

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره بیست‌ونهم - پاییز ۱۳۸۵

صص ۸۰ - ۶۹

## مقایسه سه شیوه دارودرمانی، شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی در کاهش افسردگی نوجوانان

اصغر آقایی<sup>۱</sup> - مرضیه رفیعیان اصفهانی<sup>۲</sup>

حمیدرضا نیک‌یار<sup>۳</sup> - ایران مهدیزادگان<sup>۴</sup>

### چکیده

این پژوهش یک مطالعه شبه‌تجربی است که به منظور مقایسه اثربخشی سه روش درمان دارویی، شناختی و رفتاری در کاهش افسردگی نوجوانان انجام گرفته است. جامعه پژوهش در این تحقیق نوجوانان ۱۳ تا ۲۴ ساله افسرده‌ای بودند که به دو مرکز مشاوره در شهر اصفهان مراجعه کردند. نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر از جامعه پژوهش انتخاب (نمونه در دسترس) و به‌طور تصادفی در چهار گروه دارودرمانی، شناخت‌درمانی، رفتاردرمانی و گواه قرار گرفتند. به علت ریزش، حجم نمونه ۵۰ نفر شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش ارزیابی

---

۱- استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

۳- روانپزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

روانپزشکی، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه جمعیت‌شناختی بود. پرسشنامه افسردگی بک در همه آزمودنی‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون پس‌آزمون اجرا گردید. گروه دارودرمانی، داروهای ضدافسردگی SSRI<sup>1</sup> (فلوکزتین، فلووکسامین و سرتالین) یا ترکیب‌های دارویی مانند افزایش لیتیم با دوز مؤثر دریافت کردند و دو گروه شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی در ۷ جلسه ساختار یافته ۱/۵ ساعته در هر هفته شرکت کردند، ولی گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای تحلیل توصیفی داده‌ها از رتبه‌های درصدی، میانگین، انحراف معیار و جدولهای توزیع فراوانی و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کواریانس و آزمون LSD برای مقایسه‌های زوجی گروهها استفاده گردید. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی چهار گروه دارودرمانی، شناخت‌درمانی، رفتاردرمانی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی هر یک از گروهها با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت. میزان تأثیر دارودرمانی ۱۷ درصد، شناخت‌درمانی ۵۲ درصد و رفتاردرمانی ۱۳ درصد بود و در نهایت یافته‌های پژوهش بیانگر تأثیر دارودرمانی، شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی در کاهش افسردگی نوجوانان بوده است.

کلید واژه‌ها: دارودرمانی، شناخت‌درمانی، رفتاردرمانی، افسردگی نوجوانان.

## مقدمه

افسردگی مانند هر حالت روان‌شناختی دیگر در مراحل مختلف زندگی دیده می‌شود و نشانه‌های مرضی در گروههای مختلف سنی متفاوت است. در نوجوانان علایم برجسته افسردگی ممکن است به‌صورت اخم و ترشروی یا منفی‌گرایی، گوشه‌گیری، شکایت از درک نشدن، مورد تحسین قرار نگرفتن و احتمالاً رفتارهای ضداجتماعی و سوء‌مصرف داروها مشخص شود (آزاد، ۱۳۷۹).

عملکرد تحصیلی ضعیف، مصرف مواد مخدر، رفتارهای ضداجتماعی، بی‌مبالاتی جنسی، مدرسه‌گریزی، فرار از خانه و خودکشی ممکن است از علایم افسردگی در نوجوانان باشد. روان‌درمانی‌های مؤثر در کاهش افسردگی، شناخت‌درمانی، رفتاردرمانی،

روان‌درمانی بین‌فردی و روان‌درمانی تحلیلی است. شناخت درمانی بر دگرگونی‌های شناختی که فرض می‌شود در اختلال افسردگی وجود دارد متمرکز است. رفتاردرمانی بر الگوهای رفتار غیرانطباقی که موجب می‌شود، شخص از جامعه پسخوراند مثبت اندکی دریافت کند، متکی است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که میزان افسردگی کودکان و نوجوانان در جامعه بین ۰/۴ تا ۸/۳ درصد است (فلمنگ و افورد، ۱۹۹۰).

