

یافته های نو در روان شناسی

سال ششم، شماره ۱۸، بهار ۱۳۹۰

صفحات مقاله: ۷۴-۵۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۲۶

تاثیر آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی بر افسردگی دانشجویان

رضا احمدی*

حسن احدی**

محمد مهدی مظاهری***

علی دلاور**

بهمن نجاریان***

چکیده

هدف اصلی این پژوهش بررسی تاثیر آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی بر افسردگی دانشجویان رشته حسابداری دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بود. به این منظور از بین ۱۴۰۰ نفر دانشجوی رشته حسابداری ۴۰۰ نفر بصورت خوشه ای تصادفی پرسشنامه افسردگی بک را پر کردند. سپس به طور تصادفی ۶۲ نفر دانشجوی افسرده بالای نمره ۲۰ انتخاب و در چهار گروه آزمایش و گواه جایگزین شد. طرح تحقیق پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود و گروههای آزمایش در این طرح تحت آموزش ۸ جلسه ای برنامه ریزی عصبی-کلامی قرار گرفته و گروه کنترل هیچ مداخله آزمایشی دریافت نکرد. نتایج نشان داد آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی روی دانشجویان تاثیر معناداری داشته است. آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی روی دانشجویان پسر نیز تاثیر معنادار نشان داد. آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی روی دانشجویان دختر تاثیر معنادار دارد. به این لحاظ بدلیل ارتباط آموزه های این برنامه با زندگی روزمره می تواند با ایجاد تغییر رویه های زیستن در نوع نگاه به زندگی و شناخت افراد تحولاتی ایجاد کند. برنامه ریزی عصبی-کلامی بدلیل اصول عملی، کاربردی و ساده و قابل فهم برای همگان توانسته است در کاهش افسردگی دانشجویان موثر واقع شود.

واژه های کلیدی: برنامه ریزی عصبی-کلامی، افسردگی

* دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه علوم و تحقیقات واحد خوزستان و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد (نویسنده مسئول)

** استاد و عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی

*** استادیار و رئیس منطقه چهار دانشگاه آزاد اسلامی

*** عضو هیات علمی بازنشسته دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

کلمه دپرسیون^۱ در زبان لاتین برای توصیف وضعیت آب و هوا، کاهش بهای سهام بورس، فرو رفتگی زمین، و البته برای توصیف وضعیت خلقی بکار برده می شود. این کلمه از ریشه لاتین دپریمر^۲ یعنی فشار دادن به پایین گرفته شده و برای اولین بار در قرن ۱۷ برای توصیف وضع خلقی انسان بکار برده شده است (گیلبرت ترجمه جمالفر، ۱۳۸۹).

همه نوع افسردگی، کاستیهای هیجانی، انگیزشی و بدنی تولید می کند. افسردگی چند نوع است؟ DSMIV معروفترین و اساسی ترین تمایز را در افسردگی فراهم می آورد. افسردگی به یک قطبی-دوقطبی تقسیم شده و علاوه بر آن افسردگی دوره ای^۳ و مزمن^۴ نیز متمایز شده است. در افسردگی مزمن یعنی اختلال افسرده خوئی فرد حداقل دو سال تمام افسرده است، بدون اینکه حداقل دو ماه به حالت طبیعی برگشته باشد. افسردگی دوره ای که بسیار متداول است کمتر از دو سال دوام دارد و شروع آن مشخص است و آن را از عملکرد غیر افسرده قبل از آن متمایز می کند، برخی افراد به افسردگی مضاعف مبتلا هستند که علاوه بر اختلال افسرده خوئی اساسی، دوره افسردگی را نیز شامل می شود. کسانی که به افسردگی مضاعف^۵ مبتلا می شوند نشانه های شدیدتر و میزان بهبودی کمتری دارند (سلیگمن ترجمه سید محمدی، ۲).

