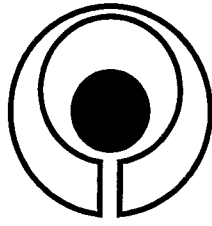


به نام آن که

جان را فکرت آموخت

۱۰۱۴

۸۷/۱/۱۰۴۴۹۷
۸۷/۱/۱۰۴۴۹۷



دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
گروه روان شناسی بالینی

رساله جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی

موضوع:

اثرمندی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر ابعاد مختلف
علامت شناسی اختلال افسردگی اساسی

استاد راهنما:

دکتر پروانه محمدخانی

استاد مشاور:

دکتر بهروز دولتشاهی

تحقیق و نگارش:

مهدی محمدی

۱۳۸۷ / ۱ / ۳۳۵

۱۳۸۶

۱۰۵/۳۷



تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه یا رساله های دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه می باشد بنابراین اینجانب **مهدی محمدی** دانش آموخته رشته روانشناسی بالینی متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم.

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نمایم و درج نام و آدرس محل دیگری خوداری کنم.

۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.

۳. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:

"کتاب حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد / رساله دکتری نگارنده در رشته روانشناسی بالینی می باشد که در سال ۸۶/۲/۲۴ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی سرکار خانم دکتر پروانه محمدخانی و مشاوره جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی انجام و در سال ۱۳۸۶ از آن دفاع شده است."

۴. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک در صد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).

۵. در صورت عدم رعایت بند ۴، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.

۶. قبول می نمایم و تعهد می کنم که در صورت خوداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند. بعلاوه به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی حق می دهم به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه معادل وجه مذکور در بند ۵ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.

اینجانب مهدی محمدی دانشجوی رشته روانشناسی بالینی مقطع کارشناسی ارشد

تعهد فوق و ضمانت اجرایی آنرا بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

امضاء و تاریخ

تقدیم به:

پدرم، مادرم و دل مشغولی‌هایشان

تشکر و سپاسگزاری:

انجام این پژوهش ممکن نمی‌شد مگر با کمک اساتید، دوستان و همکارانی که لازم می‌دانم بدین وسیله از آنها تشکر کنم.

از سرکار خانم دکتر پروانه محمدخانی، استاد راهنما، که دلسوزانه من را در تمام مراحل این پژوهش مورد حمایت و همراهی خود قرار دادند و جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی، استاد مشاور، که در انجام این پژوهش با راهنمایی‌های خود مرا یاری دادند، سپاسگزارم.

از سرکار خانم دکتر لادن فتی که با پیشنهادات و نظرات خود یارم دادند کمال سپاس را دارم.

از سرکار خانم دکتر فرشته موتابی که در نهایت لطف و همکاری مراجعین خود را برای همکاری در پژوهش به من معرفی کردند، سپاسگزارم.

از خانم سالومه عبدی به خاطر تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش تشکر می‌کنم.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری ساختار یافته بر نشانگان اختلال افسردگی اساسی در سطوح مختلف شناختی، جسمانی و رفتاری - عاطفی بود.

روش: از بین مراجعان مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناختی و مطب‌های خصوصی روانپزشکی که قبلاً تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت داشته بودند براساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و با استفاده از الگوی مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات DSM-IV جمعاً تعداد ۳۰ نفر در طرح نهایی پژوهش قرار گرفتند، آزمودنی‌ها از طریق اختصاص تصادفی در گروه‌های مقایسه و آزمایش قرار داده شدند. قبل از شروع کار گروه آزمایش با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم BDI-II و پرسشنامه سنجش افسردگی امری به تعیین درجه و شدت افسردگی و همچنین وضعیت نمرات آنها در سطوح سه‌گانه مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس جلسات درمانی ساختار یافته در مورد گروه آزمایش به اجرا درآمد و در پایان جلسه آخر آزمودنی‌های هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که به طور کلی درمان گروهی شناختی - رفتاری ساختار یافته بر کاهش نشانگان اختلال افسردگی اساسی مؤثر بود و نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش و مقایسه تفاوت معنی‌دار نشان دادند. (در پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم $t = 3/237$ در سطح $P < 0/05$ و در پرسشنامه سنجش افسردگی $t = 4/562$ در سطح $P < 0/05$)

نتیجه: بنابراین درمان گروهی شناختی - رفتاری ساختار یافته نه تنها به طور کلی بر نشانگان اختلال افسردگی اساسی مؤثر است و نمرات افسردگی را کاهش می‌دهد بلکه این تغییرات در سطوح شناختی و رفتاری - عاطفی رخ داد ولی این تغییرات در سطح جسمانی دیده نشد علاوه بر آن نشانگان شناختی افسردگی بیشتر از دو سطوح دیگر کاهش می‌یابد.

