



۱۳۸۶ / ۱۱ / ۲۰

V. OOST

دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه

جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد

رشته: مشاوره خانوادگی

موضوع

بررسی اثربخشی روش مشاوره چندوجهی لازاروس بر

کاهش افسردگی زنان

استاد راهنما

جناب آقای دکتر تبریزی

تحقیق و بررسی

فاطمه اباذری

سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۶

۱۳۸۶ / ۱۱ / ۲۵

۷۰۵۵۲

سپاس و قدردانی:

در ابتدای کلام از زحمات و راهنمایی های ارزنده اساتید محترم جناب آقای دکتر تبریزی، جناب آقای دکتر علیزاده، جناب آقای دکتر اعتمادی و جناب آقای دکتر دگرمی که در تهیه و تنظیم این اثر از راهنمایی های علمی و تخصصی ایشان استفاده کرده ام تشکر عرض می نمایم .

تقدیم به:

نام آورمهربانی استادبزرگوارم جناب آقای

ناصر علیدوست

استادمهربان وبزرگوارم:

این ثمره کوچک دستانم ارزانی شما ومحبتهایتان.

گام کوچک زندگیم تقدیم به شما وبزرگواریتان.

دستانم به یاد شما نوشت در اوج خستگی

دستانم را به یاری گرفتید.

این خردترین هدیه نگین دستان مهربانتان.

امیدوارم خداوند زندگی پرنثرتان را فزونی بخشد تا

همواره روشنایی بخش راه تشنگان علم وادب باشید.

۱	چکیده تحقیق
۲	<u>فصل اول</u>
۸	مقدمه
۹	بیان مساله
۱۱	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۱	موضوع پژوهش
۱۱	هدف پژوهش
۱۱	سوال پژوهش
۱۱	فرضیه
۱۱	تعاریف اصطلاحات
	<u>فصل دوم</u>
۱۳	تاریخچه نظریه التقاطی
۱۵	منطق کار درمان چندوجهی
۱۶	شخصیت در نظریه التقاطی
۱۷	راهبردهای سنجش
۱۹	راهبردهای خاص خلق اندیشه
۲۰	راهبردهای خاص ارزشیابی و ختم مشاوره
۲۱	محدودیت‌های نظام التقاطی
۲۲	مزایا و محاسن نظام التقاطی
۲۲	زندگینامه لازاروس
۲۴	تاریخچه تحول روش لازاروس
۲۶	نظریه شخصیت لازاروس
۲۹	مراحل مشاوره به روش لازاروس
۳۶	افسردگی
۳۷	تاریخچه افسردگی
۳۸	تعاریف افسردگی
۴۰	علائم افسردگی
۴۱	افسردگی عمده
۴۲	نشانه های افسردگی همده

۷۲	۸ ازمون F
۷۳	۹ میانگین برآوردی
۷۴	۱۰ نتایج پس از ازمون و ازمون پیگیری
۷۶	۱۱ میانگینها
۷۶	۱۲ جدول T همبسته
	<u>فهرست نمودارها</u>
۷۱	۱ نتایج پیش از ازمون و پس از ازمون
۷۵	۲ نتایج پس از ازمون و ازمون پیگیری
	پیوستها
۱	الف) شرح جلسات مشاوره
۴	ب) پرسشنامه تاریخچه زندگی
۱۸	ج) نیمرخ الگویی
۱۹	د) نیمرخ ساختاری
۲۰	ح) تست افسردگی بک

فصل اول

کلیات

چکیده تحقیق

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی روش چندوجهی لازاروس بر کاهش افسردگی زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله اسلامشهر انجام شد. تلاش عمده در این پژوهش بحث و بررسی سوال عنوان شده در ارتباط با تاثیر روش چندوجهی لازاروس بر کاهش افسردگی است.

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی استفاده شده است، جامعه مورد مطالعه زنان ۲۰ تا ۳۰ افسرده می باشد که بعد از اطلاع از تشکیل جلسات مشاوره باروش چندوجهی (از طریق فراخوان در جلسه آموزش خانواده در دبستانهای منطقه) داوطلب شرکت در این جلسات شدند. از طریق روش نمونه گیری داوطلبی ۲۶ نفر بعنوان نمونه آماری انتخاب شدند و این تعداد با استفاده از روش تصادفی ساده به دو گروه گواه و آزمایش تقسیم شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش مصاحبه بالینی و پرسشنامه ۲۱ سوالی افسردگی بک BDI می باشد. این تست در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران او ساخته شده است و بارها در تحقیقات مختلف و بوسیله محققان متفاوت مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. در سال ۷۴-۱۳۷۳ ساردویی این آزمون را بر روی دانش آموزان دبیرستانهای چهار منطقه تهران هنجار کرد و مشخص شد که ضریب آلفای حاصل برای همسانی درونی ۰/۷۸ و پایایی آزمون در آزمون باز آزمایی ۰/۸۶ می باشد. از اینرو با توجه به این اعتبار و روایی از این تست استفاده شده است.

داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمونهای آماری در دو بخش آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و فر اوانی) و آمار استنباطی (آزمون کوواریانس و آزمون T دو گروه همبسته) تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که با اطمینان ۹۹ درصد روش چندوجهی لازاروس بر کاهش افسردگی زنان تاثیر مثبت داشته است اما نتایج آزمون پیگیری که یکماه پس از اتمام جلسات از گروه آزمایش بدست آمد نشان داد که اثر این روش ماندگار نمی باشد.

نتیجه ای که از این پژوهش بدست می آید اینست که می توان از روش چندوجهی لازاروس بعنوان روشی موثر با جلسات کوتاه مدت و اثری ماندگار برای بهبود افسردگی استفاده کرد.

در مورد محدودیتهای پژوهش و پیشنهادات با توجه به پژوهش انجام شده در فصل ۵ بطور کامل صحبت شده است.

مقدمه

افسردگی^۱ نوعی اختلال روانی است که در آن خلق^۲ فرد آشفته می شود. خلق انسان به رنگین کمان شباهت دارد هر خلق متمایز از خلق های دیگر است ولی هر یک با دیگری ترکیب می شود سایه های این رنگین کمان از افسردگی شدید تا افسردگی خفیف و مانی^۳ گسترده است. همه انسانها از سایه های مختلف این رنگین کمان گذر می کنند احساسهای غم و ناراحتی در مقابل از دست دادن شغل، عزیزان، یک پاسخ عادی است. با این حال وقتی این احساس ها نامناسب، افراطی و مغل کارایی می شوند از آنها به عنوان اختلال خلقی^۴ یاد می شود (گنجی، ۱۳۷۸). افسردگی در واقع آنقدر شایع است که اگر در خانه ما را هم نکوبیده باشد احتمالاً در خانه همسایه مان را کوبیده است. به جرات میتوان گفت که در جامعه امروزی اختلالات خلقی از شایعترین اختلالات روانی شمرده میشود. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت حدود یکصد میلیون بیمار افسرده روی کره زمین زندگی میکنند، ارقام مربوط به افسردگی نشان میدهد که میزان این بیماری در چند دهه اخیر بطور هشدار دهنده ای رو به افزایش است (پورافکاری، ۱۳۶۹).

در هر لحظه از زمان ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه ممکن است عوارض و نشانه های افسردگی شدید را از خود نشان دهند. در حدود ۳۰ درصد از مردم در طول حیات خود دچار افسردگی می شوند. گفته می شود در هر مقطعی از زمان تقریباً ۱۵ درصد جمعیت، دچار افسردگی می شوند که البته بسیاری از آنها نیازی به مراجعه به طبیب ندارند و شاید یک پنجم یا یک چهارم آنها تحت معالجه قرار می گیرند (براون و هریس^۵، ۱۹۷۸). مطالعاتی که در سالهای اخیر از طرف متخصصان سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه آسیا و آفریقا انجام گرفته از افزایش دامنه شیوع افسردگی در میان ملل در حال رشد حکایت دارد (سازمان جهانی بهداشت^۶، ۱۹۷۳).

در دو دهه اخیر نیز افسردگی جای تشویش و اضطراب را که دو دهه بعد از جنگ جهانی دوم بعنوان مهمترین عارضه روانی تلقی می شده گرفته است و اینک رایج ترین ناراحتی روانی افراد بالغ را تشکیل می دهد. طبق مطالعات انجام شده در حدود ۵ درصد از همه مردم از افسردگی عمده در دورانی از زندگی رنج می برند. همراه با بروز و شیوع افسردگی، هم در کل جمعیت و هم در جمعیت

