیع‌تر، تأثیر تجارب شخصی زوج‌ها، انگیزه‌ها و نیازها، سبک‌های شخصیتی و آسیب پذیری افراد را در سازگاری زناشویی و کارآمدی ارتباطی آن مورد توجه قرار داده و بدین منظور تکنیک‌هایی را طراحی کرده است (۱۵). در این پژوهش از کتاب مبانی زوج درمانی شناختی رفتاری تقویت شده به عنوان پروتکل درمان استفاده شد.

مطالعات نشان می‌دهد که زوج‌درمانی به اندازه درمان‌های روانپزشکی یا فردی در کاهش علائم افسردگی موثر می‌باشد. این موضوع زمانی اهمیت خود را نشان می‌دهد که بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین عامل ناتوانی در همه رده‌های سنی و همچنین در دو جنس خواهد بود. تاکنون نیز دومین عامل در گروه سنی ۴۴-۱۵ سال می‌باشد (۱۶).

کوهن (Cohen) (۲۰۰۳) در پژوهش خود از زوج-درمانی کوتاه‌مدت در چارچوب شناختی- رفتاری و متمرکز بر تکنیک‌های حل مسئله برای کاهش افسردگی زوجین استفاده کرد. در این پژوهش زنان علائم افسردگی یا افسرده‌خویی نشان می‌دادند و همسرانشان هیچگونه تشخیصی در اختلالات بالینی دریافت نکردند. نتایج پیگیری یک و سه ماه بعد از درمان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان باعث کاهش قابل ملاحظه علائم افسردگی زنان گروه مداخله (۶۷٪ بهبود و ۴۰ تا ۴۷ درصد رفع کامل علائم) در مقایسه با گروه گواه (۱۶٪ بهبود و ۸٪ رفع کامل علائم) شد. درمان همچنین باعث بهبود رضایت زناشویی زوجین، کاهش علائم آشفتگی روانشناختی و دلزدگی شوهر از همسر شده و کارکرد کلی رابطه را افزایش داد (۱۷).

عنوان درمانی اثربخش در درمان افسردگی بارباتو (Barbato) و داونزو (D'Avanzo) (۲۰۰۸) در فراتحلیل خود نشان دادند، زناشویی زوج‌درمانی در مقایسه با درمان فردی در کاهش آشفتگی به طور معناداری موثرتر است. پژوهشگران پیشنهاد داده‌اند که در حین بروز علائم افسردگی زمانی که آشفتگی زناشویی شکایت اصلی است یا زمانی که توجه به بهبود کیفیت زناشویی ضروری است زوج‌درمانی می‌تواند درمان انتخابی باشد (۱۲). از طرفی با توجه به مقدار کم روش‌های زوج‌درمانی که به عنوان درمان‌های تثبیت شده (Well established) یا احتمالاً موثر تایید شده است، پژوهشگران معتقدند که درمانگران باید مداخلات تایید شده در مطالعات فراتحلیلی از قبیل دیدگاه‌های شناختی- رفتاری و سیستماتیک را مد نظر قرار دهند. زوج‌درمانی رفتاری (behavioral couple therapy) تنها زوج‌درمانی است که بیشترین تایید را به عنوان مداخله موثر و خاص دریافت کرده است. زوج-درمانی شناختی- رفتاری از گسترش تدریجی زوج‌درمانی رفتاری و استراتژیهای درمانی آن و اضافه کردن و تاکید بر عوامل شناختی در درمان آشفتگی‌های زناشویی پدید آمد. در زوج‌درمانی شناختی- رفتاری عوامل هیجانی، رفتاری و شناختی مورد توجه قرار گرفته‌اند. یکی از مهم‌ترین فرضیات این دیدگاه این است که پاسخ‌های هیجانی و رفتاری غیرکارکردی زوج‌ها به دلیل تفسیرهای تحریف شده از رویدادهای ارتباطی و یا انتظارات غیر منطقی از چگونگی عملکرد رابطه پدید می‌آید. هدف اصلی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری این است که به زوج‌ها کمک کند تا خطاهای موجود در پردازش اطلاعات و معیارهای افراطی‌شان را تغییر دهند. فرض بر این است که هرگاه زوج‌ها خطاهای موجود در پردازش اطلاعات و معیارهای افراطی‌شان را تغییر دهند، تغییرات مثبت رفتاری ایجاد خواهد شد (۱۳، ۱۴، ۱۵). اپستین (Epstein) و باکوم

