

## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان

جبار صالح\*<sup>۱</sup>، عثمان محمودی<sup>۲</sup>، مسعود پایدار<sup>۳</sup>

### چکیده

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است که بسیاری از روان‌درمانگران به آن توجه ویژه داشته‌اند. در پژوهش‌های مختلف، درمان‌های شناختی- رفتاری یکی از روش‌های مناسب در درمان اختلال‌های افسردگی تشخیص داده شده‌اند. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر مطالعه تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان است. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود و بدین منظور از بین دانش‌آموزانی که به مرکز مشاوره بهزیستی و آموزش و پرورش شهرستان کرمانشاه مراجعه می‌کردند نمونه‌ای به حجم ۳۰ دانش‌آموز با افسردگی شدید به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خلق و احساس (انگلود و همکاران، ۱۹۸۷) و مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های ویرایش چهارم طبقه‌بندی اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) بود. نتایج نشان داد که روش درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تأثیر معناداری ( $P=0/0001$ ) داشته است. بر این اساس می‌توان گفت مداخله شناختی- رفتاری می‌تواند منجر به کاهش افسردگی نوجوانان شود. بنابراین پژوهش‌های بعدی با دوره‌های پیگیری به منظور حصول اطمینان از تداوم اثربخشی پیشنهاد می‌گردد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی- رفتاری، افسردگی، دانش‌آموزان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

۱. \*دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد، واحد علوم و تحقیقات تهران  
۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز  
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی

پژوهشگران علوم بهداشت روانی - رفتاری اتفاق نظر دارند که افسردگی شایع‌ترین و اساسی‌ترین بیماری روانی در دو دهه اخیر است و بر طبق آمارهای بین‌المللی بین ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی هستند (هارینگتن، ۲۰۰۸؛ ترجمه تونزه جانی و کمال‌پور، ۱۳۹۰). بسیاری از افراد افسرده در توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری مشکل دارند. احتمال دارد به آسانی دچار حواس‌پرتی شوند یا مشکل حافظه داشته باشند. در اکثر موارد ممکن است افکار مربوط به مرگ، اندیشه‌هایی درباره خودکشی یا اقدام به خودکشی وجود داشته باشد. دامنه این افکار از تفکر به خودکشی تا اقدام به آن متغیر است. فراوانی، شدت و مهلک بودن این افکار نیز در نوسان است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

افسردگی در کودکان و دانش‌آموزان از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است. کلارک و همکاران (۲۰۱۰) با بازنگری پژوهش‌ها نشان دادند که بیش از ۲۰ درصد دانش‌آموزان تا ۱۸ سالگی حداقل یک بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند. آنها افسردگی دانش‌آموزان را با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی و اضطراب شدیدی که با دیگر منابع تنش‌زا مرتبط است، استفاده از مواد مخدر و الکل، عدم مشارکت کافی در فعالیت‌های خشنود کننده و شادی‌آور، افکار خودکشی‌گرایانه، مشکلات عصبی، مواجه شدن با وقایع تنش‌زا متعدد و مشکلات بین‌فردی، اختلال سلوک و اختلال‌های خوردن در دختران نوجوان مرتبط دانستند.

در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. روش‌های درمانی نیز بر اساس نظریه‌های موجود ایجاد شده‌اند. افسردگی از دیدگاه‌های زیست‌شناختی، روان‌تحلیلی، شناختی- رفتاری و نظریه‌های سیستمی مورد بررسی قرار گرفته است. متناسب با سبب‌شناسی این اختلال، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. یکی از این رویکردها درمان شناختی- رفتاری است که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است (اوی و تینگل، ۲۰۰۷).

در روش شناختی - رفتاری بیمار تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوطه آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. در این رویکرد برای درمان افسردگی بین ۶ تا ۲۰ جلسه روان‌درمانی نیاز است تا بهبودی پدید آید (هاوتون، ۲۰۰۳).

