

## بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناامیدی و بی‌لذتی دانشجویان مبتلا به افسردگی

جعفر محرمی<sup>۱</sup>  
ناصر صبحی قراملکی<sup>۲</sup>  
عباس ابولقاسمی<sup>۳</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، بر ناامیدی و بی‌لذتی در دانشجویان مبتلا به افسردگی بود. **روش:** پژوهش حاضر با روش کارآزمایی بالینی تصادفی با دو گروه آزمایش و کنترل، انجام شد. ابتدا مراجعه‌کنندگان با مصاحبه تشخیصی بالینی و استفاده از آزمون افسردگی بک (نمرات بالاتر از ۲۰) به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند و همزمان آزمون ناامیدی بک و آزمون بی‌لذتی اسنيس- همپلتون از آنان گرفته شد. پس از طول درمان، مجدد هر سه آزمون گرفته شد. **یافته‌ها:** بررسی میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و گواه در سه متغیر سطح افسردگی، ناامیدی و بی‌لذتی، نشان داد که سطح کلی افسردگی و ناامیدی کاهش یافته، ولی احساس بی‌لذتی در سطح معنادار کاهش نداشته است. **نتیجه‌گیری:** در دانشجویان افسرده‌ای که علامت ناامیدی شدید است، با توجه به اینکه ناامیدی پیش‌بین خودکشی و از علامتهای کلیدی افسردگی است، درمان شناختی- رفتاری بر اساس مدل بک، اثربخش و مفید می‌باشد. این درمان در کاهش علامت بی‌لذتی در افسرده‌ها نیز مؤثر است، اما نه به اندازه ناامیدی. سطح کلی افسردگی دانشجویان افسرده‌ای که با این روش درمان شده‌اند، بهتر شده است؛ ولی با وجود بهبود کلی و افزایش خلق، علامت بی‌لذتی تا حدودی در آنها وجود دارد.

**واژگان کلیدی:** افسردگی، درمان شناختی- رفتاری، ناامیدی، بی‌لذتی، دانشجویان.

◇ دریافت مقاله: ۹۴/۱۰/۱۹؛ تصویب نهایی: ۹۵/۰۴/۲۸.

۱. کاندیدای دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی (نوسنده مسئول) // نشانی: اردبیل، بلوار دانشگاه، دانشگاه

محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی / نامبر: ۶۶۲۹۸۷۸۴ / Email: n\_sobhi@uma.ac.ir

۳. دکترای تخصصی روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان.

## الف) مقدمه

سادوک (۲۰۱۵) افسردگی را شایع‌ترین اختلال روانی دانسته (با شیوع طول عمر حدود ۱۷ درصد) که تقریباً در همه کشورهای و فرهنگها دیده شده و شیوع آن در زنان، دو برابر مردان است. به عقیده لارسون (۲۰۰۳) این بیماری نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمی فراوانی را در فرد به وجود می‌آورد که می‌تواند بر عملکرد شخصی، خانوادگی، شغلی، تحصیلی و اجتماعی فرد تأثیر منفی بگذارد. افسردگی خیلی بیشتر از یک احساس یا حالت درونی است. افسردگی این توانایی را دارد که به اختلال ذهنی شدید و ناتوان‌کننده‌ای که روی تمام جنبه‌های زندگی فرد تأثیر می‌گذارد، تبدیل شود. همچنین به گفته جوفی و لویت (۱۳۸۱)، در حال حاضر افسردگی جزء شایع‌ترین بیماری‌های طبی است. از طرفی، به عقیده دادستان (۱۳۸۸)، افسردگی «حالت روانی ناخوش است که با دلزدگی، یأس و خستگی‌پذیری مشخص می‌شود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم و بیش شدید همراه است».

حال این سؤال پیش می‌آید که روان‌درمانی‌های مختلف بر علائم و نشانه‌های افسردگی چه تأثیری دارند؟ علاوه بر کارایی کلی در درمان افسردگی، آیا می‌شود گفت مثلاً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناامیدی و بی‌لذتی مؤثر است و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های دیگری در علائم افسردگی؟

یکی از درمانهای مؤثر در درمان اختلال افسردگی، که کارایی آن تأیید شده، درمان شناختی-رفتاری است (کاپلان و همکاران، ۱۳۹۴). به گفته پیلایی (۲۰۱۲)، یکی از روشهایی که امروزه در کنار درمانهای پزشکی به کار می‌رود، درمان شناختی-رفتاری است. این شیوه درمانی، از تلفیق رویکردهای شناختی و رفتاری به وجود آمده است. درمان شناختی-رفتاری، رویکردی فعال، جهت‌بخش، محدود، سازمان‌یافته از لحاظ زمانی و بر منطق نظری زیربنایی استوار است که عاطفه و رفتار فرد عمدتاً بر حسب شیوه ساخت‌یابی جهان از دیدگاه او تعیین می‌شود. (نقل از: لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۴)

محققان بر این باورند که فرد ابتدا ناامید و سپس افسرده می‌شود. ناامیدی بر سلامتی و روابط اجتماعی فرد اثر منفی دارد و فاکتور خطرناکی برای افسردگی و خودکشی است. در واقع؛ بدون ارتقای امید، زمینه برای پذیرش آموزشهای درمانی و مراقبتی ایجاد نمی‌شود. (بریتون و همکاران، ۲۰۱۰)