¹-depression

²-mood

³-Mania

⁴-Mood disorder

⁵-Brown and Harris

⁶-World Health organization

مراجعان به مراکز بهداشت و درمان روانی، اقدامات گوناگونی از طرف متخصصان بهداشت روانی در زمینه تشخیص، بررسی علل و درمان انواع افسردگی صورت گرفته است. افسردگی مرضی یک مقوله تشخیصی است که به شیوه های مختلفی به دسته های کوچکتری تقسیم شده است. مخصوصاً بین اختلالهای دوقطبی^۱ و یک قطبی^۲ و افسردگی روان زاد^۳، واکنشی^۴ و نوروتیک^۵ تمایزهایی صورت گرفته است. در مطالعه حاضر، اصطلاح افسردگی عموماً در مقام اشاره به اختلال افسردگی غیر دو قطبی و غیر روان پریشانه^۶ (یعنی بدون توهم و هذیان) بکار رفته است. چراکه روشهای درمانی چندوجهی بر این اختلال خلقی کمتر کار شده است. افسردگی در این مفهوم یعنی مفهوم مرضی خود، با خلق پایین و گذرایی که اکثر مردم در واکنش بهنجار نسبت به فقدان، از خود نشان می دهند و بسیاری از جنبه های کارکرد آنها بر اثر آن دچار اشکال می شود، کاملاً فرق دارد، وقتی که کسی دچار افسردگی می شود احساس غمگینی می کند و اغلب به گریه می افتد. احساس گناه عذابش می دهد و معتقد می شود که در حق دیگران کوتاهی می کند. بیش از حد معمول تحریک پذیر می شود و احساس اضطراب و تنش می کند. وقتی افسردگی به شدیدترین حد خود برسد ممکن است توانایی واکنش هیجانی را از دست بدهد و علاقه مند شدن به انجام کارهای روزمره، برای این عده دشوار شود. انرژی شان کم می گردد و انجام هر کاری به نظر، کاری شاق می رسد. بنابراین سعی میکنند خود را از چیزهایی که معمولاً انجام می دادند دور نگه دارند و ممکن است ساعتها قوز کرده روی صندلی بنشینند و یا در رختخواب بمانند. کارهای لذتبخش معمولی مانند خواندن روزنامه و کتاب یا تماشای تلویزیون، دشوار و تحمل ناپذیر می شود، چون تمرکز بر آنچه خوانده یا گفته می شود و نیز یادآوری آنها برایشان دشوار میشود. اشتغال ذهنی شان این است که حال آنها چقدر بد است و با چه مشکلات به ظاهر غیر قابل حلی روبرو گشته اند. حتی کارکردهای اولیه جسمی ممکن است در آنها دچار اشکال شود. خواب دشوار می شود، اشتها کم می گردد و تمایل جنسی از بین می رود. خطرناکتر از همه اینکه بنظر می رسد با گذشت زمان هیچ سرانجامی برای این حالت وجود نداشته باشد و نمی توان برای تغییر وضع، کاری انجام داد. در نتیجه ناامیدی زیاد می شود و ممکن است به آرزوی مرگ و افکار خودکشی منجر گردد. بین افسردگان شدید، سرانجام ۱۵ درصد خود را می کشند (کوریل و وینوکور^۷، ۱۹۸۲).

^۱-bipolar disorder

^۲-nibipolar disorder

^۳-endogenous

^۴-reactive

^۵-neuratic

^۶-non-psychotic

^۷-Winokur

دراکثر موارد، افسردگی از لحاظ زمانی محدود است. دوره های درمان نشده معمولاً پس از ۳ تا ۶ ماه از بین می روند. اما احتمال عود زیاد است و حدود ۵ تا ۲۰ درصد بیماران، سیر مزمنی را طی می کنند. به همین دلیل، هدف درمان نه تنها باید تسریع در بهبود دوره فعلی، بلکه ایجاد تداوم در بهبود و در صورت امکان، کاستن از احتمال برگشت بیماری باشد. این توجه باعث شده است که درمانهای روان شناختی مخصوصی پدید آید. درمانهایی که در طی آنها مهارتهای فعال کنترل افسردگی، به بیماران یاد داده می شود (راش^۱، ۱۹۸۲).