پژوهش نشان داد که آموزش ارتباط استاندارد با رویکرد شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار پاسخ‌های کورتیزول در شرایط تعارضات زناشویی شد و تنظیم هیجانی بهتری را در پی داشت اما این آموزش تأثیری بر سطح کورتیزول در شرایط استرس‌زای خارج از زندگی زناشویی نداشت. همچنین زوج‌ها پس از آموزش کیفیت زناشویی بالاتری را گزارش دادند. پژوهشگران این تحقیق برای کاهش خطرات ناشی از تعارضات مکرر در روابط، که تنظیم هیجانی افراد را به هم می‌زند، آموزش ارتباط را بر روی سلامت زوجین پیشنهاد دادند (۲۰).

با توجه به اینکه رویکردهای جامعی چون زوج‌درمانی شناختی- رفتاری بر متغیرهای پژوهش در ایران کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر کاهش افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته شهر اهواز صورت گرفته است. و بر این اساس، فرضیه‌های پژوهش به این شرح بررسی می‌شوند: ۱- زوج‌درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش نشانه‌های افسردگی زوجین می‌شود؛ ۲- زوج‌درمانی شناختی- رفتاری باعث بهبود تنظیم هیجانی زوجین می‌شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی بالینی تصادفی شده است که در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون - پیگیری با گروه آزمایش و گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، شامل زوجین آشفته شهر اهواز بود که از مهر ماه ۱۳۹۰ تا اردیبهشت ماه ۱۳۹۱ به مراکز مشاوره این شهر مراجعه کردند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که قبل از شروع درمان پژوهشگر به کلینک‌های تخصصی مشاوره و روان‌شناسی شهر اهواز مراجعه کرده و مسئولین را در جریان روند پژوهش قرار داد و ضمن توجیه آنها از

بروس (Bruce)، کمپاس (Compas)، فورهند (Forehand) و کلر (Keller) (۲۰۰۹) در پژوهش خود که اولین پژوهش پیشگیرانه با رویکرد خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری، برای کمک به کودکانی بود که یکی از والدینشان از علایم افسردگی رنج می‌برد. درمان در ۱۲ جلسه و هفته‌ای یکبار اجرا شد. نتایج نشان داد، گروهی که مداخله بر روی آنها انجام شد، در مقایسه با گروه کنترل بهبود قابل ملاحظه‌ای را در کاهش علایم افسردگی و اضطراب هم در فرزندان و هم در والدین نشان دادند. همچنین نتایج درمان بعد از ۲، ۶ و ۱۲ ماه پیگیری همچنان حفظ شده بود (۱۸).

حسینی، نوایی نژاد و نورانی پور (۱۳۸۷) پژوهشی را با هدف بررسی تأثیر دو روش زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر کاهش افسردگی زوج مرد نابارور، انجام دادند. نتایج نشان داد که زوج‌درمانی رفتاری-شناختی با اطمینان ۹۹ درصد بر کاهش افسردگی زوج مرد نابارور مؤثر است. اما روش زوج‌درمانی هیجان محور در تغییر میزان افسردگی معنادار نبوده است (۱۹).

دیزتن (Ditzen)، هاولج (Hahlweg)، ولفدرف (Wolfsdorf) و باکوم (Baucom) (۲۰۱۱) در پژوهش خود با عنوان تعیین اثربخشی آموزش ارتباط به زوجین بر میزان کورتیزول، با این فرض که آموزش استاندارد ارتباط به زوجین که در آن از تکنیک‌های شناختی- رفتاری استفاده می‌شود باعث کاهش میزان هورمون کورتیزول که هورمون استرس بدن بوده و تنظیم هیجان را بر هم می‌زند و افزایش آن در تعارضات مکرر می‌تواند سلامت زوجین را به خطر بیاندازد، میزان کورتیزول بزاقی ۶۱ زوج را در دو موقعیت شرایط استرس‌زای معمولی که ارتباطی به رضایت زناشویی نداشت و در شرایط بروز بحث تعارضی زوجین در شرایط آزمایشگاه، قبل و بعد از آموزش ارتباط مورد ارزیابی دقیق قرار دادند. همچنین کیفیت رابطه نیز در مراحل مختلف مورد سنجش قرار گرفت، بررسی نتایج

