

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۰۹/۲۲

تاریخ بررسی مقاله: ۹۲/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۰۱/۲۳

مجله دست آوردهای روان‌شناختی

(علوم تربیتی و روان‌شناسی)

دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۳

دوره چهارم، سال ۲۱-۳، شماره ۱، پیاپی ۱۱

ص: ۱۷۵-۱۸۶

مقایسه‌ی اثربخشی شناخت درمانی گروهی به شیوه TADS با دارو درمانی در درمان افسردگی نوجوانان ۱۷-۱۴ ساله شهر اصفهان

آسیه جمشید بیک *

مهرداد کلانتری **

فرشته شکیبایی ***

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی به شیوه TADS و مقایسه آن با دارو درمانی در درمان افسردگی نوجوانان دختر ۱۷-۱۴ ساله شهر اصفهان بود. بر این اساس در قالب یک مطالعه تجربی همراه با گروه کنترل و با ارزیابی به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تعداد ۲۷ نوجوان دختر دارای تشخیص افسردگی انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در سه گروه TADS، دارو درمانی و گروه کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تدریجاً یک دوره دوازده جلسه‌ای با مشارکت والدین، درمان شناختی رفتاری تدریجاً دریافت کردند. آزمودنی‌های گروه تحت درمان دارویی در یک دوره ۲ ماهه داروی افسردگی (فلوکستین) دریافت نمودند، در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل چنین مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند و پس از دو ماه هر سه گروه تحت پیگیری قرار گرفتند. آزمودنی‌های سه گروه با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I (SCID-I) و مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی بک (BDI-II) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک طرفه با نرم‌افزار آماری SPSS20 تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که برنامه شناخت درمانی TADS به طور معناداری مؤثرتر از دارو درمانی، افسردگی را کاهش داد ($P < 0/01$). براساس نتایج آزمون تعقیبی توکی اثر عمل آزمایشی

* دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اصفهان (نویسنده

Ajamshidbeik@gmail.com

مسئول

** دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

*** دانشیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه اصفهان

پایدار بود ($P < 0/01$). در نهایت پیشنهاد می‌شود که شناخت درمانی گروهی به شیوه TADS به عنوان یکی از روش‌های مداخله‌ای مؤثر برای کاهش افسردگی نوجوانان بکار رود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری تدریجی، دارو درمانی، افسردگی، نوجوان

مقدمه

بر مبنای نتایج گزارش‌های بالینی، افسردگی اولین معضل و مسأله سلامتی در دنیا است که به سبب توسعه بیش از اندازه آن را سرماخوردگی روانی نامیده‌اند (منیرپور و همکاران، ۱۳۸۳؛ بیابانگرد و جوادی، ۱۳۸۳؛ به نقل از رحیمیان بوگر، ۱۳۸۹). تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات خلقی از جمله افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی دوران کودکی و نوجوانی هستند (اسپیر^۱ و همکاران، ۱۹۹۵؛ جاد و کنویاک^۲، ۱۹۹۷؛ ویلیامز، راسل^۳ و راسل، ۲۰۰۸؛ به نقل از رحیمیان بوگر، ۱۳۸۹). اختلالات خلقی در کودکان قبل از سنین مدرسه نادر است. میزان اختلالات افسردگی اساسی در کودکان قبل از سنین مدرسه در جامعه ۰/۳ درصد و در کلینیک‌ها ۰/۹ درصد تخمین زده شده است (سادوک^۴ و سادوک، ۱۳۸۹، ترجمه پورافکاری). بین کودکان دبستانی در جامعه شیوع اختلال افسردگی اساسی حدود ۲ درصد است و در میان نوجوانان شیوع اختلال افسردگی اساسی حدود ۵ درصد است (همان منبع). افسردگی در نوجوانان و افراد مشغول به تحصیل با پیامدهای منفی بالایی همراه است که نیازمند مداخله متناسب و به موقع می‌باشد (رحیمیان بوگر، ۱۳۸۹). بنابر نظر سادوک و سادوک (۱۳۸۹) امروزه درمان‌های شناختی، که روش مداخله‌ای مؤثر برای مداوای افسردگی نسبتاً شدید در کودکان و نوجوانان شناخته شده است، توسط آرون تی بک^۵ به عنوان درمانی با ساختار، کوتاه مدت و متمرکز بر حل مشکلات جاری و تغییر تفکر و رفتار ناکارآمد در دانشگاه پنسیلوانیا در اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ پی‌ریزی گردید که به مرور با پدیدایی مجموعه درمان‌های شناختی- رفتاری باعث پویایی بیشتر در عرصه بالینی و پرورش در این حوزه می‌باشیم (بک، ۱۹۶۴؛ به نقل از بک، ۱۳۹۰، ترجمه فتی و فریدحسین). روش درمانی TADS^۶