پژوهشهای دقیقی که در زمینه بررسی اساسی شیمیایی حالات عاطفی عادی و غیر عادی و اختلال در کارکرد ناقلهای عصبی و تاثیرات درمانی داروهای ضد افسردگی بعمل آمده، پیچیدگی خاص این حالات و ارتباط متقابل آنها را با فعالیتهای شناختی و روابط شخصی و اجتماعی فرد بخوبی نشان داده است. معمولاً افسردگی درجات و انواع مختلفی دارد و از عوارض متعددی ممکن است ناشی گردد. این عوامل شامل سرشت طبیعی، وراثت یعنی سابقه افسردگی یا الکلیسم در خانواده، اختلال در فعالیتهای شیمیایی - هورمونی، اختلال در ترکیب شیمیایی انتقال دهنده مغز، تجارب خانوادگی، از دست دادن یکی از والدین (به خصوص مادر) در اوایل زندگی یا محرومیت از علاقه و محبت والدین یعنی مورد بی توجهی والدین قرار گرفتن، حوادث ناراحت کننده و منفی در سالهای اخیر زندگی، گرفتاری با زوج یا داشتن همسر عیجو و متخاصم، نداشتن روابط اجتماعی نزدیک با افراد قابل اعتماد یعنی فقدان ارتباط نزدیک و اطمینان بخش، برخوردار نبودن از حمایت اجتماعی کافی و بالاخره نداشتن یا از دست دادن حس احترام و اعتماد بنفس و فقدان دراز مدت احساس ارزشمندی ناشی می گردد. برای درمان افسردگی از روشهای متنوعی استفاده می شود. درمانها از روانکاوی عمیق و دراز مدت، دارو درمانی و استفاده از شوک الکتریکی را ممکن است شامل گردد. در سالهای اخیر استفاده از روشهای درمان شناختی و رفتاری کوتاه مدت برای درمان افسردگی مورد توجه قرار گرفته و ارزیابی دقیق این روشها در جوامع اروپایی و آمریکایی نتایج امیدوار کننده ای را بدست داده است. تا اواسط دهه ۱۹۷۰، افسردگی بر حسب مفهوم سازیهای روانپزشکی و بعنوان اشکالات رفتاری و شناختی تلقی می شد که بر اثر پیامدهای اختلالی اولیه در خلق پدید می آیند و خود این اشکالات آماج های خوبی برای درمان قلمداد نمی شدند. در محدوده روانشناسی بالینی نیز اگرچه افسردگی کانون گمان پردازیهای نظری فزاینده ای بوده مثل لازاروس^۲ و لوینسون^۱ و سلیگمن^۲، اما کوششهایی که در جهت درک پدیدار شناسی و فرایند آن بعمل می آمد نتوانسته بود برنامه های درمانی سنجیده، منسجم و عملی پدید بیاورد.

^۱-Rush

^۲-Lazarus

با توجه به تأثیری که افسردگی بر ابعاد مختلف رفتاری، احساسی، جسمی، روانی افراد میگذارد از این روشی که بر ابعاد مختلف شخصیت افراد تأکید داشته باشد می تواند تأثیر سریعتر و جامعتری بر بهبود و یا کاهش افسردگی داشته باشد. از آنجا که روشهای چند وجهی (التقاطی)^۳ با توجه به نوع آنها بر ابعاد مختلف رفتاری و شناختی و... تأکید دارند شاید بتوانند تأثیر مثبتی بر افسردگی داشته باشند. به همین دلیل در این پژوهش از روش چند وجهی لازاروس که جزو انواع روشهای التقاطی می باشد و بر ۷ بعد رفتاری^۴، احساس^۵، عاطفه^۶، افکار^۷، روابط بین فردی^۸، زیست شناختی^۹، تصورات ذهنی^{۱۰} تأکید دارد استفاده شده است.

نظریه های التقاطی در سالهای اخیر و بعد از سایر نظریه های روان درمانی مانند نظریه های رفتاری، شناختی، وجودی و... مطرح شده است. در آغاز نظریه التقاطی، یک نظریه میان راه برای مشاورانی بود که نه می خواستند و نه می توانستند ۱۰۰٪ همانند یک مشاور دستورالعملی^{۱۱} یا غیر دستورالعملی^{۱۲} عمل کنند.

در عین حال که افزایشی در رویکردهای نظری دیده می شود، در ادغام نظریه ها و التقاط گرایی نیز مآشاهد افزایش چشمگیری هستیم. بطور کلی، التقاط گرایی عبارتست از استفاده از فنون و مفاهیم دو یا چند نظریه. گارفیلد و برگین^{۱۳} (۱۹۹۴) در مرور ۷ بررسی انجام شده روی درمانگرانی که خودشان را التقاط گرا می نامیده اند متوجه شدند ۲۹ تا ۶۸ درصد از روان پزشکان، روان شناسان بالینی یا مشاوران، مددکاران اجتماعی و خانواده درمانگرها و زوج درمان ها خود را التقاط گرا می نامیدند.