طبق نظر بک^۶ شناختهای نادرست علت عمده بیماریهای روانی خصوصاً افسردگی است. او باور دارد هیجانها و رفتار افراد در حد زیاد نتیجه نحوه تفکر و نظر آنها درباره جهان اطرافشان است. آنان خود را مسوول هر موضوع بدی که رخ نموده است می دانند. مسایل و مشکلات را اغراق آمیز جلوه می دهند، خود را مغلوب فشارها می دانند و ناتوان ترین و بازنده ترین فرد تصور می کنند (آزاد، ۱۳۷۸).

nlp^۷ علامت اختصاری برنامه ریزی عصبی-کلامی است و در سه حیطه زبانشناسی خصوصاً تفکرات چامسکی^۸، برنامه ریزی بویژه دیدگاه سیبرنتیک^۹ و عصب شناسی یعنی نحوه رمزگردانی و ارتباط قشر مخ^{۱۰} و مناطق خاص، به کشف مبانی موفقیت و شادکامی افراد می پردازد. دهه ۱۹۷۰ کالیفرنیا محل نشو و نمو عقاید و فعالیتهای بسیاری بود. چهارچوب نظری این دیدگاه توسط «ریچارد بندلر^{۱۱}» و «جان گریندر^{۱۲}» ابداع شد و در مورد نحوه موفقیت افراد مشهور در اعمال و عملکردهایشان تحقیقاتی را شروع کردند. توجه آنها معطوف به چند نفر بود که در زمینه های کاری خود صاحب نظر و خبره بودند که «میلتون اریکسون^{۱۳}»، «ویرجینیا ساتیر^{۱۴}»

1. Depression
2. Deprimere
3. Episodic
4. Chronic
5. Double
6. Beck
7. Neuro linguistic-programming
8. Noam chamski
9. Sybernetic
10. New cortex
11. Richard bandler
12. John grinder
13. Milton erikson
14. Virginia satir

و «فریتز پرلز»^۱ سه نفر از معروف ترین آنها بشمار می روند و برنامه ریزی عصبی-کلامی را از ریشه تفکرات اینان تحت عنوان خاص و جدیدی گرفتند (هریس ترجمه مهرپور، ۱۳۸۶).

برنامه ریزی عصبی-کلامی مطالعه ساختار تجربه ذهنی و بنابراین منطقی است و باور اینکه ما از اصول آن سالها پیش استفاده می کرده ایم سخت است. تعاریف دیگر آن عبارتند از علم و هنر عالی بودن، یک نگرش ذهنی، یک نظریه ارتباطی. تمامی متخصصان بهداشت به برقراری ارتباط خوب با دیگران نیازمندند چرا که در برقراری رابطه با بیماران محتاج آن هستند (والکر^۲، ۲۰۰۲).

مردم از طریق متفاوت اندیشیدن، متفاوت رفتار خواهند کرد و به نتایج متفاوتی نیز خواهند رسید. دوست دارند کاری انجام دهند که از همه چیز بیشتر درباره آن فکر کنند. برنامه ریزی عصبی-کلامی با ارائه برخی فنون ساده به افراد کمک می کند تا طرز تفکرشان را تغییر دهند و در این صورت رفتار آنها نیز لاجرم تغییر خواهد کرد (آلدر، هری، بریل، هیتر ترجمه شادروح، ۱۳۸۵).

به اختصار می توان گفت برنامه ریزی عصبی-کلامی به فرد کمک می کند تا وضعیت کنونی خود (احساس، فکر، کارهایی که انجام می دهد، و نتایجی که بدست می آورد) را بشناسد و وضعیت مطلوب خود (چیزهایی که می خواهد) را در نظر گرفته و بیاموزد که چگونه از وضعیتی به وضعیت دیگر تغییر کند (هریس ترجمه مهرپور، ۱۳۸۶).

لویس والکر^۳ نویسنده کتاب تغییر حالت با برنامه ریزی عصبی-کلامی در درمان می نویسد این دو روش (برنامه ریزی عصبی-کلامی و درمان شناختی-رفتاری) هم ارز و موازی هم اند و همزمان طی چند سال ایجاد شده اند و پیش فرضهای اساسی آن ها هم که درباره انسانهای بیمار استفاده می شود بسیار بهم نزدیک است. در واقع برای او روشن است شباهت در عقاید و فنون مورد استفاده مربوط به آن ها بین روشهای درمانی دیگر بسیار به هم نزدیک است. هر دو نوع درمان بر این عقیده است که اعمال و رفتار انسان مبتنی بر ادراک یا نقشه ذهنی آنها از دنیای واقعی اطرافشان است و شامل پردازش اطلاعات مغز می شود. هر دو در جستجوی هویت و تغییر شیوه های تحریفی تفکر در فرد هستند. اما هر دو با تعاریف مختلفی از فرایندهای ناهشیار^۴ کار می کنند و درمان شناختی-رفتاری کمتر از برنامه ریزی عصبی-کلامی در تغییر رفتار موثر است و در مقابل حمایت تجربی کمتری از برنامه ریزی عصبی-کلامی می شود (والکر، ۲۰۰۴).