- 1- Speier
- 2- Judd & Kunoyac
- 3- Williams & Russel
- 4- Sadock
- 5- Beck
- 6- Treatment for Adolescents with Depression Study

مدل درمان رفتاری- شناختی است که در آن هدف اصلی درمان افسردگی نوجوان است و در این مدل درمانگر، نوجوان و والدین به صورت یک تیم با علائم افسردگی مقابله می‌کنند (کری^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). بعضی اوقات والدین نوجوان را به خاطر افسردگی سرزنش می‌کنند و نیز ممکن است نوجوان والدین را به خاطر افسردگی‌اش سرزنش نماید. در این روش درمانی به منظور افزایش سطح همکاری متقابل از این سرزنش جلوگیری می‌شود. از جمله دلایلی که اهمیت و تأثیر مفید حضور والدین را در این جلسه‌های درمان و روش TADS آشکار می‌سازد نیاز والدین به آشنایی با روند درمان افسردگی و حمایت از نوجوان در آزمون راههای جدید برای افکار و رفتارها، اطمینان گرفتن جهت واکنش والدین به روند درمان، فهم در وجود نواقص و موارد منفی، کمبود موارد مثبت در محیط خانواده و حل تعارضی است که در ارتباط بین نوجوان و خانواده به چشم می‌خورد (همان منبع).

این مدل براساس تئوری یادگیری شناخت اجتماعی^۲ شکل گرفته است. بر مبنای این نظریه رفتار انسان شامل: یادگیری‌های قبلی و عامل (شرطی‌سازی کلاسیک و عامل) بخصوص یادگیری رفتار اجتماعی یا بین فردی به علاوه باورها، تقویت اجتماعی سرمشق‌گیری از افراد مهم زندگی است (کری و همکاران، ۲۰۰۰).

این مدل درمانی سه مرحله دارد که هر مرحله شامل تعداد مشخصی جلسات درمانی است. در هر جلسه درمانی به یک هدف اختصاصی پرداخته می‌شود. مهمترین اهداف مرحله اول، آغاز ایجاد یک گروه، برقراری رابطه درمانی با یک یک اعضا، آشنا کردن نوجوان و والدین با مدل شناختی رفتاری افسردگی و درمان آن، افزایش فعالیت‌های رفتاری و افزایش مهارت‌های اجتماعی است. این مرحله ۱۲ جلسه طول می‌کشد. در مرحله دوم سه جلسه ادغامی از CBT تشکیل می‌شود که هیچ مهارت جدیدی آموزش داده نمی‌شود اما مهارت‌های قبلی کاربردی ادامه داده شده و بهبود می‌یابد. هدف مرحله سوم که شامل پیگیری نوجوان می‌شود تمرکز بر جلوگیری از عود مجدد افسردگی است بدون آن که مهارتی آموزش داده شود (کری و همکاران، ۲۰۰۰). درمان حاضر مداخلات رفتاری شناختی را به کار می‌برد و هم بر فرایندهای شناختی و هم بر بهبود کاستی‌های مهارت در عرصه‌ی رفتار اجتماعی تأکید دارد. در این مدل درمانی درمانگر باید مدل افسردگی و مدل درمانی آن را بفهمد و به نوجوان

