



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

رساله دکتری تخصصی (Ph.D)

رشته روان شناسی

بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده محور، گروهی و فردی در کاهش میزان افسردگی دانش آموزان پسر مراجعه کننده به مراکز

مشاوره آموزش و پرورش شهر بندرعباس

استاد راهنما: دکتر احمد برجعلی

اساتید مشاور: دکتر حسین اسکندری، دکتر علی دلاور

اساتید داور: دکتر محمود گلزاری، دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید

دانشجو: کوروش محمدی

شهریور ۱۳۸۹

صلى الله عليه وسلم

تقديم به:

مذبح

تقدیر و تشکر:

سپاس و تشکر فراوان از:

- استاد فرزانه و بزرگوار، جناب آقای دکتر احمد برجعلی که راهنمایی رساله را تقبل نمودند و در طی این راه دشوار با تمام توان صبورانه و عالمانه یاری ام کردند.
- اساتید عالم و گرانقدر، جناب آقای دکتر حسین اسکندری و دکتر علی دلاور که مشاوره این پژوهش را بر عهده گرفتند.
- اساتید اندیشمند و بزرگوار جناب آقای دکتر محمود گلزاری و دکتر علی اصغر نژاد که داوری رساله را بزرگوارانه بر عهده گرفتند و از ارشادات خویش مرا بهره‌مند ساختند.
- در پایان از همسر، پدر و مادرم و برادرانم که مشوق من در امر تحصیل بودند و پیشرفتم در تحصیل را بخصوص مدیون برادرم، تیمور، می‌دانم، کمال تشکر و سپاسگذاری را دارم.

چکیده

هدف پژوهش حاضر عبارت بود از بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده‌محور، گروهی و فردی در کاهش میزان افسردگی نوجوانان پسر. به منظور دستیابی به این هدف، تعداد ۴۸ نوجوان پسر افسرده بطور تصادفی انتخاب و در چهار گروه ۱- CBT خانواده‌محور، ۲- CBT گروهی، ۳- CBT فردی و ۴- گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی کودکان بود که در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد درمان شناختی رفتاری خانواده‌محور، گروهی و فردی در کاهش میزان افسردگی نوجوانان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری موثر است. از دیگر یافته‌های پژوهش این بود که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده‌محور، گروهی و فردی در مرحله پس‌آزمون تفاوتی وجود ندارد اما در مرحله پیگیری اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده‌محور بیشتر از درمان شناختی رفتاری گروهی و فردی بود.

کلید واژه: افسردگی، درمان شناختی رفتاری خانواده‌محور، گروهی، فردی

فهرست مطالب

۲	مقدمه.
۴	بیان مساله
۱۰	اهمیت پژوهش
۱۴	اهداف پژوهش
۱۴	فرضیه ها
۱۴	تعاریف متغیرهای پژوهش.
	فصل دوم
۱۹	افسردگی
۱۹	ملاکهای تشخیصی افسردگی اساسی.
۲۰	ملاکهای تشخیصی افسرده خوی
۲۳	شیوع.
۲۴	دوره
۲۵	هم ابتلائی
۲۷	تفاوتهای جنسیتی
۳۰	ارزیابی
۳۳	نظریه های افسردگی نوجوانی
۳۳	نظریه های زیستی
۳۳	وراثت
۳۵	یافته های تصویربرداری مغزی
۳۸	تاثیرات شیمی عصبی
۳۹	سیستم پاسخ به استرس
۴۱	نظریه های روانشناختی
۴۵	نظریه ناامیدی
۴۶	نظریه شناختی بک
۴۸	نظریه سبکهای پاسخ
۵۰	مدل شایستگی محور کول

۵۱	درمان افسردگی نوجوانی
۵۱	درمانهای دارویی
۵۳	مداخلات روانی اجتماعی
۵۵	درمان شناختی در عمل.
۵۸	ویژگیهای مشترک پروتکل‌های درمان شناختی رفتاری
۷۲	درمان خانواده محور
۷۵	برنامه مقابله با افسردگی
۸۰	جمع‌بندی
۸۳	تحقیقات داخلی.
۸۶	تحقیقات خارجی
	فصل سوم
۹۷	طرح پژوهش
۹۷	آزمودنیها، جامعه و نمونه آماری
۹۷	روش نمونه‌گیری
۹۸	معیارهای ورود آزمودنیها
۹۹	ابزارهای پژوهش
۱۰۰	فرایند اجرای تحقیق
۱۰۳	مراحل جلسات مداخله مبتنی بر روش خانواده‌محور
	فصل چهارم
۱۰۸	نتایج توصیفی
۱۱۱	نتایج تحلیل آماری
	فصل پنجم
۱۱۷	خلاصه پژوهش
۱۱۸	بحث و تبیین یافته‌های پژوهش
۱۲۷	محدودیت‌های پژوهش
۱۲۸	پیشنهاد‌های پژوهشی
۱۲۹	پیشنهاد‌های کاربردی

