

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۰
تاریخ بررسی مقاله: ۹۱/۰۱/۲۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۰۶/۱۴

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۱
دوره‌ی چهارم، سال ۱۹-۳، شماره‌ی ۲
صص: ۱۷۷-۱۹۸

تأثیر درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی بر افسردگی نوجوانان

کوروش محمدی *

محمود نجفی **

غلامرضا دهشیری ***

علی نیکبخت ****

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی بر افسردگی نوجوانان انجام شد. روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. بدین منظور ۲۶ نوجوان مبتلا به افسردگی به طور تصادفی انتخاب و در سه گروه درمان‌شناختی رفتاری فردی، درمان‌شناختی رفتاری گروهی و کنترل جایگزین شدند. برای سنجش میزان افسردگی از پرسشنامه افسردگی کودکان و مصاحبه تشخیصی اختلال افسردگی استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی به‌طور معناداری در کاهش علائم افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بود. اما بین دو روش فردی و گروهی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی در کاهش افسردگی نوجوانان مؤثر است و می‌تواند به عنوان یکی از مداخلات بالینی مورد استفاده متخصصان قرار گیرد.

کلیدواژگان: درمان‌شناختی رفتاری فردی، درمان‌شناختی رفتاری گروهی، افسردگی، نوجوان

* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان (نویسنده مسئول)

Mohammadi.km@gmail.com

** استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان

m_najafi@profs.semnan.ac.ir

*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا

dehshiri@yahoo.com

**** مربی گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان

nikbakht472@yahoo.com

مقدمه

افسردگی کودکان و نوجوانان به‌طور روزافزونی به‌عنوان یک وضعیت ناتوان‌کننده رایج شناخته شده است. امروزه نظر روان‌شناسان آن است که شرایطی مشابه افسردگی بزرگسالان، می‌تواند در کودکان و نوجوانان ظاهر شود و کودکان نیز ممکن است در سطوح مختلف تحول، از افسردگی رنج ببرند. افسردگی دوره‌ی کودکی یک مسئله مهم می‌باشد به طوری که که حدود ۱ تا ۲ درصد کودکان پیش از بلوغ و حدود ۳ تا ۸ درصد نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (نولن هوکسما و هیلت^۱، ۲۰۰۸). الگوی نشانه‌های افسردگی کودکان و نوجوانان به لحاظ شناختی، عاطفی، رفتاری و شکایت‌های جسمانی، مشابه افسردگی بزرگسالان است (کازلو، رحم و سیگل^۲، ۱۹۸۴). به علاوه تغییرپذیری بسیار اندکی در نشانگان این اختلال در طول عمر وجود دارد (کواکس^۳، ۱۹۹۶).

بر اساس تحقیقات انجام شده بین افسردگی نوجوانان و بزرگسالان از نظر وجود خلق افسرده‌ساز^۴ مداوم، وجود علائم نباتی^۵، آشفتگی در خواب^۶، اختلال در اشتها و انرژی^۷، مشکلات تمرکز و توجه^۸ و کاهش علاقه به فعالیت‌های معمولی^۹ شباهت وجود دارد (عیسی^{۱۰}، ۲۰۰۶). غمگینی^{۱۱} مداوم، زودرنجی، تحریک‌پذیری^{۱۲} و یک نوع حس کلی ناامیدی^{۱۳}، از جمله حالت‌هایی است که در کودکان و نوجوانان افسرده وجود دارد. آنها ممکن است علاقه‌ای به فعالیت‌های جدید از خود نشان ندهند و نیز ممکن است از فعالیت‌هایی که قبلاً برایشان دلپذیر و خوشایند بود، لذت نبرند. این افراد ممکن است با مشکلات تحصیلی و الگوهای رفتاری پرخاشگرانه یا ضد اجتماعی روبرو گردند. برخی دیگر ممکن است دچار

-
- 1- Nolen-Hoeksema & Hilt
 - 2- Kaslow, Rehm, & Siegel
 - 3- Kovacs
 - 4- Depressive Mode
 - 5- Vegetative singe
 - 6- Sleep disturbance
 - 7- Appetite and energy
 - 8- Impairment concentration and attention
 - 9- Decrease interest in usual activities
 - 10- Eisa
 - 11- sadness
 - 12- irritable
 - 13- hopelessness

تغییر وزن یا اختلال در الگوی خواب شوند. بسیاری از نوجوانان افسرده از خستگی دائم و کمبود انرژی شکایت دارند. آنها حتی ممکن است درباره آرزوی مرگ یا موضوعات دیگری از این قبیل که نشانگر افکار مربوط به خودکشی است، صحبت کنند. تحقیقات نشان داده‌اند که شیوع اختلالات افسرده‌ساز در بین کودکان و نوجوانان رو به افزایش است. بنابراین افسردگی در نوجوانی خیلی شایع شده است. افسردگی در کودکان و نوجوانان یک مشکل رو به رشد با تلویحات جدی برای عملکرد تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و هیجانی است (ایکشتاین^۱، ۲۰۰۸). میزان شیوع افسردگی نوجوانی در ایران به طور دقیق مشخص نیست. در تحقیقات مختلف بین ۱۰ تا ۳۰ درصد برآورد شده است (رحیمیان بوگر، نجفی، خوشابی، حیدری و حیدری، ۱۳۸۷).

مداخلات جهانی برای پیشگیری از افسردگی به‌طور معمول در مدارس صورت گرفته است. برنامه پیشگیری در مورد نوجوانان روی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری تمرکز داشته است (گیلهم^۲، ۲۰۰۶). از بین درمان‌های افسردگی کودک بی‌تردید درمان‌شناختی رفتاری روشی است که بیشترین تحقیقات در مورد آن انجام شده و بیشترین حمایت را در درمان افسردگی کودکی و نوجوانی کسب کرده است. پس از چندین دهه کاربرد درمان رفتاری-شناختی در مورد اختلالات افسردگی و اضطراب در بزرگسالان، امروزه این درمان در حال کاربرد روی کودکان و نوجوانان است که با نتایج خوبی همراه بوده است (ایکشتاین، ۲۰۰۸). چندین مطالعه اثبات کرده‌اند که درمان‌شناختی رفتاری یک درمان مؤثر افسردگی و اضطراب در کودکان سنین ۸ سال به بالاست. تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که درمان‌شناختی رفتاری بر درمان‌هایی مثل آموزش آرمیدگی^۳، درمان حمایتی^۴، مشاوره سستی برتری و اثربخشی بیشتری دارد (وستانیس، فحن، گراتان و بیکرتون^۵، ۱۹۹۶؛ وود، هارینگتون و مور^۶، ۱۹۹۶؛ برنت^۷ و همکاران، ۱۹۹۷). دستورالعمل‌های بالینی پیشنهاد می‌کنند که