1- Curry

2- Social Cognitive Learning Theory

و والدینش بفهماند. همچنین رابطه درمانی گروهی را با نوجوان و والدینش ایجاد، کنترل و نگهداری نماید. با توجه به تحقیقات قبلی در زمینه افسردگی در این تحقیق هدف این است که با لزوم مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی میان والدین و نوجوان که در پژوهش‌ها فقدان آنها در روابط والد-نوجوان از عوامل زمینه ساز و مستعدکننده افسردگی است مهارت‌های اجتماعی به والدین و نوجوان آموزش داده شود. در سال ۲۰۰۹ پژوهشی در مورد تأثیر متقابل رابطه بین والد-نوجوان و علائم افسردگی، عزت نفس و رضایت از بدن توسط باتل^۱ و همکاران انجام شد و نتایج حاکی از آن بود که ارتباط والد کودک با افزایش رضایت از بدن و عزت نفس در پسران و همچنین کاهش علائم افسردگی در هر دو جنس رابطه دارد.

مطابق با پژوهش سوئینی^۲ و همکاران که در سال ۲۰۰۵ انجام شد درمان شناختی رفتاری TADS شیوه‌ی مؤثر و کاربردی در درمان افسردگی نوجوانان است و نیاز نوجوانان به درمان اثربخش برای افسردگی و توجه همدلانه نسبت به بار سنگینی که افسردگی بر دوش نوجوان و خانواده گذاشته است از نکات مهم و ویژگی ممتاز این روش درمانی است. سؤال اصلی پژوهشگران در این جا این بوده است که آیا بین اثربخشی روش شناخت درمانی گروهی به شیوه TADS و دارو درمانی در کاهش میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد؟ از علل احتمالی اثربخش این مدل درمانی می‌توان به همکاری متقابل درمانگر، والدین و نوجوان اشاره کرد. از این رو پژوهش حاضر به دلیل اهمیت مداخله‌ی مؤثر و زود هنگام در افسردگی نوجوانان و به منظور پیشگیری از تثبیت افسردگی در بزرگسالی با تکیه بر شواهد پژوهشی انجام گرفت. به علاوه، نبودن مطالعه در زمینه اثربخشی روش درمانی TADS بر افسردگی نوجوانان در ایران بر اهمیت این مطالعه می‌افزاید.

روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی با دو گروه مداخله و یک گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری مشتمل بر کلیه نوجوانانی است که به کلینیک روانپزشکی مربوطه مراجعه کرده‌اند و نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مراجعان نوجوان است که در دامنه‌ی سنی ۱۷-۱۴ سال قرار دارند و براساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای

1- Boutelle

2- Sweeney

اختلال‌های محور (SCID-I) در DSM-IV واجد اختلال افسردگی اساسی در دوران نوجوانی بوده و از لحاظ شدت افسردگی در مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی بک نمره‌های متوسط به بالا داشتند. براساس روش تخصیص تصادفی افراد به صورت تصادفی به سه گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند و از این سه گروه نیز به طور تصادفی یک گروه تحت دارو درمانی، گروه دیگر تحت درمان شناختی رفتاری تدریجی و گروه سوم کنترل قرار گرفت. ملاک مورد نظر ما سه گروه ۹ نفره هستند که سه نفر را جهت ریزش در گروه در نظر گرفتیم.

