



## کارآیی درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی و نگرشهای ناسالم در نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی

مریم حنا سبزه‌آباد اصفهانی\*، دکتر رخساره یزدان دوست\*\*،  
دکتر مهرداد محمدیان\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش بر پایه نظریه‌های شناختی - رفتاری و به منظور بررسی کارایی درمان شناختی - رفتاری در درمان اختلالات افسردگی نوجوانان انجام شده است. **روش:** بدین منظور در قالب طرح پژوهشی موردی ۳ آزمودنی دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله مبتلا به اختلالات افسردگی، مراجعه کننده به یک مطب روانپزشکی انتخاب شدند و در ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری، به فاصله ۲ بار در هفته، بصورت انفرادی و هر جلسه از ۴۵ دقیقه تا ۱ ساعت برای هر آزمودنی، مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش هر سه نفر در سه مرحله‌ی پیش از درمان، پس از مداخله و نیز ۱ ماه پس از آن به عنوان پیگیری با آزمون افسردگی بک و مقیاس نگرشهای ناسالم، مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در کاهش نگرشهای ناسالم نوجوانان مؤثر بوده و موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در آنها گشته است.

Andoosbeh  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۷۶

### کلید واژه: درمان شناختی - رفتاری، نگرشهای ناسالم، افسردگی

#### مقدمه

بنابراین درمان شناختی - رفتاری، می‌تواند در کاهش نگرشهای ناسالم مؤثر واقع گردد و از این راه نه تنها افسردگی را بهبود بخشد، بلکه در پیشگیری از برگشت مجدد آن نیز مثر ثمر باشد. گرچه بررسیهای گسترده‌ای پیرامون اثربخشی این الگوی درمانی روی بزرگسالان

از روشهای درمانی بسیار مؤثر در درمان افسردگی، درمان شناختی - رفتاری است. از این دیدگاه افسردگی در پی برداشتی منفی از خود، دنیا و آینده شکل می‌گیرد که خود از یک رشته نگرشهای ناسالم سرچشمه گرفته است.

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

\*\* دکتر روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، خیابان شهید وحید دستگردی، مرکز آموزشی درمانی حضرت علی اصغر (ع).

\*\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران: کیلومتر ۶ جاده مخصوص کرج، مرکز روانپزشکی شهید نواب صفوی.

(۱۶/۷)، نعمیم یافه‌ها را به جمعیت‌های انفرادی بایستی محدود می‌سازد. همچنین بهره‌گیری محدود از روشهای گوناگون شناختی - رفتاری در بررسیهایی همچون: باتلر و همکاران (۱۹۸۰)؛ لوینسون<sup>(۲۱)</sup>، کلارک<sup>(۲۲)</sup>، هاپس<sup>(۲۳)</sup> و اندریوز<sup>(۲۴)</sup> (۱۹۹۰)؛ استارک، رینولدز و کاسلو (۱۹۸۷) از اشکالات دیگر این بررسیها است. با توجه به موارد یاد شده و نیز با در نظر گرفتن جنبه‌های فرهنگی اختلالات افسردگی، پژوهش حاضر با اهداف زیر انجام گرفته است:

- ۱- بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری در کاهش شدت نگرشهای ناسالم نوجوانان،
- ۲- بررسی تأثیر بهبود نگرشهای ناسالم بر کاهش شدت افسردگی نوجوانان،
- ۳- بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر شدت نشانه‌های احساسی - عاطفی افسردگی نوجوانان،
- ۴- بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر شدت علائم

شاور<sup>(۱)</sup> و امیری<sup>(۲)</sup>، ویلیامز<sup>(۳)</sup>، ویدلیامز<sup>(۴)</sup>، ۱۶۸۱؛ بلک‌برن<sup>(۵)</sup>، بی‌شاپ<sup>(۶)</sup>، والی<sup>(۷)</sup> و کریستی<sup>(۸)</sup> (۱۹۸۱)، اما به دلایل زیر کمتر پژوهشی در زمینه افراد جوانتر به ویژه کودکان و نوجوانان به کمک این روش انجام شده است:

نخست اینکه پذیرش عمومی وجود افسردگی در کودکان و نوجوانان مدت زیادی طول کشید (کاپلان<sup>(۱۱)</sup>، سادوک<sup>(۱۱)</sup> و گرب<sup>(۱۲)</sup>، ۱۹۹۴). دوم اینکه تنها در دهه‌های اخیر و در بررسیهای انجام گرفته روی کودکان و نوجوانان افسرده، بر وجود جنبه‌های «شناختی» افسردگی در این گروه تأکید شده است.