جنسن، برگین و گریوز^{۱۴} (۱۹۹۰) در بررسی ۴۲۳ روان شناس بالینی، خانواده درمانگر و زوج درمان و مددکار اجتماعی و روان پزشک دریافتند ۶۸ درصد التقاط گرا هستند درمانگران در تعیین رویکرد و استفاده از نظریه به طور متوسط به چند نظریه اشاره کردند.

^۱-Lewinsohn

^۲-Seligman

^۳-electicism

^۴-behavior

^۵-sensation

^۶-affect

^۷-cognition

^۸-Interpersonal relationship

^۹-drug

^{۱۰}-imagery

^{۱۱}-directive

^{۱۲}-non directive

^{۱۳}-Garfield and Berjin

^{۱۴}-Gariowz&Berjine

جدول ۱

نظریه	درصد	نظریه	درصد	نظریه	درصد
آدلری	۱۲	ارتباطی	۳۲	گشتالتی	۲۳
رفتاری	۴۹	پویشی ^۱	۷۲	انسانگرا	۴۲
شناختی	۵۴	وجودگرا	۲۶	دینی افر اشخصی	۱۷
راجری	۲۳	سالیوانی	۱۶	نظامهای خانواده	۴۸

مدافعان این نظریه ، التقاط گرایی را رویکردی عنوان می کنند که به فرد اجازه می دهد نظریه خود را با استفاده از نظریه ها و فنون مشاوره انتخاب کنند . عده دیگری هم بحث میکنند که التقاط گرایی مشاورر اتشویق می کند به اینکه از لحاظ نظری (اوستای همه کاره) باشد (اولریچی، ۱۹۸۰). روشهای التقاطی نیز مانند هر روش دیگری موافقان و مخالفانی دارد که در این قسمت به اختصار اما در فصل ۲ بطور کامل شرح داده شده است.

طرفدارانی نظیر هلد^۲ (۱۹۸۴) ، هالگین^۳ (۱۹۸۵) ، کاراسو^۴ (۱۹۸۶) ، لوئیس^۵ (۱۹۸۵) ، لوکاس^۶ (۱۹۸۵) ، نلسون - جونز^۷ (۱۹۸۵) ، اولری^۸ (۱۹۸۴) ، رابین^۹ (۱۹۸۶) ، و وینتر^{۱۰} (۱۹۸۵) به توصیه نوعی نظام درمانی می پردازند که:

۱- در اساس گسترده می باشد .

۲- اجزای مختلف آن تشکیل یک نظام را داده اند .

۳- در آن از بهترین فنون مربوط به همه نظریه های شناخته شده استفاده مناسب می شود .

درمانگرهایی که بطرق مختلف از این روش درمانگری حمایت و از نظر بالینی آنرا تایید می کنند عبارتند از درمانگران رفتاری شناختی از جمله فنون بک^۱، مایشن بام^۲، بارلو^۳ و نیز درمانگری عقلانی- هیجانی^۴ الیس.

^۱-dynamic

^۲-B.S Held

^۳-R.P.Halgin

^۴-T.B.Karasu

^۵-T.T.Lewis

^۶-C.Lucas

^۷-Jones

^۸-K.D.Oleary

^۹-S.S.Rubin

^{۱۰}-D.A.Winter

در حمایت از این روش پالمر^۵ (۱۹۹۷) به روش حل مساله و نیز الگوهای آموزش مهارتهای زندگی که برای حل مشکلات تنیدگی را بسیار کاربرد دارند (مانند روش اگان^۶، ۱۹۹۴؛ جونز، ۱۹۹۳؛ پالمربورتون^۷، ۱۹۹۶) بعنوان حمایت کنندگان این روش درمانگری و نیز به روش های شخص محور اشاره می کند.

مخالفانی همچون چسیک^۸ (۱۹۸۵)، راسل^۹ (۱۹۸۶)، واستال^{۱۰} (۱۹۸۴)، تمایل دارند مکتب التقاطی را کم ارزش تلقی کنند و یا اثر بخش بودن آنرا بطور جدی مورد سوال قرار دهند. معمولا مخالفت این گروه در این زمینه است که مکتب درمانی التقاطی در یک یا چند زمینه یعنی، تاریخی، مفهومی یا تجربی، نظری، اساسی و بنیادی ندارد (ساعتچی، ۱۳۷۴).