ملاک ریزش در پژوهش حاضر ترک حداقل دو جلسه درمان طی کل دوره مداخله توسط شرکت کنندگان است. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- تشخیص افسردگی به کمک مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) و نیز تعیین شدت افسردگی براساس مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی بک ۲- سن ۱۷-۱۴ سال ۳- توانمندی در فهم زبان فارسی ۴- تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و تکمیل فرم ضوابط اخلاقی پژوهش از جمله حفاظت از شرکت کنندگان انسانی. معیارهای خروج از پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- ابتلا به دیگر انواع اختلالات روان‌شناسی بجز افسردگی ۲- ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن جسمانی یا ابتلا به عوارض حاد مرتبط با بیماری جسمانی ۳- بستری شدن بیمار طی زمان پژوهش ۴- مبتلا شدن به افسردگی بعد از یک دوره بیماری‌های روان‌شناختی یا جسمانی شدید.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I)

IV. در مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-IV (SCID-I)، اطلاعات و علائم به شیوه‌ای معین و جامع جمع‌آوری می‌گردد و تشخیص‌گذاری بر اساس الگوریتمی استاندارد انجام می‌شود تا تشخیص‌هایی دقیق‌تر داده شود.

این ابزار ۲ نسخه اصلی دارد: SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان پزشکی (محور I در DSM-IV) می‌پردازد، و SCID-II که اختلال‌های شخصیت (محور II در DSM-IV) را ارزیابی می‌کند. مصاحبه ساختار یافته تشخیصی DSM-IV (SCID) که از

جمله جامع‌ترین مصاحبه‌های ساخت‌دار موجود است، ابزاری با طیف گسترده و جدید است که با قالب‌های تصمیم‌گیری DSM-IV برای تشخیص روان‌پزشکی پیوندی نزدیک دارد. این ابزار با درجه معینی از انعطاف‌پذیری تدوین شده است و اجرای آن را می‌توان با جمعیت‌ها و بافت‌های سنی متفاوت و افراد دارای خصوصیات جمعیت شناختی متفاوت هماهنگ ساخت. بنابراین نسخه‌های متفاوت آن را می‌توان در مورد بیماران روانی سرپایی، بستری، بیمار غیر از روانپزشکی در جمعیت عمومی نیز به کار برد (فیرست، اسپیتز، گیبون و ویلیامز^۱، ۱۹۹۷). مصاحبه بالینی ساختار یافته شامل چند سؤال باز پاسخ و یک ساخت حذفی است که به مصاحبه‌گر امکان می‌دهد تا بر حسب پاسخ‌های قبلی مراجع، به حوزه‌های تازه‌ای وارد شود. چون قضاوت بالینی در سراسر مصاحبه اهمیت اساسی دارد، این ابزار فقط باید توسط متخصصان بالینی تعلیم دیده اجرا شود (فیرست و همکاران، ۱۹۹۷) مصاحبه SCID دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلال روانی است (فیرست و همکاران، ۲۰۰۲). فیرست و همکاران (۲۰۰۲) ضریب کاپای ۶۰٪ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند در پژوهش حاضر از نسخه SCID-I استفاده شد که فیرست و همکاران (۱۹۹۷) آن را با روش‌شناسی دقیق بین فرهنگی و برگرفته از روش پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت تدوین و سپس طی یک مطالعه‌ی بزرگ، اعتباریابی کردند و پایایی، روایی و قابلیت اجرای آن را در حد مطلوب گزارش نمودند. این ابزار برای سنجش وضعیت روان‌شناختی و روان‌پزشکی نوجوانان و جوانان قابل استفاده است (فیرست و همکاران، ۲۰۰۲).

۲- مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی بک (BDI-II). این مقیاس از حساسیت (۶۸٪) و اختصاصی بودن قابل قبولی (۸۸٪) برخوردار است، کاربرد ساده‌ای دارد، و در مطالعات همه‌گیرشناسی و سرند کردن افسردگی به طور گسترده‌ای به کار می‌رود (بک، استیر و براون^۲، ۱۹۹۶). مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی بک شامل ۲۱ گروه سؤالات چهار جوابی است که هر گروه بیان‌کننده یک حالت عاطفی و علائم همراه آن در فرد است. پاسخ‌ها از صفر تا ۳ نمره می‌گیرند. در نتیجه دامنه‌ی نمره‌ها در این آزمون از صفر تا ۳۶ است. در BDI-II، نمره صفر تا ۹ دامنه بهنجاری، نمره ۱۰ تا ۱۵ دامنه افسردگی خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۳ دامنه‌ی افسردگی متوسط، نمره بالاتر از ۲۴ دامنه‌ی افسردگی شدید و نمره ۴۰ به بالا دامنه‌ی افسردگی

