

# بررسی میزان شیوع افسردگی و اثربخشی درمان رفتاری - شناختی در کاهش افسردگی دانش آموزان

دکتر محمد نریمانی\*، دکتر رسول روشن\*\*

## چکیده

هدف اصلی این مطالعه، شناسایی موارد افسردگی در میان دانش آموزان شاهد و غیرشاهد دبیرستانهای دخترانه شاهد (اردبیل) و آگاهی از میزان بروز افسردگی در میان دانش آموزان این مدارس بوده است. ضمن آنکه دستیابی بر میزان اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی دانش آموزان هدف دیگر این مطالعه بوده است. برای رسیدن به این اهداف آزمون افسردگی بک، روی ۷۰ دانش آموز دختر شاهد و ۱۲۷ نفر دانش آموز دختر غیرشاهد و به صورت گروهی و در کل مدرسه (شاهد) اجرا شد. نتیجه مطالعه نشان می دهد که میزان شیوع افسردگی شدید و عمیق در میان دانش آموزان شاهد دختر ۲۰ درصد می باشد در حالیکه این میزان در بین دانش آموزان غیرشاهد ۵ درصد می باشد. بعلاوه مقایسه میانگین نمرات در گروه آزمایش و گواه در پس آزمون، تفاوت معنی داری را نشان می دهد که نمایانگر اثربخشی بیشتر روش درمانگری شناختی رفتاری، در کاهش افسردگی دانش آموزان است.

**کلید واژه ها:** افسردگی، دانش آموزان شاهد، درمانگری شناختی - رفتاری.



## مقدمه

شاید یکی از شایعترین مسایل روانی، افسردگی<sup>۱</sup> است که باعث مراجعه درمانجویان به کلینیکهای روان پزشکی<sup>۲</sup> می شود به طوریکه تحقیقات نشان می دهد قریب به ۷۵ درصد افرادی که در مؤسسات درمانگری روانی بستری می شوند دچار افسردگی هستند (براون<sup>۳</sup> و هریس<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷، به نقل از بک، ۱۹۹۳). حتی بررسی عملکرد مرکز مشاوره بنیاد شهید نیز نشان می دهد که بیشتر مراجعان به مرکز مشاوره دارای اختلالات عاطفی از نوع افسردگی هستند و نتایج مطالعات انجام شده (نجاریان، ۱۳۷۰، و طباطبایی و همکاران، ۱۳۷۱ و نریمانی، ۱۳۷۹)، بر روی خانواده های شاهد نیز تا حدودی مؤید همین مسأله است. چون تأمین بهداشت روانی خانواده های شاهد از وظایف اصلی مرکز مشاوره بنیاد شهید می باشد، برای رسیدن به این هدف، پیشگیری از بروز مسایل و مشکلات روانی خودبخود در اولویت قرار می گیرد. مطالعاتی که در سالهای اخیر از طرف متخصصان سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه انجام گرفته از افزایش دامنه شیوع افسردگی در میان ملل در حال رشد حکایت می کند. در هر لحظه از زمان ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه ممکن است عوارض و نشانه های مختلف افسردگی شدید از خود نشان دهند. (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۷۳؛ به نقل از کرک<sup>۵</sup> و کلارک<sup>۶</sup>، ۱۳۷۶).

با توجه به اینکه یکی از عوامل بروز افسردگی وجود حوادث تنیدگی زا<sup>۷</sup> در حیات انسانهاست (بک، راش، امری، ۱۹۷۹) و دانش آموزان شاهد نیز با حوادث متعددی که تنیدگی زا است مواجه بوده اند ضروری به نظر می رسد که به شناسایی موارد افسرده از دانش آموزان مقطع متوسطه در دبیرستانهای شاهد شهرستان اردبیل اقدام شود. بخاطر اینکه در اکثر موارد، افسردگی از لحاظ زمانی محدود است، هرچند که دوره های درمان نشده معمولاً پس از ۳-۶ ماه از بین می رود اما احتمال عود زیاد است و حدود ۲۰-۱۵ درصد بیماران در صورت عدم شناسایی و فقدان خدمات درمانی سیر مزمنی را طی می کنند. به همین دلیل، هدف درمان نه تنها باید تسریع در بهبود وضعیت موجود، بلکه ایجاد تداوم در بهبود و در صورت امکان، کاستن از احتمال برگشت بیماری می باشد. (کازدین، ۱۹۸۷) یعنی بعد از شناسایی ضروری به نظر می رسد که به ارائه خدمات روان درمانی اقدام شود. به صورت کلی در مطالعه حاضر اهداف زیر دنبال می شد:

۱- شناسایی موارد افسرده در میان دانش آموزان شاهد و غیر شاهد در دبیرستانهای

دخترانه شاهد.

