





دانشگاه تربیت معلم

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی بالینی

موضوع

بررسی اثر بخشی و مقایسه ی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و

درمان فراشناختی بر کاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی

بیماران افسرده اساسی

استاد راهنما

دکتر علیرضا مرادی

استاد مشاور

دکتر محمد حاتمی

نگارنده

هادی پرهون

شهریور ۱۳۹۰

اگر شایسته تقدیم باشند:

تقدیم به پدرم؛

ترنم مبرک معرفت، تندیس سخاوت و مردانگی

،

مادرم؛

باغبان، هستی ام که

به غنچه وجودم شکفتن آموخت

و از آوند وجودش محبت را به من هدیه داد

و با فانوس عمرش،

راه زندگی را به من نشان داد.

شکر و قدردانی

بر خود فرض می‌دانم از استاد ارجمندم جناب آقای دکتر علیرضا مرادی که، رهنمودهای ارزنده‌اش همیشه فانوس راه جهلم بوده است، کمال شکر و

قدردانی را داشته باشم.

همچنین از استاد مشاور عزیزم، جناب آقای دکتر محمدحاجی، که زحمت مشاوره این رساله را بر عهده داشتند و روشنگر راه تحصیلم بودند، به پاس رهنمودهای

ارزشمندشان کمال شکر و قدردانی را دارم.

و نیز بدین وسیله از مدیریت محترم کلینیک امام سجاد، به پاس همکاری صمیمانه، و تمامی دوستانی که در انجام این پژوهش مرا یاری دادند نهایت سپاس‌گذاری را

دارم.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده.....	الف.....
فصل اول: موضوع پژوهش.....	۱.....
مقدمه.....	۲.....
اهداف پژوهش.....	۸.....
اهداف اصلی.....	۸.....
اهداف فرعی.....	۸.....
فرضیه های پژوهش.....	۹.....
سوال های پژوهش.....	۹.....
اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۱۰.....
تعریف نظری و عملیاتی متغیر های پژوهش.....	۱۲.....
درمان فعال سازی رفتاری.....	۱۲.....
درمان فراشناختی.....	۱۳.....
افسردگی.....	۱۳.....
کیفیت زندگی.....	۱۴.....
فصل دوم: ادبیات پژوهش.....	۱۵.....
افسردگی.....	۱۶.....
علائم افسردگی.....	۱۸.....
علائم خلقی.....	۱۹.....
علائم شناختی.....	۱۹.....
علائم انگیزشی.....	۱۹.....
علائم جسمانی.....	۲۰.....

۲۰	سبب شناسی افسردگی اساسی
۲۱	مدل زیستی افسردگی
۲۱	ژنتیک
۲۲	پژوهش های خانوادگی
۲۳	پژوهش های فرزند خواندگی
۲۳	پژوهش های دوقلو ها
۲۴	انتقال دهنده های عصبی
۲۵	نوراپی نفرین
۲۵	سروتونین
۲۶	دوپامین
۲۷	سیستم هورمونی
۲۸	عصب شناسی عاطفی
۲۹	عوامل روانی اجتماعی
۲۹	مدل روانکاری افسردگی
۳۲	مدل شناختی افسردگی
۳۸	مدل درماندگی آموخته شده
۳۹	نظریه نا امیدی در افسردگی
۳۹	نقایص شناختی در افسردگی
۴۱	مدل فراشناختی نشخوار و افسردگی
۴۶	نظریه رفتاری
۴۷	الگوی فرستر
۴۸	الگوی لوینسون
۵۰	رویکرد های رفتاری جدید
۵۴	مطالعه و تحلیل مولفه های درمان شناختی رفتاری
۵۵	فعال سازی رفتاری
۵۷	فعال سازی رفتاری کوتاه مدت
۶۲	درمان فراشناختی