از طرفی در زمینه مشکلات پژوهشی در برنامه ریزی عصبی-کلامی موارد زیر قابل ذکر است. اعتبار^۵: طبق نظر گرانت دویلی^۶ برنامه ریزی عصبی-کلامی در زمینه درمان و کارگروههای آموزشی تنها به ویدئوها و کتابهای که در مجلات معرفی می شوند بسنده می کند و هیچ مطالعه کنترل شده ای در عمل اعتبار عملی این روش را اثبات نکرده است (واتکینز^۷، ۱۹۹۷).

مشکلات روش شناختی: چند محقق و پزشک معتقدند بدنه تحقیق تجربی که از این عمل موجود است

1. Fritz perls
- 2 Walker
- 3 Lewis walker
4. Un conscuss
5. Validity
6. Grant Devily
7. Karen E vatkins

از برنامه ریزی عصبی-کلامی حمایت نمی کند و نیز مطالعات برنامه ریزی عصبی-کلامی در تلاش برای معرفی حرکات چشمی و الگوهای باز نمودی^۱ بعنوان علم هستند ولی آزمون مناسبی از اعتبار این ادعاها وجود ندارد. از اینرو مطالعه تجربی آن ظاهرا بر محدودیتهای گزارش شده در مطالعات تمرکز دارد و حداقل نویسندگان توان دفاع از مفاهیم برنامه ریزی عصبی-کلامی بعنوان روش تحقیقی را دارند (واتکینز، ۱۹۹۷).

در حیطه آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در ایران تنها در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد اقدام شده است به این منظور باید کار در حیطه تحقیقی نیز در کنار آموزش انجام گیرد. در زمینه درمان افسردگی با برنامه ریزی عصبی-کلامی تحقیق چندانی چه داخل یا در خارج از کشور وجود ندارد اما استفاده از آن در درمان اختلالات روان تنی^۲ یا انواع فوبیا^۳ بیشتر انجام شده است. با توجه به اهمیت مساله درمان اختلالات و نیز گزارشات ضد و نقیض اثربخشی این روش که برخی از موارد آن در ادامه آمده است در اهتمام به طرح مساله مفید می باشد.

برخی محققین به بی اثربودن روشهای برنامه ریزی عصبی-کلامی در درمان اختلالات رسیده اند اما عده بیشتری با توجه به نتایج تحقیقاتشان آن را موثر می دانند با این وجود تحقیقات جاری در اثبات اثربخشی آن در مسایل مربوط به روانشناسی در جریان است. مثلا تحقیقی درباره تغییر اعتقادات در انسان بعنوان راهکارهای درمانی توسط این روش خاطر نشان می کند عناصر اصلی فرایند تغییر اعتقادات شامل برخی موارد زیر است: برانگیختن و انتساب مناسب تفکرات جدید، قدرتمند نمودن حالات مراجع، روش بازگشت به خاطرات و منابع قدیم، سنجش عینی تعمیمهای شکل گرفته، تفکیک اعتقادات جدید، ارجاع عقاید به آینده و آزمون عقاید جدید که همگی تنها بخشی از تعالیم برنامه ریزی عصبی-کلامی محسوب می شود (دیویس و دیویس^۴، ۱۹۹۱).

از طرفی حیطه مهم دیگر مدنظر برنامه ریزی عصبی-کلامی استفاده از تعالیم آن در درمان سوء مصرف مواد در نوجوانان باشد که حایز اهمیت فراوان است (ترنر^۵، ۱۹۹۹).