پژوهشهای اخیر نقش میانجی‌های شناختی را در ایجاد افسردگی کودکان و نوجوانان نشان داده‌اند؛ برای نمونه لیتن برگ<sup>(۱۳)</sup> و همکاران، (۱۹۸۶) به نقل از هاگس<sup>(۱۴)</sup> (۱۹۸۸) به نقش خطاهای شناختی در ایجاد نشانه‌های افسردگی اشاره نموده است؛ در بررسی گاربر<sup>(۱۵)</sup>، ویس<sup>(۱۶)</sup> و شانلی<sup>(۱۷)</sup> (۱۹۹۳) و لورنت<sup>(۱۸)</sup> و استارک<sup>(۱۹)</sup> (۱۹۹۳) به نقل از رادولف<sup>(۲۰)</sup>، هامن<sup>(۲۱)</sup> و بارگ<sup>(۲۲)</sup> (۱۹۹۷) به نقش نگرشهای ناسالم و افکار خودکار منفی در کودکان افسرده، در بررسیهای کاسلو<sup>(۲۳)</sup>، استارک، پرینتز<sup>(۲۴)</sup>، لوینگستون<sup>(۲۵)</sup> و تسای<sup>(۲۶)</sup> (۱۹۹۲) و بررسی‌های کازدین<sup>(۲۷)</sup>، راجرز<sup>(۲۸)</sup> و کولباس<sup>(۲۹)</sup> (۱۹۸۶)، زوپن<sup>(۳۰)</sup>، هامن و جنیک<sup>(۳۱)</sup> (۱۹۸۷)؛ استارک، اشمیت<sup>(۳۲)</sup> و جویئر<sup>(۳۳)</sup> (۱۹۹۴) بر ارتباط میان مثلث شناختی با شدت افسردگی در کودکان و نوجوانان، تأکید شده است. کارایی درمان شناختی - رفتاری در زمینه بهبودی افسردگی کودکان و نوجوانان نیز در برخی از پژوهشها آزمون شده است. با این حال بیشتر پژوهشهای انجام گرفته در این زمینه، دارای پاره‌ای کمبودها و نارساییهای روش شناختی هستند. برای نمونه استفاده از نمونه‌های غیر ارجاعی<sup>(۳۴)</sup> در پژوهش باتلر<sup>(۳۵)</sup>، می‌زی‌یتس<sup>(۳۶)</sup>، فرایدمن<sup>(۳۷)</sup> و کول<sup>(۳۸)</sup>

1-Beck	2-Flush
3-Shaw	4-Emery
5-Williams	6-Blackburn
7-Bishop	8-Whalley
9-Christtie	10-Kaplan
11-Sadock	12-Greeb
13-Letenberg	14-Hughes
15-Garber	16-Weiss
17-Shanley	18-Laurent
19-Stark	20-Rudolph
21-Hammen	22-Burge
23-Kaslow	24-Printz
25-Livingston	26-Tsai
27-Kazdin	28-Rodgers
29-Colbus	30-Zupan
31-Jaenike	32-Schmidt
33-Joiner	34-none-referral
35-Butler	36-Miezitis
37-Friedman	38-Cole
39-Reynolds	40-Coats
41-Lewinson	42-Clarke
43-Hops	44-Andrews

نباتی - جسمانی افسردگی نوجوانان.

تری (۸)، ۱۹۸۲؛ کاپلان، هانگ (۹)، وین هولد (۱۰)، ۱۹۸۴؛  
باری را (۱۱) و گاریسون - جونز (۱۲)، ۱۹۸۸؛ لارسون (۱۳) و  
ملین (۱۴)، ۱۹۹۰؛ ویتاگر (۱۵) و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از  
هارینگتون (۱۶)، ۱۹۹۳.