کیفیت زندگی.....	۶۴
سابقه موضوع مورد پژوهش	۶۸
فصل سوم: روش پژوهش.....	۷۴
طرح پژوهش.....	۷۵
جامعه و نمونه پژوهش.....	۷۵
ملاک های ورود آزمودنی ها به این پژوهش.....	۷۶
ملاک های خروج آزمودنی ها در این پژوهش.....	۷۶
ابزار های پژوهش	۷۷
مصاحبه بالینی ساختار یافته برای (DSM-IV).....	۷۷
پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI_II).....	۷۸
مقیاس افسردگی هامیلتون (HRSD).....	۷۹
پرسش نامه ی کیفیت زندگی WHOQOL-BREF.....	۸۱
روش های مداخله ای.....	۸۲
روش اجرای پژوهش.....	۸۲
روش تجزیه و تحلیل اطلاعات.....	۸۳
نحوه رعایت اصول اخلاقی.....	۸۳
فصل چهارم: یافته های پژوهش.....	۸۴
اطلاعات جمعیت شناختی.....	۸۵
فرضیه اول: درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت موجب کاهش علایم افسردگی اساسی می شود.....	۹۳
فرضیه دوم: درمان فراشناختی موجب کاهش علایم افسردگی اساسی می شود.....	۹۳
سوال اول: آیا بین اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی در کاهش علایم بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تفاوت معنا داری وجود دارد؟.....	۹۳

فرضه سوم: درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت منجر به بهبود کیفیت زندگی در بیماران افسرده اساسی

می شود..... ۹۷.....

فرضیه چهارم: درمان فراشناختی منجر به بهبود کیفیت زندگی در بیماران افسرده اساسی می شود..... ۹۷.....

سوال دوم: آیا بین اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی درافزایش کیفیت

زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تفاوت معنا داری وجود دارد؟..... ۹۷.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری..... ۱۰۰.....

فرضیه اول..... ۱۰۱.....

فرضه دوم..... ۱۰۵.....

فرضیه سوم..... ۱۰۸.....

فرضیه چهارم ۱۰۹.....

سوال اول و دوم..... ۱۱۱.....

نتیجه گیری نهایی..... ۱۱۳.....

محدودیت ها..... ۱۱۵.....

پیشنهادات..... ۱۱۶.....

منابع..... ۱۱۸.....

منابع فارسی..... ۱۱۹.....

منابع انگلیسی..... ۱۲۱.....

پیوست ها ۱۲۷.....

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱. شاخص های توصیفی برای متغیرهای دموگرافی تحصیلات، شغل و وضعیت تاهل.....	۸۵
جدول ۴-۲. مشخصات توصیفی متغیر جمعیت شناختی سن.....	۸۸
جدول ۴-۳. مشخصات توصیفی متغیر های اصلی پژوهش در سه سطح اندازه گیری گروه فعال سازی رفتاری.....	۸۸
جدول ۴-۴. مشخصات توصیفی متغیر های اصلی پژوهش در سه سطح اندازه گیری گروه درمان فراشناختی.....	۸۹
جدول ۴-۵. مشخصات توصیفی متغیر های اصلی پژوهش در سه سطح اندازه گیری گروه کنترل.....	۹۰
جدول ۴-۶. خلاصه نتایج آزمون های مختلف چند متغیری.....	۹۲
جدول ۴-۷. نتایج تفاوت های بین گروهی برای افسردگی بک و هامیلتون.....	۹۳
جدول ۴-۸. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه سه گروه درمانی در نمرات افسردگی بک و هامیلتون.....	۹۴
جدول ۴-۹. نتایج آزمون t برای مقایسه پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه در پرسشنامه بک و هامیلتون.....	۹۵
جدول ۴-۱۰. نتایج تفاوت های بین گروهی برای کیفیت زندگی.....	۹۷
جدول ۴-۱۱. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه سه گروه درمانی در کیفیت زندگی.....	۹۸
جدول ۴-۱۲. نتایج آزمون t برای مقایسه پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه برای کیفیت زندگی.....	۹۹