۱۳۱	-----	منابع فارسی
۱۳۲	-----	منابع انگلیسی

فهرست جداول و نمودارها

- جدول ۱-۲- طبقه‌بندی اختلالات افسردگی مطابق با DSM-IV و ICD-10-----۲۲
- جدول ۱-۴- فراوانی پایه تحصیلی آزمودنیها به تفکیک گروهها-----۱۰۸
- جدول ۲-۴- میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنیها-----۱۰۹
- جدول ۳-۴- میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی آزمودنیها-----۱۱۰
- جدول ۴-۴- نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون گروهها-----۱۱۱
- جدول ۵-۴- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرنی در مرحله پس‌آزمون-----۱۱۲
- جدول ۶-۴- نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین نمرات پیگیری گروهها-----۱۱۳
- جدول ۷-۴- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرنی در مرحله پیگیری-----۱۱۴
- نمودار ۱-۴- میانگین نمرات افسردگی گروهها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری-----۱۱۵
- شکل ۱-۲- مدل زیستی روانی اجتماعی تحول افسردگی نوجوانان-----۲۹
- شکل ۲-۲- مدل یکپارچه سبب‌شناسی افسردگی نوجوانان-----۴۱

فصل اول

کلیات پژوهش

امروزه نوجوانان به میزان بی سابقه‌ای افسردگی^۱ را تجربه می‌کنند. همزمان با اوج گرفتن میزان شیوع^۲ افسردگی در جوامع غربی، میانگین سن شروع این اختلال سریعاً در حال کاهش است. محققان گزارش کرده‌اند که در سن ۱۴ سالگی ۹ درصد از افراد حداقل یک دوره افسردگی اساسی^۳ را تجربه کرده‌اند. میزان شیوع افسردگی اساسی در طی عمر برای نوجوانان سنین ۱۵ تا ۱۸ سال تقریباً ۱۴ درصد تخمین زده شده است. این میزان برای افسردگی مینور^۴ حدود ۱۱ درصد می‌باشد. حتی زمانی که ملاکهای تشخیصی مدنظر قرار نگیرد، علائم افسرده‌ساز^۵، بطور فعالی به عملکرد فرد آسیب می‌زنند و ممکن است در نهایت منجر به رشد یک اختلال تشخیص‌پذیر شود. افسردگی زودرس یک اختلال مزمن^۶ است که ۸۴ درصد از افراد مبتلا، در جوانی دوره‌های افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند. به علاوه شروع زودرس افسردگی با دامنه گسترده‌ای از مشکلات روانپزشکی و سلامت جسمانی و آسیب به حوزه‌های مختلف عملکرد فرد در بزرگسالی همراه است (نولن-هوکسیما^۷ و هیلت^۸، ۲۰۰۸).

میزان شیوع افسردگی کودکی و نوجوانی در ایران بطور دقیق مشخص نیست. در تحقیقات مختلف نرخ شیوع افسردگی بر مبنای پرسشنامه‌های محقق‌ساخته، پرسشنامه افسردگی بک^۹ و پرسشنامه افسردگی

^۱ - depression

^۲ - prevalence

^۳ - major depression

^۴ - minor

^۵ - depressive

^۶ - chronic

^۷ - Nolen-Hoeksema, S

^۸ - Hilt, L.M

^۹ - Beck Depression Inventory(BDI)

کودکان^۱ کوکس^۲ و با در نظر گرفتن یک نقطه برش^۳ (که مبتنی بر نمونه‌های خارجی بوده است) بین ۱۰ تا ۳۰ درصد برآورد شده است (شجاعی‌زاده و صافیانی، ۱۳۸۰؛ اعتصام و مودب، ۱۳۸۱، جان‌بزرگی و حسینی، ۱۳۸۴؛ سلطانی‌فر و بینا، ۱۳۸۶؛ منیرپور و همکاران، ۱۳۸۱؛ دهقانی و حکیمی، ۱۳۸۱؛ مصمم، ۱۳۷۹؛ احمدی‌بفروئی، ۱۳۷۸؛ فلاح و صیامی، ۱۳۷۵؛ روشن و نریمانی، ۱۳۸۲). میزان شیوع افسردگی نوجوانان در هرمزگان بین ۱۰ تا ۲۱ درصد برآورد شده است (شاگردیان، ۱۳۸۴؛ راستی، ۱۳۸۱؛ پرتابیان، ۱۳۸۵).