## روش

در پژوهش حاضر برای آزمون فرضیه‌ها طرح خط  
پایه‌ی چندگانه در میان آزمودنی‌ها (۱) به کار برده شده  
است (هرسن (۲) و بارلو (۳)، ۱۹۷۷). آزمودنی‌ها ۳ نوجوان  
دختر مبتلا به اختلالات افسردگی در گروه سنی ۱۵ تا ۱۷  
سال از مراجعه کنندگان به یک مطب روانپزشکی، می‌باشند  
(جدول ۱).

همچنین در زمینه توانایی آزمون BDI در تمایز  
نوجوانان غیر افسرده و افسرده‌ی سرپایی، (کاشانی (۱۷)،  
شرمن (۱۸)، پارکر (۱۹) و رید (۲۰)، ۱۹۹۰) این آزمون را  
موفق دانسته‌اند.

هر سه نمونه‌ی یاد شده نخست توسط روانپزشک  
مصاحبه‌ی بالینی شده و سپس با در نظر گرفتن ملاکهای  
تشخیصی DSM-IV برای اختلالات خلقی توسط  
روانپزشک و روانشناس بالینی، انتخاب و ترتیب ورود  
آنها به شرایط درمانی به صورت تصادفی و به شیوه  
قرعه‌کشی داده شد.

Andeshseh  
Va  
Rattar  
اندیشه و رفتار  
۷۸

افزون بر آن اطلس (۲۱) و دیس سیپو (۲۲) (۱۹۹۲) در  
بررسی نوجوانان ۱۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال سلوک (۲۳)  
و اختلال استرس پس از ضربه (۲۴) BDI را در مشخص  
نمودن افسردگی نوجوانان دارای کارایی بیشتری گزارش  
نمودند تا مقیاس افسردگی رینولدز (۲۵).

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری روی  
نگرشهای ناسالم مقیاس نگرشهای ناسالم (۴) و به منظور  
بررسی تأثیر آن روی نشانه‌های افسردگی آزمون افسردگی  
بک (۵) به کار برده شد.

بطور کلی همانگونه که این آزمون در سنجش افسردگی  
بزرگسالان کاربرد دارد، در زمینه سنجش افسردگی  
نوجوانان نیز به کار می‌رود (هارینگتون، ۱۹۹۳). این  
مقیاس توسط بک و ویسمن (۲۶) در سال ۱۹۷۸ و بر  
اساس نظریه‌ی شناختی بک در مورد افسردگی و اضطراب  
ساخته شده است. در بررسی حاضر از نسخه ۱۹۷۸ این

آزمون افسردگی بک رایج‌ترین ابزار خودگزارشی  
افسردگی و دارای ۲۱ گروه عبارت است که شامل  
مجموعه‌ای از عبارتهای مربوط به نشانه‌های ویژه‌ی  
افسردگی است. این آزمون برای اندازه‌گیری شدت  
نشانه‌های افسردگی تهیه شده و در زمینه ارزیابی روند  
درمان و میزان تأثیر شیوه‌های درمانی کاربرد داشته است.  
(یزدان‌دوست، ۱۹۸۸). همچنین بک و درابیس (۶)  
(۱۹۸۸)، به نقل از: ذوالفقاری، (۱۳۷۷) بر این باورند که  
این آزمون به عنوان مقیاسی برای ارزیابی میزان افسردگی  
در هر جلسه قابل اجراست.

بک در سال ۱۹۷۲ پایایی این آزمون را با روش  
اسپیرمن - براون (۷) در حدود ۰/۹۳ گزارش نموده است.

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1-multiple baseline design across subject      | 3-Barlow                            |
| 2-Hersen                                       | 4-Dysfunctional Attitude Scale(DAS) |
| 5-Beck Depression Inventory(BDI)               | 7-Spearman-Brown                    |
| 6-Drubeis                                      | 9-Honge                             |
| 8-Teri   | 11-Barrera                          |
| 10-Weinhold                                    | 13-Larsson                          |
| 12-Garrison-Jones                              | 15-Whitaker                         |
| 14-Melin                                       | 17-Kashani                          |
| 16-Harrington                                  | 19-Parker                           |
| 18-Sherman                                     | 21-Atlas                            |
| 20-Reid  | 23-conduct disorder                 |
| 22-Discipio                                    |                                     |
| 24-post-traumatic stress disorder              |                                     |
| 25-Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) |                                     |
| 26-Weissman                                    |                                     |