کلید واژه: درمان گروهی شناختی - رفتاری، نشانگان، اختلال افسردگی اساسی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

چکیده

فصل اول: کلیات تحقیق

۲	..... مقدمه و بیان مسئله
۷	..... اهمیت و ضرورت پژوهش
۹	..... اهداف پژوهش
۹	..... الف) هدف کلی
۹	..... ب) هدف اقتصادی
۱۰	..... ج) اهداف کاربردی
۱۰	..... سوال
۱۰	..... فرضیه‌ها
۱۰	..... تعاریف نظری
۱۰	..... تعریف نظری افسردگی
۱۰	..... تعریف نظری درمان گروهی شناختی - رفتاری
۱۱	..... تعریف نظری خوشه نشانگان افسردگی
۱۲	..... تعاریف عملیاتی
۱۲	..... تعریف عملیاتی افسردگی
۱۲	..... تعریف عملیاتی درمان گروهی شناختی - رفتاری
۱۳	..... تعریف عملیاتی خوشه نشانگان افسردگی

فصل دوم: پیشینه تحقیق

۱۵	..... توصیف کلی افسردگی
۱۹	..... شیوع
۲۰	..... سیر
۲۲	..... اثرات روانی - اجتماعی افسردگی
۲۵	..... عود و ملاک‌های آن

۲۶	مدل‌های سبب‌شناسی
۲۶	مدل زیستی - ارثی
۲۷	(الف) وراثت
۲۷	(ب) نوروشیمی و نوروفیزیولوژی
۳۲	مدل‌های روان‌شناختی
۳۲	مدل روان‌کاوی
۳۵	مدل‌های رفتاری - شناختی
۳۵	مدل اولیه رفتاری
۳۷	مدل درمان‌دگی - ناامیدی
۴۲	نظریه شناختی
۴۵	مدل شناختی بک: مدل پردازش اطلاعات
۵۰	استراتژی‌ها
۵۰	روش‌ها
۵۱	وضعیت کنونی
۵۱	درمان گروهی شناختی - رفتاری
۵۲	در جستجوی روان‌درمانی اثربخش، کارا و اخلاقی
۵۲	شرایط درمان در گروه‌ها
۵۳	رویکرد آموزش روانی به روان‌درمانی
۵۵	درمان‌هایی که اعتبار آنها به طور تجربی ثابت شده‌اند
۵۶	درمان براساس دستورالعمل و دفترچه راهنما
۵۶	ماهیت رابطه درمانی
۵۸	اصول نظری برای درمان گروهی شناختی - رفتاری
۶۲	یافته‌های تجربی در مورد اثربخشی شناخت درمانی
	فصل سوم: روش‌شناسی تحقیق
۶۷	طرح پژوهش
۶۷	جامعه و نمونه آماری و روش نمونه‌گیری
۶۹	ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در این پژوهش
۶۹	ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها در این پژوهش
۶۹	ابزارها و وسایل اندازه‌گیری

۶۹	..... (BDI-II) پر سشنامه افسردگی بک ویرایش دوم
۷۳	..... (SCID) DSM-IV مصاحبه بالینی ساختار یافته برای
۷۴	..... پر سشنامه سنجش افسردگی
۷۵	..... جدول درجه بندی هفتگی خلق
۷۵	..... (۵) چارچوب و محتوی درمان گروهی شناختی - رفتاری
۸۹	..... روش اجرای پژوهش
۹۱	..... روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
۹۱	..... نحوه رعایت نکات اخلاقی

فصل چهارم : توصیف و تحلیل داده‌ها

۹۳	..... مقدمه
۹۳	..... فرضیه اول
۹۶	..... فرضیه دوم
۹۸	..... فرضیه سوم
۱۰۰	..... فرضیه چهارم
۱۰۲	..... سوال

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات

۱۰۴	..... بحث و نتیجه گیری
۱۱۰	..... پیشنهادات
۱۱۱	..... محدودیت‌ها
۱۱۲	..... فهرست منابع
۱۱۸	..... پیوست