باتوجه به مطالب ذکر شده در این پژوهش سعی شده است تاروش چندوجهی لازاروس بر کاهش افسردگی زنان بررسی شود تا گامی در پیشرفت روشهای درمانی کوتاه مدت برداشته شود.

¹-Beck

²-Bam

³-Barlow

⁴-Rational-emotive therapy

⁵-Palmer

⁶-Egan

⁷-Burton

⁸- R.D.Chessick

⁹-Rasell

¹⁰- R.Stall

بیان مساله

افسردگی به قدری معمول است که گاهی به منزله سرماخوردگی معمولی در روانپزشکی مطرح می شود. ۱۳ تا ۲۰ درصد از ما حداقل یک بار دچار افسردگی شده ایم یا بعبارت دیگر حداقل حس کرده ایم که اعصابمان خط خطی است. حدود ۲ تا ۳/۵ درصد از ما دچار حالتی هستیم که روانپزشکان آنرا افسردگی می نامند. حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان حداقل یکبار دچار افسردگی شدید می شوند، درحالیکه این میزان در مردان حدود ۸ تا ۱۲ درصد است. سایر انواع افسردگی نیز در زنان بیش از مردان دیده می شود.

بطور معمول میزان شیوع افسردگی در زنان حداقل ۲ برابر مردان است اما دلیل این عدم تناسب مشخص نیست شاید علت این باشد که زنان بیشتر از مردان اختلالات خلقی خود را ابراز می کنند یا علت آن زیستی (ترشح هورمونها یا وضع حمل) یا اجتماعی باشد. با توجه به این مطالب ذکر شده در این پژوهش بررسی و کاهش افسردگی زنان انتخاب شده است چراکه افسردگی در زنان بطور معمول بیشتر از مردان است.

درمانهای مختلفی برای افسردگی وجود دارد تنوعی از درمان به شیوه شوک الکتریکی - تجویز داروهای ضدافسردگی و روان درمانی را شامل می شود معمولاً درمانگر بر اساس علائم خاص بیماری یک شیوه درمانی را نسبت به شیوه های دیگر ترجیح می دهد اما گاه می توان یک شیوه درمان را به کار برد و گاه این شیوه هارا با هم پیوند دارد در این صورت بیشترین اثر را خواهند داشت (شمس، ۱۳۷۸).

یکی از درمانهای رایج افسردگی روان درمانی است که درمانگران از فنون و شیوه های بسیار متنوعی استفاده می کنند همه این روشها و فنون از نظریه های مختلف رایج به علت بیماری روانی سرچشمه می گیرند.

درمانگرانی که معتقدند افسردگی عمدتاً از تفکر منفی نشات می گیرد نیروی خود را بر تغییر دادن این افکار متمرکز می کند، عده ای که معتقدند که افسردگی از رفتار نا درست در پاسخ به استرس ناشی می شود روش مقابله با استرس و کاهش آن را پیش می گیرند و ... (گنجی، ۱۳۸۰).

روان درمانی با روش چند الگویی (با تکیه بر ۷ بعد شخصیت) توسط آرنولد لازاروس ارائه شده است. از آنجا که مشخص شده که افکار و عواطف و اعمال و رفتار با هم ارتباط دارند. درمانی که به هر کدام به صورت مجزا پرداخته و تکنیکهای مختلفی را برای هر جزء در نظر گرفته باشد می تواند کارایی بهتر و موثرتری داشته باشد برای درمان افسردگی از این روش چند وجهی استفاده می شود

چرا که رویکرد چند الگویی شخصیت انسان را به هفت بعد گسسته اما متقابل که کلمه هویت اصلی انسان را تشکیل می دهند تقسیم کرده است که این هفت بعد عبارتند از : ۱- رفتار ۲- عاطفه ۳- احساس ۴- تصویر سازی ذهنی ۵- شناخت ۶- روابط بین فردی ۷- زیست شناسی دارویی .

اهمیت و ضرورت تحقیق

خانواده از لحاظ ساختار ، نظام عاطفی پیچیده ای است که ممکن است دست کم سه، یا بخاطر طول عمر بیشتر آدمیان در حال حاضر ، چهار نسل را دربر بگیرد. خانواده بدون توجه به سنتی یا نو بودن سازگاری یا ناسازگاری ، وساخت کارآمد یا آشفته ای که دارد، ناگزیر است خود را تا حد امکان به صورت گروهی کارآمد یا توانا درآورد به نحوی که بتواند نیازها و اهداف جمعی یا همگانی خود را برآورده سازد بدون آنکه دائما اعضای خود را از دستیابی به اهداف و نیازهای شخصی بارداشته باشد (کانتنور ولر^۱، ۱۹۷۵).

