

## مقایسه اثربخشی مشاوره حضوری و کتاب‌درمانی به شیوه شناختی در کاهش علائم افسردگی

مهناز جوکار\*، دکتر ایران باغبان\*\*، دکتر سیداحمد احمدی\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی بک، مشاوره حضوری و کتاب‌درمانی، در درمان بیماران افسرده خفیف و متوسط انجام شده است.

**روش:** آزمودنی‌های پژوهش را ۳۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره دانشگاه اصفهان تشکیل دادند که با علائم افسردگی خفیف و متوسط به کمک پرسش‌نامه افسردگی بک انتخاب شده و به تصادف در سه گروه ده نفری (دو گروه درمانی و یک گروه گواه) بررسی شدند. گروه درمان حضوری در شش جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفتگی) مشاوره به شیوه شناختی، شرکت کردند. گروه کتاب‌درمانی نیز کتاب «روان‌شناسی افسردگی برنزه را طی شش هفته مطالعه کرده و هر هفته به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه با درمانگر درباره شیوه انجام تکالیف و مطالب کتاب بحث کردند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد.

**یافته‌ها:** مشاوره به شیوه شناختی و کتاب‌درمانی هر کدام به‌طور جداگانه در کاهش علائم افسردگی مؤثر بودند ( $p < 0/001$ ). بین دو شیوه درمانی در کاهش علائم افسردگی بیماران تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

**نتیجه‌گیری:** مشاوره به شیوه شناختی و کتاب‌درمانی اگر به‌صورت سازمان‌داده شده و بر پایه نظری مناسبی اجرا شوند مؤثر و سودمند خواهند بود.

۲۷۰

**کلیدواژه:** مشاوره حضوری، کتاب‌درمانی، افسردگی

### مقدمه

شیوه‌های درمانی غیردارویی از جمله بررسی‌های مورفی<sup>۱</sup>، سیمونز<sup>۲</sup>، وتزل<sup>۳</sup> و لاستمن<sup>۴</sup> (۱۹۸۴)، دابسون<sup>۵</sup> (۱۹۸۹)، پژوهش‌های انجام شده در زمینه مقایسه میزان اثربخشی

\* کارشناس ارشد مشاوره، شیراز، خیابان زند، خیابان قهی، مرکز مشاوره دانشگاه شیراز. فاکس: ۰۷۱۱-۲۳۳۴۴۷۹ (نویسنده مسئول).

E-mail: joukark\_m@yahoo.com

\*\* دکترای تخصصی مشاوره، استادیار دانشگاه اصفهان.

\*\*\* دکترای مشاوره، دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان.

1- Murphy  
3- Wetzel  
5- Dobson

2- Simons  
4- Lustman

جیمسون<sup>۳۹</sup> و گوچنور<sup>۴۰</sup> (۱۹۸۹) گویای موفقیت کتاب‌درمانی در حل مشکلات گوناگون بوده‌اند. جیمسون و اسکوگین (۱۹۹۵)، فلویید (۲۰۰۳) و فلویید و همکاران (۲۰۰۴) نیز کتاب‌درمانی را به شیوه شناختی در درمان بیماران با افسردگی متوسط، و آکرسون<sup>۴۱</sup>، اسکوگین<sup>۴۲</sup>، مکتدری<sup>۴۳</sup> و لیمن<sup>۴۴</sup> (۱۹۹۸) آن را برای کاهش نشانه‌های افسردگی خفیف تا متوسط در نوجوانان دارای کارآیی دانسته‌اند.