یکی از بررسی‌های مهم در زمینه درمان شناختی رفتاری افسردگی توسط ظهیرالدین، حسینی و سمنانی (۱۳۸۳) صورت گرفت آنها به بررسی افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان فیروزکوه پرداختند. نتایج نشان داد که ۷۳ درصد دانش‌آموزان دختر و ۵۸ درصد دانش‌آموزان پسر (براساس آزمون افسردگی بک) افسرده هستند. همچنین، مشخص شده است که در نوجوانی افسردگی در بین دختران شایع‌تر از پسران است. تفاوت جنسیتی در دوره نوجوانی برای اولین بار پدیدار می‌شود. در دوره قبل از نوجوانی افسردگی در بین پسران شایع‌تر از دختران است، اما از ۱۴ سالگی این نسبت جنسیت تغییر می‌کند (استارک، لورنت، و لویسون، ۲۰۰۹). کوش و فلامینگ در همان سال درمان شناختی- رفتاری را بر روی ۲۶ بیماری که از اختلال افسردگی و اضطراب رنج می‌بردند استفاده کردند و آنها نیز نتایج مثبتی دریافت کردند. آنها پژوهش‌های زیادی در مورد تأثیر درمان شناختی- رفتاری انجام دادند و یافته‌های این پژوهش‌ها با یکدیگر همسو بود (اوی و تینگل، ۲۰۰۷).

از آن جایی که افسردگی برای بیمار و خانواده بسیار پرتنش بوده و هزینه‌های بسیار زیادی جهت درمان دارویی، از کارافتادگی و یا بستری مراجعان، ایجاد می‌کند. بنابراین جهت برنامه‌ریزی اقدامات مناسب روان‌درمانی، ارتقای خدمات سلامت روان‌شناختی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه، نیاز به روان‌درمانی با درمان‌های مناسب از جمله درمان شناختی

رفتاری است. با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد روش‌های شناختی - رفتاری در درمان افسردگی مؤثر باشد. از آنجایی که پژوهشی در مورد افسردگی دانش‌آموزان با استفاده از این روش انجام نشده است، بنابراین پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی دانش‌آموزان است.

## روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل دانش‌آموزانی بودند که در سال ۹۳ به مرکز مشاوره بهزیستی و مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان کرمانشاه مراجعه کرده بودند و بر مبنای ملاک‌های طبقه‌بندی اختلال‌های روانی دارای اختلال افسردگی بودند. گروه نمونه تعداد ۳۰ نفر از این مراجعین بودند که به صورت در دسترس انتخاب و ۱۵ نفر به طور تصادفی در هر یک از دو گروه آزمایشی و کنترل جایدهی شدند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۱۱/۹ و انحراف استاندارد آنها ۱/۲ بود. در بررسی ویژگی‌های توصیفی گروه نمونه مشخص شد ۸۹ درصد دانش‌آموزان گروه نمونه سابقه افسردگی نداشتند و ۷۸ درصد دانش‌آموزان، از خانواده‌های با طبقه اجتماعی اقتصادی متوسط بودند.

ب) ابزار پژوهش: مصاحبه بالینی، مصاحبه بالینی مصاحبه انعطاف‌پذیری است که توسط فرست و همکاران (۱۹۹۵) تهیه شده است. از این مصاحبه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و تمایز آن از سایر اختلال‌ها استفاده می‌شود. نتایج پژوهش‌ها و مطالعات نشانگر این است که این مصاحبه دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلال‌های روانی است (مارنات، ۱۹۹۰؛ به نقل از پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۸۴).

پرسشنامه خلق و احساس: (انگلود و همکاران، ۱۹۸۷) یک مقیاس ۳۴ سؤالی است که برای جداسازی کودکان و دانش‌آموزان دارای اختلال‌های افسردگی طراحی شده است. سؤال‌های این پرسشنامه تمام ملاک‌های افسردگی بیان شده در دهمین ویرایش بین‌المللی بیماری‌ها و چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی را دربرمی‌گیرد. پرسشنامه خلق و احساس، به دو شکل مشابه، نسخه کودکان و نسخه والدین تدوین شده است. پایایی و روایی پرسشنامه خلق و احساس توسط نشاط دوست و همکاران (۱۳۸۳) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی ضریب پایایی، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را نشان داد. استفاده از روش تحلیل تمایزات ضریب روایی تشخیصی ۰/۷۹ را نشان داد. ویژگی این آزمون و حساسیت آن نیز به ترتیب برابر با ۰/۸۶ و ۰/۹۰ بدست آمده است.