در طی سالهای اخیر اکثر محققان مباحث علت‌شناسی^۴، درمان^۵ و پیشگیری^۶ از افسردگی را در نمونه‌های بزرگسالان مورد مطالعه قرار داده‌اند. متأسفانه اطلاعاتی که از این نمونه‌ها به دست می‌آید قابل تعمیم به جمعیت کودک و نوجوان نمی‌باشد. به علاوه تفاوت‌های مربوط به سن در رابطه با رشد شناختی^۷، هیجانی^۸، رفتاری^۹ و جسمانی باید مورد توجه قرار گیرد. پیشرفتهای ارزشمندی در طی دهه گذشته برای فهم علت افسردگی کودکی و نوجوانی با توجه به مدل‌های مختلف حاصل شده است. این تحقیقات منجر به ایجاد درمان‌های موثر افسردگی کودکی و نوجوانی شده است. مسیر این درمان‌ها شبیه ادبیات تحقیقی بزرگسالان بود. مداخلات موفقیت‌آمیز بزرگسالی برای کودکان کوچک‌سازی شد، محتوا ساده و ساختار آن افزایش یافت. از بین درمان‌های افسردگی کودکی و نوجوانی، بی‌تردید درمان

1 - Children Depression Inventory

2 - Kovacs, M

3 - cut off point

4 - etiology

5 - treatment

6 - prevention

7 - cognition

8 - emotional

9 - behavioral

شناختی- رفتاری^۱، روشی است که بیشترین تحقیقات در مورد آن انجام شده و بیشترین حمایت را در درمان افسردگی کودکی و نوجوانی کسب کرده است (ایکشتاین^۲، ۲۰۰۸).

بیان مساله

تا عصر حاضر اعتقاد بر این بود که اختلال افسردگی خاص دوره بزرگسالی می‌باشد. اما اخیراً درک وسیع‌تری از ماهیت اختلال افسردگی در متخصصان به وجود آمده و نسبت به این مساله شناخت بیشتری حاصل شده است. افسردگی کودکان و نوجوانان به طور روز افزونی به عنوان 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 دوره کودکی یک مسئله مهم می‌باشد بطوریکه که حدود ۲ تا ۳ درصد کودکان پیش از بلوغ و حدود ۳ تا ۸ درصد نوجوانان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (نولن- هوکسما و هیلت، ۲۰۰۸). اصطلاح افسردگی طیف وسیعی از غمگینی طبیعی^۳، سوگ^۴ و نشانگان افسرده‌ساز^۵ تا انواع شدید سایکوز افسرده‌ساز^۶ را در بر می‌گیرد (عبدالخالق^۷، ۱۹۹۳).

الگوی نشانه‌های افسردگی کودکان و نوجوانان به لحاظ شناختی، عاطفی، رفتاری و شکایت‌های جسمانی، مشابه افسردگی بزرگسالان است (کازلو^۸ و همکاران، ۱۹۸۴). به علاوه تغییرپذیری بسیار اندکی

¹ - cognitive –behavioral therapy

² - Eckshtain, D

³ - Normal sadness

⁴ - Grief

⁵ - Depressive symptoms

⁶ - Depressive psychotic

⁷ - Abdel khalek, A.M

⁸ - Kaslow, N.J

در نشانگان این اختلال در طول عمر وجود دارد (کواکس، ۱۹۹۷). بر اساس تحقیقات انجام شده بین افسردگی نوجوانان و بزرگسالان از نظر وجود خلق افسرده ساز مداوم، وجود علائم نباتی^۲، آشفتگی در خواب^۳، اختلال در اشتها و انرژی^۴، مشکلات تمرکز و توجه^۵ و کاهش علاقه به فعالیت های معمولی شباهت وجود دارد (عیسی^۶، ۲۰۰۶). غمگینی^۷ مداوم، زودرنجی، تحریک پذیری^۸ و یک نوع حس کلی ناامیدی^۹، از جمله حالت هایی است که در کودکان و نوجوانان افسرده وجود دارد. آنها ممکن است علاقه ای به فعالیت های جدید از خود نشان ندهند و نیز ممکن است دیگر از فعالیت های قبلاً برایشان دلپذیر و خوشایند بود لذت نبرند. این افراد ممکن است با مشکلات تحصیلی و الگوهای رفتاری پرخاشگرانه^{۱۰} یا ضداجتماعی^{۱۱} روبرو گردند. برخی دیگر ممکن است دچار 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^{۱۲} است، صحبت کنند. تحقیقات نشان داده اند که شیوع اختلالات افسرده ساز در بین کودکان و نوجوانان رو به افزایش است در حالیکه سنی که در آن بزرگسالان افسرده می شوند کاهش پیدا کرده است. بنابراین افسردگی در جوانی خیلی شایع شده و جوانان در سنین پایین تری نشانه های