آزمودنی	سن	جنس	تحصیلات	سطح اقتصادی/اجتماعی	تشخیص بالینی
اول	۱۵ سال و ۳ ماه	دختر	کلاس اول علوم انسانی	بالا	افسرده خوبی
دوم	۱۷ سال و ۳ ماه	دختر	کلاس سوم علوم تجربی	متوسط بالا	افسرده خوبی
سوم	۱۶ سال و ۸ ماه	دختر	کلاس اول علوم انسانی	بالا	افسردگی اساسی بدون نشانه پسیکوز

آزمون که توسط یزدان دوست (۱۹۸۸) ترجمه و انطباق گردیده، استفاده شده است. بررسیهای بسیاری نشان داده اند که DAS می تواند به عنوان یک ابزار معتبر در اندازه گیری شناختهای افراد افسرده به کار رود (برای نمونه نلسون<sup>(۱)</sup>، استرن<sup>(۲)</sup> و سی چتی<sup>(۳)</sup>، ۱۹۹۳). مقیاس نگرشهای ناسالم یک آزمون خودسنجی و دارای دو فرم موازی است که هر کدام دارای ۴۰ عبارت بوده و پاسخ دهنده باید درجه موافقت و مخالفت خود را با موارد این مقیاس بر پایه پاسخهای ۷ گزینه ای که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق درجه بندی شده است، مشخص نماید (اسکات<sup>(۴)</sup>، ۱۹۸۹). میانگین نمرات به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است. نمرات بالاتر آسیب پذیری در برابر افسردگی را نشان می دهد (مارک و ویلیامز، ۱۹۹۲، به نقل از شادلویی، ۱۳۷۲).

در بررسیهای انجام شده پایایی درونی DAS بالا و ثبات آن را نیز رضایت بخش (هرسن<sup>(۵)</sup> و بلاک<sup>(۶)</sup>، ۱۹۸۸) گزارش نموده اند ( $t=0/73$  در طول ۶ هفته). در پژوهش حاضر، نسخه ترجمه و تجدید نظر شده DAS (یزدان دوست و همکاران، ۱۳۸۰) به کار برده شده است. مرحله ی پیش آزمون با اجرای آزمون BDI و مقیاس DAS صورت پذیرفت. در مرحله ی به دست آوردن خط پایه نیز از BDI استفاده شده است که هر خط پایه در یک جلسه جداگانه و با فاصله ی یک هفته به دست آمده است. در این پژوهش آزمودنی اول با ۳ خط پایه، آزمودنی دوم با ۴ خط پایه و آزمودنی سوم با ۵ خط پایه وارد مرحله ی مداخله شده اند. در مرحله ی مداخله، ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری به فاصله ی ۲ بار در هفته، به

صورت انفرادی و به مدت زمان هر جلسه بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت برای هر آزمودنی برگزار گردید که در آن از فنون: خود نظارتی، آموزش خودارزیابی، آموزش تقویت خود، پایش فعالیتها<sup>(۷)</sup> و بازسازی شناختی<sup>(۸)</sup> استفاده گردیده است. مرحله ی پس آزمون نیز یک هفته پس از پایان آخرین جلسه ی درمانی و با اجرای مجدد آزمونهای BDI و DAS صورت پذیرفت. همچنین به فاصله ی حدود ۱ ماه پس از انجام آخرین جلسه ی درمانی، به کمک آزمونهای یاد شده، آزمودنیها دوباره مورد بررسی قرار گرفتند (مرحله ی پیگیری). افزون بر آن در این مرحله و پس از اجرای این اقدام، هر آزمودنی به طور جداگانه توسط روانپزشک، برای ارزیابی بهبودی افسردگی مورد مصاحبه ی بالینی قرار گرفت.

برای بررسی نتایج درمانی هر یک از موارد نگرشهای ناسالم آزمودنیهای پژوهش و نیز میزان افسردگی آنها نمودارهایی ترسیم شده تا یافته های پژوهش براساس تجزیه و تحلیل روند نمودارها تفسیر گردد.