در الگوی شناختی بک تجربه در افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض‌ها یا طرحواره‌ها خود در سازمان‌بندی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار، به کار گرفته می‌شوند (فاسمزاده، ۱۳۷۵). بالتر و بک (۲۰۰۰) در فراتحلیل چهار پژوهش فراتحلیلی که در این زمینه انجام شده بود، نشان دادند که شناخت‌درمانی در درمان افسردگی کودکان و بزرگسالان بسیار مؤثر بوده است. بیماران افسرده‌ای که با شناخت‌درمانی درمان شده بودند نصف بیمارانی که با ضدافسردگی‌ها درمان شده بودند عود<sup>۴۵</sup> داشتند (۳۰٪ در برابر ۶۰٪). پژوهش‌های فراتحلیلی دیگر (آنتوسیو<sup>۴۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ درویس<sup>۴۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ کرایید<sup>۴۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ هالن و همکاران، ۱۹۹۱؛ دابسون<sup>۴۹</sup>، ۱۹۸۹؛ رینک<sup>۵۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ لیدلا<sup>۵۱</sup>، ۲۰۰۱) نیز سودمندی و مؤثر بودن شناخت‌درمانی را در درمان افسردگی گزارش کرده‌اند و یا نشان داده‌اند که شناخت‌درمانی در درمان افسردگی دست‌کم با دارودرمانی

هالن<sup>۱</sup>، شلتون<sup>۲</sup> و لوسن<sup>۳</sup> (۱۹۹۱)، آنتوسیو<sup>۴</sup>، دونتون<sup>۵</sup> و دنلسکی<sup>۶</sup> (۱۹۹۵)، رینک<sup>۷</sup>، ریان<sup>۸</sup> و درویس<sup>۹</sup> (۱۹۹۸)، راینسون<sup>۱۰</sup>، برمن<sup>۱۱</sup> و نیمیر<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۰)، درویس<sup>۱۳</sup>، گلفاند<sup>۱۴</sup>، تانگک<sup>۱۵</sup> و سیمونز (۱۹۹۹) و بالتر<sup>۱۶</sup> و بک<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۰) شناخت‌درمانی را به‌عنوان مؤثرترین شیوه درمان افسردگی معرفی کرده‌اند.

اما این روش نسبت به درمان‌های دیگر پرهزینه‌تر و وقت‌گیرتر است (برادی<sup>۱۸</sup>، تامپسون<sup>۱۹</sup> و لارسون<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، نیمی از بیماران افسرده‌ای که برای روان‌درمانی به بخش سلامت روان ارجاع داده می‌شوند، به این بخش مراجعه نمی‌کنند (کاتون<sup>۲۱</sup>، راینسون<sup>۲۲</sup> و ونکورف<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۲؛ لین<sup>۲۴</sup>، ونکورف و کاتون، ۱۹۹۵؛ سایمون<sup>۲۵</sup>، ونکورف، واگنر<sup>۲۶</sup> و بارلو<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۳). بالا بودن هزینه‌های درمان امکان برخورداری بسیاری از افراد افسرده را از خدمات بهداشت روان سلب می‌کند (سایمون، ونکورف، راتر<sup>۲۸</sup> و واگنر، ۲۰۰۰؛ فرخی، ۱۳۸۰). از این رو بررسی روش‌های سودمند، کم‌هزینه و در دسترس برای این بیماران ضروری به‌نظر می‌رسد.

کتاب‌درمانی<sup>۲۹</sup> از جمله این روش‌های درمانی است که کارآیی آن در درمان نشان داده شده (مارس<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۵، ۱۹۹۷؛ فلویید<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۳؛ فلویید، سکوگین<sup>۳۲</sup>، مک‌کندری<sup>۳۳</sup>، فلویید و رودک<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۴)، اما در کشور ما بررسی گسترده‌ای در این زمینه انجام نشده است.

مراد از کتاب‌درمانی روان‌درمانی با بهره‌گیری از خواندن کتاب خودآموز می‌باشد (فلویید، ۲۰۰۳). کتاب‌درمانی نوعی خود‌درمانی است که احساس مسئولیت را در جریان درمان در مراجعان بالا می‌برد (همان‌جا). شخص می‌تواند خود کتابی معین، یا بخشی ویژه از کتابی را که درمانگر توصیه کرده بخواند. گاه ممکن است درمانگر در یک نشست فردی یا گروهی بخشی از یک کتاب را برای درمان‌جو بخواند (تبریزی، ۱۳۸۳). خواندن کتاب‌های خودآموز ادراک مراجعان از خود را بالا می‌برد و به آنها کمک می‌کند تا بتوانند بر اندیشه و احساس خود متمرکز شوند. نگرانی‌هایشان را به زبان آورند، مشکلات خود را در دیگران ببینند و دریابند که دیگران مشکلات همانند مشکل آنها را چگونه حل کرده‌اند (مینجر<sup>۳۵</sup>، ۱۹۹۰).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه کتاب‌درمانی (کرایگهد<sup>۳۶</sup>، کرایگهد و ایلاردی<sup>۳۷</sup>، ۱۹۹۸؛ اسکوگین<sup>۳۸</sup>،