- 1- Echshtain
- 2- Gillham
- 3- relaxation
- 4- supportive
- 5- Vostanis, Feehan, Grattan, & Bickerton
- 6- Wood, Harrington, & Moore
- 7- Brent

درمان‌شناختی رفتاری اولین انتخاب درمان در افسردگی نوجوانی است زیرا اثربخشی آن به خوبی اثبات شده است. مداخلات کنونی درمان‌شناختی رفتاری برای افسردگی کودکان و نوجوانان بر اساس ادغام الگوهای شناختی، رفتاری و محیطی افسردگی قرار دارد. این مداخلات تمایل دارند مؤلفه‌های درمانی چندگانه را در تلاش برای افزایش کارایی نتایج برای شرکت‌کنندگان با هم ترکیب کنند (گیلام، ۲۰۰۶).

درمان‌شناختی رفتاری یک رویکرد درمانی است که بر این اساس قرار گرفته که یک اختلال روان‌شناختی بوسیله الگوهای افکار بد عملکرد و فقدان راهبردهای مقابله‌ای ایجاد یا حفظ می‌شود. اهداف کلیه درمان‌های شناختی رفتاری تعیین و کاهش سوگیری‌ها یا تحریف‌های شناختی و ابعاد مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و مهارت‌های حل مسئله می‌باشد. از سوی دیگر بسیاری از نوجوانان و خانواده‌هایشان تمایلی به استفاده از دارو ندارند. فرض بر آن است که با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، روان‌درمانی فردی به تنهایی پاسخگو نیست (مهرابی، شیخ‌الاسلامی، قضاوی و نصیری، ۱۳۸۳). لذا می‌توان از گروه درمانی نیز به جای درمان فردی که از نظر هزینه و مدت درمان با صرفه‌تر است استفاده کرد. اما نتایج در مورد اثربخش بودن درمان گروهی و فردی با یکدیگر در تناقض است.

نتایج وکیلی (۱۳۸۸) در مورد اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی زنان مبتلا به کم‌درد مزمن نشان داد که درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش معناداری در نمره‌های افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه گردیده است. این کاهش در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد. همچنین آقایی، جلالی و امین‌زاده (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی درمان‌شناختی رفتاری گروهی را در کاهش افسردگی اثربخش دانسته‌اند. کامران پورجهرمی (۱۳۸۰) نیز در پژوهشی بدین نتیجه دست یافت که درمان گروهی به روش شناختی - رفتاری موجب کاهش افسردگی می‌شود. رنجبر، اشک‌تراب و دادگری (۱۳۸۹) به بررسی اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی پرداختند و بدین نتیجه دست یافتند که بین گروه کنترل و آزمایش بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد. سایر پژوهش‌ها گروه درمانی شناختی رفتاری را در کاهش افسردگی مؤثر دانسته‌اند (استفان، هدر و گریچن^۱،

۲۰۰۹؛ روسلو، برنال و ریورا-مدینا^۱؛ ۲۰۰۸؛ اندرسون و ریس^۲، ۲۰۰۷؛ آسارنو^۳ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کوش و فلمینگ^۴، ۲۰۰۰؛ تسای هوی، را-باند، آی-جو، دا-مینگ و کوی-را^۵، ۲۰۰۶، یعقوبی نصرآبادی، عاطف وحید و احمدزاده، (۱۳۸۲).

اوی و دینگل^۶ (۲۰۰۷) در بررسی‌های خود اشاره کرده‌اند که برخی نتایج در مورد اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری گروهی با یکدیگر همخوانی ندارد لذا این درمان نیازمند بررسی‌های بیشتری است. در تحقیقی اشاره شده است که فرایندهای گروهی به دلیل برخی پیامدهای منفی آن می‌تواند تأثیرات منفی در درمان داشته باشد. به ویژه نتایج در مورد درمان گروهی شناختی رفتاری ضعیف بوده و نیاز به مطالعات بیشتر است (هورنسی، ویر^۷ و اوی، ۲۰۰۷). نیتزل^۸ (۱۹۸۷) در مقایسه انواع روش‌های درمان افسردگی، درمان به صورت فردی را از گروهی مفیدتر دانسته است. مروری اجمالی به درمان‌های شناختی رفتاری انجام شده در مورد افسردگی به صورت گروهی و فردی نشان می‌دهد که هر یک از این روش‌ها به تنهایی دارای معایب و محاسنی است. اما برخی یافته‌ها حاکی از اثربخشی درمان فردی و برخی نیز حاکی از اثربخشی درمان گروهی است و این دو روش به‌طور همزمان مورد مقایسه قرار نگرفته‌اند تا مشخص شود که آیا یکی نسبت به دیگری دارای اثربخشی بیشتری است یا خیر و یافته‌ها در این مورد دارای تضاد است. به عنوان مثال اوی و دینگل (۲۰۰۷) در مورد تأثیر درمان‌های شناختی رفتاری به صورت گروهی پژوهش‌های زیادی انجام دادند اما یافته‌های آنها با یکدیگر سازگار نبودند و اظهار داشته‌اند که پژوهش در این مورد ضروری است. همچنین تورکر^۹ و اوی (۲۰۰۷) شواهد تجربی ۳۶ مطالعه را با توجه به اثربخشی رفتار درمانی شناختی گروهی و فردی برای اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، و سوء مصرف مواد و در جمعیت‌های مختلف از جمله کودکان مورد بررسی قرار دادند. در مجموع نتایج این محققان

- 1- Rossello, Bernal, & Rivera-Medina
- 2- Anderson & Rees
- 3- Asarnow
- 4- Kush & Feleming
- 5- Tsai-Hwei, Ru-Band, Ai-Ju, Da-Ming, & Kuei-Ru
- 6- Oei & Dingle
- 7- Hornsey & Dwyer
- 8- Nietzel
- 9- Tucker

نشان داد که رفتار درمانی شناختی رفتاری گروهی به خصوص برای کودکان از درمان فردی اثربخش‌تر است. اما این روش درمانی برای اختلالات مربوط به مواد، اضطراب و فوبیای اجتماعی کمتر مؤثر است. این محققان در انتها بر این نکته تأکید می‌کنند که هنوز شواهد، کافی نیست و برای رسیدن به یک نتیجه مؤثر و مطمئن نیاز به پژوهش‌های بیشتری است.