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۱۸	جدول ۱-۲: تفاوت‌های افسردگی یک قطبی و دوقطبی
۶۸	جدول ۱-۳: مقایسه آزمودنی‌های پژوهش براساس متغیر جنسیت
۶۸	جدول ۲-۳: مقایسه آزمودنی‌های پژوهش براساس متغیر تاهل
۶۸	جدول ۳-۳: مقایسه آزمودنی‌های پژوهش براساس متغیر تحصیلات
۶۸	جدول ۳-۴: مقایسه آزمودنی‌های پژوهش براساس متغیر سن
۷۳	جدول ۳-۵: خوشه نشانگان اختلال افسردگی اساسی براساس BDI-II
۹۰	جدول ۳-۶: وضعیت حضور و عدم حضور آزمودنی‌ها در پژوهش
۹۳	جدول ۴-۱: مقایسه تفاضل میانگین نمرات کلی در BDI-II
۹۳	جدول ۴-۲: مقایسه تفاضل میانگین نمرات کلی در پرسشنامه سنجش افسردگی امری
۹۴	جدول ۴-۳: روند تغییرات میانگین نمرات BDI-II دو گروه در جلسات ارزیابی
۹۵	جدول ۴-۴: مقایسه میانگین پرسشنامه سنجش افسردگی امری دو گروه در جلسات ارزیابی
۹۶	جدول ۴-۵: مقایسه تفاضل میانگین آزمودنی‌ها در نشانگان شناختی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم BDI-II
۹۶	جدول ۴-۶: مقایسه روند تغییرات میانگین نمرات نشانگان شناختی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) دو گروه در جلسات ارزیابی
۹۷	جدول ۴-۷: مقایسه تفاضل میانگین نمرات آزمودنی‌ها در نشانگان رفتاری - عاطفی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)
۹۸	جدول ۴-۸: مقایسه روند تغییرات میانگین نمرات نشانگان رفتاری - عاطفی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) دو گروه در جلسات ارزیابی
۹۹	جدول ۴-۹: مقایسه تفاضل میانگین نمرات آزمودنی‌ها در نشانگان جسمانی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)
۱۰۰	جدول ۴-۱۰: مقایسه روند تغییرات میانگین نمرات نشانگان جسمانی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) دو گروه در جلسات ارزیابی
۱۰۱	جدول ۴-۱۱: تحلیل واریانس یک طرفه از تفاضل میانگین نمرات در هر یک از ۳ خوشه نشانگان اختلال افسردگی اساسی
۱۰۲	جدول ۴-۱۲: آزمون توکی و شفه از تحلیل واریانس یک طرفه ۳ خوشه نشانگان اختلال افسردگی اساسی

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۹۴	نمودار ۴-۱: مقایسه روند تغییرات میانگین نمرات BDI-II دو گروه در جلسات ارزیابی
۹۵	نمودار ۴-۲: مقایسه روند تغییرات میانگین پرسشنامه سنجش افسردگی امری در دو گروه در جلسات ارزیابی
	نمودار ۴-۳: مقایسه روند تغییرات میانگین نمرات نشانگان شناختی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش
۹۷	دوم (BDI-II) دو گروه در جلسات ارزیابی
	نمودار ۴-۴: مقایسه روند تغییرات میانگین نمرات نشانگان رفتاری - عاطفی پرسشنامه افسردگی بک
۹۹	ویرایش دوم (BDI-II) دو گروه در جلسات ارزیابی
	نمودار ۴-۵: مقایسه روند تغییرات میانگین نمرات نشانگان جسمانی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش
۱۰۱	دوم (BDI-II) دو گروه در جلسات ارزیابی

فهرست اشکال

صفحه	عنوان
۳۰	شکل ۱-۲: مدل زیستی - اجتماعی افسردگی
۳۱	شکل ۲-۲: ترکیب متغیرهای زیستی و روانی - اجتماعی در تنظیم عاطفه و سایکوپاتولوژی افسردگی .
۴۰	شکل ۳-۲: مدل رفتاری افسردگی
۴۰	شکل ۴-۲: سه نظریه درماندگی افسردگی
۴۱	شکل ۵-۲: فرآیندهای شناختی در افسردگی
۴۹	شکل ۶-۲: مدل شناختی افسردگی
۵۸	شکل ۷-۲: مثلث شناختی در افسردگی
۵۹	شکل ۸-۲: مدل درمان شناختی