### یافته ها

در پاسخ به فرضیه نخست پژوهش مبنی بر «تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر نگرشهای ناسالم نوجوانان» یافته ها نشان داد در حالیکه نمرات هر سه آزمودنی، در

- |                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| 1-Nelson              | 2-Stern                   |
| 3-Cicchetti           | 4-Scott                   |
| 5-Hersen              | 6-Bellack                 |
| 7-activity-monitoring | 8-cognitive restructuring |

مرحله‌ی پیش از درمان، آنان را در برابر افسردگی آسیب‌پذیر نشان می‌دهند، در مرحله‌ی پس از درمان، کاهش چشمگیری در این زمینه پیدا می‌کنند. بطور کلی در این مرحله، نمره‌ی هر سه آزمودنی در دامنه‌ی بهنجار قرار می‌گیرد و با وجودی که در مرحله‌ی پیگیری، مختصری افزایش در نمرات DAS دیده می‌شود (نمودار ۱)، نمرات همچنان در دامنه بهنجار باقی مانده و نتایج به دست آمده از درمان روی نگرشهای ناسالم، تا مرحله‌ی پیگیری حفظ شده است. بنابراین درمان شناختی - رفتاری در کاهش نگرشهای ناسالم آزمودنیهای پژوهش مؤثر بوده است. همان گونه که گفته شد یافته‌های پژوهش نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری در کاهش نگرشهای ناسالم آزمودنیها مؤثر بوده است. این بحث یافته همسو با نتایج صفری (۱۳۷۲) می‌باشد. همچنین با یافته‌های پژوهشی وایزمن<sup>(۱)</sup>، میلر<sup>(۲)</sup>، نورمن<sup>(۳)</sup> و کیتنر<sup>(۴)</sup> (۱۹۹۱)، همخوانی دارد.

با توجه به پژوهشهای بسیاری که هسته اصلی تمرکز در درمان شناختی - رفتاری را ایجاد تغییرات شناختی دانسته‌اند (برای نمونه، کاستون گی<sup>(۵)</sup>، هیز<sup>(۶)</sup>، گلدفراید<sup>(۷)</sup> و درابیس<sup>(۸)</sup>، ۱۹۹۵)، چنین یافته‌ای منطقی به نظر می‌رسد، اما این موضوع که آیا تغییرات شناختی، به ویژه تغییر نگرشهای ناسالم، اثر اختصاصی درمان شناختی - رفتاری است یا می‌تواند در اثر سایر روشهای درمانی مرسوم نیز پدیدار گردد، جای بحث دارد. بررسیهایی که تأثیر شناخت درمانی را با سایر انواع روشهای درمانی مقایسه می‌کنند، بر آن بوده‌اند تا به این پرسش پاسخ دهند. برای نمونه در یک پژوهش (رحمانی، ۱۳۷۷) نشان داده شد که نگرشهای ناسالم، وابسته به خلاقند و بنابر این با بهبود وضعیت خلقی (حتی پس از دارو درمانی) تغییر می‌کنند. به نظر می‌رسد، همان گونه که پژوهشهای بسیاری نیز نشان داده‌اند (برای نمونه، بلک برن<sup>(۹)</sup>، و بی‌شاپ<sup>(۱۰)</sup>، ۱۹۸۳) درمان شناختی - رفتاری، به تنهایی یا همراه با دارو درمانی، در ایجاد تغییرات شناختی دست کم تاثیر

بیشتری از دارو درمانی به تنهایی دارد. در عین حال بدیهی است که «خلق، شناخت و جسم» هماهنگ با یکدیگر هستند، بنابراین با بهبود خلق شناخت بهتر می‌شود. از سوی دیگر دستیابی به شناخت بهتر، خلق بهتر را به دنبال دارد. در زمینه درمان شناختی - رفتاری که در پی اصلاح «شناخت» و بهبودی «خلق» است، از راه بهبود بخشیدن شناخت، پایداری درمان بیشتر می‌گردد؛ چرا که کمتر از استرس تأثیر می‌پذیرد (یزدان دوست، ۱۹۸۸) و همین امر از مزایای ویژه‌ی درمان شناختی - رفتاری در برابر سایر شیوه‌های روان درمانی است.