(Difficulties in Emotion Regulation) یک ابزار خودگزارش دهی ۳۶ ماده‌ای است که الگوهای رفتاری افراد در تنظیم هیجان‌اتشان را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه شش خرده مقیاس دارد که عبارت از عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، مشکلات در مدیریت رفتارهای هدفمند، مشکلات در کنترل تکانه نداشتن آگاهی هیجانی، عدم دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجانی و نداشتن وضوح هیجانی (شفاف نبودن هیجان‌ها) می‌باشند. در این پرسشنامه آزمودنی در پاسخ به هر کدام از ۳۶ سؤال یکی از گزینه‌های هرگز تا همیشه را انتخاب می‌کند. که برای نمره‌گذاری ماده‌ها از یک مقیاس ۵ امتیازی به سبک لیکرت (۱ تا ۵) استفاده می‌شود. علاوه بر نمره‌ی خرده مقیاس‌ها، یک نمره‌ی کل نیز از این مقیاس به دست می‌آید که دامنه‌ی آن بین ۳۶ تا ۱۸۰ است. نمره‌های بالاتر نشانگر مشکلات بیشتر در تنظیم هیجانی است. در پژوهش حاضر نمره‌ی کل پرسشنامه وارد تحلیل شد. روایی و پایایی پرسشنامه در خارج از کشور (۲۲) و در داخل کشور (۲۳) مورد تایید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد. همچنین در پژوهش حاضر به منظور سنجش روایی پرسشنامه مشکلات در تنظیم هیجانی، این پرسشنامه به طور همزمان با خرده مقیاس کنترل هیجانی ریجیو (۲۴) همبسته و ضریب همبستگی بین این دو مقیاس ۰/۳۶ به دست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار بود.

خلاصه جلسات صورت جلسه‌های زوج‌درمانی

شناختی- رفتاری: جلسات اول و دوم: اهداف جلسه: برقراری رابطه‌ی درمانی با هر دو همسر و ایجاد اتحاد درمانی، ارزیابی ماهیت مشکلات، ارزیابی مشکلات اختصاصی هر یک از زوج‌ها، ارزیابی اهداف و انتظارات هر همسر از درمان. جلسه سوم: اهداف جلسه: دادن بازخورد به زوجین و آغاز درمان. محتوا: توجیه روش درمانی، بیان انتظارات مشترک از درمان، توافق بر سر اهداف درمانی،

مسئولین مراکز خواسته شد که زوجین آشفته را به درمانگر ارجاع دهند. حداقل ۶ ماه سابقه زندگی مشترک، حداقل تحصیلات ۱۰ کلاس، حداقل سن زوج ۲۰ و حداکثر سن برای زوج زن ۵۰ سال و نداشتن تصمیم به جدایی در شروع درمان از ملاک‌های ورود به درمان در نظر گرفته شد. همچنین زوجینی که با توجه به مصاحبه بالینی تشخیص اختلالات سایکوتیک، دو قطبی و وابستگی به مواد مخدر و اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی را دریافت کرده بودند، در مرحله غربالگری از گروه کنار گذاشته شدند. همچنین برای سنجش آشفتگی زناشویی علاوه بر مصاحبه بالینی از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ فرم کوتاه ۴۷ سؤالی استفاده شد. بعد از مرحله غربالگری، ۳۰ زوج داوطلب که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه گماشته شد. جلسات درمانی هفته‌ای یکبار انجام شد. گروه آزمایش تحت درمان رفتاردرمانی شناختی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. جلسات درمانی هفته‌ای یکبار انجام شد. در این پژوهش از راهنمای زوج‌درمانی شناختی- رفتاری تقویت شده (اپستین و باکوم، ۲۰۰۲) استفاده شد. جلسات درمان مشتمل بر ۱۲ جلسه و مدت زمان جلسات ۹۰ دقیقه بود. پیگیری درمان نیز یک ماه بعد انجام گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی بک (Beck) و پرسشنامه مشکلات در تنظیم هیجانی (DERS) بود. پرسشنامه افسردگی بک مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. دابسون و محمدخانی در پژوهش خود ثبات درونی آزمون را ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۳ گزارش دادند (۲۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد. پرسشنامه مشکلات در تنظیم هیجانی