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه و بیان مسئله

انسان در همه اعصار در جستجوی علل افسردگی بوده است. از روزگار باستان گمان می‌رفت که افسردگی و ناراحتی‌های روانی منشاء جسمانی دارند و ناشی از به هم خوردن نظم شیمیایی بدن است. از جمله بقراط «صفرای سیاه» را علت اصلی ناراحتی‌های روانی می‌دانست. دانشمندان زمانه ما هم به لطف تحقیقات مفصل سالهای اخیر سعی کرده‌اند رابطه‌ای میان کار مغز و افسردگی پیدا کنند، به پاسخ‌هایی هم دست یافته‌اند. با این حال، و علیرغم استفاده از ابزارهای پیچیده و پیشرفته هنوز راه‌حل مشخصی بدست نیامده است بعید نیست روزی متخصصین اعصاب به تکنولوژی فوق پیشرفته‌ای دست یابند که به انسان امکان دهد تا به میل خود و هر طور که بخواهد روحیه‌اش را تنظیم کند! در این صورت به جرات می‌توان گفت که انسان به یکی از پیچیده‌ترین راه‌چاره‌های تاریخ بشر دست یافته است. اما برای آینده نه چندان دور، انتظار واقع‌بینانه‌ای نیست. با این وجود، همه امیدمان به این است که با تشخیص دقیق بیماری افسردگی، روشهای درمانی موثرتر و انسانی‌تر را ابداع کنیم.

در حال حاضر افسردگی مسئله شماره یک سلامتی در دنیاست و به قدری افزایش یافته که آنرا سرماخوردگی اختلالات روانپزشکی نامیده‌اند (سیلگمن^۱، ۱۹۷۵؛ به نقل از کلارک^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). با این حال تفاوت ظریفی میان سرماخوردگی و افسردگی وجود دارد. افسردگی کشنده است با توجه به تحقیقات بعمل آمده در سالهای اخیر آمار خودکشی حتی در میان کودکان و پا به سن گذاشته‌ها رشد تکان‌دهنده‌ای داشته و این در شرایطی است که انواع داروهای آرام‌بخش و ضد افسردگی که شمارش آنها از هزارها هم گذشته، در دهه‌ی جاری برای درمان افسردگی تجویز شده است. به راستی تاسف‌انگیز است و باید این مهم را در نظر گرفت که افسردگی نوعی بیماری است و بنابراین لازمه زندگی سالم نیست و مهمتر آنکه می‌توان به کمک روش‌های ویژه بر این بیماری چیره شد. در هر مقطع معینی از زمان، ۲۰-۱۵ درصد بزرگسالان، در سطح قابل توجهی از نشانه‌های افسردگی، رنج می‌برند و حداقل ۱۲ درصد به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله‌ای از زندگی، به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند و حدس زده می‌شود که حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستانهای روانی را مبتلایان به افسردگی تشکیل می‌دهند. به دلایلی که

1 - Seligman

2 - Clark

هنوز روشن نیست در جوامع صنعتی غرب، افسردگی در بین زنان، تقریباً دو برابر این میزان در مردهاست (براون^۱ و هریس^۲، ۱۹۷۸؛ به نقل از کلارک و دیگران، ۱۹۹۹). بعید به نظر می‌رسد که فقط یک عامل بتواند وقوع افسردگی را تبیین کند، بلکه افسردگی از تعامل بین چندین عامل مختلف، حاصل می‌شود. نشان داده شده است که شروع و سیر آن به متغیرهای مختلف زیست‌شناختی، سابقه بیماری محیطی و روانی - اجتماعی مربوط می‌شود. از میان این متغیرها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: اختلال در کارکرد ناقل‌های عصبی، سابقه افسردگی یا اکلایسم در خانواده، از دست دادن والدین در دوران کودکی و یا مورد بی‌توجهی آنان قرار گرفتن، رویدادهای منفی اخیر در زندگی، داشتن همسر عیب‌جو و متخاصم، فقدان ارتباطی نزدیک و اطمینان بخش، فقدان حمایت اجتماعی مناسب و فقدان درازمدت احساس ارزشمندی (براون و هریس، ۱۹۷۸؛ به نقل از کلارک و دیگران، ۱۹۹۹).

افسردگی مرضی^۳، یک مقوله تشخیصی است که به شیوه‌های مختلفی به دسته‌های کوچکتر تقسیم شده است. مخصوصاً اختلال‌های دو قطبی و یک قطبی^۴ و افسردگی درون‌زاد^۵ و واکنشی^۶ یا روان‌نژدانه^۷ تمایزهایی صورت گرفته است (براون و هریس، ۱۹۷۸؛ به نقل از کلارک و دیگران، ۱۹۹۹).