ناامیدی یکی از سازه‌های روان‌شناختی است که در شالوده انواع اختلالات روانی مشاهده شده است. ناامیدی از خصوصیات اصلی بیماری افسردگی شناخته شده است. سازه مذکور همچنین در انواع دیگری از

#### ۴۴۵ ◆ بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ناامیدی و بی‌لذتی ...

اختلالات از جمله بیماری‌های جسمانی (شمیل، ۱۹۸۵)، اسکیزوفرنیا (لینگ و استرسون، ۱۹۶۵)، اختلالات شخصیت ضد اجتماعی (ملگس و بالی، ۱۹۶۵) و خودکشی (بک، ۱۹۶۳) مشاهده شده است. بک در سال ۱۹۶۷ گزارش داد که ۷۸ درصد بیماران افسرده، انتظار منفی (بد آوردن) در آینده را دارند. (نقل از: غرابی، ۱۳۷۲)

از طرفی در روان‌شناسی و روان‌پزشکی، نبود لذت (آنهدونیا)، به عنوان ناتوانی در تجربه لذت بردن از فعالیت‌های معمول و لذتبخش، به عنوان مثال ورزش، سرگرمی، موسیقی، فعالیت‌های جنسی یا تعاملات اجتماعی است (ریسنر، ۲۰۱۴). همچنین برخی تعاریف، جنبه‌های مختلف رفتار لذتبخش، از جمله انگیزه یا تمایل به شرکت در یک فعالیت را نیز در بر می‌گیرد. (نبود لذت انگیزی)

نبود لذتجویی برای اولین بار توسط ریبوت<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) به عنوان کمبود ظرفیت تجربه‌خشنود یا لذتبخش معرفی شد. علاوه بر این، کریپلین، بلوئر و مریسون (۲۰۰۳؛ نقل از اینگمار و همکاران، ۲۰۰۷) معتقدند که نبود لذتجویی، نقش مهمی در نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی، در قرن گذشته ایفا کرده و امروزه نیز از مشخصه‌های بسیار مهم و مورد تأکید در آسیب‌شناسی روانی است. این مقاله بر آن است که اثرات درمان شناختی-رفتاری بر احساس ناامیدی و بی‌لذتی در دانشجویان مبتلا به افسردگی را بسنجد.

#### ب) پیشینه تحقیق

در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی و اضطراب و علائم قلبی بیماران دچار سکت قلبی» (شجاع‌الدینی و همکاران، ۱۳۹۱)، محققان به این نتیجه دست یافتند که مداخلات رفتاردرمانی شناختی به صورت انفرادی بر اضطراب و افسردگی بیماران سکت قلبی مؤثر است و با آموزش مداخلات رفتاردرمانی شناختی به بیماران و پرسنل و به کارگیری این مداخلات، می‌توان در جهت کاهش افسردگی و اضطراب پس از سکت قلبی در بیماران گام برداشت.

اسماعیلیان و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به تعیین «اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و پذیرش کودکان دارای والدین مطلقه» پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که می‌توان با برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معناداری نشانه‌های افسردگی (ناکارآمدی، بی‌لذتی، مشکلات

بین فردی، خلق پایین و عزت نفس پایین) را در کودکان دارای والدین مطلقه کاهش داد. در نتیجه، برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند نشانه‌های افسردگی را در کودکان دارای والدین مطلقه کاهش و ذهن‌آگاهی و پذیرش کودکان را افزایش دهد.

یعقوبی نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۲) در مقاله «تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی» به این نتیجه رسیدند که گروه‌درمانی شناختی- رفتاری به طور معناداری ( $P < 0/05$ ) در کاهش افسردگی بیماران بستری به اختلال خلقی مؤثر بوده است.

در پژوهش داودی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان «تأثیر درمان فراشناختی گروهی بر علایم افسردگی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر دارای علایم افسردگی دانشگاه شهید چمران اهواز»، دانشجویان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه‌های افسردگی بک، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری را تکمیل کردند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت‌های معناداری بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ علائم افسردگی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری وجود دارد. به علاوه، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ علائم افسردگی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در مرحله پیگیری تفاوت‌های معناداری وجود دارد.

برجعی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و نشانه‌های روان‌پزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره افسردگی» به این نتیجه رسیدند که این درمان در قالب جلسات انفرادی می‌تواند درمان مؤثری در بیماران افسرده با سابقه یک دوره پیشین باشد. با این حال، تأثیر آن بر عوامل واسطه و نگهدارنده آن (نشخوار فکری و فراشناخت) به اندازه تأثیر آن بر نشانگان افسردگی نیست.

علیپور و همکاران (۱۳۸۸) در تحقیقی با عنوان «تأثیر درمان‌نگری شناختی رفتاری بر افسردگی، سلامت عمومی و سازگاری زنان متأهل افسرده دیابتی»، به این نتیجه رسیدند که درمان‌نگری شناختی رفتاری در کاهش افسردگی، اضطراب و کاهش قند خون ناشای زنان متأهل افسردگی دیابتی مؤثر است.