آماري مانند میانگین و انحراف معیار برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش در جدول (۱) ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در میانگین و انحراف استاندارد افسردگی زوجین در مرحله پیش‌آزمون گروه شناختی- رفتاری ۵۳/۶۴ (۷/۴۵) و پس‌آزمون ۳۱/۱۴ (۶/۰۴) و در گروه گواه به ترتیب ۴۹/۴۲ (۷/۶۶)، ۴۱/۳۵ (۹/۱۱) می‌باشد. به علاوه محتویات جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد تنظیم هیجانی زوجین در مرحله پیش‌آزمون گروه زوج‌درمانی شناختی- رفتاری ۲۰۷/۵۷ (۱۸/۷۶) و پس‌آزمون ۲۳۱ (۱۶/۲۶) و در گروه گواه به ترتیب ۲۱۰ (۱۹/۷۶) و ۲۱۰/۰۷ (۲۰/۱۷) می‌باشد. پیش از آزمودن فرضیه‌های پژوهش (مرحله اصلی) ابتدا یک تحلیل واریانس چند متغیری روی داده‌ها انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۲ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، سطوح معنی‌داری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می‌شمارند. این امر بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین زوجینی که زوج‌درمانی شناختی- رفتاری را دریافت کرده‌اند و زوجین گروه گواه که هیچگونه درمانی را دریافت نکردند از لحاظ افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=20/10$ و $P=0/001$). بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر زوج‌درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش افسردگی زوج‌ها شده است. همچنین بین، زوجینی که زوج‌درمانی شناختی- رفتاری را دریافت کرده‌اند و زوجین گروه گواه که هیچگونه درمانی را دریافت نکردند از لحاظ تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=72/66$ و

بکار بردن تقویت دو سویه به عنوان نقطه شروع برای کمک به زوجین. جلسات چهارم و پنجم: اهداف جلسه: آموزش مهارت‌های ارتباطی. محتوا: شناخت الگوهای تقویت و تنبیه همسران، افزایش مبادلات رفتاری مثبت و تقویت‌کننده، آموزش گوش دادن، آموزش همدلی، آموزش گفتگوی موثر. جلسه ششم: اهداف جلسه: آموزش حل مسئله و تصمیم‌گیری. محتوا: ارزیابی اشکالات و مهارت‌های حل تعارض زوجین، آموزش و تمرین مهارت‌های حل تعارض. جلسات هفتم و هشتم: اهداف جلسه: شناخت افراد از نیازها و ویژگی‌های شخصیتی خود و همسرانشان. محتوا: بررسی تفاوت‌های جنسیتی و شخصیتی در ارتباط، آشنایی با نیازهای خود و همسر. جلسه نهم: اهداف جلسه: مداخله در هیجان‌ها. محتوا: آشنایی با مراجعین با هیجان‌های مثبت و منفی. شناخت تفاوت بین آشفتگی اولیه و ثانویه. جلسه دهم: اهداف جلسه: مداخله در آسیب‌های فردی. محتوا: کشف مسائل حل نشده و آسیب‌های قبلی فردی. جلسات یازدهم و دوازدهم: اهداف جلسه: مداخله در تقاضاهای محیطی گذشته و فعلی. افزایش آگاهی از اثر تقاضاهای محیطی فعلی بر زوج و فرد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر برای تعیین نمره‌های زوجی محاسبه‌های مقدماتی روی داده‌ها انجام گرفت. برای این منظور در ابتدا برای هر دو گروه آزمایش و کنترل به طور جداگانه تفاضل نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون زن در هر کدام از متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی و نیز تفاضل نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون مرد در هر کدام از متغیرها محاسبه و سپس مجموع تفاضل نمره‌های زن و شوهر به عنوان نمره‌های زوجی در هر کدام از متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی تعیین شد. در نهایت برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش، تحلیل‌های اصلی روی نمره‌های زوجی انجام گرفت. یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین زوجینی که زوج‌درمانی شناختی- رفتاری را دریافت کرده‌اند و زوجین گروه گواه که هیچگونه درمانی را دریافت نکردند از لحاظ افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=18/44$ و $P=0/001$). همچنین بین زوجینی که زوج‌درمانی شناختی- رفتاری را دریافت کرده‌اند و زوجین گروه گواه که هیچگونه درمانی را دریافت نکردند از لحاظ تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=41/35$ و $P=0/001$). بنابراین اثر زوج‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی زوج‌ها در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر زوج‌درمانی شناختی- رفتاری باعث بهبود تنظیم هیجانی زوج‌ها شده است. برای بررسی تداوم اثر درمان در گروه آزمایش، همین تحلیل‌ها بر روی تفاضل نمره‌های پیگیری - پیش‌آزمون انجام شد که جدول ۴ این نتایج را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می‌شمارند. این امر بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا نمره‌های پیگیری در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۳/۶۴	۷/۴۵
		گواه	۴۹/۴۲	۷/۶۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۱/۱۴	۶/۰۴
		گواه	۴۱/۳۵	۹/۱۱
تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۰۷/۵۷	۱۸/۷۶
		گواه	۲۱۰	۱۹/۷۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۳۱	۱۶/۲۶
		گواه	۲۱۰/۰۷	۲۰/۱۷