در این مطالعه اصطلاح «افسردگی» عموماً در مقام اشاره به اختلال افسردگی غیر دو قطبی و غیر روان‌پریشانه^۸ - یعنی بدون توهم و هذیان، به کار خواهد رفت. چرا که رفتار درمانی شناختی برای این اختلال خلقی، طراحی شده است و کاربرد آن در این باره، بیش از همه، مورد آزمون قرار گرفته است. افسردگی در این مفهوم یعنی مفهوم مرضی خود، با خلق پایین و گذرایی که اکثر مردم در واکنش بهنجار نسبت به فقدان^۹ از خود نشان می‌دهند و بسیاری از جنبه‌های کارکرد آنها بر اثر آن دچار اشکال می‌شود، کاملاً فرق دارد. وقتی کسی دچار افسردگی مرضی می‌شود، احساس غمگینی می‌کند و اغلب به گریه می‌افتد. احساس گناه عذابش می‌دهد و معتقد می‌شود که در حق دیگران کوتاهی می‌کند. بیش از حد معمول، تحریک‌پذیر می‌شود و احساس اضطراب و تنش می‌کند. وقتی افسردگی به شدیدترین سطح خود برسد فرد ممکن است توانایی واکنش هیجانی را از دست بدهد و به اینجا برسد که احساس خوب و بد چندان تفاوتی برایش نمی‌کند. لذت بردن از زندگی و علاقه‌مند شدن به انجام کارهای روزمره برای این عده دشوار می‌گردد.

1 - Brown

2 - Harris

3 - Clinical Depression

4 - Bipolar & Unipolar Disorders

5 - Endogenous Depression

6 - Reactive

7 - Neurotic

8 - Non-Psychotic

9 - Loss

انرژی کم می‌شود و انجام هر چیزی به نظر، کاری شاق می‌رسد. بنابراین سعی می‌کنند خود را از چیزهایی که معمولاً انجام می‌دادند دور نگه دارند و ممکن است ساعت‌ها قوز کرده روی صندلی بنشینند و یا در رختخواب بمانند. کارهای لذت‌بخش معمولی مانند خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون دشوار و تحمل‌ناپذیر می‌شود، چون تمرکز بر آنچه خوانده یا گفته می‌شود و نیز یادآوری آنها برایشان دشوار می‌شود. اشتغال ذهنی‌شان این است که حال‌شان چقدر بد است و با چه مشکلات به ظاهر غیرقابل حلی، روبرو گشته‌اند. حتی کارکردهای اولیه جسمی ممکن است در آنها دچار اشکال شود، خواب دشوار می‌شود، اشتها کم می‌گردد و تمایل جنسی از بین می‌رود و خطرناک‌تر از همه این که به نظر می‌رسد با گذشت زمان هیچ سرانجامی برای این حالت وجود نداشته باشد و نمی‌توان برای تغییر وضع، کاری انجام داد. در نتیجه ناامیدی زیاد می‌شود و ممکن است به آرزوی مرگ و افکار خودکشی منجر گردد. بین افسردگان شدید، سرانجام ۱۵ درصد خود را می‌کشند (کوریل^۱ و وینوکور^۲، ۱۹۹۲).

چند دهه پیش، شاهد پیدایش سریع تعدادی از درمانهای کوتاه مدت روان‌شناختی در درمان افسردگی بوده است (راش^۳، ۱۹۸۲). تا اواسط دهه ۱۹۷۰، افسردگی برحسب مفهوم‌سازیهای روانپزشکی و به عنوان اشکالات رفتاری و شناختی تلقی می‌شد که بر اثر پی‌آمدهای اختلالی اولیه در خلق، پدید می‌آیند و خود این اشکالات آماج‌های خوبی برای درمان، قلمداد نمی‌شدند. در محدوده روان‌شناسی بالینی نیز اگرچه افسردگی کانون گمانه‌پردازیهای نظری فزاینده‌ای بوده (برای مثال لازاروس^۴، ۱۹۸۸؛ کوستلو^۵، ۱۹۷۲؛ فرستر^۶، ۱۹۷۳؛ لوین سون^۷، ۱۹۷۴؛ سیلگمن^۸، ۱۹۷۵؛ به نقل از کوریل و وینوکور، ۱۹۹۲)، اما کوشش‌هایی که در جهت درک پدیدارشناسی فرآیند آن بعمل می‌آمد، نتوانسته بود برنامه‌های درمان سنجیده، منسجم و عملی پدید بیاورد.