نتایج تحقیق ایزدی و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان «بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر علایم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان» نشان داد با

#### بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ناامیدی و بی‌لذتی ... ♦ ۴۴۷

کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده سه گروه در متغیرهای شدت وسواس، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اضطراب هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، از لحاظ آماری معنادار بود ( $p < 0/05$ ). یافته‌های این پژوهش در مجموع حاکی از اثربخشی دو رویکرد درمانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان بود.

درگاهیان و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی «اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علایم افسردگی» پرداختند. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی با کاهش میزان نشخوار فکری، توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی منفی و مثبت در کاهش علایم افسردگی اساسی مؤثر است و تغییرات درمانی ایجاد شده در پیگیری دو ماهه پایدار باقی می‌ماند.

در مقاله «بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر افسردگی زنان نابارور» (طلایی و همکاران، ۱۳۹۳)، مداخله‌ای بر روی ۳۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان ناباروری منتصریه شهر مشهد انجام شد که محققان در نهایت به این نتیجه رسیدند که روش CBT بر افسردگی زنان نابارور گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، تأثیر معناداری داشت؛ به طوری که می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود افسردگی و کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور مؤثر است.

در تحقیقی با عنوان «تأثیر شناخت‌درمانی مذهب‌محور و معنادرمانگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان» (یوسفی، ۱۳۹۱)، محقق به این نتیجه رسیده که شناخت‌درمانی مذهب‌محور در کاهش افسردگی مؤثرتر از معنا‌درمانگری است.

خالدیان و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله‌ای به «اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد» پرداختند. در این پژوهش، درمان گروهی شناختی-رفتاری به تعداد ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته در گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفت. نتایج حکایت از نمرات پایین‌تر گروه آزمایش در نمرات افسردگی داشت؛ در نتیجه، درمان گروهی شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی افراد معتاد مؤثر است.

جمع‌بندی پیشینه‌های مطرح شده در حوزه درمان شناختی-رفتاری افسردگی، به جز یک مورد، نشان می‌دهد که این پژوهشها بیشتر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر افسردگی پژوهش کرده‌اند. این پژوهش به دنبال بررسی کمی ریزتر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر دو علامت ناامیدی (که نشانه

کلیدی در گرایش به خودکشی در افسرده‌هاست) و بی‌لذتی (که از علائم کلیدی افسردگی محسوب می‌شود) است؛ یعنی در ارزیابی اولیه از بیمارانی که افسردگی‌شان مشخص شد، با پرسشنامه‌های ناامیدی بک و بی‌لذتی، شدت این دو علامت، بررسی و درمان شناختی- رفتاری به عنوان متغیر مستقل ارائه شد تا اثربخشی این درمان در کاهش این درمان در کاهش این دو علامت بررسی شود. لذا این پژوهش به دنبال اثربخشی درمان CBT بر علائم و نشانه‌های ناامیدی و بی‌لذتی است.

با توجه به هدف پژوهش، فرضیه‌های اصلی عبارتند از:

۱. درمان CBT بر نشانه ناامیدی دانشجویان افسرده، مؤثر است.

۲. درمان CBT بر نشانه بی‌لذتی دانشجویان افسرده، مؤثر است.

### ج) روش تحقیق

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشانه‌های ناامیدی و بی‌لذتی در دانشجویان مبتلا به افسردگی است. بدین منظور ۴۰ نفر از دانشجویان افسرده‌ای که برای درمان به کلینیک روان‌شناسی مراجعه کرده‌اند، به روش تصادفی در دو گروه گمارده شدند. روش انجام پژوهش، روش آزمایشی است با دو گروه آزمودنی؛ یک گروه با عنوان گروه گواه و گروه دوم با عنوان گروه آزمایشی. ابتدا یک پیش‌آزمون از دو گروه آزمودنی گرفته شد که نقطه برش یا خط پایه مشخص شد و پس از اجرای درمان بر گروه آزمایشی، یک پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد که اثر متغیرهای مستقل بر آزمودنی‌ها مشخص شود و یک ماه بعد پس از اتمام درمان، مجدد یک پس‌آزمون دیگر به عنوان مطالعه پیگیری گرفته شد تا نشان دهد اثر متغیر مستقل همچنان باقی است یا خیر. در گروه آزمایش درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر مبنای الگوی گام به گام آرون تی بک اجرا شد. بیماران در فاصله بین جلسه‌ها و حین انجام تکلیف خانگی، به صورت تلفنی با درمانگر در ارتباط بوده و راهنمایی می‌شدند.

ملاکهای ورود و خروج آزمودنی‌ها عبارت بودند از:

الف) ملاکهای ورود آزمودنی‌ها:

- بیمار سایکوتیک نباشد.
- اختلال روانی همزمان دیگری نداشته باشند.

#### بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ناامیدی و بی‌لذتی ... ♦ ۴۴۹

- نمره پرسشنامه بک ۲ بالای ۲۰ گرفته باشند.
- از گروه سنی بزرگسال باشند.
- دارای هوش متوسط باشند.