۲- آگاهی بر میزان بروز افسردگی در میان دانش آموزان شاهد و غیرشاهد در دبیرستانهای دخترانه شاهد.

۳- دستیابی بر میزان اثربخشی روش درمانگری شناختی رفتاری<sup>۱</sup> در کاهش افسردگی دانش آموزان

هرچند که مطالعات قبلی نشان داده بودند که اختلالات افسردگی در میان نوجوانان بیشتر و در میان افراد مسن کمتر شایع است (وایسمن و دیگران، ۱۹۷۴) و میزان افسردگی در زنان نسبت به مردها به مراتب بیشتر است. براون و ائسل<sup>۲</sup> (به نقل از بک ۱۹۸۲)، نیز بیان داشته‌اند که تفاوت‌های جنسی در افسردگی با میزان سن و وضعیت تأهل تغییر می‌کنند اما شواهد و مدارک حاصله از مطالعات همه‌گیر شناختی حاکی از وجود یک دسته از متغیرهاست که با افسردگی ارتباط دارند و در این میان، متغیر جنس در درجه نخست قرار می‌گیرد.

چون اختلالات افسردگی افراد زیادی را دچار ناراحتی کرده و بخش چشمگیری از شکایات درمانجویان<sup>۱</sup> را تشکیل می‌دهد به همین دلیل روشهای متنوعی برای درمان افسردگی بوجود آمده است که در این میان می‌توان به دارو درمانگری<sup>۱۱</sup> و روان درمانگری<sup>۱۲</sup> به صورت کلی اشاره کرد. در حیطه روان درمانگری نیز مطالعات نمایانگر آن است که روشهای درمانگری شناختی رفتاری کوتاه مدت بیشتر از روشهای دیگر مورد توجه قرار گرفته است و مرور پیشینه پژوهشی نیز مبین همین ادعاست.

سیمن<sup>۱۳</sup> و همکاران (۱۹۸۴)، به نقل از بلاک بون، (۱۹۸۷)، ۲۸ بیمار دارای افسردگی متوسط سرپایی را به طور تصادفی و در گروه شناخت درمانگری و دارو درمانگری قرار دادند که دوازده هفته درمان به طول انجامید. تغییرات معنی‌دار در خلق و فرآیندهای شناختی و محتوای شناختهای درمانجویان ملاحظه گردید که نمایانگر تأثیر شناخت درمانگری بود.

رینولدز و کاتس (۱۹۸۶)، پژوهشی را در رابطه با اثر بخشی درمانگری شناختی رفتاری در مقایسه با آموزش تنش‌زدایی<sup>۱۴</sup> و گروه‌لیست انتظار بر روی نوجوانان افسرده انجام داده‌اند. در این مطالعه آزمودنی‌ها در گروه‌های کوچک در ۱۰ جلسه پنجاه دقیقه‌ای که حدود ۵ هفته در دبیرستان تشکیل می‌شد شرکت نمودند نتایج حاصل از ارزیابی آزمونهایی که توسط خود بیماران انجام می‌شد و مصاحبه‌های بالینی نیز نشان داد که گروه شناختی - رفتاری و آموزش تنش‌زدایی از نظر

کاهش علائم افسردگی برتر از لیست در انتظار بودند. اما هیچ تفاوت معنی داری بین دو گروه درمانگری شناختی - رفتاری و آموزش تنش زدایی) در درمان افسردگی نوجوانان دیده نشد. حتی در دوره پیگیری نیز سطح افسردگی آزمودنیهایی که تحت درمان قرار گرفته بودند تا حدی کاهش نشان داد.