اما از آن زمان به بعد، کارایی بالینی تعدادی از الگوهای درمانی رفتاری و شناختی - رفتاری، نشان داده شده است. از این میان، رفتار درمانی شناختی^۸ افسردگی، آنگونه که بوسیله بک و همکارانش در فیلادلفیا شکل گرفت (بک^۹، راش، شاو^{۱۰} و امری^{۱۱}، ۱۹۷۹) امروزه بیش از همه مورد استقبال قرار گرفته است و

-
- 1 - Coryell
 - 2 - Winkur
 - 3 - Rush
 - 4 - Lazarus
 - 5 - Costello
 - 6 - Ferster
 - 7 - Lewinsohn
 - 8 - Cognitive-Behavior Therapy (CBT)
 - 9 - Beck
 - 10 - Shaw
 - 11 - Emery

همچنین به گسترده‌ترین وجهی مورد ارزیابی واقع شده و اثر آفرین بوده است. رفتار درمانی شناختی، در کامل‌ترین مفهوم خود، در برگیرنده‌ی آمیزه پیچیده‌ای از فنون شناختی و رفتاری است. این فنون تا حدی شامل شیوه‌های مداخله‌ای درمانی است که بوسیله سایر متخصصان بکار گرفته می‌شوند: مانند برنامه‌ریزی رویدادهای خوشایند^۱ (به عنوان مثال لوین سون، سالیوان^۲، گراس کاپ^۳، ۱۹۸۲)، ارزیابی مجدد معیارهای ناکارآمد رفتاری (به عنوان مثال رم^۴، ۱۹۸۲) و اسنادهای افسرده‌ساز^۵ (برای مثال آبرام سون^۶، سیلگمن و تیزدل^۷، ۱۹۷۸؛ به نقل از هاوتون و دیگران، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۱).

در حالی که افسردگی اختلال شایعی است جامع‌ترین و کاربردی‌ترین نظریه‌ها یعنی نظریه‌شناختی به درمان آن اختصاص یافته است (بک، ۱۹۶۷). براساس این مدل درمانی، شناخت‌های ناسازگارانه عامل اصلی ایجاد و حفظ فرایند افسردگی است. در این مدل به نظر می‌رسد که یک رابطه علی بین شناخت‌ها و هیجانات وجود دارد و شناخت‌ها نقش اولیه را به عهده دارند (به نقل از هاوتون و دیگران، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۱).

البته بک به اصلاح این اعتقاد اولیه پرداخت و اظهار داشت که این شناخت‌ها یک روی سکه و تغییرات هیجانی، زیستی و رفتاری روی دیگر آن است و به دنبال آن درمان شناختی افسردگی را ارایه داد (بک بورن^۸ و مورهد^۹، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها اثربخشی و کارایی و مقرون به صرفه بودن این رویکرد را در درمان بسیاری از اختلالات نشان داده است (کندال^{۱۰} و چمبلس^{۱۱}، ۱۹۹۸)، اثربخشی این رویکرد در درمان افسردگی هم مشخص شده است (هولون^{۱۲} و بک، ۱۹۹۵؛ به نقل از کلارک و دیگران، ۱۹۹۹) حال این تغییرات در چه سطوحی رخ می‌دهد بررسی‌های بیشتری را می‌طلبد.

در حال حاضر افسردگی، به عنوان یک اختلال شایع که درصد زیادی از افراد به آن دچار می‌شوند، شناخته شده است. درمان شامل طیف گسترده‌ای از داروها تا روان‌درمانی است، که در برخی موارد استفاده از الکتروشوک موفقیت درمان را افزایش می‌دهد (آنتونی^{۱۳} و بیلینگ^{۱۴}، ۲۰۰۳). تقریباً ۶۷ درصد بیماران که

-
- 1 - Pleasant-event scheduling
 - 2 - Sullivan
 - 3 - Grosscup
 - 4 - Rem
 - 5 - Depressive Attribution Re-evaluation Or Dysfunctional Standards
 - 6 - Abramson
 - 7 - Teasdel
 - 8 - Blackburn
 - 9 - Moorhead
 - 10 - Kendall
 - 11 - Chambless
 - 12 - Hollon
 - 13 - Antony
 - 14 - Bieling

یک دوره درمان دارویی یا یکی از روش‌های درمانی به لحاظ عملی حمایت شده (درمان شناختی - رفتاری و روش درمانی بین فردی^۱) را گذرانده‌اند. مورد درمان قرار گرفته‌اند، بهبود یافته‌اند (امری، ۲۰۰۳؛ ترجمه محمدخانی و رضایی، ۱۳۸۴).