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 1- Høllen         | 2- Shelton     |
| 3- Loosen         | 4- Antonuccio  |
| 5- Donton         | 6- Denelsky    |
| 7- Reinecke       | 8- Ryan        |
| 9- DuBois         | 10- Robinson   |
| 11- Berman        | 12- Neimeyer   |
| 13- Derubis       | 14- Gelfand    |
| 15- Tang          | 16- Bulter     |
| 17- Beck          | 18- Brody      |
| 19- Thompson      | 20- Larson     |
| 21- Katon         | 22- Robinson   |
| 23- Vonkorff      | 24- Lin        |
| 25- Simon         | 26- Wagner     |
| 27- Barlow        | 28- Rutter     |
| 29- bibliotherapy | 30- Marrs      |
| 31- Floyd         | 32- Scogin     |
| 33- Mckendrec     | 34- Rokke      |
| 35- Menninger     | 36- Craighead  |
| 37- Ilardi        | 38- Scogin     |
| 39- Jamison       | 40- Gochneaur  |
| 41- Ackerson      | 42- Scigin     |
| 43- McKendree     | 44- Lyman      |
| 45- relapse       | 46- Antonuccio |
| 47- Derubis       | 48- Craighead  |
| 49- Dobson        | 50- Reinck     |
| 51- Laidlaw       |                |

برابری می‌کند؛ گرچه برخی بررسی‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های دارویی مؤثرترند (الکین<sup>۱</sup>، شه<sup>۲</sup>، واتکینز<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹). هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی، مشاوره حضوری و کتاب‌درمانی به شیوه بک در کاهش علائم افسردگی بوده است.

## روش

پژوهش حاضر پژوهشی نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه درمانی و یک گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش کلیه مراجعان به مراکز مشاوره دانشگاه اصفهان با تشخیص افسردگی از تاریخ اردیبهشت تا آبان ۱۳۸۳ بودند.

نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود و برای انتخاب آزمودنی‌ها همه دانشجویان مراجعه‌کننده در تاریخ یادشده به کمک آزمون افسردگی بک ارزیابی شده، کسانی که نمره بین ۱۰ تا ۳۰ در آزمون افسردگی بک و نشانه‌های افسردگی خفیف تا متوسط در مصاحبه بالینی توسط کارشناس ارشد مشاوره بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV-T-R داشتند، انتخاب شدند. به این ترتیب ۳۰ نفر افراد انتخاب شده به تصادف در دو گروه ۱۰ نفره درمان و یک گروه گواه جای داده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها فرم ۲۱ سؤالی پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۴</sup> (BDI) بود (بک و ویشار<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹) که پژوهش‌های روان‌سنجی گوناگون ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار داده‌اند (کوچیمای<sup>۶</sup>، فوروگاوا<sup>۷</sup>، تاکاهاش<sup>۸</sup> و کواوی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲؛ عثمان، کوپر<sup>۱۰</sup> و باریوس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴؛ لزاک<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۵؛ آزادی، ۱۳۷۴؛ ساردونی، ۱۳۷۳). پایایی و روایی BDI در بررسی حاضر بر روی یک نمونه ۵۰ نفری دانشجویان دانشگاه اصفهان مورد بررسی قرار گرفت که نمره‌های به دست آمده از آزمون بک متناسب با شدت افسردگی بالینی آنها بود. آلفای کرونباخ به دست آمده برای این پرسش‌نامه ۰/۹۰ و همبستگی همه ماده‌های آن با نمره کل بالاتر از ۰/۸۰ بود. همبستگی منفی و معنی‌دار این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد،  $r = -0/54$  به دست آمد.