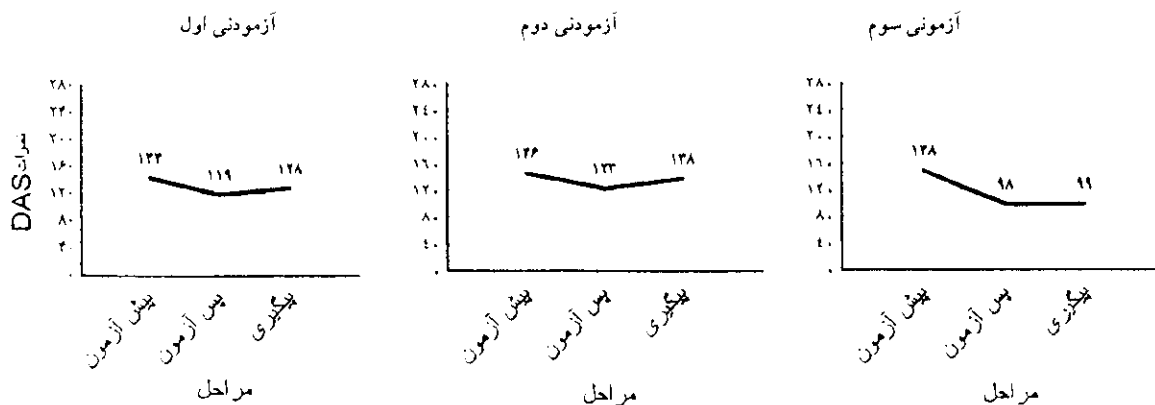
نکته در خور توجه دیگر این است که در آزمودنی سوم، (با تشخیص اختلال افسردگی اساسی<sup>(۱۱)</sup>)، در مقایسه با آزمودنی های اول و دوم (با تشخیص اختلال افسرده‌خویی<sup>(۱۲)</sup>)، کاهش بیشتری روی نگرشهای ناسالم، در مرحله پس از مداخله و پایداری این کاهش در مرحله پیگیری وجود دارد که می‌تواند به علت مزمن بودن<sup>(۱۳)</sup> اختلال افسرده‌خویی در مقایسه با حاد بودن<sup>(۱۴)</sup> اختلال افسردگی اساسی، رخ داده باشد. به طوریکه نگرشهای ناسالم، در اختلالهای مزمن همچون اختلال افسرده‌خویی، در دوره طولانی‌تری فعال هستند تا در اختلالهای حادی مانند اختلال افسردگی اساسی.

دومین فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از BDI و بررسی نمودارهای مربوط (نمودار ۲) به این فرضیه تبیین می‌گردد:

در این بررسی شدت افسردگی در مرحله پیش از مداخله، در مورد آزمودنی‌های اول و دوم در محدوده‌ی

1-Whisman	2-Miller
3-Norman	4-Keitner
5-Castonguay	6-Hayes
7-Goldfried	8-Derabeis
9-Blackburn	10-Bishop
11-major depressive disorder	
12-dysthymic disorder	13-chronicity
14-acuteness	

نمودار ۱- چگونگی نوسان نمرات هر یک از آزمودنیهای پژوهش در آزمون DAS در مراحل سه گانه پژوهش



افسردگی اساسی) کاهش نمرات BDI و DAS، ضمن آنکه همخوانی زیادی دارند، چشمگیرتر از کاهش نمرات آزمودنیهای اول و دوم (با اختلال افسرده‌خویی) می‌باشد. این امر می‌تواند به علت مزمن بودن اختلال افسرده‌خویی در آزمودنیهای اول و دوم باشد. از آنجا که در اختلال افسرده‌خویی، نگرشهای ناسالم پایدارترند، اصلاح آنها به دوره‌ی درمان طولانی‌تری نیاز دارد (یزدان دوست، ۱۹۸۸)، در حالی که در پژوهش حاضر چنین اقدامی میسر نبود.

با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد، درمان شناختی - رفتاری، در کاهش نگرشهای ناسالم نوجوانان مؤثر بوده و موجب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌گردد.

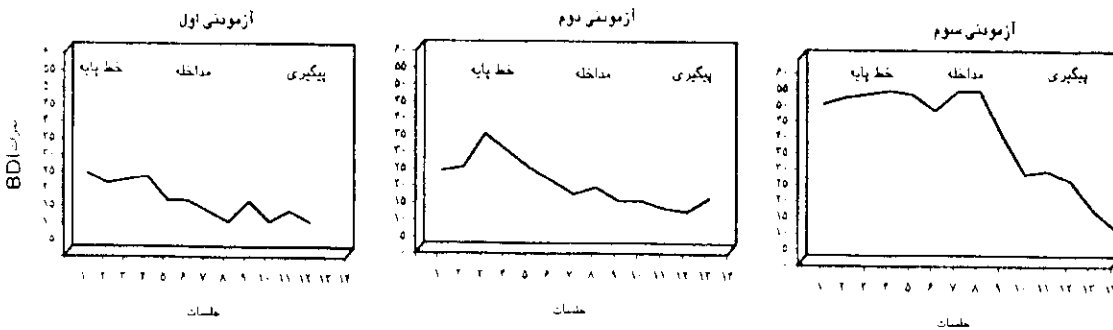
از نکات ویژه‌ی این پژوهش، نسبت به پژوهشهای مشابه پیشین، ملاک انتخاب آزمودنیها بود. بر خلاف پژوهشهای گذشته، آزمودنیهای مورد بررسی در پژوهش حاضر، از میان نوجوانان ارجاعی<sup>(۱)</sup>، بر پایه تشخیص روانپزشک و روانشناس بالینی و با در نظر گرفتن ملاکهای تشخیصی برای اختلالهای افسردگی انتخاب شدند؛ حال آنکه در بیشتر پژوهشهای پیشین، آزمودنیها ارجاعی نبوده و ملاک انتخاب تنها داشتن نمره‌ی بالا در مقیاسهای افسردگی بوده است، بطوریکه آزمودنیها براساس شدت نشانه‌های افسردگی انتخاب می‌شدند تا نوع اختلال

«افسردگی متوسط تا شدید» و در سومین آزمودنی در محدوده‌ی «افسردگی شدید» قرار داشت که با انجام مداخله‌ی شناختی - رفتاری، کاهشی در میزان افسردگی هر سه آزمودنی ایجاد گردید. بطوری که در این مرحله میزان افسردگی در آزمودنی اول در دامنه‌ی «افسردگی خفیف» قرار می‌گیرد، در آزمودنی دوم، در این مرحله نتایج به دست آمده از BDI نشان دهنده عدم وجود افسردگی است و در آزمودنی سوم نیز، این میزان به دامنه‌ی «افسردگی خفیف تا متوسط» در مرحله‌ی پس از مداخله کاهش یافته است (نمودار ۲). کاهش در نمرات کل BDI هر سه آزمودنی در مرحله‌ی پس از درمان، هماهنگ با مشاهده‌ی وضعیت بیمار در طول جلسات، گزارش کلامی خود بیمار و خانواده از تغییرات در روحیه و خلق بیمار و نیز ارزیابی روانپزشکی از میزان افسردگی آزمودنیها می‌باشد؛ از این رو می‌توان گفت که درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان نیز مؤثر بوده است.

**بحث**

این بررسی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان مؤثر است. یافته یاد شده با پژوهش استارک، روس و لوینگستون (۱۹۹۱)، همخوانی دارد. گفتنی است که در آزمودنی سوم (با اختلال

## نمودار ۲- چگونگی نوسان نمرات هر یک از آزمودنیهای پژوهش در آزمون BDI در مراحل سه گانه پژوهش



افسردگی. بنابر این یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای روان‌درمانگران، مشاورین، روانپزشکان و اشخاصی که به کار بالینی می‌پردازند، سودمند باشد. گفتنی است که کم بودن جلسات درمانی و نیز تنوع روشهای درمانی به کار برده شده ممکن است موفقیت کامل در رسیدن به اهداف درمانی را با اشکال روبرو کند.

Andeesbeh  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۸۲

### سپاسگزاری

نگارندگان از جناب آقای دکتر محمد نقی براهنی و سرکار خانم لادن فتی، خانم فرشته موتابی و آقای دکتر علی اصغر اصغر نژادفرید بخاطر همکاریهای ارزشمند و سودمندشان در اجرای این پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

### منابع

ذوالفقاری مطلق، مصطفی (۱۳۷۷). بررسی اثر بخشی زوج درمانی منطقی - هیجانی بر افسردگی و روابط بین فردی نامتعادل ناشی از تعارض زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.  
 رحمانی، فاتح (۱۳۷۷). بازخوردهای ناکارآمد در بیماران افسرده‌ی درمان شده و بیماران درمان نشده. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.  
 شادلویی، فلورا (۱۳۷۲). درمان افسردگی با شیوه شناخت

سال هفتم / شماره اول / تابستان و پاییز ۱۳۸۰  
Vol 7 / NO. 1 & 2 / Summer & Fall 2001

درمانی توأم با دارو در مقایسه با آرام‌سازی به همراه دارو درمانی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

صفری، جهانگیر (۱۳۷۲). بررسی تکنیک‌های شناخت درمانی بر روی افسردگی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

یزداندوست، رخساره؛ رضوان طلب، هادی؛ پیروی، امیر حسین (۱۳۸۰). بررسی نگرشهای ناسالم، افسردگی و شدت بیماری

کرونر قلب در بیماران بستری در C.C.U. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۴، ۳۸-۴۴.