کرسی^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی را برای افراد مبتلا به چاقی مورد مقایسه قرار دادند و بدین نتیجه دست یافتند که اگر چه این روش‌ها در کاهش وزن مؤثر بودند اما بین این دو روش تفاوت معناداری یافت نشد. ریکا و همکاران^۲ (۲۰۱۰) در مورد اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی در کاهش اختلالات خوردن به نتایج اثربخشی مشابه این دو روش درمانی در کاهش اختلالات خوردن اشاره کرده‌اند. بلوچ^۳ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی دیگر درمان‌شناختی فردی و گروهی را در کاهش گرایش‌های افسردگی و نگرانی افراد دارای اختلال وسواس مورد مقایسه قرار دادند و بدین نتیجه دست یافتند که درمان‌شناختی فردی مؤثرتر از درمان گروهی بود. سیجپر، استراتن و وارمردام^۴ (۲۰۰۸) در فراتحلیلی به مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری گروهی و فردی در درمان افسردگی پرداختند و بدین نتیجه دست یافتند که اگر چه به نظر می‌رسد که درمان فردی در کوتاه مدت تا حدی مؤثرتر از درمان گروهی باشد اما واقعاً روشن نیست که آیا نسبت به دیدگاه بالینی دیگری برتری دارد یا خیر. این محققان اظهار داشته‌اند که به دلیل حجم کم مطالعات انجام شده در این مورد، برای روشن‌تر شدن برتری بالینی این دو روش تحقیقات بیشتری مورد نیاز است. این سؤال که آیا درمان‌های فردی و گروهی اثربخش مساوی دارند به چند دلیل حائز اهمیت است: دلیل مهم اول از دیدگاه اقتصادی (مقرون به صرفه بودن) است. اگر مداخلات گروهی به اندازه مداخلات فردی اثربخش باشند می‌توان هزینه‌های درمان را به‌طور قابل توجهی کاهش داد. زیرا هزینه‌های درمان گروهی به‌طور قابل توجهی پایین‌تر از درمان فردی است. دلیل مهم دیگر اهمیت آن از دیدگاه بالینی و علمی است. زمانی که اثربخشی این روش‌های درمانی یکسان باشد بیانگر آن است که حضور بیماران دیگر در طول

1- Cresci

2- Ricca

3- Belloch

4- Cuijpers, Straten, & Warmerdam

درمان با درمان فردی بیمار تداخل ایجاد نمی‌کند. با عنایت به تمهیدات یاد شده و روشن نبودن برتری یکی از این روش‌ها نسبت به دیگری و فقدان تحقیق داخلی مشابه روی افسردگی نوجوانان، پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی این دو روش پرداخته است. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از: ۱- درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی نوجوانان مؤثر است. ۲- درمان شناختی رفتاری فردی بر کاهش افسردگی نوجوانان مؤثر است. ۳- بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری به روش فردی و گروهی تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان بندرعباس در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ که در پرسشنامه افسردگی کودکان نمره ۲۲ یا بالاتر کسب کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، در ابتدا از بین مدارس راهنمایی دو مدرسه و از بین دبیرستان‌ها دو دبیرستان به‌طور تصادفی انتخاب شد. سپس از بین کلاس‌های مربوط به هر پایه به‌طور تصادفی یک کلاس انتخاب شد. کلیه دانش‌آموزان کلاس‌های انتخاب شده که تعداد آنها ۳۷۲ نفر بود به عنوان نمونه انتخاب شدند و پرسشنامه افسردگی روی آنها اجرا شد که در این مرحله تعداد ۶۱ نفر نمره ۲۲ یا بالاتر گرفتند. پس از آن مصاحبه بالینی برای تشخیص اختلال افسردگی طبق ملاک‌های نسخه تجدید نظر شده چهارم مصاحبه تشخیصی - آماری اختلالات روانی برای این افراد اجرا شد و مشخص شد که ۵۳ نفر مبتلا به افسردگی هستند. سپس از بین این ۵۳ نفر افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند تعداد ۳۶ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه ۱۲ نفری درمان شناختی رفتاری گروهی، درمان شناختی رفتاری فردی و کنترل جایگزین شدند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۲ تا ۱۷ سال با میانگین ۱۴/۳۳ و انحراف استاندارد ۱/۶۷ بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بود از: تشخیص افسردگی بر اساس نسخه تجدیدنظر شده چهارم مصاحبه تشخیصی - آماری اختلالات روانی، سن آزمودنی‌ها در دامنه ۱۲ تا ۱۷ سال باشد، هیچ نوع درمان دارویی یا روان‌شناختی تاکنون دریافت نکرده باشند و والدین آنها نیز مایل به

شرکت فرزندانشان در جلسات درمانی باشند. در روش درمانی گروهی ۱۶ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای ۲ جلسه) برای یک گروه ۱۲ نفری از آزمودنی‌ها (به صورت گروهی) اجرا شد. همزمان با اجرای درمان گروهی، هر یک از آزمودنی‌ها یک کتاب کار برای تمرین در منزل نیز دریافت می‌کردند که در جلسات بعدی قسمتی از وقت جلسه به مرور تکالیف اختصاص داده می‌شد.

در روش درمان فردی تعداد ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها به مدت ۱۲ جلسه به صورت انفرادی در جلسات درمانی شرکت می‌کردند. علت ناهمترازی تعداد جلسات در این است که در درمان فردی میزان زمان کمتری به فعالیت‌های گروهی از قبیل بازی نقش داده می‌شود و یا اینکه یک سری از فعالیت‌های گروهی در اینجا وجود ندارد، لذا تعداد جلسات نسبت به درمان گروهی کاهش می‌یابد. قبل از شروع جلسات درمان کلیه آزمودنی‌ها پرسشنامه افسردگی کودکان را تکمیل کردند که نمره افراد به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. پس از اتمام درمان کلیه آزمودنی‌ها دوباره پرسشنامه افسردگی را تکمیل کردند که این نمرات به عنوان پس‌آزمون مورد تحلیل قرار گرفت. همچنین سه ماه پس از اتمام درمان نیز کلیه آزمودنی‌هایی که دوره درمانی را کامل کرده بودند، پرسشنامه افسردگی را تکمیل کردند که این نمرات نیز به عنوان نمرات پیگیری مورد تحلیل قرار گرفت. جلسات درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی به شرح زیر بود. برای هر جلسه مواد و لوازم مورد نیاز از قبل مشخص شده بود. هر جلسه با مرور تکلیف جلسه قبل شروع می‌شود و با تعیین تکلیف و یک امتحان (کوئیز) پایان می‌یافت. دستورالعمل هر جلسه به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول) افسردگی و یادگیری اجتماعی: تکمیل پرسشنامه خلق، راهنمایی‌های مربوط به این جلسه، انجام فعالیت‌ها، چگونه در زندگی تغییر ایجاد کنیم، ثبت حالت خلقی روزانه، تعیین تکلیف و امتحان. **جلسه دوم)** خویش‌نگری و تغییر: چگونه شروع یک مکالمه، چگونه بررسی خط پایه انجام دهیم، بررسی خط پایه فعالیت‌های خوشایند. **جلسه سوم)** کاهش دادن تنش: چگونه ملاقات با افراد جدید، تنش چیست، تکنیک‌های آرمیدگی جاکوبسون، سوال و پاسخ. **جلسه چهارم)** یادگیری چگونه ایجاد تغییر: مطالعه اطلاعات خط پایه، تنظیم اهداف برای فعالیت‌های خوشایند، نحوه قرارداد بستن. **جلسه پنجم)** تغییر