شناخت‌درمانی بر پایه شیوه شناختی بک، با تأکید بر افکار ناکارآمد و آموزش شیوه‌های اصلاح آنها توسط کارشناس ارشد مشاوره انجام شد. مشاوره حضوری در شش جلسه و به شکل زیر برگزار شد:

جلسه اول: بررسی چشمداشت‌های مراجع از درمان، آشناسازی مراجع با علائم جسمانی و روان‌شناختی افسردگی و آموزش دادن به مراجع در زمینه الگوی شناختی و شیوه درمان.

جلسه دوم: بررسی مطالب جلسه پیش و کارهایی که انجام شده است. آشناسازی مراجع با شش تحریف‌شناختی (تعمیم بیش از اندازه، شخصی‌سازی، تفکر همه یا هیچ، استنتاج عجولانه و بی‌پایه، اشتباه پیشگو و فاجعه‌انگاری همراه با ارایه بر گه تحریف‌ات شناختی (شامل انواع تحریف‌های شناختی همراه با توضیحاتی کوتاه و نمونه‌هایی درباره هر یک).

جلسه سوم: بررسی برگه پل زدن بین جلسه‌ها، بررسی تکالیف جلسه پیش با تأکید بر این که مراجع در تشخیص افکار خودکار خود چه اندازه موفق بوده است و گفتگو درباره انواع دیگر تحریف‌های شناختی.

جلسه چهارم: بررسی برگه پل زدن بین جلسه‌ها، بررسی تکالیف جلسه پیش با تأکید بر جدول موقعیت-فکر-احساس-تحریف‌شناختی، بررسی برنامه روزانه مراجع، مرور تحریف‌های شناختی، غلبه بر کم‌حرکی و آموزش شیوه‌های چالش با افکار منفی.

جلسه پنجم: افزون بر نکات یادشده در نشست‌های پیشین، آموزش شیوه‌های دیگری در راستای رویارویی با افکار خودکار منفی و بررسی تأثیر پاسخ‌گویی به این افکار بر زندگی مراجع.

جلسه ششم: بازبینی خلق، بررسی برگه پل زدن بین جلسه‌ها، بررسی تکالیف، مرور کلی فرآیند درمان و تأثیر آن بر مراجع و در پایان تکمیل آزمون افسردگی بک.

برای اجرای کتاب‌درمانی در یک جلسه شیوه درمان و چگونگی به کارگیری کتاب، فصل‌بندی آن و توصیه‌های لازم در زمینه چگونگی خواندن کتاب ارایه شدند. با توافق مراجع بخشی از کتاب روان‌شناسی افسردگی (برنز، ۱۳۸۱) مشخص شد تا مراجع تا هفته بعد خوانده و تکالیف آن را انجام دهد. هر هفته مانند گروه پیش، مراجع پیش از ورود به جلسه، آزمون افسردگی بک را تکمیل می‌کرد و بخشی از کتاب که در مورد خواندن آن توافق شده بود بررسی می‌شد. از مراجع خواسته می‌شد تا مثال‌ها و مطالب کتاب را با زندگی شخصی

- |                              |              |
|------------------------------|--------------|
| 1- Elkin                     | 2- Shea      |
| 3- Watkins                   |              |
| 4- Beck Depression Inventory |              |
| 5- Weishaar                  | 6- Kojima    |
| 7- Furukawa                  | 8- Takahashi |
| 9- Kawai                     | 10- Kopper   |
| 11- Barrios                  | 12- Lezak    |

جدول ۱- مقایسه زوجی نمره‌های افسردگی گروه‌های درمان و گواه

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
مشاوره کتاب‌درمانی	-۰/۴	۱/۹۹۷	۰/۹۸۳
حضور گواه	*-۱۴/۵۵	۱/۹۹۷	۰/۰۰۰
کتاب مشاوره حضوری	۰/۴	۱/۹۹۷	۰/۹۸۳
درمانی گواه	*-۱۴/۵۱	۲/۰۰۵	۰/۰۰۰

\* تفاوت میانگین‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است.