در بخش نظریه یکی از ادعاهای برنامه ریزی عصبی-کلامی استفاده از زبان حسی بدن^۶ است که با تغییر جهت چشمها به جهات مختلف مراجع ایجاد تغییر در احساس وی اثبات می شود. توماس مالوی^۷ در دانشگاه یوتا^۸ در بخش روانشناسی تحقیقی روی ۳ گروه که از نظر قدرت تلفظ کلمات همتا شده بودند انجام داد. گروهی طبق راهبرد اندیشیدن به تلفظ در برنامه ریزی عصبی-کلامی در حالت نگاه به بالا و سمت چپ عمل می کرد گروه دیگر از استراتژی اندیشیدن درباره تلفظ، صدا و قواعد شنیداری و گروه سوم هیچ راهبردی دریافت نکرد فقط درگیر کلمات واقعی شد. در پایان جهت یادآوری دیداری ۲۵٪ بهبود و ۱۰٪ یادآوری یک هفته بعد از آزمایش دیده شد. گروه اندیشه شنیداری با ۱۵٪ موفقیت و گروه کنترل با ۵٪ موفقیت قابل

1. PRS
2. Psychosomatic
3. phobia
4. Davis & davis
5. Termer
6. Predicate
7. Tomas malloy
8. Yota

توجه بودند (مالووی، ۱۹۹۵).

در زمینه کاهش درد بیماران دارای سردرد مزمن هم برنامه ریزی عصبی-کلامی با استفاده از فن چارچوب سازی مجدد^۱ روی ۳۶ آزمودنی با دردهای غیر تروماتیک که در ۴ گروه در مقایسه با روش درمان آرامش عضلانی مورد آزمون قرار گرفت اما یافته ها نشان می دهد پس از ۳ هفته درمان و ۴ هفته پس از اتمام درمان هیچ تفاوت معناداری بین پیش آزمون و پس آزمون دو نوع درمان دیده نشد (باکن^۲، ۱۹۸۳).

در تحقیقی دیگر^{۱۰۶} مراجع با مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی در گروههای آزمایش و کنترل به مدت سه ماه درمان برنامه ریزی عصبی-کلامی و پنج ماه پیگیری پس از درمان نشان داد کیفیت زندگی مراجعان بطور معناداری بهبود یافته است (استپانیک^۳، رنر^۴ و شا^۵، ۲۰۱۰).

مارتین جنسر و پیتز شاتز^۶ (۱۹۹۶)، به نقل از بولستد (۱۹۹۷) ۵۵ نفر مراجع افسرده را در گروه آزمایش و ۶۰ نفر گروه کنترل که در لیست انتظار درمان بودند و دارای نشانگان^۷، سن و شرایط خانوادگی، سطح آموزش، تجارب درمانی هماهنگ داشتند. دو گروه تحت آزمون قبل و بعد از درمان و شش ماه پیگیری قرار گرفتند. طی دوازده جلسه در ۲۰ هفته در گروه آزمایش ۱۹٪ مراجعان تاثیری از برنامه ریزی عصبی-کلامی نگرفتند. ۱۳۸٪/۹۱٪ احساس بهتری داشتند. ۵۹٪/۳۰٪ خیلی خوب شده بودند و هیچکدام بدتر نشده بود. در گروه کنترل ۴۷٪ تغییر نکرده بود و ۲۹٪/۵۰٪ کمی خوب شده بود و ۱۵٪ بدتر شده بودند (بولستد، جنسر و شاتز، ۱۹۹۷).

از روش برنامه ریزی عصبی-کلامی در درمان مطالعات موردی افسردگی هم استفاده شده است که از جمله تحقیق استاندیگ^۸ است که اصول آن را برای درمان خود هویت^۹ بخشی به بیمار مرد مسن انگلیسی با فونونی مانند تشویق به یادآوری تجارب گذشته در قالب تصاویر مفهوم سازی شده از نظر زمانی صورت پذیرفته است و پس از مدتی اضطراب بیمار کم و اهداف زندگی او واقعی تر شد (استاندیگ، به نقل از هوساک^{۱۰} و بولستد، ۱۹۹۳).

در تحقیق دیگری کاربرد دستور تصویر سازی را بعنوان درمان واحد دو بیمار با تشخیص افسردگی اساسی پرداخته و داده های مربوط به پیگیری آنها گزارش شده که به این وسیله ثابت کرد برنامه ریزی عصبی-کلامی در درمان افسردگی موثر است (ویتلی^{۱۱}، ۲۰۰۷).