دادن افکار: چگونه یک نقشه کار تهیه کنیم، مهارت‌های مکالمه، نحوه کنترل تفکر. **جلسه ششم**) قدرت تفکر مثبت: ارتقای تفکر مثبت، شناسایی افکار منفی، نحوه تغییر افکار منفی به افکار مثبت، قرارداد بستن. **جلسه هفتم**) آموزش مقاومت در برابر افکار منفی: کشف باورهای غیرمنطقی، تبدیل افکار غیرشخصی به افکار شخصی، شیوه‌های مختلف برای مواجهه با وقایع فعال زندگی. **جلسه هشتم**) آموزش آرمیدگی: بهبود بخشیدن به مهارت‌های دوستانه، استفاده مؤثر از تکنیک‌های آرمیدگی، آموزش تکنیک آرمیدگی بنسون. **جلسه نهم**) آموزش‌های ارتباطی (قسمت اول): تکنیک‌های توقف افکار منفی، مهارت‌های شنیدن، پاسخ‌های قضاوتی در برابر پاسخ‌های ادراکی (همدلانه). **جلسه دهم**) آموزش‌های ارتباطی (قسمت دوم): نحوه اظهار احساسات مثبت خود، نحوه بیان احساسات منفی خود، **جلسه یازدهم**) مهارت‌های حل مسئله (قسمت اول): استفاده از تصویرسازی ذهنی در ارتباط با جرات ورزی، منطقی حل مساله و گفتمان، قواعد اساسی برای تنظیم موارد اختلاف، شناسایی مساله، تمرین حل مساله و گوش دادن فعال. **جلسه دوازدهم**) مهارت‌های حل مسئله (قسمت دوم): تمرین بارش مغزی، انتخاب راه حل، تمرین حل مساله و گفتمان. **جلسه سیزدهم**) مهارت‌های حل مسئله (قسمت اول): ادامه آموزش حل مساله و گفتمان، ارائه آموزش‌های حل مساله. **جلسه چهاردهم**) مهارت‌های حل مسئله (قسمت دوم): تمرین مهارت‌های حل مساله و گفتمان. **جلسه پانزدهم**) اهداف زندگی: طراحی نقشه برای زندگی، شناخت ترس‌های افراطی و موانع. **جلسه شانزدهم**) پیشگیری و برنامه‌ریزی: تکمیل پرسشنامه خلق، شیوه حفظ و نگهداری آموزش‌ها، طراحی سریع نقشه، شناسایی اولیه، خلاصه و پایان دوره.

ابزار تحقیق

۱- پرسشنامه افسردگی کودکان^۱: این پرسشنامه توسط کوکس و بک^۲ (۱۹۷۷) برای اندازه‌گیری افسردگی کودکان و نوجوانان سنین ۱۷-۷ سال ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۷ سوال دارد که هر سوال شامل سه جمله است. سولات از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود

1- child depression scale

2- Beck

(صفر: فقدان نشانه، ۱: نشانه متوسط، ۲: نشانه آشکار) و دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. پایایی بازآزمایی و همسانی درونی این پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۳ و همچنین روایی همگرای این پرسشنامه از طریق همبستگی با مقیاس افسردگی کودکان و پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۷ گزارش شده است (دهشیری، نجفی، شیخی، و حبیبی عسکر آباد، ۱۳۸۸). کارایی بالینی این پرسشنامه در پژوهش محمدی، برجعلی، اسکندری و دلاور (۱۳۸۹) مورد تایید قرار گرفته است.

۲- مصاحبه تشخیصی اختلال افسردگی کودکان و نوجوانان بر اساس نسخه تجدیدنظر شده چهارم مصاحبه تشخیصی - آماری اختلالات روانی: در اجرای این مصاحبه و تشخیص اختلال افسردگی، این ملاک‌ها مد نظر قرار گرفت: فرد در اغلب مواقع ظرف مدت دو هفته، حداقل پنج مورد از نشانه‌های زیر را تجربه می‌کند که بیانگر تغییر در مقایسه با عملکرد قبلی هستند (حداقل یکی از دو نشانه اول باید وجود داشته باشد): خلق تحریک‌پذیر^۱، کاهش علاقه یا لذت نسبت به همه یا اغلب فعالیت‌های روزمره، ناتوانی در دستیابی به وزن مورد انتظار، بی‌خوابی^۲ یا خواب‌زدگی^۳، بی‌قراری یا کندی روانی - حرکتی^۴، خستگی^۵ یا از دادن انرژی، احساس بی‌ارزشی^۶ یا گناه بی‌مورد، مشکل در تمرکز، افکار خودکشی، نشانه‌ها بخشی از دوره آمیخته^۷ و ناشی از بیماری جسمانی یا مصرف مواد نمی‌باشد. نشانه‌ها پریشانی یا اختلال قابل ملاحظه‌ای به بار می‌آورند.