ب) ملاکهای خروج آزمودنی‌ها:

- افسرده‌های دوقطبی که علائم مانیا دارند.
- افسرده‌هایی که علائم سایکوتیک یا میکروسایکوتیک داشته‌اند.
- بیمارانی که همزمان دارودرمانی دریافت می‌کردند.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای پژوهشی ذیل استفاده شد:

#### پرسشنامه افسردگی بک

شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. فرم تجدید نظر شده پرسشنامه در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است. این پرسشنامه که شامل ۲۱ سؤال است و در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شود؛ به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرشها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. محتوای این پرسشنامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمونهای خودسنجی و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند؛ به این ترتیب که دو ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، دو ماده به رفتارهای آشکار، پنج ماده به نشانه‌های جسمانی و یک ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب، این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (بک، ۱۹۸۸). مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. بک (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده است. همچنین دابسون و

#### ۴۵۰ ♦ فرهنگ در دانشگاه اسلامی ۲۰

محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی، ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آوردند. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، توسط پژوهشگر تنظیم شده و شامل سؤالات سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، مدت ابتلا به دیابت و تعداد اعضای خانواده است. این پرسشنامه به منظور کنترل این متغیرها (سن، تحصیلات و ...) استفاده شد.

#### پرسشنامه ناامیدی بک

مقیاس ناامیدی بک شامل ۲۰ پرسش که در آن از آزمودنی‌ها خواسته شد تا در مورد درست یا نادرست بودن گزاره‌های پاسخ خود قضاوت کنند. کلید ۹ پرسش بر مبنای پاسخ «نادرست» و کلید ۱۱ پرسش دیگر بر مبنای «درست» تنظیم شده بود. نمرات پرسشها بر اساس کلید جمع شد تا یک نمره کلی برای میزان ناامیدی به دست آید. این نمره در دامنه (۰ تا ۲۰) قرارگرفت و نمرات بالاتر نشان‌دهنده ناامیدی بیشتر بود. در این مطالعه نمره بین صفر تا ۱۶ احساس ناامیدی کم، نمره بین ۷ تا ۱۳ احساس ناامیدی متوسط و نمره بین ۱۴ تا ۲۰ احساس ناامیدی زیاد در نظررفته شد. اعتبار و روایی این پرسشنامه برای کار در ایران توسط گودرزی مورد تأیید قرار رفت و پایایی آن ۷۰ درصد گزارش شد. مطالعه‌های مختلفی در ایران، ابزار ناامیدی بک را برای بررسی احساس ناامیدی در نوجوانان، به کار برده و اعتبار و روایی آن را تأیید کرده‌اند. سؤالات ۱، ۶، ۱۳، ۱۵ و ۱۹ احساس درباره آینده و سؤالات ۲، ۳، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷ و ۲۰ فقدان انگیزش را می‌سنجند. سؤالات ۴، ۷، ۸، ۱۴ و ۱۸ نیز امید و انتظار از آینده را بررسی می‌کنند.

#### پرسشنامه بی لذتی

این مقیاس به زعم انیس و همیلتون قوی‌ترین مقیاس برای ارزیابی احساس بی‌لذتی است. مقیاس مزبور شامل ۱۴ سؤال است که برای اندازه‌گیری کاهش ظرفیت تجربه لذت طراحی شده است. این مقیاس دارای چهار خرده‌مقیاس، شامل تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، تفریح / سرگرمی و آشامیدن و خوراک است. توضیح درباره خرده‌مقیاسها و سؤال اختصاص یافته و نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای و از صفر تا چهار (کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱) صورت می‌گیرد. در این مقیاس، نمره بالا نشان از ظرفیت بالای لذتجویی و نمره

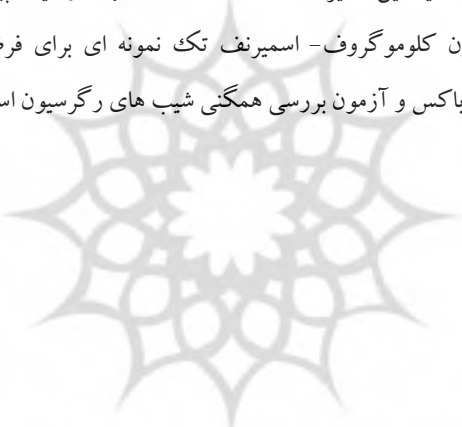


بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ناامیدی و بی‌لذتی ... ♦ ۴۵۱

کم نشان از ظرفیت پایین در لذتجویی است. با توجه به پژوهشهای گذشته، روایی و پایایی مقیاس احساس بی‌لذتی مطلوب ارزیابی شده است.

#### (د) روش تجزیه و تحلیل تحقیق

در پژوهش حاضر علاوه بر استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی نظیر درصد و فراوانی و میانگین و انحراف استاندارد، برای بررسی فرضیه‌ها و سوال پژوهش از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. همچنین جهت بررسی دقیق میانگین متغیرها در دو گروه از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌ی میانگین متغیرها استفاده شد. ضمناً جهت رعایت پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس، از آزمون کلوموگروف-اسمیرنف تک نمونه‌ای برای فرض نرمال بودن جامعه آماری، آزمون لوین، آزمون باکس و آزمون بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون استفاده شد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

### ه) یافته‌های توصیفی

نتایج نشان داد از میان شرکت کنندگان در مطالعه حاضر در گروه مداخله CBT ۶۰ درصد (۱۲ نفر) خانم و ۴۰ درصد (۸ نفر) آقا و همچنین در گروه کنترل نیز ۵۰ درصد (۱۰ نفر) خانم و ۵۰ درصد (۱۰ نفر) آقا بودند. به طور کلی می‌توان گفت تقریباً جنسیت کنترل شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل در احساس بی‌لذتی و ناامیدی در پیش و پس از آزمون