پلت^{۱۲} (۲۰۰۱)، به نقل از والکر (۲۰۰۴)، در گزارشی مشاهده کرد در حالیکه مطالعات ارزیابی اصول برنامه ریزی عصبی-کلامی مانند پیش بین ها، سیستمهای باز نمودی، و حرکات چشم نتایج مثبت تحقیقی ۱۵ تا ۳۵

1. Reframing
2. Bacon
3. Stipanic
4. Renner
5. Scha
6. Martin Jenser & Peter Shutz
7. Syndrom
8. Standig
9. Self-identity
10. Hossac
11. Wheatley
12. Platt

درصد مواقع در پی داشته است. مطالعات اثربخشی کاربرد در زمینه های دیگر که به کاربرد اصول برنامه ریزی عصبی- کلامی در فوبیا و افسردگی حدود ۵۶٪ موفقیت آمیز ذکر شده است (والکر، ۲۰۰۴). این تنها بخشی از تحقیقات موثر بود و در پایان، اینسپراچ^۱ و فورمن^۲ (۱۹۸۵) به نقل از شارپلی (۱۹۸۷)، معتقد بودند که وجود اشتباهاتی در روش شناسی در تحقیق برنامه ریزی عصبی- کلامی، اثربخشی آن در تحقیقات افراد دیگر را مورد تردید قرار داده است. متأسفانه آنها بر پیشنهادهاتی که مبتنی بر بد فهمی و تلاش نادرست در روش شناسی تحقیقی باعث آن شده است متمرکز شده اند و از این رو واقعیت های اثربخشی برنامه ریزی عصبی- کلامی بسیار خدشه دار شده است. چند انتقاد جزئی از این نوع پیشداوری که تکذیب کننده نتایج تحقیق آنهاست در بررسی های وی آمده است و مشخص ساخته برنامه ریزی عصبی- کلامی بسیار بیشتر از آنچه قبلاً بنظر می رسید توانسته است از نظر درمانی و مشاوره کمک کند (شارپلی، ۱۹۸۷).

هدف: با توجه به آنچه بیان گردید هدف تحقیق حاضر بررسی تاثیر آموزش برنامه ریزی عصبی- کلامی در کاهش نشانگان افسردگی دانشجویان است.

فرضیه اول: آموزش برنامه ریزی عصبی- کلامی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد موثر است.

فرضیه دوم: آموزش برنامه ریزی عصبی- کلامی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان پسر دانشگاه آزاد شهر کرد تاثیر موثر است.

فرضیه سوم: آموزش برنامه ریزی عصبی- کلامی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد شهر کرد تاثیر موثر است.

روش: در این تحقیق از روش آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده و جامعه آماری آن تمام دانشجویان دختر و پسر رشته حسابداری به تعداد ۱۴۰۰ نفر دانشجوی بود. از این بین ۴۰۰ نفر با میانگین سنی ۲۰ تا ۲۳ ساله مجرد ترم ۲ تا ۸ بدون سابقه اختلال یا مصرف دارو قبل از تحقیق از طریق نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شد. سپس آزمون افسردگی بک^۳ برای تشخیص میزان افسردگی جهت غربالگری بین آنها اجرا شد. تعداد ۱۷۵ نفر نمره بالا تر از ۲۰ در این آزمون (طبقه به نسبت افسرده در آزمون بک که ملاک انتخاب برای گروه آزمایش محسوب می شد) با روش تصادفی ساده از طریق انتخاب هر فرد از درون کیسه تعداد ۶۰ نفر انتخاب و در چهار گروه ۱۵ نفره در گروه های آزمایشی و گواه دختر و پسر در طرح تحقیق جایگزین شدند.

جهت آموزش برنامه های درمانی در برنامه ریزی عصبی- کلامی معمولاً به ترتیبی اجرامی شود که بطور خلاصه در زیر آورده شده است.

جلسه اول: معارفه، تشریح اصول و مبانی آموزش و برقراری رابطه درمانی و تسهیل افکار، حوزه واحد بحث و گفتگوی درون گروهی

جلسه دوم: برنامه ریزی خلاقانه دیسنی^۴، مدل TOTE، اعتماد به نفس

1. Einspruch
2. Forman
3. Beck depression inventory
4. DCS

جلسه سوم: سیستم های پره دیکا^۱، بازنمایی های حسی^۲، قابسازی^۳
 جلسه چهارم: تکنیک مولد رفتار جدید، سازگاری، تانترایوگا^۴
 جلسه پنجم: الگوسازی، جایگاههای ادراکی، همگامی و همراهی^۵
 جلسه ششم: برانگیزاننده ها^۶، پیوستگی و گسستگی^۷، واسنجی^۸
 جلسه هفتم: برخوردهای محکوم به شکست، روشهای مقابله با اختلاف با دیگران
 جلسه هشتم: جمعبندی مطالب و نتیجه گیری کلی
 طرح تحقیق حاضر از نوع پیش آزمون پس آزمون دو گروهی (با گروه کنترل) است.