ساردوئی (۱۳۷۳) با هنجاریابی پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک در دبیرستانهای شهر تهران و بررسی متغیرهای افسردگی، سن و جنسیت نتیجه‌گیری کرد که تعداد دانش‌آموزان افسرده بیشتر از دانش‌آموزان عادی است و افسردگی دختران به‌طور معناداری بیشتر از پسران می‌باشد، ولی بین میزان افسردگی و سن و کلاسهای مختلف تفاوت معناداری وجود ندارد.

هلسن و دیگران (۲۰۰۰) در پژوهشی نشان دادند که خلق افسرده در دختران نوجوان بیشتر از پسران نوجوان است. مابری (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای نشان داد که افسردگی در دختران نوجوان تقریباً دو برابر پسران نوجوان است.

گلرضایی (۱۳۷۵) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین پیشینه اجتماعی اقتصادی، حمایت اجتماعی و عزت‌نفس با افسردگی پرداخت و نتیجه‌گیری کرد که بین دو متغیر حمایت اجتماعی و عزت‌نفس با افسردگی رابطه معناداری وجود دارد، ولی ارتباط پیشینه اجتماعی اقتصادی را با افسردگی تأیید نکرد.

کاپلان و سادوک (۱۹۹۸) گزارش دادند که متوسط شروع افسردگی اساسی حدود ۴۰ سالگی است و رابطه‌ای بین طبقه اجتماعی اقتصادی و افسردگی یک قطبی وجود ندارد. رید (۱۹۹۴) در پژوهشی که ۱۸ نوجوان را تحت آموزش مهارت اجتماعی قرار داده بود دریافت که میزان افسردگی پسران به‌طور معناداری کاهش یافته بود، ولی در دختران این کاهش معنادار نبود.

بلک سس‌چینی (۱۹۹۶) در یک مقایسه فراتحلیلی از ۱۳ مداخله آموزش مهارت‌های اجتماعی به‌صورت گروهی روی نوجوانان نشان داد که تأثیرات مداخله آموزش مهارت اجتماعی برای کاهش افسردگی در این گروه سنی متوسط است.

موسون (۲۰۰۴) در مطالعه پژوهشی در زمینه تأثیر آموزش رفتارهای معین اجتماعی (دوستی و...) بر کاهش افسردگی نتیجه‌گیری کرد که اگر چه میزان افسردگی در آزمودنی‌ها کاهش یافته بود، ولی این ارتباط معنادار نبود.

هازل و همکارانش (۱۹۹۵) در مقایسه فراتحلیلی از دوازده مداخله دارویی (TCAs) روی کودکان و نوجوانان بین ۶ تا ۱۸ سال‌نشان دادند که تأثیرات دارودرمانی بر کاهش افسردگی در این گروه سنی اندک است.

مطالعه برماهر و همکارانش (۱۹۹۶) حکایت از تأثیر دارودرمانی بر کاهش افسردگی نوجوانان دارد. کاپلان و سادوک (۱۹۹۸) بیان کردند که مطالعات باز پاسخ ۷۰ تا ۹۰ درصد تأثیر فلئوکزتین را بین کودکان و نوجوانان نشان داده است. در حال حاضر، یک مطالعه کنترل شده دارودرمانی روی نوجوانان حاکی از تأثیر معنادار از نظر آماری با فلئوکزتین در مقایسه با دارونماست.

رادری‌گیوز و همکارانش (۲۰۰۱) در بررسی تأثیر پاروکسیتین (Paroxetine) بر درمان افسردگی نوجوان دریافتند که نتایج، حکایت از بهبود ۷۶ درصد از بیماران افسرده با نشانه‌های باقی‌مانده را دارد.

آخوند مکه‌ای (۱۳۷۶) در پژوهشی به بررسی تأثیر شناخت‌درمانی گروهی بر افسردگی نوجوانان دختر پرداخت و نتیجه‌گیری کرد که شناخت‌درمانی گروهی به روش بک به‌طور معناداری در کاهش افسردگی مؤثر است.

لویسنسون و همکارانش (۱۹۹۹) در یک بررسی فراتحلیل از شش مداخله شناختی - رفتاری کنترل شده بر افسردگی نوجوانان خبر از تأثیر وسیع این روش روان‌درمانی و بهبود ۶۳ درصد از بیماران را دادند.