اندازه‌ها		گروه کنترل				گروه آزمایشی CBT			
متغیرها	اندازه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
بی‌لذتی	تعاملات اجتماعی	۰/۹۷۸	۵/۶۷	۱/۲۳	۶/۰۱	۱/۲۷	۵/۶۵	۴/۹۸	۰/۹۳۷
	تجربیات حسی	۱/۰۵	۴/۴۷	۰/۸۶۱	۵/۱۱	۱/۵۲	۶/۱۶	۴/۱۱	۱/۲۴
	سرگرمی / تفریح	۱/۳۵	۵/۳۵	۰/۹۶۰	۴/۴۵	۱/۳۷	۵/۴۹	۳/۸۹	۱/۰۳
	آشامیدن / خوراکی	۰/۸۶۱	۳/۸۵	۱/۲۵	۴/۰۳	۵/۱۹	۱/۲۵	۴/۰۱	۱/۴۲
	بی‌لذتی	۳/۶۷	۱۸/۹۱	۴/۱۴	۱۹/۵۶	۵/۶۵	۲۲/۳۲	۱۳/۰۳	۴/۴۶
ناامیدی	درباره آینده	۰/۶۸۵	۵/۳۸	۱/۰۱	۴/۴۶	۱/۳۴	۵/۰۳	۳/۹۸	۱/۰۳
	فقدان انگیزش	۱/۳۵	۸/۲۱	۱/۳۸	۷/۹۸	۱/۷۲	۷/۶۶	۵/۲۳	۱/۶۵
	انتظار از آینده	۰/۹۶۴	۳/۵۱	۰/۹۱۳	۴/۱۱	۴/۱۲	۰/۹۴۸	۳/۳۳	۰/۹۱۳
	ناامیدی کل	۳/۰۹	۱۶/۰۱	۳/۱۲	۱۵/۲۲	۳/۸۴	۱۷/۱۱	۱۳/۳۴	۳/۲۸

همانطوریکه در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌گردد میانگین (و انحراف استاندارد) پس از آزمون گروه آزمایشی CBT در احساس بی‌لذتی و ناامیدی کل به ترتیب  $۱۳/۰۳(-۴/۴۶) - ۱۳/۳۴(۳/۲۸)$  می‌باشد. به طور کلی نتایج نشان دهنده کاهش میانگین احساس بی‌لذتی در هر گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌باشد اما اینکه این مقدار کاهش از لحاظ آماری معنی دار است یا خیر، در

### بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ناامیدی و بی‌لذتی ... ♦ ۴۵۳

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، جهت رعایت پیش فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس این نتایج فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای مورد مطالعه تایید شد. آزمون لوین برای هیچ کدام از متغیرها معنی دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلا مانع است. همچنین برای بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست ( $P=0/321$  و  $F=2/52$  و  $BOX=7/67$ ) و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج نشان داد مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی که پیش شرط ورود برای تحلیل کوواریانس هستند، تخطی نشده است ( $P \geq 0/05$ ).

جدول ۲. نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی احساس بی‌لذتی و ناامیدی

منبع	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	Eta
گروه	اثر پیلابی	۰/۷۲۱	۱۳/۱۹	۹/۰۰	۳۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	لامبدا ویلکز	۰/۱۸۱	۲۷/۳۴	۹/۰۰	۳۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	اثر هتلینگ	۷/۲۴	۶۱/۶۵	۹/۰۰	۳۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	بزرگترین ریشه خطا	۷/۲۴	۱۱۹/۴۳	۹/۰۰	۳۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در بین دو گروه مداخله CBT و گروه کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر روی احساس بی‌لذتی و ناامیدی در گروه‌ها

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p	Eta
گروه	تعاملات اجتماعی	۱۲/۵۴	۱	۱۲/۵۴	۴/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۳۹۷
	تجربیات حسی	۱۴/۷۳	۱	۱۴/۷۳	۵/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۴۳۵
	سرگرمی / تفریح	۱۵/۲۳	۱	۱۵/۲۳	۵/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۴۶۷
	آشامیدن/ خوراکی	۱۷/۵۶	۱	۱۷/۵۶	۶/۱۲	۰/۰۰۰	۰/۵۶۴
	بی‌لذتی کل	۲۶/۴۳	۱	۲۶/۴۳	۵/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۴۹۲
	درباره آینده	۹۱/۶۱	۱	۹۱/۶۱	۲۲/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۵۰۱
	فقدان انگیزش	۱۴۱/۴۵	۱	۱۴۱/۴۵	۴۱/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۶۸۲
	انتظار از آینده	۷۸/۷۵	۱	۷۸/۷۵	۱۸/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۴۱۲
	ناامیدی	۱۲۸/۵۴	۱	۱۲۸/۵۴	۳۷/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۶۰۱

همانطوریکه در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌گردد بین دو گروه CBT و گروه کنترل در تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، سرگرمی/تفریح، آشامیدن/خوراکی و بی‌لذتی کل تفاوت معناداری در سطح ( $P \leq 0/001$ ) وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، سرگرمی/تفریح، آشامیدن/خوراکی و بی‌لذتی کل گروه‌های آزمایش بعد از مداخله CBT متفاوت است. همچنین نتایج نشان داد بین سه گروه CBT و گروه کنترل در ناامیدی و مولفه‌های آن تفاوت معناداری در سطح ( $P \leq 0/001$ ) وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین ناامیدی و مولفه‌های آن گروه‌های آزمایش بعد از مداخله ACT، CBT متفاوت است.