1- First, Spitzer, Gibon, & Williams

2- Steer & Brown

جدول ۱. دستور جلسات درمان شناختی- رفتاری گروهی به شیوه‌ی تدر

شماره جلسات	دستورالعمل
اول و دوم	تعیین نمره‌ی خلق توسط مراجع، تکمیل پرسشنامه، معرفی و آشنایی، مرور مقررات گروه، آغاز ایجاد یک گروه، رابطه درمانی، آشنا کردن نوجوان و والدین با مدل افسردگی شناختی رفتاری و درمان کنترل و اداره‌ی انگیزه‌ها، یأس‌ها و ایده‌های خودکشی، قرارداد دوطرفه با اهداف بالا، شروع به مشخص کردن افکار، رفتارها و هیجانات مرتبط با افسردگی نوجوان.
سوم تا ششم	تعیین نمره‌ی خلق توسط مراجع، تکمیل پرسشنامه، مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، افزایش فعالیت‌های رفتاری، افزایش فعالیت‌های تقویتی مثبت، افزایش حل مسأله‌ی بین فردی، ادامه‌ی معین کردن و شروع به چالش کشیدن افکار، باورها و نگرش‌های ناسازگارانه، ادامه‌ی کنترل کردن و اداره کردن انگیزه‌های ناامیدی و ایده‌ی خودکشی، ارزیابی امکان کمک اعضای خانواده برای افسردگی نوجوان، ادامه دادن آشنا کردن والدین با مدل درمانی و توضیح آموزش مهارت‌ها، ارائه‌ی تکالیف خانگی.
هفتم تا یازدهم	تعیین نمره‌ی خلق توسط مراجع، تکمیل پرسشنامه، مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، افزایش مهارت‌های اجتماعی، قادر ساختن نوجوان به خودشناسی و تغییر افکار، نگرش‌ها و باورهای ناسازگارانه، افزایش مهارت‌های سازشی نوجوان، بهبود تعامل والدین/ نوجوان که مرتبط با افسردگی نوجوان است، مشخص کردن مشکلات همراه با افسردگی نوجوان.
دوازدهم	تعیین نمره‌ی خلق توسط مراجع تکمیل پرسشنامه، مرور تکالیف جلسه‌ی قبل و ادغامی از جلسات CBT، هیچ مهارتی آموزش داده نمی‌شود اما مهارت‌های قبلی کاربردی، ادامه داده می‌شود.

خیلی شدید را نشان می‌دهد. طبق مشاهدات بالینی، افسردگی در دامنه خفیف و نیز حالت گذرای آن را نمی‌توان نابهنجاری در نظر گرفت، زیرا بسیاری از تغییرات فیزیولوژیک و ذهنی می‌توانند موجب افت خلق شوند که با رفع علت برطرف می‌گردند. بنابراین افرادی را که در مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی بک، نمره ۱۵ یا بالاتر کسب کنند افسرده در نظر می‌گیرند (بک و همکاران، ۱۹۹۶). BDI-II همبستگی معناداری با مقیاس زونگ و خرده مقیاس افسردگی در پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا دارد. پایایی مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی بک به روش آزمون- بازآزمون حدود ۰/۷۵ و به روش تنصیف ۰/۹۰ به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). طبق مطالعات اعتباریابی مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی بک در سنین کودکی، نوجوانی و بزرگسالی قابل اجرا است به گونه‌ای که متناسب با سن مشارکت کنندگان، با فرمت‌های گوناگونی اجرا می‌شود (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در مطالعه حاضر، نقطه برش ۱۶ برای تشخیص افسردگی متوسط به بالا مورد استفاده قرار گرفت. در این مطالعه

ابتدا مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) و نیز مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی بک بر روی همه شرکت کنندگان اجرا شد.