دایسن<sup>۱۵</sup> (۱۹۸۷، به نقل از صفری، ۱۳۷۲)، فرا تحلیل جامعی در رابطه با کارآمدی شناخت درمانگری در مورد بیماران افسرده انجام داد. وی در این مطالعه ۲۸ مورد از پژوهشهای انجام شده در این زمینه را که از ژانویه ۱۹۷۶ تا دسامبر ۱۹۸۷ در مجلات معتبر که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا منتشر شده بود بررسی نمود. براساس نتایج معتبری که از این پژوهش با ارزیابی تغییرات حاصله از آزمون افسردگی بک بدست آمد، شناخت درمانگری اثربخشی بیشتری نسبت به رفتار درمانگری، دارو درمانگری و عدم مداخله درمانگری داشت.

ایوانز<sup>۱۶</sup> و همکاران (۱۹۸۷ به نقل از شادلوپی، ۱۳۷۳)، گروهی از بیماران افسرده سرپایی را با استفاده از درمانگری شناختی - رفتاری، داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای و درمانگری شناختی رفتاری توأم با دارو درمانگری تحت درمان قرار دادند. نتایج نشان داد که عود بیماری در گروهی که از داروهای ضدافسردگی به تنهایی استفاده کرده بودند بیشتر از دو گروه دیگر بود و ترکیب درمانگری شناختی - رفتاری با ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای اثربخشی بیشتری در جلوگیری از عود بیماری داشته است.

اکسیکال<sup>۱۷</sup> و هاگوب<sup>۱۸</sup> (۱۹۹۱ به نقل از راش، ۱۹۹۲)، پژوهشهای انجام شده در مورد درمان اختلال افسرده‌خویی را مرور کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که شیوه‌های درمانگری شناختی رفتاری از دارو درمانگری و فقدان مداخله درمانگری اثربخشی بیشتری در درمان افسردگی و پیشگیری از عود بیماری داشته‌اند.

با توجه به نتایج تحقیقات و مرور پیشینه پژوهشی می‌توان چنین استنباط کرد که روشهای درمانگری رفتاری شناختی در کاهش افسردگی درمانجویان در مقایسه با دارو درمانگری و یا زمانی که هیچ نوع خدمات درمانگری به درمانجویان ارائه نمی‌شود اثربخشی بیشتری از خود نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر با توجه به این مطالعات فرضیه‌های زیر تدوین شدند:

- ۱- میزان رواج افسردگی در میان دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد دارای تفاوت است.
- ۲- دانش‌آموزان افسرده‌ای که تحت درمانگری شناختی رفتاری بودند کاهش افسردگی

بیشتری در مقایسه با گروه گواه از خود نشان می‌دهند.

لازم به ذکر است که در این مطالعه، منظور از دانش‌آموزان شاهد، کسانی هستند که در سال تحصیلی ۷۶-۷۷ در دبیرستانهای دخترانه شاهد (اردبیل) تحصیل می‌کردند. و منظور از دانش‌آموزان افسرده آنهایی هستند که حالات مرضی عاطفی چون احساس ناامیدی، بی‌کفایتی، گناه، ترس و احساس بی‌ارزشی و استدلال و منطق نارسا از خود نشان می‌دهند. یعنی حالت روانی که با دلزدگی و یأس و خستگی‌پذیری مشخص می‌شود. و غالباً وضعیت آنها با یک اضطراب کم و بیش شدید همراه است.

در تعریف الگوی درمانگری شناختی رفتاری نیز یادآور می‌گردد که این الگو رویکردی است فعال، جهت‌بخش، محدود از لحاظ زمانی و سازمان یافته. این رویکرد بر این منطق نظری زیربنایی استوار است که عاطفه و رفتار فرد، عمدتاً بر حسب ساخت‌های جهان از نظر او تعیین می‌شود (بک ۱۹۶۷). همچنین این رویکرد بر مدل شناختی منسجم، بر همکاری درمانگری استوار بین بیمار و درمانگر مبتنی است، کوتاه و محدود از لحاظ زمانی است که در آن سعی می‌شود به بیمار کمک شود تا در خود مهارت‌های خودیاری مستقلاً پدید آورد. ضمن آنکه این رویکرد بر فرآیند سؤال و کشف توأم با راهبرد و نه قانع‌سازی، موعظه و مباحثه متکی است. در این رویکرد، بر اساس روشهای استقرایی، بیمار فرامی‌گیرد که احکام و اعتقادات را به عنوان فرضیه‌هایی که باید اعتبارشان آزموده شود بنگرد و نهایت اینکه این رویکرد آموزشی است که در آن فنون شناختی - رفتاری به عنوان مهارت‌هایی که باید از طریق ممارست فراگرفته شوند و از طریق تکالیف خانگی وارد محیط بیمار گردند، تلقی می‌شوند (کرک و کلارک، ۱۳۷۶). در این مطالعه گروه آزمایشی یعنی دانش‌آموزان شاهد در خلال جلسات با فنون درمانگری شناختی رفتاری چون نوشتن افکار منفی، بازسازی شناختی، آموزش خطاهای شناختی، روش فرافکن زمانی لازاروس و فنون توجه برگردانی تحت درمان قرار گرفتند.