فهرست اشکال و نمودارها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۲. طرحی از مدل شناختی بک از افسردگی	۳۴
شکل ۲-۲. مدل معادله ساختاری فراشناخت نشخوار فکری و افسردگی	۴۳
شکل ۳-۲. نظریه ناهمخوانی خود در مدل فراشناخت اندیشناکی و افسردگی	۴۵
شکل ۴-۲. مدل آسیب شناسی رفتاری افسردگی	۶۱
شکل ۵-۲. مدل درمان رفتاری افسردگی	۶۱
شکل ۱-۴. فراوانی سطوح مختلف تحصیلات	۸۷
شکل ۲-۴. فراوانی سطوح مختلف شغلی	۸۷
شکل ۳-۴. فراوانی سطوح مختلف وضعیت تاهل	۸۸
شکل ۴-۴. میانگین سه متغیر افسردگی بک، افسردگی هامیلتون و کیفیت زندگی در گروه فعال سازی رفتاری	۹۰
شکل ۵-۴. میانگین سه متغیر افسردگی بک، افسردگی هامیلتون و کیفیت زندگی در گروه فراشناختی	۹۱
شکل ۶-۴. میانگین سه متغیر افسردگی بک، افسردگی هامیلتون و کیفیت زندگی در گروه کنترل	۹۲
شکل ۷-۴. مقایسه میانگین گروه های سه گانه درمانی در مراحل اندازه گیری افسردگی بک	۹۷
شکل ۸-۴. مقایسه میانگین گروه های سه گانه درمانی در مراحل اندازه گیری افسردگی هامیلتون	۹۷
شکل ۹-۴. مقایسه میانگین گروه های سه گانه درمانی در مراحل اندازه گیری کیفیت زندگی	۹۹

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی می باشد، روش های درمانی متنوعی جهت درمان آن وجود دارد. این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی و مقایسه درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی بر کاهش علائم و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی انجام شده است.

روش: در یک طرح آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون توأم با گروه کنترل، و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۴ آزمودنی زن، که براساس ملاک های DSM_IV توسط روانپزشک مورد ارزیابی قرار گرفتند، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گماشته شدند؛ گروه تحت درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت، گروه تحت درمان فراشناختی و گروه کنترل. گروه های آزمایش طی دو ماه تحت درمان قرار گرفتند و نمرات (BDI_II)، (HRSD) و (WHOQOL-BREF) قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری سه ماهه در هر سه گروه جمع آوری گردید و با استفاده از آزمون های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره، آزمون تعقیبی توکی و آزمون T وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین میزان اثر بخشی دو روش درمانی تفاوت معنی داری وجود دارد. یافته ها نه تنها موید اثر بخشی دو روش درمانی بر کاهش علائم و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده بودند، بلکه برتری درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت نسبت به درمان فراشناختی در انتهای درمان و در مرحله پیگیری تایید شد.

نتیجه گیری: هر دو روش درمانی در کاهش علائم افسردگی اساسی اثر بخش می باشند و با توجه به برتری درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت در مقایسه با درمان فراشناختی می توان آن را به عنوان یک روش انتخابی برای درمان افسردگی به کار برد.

واژگان کلیدی: افسردگی اساسی، درمان فعال سازی رفتاری، درمان فراشناختی، کیفیت زندگی.



مقدمه

افسردگی اساسی یکی از شایع ترین اختلالات روانی می باشد (سرانو^۱ و همکاران، ۲۰۱۰) و برآوردهای همه گیر شناسی نشان داده اند که شیوع طول عمر این اختلال بین ۱۳ تا ۱۹ درصد می باشد (هاسین^۲ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کسلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۳) و شیوع این اختلال در زنان ۲/۷ برابر بیشتر از مردان می باشد (گابیلوندو^۴، ۲۰۱۰). داده های اخیر پارکر^۵ و همکارانش (۲۰۰۱ به نقل از لمبرت، ۲۰۰۶) نیز نشان می دهند که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به افسردگی مبتلا هستند. به تقریب همه افراد حداقل یک بار به صورت خفیف احساس افسردگی می کنند، و شیوع این اختلال به قدری افزایش یافته که آن را سرما خوردگی اختلالات روانی نامیده اند (سلیگمن^۶، ۱۹۷۵ به نقل از کلارک^۷ و همکاران، ۱۹۹۹). همچنین بار قابل ملاحظه هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی اساسی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و تخمین شیوع سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد در جمعیت عمومی همراه با در نظر داشتن میزان خطر در سراسر زندگی^۸ که در حدود ۱۷-۱۹ درصد (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴ به نقل از کنی و ویلیامز، ۲۰۰۷)، همچنان افسردگی را به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش ها باقی نگه داشته است. به علاوه خودکشی به عنوان فاجعه آمیزترین پیامد افسردگی (گلدنی^۹، ۲۰۰۴؛ مورو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۰) با روند رو به رشد خود در بسیاری از کشورها، همواره در حیطه ی برجسته ترین آسیب های بهداشت روان مطرح بوده است (روی^{۱۱}، ۲۰۰۴).