یافته‌ها

ابتدا جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف^۱ استفاده کردیم تا بینیم که بین آزمون پارامتری آنالیز واریانس یک طرفه^۲ و آزمون ناپارامتری کروسکال والیس^۳ کدامیک مناسب است. پس از استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها، این آزمون پیروی نمره افسردگی در گروه‌های مختلف از توزیع نرمال را تأیید کرد و همچنین آزمون لوین^۴ نشان داد که واریانس نمره افسردگی در گروه‌ها با هم تفاوت معنادار ندارد. بنابراین جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی در زمان‌های مختلف در سه گروه

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه		گروه دارودرمانی	گروه شناخت درمانی	گروه کنترل	زمان
P-Value	F	M±SD	M±SD	M±SD	
۰/۴۰۲	۰/۹۴۷	۳۱/۱±۳/۹	۲۸/۱±۴/۴	۲۹±۵/۷	پیش آزمون
<۰/۰۰۱	۱۵/۶۱	۲۴±۳/۶	۱۳/۴±۶/۵	۲۸/۲±۶/۷	پس آزمون
<۰/۰۰۱	۲۳/۲۶	۲۰±۶/۱	۹/۷±۵/۴	۲۸/۳±۵/۸	پیگیری
<۰/۰۰۱	۲۲/۴۹	-۷/۱±۳/۴	-۱۴/۷±۶/۴	-۰/۸±۲/۲	تفاضل پس آزمون و پیش آزمون
<۰/۰۰۱	۴۲/۱۴	-۱۱/۱±۵/۱	-۱۸/۴±۴/۷	-۰/۷±۱/۵	تفاضل پیگیری و پیش آزمون

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله (در پیش آزمون) بین سه گروه اختلاف معنادار نداشت ($P=۰/۴۰۲$) اما در پس آزمون ($P<۰/۰۰۱$) و همچنین در پیگیری (۲ ماه بعد) ($P<۰/۰۰۱$) میانگین نمره افسردگی بین سه گروه اختلاف معنادار داشته است. نتایج حاصل از مقایسه بین دو به دو گروه‌ها در زمان‌های پس از آزمون و پیگیری توسط آزمون تعقیبی توکی^۵ در جدول شماره‌ی (۳) آمده است.

- 1- Kolmogrov- Smirnov Test
- 2- One way Anova
- 3- Kruskal Wallis
- 4- Levene's Test
- 5- Tukey

جدول ۳. نتایج حاصل از مقایسه میانگین نمره افسردگی بین دو به دو گروهها

گروهها	پس آزمون	پیگیری	تفاضل پس آزمون و پیش آزمون	تفاضل پیگیری و پیش آزمون
	P-Value	P-Value	P-Value	P-Value
کنترل و شناخت درمانی	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
کنترل و دارو درمانی	۰/۲۸	۰/۰۱	۰/۰۱	<۰/۰۰۱
شناخت درمانی و دارو درمانی	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳

ضمناً آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین تفاضل نمره پس آزمون و پیش آزمون ($P < ۰/۰۰۱$) و همچنین تفاضل نمره پیگیری و پیش آزمون ($P < ۰/۰۰۱$) نیز بین سه گروه اختلاف معنادار داشته است که نتایج حاصل از مقایسه بین دو به دو گروهها توسط آزمون تعقیبی توکی در جدول شماره (۳) آمده است. در نتیجه می‌توان گفت که شناخت درمانی و دارو درمانی هر دو باعث کاهش افسردگی شده است منتها شناخت درمانی مؤثرتر از دارو درمانی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج مطالعه حاضر، درمان شناختی TADS به کاهش معنادار نمره‌های افسردگی در پس آزمون گروه آزمایشی منجر گردید در حالی که نمره‌های گروه دارو درمانی در پس آزمون کاهش کمتری پیدا کرده و نمره‌های گروه کنترل در پس آزمون تقریباً بدون تغییر باقی ماند. در پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان دوام درمان شناختی تدز، ارزیابی پیگیری دو ماه پس از پایان برنامه‌ی آموزش انجام شد. یافته‌ها نشان داد که تدز در کاهش نمرات افسردگی بر گروه آزمایش همچنان پایدار مانده است. طبق پژوهش‌های انجام شده در مورد اثربخشی شناخت درمانی صرف TADS در کاهش افسردگی نوجوانان پژوهش مشابهی گزارش نشده اما در مورد تلفیق تدز و دارو درمانی و همچنین دارو درمانی به تنهایی یافته‌های متعددی وجود دارد. یافته‌ی مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های سوئینی و همکاران (۲۰۰۵)، دی روبیس^۱ و همکاران (۲۰۰۵)، امزلی^۲ و همکاران (۲۰۰۶)، مارچ^۳ و همکاران (۲۰۰۷)، مارچ و

1- DeRubeis

2- Emslie

3- March

ویتیلو^۱ (۲۰۰۹)، باتل و همکاران (۲۰۰۹) و جاکوبز^۲ و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد و با نتایج مطالعه هالن^۳ و همکاران (۲۰۰۵) و ویتیلو و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی ندارد. در زمینه اثربخشی درمان شناختی TADS چند تبیین احتمالی را می‌توان مطرح ساخت. اولین تبیین این است که در درمان شناختی رفتاری TADS درمانگر، نوجوان و والدین به صورت یک تیم در برابر افسردگی مقابله می‌کنند و در این روش درمانی از سرزنش به دلیل همکاری متقابل جلوگیری می‌شود. دومین تبیین این است که از آنجا که یکی از دلایل افسردگی نوجوانان ناشی از کمبود مهارت‌هاست با آموزش مهارت‌ها به نوجوان و والدین این خلأ پر شده منجر به اثربخشی معناداری شد. در تبیینی دیگر در زمینه اثربخشی درمان‌های شناختی بر کاهش عود افسردگی بیان کرده‌اند که وجود مؤلفه مهم فعالسازی رفتاری^۴ همراه با درمان‌های شناختی عامل کاهنده افسردگی در ابتدای درمان و نیز عامل تداوم دهنده‌ی اثرهای این درمان‌ها در کاهش خلق افسرده و غمناکی بعد از درمان است بنابراین می‌توان استدلال کرد که در درمان شناختی TADS توجه به افکار، نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد نوجوانان که راه انداز خلق افسرده هستند همراه با تقویت رفتارهای فعال و کارآمد نوجوان افسرده در جهت افزایش خودکارآمدی آنان، تغییر شناخت‌های ناکارآمد را در بر دارد که بر سیمای افسردگی آنان تأثیر می‌گذارد و آن را کاهش می‌دهد. در مجموع همکاری خانواده در درمان افسردگی به اندازه‌ای مؤثر و سودمند بود که اثربخشی بیشتری نسبت به دارو درمانی داشت.

محدودیت‌ها

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود که در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌شود.

۱- نتایج این پژوهش فقط در جامعه دارای محدوده سنی ۱۷-۱۴ سال نوجوانان انجام شده و برای سایر گروه‌های سنی و همچنین اوایل نوجوانی باید با احتیاط انجام پذیرد.

۲- تأثیر این پژوهش فقط بر روی نوجوانان دختر انجام شد لذا تعمیم نتایج به نوجوانان پسر باید با احتیاط انجام شود.

۳- در این پژوهش روش درمانی شناختی رفتاری تدز با گروه دارو درمانی و گروه کنترل مقایسه شد و این امکان نبود که با گروه تلفیقی شناخت درمانی و دارو

-
- 1- Vitiello
 - 2- Jacobs
 - 3- Hollon
 - 4- Behavioral Activation

درمانی مقایسه شود.