## روش

### ● جامعه و نمونه

جامعه آماری مطالعه حاضر در قسمت اول طرح دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد دبیرستانهای شاهد مقطع متوسطه شهرستان اردبیل که در سال ۷۶-۷۷ مشغول به تحصیل بودند،

می‌باشند. در مرحله دوم طرح جامعه آماری دانش آموزان شاهد دختر دوره متوسطه شهرستان اردبیل بودند که نمراتشان در آزمون بک در حد متوسط و بالاتر بوده است. در دبیرستان دخترانه شاهد به جای نمونه‌گیری از کل شماری استفاده شد؛ یعنی ۱۲۷ نفر دانش آموز غیرشاهد و ۷۰ نفر دانش آموز شاهد به عنوان نمونه مورد مطالعه برای شناسایی موارد افسرده انتخاب شدند.

#### ● مقیاس پژوهش

ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه افسردگی بک (۲۱ سؤالی) بود که روی آزمودنی‌های مذکور به صورت گروهی و در محل تحصیل و با کمک مشاوران مدارس تکمیل شدند. در خصوص آزمون افسردگی بک لازم است گفته شود که نه تنها در تشخیص اختلالات روان پزشکی بلکه برای تشخیص بیماران در جمعیت‌های طبیعی نیز استفاده می‌شود. از لحاظ اعتبار همزمان، پرسشنامه بک ضریب همبستگی مثبت بسیار بالایی با سایر مقیاسهای رتبه‌بندی، کلینیکی و خود گزارشی که در شرایط روان پزشکی استفاده می‌شود دارد و نیز اعتبار دو نیمه این پرسشنامه ۰/۹۳ می‌باشد. روایی<sup>۱۹</sup> این مقیاس ۰/۷۳ می‌باشد و همبستگی معنی داری با مقیاس زونگک<sup>۲۰</sup> و مقیاس افسردگی پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه سوتا<sup>۲۱</sup> دارد.

#### ● طرح تحقیق

روش تحقیق در مطالعه حاضر با توجه به اهداف مطالعه و ماهیت موضوع، روش زمینه‌یابی و روش شبه آزمایشی است. چون دست‌یابی بر میزان رواج و شناسایی موارد افسرده از اهداف مطالعه محسوب می‌شد به استفاده از روش زمینه‌یابی از نوع مقطعی احساس نیاز می‌شد. اما هدف دیگر طرح نشان دادن اثربخشی درمانگری شناختی و رفتاری در درمان دانش آموزان افسرده است. با توجه به اینکه متغیر مستقل در قسمت دوم طرح روش درمانگری (در دو سطح درمان و فقدان درمان) می‌باشد و کاهش افسردگی متغیر وابسته محسوب می‌شود. لذا از روش شبه آزمایشی یعنی از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه در این مطالعه استفاده شد. بطوریکه بعد از شناسایی موارد افسرده ۴۰ نفر از دانش آموزان دارای افسردگی (دختران) خفیف و بالاتر انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. مجدداً آزمون افسردگی بک روی آزمودنی‌های هر دو گروه قبل از اعمال متغیر درمانگری اجرا