نتایج

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افسردگی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

- 1- irritable mood
- 2- insomnia
- 3- hypersomnia
- 4- psychomotor retardation
- 5- agitation
- 6- feelings of worthlessness
- 7- mixed episode

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی آزمودنی‌ها

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
CBT فردی	۲۴/۵۸	۵/۲۸	۱۴/۵۸	۴/۴۴	۱۶/۳۳	۴/۰۹
CBT گروهی	۲۵/۲۷	۳/۱۳	۱۶/۰۹	۳/۷۵	۱۷/۹۱	۳/۴۸
کنترل	۲۵/۵۸	۳/۳۴	۲۶/۴۲	۳/۱۹	۲۶/۲۵	۲/۹۰

به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی در کاهش علائم افسردگی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد. به این صورت که نمره‌های پیش‌آزمون افسردگی به عنوان متغیر همپراش^۱ در نظر گرفته شد. سپس تأثیر گروه بر نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری افسردگی بررسی شد. ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرهای وابسته و همپراش نشان داد که توزیع نمره‌های افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال است ($P > 0/05$). نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس نشان داد که رابطه بین افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون خطی است [$F(1, 24) = 4/03, P < 0/05$]. همچنین رابطه بین نمره‌های افسردگی در پیش‌آزمون و پیگیری نیز خطی است [$F(1, 24) = 9/21, P < 0/01$] بنابراین مفروضه رابطه خطی بین متغیر همپراش و وابسته تأیید شد. برای بررسی مفروضه همگنی شیب‌های خط رگرسیون از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس نشان داد که تعامل بین پیش‌آزمون و متغیر مستقل (گروه) از لحاظ آماری معنادار نیست [$P > 0/05, F(2, 29) = 1/34$]. بنابراین مفروضه همگنی شیب‌های خط رگرسیون تأیید می‌شود. برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها در نمره‌های پس‌آزمون، آزمون لوین نشان داد که مفروضه برابری واریانس‌ها تأیید می‌شود [$P > 0/05, F(2, 32) = 0/22$]. همچنین نتایج آزمون لوین در مورد همگنی واریانس نمره‌های مرحله پیگیری نشان داد که مفروضه برابری واریانس‌ها تأیید شده است [$P > 0/05, F(2, 32) = 0/14$]. در جدول ۲ نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون افسردگی گروه‌ها ارائه شده است.

1- Covariate

جدول ۲. نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون افسردگی گروهها

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۷۷/۸۴	۱	۷۷/۸۴	۶/۲۴	۰/۰۲
گروه	۹۳۰/۷۸	۲	۴۶۵/۳۹	۳۷/۲۹	۰/۰۰۱
خطا	۳۸۶/۹۱	۳۱	۱۲/۴۸		
کل	۱۴۲۳۹	۳۵			

چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود تأثیر نمره‌های پیش‌آزمون بر نمره‌های پس‌آزمون معنی‌دار است [$F(1, 31) = 6/24, P < 0/05$]. همچنین اثر گروه بر نمره‌های پس‌آزمون معنی‌دار است [$F(2, 31) = 37/29, P < 0/001$]. از آنجایی که اثر گروه بر نمره‌های پس‌آزمون معنی‌دار بود از آزمون تعقیبی بن فرنی برای مقایسه جفتی گروهها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بن فرنی در مورد گروههای پژوهش در مرحله پس‌آزمون

گروهها	گروههای مورد مقایسه	تفاوت میانگینها	سطح معناداری
کنترل	CBT فردی	۱۱/۴۵	۰/۰۰۱
	CBT گروهی	۱۰/۲۱	۰/۰۰۱
CBT فردی	CBT گروهی	-۱/۲۴	۰/۹۹

چنانچه از جدول ۳ مشاهده می‌شود در مرحله پس‌آزمون میانگین نمره‌های افسردگی گروه درمان‌شناختی رفتاری فردی به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($P < 0/001$). همچنین میانگین نمره‌های افسردگی گروه درمان‌شناختی رفتاری گروهی به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($P < 0/001$). اما تفاوت بین گروه فردی و گروهی معنادار نیست. به منظور بررسی اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری گروهی و فردی در کاهش علائم افسردگی آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمره‌های افسردگی گروهها در مرحله پیگیری

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۱۳۹/۲۸	۱	۱۳۹/۲۸	۱۶/۷۰	۰/۰۰۱
گروه	۶۱۶/۸۹	۲	۳۰۸/۴۴	۳۶/۹۸	۰/۰۰۱
خطا	۲۵۸/۵۴	۳۱	۸/۳۴		
کل	۱۵۳۹۶	۳۵			

چنانچه از جدول ۴ مشاهده می‌شود تأثیر نمره‌های پیش‌آزمون بر نمره‌های پیگیری معنی‌دار است $[F(1, 31) = 16/70, P < 0/001]$. همچنین اثر گروه بر نمره‌های پیگیری معنادار است $[F(2, 31) = 36/98, P < 0/001]$. از آنجایی که اثر گروهها بر نمره‌های پیگیری معنی‌دار بود از آزمون تعقیبی بن فرنی برای مقایسه جفتی گروهها استفاده شد. که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرنی در مورد گروههای پژوهش در مرحله پیگیری

گروهها	گروههای مورد مقایسه	تفاوت میانگینها	سطح معناداری
کنترل	فردی CBT	۹/۴۰	۰/۰۰۱
	گروهی CBT	۸/۱۸	۰/۰۰۱
فردی CBT	گروهی CBT	-۱/۲۲	۰/۹۶

چنانچه از جدول ۵ مشاهده می‌شود در مرحله پیگیری میانگین نمره‌های افسردگی دو گروه آزمایشی (درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی) به‌طور معناداری از گروه کنترل کمتر است $(P < 0/001)$ ، در حالی که بین میانگین نمره‌های افسردگی گروه درمان‌شناختی رفتاری گروهی با درمان‌شناختی رفتاری فردی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تأثیر درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی بر افسردگی نوجوانان بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان‌شناختی رفتاری گروهی به‌طور معناداری موجب کاهش نمره‌های افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. بنابراین فرضیه اول

پژوهش تأیید می‌شود که این امر نشان دهنده‌ی اثربخشی درمان گروهی در کاهش علائم افسردگی نوجوانان است. به عبارتی افرادی که تحت درمان‌شناختی رفتاری گروهی قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری در علائم افسردگی نشان دادند. نتایج پژوهش حاضر در مورد اثربخشی روش شناختی رفتاری گروهی در کاهش افسردگی با یافته‌های روسلو و همکاران (۲۰۰۸)، اندرسون و ریس (۲۰۰۷)، هوی و همکاران (۲۰۰۶)، اسارنو و همکاران (۲۰۰۵)، استارک^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، یعقوبی نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۲) و آقایی و همکاران (۱۳۸۸) همخوانی دارد.