-
- 1 - Serrano
 - 2 - Hasin
 - 3 -Kessler
 - 4 -Gabilondo
 - 5 - parker
 - 6 -Seligman
 - 7 -Clark
 - 8 -Life Time risk
 - 9 -Goldni
 - 10 - Morrow
 - 11-Rouy

یکی دیگر از پیامدهای ناخوشایند افسردگی کاهش رضایت و کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیرات عمده‌ای در زندگی داشته باشد. امروزه کیفیت زندگی اغلب به عنوان یک مفهوم پویای چند بعدی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند در بین افراد مختلف و همچنین در طول زندگی یک فرد متفاوت باشد. یک توافق کلی در بین پژوهشگران وجود دارد که شالوده کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی (کارکرد جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل (ذهنی) بهزیستی درونی است. عوامل ذهنی بیشتر بر رضایت از زندگی تأکید دارند، در حالی که عوامل عینی بیشتر بر نیازهای مادی و مشارکت در فعالیت‌ها و روابط بین فردی متمرکز هستند (لمبرت و نابیر^۱، ۲۰۰۴). بر خلاف قرن بیستم، چالش اصلی قرن حاضر نه زنده ماندن بلکه زندگی با کیفیتی بهتر و بالاتر است و از آنجا که مطالعات نشان می‌دهند که بیش از هر چیز، مشکلات روانی و عاطفی موجب کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شوند (مایکل و همکاران^۲، ۲۰۰۶) توجه و رسیدگی خاص به بهداشت روانی افراد و اقدامات درمانی مناسب، مسئله عمده‌ایست که باید با دقت بیشتری به آن پرداخت.

در حال حاضر شیوه‌ی رایجی که برای درمان افسردگی به کار برده می‌شود عمدتاً دارو درمانی است. هر چند محققان می‌پذیرند که این درمان می‌تواند نشانه‌های خاص افسردگی را کاهش دهد اما متخصصان برای بسنده نبودن آن دلایلی را ارائه کرده‌اند. از جمله اینکه داروهای ضد افسردگی واکنش‌های نامناسب؛ قلبی-عروقی، عصبی و هاضمه‌ای ایجاد می‌کنند. علاوه بر این کسانی که تحت درمان دارویی قرار گرفته‌اند مهارت‌های سازشی را که مداخلات روان درمانی برای محافظت فرد در مقابل عود و وقوع دوباره افسردگی ارایه می‌کنند، یاد نمی‌گیرند (وات و کیپلیز^۳، ۲۰۰۰).

و از آنجایی که داروها در درمان بیماری‌های روانی، زیاد موثر واقع نشده‌اند و بعد از قطع دارو میزان عود در آنها بالا می‌باشد، و بعضاً آثار جانبی و اختلالات عملکرد حرکتی در پی دارند. و نقش یک روان درمانگر به عنوان کسی که می‌تواند کمبودهای عاطفی و حمایتی فرد بیمار را برطرف سازد با هیچ دارویی نمی‌