پیشنهادها

- ۱- با توجه به این که این پژوهش فقط بر روی نوجوانان دختر افسرده انجام شد. لذا انجام پژوهش‌ها در مورد پسران به منظور تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود.
- ۲- پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی اثربخشی این مداخله را در نوجوانان سن ۱۱-۱۴ ساله نیز مورد ارزیابی قرار دهند.
- ۳- پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در آینده روش تلفیقی CBT و دارو درمانی را بررسی کرده و با CBT به تنهایی و دارو درمانی به تنهایی مقایسه کنند.
- ۴- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به منظور آگاهی از تداوم طولانی مدت نتایج پیگیری با فواصل بلندتر باشد.

منابع

فارسی

- بک، جودیت اس (۱۳۹۰). *شناخت درمانی: مبانی و فراتر از آن*؛ ترجمه لادن فتی و فرهاد فرید حسین، تهران: انتشارات دانژه.
- رحیمیان بوگر، اسحاق (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی تیزدیل بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان راهنمایی و متوسطه. *مجله پژوهش‌های روانشناختی*. دوره ۱۴ شماره ۲، صص ۲۵-۴۰.
- سادوک، بنیامین؛ و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۹). *خلاصه روانپزشکی، جلد سوم*؛ ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تهران: انتشارات شهر آب.

لاتین

- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory- II (BDI-II) Manual. San Antonio, TX. *Psychological Corporation*.
- Boutelle, K., Eisenberg, M., Gregory, M., Neumark- Sztainer, D. (2009). The reciprocal relationship between parent- child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 66 (4), 309-316.
- Curry, J. Wells, K., Brent, D., Clarke, G., Rohde, P., Albano, A.,

- Reinecke, M., Benazon, N., March, J., Simons, A., Kennard, B., Lagrone, R., Sweeney, m., Feeny, N., Kolker, J. (2000). Cognitive Behavior therapy manual. *Duke University Medical Center, the TADS Team*, 1-26.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Brown, L. L., & Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression, *Archives of General Psychiatry*, 62 (4), 409-416.
- Emslie, G., Kratochvil, Ch., Vitiello, B., Sliva, S., Mayes, T., McNulty, S., Weller, E., Waslick, B., Casat, Ch., Walkup, J., Pathak, S., Rohde, P., Posner, K., & March, J. (2006). The Columbia Suicidality Classification Group, the TADS Team, Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Safety Results, *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 45 (12), 1440-1455.
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J. (2002). Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, research version, non patient edition (SCID-T/NP). New York. *Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute*.
- Hollon, S. D., Garber, J., Shelton, R. C. (2005). Treatment of Depression in Adolescents with cognitive Behavior Therapy and Medications: A Commentary on the Tads Project, *Cognitive and Behavioral Practice*, 12 (2), 149-155.
- Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K., Jordan, N., Silva, S. G. (2010). Extreme thinking in clinically depressed adolescents: Results from the treatment for Adolescents with Depression Study (TADS), *Behavior Research and Therapy*, 48 (11), 1155-1159.
- March, J. S., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., Domino, M., McNulty, S., Vitiello, B., Severe, J. (2007). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Long-Term Effectiveness and Safety Outcomes, *Archives of General Psychiatry*, 64 (10), 1132- 1143.
- March, J. S., Vitiello, B. (2009). Clinical Messages from the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS), *The American Journal of Psychiatry*, 166 (10), 1118-1123.
- Sweeney, M., Robins, M., Ruberu, M., Jones, J. (2006) African-American and latino families in Tads: Recruitment and Treatment considerations, *Cognitive and Behavioral Practice*, 12 (2), 221-229.
- Vitiello, B., Rohde, P., Sliva, S., Wells, K., Casat, Ch., Waslick, B., Simons, A., Reinecke, M., Weller, E., Kratochvil, Ch., Waldup, John., Pathak, S., Robins, M., March, J., The Tads Team. (2006). Functioning and quality of life in the treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (12), 1419-1429.