نتایج تیزدل^۲ و همکاران (۲۰۰۰) نیز نشان داد که مداخلات شناختی گروهی احتمال عود در افراد افسرده را کمتر می‌کند. روسلو و جیمenez-چافی^۳ (۲۰۰۶) درمان‌شناختی رفتاری گروهی را برای افسردگی نوجوانان دیابتی به کار بردند و بدین نتیجه دست یافتند که نشانه‌های افسردگی، خودپنداره و خودکارآمدی پس از مداخله بهبود یافت. اعتقاد بر این است که گروه درمانی در بیشتر اختلالات مؤثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود، ضمن اینکه تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرد، با افراد جدید آشنا شده، احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس وی بالا می‌رود (عظیمی، جنتی و محمودی، ۱۳۸۲). درمان‌شناختی رفتاری می‌تواند بر برخی مؤلفه‌های مهم روان‌شناختی از جمله عزت نفس تأثیر مثبت داشته باشد و در نتیجه از این طریق در کاهش افسردگی مؤثر واقع شود. در برخی پژوهش‌ها نیز اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری در عزت نفس تأیید شده است (والیان^۴، ۱۹۹۸؛ وارن^۵، ۱۹۹۸). اصولاً کار گروهی نوعی بازخورد مثبت به اعضای گروه می‌دهد و انگیزه شرکت در گروه را افزایش می‌دهد. همچنین اعضای گروه تعهد بیشتری نسبت به انجام وظایف گروهی احساس می‌کنند و وظایف را به خوبی انجام می‌دهند و اعتماد به نفس خود را باز می‌یابند (بک^۶، ۲۰۰۱). درمان گروهی باعث می‌شود که تعدادی از بیماران در یک مکان جمع شده، با یکدیگر

-
- 1- Stark
 - 2- Teasdale
 - 3- Jiménez-Chafey
 - 4- Valliant
 - 5- Varen
 - 6- Beck.

رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند و این امر باعث آرامش و راحتی بیماران می‌شود و به گسترش روابط آنها در خارج از محیط درمان کمک می‌کند. اعضای گروه در جریان درمان به یکدیگر کمک می‌کنند و این امر نکته مثبتی در این روش است. به‌طور کلی با توجه به شیوع افسردگی در جمعیت عمومی، استفاده از این روش از نظر بالینی مفید و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه است. نتایج پژوهش پترسون و هالیستید^۱ (۱۹۹۸) پس از جلسه گروه درمانی شناختی رفتاری نشان داد که میانگین نمرات افسردگی پس از درمان در مقایسه با پیش از درمان بسیار کاهش یافته است. ویلیامز^۲ (۲۰۰۵) معتقد است که نقص در حیطه کنترل خود، تفکر انتقادی و حل مسأله بین فردی و همچنین فقدان مهارت‌های شناختی عاملی مؤثر در اختلالات است. بنابراین، با استفاده از مداخلات روانشناختی می‌توان این مشکلات را حل کرد و در نتیجه فرد به لحاظ روانشناختی وضعیت بهتری پیدا می‌کند. درمان‌های شناختی رفتاری به فرد فرصت می‌دهد تا در مواجهه با موقعیت‌ها بهتر عمل کند و بهتر تصمیم بگیرد. از آنجا که افسردگی احساس نامطلوبی است لذا تأثیر مداخلات گروهی می‌توان ناشی از این امر باشد که با توجه به اینکه منشا احساس فرد، تفکرات اوست، لذا درمانگر با ایجاد بینش، شناخت و تغییر نگرش بیماران آنها را به بحث و تعامل گروهی کمک و تشویق می‌نماید تا جهت شناخت افکار خودکار و تغییر افکار و در نهایت احساس خود تلاش کنند.

نتایج پژوهش حاضر در مورد اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری فردی در کاهش علائم افسردگی نوجوانان نشان داد که این روش درمانی نیز در کاهش علائم افسردگی نوجوانان مؤثر بوده است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود. به عبارت دیگر افرادی که درمان‌شناختی رفتاری فردی دریافت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری در علائم افسردگی نشان دادند. این یافته با نتایج تحقیقات روسلو و همکاران (۲۰۰۸)، استفان و همکاران (۲۰۰۹)، صرفاتی^۳ و همکاران (۲۰۰۹)، اکرسون، اسکوجین، مک کندی-اسمیت و لیمان^۴ (۱۹۹۸)، برنت^۵ و همکاران (۱۹۹۷)، وود و همکاران (۱۹۹۶)، روسلو و

1- Peterson & Halistead

2- Williams

3- Serfaty

4- Ackerson, Scogin, McKendree-Smith, & Lyman

5- Brent

برنال^۱ (۱۹۹۹) همخوانی دارد و با نتایج وستانیس و همکاران (۱۹۹۶) و کرفوت^۲ و همکاران (۲۰۰۴)، همخوانی ندارد. از دلایل عدم توفیق دو تحقیق اخیر می‌توان به کم بودن جلسات درمان فردی ۸ جلسه در تحقیق وستانیس و همکاران (۱۹۹۶) و ۴ جلسه در تحقیق کرفوت و همکاران (۲۰۰۴) اشاره کرد. صرفاتی و همکاران (۲۰۰۹) درمان‌شناختی رفتاری را برای افراد مسن دارای اختلال افسرده به کار بردند و نتیجه گرفتند که این روش درمانی روشی مؤثر در درمان افسردگی این گروه است. اعتقاد بر این است که هر نوع برنامه رفتاری شناختی که به بیمار آموخته می‌شود از طریق تفکر احساس و عملکرد خود آگاه شده و این همان اقدام مقابله‌گر است (گلدشتاین و گال^۳، ۱۹۹۷). زیرا در درمان‌های شناختی رفتاری درمان‌گر در یک چارچوب ناهماهنگ شناختی به سوی یک نظم همه‌جانبه حرکت می‌کند و از شیوه‌های رفتاری مانند توجه برگردانی و مسئله‌گشایی سود می‌جوید. البته از دیدگاه شناختی هیجان‌ات بیمار از جمله انگیزش نیز تغییر می‌یابد، زیرا در بیماران افسرده، حداقل انگیزش مثبت و حداکثر انگیزش منفی وجود دارد، در نتیجه در یک ساختار درمانی بیماران به درمان‌گر پاسخ مثبت می‌دهند، یعنی در یک فرایند انفرادی، آگاهی و شناخت بیماران افزایش می‌یابد.