Atlas, J. A., & Discipio, W. J. (1992). Correlation of Beck Depression Inventory and Reynolds Adolescent Depression Scale. *Psychological Reports*, 70, 621- 622.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Blackburn, I.M., Bishop, S. Whalley, L. J. & Christie J. E. (1981) The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combina-

tion. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.

Blackburn, I. M., & Bishop, S. (1983). Change in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 143, 609-617.

Butler, L., Mieziis, S., Friedman, R., & Cole, E. (1980). The effect of two school-based intervention program on depressive symptoms in preadolescents. *American Educational Research Journal*, 17, 111-119.

Castonguay, L. G., Hayes, A.M., Goldfried, M.R., & Derabeis, R.J. (1995). The focus of therapist interventions in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 485-503.

Harrington, R. (1993). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Hersen, M., & Bellack, A. (1988). *Behavioral assessment techniques*. New York: Programme Book Inc.

Hersen, M., & Barlow, D. H. (1977). *Single-case experimental designs: strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.

Hoghes, J. N. (1988). *Cognitive behavior therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Kashani, J. H., Sherman, D. P., Parker, D. R., & Reid, J. C. (1990). Utility of the Beck Depression Inventory with clinic-referred adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 29, 278-282.

Kaslow, N. J., Stark, K.D., Printz, B., Livingston, R. & Tsai, S. L. (1992). Cognitive Triad Inventory for Children: Development and relationship to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 339-347.

Kazdin, A. E., Rodgers, A., & Colbus, D. (1986). The Hopelessness Scale for Children: Assessment issues and recommendations. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 109-146.

Lewinson, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Anderews, J. (1990). Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.

Nelson, L. E., Stern, S. L., & Cicchetti, D. R. (1993). The dysfunctional attitude scale: How well can it measure depressive thinking? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 217-223.

Reynolds, W. M., & Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive behavioural therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescent. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 653- 660.

Rudolph, D. R., Hammen, C., & Burge, D. (1997). A cognitive - interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 33-45.

Scott, M. (1989). *A cognitive-behavioral approach to client's problems*. New York: Rotledge.

Stark, K. D., Reynolds, W. M., & Kaslow, N. (1987). A comparison of the relative efficacy of self Control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.

Stark, K. D., Rouse, L. & Livingston, R. (1991). Treatment



of depression during childhood and adolescent:  
Cognitive behavioral procedures for the individual and  
family. In: P. C. Kendall (Ed). Child and adolescent  
therapy: *cognitive behavioral procedures*. New  
York: Guil- ford Press.

Stark, K. D., Schmidt, K. L., & Joiner, J. R. (1994).  
Cognitive triad: Relationship to depressive symptoms,  
parents' cognitive triad, and perceptive parental messa-  
ges. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24,  
615-631.

Whisman, M.A., Miller, I.W., Norman, W. H., &  
Keinter, G. I. (1991). Cognitive therapy with depre-  
ssed inpatients: Specific effects on dysfunctional  
cognitions. *Journal of Consulting and Clinical  
Psychology*, 59, 282-288.

Williams, J. M. G. (1984). *The psychological  
treatment of depression: A guide to the theory  
and practice of cognitive behaviour therapy*.  
London: Croon Helm.

Yazdandoost, R. (1988). *The effect of rational-emotive  
therapy on dysfunctional thoughts and irration-  
al beliefs: in depression*. Unpublished doctoral  
thesis in clinical psychology, Pune: University of  
Poona.

Zupan, B. A., Hammen, C., & Jeanike, C. (1987).  
The effect of current mood and prior depressive  
history on self-schematic processing in children.  
*Journal of Experimental Child Psychology*, 43,  
149-158.