1-Lambert & Naber

2 - Michalos

3 -Watt

توان جایگزین کرد، (پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۳) و همچنین درمان های روانشناختی، داری حداقل عوارض ناخواسته هستند (آمد و تاکیشتا^۱، ۱۹۹۷)، بنابراین توجه به روان درمانی ها در درمان بیماران افسرده امری اجتناب ناپذیر می باشد. از طرفی دیگر در طول چند دهه گذشته روش های، روانشناختی متعددی برای درمان افسردگی به کار رفته است از جمله آنها می توان به رفتار درمانی، روان درمانی بین فردی و شناخت درمانی و درمان فراشناختی اشاره نمود، هر چند همه این درمان ها داری اثرمندی هستند اما در میان آنها تفاوت هایی از نظر میزان اثر مندی و با صرفه بودن نیز وجود دارد(جیکوبسون و همکاران^۲، ۱۹۹۶). پژوهش ها نشان داده اند که درمان فعال سازی رفتاری نسبت به شناخت درمانی در درمان افسردگی موثرتر می باشد. به طوری که می توانند درمان انتخابی برای افسردگی به حساب آید (دیمیجان^۳، ۲۰۰۶). درمان فعال سازی رفتاری^۴ فرایندی درمانی می باشد که به طور ساختار یافته ای باعث افزایش رفتار های می شود که تماس فرد را با پیوستگی های تقویتی^۵ محیطی زیاد تر می کند. این فرایند منجر به بهبودی خلق، تفکر، و کیفیت زندگی فرد می شود و هرچند اصول زیر بنایی این درمان بر فعال سازی رفتاری متمرکز می باشد، اما در آن فرایند های شناختی و انگیزشی نیز نادیده گرفته نشده (هوپکو وهمکاران^۶، ۲۰۰۳). بر اساس این دیدگاه رفتار افسرده وار^۷، راهبرد های مقابله ای برای اجتناب از شرایط محیطی است که برای بیمار تقویت اندک یا آزارندگی بالای تولید می کند از این رو درمان فعال سازی رفتاری راه انداز های افسردگی را در زندگی فرد می بیند نه در کاستی های درون فردی. از جمله مهمترین خصوصیات این درمان، مقرون به صرفه بودن از نظر زمان، هزینه، امکانات و سهولت در اجرا، داشتن راهنمای درمانی و منطبق بودن پروتکل درمان با ویژگی های فردی بیمار می باشد. اثربخشی این درمان در پژوهش های مختلف مشتمل بر درمان افسردگی بیماران سوء مصرف کننده مواد (داگترز و همکاران^۸، ۲۰۰۸)، افراد

1 - Ahmed & Taketishta

2 - Jacobson

3 -Demijohn

4 -Behavioral activation treatment

5 - contingency reinforcement

6 -Hopko

7 -depressive behavior

8 -Daughters

افسرده ای که در کودکی مورد آزار قرار گرفته اند (روگیرو و همکاران^۱، ۲۰۰۵)، دانشجویان مبتلا به افسردگی اساسی (گاورسیاک^۲، نیکولاس^۳، هوپکو^۴، ۲۰۰۹)، همایندی اختلال افسردگی اساسی و اضطراب اضطراب فراگیر (هوپکو، لژیوز، ۲۰۰۴)، افسردگی بیماران سرطانی (هوپکو، آرمنتو^۵، بل، ۲۰۰۵)، کاهش رفتارهای منجر به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (هوپکو، سانچز^۶، لژیوز ساندر^۷، ۲۰۰۳) و همایندی افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر (آرمنتو، هوپکو، ۲۰۰۹)، به اثبات رسیده است.