همان‌گونه که نمودار ۲ نیز نشان می‌دهد نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه درمانی و گروه گواه به یکدیگر بسیار نزدیکند.

بررسی میانگین‌های پس‌آزمون نیز نمره‌های دو گروه درمانی را به یکدیگر نزدیک و با گروه گواه دارای تفاوت چشم‌گیر نشان داد. از سوی دیگر، مقایسه نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان‌دهنده تفاوت چشم‌گیر (کاهش در نمرات پس‌آزمون) بین آنها است.

آزمون تحلیل کواریانس تفاوت میان سه گروه را معنی‌دار نشان داد ( $F=۲۴/۴۲$ ,  $df=۳$ ,  $۳۵$ ,  $p<۰/۰۰۱$ ). این بررسی ۶۸٪ واریانس یا تفاوت‌های فردی در افسردگی را مربوط به تفاوت میان سه گروه نشان داد.

همان‌گونه که بیان شد بین گروه‌ها از نظر میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها آزمون مقایسه‌های زوجی (جدول ۱) به کار برده شد. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین دو گروه درمانی از نظر میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما گروه گواه با هر دو گروه تفاوت معنی‌دار ( $p<۰/۰۰۱$ ) دارد از این رو فرضیه‌های دوم و سوم نیز تأیید می‌شوند.

### بحث

این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی به شیوه مشاوره و کتاب‌درمانی در کاهش علائم افسردگی مؤثر است. این یافته با یافته‌های دابسون (۱۹۸۹)، رینک و همکاران (۱۹۹۸)، راینسون و همکاران (۱۹۹۰) و بالتر و بک (۲۰۰۰) و لیدلاو (۲۰۰۱) هم‌سو می‌باشد؛ هم‌چنین با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در ایران (آخوند مکه‌ای، ۱۳۷۶؛ مهربانی‌زاده هنرمند، ۱۳۷۵) هماهنگ است.

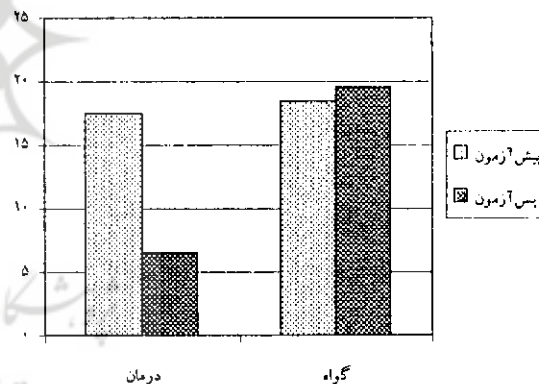
خود تطابق داده و نمونه‌هایی در این زمینه بیاورد (در این روش تأکید اصلی بر انجام تکالیف کتاب است). مدت جلسه‌ها ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود. مراجعان در پایان جلسه ششم آزمون افسردگی بک را دوباره تکمیل کردند.

گروه گواه نیز نخست آزمون افسردگی بک را تکمیل کردند و پس از شش هفته برای تکمیل دوباره آزمون از آنها دعوت شد و درباره آنها هیچ‌گونه اقدام و مداخله‌ای انجام نشد.

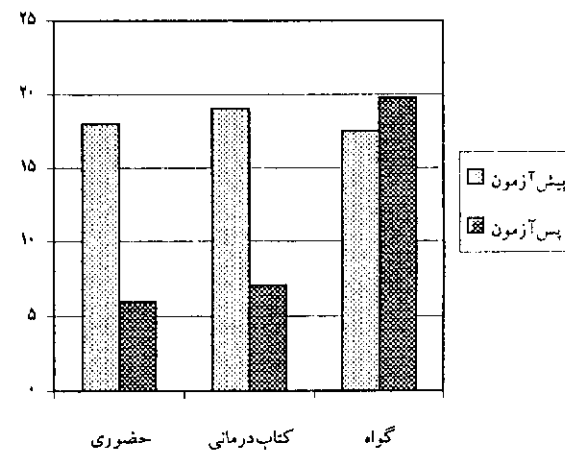
برای تحلیل داده‌های پژوهش روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس به کار برده شد.