جدول ۲: نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) روی نمره‌های زوجی متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی در مرحله اصلی

آزمون	ارزش	f	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۷۴۷	۳۶/۸۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۵۳	۳۶/۸۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۹۴	۳۶/۸۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۹۴	۳۶/۸۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا مربوط به نمره تفاضل متغیرهای پژوهش

منبع	متغیرهای تحقیق	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
گروه	افسردگی	۳۶۴/۳۲۱	۱	۳۶۴/۳۲۱	۲۰/۱۰	۰/۰۰۱
	تنظیم هیجانی	۹۵۴/۷۲۳	۱	۹۵۴/۷۲۳	۷۲/۶۶	۰/۰۰۱

جدول ۴: نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) روی نمره‌های زوجی متغیرهای افسردگی و تنظیم هیجانی در

مرحله پیگیری

آزمون	ارزش	f	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلایی	۰/۶۸۷	۲۷/۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۱۳	۲۷/۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۱۹۲	۲۷/۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۱۹۲	۲۷/۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا مربوط به نمره تفاضل متغیرهای پژوهش

منبع	متغیرهای تحقیق	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
گروه	افسردگی	۴۱۲/۷۲	۱	۴۱۲/۷۲	۱۸/۴۴	۰/۰۰۱
	تنظیم هیجانی	۷۷۱/۷۵۰	۱	۷۷۱/۷۵۰	۴۱/۳۵	۰/۰۰۱

بحث

در پژوهش حاضر مشخص شد زوج‌درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی زوجین آشفته می‌شود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که اثرات درمانی این رویکرد در مرحله پیگیری همچنان تداوم داشت. این نتیجه همسو با نتایج حاصل پژوهش‌های کهن (Cohen) (۱۷)، بروس (Bruce) و همکاران (۱۸) و نوابی‌نژاد و همکاران (۱۹) در رابطه با اثربخشی درمان در کاهش افسردگی و در زمینه تنظیم هیجانی با پژوهش‌های کربی و باکوم (۲۵) و دیزتن (Ditzen) و همکاران (۲۰) همخوانی دارد.

در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی می‌توان به صورت‌بندی رویکرد شناختی رفتاری از افسردگی در بافت ازدواج اشاره کرد که در آن افسردگی و آشفتگی زناشویی جز عوامل زمینه‌ساز و عوامل تداوم بخش یکدیگر بوده و با هم رابطه تقابلی دارند. هدف از درمان در چنین شرایطی، شکستن چرخه‌های معیوبی است که متقابلاً افسردگی و آشفتگی زناشویی را تقویت می‌کنند و تکنیک‌های شناختی، رفتاری و هیجانی رویکرد شناختی- رفتاری به شکستن این چرخه‌ها کمک می‌کند (۲۶).

درمان به خاطر بهبود کیفیت زندگی زناشویی است و این فرض در پژوهش‌های تجربی تأیید شده است. همچنین در تکنیک‌های شناختی- رفتاری در درمان‌های زوجی، به هر دو همسر کمک می‌شود تا درک جدیدی از مشکلات خود پیدا کرده و تعبیر جدیدی از علایم افسردگی داشته باشند، همچنین راه‌های جدید ارتباط برقرار کردن با یکدیگر را آموزش می‌بینند (۱۵، ۱۲).

در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری بر بهبود تنظیم هیجانی زوجین می‌توان به نتایج درخواستی از پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجانی در غنی کردن درمان‌های شناختی- رفتاری اشاره کرد. ادبیات پژوهشی نشان داده است که نیازها، شخصیت و میزان آسیب‌شناسی فرد بر تنظیم هیجانی و میزان کارکرد ارتباطی فرد تأثیر می‌گذارد (۱۵).