## و) نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر دو علامت ناامیدی و بی‌لذتی در دانشجویان افسرده صورت گرفت. فرضیه اول پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نشانه ناامیدی بر دانشجویان افسرده بود. یافته‌ها نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علامت ناامیدی در بیماران افسرده مؤثر بوده است.

این یافته بدان معناست که درمان شناختی-رفتاری در کاهش و بهبود ناامیدی مؤثر است. این یافته با مدل شناختی بک همسو است. در این مدل، ناامیدی (کاپلان، ۱۳۹۴) ناشی از نگرش منفی نسبت به خود، جهان و آینده بوده و متغیر پیش‌بینی‌کننده احتمال خودکشی در مبتلایان به افسردگی است. بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری برای درمان ناامیدی و کاهش آن از فنون شناختی؛ بررسی دلایل ناامیدی، بررسی شواهد موافق و مخالف آن، آزمایش‌های رفتاری و جدول زمانی فعالیت انجام می‌گیرد. فنون شناختی به بازپردازش خطاهای شناختی ایجاد شده، می‌پردازد. در این روش بیمار با بررسی کیفیت و راستی آزمایی شواهد و با فنون آزمایش رفتاری خطاها و تحریف‌های شناختی را به محک تجربه گذاشته و در نهایت، رویکرد محدود با سوگیری منفی در وی به چالش کشیده می‌شود و به شناخت‌های منطقی و معقول دست می‌یابد.

مدل شناختی (لی، ۱۳۹۳) اذعان می‌دارد که افسردگی از طریق تحریف در پردازش اطلاعات تداوم می‌یابد و شدت می‌گیرد. افراد به طور انتخابی به اطلاعات همخوان با باورهای قبلی خود توجه می‌کنند. چنین فرایندی در باره یادگیری نیز صادق است؛ زیرا افراد به طور انتخابی اطلاعاتی

#### ۴۵۵ ◆ بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ناامیدی و بی‌لذتی ...

را به یاد می‌آورند که با اطلاعات قبلی آنها هماهنگ باشد. خطاهای شناختی باعث تأیید باورهای منفی می‌شوند. یکی از شاخصه‌های تفکر افسرده‌ساز، عادت به جستجوی اطلاعات همخوان با تفکر منفی است و از قلم انداختن یا بی‌ارزش‌سازی اطلاعات ناهمخوان با این افکار است. این الگوی شناختی (لی، می، ۱۳۹۳) یکی از ویژگی‌های پردازش طرحواره‌ای محسوب می‌شود. افراد در فرایند پردازش طرحواره‌ای، به طور انتخابی به اطلاعات همخوان با مفاهیم یا باورهای زیربنایی توجه می‌کنند، چنین اطلاعاتی را بیشتر به یاد می‌آورند، برای آنها ارزش بیشتری قائل می‌شوند، بیشتر به دنبال چنین اطلاعاتی‌اند و اتفاقاً چنین اطلاعاتی را بیشتر به دست می‌آورند.

هدف شناخت درمانی آن است که با کمک به بیمار در شناسایی و آزمودن این شناختهای منفی، دوره‌های افسردگی‌اش را تسکین و تخفیف دهد، از عود آنها پیشگیری و راههای دیگری برای اندیشیدن پیدا کند که انعطاف‌پذیر و مثبت باشند و سرانجام، واکنشهای جدید شناختی و رفتاری را تمرین کند.

تفکر منفی (هاوتون، ۱۳۹۵)، که جنبه کاملاً مسلطی در افسردگی دارد، فقط یک نشانه نیست؛ بلکه نقشی تعیین‌کننده در تداوم افسردگی ایفا می‌کند. این بدان معناست که می‌توان افسردگی را از طریق کمک به بیمار در تشخیص و تغییر افکار منفی خود درمان کرد.

این سوگیری‌های منفی در ذهن منجر به ناامیدی، بی‌لذتی و سایر علائم افسردگی می‌شود. در ارزیابی و درمان ناامیدی (لی، می، ۱۳۹۴) با بررسی افکار مراجع که معتقد است که چه چیزی بهبود نمی‌یابد و چرا؟ با بررسی کیفیت شواهدی که این افکار را تأیید می‌کنند، به مراجع کمک می‌شود تا بدون سوگیری و شواهدی که این افکار را به چالش می‌کشند، افکار و باورهای خود را دوباره بازسازی کنند.