### یافته‌ها

نمره‌های پس‌آزمون گروه مشاوره شناختی نسبت به گروه گواه کاهش چشم‌گیر یافتند (نمودار ۱). آزمون تحلیل واریانس نیز این تفاوت را معنی‌دار ( $p<۰/۰۰۱$ ،  $df=۳۷/۱$ ) و نیز فرضیه اول پژوهش را مورد تأیید قرار داد. ( $F=۷۳/۲۱$ )



نمودار ۱- مقایسه نمره‌های افسردگی دو گروه مشاوره شناختی و گواه



نمودار ۲- مقایسه نمره‌های افسردگی گروه‌های درمان و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

بر پایه الگوی شناختی تعبیر از یک موقعیت (و نه خود موقعیت) که غالباً به وسیله افکار خودکار خود را نشان می‌دهد، بر هیجان، رفتار و پاسخ فیزیولوژیک پس از آن تأثیر دارد. مراجعان با بررسی انتقادی افکار و تصحیح اشتباه‌های فکری خود غالباً احساس بهتری پیدا می‌کنند. با توجه به نظریه بک که تفکر منفی جنبه مسلط اختلال افسردگی بوده، تنها یک نشانه نیست، بلکه نقشی تعیین‌کننده در تداوم افسردگی دارد، با پیشرفت افسردگی افکار خود آیند منفی بیشتر پدید می‌آیند و افکار منطقی کاهش می‌یابند. این فرآیند گسترش فزاینده دامنه خلق افسرده را به دنبال دارد و بدین ترتیب دور باطلی شکل می‌گیرد (قاسم‌زاده، ۱۳۷۵).

این بررسی نشان داد گروهی که از کتاب‌درمانی برخوردار شدند در مقایسه با گروه گواه تفاوت معنی‌داری را در کاهش علائم افسردگی داشته‌اند. به بیان دیگر کتاب‌درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی مراجعان مؤثر بوده است.

این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های جیمسون و سکوگین (۱۹۹۵)، مارس (۱۹۹۵)، کویچیرس (۱۹۹۷)، آکرسون و همکاران (۱۹۹۸)، فلویید (۲۰۰۳) و فلویید و همکاران (۲۰۰۴) هماهنگ است، اما برخلاف تنها پژوهش یافت‌شده داخلی در این زمینه (تبریزی، ۱۳۸۳) می‌باشد.

همان‌گونه که مینجر (۱۹۹۰) نیز مطرح کرده است، استفاده از کتاب‌های خودآموز باعث بالارفتن ادراک مراجعان از خود می‌شود. هنگامی که مراجعان فرا می‌گیرند که چگونه از تکنیک‌ها استفاده کنند، چگونه هیجان‌ها و افکارشان بر هم تأثیر می‌گذارند و چگونه می‌توانند افکار خود را کنترل کنند، بسیار سریع‌تر در درمان پیش می‌روند. از دیدگاه مراجعان، کتاب روانشناسی افسردگی (برنز، ۱۳۸۱) در زمینه برقراری ارتباط با مراجعان افسرده و درک احساسات و نگرانی‌های آنها موفق بوده است. البته همان‌گونه که کالیش<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) نیز بیان نموده است، خواندن کتاب در صورتی می‌تواند برای بیماران سودمند باشد که مراجع توانایی کاربرد مطالب کتاب انتخاب شده را در فرآیند درمان داشته باشد.

برای آنکه مطالب کتاب تأثیر بیشتری در زندگی داشته باشد و پس از مدت کوتاهی فراموش نشود، درمانگر بایستی اجرای تکالیف خواسته شده را دنبال کند. به نظر می‌رسد دلیل یافته‌های تبریزی (۱۳۸۳) نیز پی‌گیری نکردن انجام تکالیف توسط درمان‌گر بوده است.

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان و دانشگاهیان تشکیل داده بودند. از این رو یافته‌های پژوهش حاضر قابل تعمیم به جوامع آماری دارای سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نیست. یافته‌های پژوهش حاضر بر پایه پرسش‌نامه خودگزارشی گردآوری شد که باید به محدودیت‌های مربوط به این نوع ابزار سنجش توجه شود.