از آنجایی که ادبیات روان‌شناسی تنظیم هیجانی، نشان می‌دهد که یکی از سیستم‌های اصلی در تنظیم هیجانی افراد، سیستم شناختی افراد می‌باشد، آموزش‌ها و تکنیک‌های رویکرد شناختی- رفتاری در این راستا طراحی شده است. در واقع یکی از مولفه‌های اصلی رویکرد شناختی- رفتاری در حل آشفتگی‌های زناشویی، نحوه ارزیابی زوجین از مشکلات موجود در رابطه، خطاهای شناختی رایج، آگاهی دادن به آنها در مورد سیستم پردازش اطلاعات و شیوه‌های باز ارزیابی و اصلاح واقع‌گرایانه‌ی این سیستم می‌باشد (۲۶، ۱۵، ۲۲).

تبیین احتمالی دیگری که می‌توان گفت این است که، این رویکرد به زوجین آموزش‌هایی می‌دهد تا با وجود تفاوت‌های فردی، روشهایی را برای نزدیک شدن به یکدیگر در پیش بگیرند. از این رو لحاظ کردن نیازها و انگیزه‌های فردی و تفاوت‌های فردی در این زمینه در صورت‌بندی‌های جدید رویکرد شناختی- رفتاری مورد توجه قرار گرفته است، و راهبردهایی برای سازگاری با این

در این صورت‌بندی بخشی از رفتارهای افسرده‌مدار مانند (خلق افسرده، شکایت‌های جسمی و روانی، احساس بی‌ارزشی) رفتارهایی است که در نتیجه‌ی سطح بالایی از رفتارهای کلامی منفی در محیط خانه تقویت می‌شوند، بدین معنا که همسران به رفتارهای افسرده‌وار در مقایسه با رفتارهای پرخاشگرایانه، چه به لحاظ عاطفی و چه به لحاظ رفتاری واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. در واقع فرد به رفتارهای افسرده‌وار همسرش پرخاشگری کمتری نشان می‌دهد تا زمانی که همسرش متقابلاً دست به پرخاشگری می‌زند. رفتارهای افسرده‌گونه‌ای مانند خودگویی‌های منفی، و رفتارهای منفعلی مانند عدم برقراری رابطه چشمی، کنارکشیدن از بحث و ساکت ماندن اگرچه به ظاهر میزان پرخاشگری‌ها در حین بروز تعارض‌های زناشویی را کاهش می‌دهد، اما زوجین به لحاظ عاطفی از یکدیگر فاصله گرفته و فرصت حل مسئله در ازدواج آنها وجود ندارد و علایم افسردگی نیز تقویت می‌شود، یکی از آماج‌های درمانی در رویکرد شناختی- رفتاری پیشرفته شکستن چنین الگوهای تعاملی مخرب با اصلاح الگوهای شناختی، رفتاری و هیجانی زوج‌ها می‌باشد. در واقع هدف از این تکنیک‌ها این است که افراد را قادر کند تا راه‌حل‌های کارآمدتری را برای حل مشکلاتشان پیدا کنند (۱۷، ۲۶).

پژوهشگران خانواده، ارتباط زناشویی را به عنوان بافتی که می‌تواند منبع اتفاقات تهدیدکننده و ناکامی‌ها باشد مورد توجه قرار داده و پژوهش‌ها نشان داده است که این مشکلات می‌تواند علایم افسردگی را در افراد فراخوانی کند (۲). از طرفی همین بافت ارتباطی اگر سازنده و کارآمد باشد می‌تواند از فرد در مقابل افسردگی محافظت کند. در تکنیک‌های رفتاری برای کاهش افسردگی در ازدواج، تأکید بر کاهش فراوانی یا حذف رفتارهای آشفته‌ساز زوجین، و افزایش حمایت اجتماعی افراد از یکدیگر می‌باشد. فرض بر این است که کاهش سطح افسردگی در مراحل ابتدایی