در پژوهش حاضر فرضیه سوم پژوهش تأیید نشد. بدین صورت که بین اثربخشی درمان فردی و گروهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهش‌های انجام شده در این مورد نیز بین اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی تفاوت معناداری مشاهده نکردند (آندرسون و ریس، ۲۰۰۷؛ روسلو و همکاران، ۲۰۰۸). اوی و دینگل (۲۰۰۷) پژوهش‌های زیادی در مورد زیادی در مورد تأثیر درمان‌شناختی رفتاری به صورت گروهی انجام دادند، اما یافته‌های این تحقیقات با یکدیگر همخوانی نداشتند. آنها اظهار داشتند که این روش نیاز به بررسی بیشتری دارد. در تحقیقاتی که انواع روش‌های درمان افسردگی را با هم مقایسه کرده‌اند، نتیجه گرفته شده است که درمان‌های فردی، از درمان‌های گروهی مفیدتر است (نیتزل و همکاران، ۱۹۸۷). نتایج پژوهش سیچپر، استراتن و وارمردام (۲۰۰۸) نیز نشان داد که اگر چه در پس‌آزمون درمان فردی اثربخشی بیشتری داشت اما بین اثربخشی دو گروه در زمان پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. در مجموع فراتحلیل این محققان نشان

1- Bernal

2- Kerfoot

3- Goldstein & Cull

داده است که اگر چه در درمان افسردگی مداخلات فردی ممکن است نسبت به مداخلات گروهی در کوتاه مدت اثربخشی بیشتری داشته باشد اما در پیگیری‌های بلند مدت تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو روش وجود ندارد. حتی اگر هم تفاوتی وجود داشته باشد، این تفاوت خیلی کم است و دلایل این تفاوت اندک نیز آشکار نیست. این نکته مهم است که آیا این تفاوت یک تفاوت واقعی است؟ آیا درمان‌های گروهی و فردی دارای مکانیزم‌های اثرگذاری متفاوتی هستند که منجر به اندازه اثر متفاوت می‌شوند؟ یا اینکه دارای مکانیزم‌های مشابهی هستند که برخی از آنها محدود به فرایندهای گروهی می‌شود؟ پاسخ به این سؤالات هنوز مشخص نیست. نکته مهم دیگر این است که پژوهش‌های انجام شده ممکن است از یک پروتکل در قالب گروهی یا فردی استفاده کرده باشند. احتمال کمی وجود دارد مبنی بر اینکه تفاوت بین دو روش ممکن است مربوط به تکنیک‌های مورد استفاده در هر یک از این روش‌ها باشد. ممکن است تفاوت‌ها به عوامل مهمتری از جمله شرایط متمرکز بر شخص (همدلی، صمیمیت، تجانس) مربوط باشد.

در درمان‌های گروهی، چسبندگی و حمایت اجتماعی گروه ممکن است نقش مهمی در اثربخشی مداخله داشته باشد در حالی که در درمان‌های فردی در مقایسه با درمان‌های گروهی نیرومندی رابطه درمانی بین مراجع و درمانگر ممکن است نقش مهم و مؤثری داشته باشد. بررسی این عوامل مهم نیاز به تحقیقات بیشتری دارد (سیچپر، استراتن و وارمردام، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد مقایسه دو روش روش درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی برای اختلالات خوردن (ریکا و همکاران، ۲۰۱۰) و چاقی (کرسی و همکاران، ۲۰۰۷) حاکی از عدم تفاوت بین این دو روش درمانی است. هورنسی^۱ و همکاران (۲۰۰۷) در یک مقاله‌ی مروری، در مورد اثرات گروه درمانی هشدار داده‌اند و بیان کرده‌اند که فرایندهای گروهی منجر به وابستگی بین اعضای گروه می‌شود و می‌تواند تأثیرات منفی در پیامد درمان داشته باشد. آنها به این نتیجه رسیده‌اند که شواهد پژوهشی و تجربی در مورد نقش فرایندهای گروهی در درمان‌های گروهی به ویژه در درمان‌شناختی رفتاری هنوز ضعیف است و نیازمند تحقیقات بیشتری است. در مجموع در مورد مفید بودن اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری فردی یافته‌ها با هم همخوانی ندارند. اگر چه تعداد افراد، جلسات، نمونه‌ها، تجربه و مهارت

1- Hornsey

درمانگران و ابزار مورد استفاده در تحقیقات انجام شده مختلف بوده‌اند و این نیز می‌تواند در نتایج پژوهش اثرگذار باشد اما هر یک از درمان‌های شناختی رفتاری دارای معایب و محاسن خاص خود است و قضاوت در مورد اثربخشی هر کدام، نیازمند پژوهش‌های دقیق‌تری است. با توجه به اینکه برخی پژوهش‌ها (ویلیامز، ۲۰۰۵؛ ایرلند^۱، ۲۰۰۴) حاکی از آن است که روش‌های ترکیبی کارایی بیشتری در بهبود روان‌شناختی افراد دارای اختلال دارد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش ترکیبی (گروهی و فردی) در درمان بیماران افسرده استفاده شود و با سایر روش‌ها مورد مقایسه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن آزمودنی‌ها به آزمودنی‌های پسر در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۷ سال بود. محدودیت دیگر محدود بودن نمونه در شهر بندرعباس بود و در این مورد لازم است مسائل فرهنگی نیز مورد توجه قرار گیرد. با توجه به شیوع بیشتر افسردگی در دختران نسبت به پسرها در سنین بلوغ این مداخله می‌تواند برای دخترها هم اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی روی جوامع مختلف و نمونه‌های بیشتر انجام شود و از دوره‌های پیگیری درمان طولانی‌تر، استفاده شود. مدت زمان پیگیری در مطالعه حاضر کوتاه بود، پیگیری‌های بلند مدت، مقایسه بهتری بین روش‌های درمانی مختلف را فراهم می‌سازد. پیشنهاد مهم دیگر نیز مقایسه دو روش درمان‌شناختی رفتاری فردی و گروهی برای سایر اختلالات می‌باشد.