شد به علت ایجاد فاصله زمانی بین شروع جلسات درمانگری و اجرای آزمون بک در مرحله اول و چارچوب جلسات درمانگری برای گروه آزمایش، هشت جلسه در نظر گرفته شد. که جلسات درمانگری به صورت انفرادی و در محل اتاق مشاوره و به مدت ۴۵ دقیقه در دبیرستان دخترانه شاهد اعمال شد. در جلسه آخر مجدداً اجرای آزمون افسردگی بک روی ۲۰ مورد از آزمودنیها که تحت درمان بودند و آنهایی که به عنوان گروه گواه محسوب می شدند اقدام شد. در ۲۰ مورد از آزمودنیها که تحت درمان بودند و آنهایی که به عنوان گروه گواه محسوب می شدند اقدام شد. در تحلیل آماری داده‌ها علاوه بر استفاده از جداول فراوانی از مقایسه میانگین و نسبت در دو گروه مستقل استفاده شده است. همچنین برای مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی از آزمون t همبسته استفاده شد.

### نتایج

با توجه به اینکه هدف اصلی این طرح شناسایی دانش آموزان افسرده و ارائه خدمات روان‌درمانگری برای موارد نیازمند به چنین خدماتی بوده است، در قسمت اول طرح ۴۰ نفر از دانش آموزان شاهد دختر که میزان افسردگی شان از سطح خفیف تا عمیق گسترش پیدا می‌کرد مورد شناسایی قرار گرفتند که از این تعداد ۱۲ نفر در سطح خفیف، ۱۴ نفر در سطح متوسط و ۱۴ نفر در سطح شدید و عمیق دچار افسردگی بودند. از ۱۲۷ نفر دانش آموز دختر غیر شاهد نیز ۵۴ مورد میزان افسردگی در سطوح مختلف از خود نشان دادند که ۳۱ مورد از آنها دارای افسردگی خفیف و ۱۶ مورد افسردگی متوسط و هفت مورد افسردگی شدید و عمیق بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی دانش آموزان شاهد و غیرشاهد دختر براساس شدت افسردگی

(با استفاده از آزمون بک)

غیر شاهد		شاهد		میزان افسردگی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵۷٪	۷۳	۴۳٪	۳۰	هیچ یا کمترین حد
۲۵٪	۳۱	۱۷٪	۱۲	خفیف
۱۳٪	۱۶	۲۰٪	۱۴	متوسط
۵٪	۷	۲۰٪	۱۴	شدید و عمیق
۱۰۰	۱۲۷	۱۰۰	۷۰	مجموع

همچنین مقایسه نسبت افسردگی متوسط و بالاتر در میان دانش آموزان دختر شاهد و غیرشاهد نمایانگر آن است که میزان افسردگی متوسط در میان دانش آموزان شاهد ۲۰ درصد اما این نسبت در میان دانش آموزان دختر غیرشاهد ۱۳ درصد می باشد که تفاوت این دو نسبت معنی دار ( $p < 0/05$ ) است. این یافته در جدول ۲ به صورت خلاصه، نشان داده شده است.

جدول ۲- مقایسه نسبت افسردگی در میان دانش آموزان شاهد و غیرشاهد

درصد افسردگی	نسبت دانش آموزان شاهد	نسبت دانش آموزان غیرشاهد	Z	سطح معنی داری
متوسط	٪۲۰	٪۱۳	۵/۲	۰/۰۵
شدید و عمیق	٪۲۰	٪۵	۴/۹	۰/۰۵

همچنین وقتی که میزان افسردگی شدید و عمیق به تنهایی در میان دو گروه از دانش آموزان شاهد و غیرشاهد (دختر) مورد بررسی قرار گرفت. دانش آموزان شاهد دختر ۲۰٪ افسردگی شدید و عمیق، اما دانش آموزان غیرشاهد تنها ۵٪ در این سطح افسردگی از خود نشان دادند که این مسأله نیز معنی دار ( $p < 0/05$ ) می باشد.