یکی از درمان‌های التقاطی معرفی شده توسط درمانگران است که از پشتوانه پژوهشی قابل توجهی برخوردار است. نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین در مورد زوج‌درمانی شناختی- رفتاری به عنوان مداخله‌ای موثر در کاهش علائم افسردگی و بهبود مشکلات تنظیم هیجانی در زوجین آشفته را تایید کند. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران تأثیر این درمان را بر سایر علائم آسیب‌شناسی مانند علائم اضطرابی مورد بررسی قرار داده و همچنین در قالب طرح‌های پژوهشی موردی، فرایندهای مختلف درمان را مورد بررسی قرار دهند. همچنین با توجه به این که اکثر روانپزشکان استفاده از دارو را بهترین شیوه کاهش علائم افسردگی می‌دانند، پیشنهاد می‌شود اطلاع‌رسانی لازم جهت آگاهی از روش‌های درمانی غیردارویی مانند زوج‌درمانی شناختی- رفتاری صورت گرفته و در پژوهش‌هایی زوج-درمانی و درمان‌های دارویی چه به عنوان درمان‌های انتخابی و چه به عنوان درمان‌های الحاقی با یکدیگر مقایسه شوند. نمونه پژوهش حاضر از نوع در دسترس بوده و اعضای نمونه از بین داوطلبانی که به مراکز مشاوره مراجعه کردند انتخاب شده‌اند، به همین دلیل تعمیم نتایج به تمامی زوجین شهر اهواز باید با احتیاط صورت گیرد.

شرایط و افزایش تحمل‌پذیری زوجین، آموزش داده می‌شود. می‌توان گفت که آگاهی افراد از این تفاوت‌ها شناخت افراد از یکدیگر را افزایش داده و موجب می‌شود که افراد واکنش‌های هیجانی و رفتاری خود به این تفاوت‌ها را بررسی کرده و ضمن اعتبار دادن به این تفاوت‌ها، کنترل هیجانی بیشتری داشته باشند (۱۵).

نتیجه‌گیری

با وجود پیشرفت‌هایی که در حوزه زوج‌درمانی گرفته است، بروز مشکلاتی چون افسردگی یک یا هر دو همسر یا بدکارکردی تنظیم هیجانی که با شکایاتی چون، حساسیت-پذیری بالا و واکنش‌پذیری شدید همسران به یکدیگر، گزارش می‌شود، جزء دشوارترین شرایطی است که درمانگران در محیط‌های درمانی شاهد آن بوده و با وجود تدابیر اتخاذ شده توسط رویکردهای درمانی مختلف، همچنان موجبات سردرگمی زوج‌درمانگران شده و رسیدن به اهداف درمان را با مانع دچار می‌کند. از این رو ایجاد و توسعه استراتژی‌های تجربی برای درمان آشفته‌گی‌های زناشویی و آسیب‌های ناشی از آن همواره مورد توجه درمانگران ازدواج بوده است. زوج‌درمانی شناختی- رفتاری

منابع

- 1-Snyder DK, Castellani AM, Whisman MA. Current status and future directions in couple therapy. *Annu Rev Psychol* 2006;57:317-44.
- 2-Whisman MA, Uebelacker LA. Maladaptive schemas and core beliefs in treatment and research with couples. In: Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE, eds. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* Washington, DC: American Psychological Association; 2007. p. 199-220.
- 3-Dattilio FM, Epstein NB. Introduction to the special section: The role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy. *J Marital Fam Ther* 2005;31(1):7-13.
- 4-Gurman AS, Messer SB. Contemporary issues in the theory and practice of psychotherapy. In: Gurman AS, Messer SB, eds. *Essential psychotherapies*. New York: Guilford Press; 2008. p. 1-23.
- 5-Coyne JC, Thompson R, Palmer SC. Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *J Fam Psychol* 2002;16(1):26-37.
- 6-Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:329-52.
- 7-Fincham FD, Bradbury TN. Assessing Attributions in Marriage: The personality traits and subjective well-being. *J Pers Soc Psychol* 1992;62:457-68.
- 8-Fruzzetti A. *The high conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. Oakland, CA: New Harbinger Press; 2008. p. 117-210.