شناخت درمانی^۲ بر پایه تئوری شخصیتی که فرض می‌کند افراد به رویدادهای زندگی از طریق ترکیبی از جنبه‌های شناختی، عاطفی، هیجانی و رفتاری پاسخ می‌دهند قرار دارد. این پاسخ مبتنی بر فرآیند تحول و تاریخچه یادگیری فردی ارگانیزم است. سیستم شناختی از طریق ادراک، تفسیر و معنا دادن به رویدادها در افراد عمل می‌کند و با سیستم عاطفی، هیجانی و فیزیولوژیک که درگیر پردازش اطلاعات بین فرد و محیط فیزیکی و اجتماعی وی هستند در تقابل است و به صورت تطابقی پاسخ می‌دهد. گاهی اوقات به علت ادراکات و تفسیرهای نادرست غیرکارکردی و یا غیرعادی از موقعیت، پاسخ‌ها ناسازگارند.

هدف شناخت درمانی فعال کردن سیستم شناختی است که سرانجام موجب سازگار شدن پردازش اطلاعات و آغاز تغییرات مثبت در همه سیستم‌های فوق‌الذکر را فراهم می‌آورد. در این شیوه درمانی طی یک فرایند مشترک درمانی، درمانگر و بیمار مشترکاً باورهای بیمار را در مورد خودش، دیگران و جهان بررسی می‌کنند و نتیجه‌گیری‌های نادرست بیمار به عنوان فرضیه‌های قابل آزمون مورد درمان قرار می‌گیرند. آزمایش‌های رفتاری و روش‌های کلامی همه برای بررسی تفسیرهای بیمار از رویدادها و هم بررسی شواهد متناقضی که بیشتر از باورهای ناسازگارکننده وی حمایت می‌کند مورد استفاده قرار می‌گیرد تا سرانجام تغییرات^۳ درمانی آغاز شود. به طور کلی سه رویداد عمده در درمان سبک‌های غیرکارکردی و ناسازگار وجود دارد:

۱) غیرفعال کردن آنها

۲) تغییر محتوا و ساختار آنها

۳) ساختن سبک‌های سازگارانه‌تر برای خنثی‌سازی سبک‌های غیرکارکردی

در طول درمان رویکرد اول و سوم همزمان به کار می‌رود، از روش منحرف‌سازی یا اطمینان‌دهی برای تغییر باورهای ویژه استفاده می‌شود. اگرچه تغییر نهایی مستلزم تغییر باورهای هسته‌ای^۳ بیمار است (کرسینی^۴، ۲۰۰۰؛ به نقل از دابسون^۵ و محمدخانی، ۱۳۸۵).

1 - Interpersonal Psychotherapy (IPT)
2 - Cognitive Therapy (CT)
3 - Core Belief
4 - Corsini
5 - Dobson

علی‌رغم وجود شواهدی دال بر تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر اختلال افسردگی اساسی^۱، هنوز جنبه‌هایی از چگونگی تاثیر آن بر خوشه نشانگان^۲ به ویژه در فرهنگ‌های مختلف در دست نیست. این پژوهش بنا دارد تا با توجه به این حقیقت که در فرهنگ ایرانی غالباً نشانگان افسردگی نمود بدنی دارند، در درجه اول نحوه تاثیر درمان گروهی شناختی - رفتاری^۳ را بر اختلال افسردگی اساسی و در درجه دوم بر جنبه‌های مختلف اختلال افسردگی اساسی (شناختی^۴، جسمانی^۵، عاطفی^۶، رفتاری^۷) مورد بررسی قرار دهد.

اهمیت و ضرورت پژوهش

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است. تخمین زده می‌شود که از هر پنج نفر یک نفر در طول زندگی دچار افسردگی می‌شود (کسلر^۸، مک دوگال^۹، زاو^{۱۰} و دیگران، ۱۹۹۴). افسردگی یکی از عودکننده‌ترین اختلال روانی است و در زنان شایع‌تر از مردان است (کلرمن^{۱۱} و وسیمن^{۱۲}، ۱۹۹۲؛ به نقل از کسلر و دیگران، ۱۹۹۴). بطوریکه زنان تقریباً دو برابر مردان دچار افسردگی می‌شوند (کسلر و دیگران، ۱۹۹۴). علاوه بر این، افسردگی سیر مزمن و دوره‌ای دارد. همین موضوعات ضرورت پژوهش در زمینه آسیب‌شناسی این اختلال را توجیه می‌نماید (گاتلیب^{۱۳}، گیلبوآ^{۱۴} و سامرفلد^{۱۵}، ۲۰۰۰). افسردگی سبب بدکنشی در حوزه‌های گوناگون زندگی از جمله شغل، روابط اجتماعی و زندگی خانوادگی می‌شود و بالاخره این که افسردگی یکی از عوامل خطر خودکشی در بیماران روانی است (ویتچن^{۱۶}، کارتر^{۱۷}، پفیستر^{۱۸}، و دیگران، ۲۰۰۰).