معرفی برنامه آموزشی: برای ۱۵ نفر گروه آزمایش درمان شناختی- رفتاری طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت منظم هر هفته یک جلسه برگزار شد. خلاصه این برنامه درمانی شناختی - رفتاری که برگرفته از مدل استارک (۱۹۹۶) بود در زیر ارائه گردیده است:

- جلسه اول: معارفه، پیش‌آزمون، مفهوم‌سازی مورد و منطق درمان، آشنایی با علائم افسردگی دانش‌آموزان، فرمول‌بندی مدل شناختی رفتاری با تأکید بر اینجا و اکنون، شناسایی افکار خودکار منفی و آموزش خودپایی، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه
- جلسه دوم و سوم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش برنامه ریزی فعالیت، آموزش آرمیدگی و تنش-زدایی، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل
- جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش بازسازی شناختی، تمرین و مرور آرمیدگی، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل
- جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه قبل، ادامه آموزش بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل
- جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه قبل، ادامه آموزش بازسازی شناختی، مرور آموزش مهارت‌های اجتماعی، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل

- جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش حل مسئله، مرور آموزش مهارت‌های اجتماعی، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل
  - جلسه هشتم: مرور کلی جلسه‌های قبل و اجرای پس‌آزمون
- در پایان جلسه هشتم برای دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. سرانجام پس از گذشت ۲ ماه از پایان مداخله‌های درمانی، جلسه پیگیری برگزار گردید و در این جلسه آزمون پیگیری بر روی هر دو گروه انجام پذیرفت.

### نتایج

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی افسردگی دانش‌آموزان در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۴۱/۸	۱۳/۸	۱۸/۸۷	۱۲/۹۶
کنترل	۴۲/۵	۱۰/۲۶	۴۱/۰۳	۱۱/۱۲

بررسی میانگین دو گروه نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و همچنین نسبت به گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. به منظور مقایسه میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه درمان شناختی- رفتاری، و گروه کنترل از تحلیل کواریانس یک راهه استفاده گردید. برای رعایت پیش فرض همگنی واریانس‌ها و ماتریس کواریانس‌های دو گروه، از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد فرض صفر برای همگنی واریانس و همگنی شیب رگرسیون و گروه در پیش‌آزمون تایید می‌گردد و در تحلیل واریانس‌های دو گروه در پس‌آزمون، به دلیل همگنی واریانس‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون، این تأثیرات متغیر مستقل خواهد بود.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
پیش‌آزمون	۱۹۳/۶۷	۱	۱۹۳/۶۷	۱۴۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴
گروه	۵۳/۳۸	۱	۵۳/۳۸	۳۹/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲

در جدول ۲ مشاهده می‌شود که تفاوت میانگین افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان تأثیر معنادار داشته است.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی دانش‌آموزان انجام شد. یافته‌های این پژوهش بیانگر تأثیر روش شناختی- رفتاری در درمان افسردگی است که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی که در

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و ...

این زمینه صورت گرفته‌اند همخوانی دارد. به عنوان مثال نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش کلارک و همکاران (۲۰۰۹)، که تأثیر شیوه درمانی شناختی- رفتاری را در درمان افسردگی دانش‌آموزان مورد بررسی قرار دادند همسویی دارد. آنها ۱۲۳ نوجوان مبتلا به افسردگی اساسی و افسرده‌خویی را مورد مطالعه قرار دادند. آنها این درمان‌جویان را به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم کردند و در مورد گروه آزمایش، شیوه درمانی شناختی- رفتاری را اعمال کردند. پس از ۱۶ جلسه درمانی دو ساعته، میزان افسردگی در دانش‌آموزان در گروه مورد سنجش قرار گرفت. نتایج بیانگر این بود که میزان افسردگی دانش‌آموزان گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته است.

نیرمانی و روشن (۱۳۹۱) به بررسی میزان شیوع افسردگی و اثربخشی درمان رفتاری- شناختی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان پرداختند. آنها به بررسی میزان بروز افسردگی در میان دانش‌آموزان پرداختند. ضمن آن که به بررسی اثربخشی روش درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی دانش‌آموزان پرداختند. نتیجه مطالعه نشان داد که روش درمانگری شناختی- رفتاری، در کاهش افسردگی دانش‌آموزان موثر است که با یافته‌های پژوهش حاضر همسویی دارد.