ویژگی تمامی خانواده ها عبارت است از محبت، وفاداری و تداوم عضویت . همین ویژگیها است که آن را از سایر نظامهای اجتماعی متمایز می کند (ترکلسون^۲، ۱۹۸۰) . حتی هنگامی که این ویژگی ها مورد چالش قرار می گیرند ، مثل زمانی که بحران خانوادگی پیش می آید ، معمولا باز هم خانواده در برابر تغییر مقاومت نشان می دهد و برای بازگردانی الگوهای تعاملی آشنای خود به حرکات اصلاحی تمسک می جوید . هر خانواده بدون توجه به شکل آن (برای مثال خانواده هسته ای ، خانواده ناتنی و خانواده تک والدی) باید در جهت ارتقای روابط مثبت و مطلوب میان اعضای خود تلاش کند ، به نیازهای شخصی آنان توجه داشته باشد، و آماده کنار آمدن با تغییرات ناشی از رسش (مثلا، زمانی که فرزندان خانه را ترک می کنند) و نیز بحرانهای غیر منتظره (طلاق، مرگ و بیماری حادوناگهانی) باشد.

به طور کلی ، همه خانواده ها باید خودشان را برای کنار آمدن با مشکلات روزمره زندگی آماده سازند. به ویژه تمامی آنها باید سبکها و راهبردهای کنار آمدن با فشارهای روانی را که از درون و بیرون خانواده می جوشند، به روش مورد نظر خودشان پرورش دهند.

با توجه به اهمیت خانواده در جامعه و تأثیری که اعضای خانواده برهم دارند باید توجه داشت که یکی از مهمترین اعضای خانواده ، مادر یا خانم خانه است که در صورتی که دچار کوچکترین مشکل

¹-Weller

²-Terkson

جسمی یا روانی شود تاثیر زیادی بر تربیت فرزندان و آرامش خانواده می گذارد. بنابراین با توجه به این مطالب ذکر شده باید دقت داشت در صورت بروز هر نوع مشکل برای هر عضو خانواده بخصوص مادر خانواده سریعتر اقدام کرد تا از بروز مسائل حادثتر پیشگیری شود. یکی از مواردی که بی توجهی به آن خطر ناک است و امروزه همه افراد بخصوص زنان را تهدید می کند افسردگی است و تحقیقات زیادی این مساله را تایید می کنند.

درصد بالایی از کلیه بیماران بستری در بیمارستانها را این نوع بیماران تشکیل می دهند هر روزه در مراکز درمانی دنیا میلیونها نفر بوسیله متخصصان امر بعنوان مراجع افسرده تشخیص داده می شوند. شیوع این بیماری ده برابر بیشتر از اسکیزوفرنی است. همه ما در مرحله ای از زندگی دچار افسردگی می شویم و بعبارتی ۲۵٪ افراد و یا شاید تعداد بیشتری از مردم آمریکا یا حتی تعداد بیشتری از این میزان دچار علائم بارز این بیماری هستند. درصد زیادی از افراد هر جامعه در ارتباط با گذشت زمان و صنعتی شدن و بسیاری از عوامل دیگر که وجود دارد ممکنست دچار افسردگی شوند (شمس، ۱۳۷۸). اگر افسردگی درمان نشود می تواند خطرناک باشد افکار خودکشی جزء جدایی ناپذیر این بیماری است هر چند افراد مبتلا به افسردگی عمیق به ندرت نیروی کافی برای خودکشی دارند. با کم شدن افسردگی احتمال بیشتری وجود دارد که اقدام به خودکشی کنند. معمولاً افسردگی درمان نشده عمده ترین عامل خودکشی های گزارش شده در ایالات متحده است. پس باید افسردگیها به زودی درمان شود تا اثرات منفی آن تا حد ممکن در زندگی کم شده و یا حذف شوند (گنجی، ۱۳۸۰).