نتایج قسمت دوم طرح مذکور نشان می دهد که از ۲۰ مورد آزمودنی که به عنوان گروه آزمایشی انتخاب شده بودند ۷۵٪ آنها به بهبودی مطلوب با توجه به خود گزارشی در مانجویان و آزمون بک رسیده اند. مقایسه میانگین نمرات دانش آموزان گروه آزمایشی در پیش آزمون ۳۲/۳ و میانگین نمرات همان گروه در پس آزمون ۹/۲ می باشد. که مقایسه میانگین های مذکور با استفاده از مقایسه میانگین در گروه های همبسته تفاوت معنی داری را ( $p < 0/01$ ) نشان می دهد. همچنین مقایسه میانگین نمرات دو گروه آزمایشی و گواه در پس آزمون باز تفاوت معنی داری را ( $p < 0/01$ ) نشان می دهد بطوریکه این میانگین در گروه گواه ۲۸ اما در گروه آزمایشی ۹/۲ بوده است و t بدست آمده نیز (۱۱/۵) نمایانگر اثر بخشی بیشتر روش درمانگری شناختی رفتاری در کاهش افسردگی دانش آموزان است. (جدول ۳)

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی داری
آزمایشی	۲۰	۹/۲	۴/۹	۱۱/۵	۰/۰۰۰۱
گواه	۲۰	۲۸	۴		



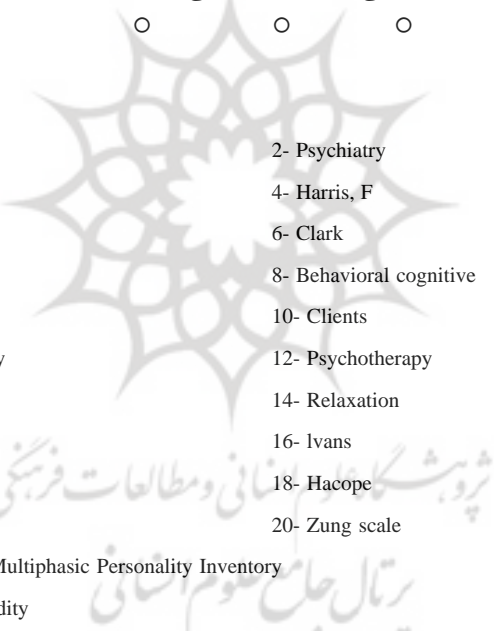
## بحث و نتیجه گیری

● در این مطالعه که با هدف شناسایی، پیشگیری و درمان افسردگی در میان دانش آموزان شاهد و غیرشاهد اجرا شد. علاوه بر دستیابی بر میزان افسردگی شدید و عمیق که در میان دانش آموزان شاهد دختر نسبت ۲۰٪ بدست آمد اما این نسبت در دانش آموزان دختر غیرشاهد ۵٪ می باشد. در نتیجه فرضیه اول مطالعه که تفاوت میزان رواج افسردگی را در میان دانش آموزان شاهد و غیر شاهد مورد پیش بینی قرار می داد تأیید می شود. این یافته با مطالعاتی که روی دانش آموزان شاهد در اهواز توسط نجاریان، (۱۳۷۰) و در تهران توسط طباطبائی و همکاران (۱۳۷۱)، صورت گرفته است همخوانی دارد. همچنین یافته مذکور با نتایجی که از طرف متخصصان سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه درخصوص میزان رواج افسردگی (۱۵ تا ۲۰٪) صورت گرفته نیز همخوانی پیدا می کند. هرچند که بالا بودن شیوع افسردگی در میان دانش آموزان دختر شاهد در مقایسه با گروه مقابل را می توان به وجود تجارب تنیدگی زای بیشتر در حیات گذشته شان و حادثه دردناک از دست دادن پدر اسناد داد که این حادثه را دانش آموزان غیر شاهد تجربه نکرده بودند.

● دومین فرضیه مطالعه حاضر پیش بینی می کرد که روش درمانگری رفتاری شناختی اثربخشی بیشتری در مقایسه با شرایط فقدان درمان در کاهش افسردگی دانش آموزان دارد. این فرضیه نیز تأیید می شود؛ بخاطر اینکه در گروه آزمایشی ۷۵٪ دانش آموزان درمان شدند ولی این نسبت در میان گروه گواه بسیار اندک بوده است. حتی مقایسه میانگین پس آزمون آزمودنیهای گروه آزمایشی تفاوت معنی داری را نشان می دهد که نمایانگر اثربخشی روش درمانگری شناختی رفتاری است. یافته مذکور با نتایج مطالعه سیمن و همکاران (۱۹۸۴)، به نقل از بلاک بورن، (۱۹۹۷)، دابسن، (۱۹۸۷) به نقل از صفری، (۱۳۷۲)، ایوانز و همکاران (۱۹۸۷) به نقل از شادلویی، (۱۳۷۳)، و اکسیکال و هاگوب (۱۹۹۱) به نقل از راش، (۱۹۹۲)، همخوانی بیشتری دارد. بطور کلی نتیجه مطالعات قبلی نمایانگر آن است که درمانگری شناختی تا حدی بهتر از شکل‌های دیگر درمان بوده است و مطالعات بنیادی میزان بالایی از بهبودی را در مطالعه پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. درمانگری شناختی در مقایسه با شرایط کنترل غیر درمانگری و استفاده از داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و شرایط خاصی درمان رفتاری، برتر گزارش شده است. فراتر از همه این یافته‌ها یک عامل بسیار مهمی که مطالعات از نوع آزمایشی را تهدید می کند، و عامل تهدیدکننده