سه رویکرد اساسی به بازسازی شناختی (پروچسکا، ۱۳۹۳) برای تغییر دادن فرایند تفکر که به روشهای مختلف پرسیده می‌شوند، عبارتند از: ۱) به چه دلیل؟ ۲) به چه صورت دیگری می‌توان آن را در نظر گرفت؟ ۳) اگر آن اتفاق رخ دهد، چه می‌شود؟

سیر معمول درمان در شناخت- درمانی، با تأکید بر افکار خودآیند (بک، ج، ۱۳۹۰) صورت می‌گیرد؛ یعنی شناخت‌هایی که بیشتر به آگاهی هوشیارانه فرد مربوط می‌شوند. آموزش شناسایی افکار، ارزیابی و اصلاح آن، منجر به بهبود علائم ناامیدی و بی‌لذتی در مراجعان می‌شود.

همسو با این پژوهش، تحقیقات پی‌لایی (۲۰۱۲)، بریتون و همکاران (۲۰۱۰)، شمیل (۱۹۸۵)، لنینگ و استرسون (۱۹۶۵) این یافته‌ها را تأیید کرده‌اند.

فرضیه دوم این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشانه بی‌لذتی بر دانشجویان افسرده بود. یافته‌ها نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علامت بی‌لذتی در مبتلایان به افسردگی مؤثر است. این یافته‌ها بدان معناست که درمان شناختی- رفتاری با اصلاح و شناسایی افکار خودآیند منفی، فرضها و قواعد ناکارآمد و افکار بنیادین، منجر به افزایش ظرفیت لذت‌جویی فرد می‌شود. این تحقیقات با یافته‌های پژوهش‌های درایمن (۱۹۹۱) و ریتسنر (۲۰۱۴)، همسو بود.

یکی از علائم کلیدی در افسردگی، بی‌لذتی است. بی‌لذتی (کاپلان، ۱۳۹۴)، فقدان علاقه و کناره‌گیری از هر گونه فعالیت لذت‌بخش معمول، اغلب با افسردگی همراه است. تشخیص افسردگی (ریتسنر، ۲۰۱۴) مبتنی بر نشانه‌های اصلی تشخیصی؛ یعنی بی‌لذتی است. بی‌لذتی، نشان‌دهنده نابهنجاری در مکانیزم عصبی پاداش است. در افسردگی شدید عملکرد سیستم‌های عصبی- زیستی مرکز پاداش (لذت) در سیستم لیمبیک دستخوش تغییراتی می‌شود. مطالعات درایمن (۱۹۹۱) نشان داد که وجود علامت بی‌لذتی، یک پیش‌بین قوی برای ابتلا به افسردگی اساسی است. با وجود پیشرفت‌های حاصله در دارو درمانی افسردگی (ریتسنر، ۲۰۱۴) هنوز دارو نمی‌تواند تمامی علائم افسردگی، مانند بی‌لذتی، بی‌انگیزگی و کاهش انرژی را درمان کند. به نظر می‌رسد افکار و باورهای افسرده‌ساز بر عملکرد طبیعی مغز نیز تأثیرات منفی می‌گذارد. بنابر این، وقتی افکار و باورهای افسرده‌ساز با فنون بازسازی شناختی و آزمایش‌های رفتاری شناسایی و اصلاح شوند، احتمالاً عملکرد مغز به حالت طبیعی برمی‌گردد و به مرور بر مراکز پاداش و لذت تأثیر مثبت می‌گذارد و منجر به بهبود نسبی علامت بی‌لذتی نیز می‌شود.

### محدودیت پژوهش

اگرچه در پژوهش حاضر با هدف کنترل سوگیری‌های احتمالی، گمارش دانشجویان در دو گروه کنترل و آزمایش به صورت تصادفی انجام گرفت، محدودیتهایی نیز وجود داشت: با توجه به محدود بودن حجم نمونه، لازم است در تعمیم دادن یافته‌ها به گروه‌های دیگر، جانب احتیاط رعایت شود.

### پیشنادهای پژوهش

یافته‌های پژوهش حاضر، اطلاعات مفیدی را برای برنامه‌هایی با هدف مداخله به صورت دقیق‌تر بر علائم افسردگی، مانند ناامیدی و بی‌لذتی در اختیار می‌گذارد. تمرکز بر علائم افسردگی؛ یعنی دقیق‌تر دیدن و بررسی کردن مشکل مراجع که می‌تواند در انتخاب درمان مؤثرتر این علائم مفید واقع شود. تکرار پژوهش حاضر و بررسی بیشتر روایی ابزارهای پژوهش به تعمیم یافته‌ها کمک می‌کند.