فرریز و دیگران (۲۰۰۲) در پژوهشی در مورد جلوگیری از نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان مدارس متوسطه دریافتند که درمان شناختی رفتاری به‌طور گروهی در جلوگیری از نشانه‌های اولین افسردگی مؤثرند.

میچل و کرولی (۲۰۰۲) در مطالعه فراتحلیلی از ۲۴ پژوهش درباره تأثیرات روانی اجتماعی و ۱۴ مورد درباره تأثیرات دارویی نتیجه‌گیری کردند که مداخلات روانی اجتماعی مختلف، منافع درمانی متوسط تا وسیعی را که از نظر بالینی معنادار است، برای نوجوانان به همراه دارد. در مجموع، اکثریت مداخلات دارویی در درمان افسردگی کودکان و نوجوانان تأثیر نداشته است. با وجود این شواهدی دال بر تأثیر داروهای SSRI وجود دارد.

لوگسدن (۲۰۰۴) طی بررسی افسردگی نوجوانان دختر و مراقبت‌های مقدماتی نتیجه‌گیری کرد که دارودرمانی، روان‌درمانی بین‌فردی و شناخت‌درمانی هر سه در کاهش افسردگی نوجوانان دختر مؤثرند.

مطالعات به عمل آمده حکایت از شیوع بیشتر افسردگی در دختران و تأثیر شناخت درمانی، رفتاردرمانی (آموزش مهارت‌های اجتماعی) و دارودرمانی در کاهش افسردگی نوجوانان دارد. پژوهش‌های فراتحلیلی تأثیرات وسیع تا متوسط روان‌درمانی‌ها و تأثیرات هیچ تا اندک دارودرمانی را در این گروه سنی گزارش داده‌اند، اما شواهدی نیز از مؤثر بودن داروهای SSRI<sub>s</sub> در نوجوانان افسرده وجود دارد. هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی سه روش درمان‌شناختی، رفتاری و دارویی در کاهش افسردگی نوجوانان است. با توجه به پیشینه پژوهش و پژوهش‌های مرتبط با موضوع فرضیه‌های زیر مطرح شد؛

### فرضیه اصلی

بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌ها در چهار گروه دارودرمانی، شناخت‌درمانی، رفتاردرمانی و گواه تفاوت وجود دارد.

### فرضیه‌های فرعی

- ۱- بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها با نمرات افسردگی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های گروه دارودرمانی و گواه تفاوت وجود دارد.
- ۳- بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های گروه شناخت‌درمانی و گواه تفاوت وجود دارد.
- ۴- بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی و گواه تفاوت وجود دارد.

### روش پژوهش

این پژوهش به شیوه شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شده است. جامعه آماری نوجوانان ۱۳ تا ۲۴ ساله افسرده‌ای (براساس تشخیص روانپزشک و روان‌شناس و نتایج آزمون افسردگی بک) بود که به مرکز درمان و خدمات روان‌شناسی وابسته به آموزش و پرورش و یکی از مراکز مشاوره خصوصی در شهر اصفهان (به مدت شش ماه) مراجعه می‌کردند. افراد افسرده کسانی بودند که در پرسشنامه افسردگی

بک نمرة ۱۵ و بیشتر را کسب کردند و از نظر روانپزشک و روان‌شناس براساس معیارهای DSM-IV-TR افسرده تلقی شدند. از اصطلاح افسردگی به‌عنوان اختلال افسردگی عمده و اختلال افسرده‌خویی استفاده گردید. نمونه مورد بررسی این پژوهش را ۶۰ نوجوان افسرده‌ای تشکیل می‌دادند که برای درمان مراجعه می‌کردند و سپس به‌طور تصادفی در چهار گروه شناخت درمانی، رفتاردرمانی، دارودرمانی و گواه قرار گرفتند. به علت ریزش، حجم نمونه به ۵۰ نفر رسید.