پیشنهاد می‌شود این بررسی در جمعیت‌های دیگر مانند میان‌سالان و سطوح تحصیلی دیگر نیز اجرا شود و هم‌چنین از ابزارهای عینی دیگری برای سنجش میزان کارایی این روش‌های درمانی بهره گرفته شود.

### سپاسگزاری

از مشاورین آماری این پژوهش آقایان دکتر حسین مولوی، دکتر محمدرضا عابدی و سرکار خانم شهره انعامی، هم‌چنین از مسئولین محترم مراکز مشاوره دانشگاه اصفهان سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۰/۲۹؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۲/۱۱؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۳/۴

### منابع

- آخوندک‌مادی، زهرا (۱۳۷۶). بررسی تأثیر شناخت‌درمانی به روش بک برای افسردگی نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شاهین شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تربیت معلم.
- آزادی، مجید (۱۳۷۴). ارزیابی تست بک در افسردگی در بیمارستان فشاری (در یکصد و سی بیمار افسرده). پایان‌نامه دکترای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمانشاه.
- امامی، حبیب (۱۳۷۶). بررسی شیوع افسردگی و عوامل مستعدکننده آن در دانشجویان پزشکی دانشکده پزشکی بندرعباس. طبع و توان بخشی، سال اول، شماره ۱، ۲۶-۱۹.
- برنز، دیوید (۱۳۸۱). روان‌شناسی افسردگی. ترجمه: مهدی قراچه‌داغی. تهران: انتشارات دایره.
- تبریزی، مصطفی (۱۳۸۳). بررسی و مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی تلفیقی زوج‌ها، شناخت‌درمانی گروهی بک و کتاب‌درمانی در کاهش ناراضی‌های زنان سویی. پایان‌نامه دکترای مشاوره. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تهران.
- ساردویی، غلامرضا (۱۳۷۳). مقدمه‌ای بر هنجاریابی پرسش‌نامه تجدیدنظر شده بک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علامه طباطبائی.

- In Nathan P. E., Gorman, J. M. (Eds.). *A guide to treatment that work* (p.p. 226-239). New York: Oxford University Press.
- Cuijpres, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 2, 139-147.
- Derubis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medication versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Meta-analysis of four randoms of psychotherapy in comparisons psychiatry. *American Journal of Psychology*, 156, 1007-1013.
- Dobson, K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414- 419.
- Elkin, I., Shea, M. T., & Watkins, J. T. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 43, 971-982.
- Evans, M., Hollon, S., & Derubeis, R. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802- 809.
- Floyd, M. (2003). Bibliotherapy as an adjunct to psychotherapy for depression in older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 187-195.
- Floyd, M. R., Scogin, F., & Jamison, C. S. (1997). Three-years follow-up of bibliotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 324-327.
- Floyd, M., Scogin, F., & McKendree, S. N. (2002). Subjective cognitive problems: A contraindication for use of bibliotherapy for geriatric depression. *Journal of Clinical Psychology*, 56,
- Floyd, M., Scogin, F., Mckendree, S. N., Floyd, D., & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: A comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification*, 28, 297-318.
- Gould, R., & Clum, G. (1993). A meta-analysis of self help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13, 169- 186.
- Hollen, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 88-99.
- Hammen, C. L. (2000). *Depression*. New York: Willy & Sons.
- فرخی، ج. (۱۳۸۰). تعیین هزینه‌های درمانی در بیماران افسرده مراجعه‌کننده به آموزش و درمانگاه بیمارستان نور اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۸۰. پایان‌نامه درجه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان.
- قاسم زاده، حبیب... (۱۳۷۵). شناخت و عاطفه، جنبه‌های بالینی و اجتماعی. تهران: فرهیختگان.
- خیرآبادی، غلامرضا (۱۳۷۶). بررسی شیوع افسردگی و عوامل مستعدکننده آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. *مجله علوم پزشکی کردستان*، سال دوم، شماره ۶، ۲-۸.
- دادستان، پریرخ (۱۳۷۶). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. جلد اول. تهران: انتشارات سمت.
- عطاری، عباس (۱۳۷۷). بررسی اپیدمیولوژیک شیوع افسردگی در افراد بالای ۲۰ سال شهر شهرضا. *مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*، سال سوم، شماره ۱، ۴۴-۴۰.
- مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۷۵). بررسی تأثیر شناخت درمانی در کاهش افسردگی و افزایش هماهنگی مؤلفه‌های خود پنداشت. پایان‌نامه دکترای روانشناسی. دانشگاه تربیت مدرس.
- مولوی، حسین (۱۳۷۹). راهنمای عملی spss-10 در علوم رفتاری: آمار توصیفی و استنباطی در پژوهش‌ها و پایان‌نامه‌های ارشد و دکترا. اصفهان: انتشارات مهر قائم.
- بونسی، سیدجلال (۱۳۸۱). در کجا شناخت درمانی به بین بست می‌رسد. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال پنجم، شماره‌های ۱۷ و ۱۸، ۳۳-۱۸.
- Ackerson, J., Scogin, F., Mckendree, S. M., & Lyman, R. D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology consult. *Clinical Psychology*, 664, 685-690.
- Antonuccio, D. O., Donton, W. G., & Denelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology Research & Practice*, 26, 547-585.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & Wedding (Eds.). *Psychotherapies (4th. ed.)* (pp. 258-319). USA.: Peacock Publishers.
- Brody, D. S., Thompson, T. L., & Larson, D. B. (1995). Recognizing and managing depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 17, 93-107.
- Bulter, A. C., & Beck, J. S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta analyses. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, 1-9.
- Calisch, A. (2001). Use of vide as a therapeutic tool. *After Image*. Nov-Dec. 12-18.
- Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Ilardi, S. S. (1998). Psychotherapy for the treatment of major depressive disorder.