## منابع

- اسماعیلیان، نسرین (۱۳۹۲). «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و پذیرش کودکان دارای والدین مطلقه». *روان‌شناسی بالینی*، دوره پنجم، ش ۳.
- ایزدی، راضیه؛ حمیدطاهر نشاط‌دوست، کریم عسگری و محمدرضا عابدی (۱۳۹۳). «بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر علایم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان». *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره دوازدهم، ش ۱.
- برجعلی، احمد؛ پروانه محمدخانی و حمید خانی‌پور (۱۳۸۹). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و نشانه‌های روان‌پزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره افسردگی: یک طرح مطالعه تک‌موردی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- بک، ج (۱۳۹۰)، شناخت درمانی: اصول و مفاهیم ماورای آن، مترجم محمدرضا محمدی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند.
- پروجسکا ج. او، نورکراس، ج. سی. (۱۳۹۳)، نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات ارجمند.
- جوفی، راسل و آنتونی لویت (۱۳۸۱). افسردگی. ترجمه آرش مولا. تهران: نیم نگاه.
- خالدیان، محمد؛ حمید کمرزین و عسگر جلالیان (۱۳۹۳). «اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد». *اعتیاد پژوهی*، سال هشتم، ش ۲۹.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۸). *تئیدگی یا استرس، بیماری جدید قرن*. تهران: رشد.
- داودی، ایران؛ سودابه بساک‌نژاد و صبا حسونندی (۱۳۹۰). تأثیر درمان فراشناختی گروهی بر علایم افسردگی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر دارای علایم افسردگی دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. اهواز: دانشگاه شهید چمران.
- درگاهیان، ریحانه؛ شهرام محمدخانی، جعفر حسنی و جمال شمس (۱۳۹۰). «اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علایم افسردگی». *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، دوره اول، ش ۳: ۱۰۳-۸۱.
- شجاع‌الدینی، فرزانه (۱۳۹۱). بررسی تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی و اضطراب و علائم قلبی بیماران دچار سکتة قلبی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه پیام نور.
- طلائی، علی؛ سید علی کیمیایی، مهدیه برهانی مغانی، فاطمه محرری، اندیشه طلائی و راشین خانقائی (۱۳۹۳). «بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افسردگی زنان نابارور». *زنان، مامایی، نازائی ایران*، دوره هفدهم، ش ۹۴ (بهار): ۹-۱.
- علیپور، احمد؛ غلامعلی افروز و ژینوس ولیبی (۱۳۸۸). «تأثیر درمانگری شناختی رفتاری بر افسردگی، سلامت عمومی و سازگاری زنان متأهل افسرده دیابتی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه پیام نور.



بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ناامیدی و بی‌لذتی ... ♦ ۴۵۹

- غرایبی، بنفشه (۱۳۷۲). بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران: انیستیتو روان‌پزشکی.
- کاپلان، سادوک، بنجامین؛ جیمز سادوک، ویرجینیا آلکوت و پدرو روئیز (۱۳۹۴). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک: علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی. جلد اول، ویراست یازدهم. تهران: ارجمند.
- لطفی کاشانی، فرح؛ مینا مجتبیایی و منصور علی‌مهدی (۱۳۹۴). «تأثیر همراه سازی درمان حساس سازی پنهان با درمان شناختی رفتاری بر میزان قدرت میل و احتمال به مصرف کراک». دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، دوره چهاردهم، ش ۴ (پیاپی ۵۴): ۱۹-۲۶.
- لی‌هی، ر (۱۳۹۳)، تکنیک‌های شناختی درمانی، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، تهران، انتشارات ارجمند.
- لی‌هی، ر (۱۳۹۴)، تکنیک‌های شناختی-رفتاری برای افسردگی و اختلالات اضطرابی، مترجم سمیرا معصومیان و هادی غضنفری، تهران، انتشارات ابن‌سینا.
- هاوتون و همکاران (۱۳۹۵)، رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، جلد اول، تهران، انتشارات ارجمند.
- یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ محمد کاظم عاطف وحید و غلامحسین احمدزاده (۱۳۸۲). «تأثیر گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی». روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره نهم، ش ۲.
- یوسفی، ناصر (۱۳۹۱). «تأثیر شناخت‌درمانی مذهب‌محور و معنادرمانگری بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان». فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال سوم، ش ۱۰.
- Beck, J. (2012). "Cognitive theory: basic and beyond" mohamdreza mohammadi et al, Tehran.
- Britton, W.B.; R.R. Bootzin, J.C. Cousins, B.P. Hasler, T. Peck & S.L. Shapiro (2010). "The Contribution of Mindfulness Practice to a Multicomponent Behavioral Sleep Intervention Following Substance Abuse Treatment in Adolescents: a Treatment-Development Study". *Substance Abuse*, 31(2): 86-97.
- Hawton, et al (2016). "Cognitive Behavioral Therapy" Habibollah ghasemzade, Vol:1, Tehran.
- Ingmar HA, Franken ER, Muris P. **The assessment of anhedonia in clinical and non clinical populations: Further validation of the Snaith Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)**. *J Affective Disorders*, 2007;2(29):839.
- Larson, J.H. (2003). "The Marriage Quiz: College Students' Beliefs in Selected Myths about Marriage". *Family Relations*, 37: 3-11.
- Leahy, R (2015). "Cognitive therapy techniques", hasan hamidpour & Zahra andoz, Tehran.

- Leahy, R (2016). “**Treatment plans and intervention for depression and anxiety disorders**”, samira masoumian & hadi ghazanfari, Tehran.
- Pillai, M. (2012). “**Efficacy of Cognitive- Behavior Therapy (CBT) on Depressed Spouses of Cancer Patients in an Adjuvant Care Setting**”. *Journal of Pharmacy and Biological Sciences (IosrIpb)* ISSN: 2278-3008; 2 (2): 26-31.
- Prochaska, J (2015). “**Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis**”, Yahya seyedmohammadi, Tehran.
- Ribot T. **La psychologie des sentiments** [The psychology of feelings]. Paris: Published in Felix. 1896;pp:124-51.
- Ritsner, Michael S.(2014), **Anhedonia** - A Comprehensive Handbook Volume II - Neuropsychiatric And Physical Disorders, vol:2.