-
- 1 - Major Depression Disorder (MDD)
 - 2 - Symptoms
 - 3 - Cognitive – Behavior Group Therapy (CBGT)
 - 4 - Cognitive
 - 5 - Somatic
 - 6 - Affective
 - 7 - Behavioral
 - 8 - Kessler
 - 9 - Mc Gonagle
 - 10 - Zhao
 - 11 - Klerman
 - 12 - Weissman
 - 13 - Gotlibe
 - 14 - Gilboa
 - 15 - Sommerfeld
 - 16 - Wittchen
 - 17 - Carter
 - 18 - Pfister

افسردگی دومین اختلال شایع روان‌شناختی است و سالیانه در سراسر جهان حدود ۱۰۰ میلیون نفر به آن مبتلا می‌شوند (گاتلیب و هامن^۱، ۱۹۹۲). شیوع مادام‌العمر اختلال افسردگی اساسی از ۲/۶ درصد تا ۱۲/۷ درصد در مردان و ۷ درصد تا ۲۱ درصد برای زنان تخمین زده می‌شود (کسلر و دیگران، ۱۹۹۴؛ و سیمن، بروس^۲ و دیگران، ۱۹۹۱؛ به نقل از کلارک و دیگران، ۱۹۹۹). تحقیقات انجام شده در ایران نیز نشانگر شیوع نسبتاً بالای افسردگی در جامعه ایرانی می‌باشد (بخشانی، کیان‌پور و سراوانی، ۱۳۷۶؛ باقری و همکاران، ۱۳۷۳؛ پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴). با توجه به گستردگی شیوع و پیچیدگی این اختلال از یک سو و عوارض فردی و اجتماعی آن از سوی دیگر، نظریه پردازان، پژوهشگران و متخصصین بالینی به ارزیابی جنبه‌های مختلف این اختلال پرداخته‌اند و در خصوص آسیب‌شناسی، پیشگیری و درمان آن نظریه‌پردازی نموده و مدل‌های متفاوتی ارائه داده‌اند؛ ولی هنوز ابعاد وسیعی از آن ناشناخته باقی مانده است.

علاوه بر این که افسردگی سیر مزمن و دوره‌ای دارد، عود حتی پس از یک درمان موفقیت‌آمیز بسیار متحمل است (چنتر^۳ و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از کلارک و همکاران، ۱۹۹۹). بطوری که افراد افسرده بطور متوسط دوره‌هایی از افسردگی را در طول عمرشان تجربه می‌کنند. از سوی دیگر با افزایش تعداد دوره‌های افسردگی، احتمال وقوع دوره بعدی بیشتری می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۱۹۹۴).

این موضوعات ضرورت پژوهش در زمینه آسیب‌شناسی این اختلال را توجه می‌کنند (گاتلیب، گیلبوآ^۵ و سامرفلد^۶، ۲۰۰۰). به ویژه که با وجود نرخ بالای افسردگی و پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی را دومین اختلال شایع جهان برآورد کرده است ضرورت دارد تا روش درمانی جامع و در عین حال، کوتاه مدت که در یک زمان بتواند اختلال را هدف قرار دهد و مرهمی بر رنج بیماران باشد، طراحی شود.

شناخت درمانی طی چهار دهه گذشته رشد و پیشرفت چشمگیری داشته است. در حال حاضر این رویکرد یکی از کارآمدترین رویکردهای روان‌درمانی شناخته می‌شود (کنندال و چمبلس، ۱۹۹۸). اگرچه کاربرد اولیه شناخت درمانی در حوزه درمان افسردگی بود (کلارک، بک و الفورد^۷، ۱۹۹۹؛ اینگرام^۸، میراندا^۹ و

-
- 1 - Hammen
 - 2 - Broth
 - 3 - Chanter
 - 4 - American Psychiatric Association (APA)
 - 5 - Giboa
 - 6 - Sommerfeld
 - 7 - Alford
 - 8 - Ingeram
 - 9 - Miranda