اعتبار درونی<sup>۲۲</sup> طرح محسوب می‌شود، افت آزمودنیهاست که در مطالعه حاضر بخاطر ارائه خدمات رواندرمانگری در محیط مدرسه، عامل افت آزمودنیها مطرح نبوده و تمام آزمودنیهای (۲۰ نفر) گروه آزمایشی تا جلسه آخر برای دریافت خدمات درمانگری مراجعه نمودند که باز این یافته ضرورت ارائه خدمات رواندرمانگری در محیط مدرسه که نزدیکترین محل به محیط آموزشی است را نشان می‌دهد.

#### یادداشت‌ها

- 
- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1- Depression                                   | 2- Psychiatry           |
| 3- Brown  | 4- Harris, F            |
| 5- Kerg   | 6- Clark                |
| 7- Stressor                                     | 8- Behavioral cognitive |
| 9- Encel  | 10- Clients             |
| 11- Drug therapy                                | 12- Psychotherapy       |
| 13- Simon                                       | 14- Relaxation          |
| 15- Dabson                                      | 16- Ivans               |
| 17- Aksical                                     | 18- Hacope              |
| 19- Reliability                                 | 20- Zung scale          |
| 21- Minnesota Multiphasic Personality Inventory |                         |
| 22- Internal validity                           |                         |

#### منابع:

- شادلویی، فلوراد (۱۳۷۳). درمان افسردگی با شیوه شناخت درمانی، توأم با دارو درمانی در مقایسه با آرام سازی به همراه داروانستیتو روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران .
- صفری، جهانگیر (۱۳۷۲). بررسی تأثیر تکنیکهای شناخت درمانی بر روی افسردگی. انستیتو روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران .
- طباطبایی، کاظم و همکاران (۱۳۷۱). بررسی میزان شیوع اختلالات روانی - رفتاری در فرزندان شاهد شهر تهران از دیدگاه مادران. مرکز روان‌شناسی بنیاد شهید تهران.
- کرک و کلارک (۱۳۷۶). رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده. انتشارات ارجمند. تهران.
- نجاریان، بهمن (۱۳۷۰). بررسی رابطه بین عزت نفس و افسردگی دانش‌آموزان شاهد دبیرستانهای شهر اهواز. فصلنامه تعلیم و تربیت، شماره ۱۸.
- نریمانی، محمد (۱۳۷۹). مقایسه وضعیت رفتاری فرزندان شاهد و غیرشاهد. چهارمین کنگره سراسری بهداشت روانی و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان دانشگاه علوم پزشکی زنجان.

- Beck, A. T. (1993). Controversies in cognitive therapy: A dialogue with Aaron T. Beck and Steve Hlalon. 1992. World congress of cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(2) 79-93.
- Beck, A. T. (1967). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, NewYork.
- Beck, A. T.; Rush, A. J. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford, NewYork.
- Blackburn, I. M. (1987). The efficacy of cognitive therapy in depression. A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Kazdin, A. E. (1987). *Child psychotherapy*. Pergamon Press. NewYork.
- Reynolds, W. M. & Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 633-660.
- Rush, A. J. ; Kovacs, M. & Holon, S. I. (1991). Comparative effects of cognitive therapy and Pharmacotherapy in the treatment of depressed out patients. *Cognitive Therapy* 1, 17-37.
- Weissman, M. M. & Pakel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.