در مطالعه‌ای استیک و همکاران (۲۰۰۸) به بررسی تأثیر درمان کوتاه‌مدت شناختی- رفتاری بر روی دانش‌آموزان افسرده پرداختند. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش بیشتر نشانه‌های افسردگی در مقایسه با سه گروه دیگر شده و این تأثیر در پیگیری ۶ ماهه همچنان حفظ شده بود. همچنین خدایاری فرد و پرند (۱۳۸۴) به بررسی تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در اختلال افسردگی نوجوانی پرداختند، نتایج مبین کارایی این روشها در درمان افسردگی است. که این مطالعه‌ها نیز با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در زمینه دلایل احتمالی تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی دانش‌آموزان می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری منجر به بالا رفتن افکار مثبت و بالا بردن میزان سازگاری دانش‌آموزان می‌گردد و طبق پژوهش هابیس و جنس (۲۰۰۴) بازسازی شناختی افکار تحریف شده منجر به کاهش افسردگی دانش‌آموزان می‌شود. بنابراین درمان شناختی رفتاری از طریق بازسازی و اصلاح افکار تحریف‌شده سبب کاهش افسردگی می‌شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که مقیاس خلق و احساس، مقیاسی نشانه‌شناسی است و صرفاً نشانه‌های افسردگی را بررسی می‌کند. علاوه بر این مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های تشخیصی دقیق‌تری که مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی باشد برای سنجش افسردگی استفاده شود. به عنوان پیشنهاد کاربردی توصیه می‌شود در مراکز مشاوره آموزش پرورش و مدارس بخشی به ارائه خدمات شناختی- رفتاری برای دانش‌آموزان اختصاص یابد.

## منابع

نشاط دوست، ح. ط. (۱۳۸۱). افسردگی دانش‌آموزان و عوامل مرتبط فردی و خانوادگی. مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان، ۱۴، ۱۸۰-۱۷۵.

ظهیرالدین، ع؛ حسینی، س؛ و سممانی، ی. (۱۳۸۳). بررسی شیوع افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر فیروزکوه. مجله علمی پژوهشی پژوهنده، ۹، ۶۴-۶۱.  
هارینگتن، ر. (بی تا). روش‌های درمان افسردگی و دانش‌آموزان. ترجمه: حسن توننده جانی و نسرین کمال‌پور. تهران: پیک فرهنگ.

خدایاری فرد، م؛ و پرند، الف. (۱۳۸۴). خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در اختلال افسردگی نوجوانی. مجله پژوهش‌های روان‌شناختی، ۸، ۸۳-۶۲.

- نریمانی، م؛ و روشن، ر. (۱۳۹۱). بررسی میزان شیوع افسردگی و اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی دانش‌آموزان. *مجله روان‌شناسی*، ۶، ۲۵۴-۲۴۴.
- مارنات، گ (بی تا). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه حسن پاشاشریفی و محمدرضا نیکخو. (۱۳۸۴). تهران: سخن.
- نشاط دوست، ح. ط؛ مهرابی، ح؛ نوری، ن؛ کلانتری، م؛ و مولوی، ح. (۱۳۸۴). بررسی و تعیین سهم عوامل خانوادگی مؤثر در اختلال افسردگی دانش‌آموزان. *فصلنامه خانواده‌پژوهشی*، ۱، ۳۹-۴۸.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, Five Edition - Text Revision. Washington, Dc: Author.
- Bernal, G., & medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for adolescents with depression symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 3, 234-245.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H, & Seeley, J. R. (2009). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 38, 272-279.
- Clark, G. N; Rogde, P; Lewinsohn, P. M; Hopes, H. & Selley, J. R. (2010). Cognitive- behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American child and adolescent psychiatry*, 38, 272-279.
- Hawton, C. (2003). *Therapy for psychiatric problems*. Trans Ghasem zadeh H. Tehran: Arjmand.
- Kazdin, A. E., & weisz, J. R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and Adolescents*. New York: Guilford.
- Hibbs, E. D., & Jensen, P. S. (2004). *psychosocial treatments for child and adolescents disorders: empirically based strategies for clinical practice*. Washington, dc: American psychological association.
- Oei, T., & Dingle, G. (2007). The effectiveness of group cognitive behavioral therapy for unipolar depressive disorder. *Journal of Affective Disorder*. 107, 5-21.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, R., & Gou, M. (2008). Brief cognitive-Behavioral Depression for adolescents. *Journal of consoling and clinical psychology*, 76, 595-606.
- Stark, K. D., Laurent, J., Boswell, J., & swearer, S. (2009). Implications of research for the treatment of depressive disorders during childhood. *Applied and preventive psychology: current scientific perspectives*, 8, 79-102.
- Wood, A., Harrington, R., & moor, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioral intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 37,737-746.
- Wallace, J., shneider,T., & McGuffin, P. (2002). *Handbook of depression*. New York: Guilford.