- 9-Snyder DK. Emotion Regulation in Families: Pathways to Dysfunction and Health. Washington, DC: American Psychology Association press; 2006. p. 115-35.
- 10-Fruzzetti A, Iverson KM. Couples dialectical behavior therapy: An approach to both individual and relational distress. *Coupl Res Ther* 2004;10:8-13.
- 11-Laurenceau J, Barrett LF, Rovine MJ. The interpersonal process model of intimacy in marriage: a daily-diary and multilevel modeling approach. *J Fam Psychol* 2005;19(2):314-323.
- 12-Barbato A, D'Avanzo B. Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: a meta-analysis. *Psychiatr Q* 2008;79(2):121-32.
- 13-Shadish WR, Baldwin SA. Effects of behavioral marital therapy: a meta - analysis of randomized control trails. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(1):6-14.
- 14-Nazari V, Mohammad Khani P, Dolatshahi B. Comparative efficacy of cognitive-behavioral marital therapy and enhanced behavioral marital therapy combined increase in marital satisfaction. *New Psychol Res* 2011;6(22):143-169.
- 15-Epstein NB, Baucom DH. Enhanced cognitive behavioral therapy for couples: A contextual approach. Washington, DC: APA; 2002. p. 1-25.
- 16-Coyne J. Not agent blue: effects of marital functioning on depression and implications for treatment. In: Beach SRH, ed. *Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. p. 25-43.
- 17-Cohen S, O'Leary KD, Foran H. A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behav Ther* 2010;41(4):433-46.
- 18-Compas BE, Forehand R, Keller G, Champion JE, Rakow A, Reeslund KL. Randomized controlled trial of a family cognitive-behavioral preventive intervention for children of depressed parents. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(6):1007-20.
- 19-Hassani F, Navabinezhad SH, Nuranipour R. Comparative efficacy of behavioral couples therapy-cognitive and emotion-focused on depression in infertile couples, male. *J Women Dev Politics* 2008;3:61-83.
- 20-Ditzen B, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf G, Baucom D. Assisting couples to develop healthy relationships: effects of couples relationship education on cortisol. *Psychoneuroendocrinology* 2011;36(5):597-607.
- 21-Dobson KS, Mohamadkhani P. Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory (2) in a large sample of patients with major depressive disorder. *J Rehabil* 2007;29:82-88.
- 22-Gratz K, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assessment* 2004;26:41-54.
- 23-Askari P, Pasha GR, Aminian M. The relationship between the emotional, psychological stressors of life and body image and eating disorders in women. *Thought Behav Clin Psychol* 2009;13:65-79.
- 24-Khojastemehr R, shokrkon H, Amanolahi A. Predicting success or failure on the basis of marital relationship and social skills. *J Modern Psychological Stud* 2007;6:33-52.
- 25-Kirby JS, Baucom DH. Treating emotion dysregulation in a couples context: a pilot study of a couples skills group intervention. *J Marital Fam Ther* 2007;33(3):375-91.
- 26-Epstein NB, Baucom DH, LaTaillade JJ, Kirby JS. Cognitive behavioral couple therapy. In: Gurman AS, ed. *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press; 2008. p. 31-72.

Effectiveness of Cognitive–Behavioral Couple Therapy on Depression Reduction and Enhancing Emotional Regulation in Distressed Couples

Reza Khojasteh Mehr¹, KHadijeh Shiralinia^{2*}, GHolam Reza Rajabi¹, Qumars Bashlide³

1-Associate Professor of Counseling.

2-Ph.D Student in Counseling, University of Shahid Chamran.

3-Associate Professor of Psychology.

1,2-Department of Counseling, School of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

3-Department of Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:
Khadijeh Shiralinia; Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.
Tel+986114436434
Email:khshiralinia@scu.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive–behavioral couple therapy (CBCT) on depression reduction and enhancing emotional regulation in counseling seeking distressed couples in Ahwaz counseling centers

Subject and Methods: Randomized Control Clinical Trials (RCT), with pretest-posttest design, was used in this study. Through convenience sampling, 30 couples participated in this study were randomly assigned to two groups. The instruments employed in this research were Beck Depression Inventory and Difficulties in Emotion Regulation. Experimental group followed a twelve-session treatment. These sessions were held once a week. We used of MANOVA to analyze the data.

Results: The results of MANOVA showed significant differences between the treatment and control groups ($P < 0.001$). Cognitive – behavioral couple therapy (CBCT) was effective on reduction of depression and enhancing emotional regulation in distressed couples.

Conclusion: The effectiveness of cognitive–behavioral couple therapy (CBCT) on depression reduction and enhancing emotional regulation in distressed couple was confirmed. It is recommended to use this method for distressed couples.

Keywords: Cognitive–Behavioral Couple Therapy, Depression reduction, Emotional regulation, Distressed couple.

Please cite this paper as:
Khojasteh Mehr R, Shiralinia KH, Rajabi GH R, Bashlide Q. Effectiveness of Cognitive–Behavioral Couple Therapy on Depression Reduction and Enhancing Emotional Regulation in Distressed Couples. *Jundishapur Sci Med J* 2014;13(2):201-212

Received: Nov 13, 2013

Revised: Aug 3, 2013

Accepted: Oct 8, 2013