¹ - Depressive mood

² - Vegetative singe

³ - Sleep disturbance

⁴ - Appetite and energy

⁵ - concentration and attention

⁶ - Eisa, M.B

⁷ - Sadness

⁸ - irritable

⁹ - hopelessness

¹⁰ - aggressive

¹¹ - anti social

¹² - suicide

افسردگی را بروز می‌دهند. افسردگی در کودکان و نوجوانان یک مشکل رو به رشد همراه با تلویحات جدی برای عملکرد تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و هیجانی است (ایکشتاین، ۲۰۰۸).

شیوعی بین ۰/۴ تا ۸/۳ درصد در کودکان و نوجوانان گزارش می‌شود. تقریباً ۲ درصد کودکان و ۴ تا ۸ درصد نوجوانان ملاکهای افسردگی اساسی را برآورده می‌سازند. شروع زودرس افسردگی، خطر دوره‌های افسردگی بعدی در نوجوانی و بزرگسالی را به میزان حدود ۴۵ تا ۷۲ درصد در طول ۳ تا ۷ سال افزایش می‌دهد. کودکانی که افسردگی‌شان تا دوران بلوغ و بزرگسالی ادامه داشته باشد، در معرض خطر فزاینده‌ای برای سوء مصرف دارو^۱ یا الکل، پرداختن به روابط جنسی ناسالم یا سایر رفتارهای پرخطر قرار دارند (نولن هوکسما و هیلت، ۲۰۰۸).

مداخلات جهانی برای پیشگیری از افسردگی به طور معمول در مدارس صورت گرفته است. برنامه پیشگیری درمورد نوجوانان روی آموزش مهارت‌های رفتاری - شناختی شامل بازسازی شناختی^۲، مدیریت اضطراب^۳، آرمیدگی^۴، مهارت‌های حل مسئله^۵ و مقابله‌های متمرکز بر هیجان، پیش‌بینی پیامدها و جرات‌آموزی^۶ تمرکز داشته است (گیلهم^۷، ۲۰۰۶).

مطالعه درمان‌های روان‌شناختی افسردگی کودکان و نوجوان به عنوان یک حوزه فعال مورد توجه محققان است. مداخلات کنونی برای افسردگی شامل مداخلات روانی اجتماعی مثل درمان شناختی-

¹ - drug abuse
² - cognitive restructuring
³ - anxiety management
⁴ - relaxation
⁵ - problem solving
⁶ - assertive trianing
⁷ - Gillham, J.E

رفتاری (CBT)، درمانهای بین فردی^۱ (IPT)، خانواده درمانی^۲ و درمانهای روان دارویی است (نولن- هوکسما و هیلت، ۲۰۰۸).

از بین درمانهای افسردگی کودک بی‌تردید CBT روشی است که بیشترین تحقیقات درمورد آن انجام شده و بیشترین حمایت را در درمان افسردگی کودکی و نوجوانی کسب کرده‌است. پس از چندین دهه کاربرد CBT درمورد 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 CBT یک درمان موثر افسردگی و اضطراب در کودکان سنین ۸ سال به بالاست. تحقیقات انجام شده نشان داده که CBT بر درمانهایی مثل آموزش آرمیدگی، درمان حمایتی^۳ و مشاوره سستی اولویت و برتری داشته و اثربخشی بیشتری دارد (استارک^۴ و همکاران ۱۹۸۷، وستانیس^۵ و همکاران ۱۹۹۶، وود^۶ و همکاران ۱۹۹۶، برنت^۷ و همکاران ۱۹۹۷). دستورالعملهای بالینی پیشنهاد می‌کنند CBT اولین انتخاب درمان در افسردگی نوجوانی است زیرا اثربخشی آن به خوبی اثبات شده‌است. مداخلات کنونی CBT برای افسردگی کودکان و نوجوانان براساس ادغام الگوهای شناختی، رفتاری و محیطی افسردگی قرار دارد. این مداخلات تمایل دارند مولفه‌های درمانی چندگانه را در تلاش برای افزایش کارایی و توسعه نتایج برای شرکت‌کنندگان با هم ترکیب کنند (گیلهم، ۲۰۰۶).