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش ارزیابی روانپزشکی براساس DSM-HV-TR از نظر روانپزشک و روان‌شناس، پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه افسردگی بک بود که براساس شواهد از روایی و پایایی مطلوبی (۰/۷۳ تا ۰/۸۶) برخوردار است. پرسشنامه افسردگی بک ۲۱ ماده دارد و هر ماده دارای چهار جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌کنند. پرسشنامه جمعیت‌شناختی به‌منظور جمع‌آوری اطلاعاتی نظیر سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی تنظیم شده بود.

برای گروه دریافت‌کننده دارو، تشخیص و نظر روانپزشک داروهای ضدافسردگی SSRI (فلوکزتین، فلووکسامین و سرتالین) یا ترکیب‌های دارویی مانند افزایش لیتیم با دوز مؤثر تجویز شد. میزان دوز استاندارد برحسب میلی‌گرم و پریکیلوگرم تعیین شد تا از عوارض دارویی و گاهی از کمبود دوز دارویی جلوگیری شود.

اعضای گروه شناخت‌درمانی در ۷ جلسه ساختار یافته شرکت کردند. تعداد جلسات به‌گونه‌ای بود که هر هفته یک جلسه به مدت ۱/۵ ساعت برگزار شد. بعد از گذشت یک هفته از آخرین جلسه درمانی آزمون افسردگی بک بر روی افراد گروه آزمایش اجرا شد.

برای اعضای گروه رفتاردرمانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی در نظر گرفته شد که آنها در ۷ جلسه ساختار یافته شرکت کردند. تعداد جلسات به‌گونه‌ای بود که در هر هفته یک جلسه به مدت ۱/۵ ساعت برگزار شد. برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای انجام نگرفت، ولی به آنها گفته شد که مبتلا به بیماری افسردگی هستند و برای دریافت خدمات بالینی (دارو یا روان‌درمانی) حدود یک ماه دیگر مراجعه کنند و در صورت حاد شدن بیماری با مرکز مشاوره تماس بگیرند. پس‌آزمون، بعد از این مدت اجرا گردید. روان‌درمانی را پژوهشگر در گروه شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی به هر دو صورت گروهی و فردی با توجه به شرایط و امکانات محیطی و شخصی آزمودنی‌ها انجام داد. به‌منظور تحلیل توصیفی داده‌ها از رتبه درصدی، میانگین، انحراف معیار و جدولهای

توزیع فراوانی استفاده شد. در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس همراه با آزمون LSD (روش کمترین تفاوت معنادار) استفاده گردید: نرم افزار مورد استفاده SPSS بود.

### یافته‌های پژوهش

نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات پس آزمون افسردگی در جدول ۱ ارائه شده است. در این تحلیل متغیرهای پیش آزمون و جمعیت شناختی بررسی شده است یعنی تأثیر آنها از روی نمرات پس آزمون برداشته شد، سپس گروهها با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شده‌اند.

فرضیه اصلی - بین میانگین نمرات پس آزمون افسردگی آزمودنی‌ها در چهار گروه دارودرمانی، شناخت درمانی، رفتاردرمانی و گواه تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۱ مشاهده می شود این تفاوت معنادار است ( $P \leq 0/000$ )؛ بنابراین فرضیه اصلی تأیید می شود و میزان تأثیر آن ۵۷ درصد و توان آماری آن برابر با ۱ می باشد. فرضیه فرعی ۱- بین ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنی‌ها با نمرات افسردگی رابطه وجود دارد. چنانکه در جدول ۱ مشاهده می شود این تفاوت معنادار نیست؛ بنابراین فرضیه فرعی ۱ تأیید نمی شود.

جدول ۱- خلاصه نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر عضویت گروهی بر نمرات پس آزمون افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معناداری	میزان تفاوت آماری	توان آماری
پیش آزمون	۸۶۵/۲۳۶	۱	۸۶۵/۲۳۶	۳۰/۴۷۳	۰	۰/۴۶۵	۱
سن	۸۵/۱۹۱	۱	۸۵/۱۹۱	۳	۰/۰۹۲	۰/۰۷۹	۰/۳۹۲
تحصیلات	۷/۷۹۸	۱	۷/۷۹۸	۰/۲۷۵	۰/۶۰۴	۰/۰۰۷	۰/۰۸۰
وضعیت اقتصادی	۰/۳۳۲	۱	۰/۳۳۲	۰/۰۱۲	۰/۹۱۴	۰	۰/۰۵۱
گروه	۱۳۴۳/۹۵۸	۳	۴۴۷/۹۸۶	۱۵/۷۷۸	۰	۰/۵۷۵	۱
جنس	۱۳/۲۰۷	۱	۱۳/۲۰۷	۰/۴۶۵	۰/۵۰	۰/۰۱۳	۰/۱۰۲
تعامل گروه جنس	۴۳/۶۵۵	۲	۲۱/۸۲۸	۰/۷۶۹	۰/۴۷۱	۰/۰۴۲	۰/۱۷۰