افزون بر این، نظریه جدید دیگری که در سالیان اخیر در حیطه روان درمانی اختلال افسردگی مطرح شده است رویکرد فراشناخت می باشد که درون مایه اصلی آن از رویکرد شناختی بر گرفته شده است. ولز و متیوس^۸ (۱۹۹۴) بیان کردند این دیدگاه که به طرحواره به عنوان اطلاعات نامربوطی بنگریم و این عقیده که درمانگر می تواند آنها را از ذهن بیمار پاک کند و به جای آن فرضیات واقعی تری را جایگزین کند نمی تواند مثمرتر باشد زیرا، مردم باور ها را شکل می دهند و به طور فعال بر اساس قوانین درونی آنها را مورد تجدید نظر قرار می دهند. بنابراین آنچه دارای اهمیت است، صورت بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و سازو کار هایی است که موجب می شود تا بیماران به تعبیر و تفسیر باور های ناسازگار بپردازند. و آنچه مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی کامل برای بازنمایی تعامل بین دانش خود و آشفتگی هیجانی است. بنابراین درمان فراشناختی افسردگی بر کاهش فرایند های شناختی غیر سودمند و تسهیل سبک های فراشناختی پردازش تمرکز دارد. این درمان بیمار را به گسیختن نشخوارهای فکری، کاهش تمایلات خود نظارتی غیر سودمند و ایجاد سبک های سازگارانه قادر می سازد. علاوه بر این مشتمل بر فنونی برای چالش با باورهای فراشناختی منفی (در مورد غیر قابل کنترل بودن افکار افسرده کننده) و باور های فراشناختی مثبت (در مورد ضرورت انجام نشخوار فکری برای مقابله و یافتن پاسخ) می باشد و با تکنیک های آموزش توجه ترکیب می شود (ولز، ۲۰۰۸) می توان گفت که درمان فراشناختی از این جهت که به اصلاح فکر می

-
- 1 -Ruggiero
 - 2 -Gawrysiak
 - 3 -Nicholas
 - 4 -Hopko
 - 5 -Armento
 - 6 -Sanchez
 - 7 - Sandra
 - 8 -Wells & Matthews

پردازد شکلی از شناخت درمانی است، اما این درمان بر فرایند و دانش فراشناختی تاکید می کند در مدل های اختصاصی، در نظریه و مفهوم سازی و تکنیک هایی که برای این منظور به کار می برد با شناخت درمانی متفاوت است.

برای اینکه یک روش درمانی به طور گسترده قابل دسترسی باشد لازم است در عین کوتاه مدت بودن، ساده تر و کمتر آزار دهنده تر، و در عین حال به تخصص بالایی نیاز نداشته باشند (کیلیس^۱، ۲۰۰۱). یک روند رو به رشد در ابداع مداخله های جدید این است که مدل درمانی بر مبنای مکانیسم هایی بنا شود که از پردازش هیجانی به طور طبیعی جلوگیری نماید، مدل فراشناختی در درمان افسردگی یکی از این مداخله ها است (ولز^۲، ۲۰۰۰، ولز و سمبی^۳، ۲۰۰۴). و هدف آن گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف در بیمار می باشد، و از اینکه پردازش به صورت نگرانی^۴ و نشخوار فکری^۵ و بازنگری و تهدید انجام گیرد جلوگیری می نماید (ولز، ۲۰۰۴).

بنابراین این درمان در عین کوتاه بودن (ولز، ۲۰۰۹)، بیشتر مبتنی بر راهبرد ها و فرایند های است که شناخت ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می کنند. پژوهش ها نشان می دهد که استفاده از درمان فراشناختی برای اختلال هایی مثل اضطراب فراگیر (ولز و کینگ^۶، ۲۰۰۶)، فوبی اجتماعی (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۱)، استرس پس از سانحه (ولز و سمبی^۷، ۲۰۰۴؛ کولبریو^۸ و ولز، ۲۰۰۸)، اختلال وسواس جبری (سیمونز، شنايدر، هرترز، ۲۰۰۶؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۸) و اختلال افسردگی (ولز فیشر و همکاران، ۲۰۰۸) موثر واقع شده است.

به طور کلی می توان گفت که کوتاه مدت بودن درمان های حاضر امکان به کار گیری آنها را در شرایط بالینی میسر می سازد، در نتیجه جمعیت بیشتری را می توان از طریق این درمان ها در کوتاه مدت تحت

-
- 1 -kilic
 - 2 -wells
 - 3 -sembi
 - 4 -worry
 - 5 -rumination
 - 6 -king
 - 7 -sembi
 - 8 -Colbear

پوشش قرار داد. بنابراین این درمان ها لحاظ آموزشی هزینه های کمتری بر سیستم خدمات بهداشت تحمیل می کنند.