منابع

فارسی

- آقایی، اصغر؛ جلالی، داریوش و امین‌زاده، مجتبی (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری، فلوکستین و هایپیران در کاهش شدت علائم افسردگی زنان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۷ (۲)، ۱۴۱-۱۳۱.
- دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ شیخی، منصوره و حبیبی عسکرآباد، مجتبی (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان، *مجله خانواده پژوهشی*، ۵ (۱۸)، ۱۷۳-۱۵۹.
- رحیمیان بوگر، اسحق؛ نجفی، محمود؛ خوشابی، کتایون، حیدری، فرشته و حیدری، مریم

- (۱۳۸۷). بررسی میزان شیوع افسردگی دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و متوسطه در شهرستان شهرضا. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۴ (۱۳)، ۱۵۳-۱۳۱.
- رنجبر، فرح‌دخت؛ اشک تراب، طاهره و دادگری، آتنا (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۴)، ۳۶۶-۲۹۹.
- عظیمی، حمیده؛ جنتی، یداله؛ محمودی، قهرمان (۱۳۸۲). *درسنامه جامع بهداشت تهران*: نشر سالمی.
- کامران پورجهرمی، فریده (۱۳۸۰). *بررسی اثربخشی درمان گروهی به روش شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی زنان ناباور مراجع کناه به مراکز ناباوروری دانشگاه علوم پزشکی شیراز*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- محمودی، کوروش؛ برجعلی، احمد؛ اسکندری، حسین و دلاور، علی (۱۳۸۹). کارایی بالینی پرسشنامه افسردگی کودکان در تشخیص اختلال افسردگی کودکان و نوجوانان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲ (۱) (پیاپی ۵)، ۱۰-۲.
- مهرابی، طیبه؛ شیخ‌الاسلامی، فرزانه؛ قضاوی، زهرا و نصیری، محمود (۱۳۸۳). تأثیر گروه درمانی بر میزان افسردگی و اضطراب مبتلایان به سکنه قلبی. *مجله تحقیقات پرستاری و مامایی*. ۲۹ (۷): ۱۳-۵.
- وکیلی، نجمه (۱۳۸۸). اثربخشی درمان گروهی شناختی مدیریت درد بر افسردگی زنان مبتلا به کم‌درد مزمن. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱ (۴)، ۱۹-۱۱.
- یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ احمدزاده، غلامحسین (۱۳۸۲). تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۹ (۲)، ۵۶-۶۳.

لاتین

- Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N., & Lyman, R. D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 685-690.
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 45, 123-137

- Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., Duan, N., LaBorde, A. P., Rea, M. M., Murray, P., Anderson, M., Landon, C., Tang, L., & Wells, K. B. (2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293 (3), 311-319.
- Beck, A. T. (2001). *Psychology of Self* New York: Guilford press .
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., Fernández-Alvarez, H., García, F., & Larsson, C. (2011). Group versus individual cognitive treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in non-OCD symptoms and cognitions at post-treatment and one-year follow-up. *Psychiatry Research*, 187, 174-179.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S., & Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54 (9), 877-885.
- Cresci, B., Tesi, F., La Ferlita, T., Ricca, V., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Mannucci, E. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obesity: results after 36 months. *Eating Weight Disorder*, 12 (4), 147-53.
- Cuijpers, P., Straten, A. V., Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis, *European Journal Psychiatric*, 22 (1), 38-51.
- Echshain, D. (2008). *Combined cognitive behavioral treatment plus caregiver session for childhood depression*. Unpublished Dissertation, Western Michigan University.
- Eisa, M. B. (2006). The children's depression inventory as a reliable measure for post – IraQi invasion Kuwaiti Youth. *Social Behavior and Personality*, 34 (4), 351 –355.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Lascher, M., Litzinger, S., Shatté, A., & Seligman, M. E. P. (2006b). School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: A pilot of a parent intervention component. *School Psychology Quarterly*, 21, 3, 323-348.
- Goldstein, L., & Cull, C. (1997). *The Clinical Hand book of Epilepsy*. First Ed London: Routlege.
- Hornsey, M. J., Dwyer, L., & Oie, T. S. (2007). Beyond cohesiveness: reconceptualizing the link between group processes and outcomes in group psychotherapy. *Small Group Research*, 38, 567-92.
- Ireland, J. L. (2004). Anger management therapy with young male offenders. *Aggressive Behavior*, 30, 174-185.

- Kaslow, N. J., Rehm, L. P., & Siegel, A. W. (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *12*, 605 – 620.
- Kerfoot, M., Harrington, R., Harrington, V., & et al. (2004). A step too far? Randomized trial of cognitive-behavior therapy delivered by social workers to depressed adolescents. *Euro Child Adolescent Psychiatry*, *13* (2), 92–9.
- Kovacs, M. (1996 b). Presentation and Course of major Depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 705 – 715.
- Kush, F. R., Fleming, & L. M. (2000). An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. *Group Dynamics*, *4* (11), 176-83.
- Nietzel, M. T., Russel, R. T., Hemming, K. A., & Gretter, M. L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: a meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55* (9), 156-61.
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2008). *Hand Book of Depression in Adolescents*. New York: Rutledge.
- Oei, T., & Dingle, G. (2007). The effectiveness of group cognitive behavioural therapy for unipolar depressive disorder. *Journal of Affective Disorder*, *107* (1-3), 5-21.
- Peterson, A. L., & Halstead, T. S. (1998). Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behavior Therapy*, *29*, 3-18.
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Rotella C. M., & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, *55* (3), 656-65.
- Rossello, J., Bernal, J., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and Group CBT and IPT for Puerto Rican Adolescents with Depressive Symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *14* (3), 234–245.
- Rossello, J. M., & Jiménez-Chafey, M. I. (2006). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Depression in Adolescents with Diabetes: A Pilot Study. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, *40* (2), 219-226.
- Rossello, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 734-745.

- Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewic, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care. *Archives of General Psychiatry*, 66 (12), 1332-1340.
- Stark, K., Hargrave, J., Sander, J., Custer, G., Schnoebelen, S., Simpson, J., & et al. (2006). *Treatment of childhood depression: The ACTION treatment program*: In P. C. Kendall (Eds), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*, New York: Guilford Press
- Stephen, R. S., Heather, K., & Gretchen, G. (2009). School-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Benchmarking Study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17 (2), 106-117.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 615-23.
- Tsai-Hwei C., Ru-Band L.U., Ai-Ju C, Da-Ming, C., & Kuei-Ru, C. (2006). The evaluation of cognitive- behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (1), 3-11.
- Tucker, M., Oei, T. P. S. (2007). is group more cost effective than individual Cognitive Behavior Therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35, 77-91
- Valliant, E.M. (1998). Increasing of self esteem. *Canadian Journal of psychology*, 37, 125 128.
- Varen, D. (1998). *Adjustment behavior and personality*. Arizona state university.
- Vostanis, P., Feehan, C., Grattan, E., & Bickerton, W. (1996). Treatment for children and adolescents with depression: Lessons from controlled trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2, 199-212.
- Williams, A. (2005). *Group work-based interventions*. In D. Creighton & G. (Eds.). *Psychology in Probation services* (82-Towel90). England: Blackwell Publishing.
- Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled trial of brief cognitive behavioral intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 737-746.