نتایج مقایسه‌های زوجی پیرو با آزمون LSD در جدول ۲ ارائه شده است. فرضیه فرعی ۲- بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های گروه دارودرمانی و گواه تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار است ( $P \leq 0/000$ ) و میزان تأثیر آن ۱۷ درصد است. فرضیه فرعی ۳- بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های گروه شناخت‌درمانی و گواه تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار است ( $P \leq 0/000$ ) و میزان تأثیر آن ۵۲ درصد است. فرضیه فرعی ۴- بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی و گواه تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار است ( $P \leq 0/000$ ) و میزان تأثیر آن ۱۳ درصد است.

جدول ۲- خلاصه نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های پس‌آزمون افسردگی گروه‌های نمونه

میزان تأثیر	معناداری	تفاوت میانگین	میانگین درمان‌سنجی	میانگین رفتاردرمانی	میانگین شناخت‌درمانی	میانگین دارودرمانی	مقایسه گروه‌ها
—	۰/۵۶۴	۱/۳۹	—	—	۱۳/۳۱	۱۴/۷۰	دارودرمانی شناخت‌درمانی
—	۰/۷۰۵	-۱/۱۴۱	—	—	۱۵/۸۴	۱۴/۷۰	دارودرمانی رفتاردرمانی
۰/۱۷۴	۰	-۱۵/۰۲۴	۲۹/۷۳۰	—	—	۱۴/۷۰	دارودرمانی گروه گواه
—	۰/۴۳۷	-۲/۵۳۷	—	۱۵/۸۴	۱۳/۳۱	—	شناخت‌درمانی رفتاردرمانی
۰/۵۲۹	۰	-۱۶/۴۲۰	۲۹/۷۳۰	—	۱۳/۳۱	—	شناخت‌درمانی گروه گواه
۰/۱۳	۰	-۱۳/۸۸۳	۲۹/۷۳۰	۱۵/۸۴	—	—	رفتاردرمانی گروه گواه

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل کواریانس جدول ۱ نشان داد که بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌ها در چهار گروه دارودرمانی، شناخت‌درمانی، رفتاردرمانی و گواه تفاوت معنادار وجود دارد. یعنی هر سه روش فوق در کاهش افسردگی نوجوانان تأثیر



دارد. این نتیجه به یافته‌های آخوند مکه‌ای (۱۳۷۵)، فرریز و دیگران (۲۰۰۲)، لوگسدون (۲۰۰۴)، مبنی بر تأثیر شناخت درمانی و با نتایج برماهر و دیگران (۱۹۹۶)، رادری گیوز و دیگران (۲۰۰۱) مبنی بر تأثیر دارودرمانی با یافته‌های رید (۱۹۹۴) و بلک‌سس‌چینی (۱۹۹۶) مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی (آموزش مهارت‌های اجتماعی) در کاهش افسردگی نوجوانان همخوانی دارد. همچنین نتایج تحلیل کواریانس جدول ۱ نشان داد که بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و نمرات افسردگی رابطه معنادار وجود ندارد.

این نتیجه از نظر متغیر جنس با یافته‌های، هلسن و دیگران (۲۰۰۰) و مابری (۲۰۰۲) مبنی بر شیوع بیشتر افسردگی، در دختران نوجوان همخوانی ندارد. بیشتر پژوهش‌ها، افسردگی را در دختران نوجوان بیشتر از پسران نوجوان گزارش کرده‌اند.