با توجه به این گفته مشخص شد که نجات یک زن یا مادر یا همسر افسرده موجب سلامت روانی خانواده و جامعه می شود. پس تشخیص و درمان افسردگی زنان از ضروریات هر جامعه ای است. و در این راه هر روشی که سریعتر موجب بهبود افسردگی شود و علاوه بر آن تاثیر طولانی تری داشته باشد بسیار مهم و حیاتی است. از طرفی بر کسی پوشیده نیست که زناشویی و خانواده یکی از عناصر گریز ناپذیر جامعه ای سالم و پویا بوده و یک اجتماع مترقی، بالنده و اخلاقی خود مجموعه ای از تمامی آحاد و اشخاص شکل دهنده و سازنده آن می باشد. بر این اساس، هر چقدر اشخاص سازنده یک اجتماع از سلامت رفتاری و اخلاقی بیشتری برخوردار باشند به همان نسبت نیز اجتماع از ضایعات، کجروی ها و آسیب های اجتماعی اشخاص به دور خواهد بود. لذا بدین علت است که گفته می شود که زناشویی و ثبات خانوادگی یکی از اساسی ترین لازمه های نیل به این هدف بزرگ است (باری مک کارتی و امیلی مک کارتی^۱، ۱۹۴۳ بنقل از رحمتی، ۱۳۸۴). زن که یکی از پایه های اصلی این مجموعه است باید از بهداشت و سلامت روانی کامل برخوردار باشد تا فرزندان و همسر او

^۱-Mc carthy Emily & Mc carthy Barry

نیز از زندگی سالم و مفرحی برخوردار باشند پس بهتر است که توجه به سلامت روانی زنان از نظر کارشناسان دور نباشد .

موضوع پژوهش

موضوع پژوهش اثر بخشی درمان چند وجهی^۱ لازاروس بر بهبود افسردگی زنان می باشد .

هدف تحقیق :

هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی روش چندوجهی لازاروس بر کاهش افسردگی زنان می باشد.

سوال تحقیق

آیا روش درمان چند الگویی لازاروس در بهبود و درمان افسردگی تاثیر دارد ؟

فرضیه تحقیق

روش چندوجهی لازاروس بر کاهش افسردگی تاثیر مثبت دارد.

تعاریف اصطلاحات مهم

تعریف نظری :

روش چند وجهی

روش چند الگویی رویکردی کلی و جامع بر روان درمانی است که در جواب به فشار رفتار درمانی سنتی توسعه یافته است و بر این فرض اساسی متکی است که هفت بعد مجزا اما متعادل (تفکر، احساس ، عاطفه تصویر سازی ذهنی ، دارویی ، زیستی ، روابط بین فردی) بصورت همزمان در مراجع مورد ارزیابی قرار می گیرد در درمانگری نیز چشم اندازی از رابطه معنی دار بین تمامی آن ابعاد است (جان بزرگی و نوری، ۱۳۸۲) .

^۱-Multi modal thrapy

افسردگی

رایجترین اختلال روانی است و با نشانه هایی چون بی حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دلسردی، ناخشنودی، بی خوابی و احساس دمی، عدم تمرکز، بی حالی مشخص می شود (ایوی . ام بلاک برن^۱، ۱۹۳۹، به نقل از شمس، ۱۳۸۲) همچنین ۵ نشانه از نشانه های ذکر شده در یک دوره دو هفته ای جزو ویژگیهای افسردگی است (زاویت و نایت^۲، ۱۹۹۸).

تعریف عملیاتی :

روش چندوجهی

درمان چند الگویی در ۱۱ جلسه اجرا می شود که دستور العمل و محتوای جلسات بر این شرح است ابتدا با استفاده از پرسشنامه تاریخچه زندگی^۳ رفتار یا اختلال مورد نظر که در اینجا افسردگی است در ۷ بعد شناختی، عاطفی، رفتاری، تصویر سازی ذهنی، روابط بین فردی، احساسی و زیستی مورد ارزیابی قرار گرفته و بعد از ترسیم نیمرخ الگویی و ساختاری، در هر جلسه یک بعد مورد تاکید و بررسی و درمان قرار می گیرد و در پایان (جلسه یازدهم) ارزیابی مجدد بعمل می آید (شرح کامل جلسات با اهداف و تکالیف در پیوست (الف) آخر پژوهش آمده است). (لازاروس، نلسون، ۲۰۰۱ و کوری، ۱۹۹۵؛ به نقل از سید محمدی، ۱۳۸۳).

افسردگی

نمره ای که آزمودنی در تست افسردگی بک بدست می آورد، نمره بیشتر از ۱۵ نشانگر افسردگی فرد می باشد.

¹-M Black Bern

²-Naite&Zaite

³-Multi modal life history inventory (MLHI)

فصل دوم

مروری بر ادبیات

مربوط