¹ - interpersonal therapy

² - family therapy

³ - supportive

⁴ - Stark, K.D

⁵ - Vostanis, P

⁶ - Wood, A

⁷ - Brent, D. A

درمان شناختی- رفتاری یک رویکرد درمانی است مبتنی بر این فرض که یک اختلال روان شناختی بوسیله الگوهای افکار بدعملکرد و فقدان راهبردهای مقابله‌ای ایجاد یا حفظ می‌شود. اهداف کلیه درمانهای شناختی- رفتاری تعیین و کاهش سوگیریها یا تحریفات شناختی^۱ و ایجاد مهارتهای مقابله- ای^۲ موثر و مهارتهای حل مسئله می‌باشد. از سوی دیگر سوالاتی درباره بی‌خطر بودن استفاده از دارو در درمان افسردگی همچنان مطرح است. در تحقیق فراتحلیلی که توسط بریج^۳ و همکاران (۲۰۰۶) صورت گرفت نسبت خطر حدود ۱ به ۱۴ برآورد شده‌است و علی‌رغم اثربخشی مثبت داروهای ضدافسردگی، بسیاری از نوجوانان و خانواده‌هایشان تمایلی به استفاده از این روش ندارند. علی‌رغم وجود حمایت‌های تجربی از درمان شناختی- رفتاری افسردگی کودکی و نوجوانی، در تحقیق فراتحلیلی که توسط ویسز^۴، مک‌کارتی^۵ و والر^۶ (۲۰۰۶) انجام شد، گزارش می‌کنند که این درمانها نتایج معنادار و بااهمیتی دارد اما تاثیرات آنها از نظر قدرت، وسعت و دوام، متوسط است. لذا دو پیشنهاد می‌کنند؛ یکی افزایش میزان زمان و طول جلسات و دیگری افزایش ظرفیت درمان از طریق افزودن مولفه‌هایی به درمان اصلی. یکی از این مولفه‌ها که می‌توان به درمان افزود، آموزش و مشارکت والدین است. در درمان خانواده- محور^۷، آموزش والدین و مشارکت آنها در درمان مورد تاکید می‌باشد. در این شیوه، همزمان با درمان که بصورت گروهی اجرا می‌شود، والدین آنها نیز آموزش می‌بینند و در درمان مشارکت می‌کنند (ایکشتاین، ۲۰۰۸).

¹ - cognitive distortion

² - coping

³ - Bridge, J.A

⁴ -Weisz, j.R

⁵ - Mc Carty, C.A

⁶ - Valeri , S.M

⁷ - family-base

افسردگی نوجوانی در متن خانواده ظاهر می‌شود و با تجارب استرس‌زای زندگی و روابط آسیب‌دیده همراه است که باعث دوام و توسعه علائم افسردگی می‌شود. ریسک‌فاکتورهای خانواده شامل عوامل ژنتیکی، دموگرافیک^۱ و محیطی می‌باشد. عوامل ژنتیکی به تنهایی کل واریانس افسردگی نوجوانی را تبیین نمی‌کنند. شناسایی رابطه بین متغیرهای خانوادگی و تحول علائم افسرده‌ساز و شدت و طول علائم، کاربردهای درمانی بالقوه‌ای به همراه دارد، بویژه تعدادی از محققان خواهان مشارکت والدین در درمان شده‌اند(هامن^۲ و همکاران، ۱۹۹۹؛ استارک و همکاران، ۱۹۹۶).

فهم کامل علائم افسرده‌ساز و فراهم‌سازی بهترین و موثرترین مداخله، نیازمند درک کامل محیط خانه و ارتباط بین علائم و زمینه‌ای که در آن بروز می‌کند، می‌باشد. والدین می‌توانند اطلاعات باارزشی در مورد پیشرفت درمان فراهم سازند. این اطلاعات می‌تواند در جهت تطابق هرچه بیشتر درمان با محیط خانوادگی فرد و نیازهای وی، بکار رود(ایکشتاین، ۲۰۰۸).

به خاطر تاثیر افسردگی بر دیگر اعضای خانواده و به خاطر اینکه پویایی‌های خانواده بر طول دوره بیماری و پیامدهای آن تاثیر می‌گذارد، مهم است که به نقش آموزش والدین و مشارکت آنها در درمان توجه شود(نولن هوکسما و هیلت، ۲۰۰۸).