نبودن تفاوت معنادار بین میزان نمرات افسردگی دختران و پسران در این پژوهش ممکن است به این علت باشد که نمونه‌های مورد مطالعه از گروه بالینی‌ی انتخاب شده بودند که به دلیل ابتلای به افسردگی مراجعه کرده بودند و چون روش پژوهش به صورت آزمایشی بوده است، بنابراین این تعداد نمونه برای گزارش میزان شیوع کافی نمی‌باشد و از نظر متغیر سن با یافته ساردوئی (۱۳۷۳)، مبنی بر اینکه بین میزان افسردگی دانش‌آموزان با سن و کلاس‌های مختلف تفاوت معناداری وجود ندارد؛ همخوانی دارد. از نظر متغیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی نیز با یافته گلرضایی (۱۳۷۵) که ارتباط پیشینه اجتماعی - اقتصادی را با افسردگی تأیید نکرد و با گزارش کاپلان و سادوک (۱۹۹۸)، مبنی بر اینکه بین طبقه اجتماعی اقتصادی و افسردگی رابطه‌ای وجود ندارد، همخوانی دارد.

نتایج مقایسه‌های زوجی پیرو با آزمون LSD در جدول ۲ نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های گروه دارودرمانی و گواه تفاوت معنادار وجود دارد و میزان تأثیر دارودرمانی ۱۷ درصد است؛ یعنی ۱۷ درصد واریانس یا تفاوت‌های فردی در نمرات باقی‌مانده ناشی از دارودرمانی است.

نتایج مقایسه‌های زوجی پیرو با آزمون LSD در جدول ۲ نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های گروه شناخت‌درمانی و گواه تفاوت معنادار وجود دارد و میزان تأثیر شناخت‌درمانی ۵۲ درصد است، یعنی ۵۲ درصد واریانس یا تفاوت‌های فردی در نمرات باقی‌مانده ناشی از شناخت‌درمانی است.

نتایج مقایسه‌های زوجی پیرو با آزمون LSD در جدول ۲ نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی و گواه تفاوت معنادار وجود دارد و میزان تأثیر رفتاردرمانی ۱۳ درصد است، یعنی ۱۳ درصد واریانس یا تفاوت‌های فردی در نمرات باقی‌مانده ناشی از رفتاردرمانی است.

به‌طور کلی نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی هر یک از گروه‌ها با گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد و میزان تأثیر شناخت‌درمانی ۵۲ درصد، دارودرمانی ۱۷ درصد و رفتاردرمانی ۱۳ درصد می‌باشد، ولی مطالعات فراتحلیلی در مورد شناخت‌درمانی گویای تأثیر وسیع این درمان (لوینسون و همکارانش، ۱۹۹۹)، در مورد رفتاردرمانی (آموزش مهارت‌های اجتماعی) حاکی از تأثیرات متوسط (بلک - سس‌چینی، ۱۹۹۶) و در مورد دارودرمانی (هازل، ۱۹۹۵، میچل و کرولی، ۲۰۰۲) نشان‌دهنده تأثیرات هیچ یا اندک آن در کاهش افسردگی نوجوانان است.

یافته‌های فراتحلیلی در مورد دارودرمانی با نتیجه فرضیه فرعی ۲ مبنی بر مؤثر بودن دارودرمانی در کاهش افسردگی نوجوانان با میزان ۱۷ درصد همخوانی ندارد. افزایش تأثیرات دارویی در این پژوهش ممکن است به علت تجویز داروهای ضدافسردگی SSRI (فلئوکزتین، فلووکسامین و سرتالین) و یا ترکیب‌های دارویی مانند افزایش لینیوم با دوز مؤثر به وسیله روانپزشک باشد. نتایج حاصل از پژوهش‌های حاضر بیانگر تأثیر داروهای SSRI بر روی کاهش افسردگی نوجوانان است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸؛ رادری گیوز و همکارانش، ۲۰۰۱).