- Jamison, C., & Scogin, F. (1995). The outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 664-650.
- Katon, W., Robinson, P., & Vonkroff, M. (1992). A multifaceted Intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry, 53*, 924-932.
- Katzelnick, D., Simon, G., & Pearson, S. (2000) Randomized trial of depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medicine, 9*, 345-51.
- Kojima, M., Furukawa, T. A., Takahashi, H., & Kawai, M. (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory. *Psychiatry Research, 110*, 290-291.
- Laidlaw, K. (2001). An empirical review of cognitive therapy for life depression. Does research evidence suggest adaptations are necessary for cognitive therapy with older adults? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 65*, 125-139.
- Lee, C. K., Kwak, Y. S., & Yamamoto, J. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. *Journal of Nervous and Mental Disorder, 178*, 242-252.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Line, E., Vonkorf, M., & Katon, W. (1995). Primary care physician role in adherence to antidepressant therapy. *Medical Care, 33*, 67-74.
- Marrs, R. W. (1995). Meta analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology, 23*, 843-870.
- Menninger, W. C. (1990). Bibliotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 1*, 263-247.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzcl, R. D., & Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy: Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry, 41*, 33-41.
- Osman, A., Kopper, B. A., & Barrios, F. (2004). Reliability and validity of the Beck Depression Inventory for adolescent psychiatric inpatients. *Psychology Assessment, 16*, 120-132.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1998). Cognitive behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 26-34.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin, 108*, 30-49.
- Scogin, F., Jamison, C., Gochneaur, K. (1989). Comparative efficacy if cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (3), 154-162.
- Scott, J., Stephen, P., & Eugen, P. (2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. *British Journal of Psychiatry, 82*, 221-227.
- Simon, G. E., Vankoff, M., Rutter, C., & Wagner, E. (2000). Randomized trial of monitoring feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *British Medical Journal, 320*, 550-554.
- Simone, G. E., Vonkroff, M., Wagner, E. H., & Barlow, W. (1993). Patterns of antidepressant use in community practice. *General Hospital Psychiatry, 15*, 399-408.
- Smith, N. M., Stead, L. F., & Lancaster, T. (2001). Telephone counseling for smoking cessation. *Cochrane Database System Review, 2*, CDOO2850.