مداخلات روی خانواده به دو مقوله تقسیم می‌شود: ۱- آنهایی که معطوف به همه کودکان و کودکان در معرض خطر می‌باشد(پیشگیری اولیه و ثانویه) و ۲- آنهایی که معطوف به افراد افسرده است. بعلاوه این مداخلات در اینکه تا چه حد والدین را درگیر سازند، تفاوت‌هایی با هم دارند. برای مثال بعضی مداخلات

¹ - Demographic

² - Hammen , C

روی موضوعات تعاملی والد - فرزند و تنها بر روی نوجوان تمرکز دارند و برخی دیگر مداخلاتی هستند که شامل جلسات جداگانه برای والدین و نوجوان می‌باشد و دسته آخر مداخلاتی که تمامی اعضای خانواده را در بر می‌گیرد (همان منبع).

هدف از آموزش والدین و مشارکت آنها در درمان ارتقای بهتر روابط خانوادگی و کاهش علائم افسرده-ساز، افزایش توانمندی نوجوان و جلب کمک والدین در جهت ارتقای کاربرد و تعمیم مهارت‌های درمان در خانه و محیط زندگی بیرونی می‌باشد (ایکشتاین، ۲۰۰۸).

با توجه به مطالب بیان شده، پژوهش حاضر بدنبال بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری خانواده‌محور، گروهی و فردی در کاهش میزان افسردگی نوجوانان می‌باشد و اینکه آیا بین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری خانواده‌محور با درمان شناختی - رفتاری گروهی و فردی تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

افسردگی در نوجوانی، رایج، رایج، راجعه، اغلب مزمن و همراه با آسیب در عملکرد روانی - اجتماعی و همراه با مرگ و میر مرتبط با خودکشی می‌باشد. این اختلال رایج‌ترین شکل آسیب‌شناسی روانی است که با آسیب‌های روانی - اجتماعی در حوزه‌های مختلف عملکرد مثل عملکرد شغلی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. تخمین زده شده در ایالات متحده هزینه این اختلال در طول یک سال بالغ بر ۴۳ میلیارد دلار باشد. یکی از دلایل هزینه‌بر بودن این اختلال مزمن بودن و عودهای مکرر آن مخصوصاً در نوجوانی

¹ - relapse

می‌باشد. نوجوانانی که یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند، خطر بالای عود در بزرگسالی دارند (نولن هوکسما و هیلت، ۲۰۰۸).

نرخ شیوع افسردگی تقریباً ۲ درصد در کودکان و ۴ تا ۸ درصد در نوجوانان گزارش شده است (وارچولا^۱، ۲۰۰۷؛ اسارنو^۲ و همکاران، ۲۰۰۲؛ نولن هوکسما و هیلت، ۲۰۰۸). میزان شیوع افسردگی نوجوانان در هرمزگان بین ۱۰ تا ۲۱ درصد برآورد شده است (شاکریان، ۱۳۸۴؛ راستی، ۱۳۸۱؛ پرتابیان، ۱۳۸۵).

افسردگی کودکان و نوجوانان یک مشکل رو به رشد همراه با پیامدهای جدی بر عملکرد تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و هیجانی است. این تاثیرات عبارتند از: عزت نفس پایین^۳، مشکلات جسمانی، تعاملات نابسامان خانوادگی، کیفیت پایین دلبستگی^۴ بین مراقب و کودک، خطر سوء مصرف مواد، مشکلات با همسالان، عملکرد تحصیلی پایین، خطر خودکشی (وارچولا، ۲۰۰۷)، فعالیتهای جنسی پرخطر، حاملگی نوجوانی، مشکلات اجتماعی و کاهش عملکرد کلی (روهده^۵، ۲۰۰۶).

افسردگی با شروع زودرس در دوره کودکی یا نوجوانی با نرخ بالاتری از عود و ایجاد مشکلاتی در ظرفیتهای فرد همراه است (اسارنو و همکاران، ۲۰۰۲). در مقایسه با بزرگسالان، دوره‌های راجعه افسردگی در کودکان بیشتر است و احتمال بیشتری دارد به اختلالات دوقطبی^۶ مبتلا شوند بخصوص

¹ - Warchola, J.M

² - Asarnow, J.R

³ - low self-esteem

⁴ - attachmnet

⁵ - Rohde, P

⁶ - biopolar