یافته‌های فراتحلیلی در مورد شناخت‌درمانی با نتیجه فرضیه فرعی ۳ مبنی بر مؤثر بودن شناخت‌درمانی در کاهش افسردگی نوجوانان با میزان ۵۲ درصد همخوانی دارد. یافته‌های فراتحلیلی در مورد رفتاردرمانی (آموزش مهارت‌های اجتماعی) با نتیجه فرضیه فرعی ۴ مبنی بر مؤثر بودن رفتاردرمانی در کاهش افسردگی نوجوانان با میزان ۱۳ درصد همخوانی ندارد. تأثیرات کمتر در این پژوهش می‌تواند به علت کمی تعداد جلسات روان‌درمانی برای آموزش مهارت‌های اجتماعی باشد. افزایش تعداد جلسات می‌تواند نتایج بهتری را به‌وجود آورد.

موسون (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای پژوهشی در زمینه تأثیر آموزش رفتارهای معین اجتماعی (دوستی و...) بر کاهش افسردگی در بین دانشجویان نتیجه‌گیری کرد که

اگرچه نشانه‌های افسردگی در آزمودنی‌ها کاهش یافته بود، ولی این ارتباط معنادار نبود. این یافته با فرضیه فرعی ۴ مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی (آموزش مهارت‌های اجتماعی) در کاهش افسردگی نوجوانان همخوانی ندارد. عدم ارتباط معنادار بین آموزش رفتارهای معین اجتماعی با کاهش افسردگی در مطالعه پژوهشی موسون ممکن است به علت آموزش فقط رفتارهای معین اجتماعی باشد، اما در این پژوهش آموزش در زمینه مهارت‌هایی انجام گرفت که آزمودنی‌ها آن را نداشتند.

## منابع

- آخوند مکه‌ای، ز. (۱۳۷۶)، «بررسی تأثیر شناخت‌درمانی گروهی به روش بک بر کاهش افسردگی نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شاهین‌شهر اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- آزاد، ح. (۱۳۷۹)، *آسیب‌شناسی روانی*، تهران، انتشارات بعثت.
- ساردوئی، غ.م. (۱۳۷۳)، «مقدمه‌ای بر هنجاریابی پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کاپلان، ه. و ب. سادوک، (۱۳۸۱)، *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی*، ج ۲ و ۳، ترجمه پورافکاری، تهران، انتشارات شهر آب.
- گلرضایی، م.ح. (۱۳۷۵)، «ارتباط بین پیشینه اجتماعی اقتصادی، حمایت اجتماعی و عزت‌نفس با افسردگی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.

- BIRMAHER, B., RYAN, N.D., WILLIAMSON, D.E., and KAUFMAN, J. (1996). Childhood and adolescent depression, *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 35,1575–1583.
- BLACK-CECCHINI, T. (1996). *A meta-analytic review of child and adolescent depression interventions*. Unpublished doctoral dissertation. U. S. University, Logan, UT.
- FLEMING, J.E. and OFFORD, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*. 29,571–580.

- FRERES, D.R., GILLHAM, J.E. (2002). Preventing depressive symptoms in middle school students. *Journal of Emergency mental Health*, 4, 31–40.
- HAZELL, P., O., CONNELL, D., HEATHCOTE, D., ROBETSON, J. and HENRY, D. (1995). Adolescent depression: a meta-analysis, *British Journal of Psychiatry*, 310, 897–901.
- HOLSEN, J., KRAFT, P. and RITTERSO, J. (2000). Stability in depressed mood in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 29, 56–78.
- LEWINSHON, P.M., CLARKE, G.N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression, *Journal of the chlinical Psychology Reviewig*, 19, 329–342.
- LOGSDON, M.C. (2004). Depression in adolescent girls, *Journal of the American Medical womans Association*, 59, 101–105.
- MABERY, D.L. (2002). *Gender differences in the relationship between depression*, DAI-B55, P 1325.
- MICHAEL, K.D., CROWLEY, S.I. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression Ameta-anaytic review. *Journal of clinical Psychology Review*. 22, 247–256.
- MOSON, R.A. (2004). *Efficacy of prosocial behavior as an adjunct to short. Term psychotherapy in treating chlinically depressed college students*, DAI-B, 64/10, P 5225
- REED, M.K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Journal of Adolesence*, 29, 293–302
- RODRIGUEZ, P., MARDOMINGO, M.J. and SAN, J. (2001). Paroxetine for treating depression in adolescents. *Journal of the European Neuropsychopharmacology*, 5, 311.

وصول: ۸۳/۱/۲۶

پذیرش: ۸۴/۲/۱۹