امروزه پژوهشگران علاوه بر پژوهش در حیطه اثر مندی^۱ درمان ها به اهمیت اثربخشی^۲ درمان ها نیز توجه می کنند. آنها در پی بررسی این مسئله هستند که آیا اثرات درمانی خاص علاوه بر محیط کنترل شده پژوهش بر محیط درمانی واقعی نیز قابل تعمیم هستند؟ در پژوهش های اثر مندی برای افزایش روایی درونی^۳ کنترل های متعددی اعمال می شود. اما در پژوهش های اثر بخشی، روایی بیرونی^۴ یا تعمیم پذیری پذیری نتایج به جامعه اهمیت بالایی دارد (سلیگمن و روزنهان، ۲۰۰۱).

علاوه بر اثر مندی و اثر بخشی درمان ها هزینه های که درمان ها در بر دارند نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است، درمان های که در زمان کوتاه تری اثرات درمانی مشابهی با درمان های بلند مدت دارند و درمانگرانشان نیاز به آموزش کمی داشته و هزینه مالی کمتری را برای درمانجویان داشته باشند نسبت به درمان هایی که هزینه بالایی را برای سیستم خدمات بهداشتی و درمانجویان به بار می آورند در اولویت قرار دارند (کازدین، ۱۹۹۲). در نتیجه تغییراتی که امروزه در هزینه های خدمات بهداشتی به وجود آمده، توجه ها را به سوی درمان های کوتاه مدت و به طور تجربی آزموده شده معطوف ساخته است (بلانکو^۵، لیپستیز^۶ و لیپستیز^۷ و کالیگو^۷، ۲۰۰۱).

درمان های فعال سازی رفتاری کوتاه مدت (لیجوز و همکاران، ۲۰۰۱) و درمان فراشناختی (ولز، فیشر و همکاران، ۲۰۰۸) از جمله روش های درمانی هستند که می توانند برای درمان افسردگی به کار روند. افزون بر این دو روش درمانی هستند که به تازگی و پس از سال (۲۰۰۰) در حیطه روان درمانی افسردگی مطرح شده اند و تبیین و تحلیل میزان اثر بخشی آنها نیاز به تعمق و تحقیقات بیشتری دارد. با توجه به اهمیت

1 -efficacy

2 -effectiveness

3 -internal validity

4 -external validity

5 -Blanco

6 -Lipstiz

7 -Caligor

پژوهش های اثر بخشی در تعمیم نتایج به جامعه و موقعیت های درمانی واقعی گرچه در مورد افسردگی و درمان آن در دنیا پژوهش های مختلفی صورت پذیرفته، اما در مورد بررسی اثربخشی این دو درمان حداقل در جمعیت ایرانی پژوهش های بسیار اندکی انجام گرفته است. بر همین اساس، پژوهش حاضر با نگاهی تطبیقی از یک طرف به دنبال بررسی میزان اثر بخشی این دو رویکرد درمانی در کاهش علایم و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می باشد. از طرف دیگر در پی علم به این موضوع است که کدامیک از آنها در درمان افسردگی اثر بخش تر است.

اهداف پژوهش

هدف اصلی

هدف این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی در کاهش شدت علایم اختلال افسردگی اساسی و نیز مقایسه تاثیر این دو روش درمانی، در افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به این اختلال می باشد.

اهداف فرعی

- (۱) بررسی اثر درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت در کاهش علایم افسردگی اساسی.
- (۲) بررسی اثر درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت در افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی.
- (۳) بررسی اثر درمان فراشناختی در کاهش علایم افسردگی اساسی.
- (۴) بررسی اثر درمان فراشناختی در افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی.

فرضیه ها و سوال های پژوهش

فرضیه های پژوهش

- ۱) درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت موجب کاهش نشانه هایی افسردگی اساسی می شود.
- ۲) درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی می شود.
- ۳) درمان فراشناختی موجب کاهش نشانه هایی افسردگی اساسی می شود.
- ۴) درمان فراشناختی موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی می شود.

سوال های پژوهش

- ۱) آیا بین اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی تفاوت معنا داری وجود دارد؟
- ۲) آیا بین اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تفاوت معنا داری وجود دارد؟