ابزار پژوهش

در این تحقیق پرسشنامه افسردگی ۲۱ سوالی بک به کار گرفته شد که با مقیاس درجه بندی لیکرت طبقه بندی شده است و در نوع خود بهترین ابزار سنجش افسردگی محسوب می شود مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون به چند درجه تقسیم می شود که عبارتند از افسردگی طبیعی (۱-۱۰)، کمی افسرده (۱۱-۱۶)، نیازمند مشورت با روانپزشک (۱۷-۲۰)، به نسبت افسرده (۲۱-۳۰)، افسردگی شدید (۳۱-۴۰)، افسردگی بیش از حد (بالای ۴۰). به آزمودنیها گفته شد با توجه به وضعیت و حالات روانی مورد درخواست پرسشنامه با صداقت گزینه های بیانگر وضعیت روانی خود را مشخص نمایند.

هرچند آزمون بک بعنوان یک مقیاس سرنند سازی برای اختلال افسردگی تا حدودی اولویت دارد آمبروسینی^۹ و همکاران (۱۹۹۱) دریافتند استواری باز آزمایی خوبی دارد (در مورد نوجوانان مبتلا به افسردگی شدید ۸۷٪) و در نوجوانان سرپایی که به کلینیک مراجعه کردند همسانی درونی بالایی (۹۱٪) داشته است (توزنده جانی، ۱۳۸۰).

ضریب پایایی این پرسشنامه توسط محق روی نمونه ۹۰ نفری برابر $\alpha=0/922$ از روش آلفای کرونباخ بدست آمد و اعتبار آزمون نیز ضریب همبستگی با سوالات بخش افسردگی آزمون MMPI برابر با $r=0/781$ برست آمد.

شیوه اجرا: محقق قبل از اجرای اصل تحقیق به اجرای ۵ مطالعه مقدماتی^{۱۰} دیگر جهت شناسایی موانع و مداخلات احتمالی متغیرهای مزاحم در تحقیق دست زده و یک یک مسایل پیش روی اجرای اصلی را مورد نظر قرار داد. تمام مطالعات قبلی از زمان اردیبهشت سال ۱۳۸۸ تا فروردین ماه ۱۳۸۹ به فواصل معین اجرا و همگی نتایج کمابیش یکسانی در بر داشت. مهمترین مساله مورد نظر جهت اجرای اینگونه مطالعات

1. Predicat
2. Prs
3. Reframing
4. Tantra yuga
5. Pacing & leading
6. Anchoring
7. Association&dissociation
8. Calibration
9. Ambrosini
10. Pilot study

شناسایی متغیرهای مزاحم افسردگی مثل افسردگی های فصلی^۱، خلق مالیخولیا^۲، افسردگی پیش از قاعدگی و نیز افسردگی ناشی از اختلالات جسمی و روانی و تاثیر پذیری انواع این اختلالات از برنامه ریزی عصبی-کلامی بوده و به این جهت این موارد در طرح و اجرای مطالعه اصلی توسط مصاحبه بالینی انفرادی کنترل گردیده است هر چند مطالعات مقدماتی از نظر آماری تفاوت چندانی با هم با وجود این متغیرهای مزاحم از این لحاظ نشان نداد.

نمرات پرسشنامه بک بعنوان پیش آزمون محسوب شد سپس بر اساس برنامه های زمانی خاص توسط خود محقق با استفاده از آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی به روشهای سخنرانی، (ایفای نقش^۳) و آموزش با وسایل کامپیوتری و ویدئو پروژکتور و غیره طبق استانداردهای برگرفته از خارج کشور توسط افرادی چون گریندر و بندلر^۴ (مبدعان برنامه ریزی عصبی-کلامی) موجود در آرای دیویس (۱۹۹۱) اینسپراچ و فورمن (۱۹۸۸) و والکر (۲۰۰۴) و پیروان آنها به آموزش جلسات ۱/۵ ساعته برای گروه های آموزشی دختر و پسر بصورت مختلط و در هر هفته یک بار برگزار می شد پرداخته و بعد از ۸ جلسه آموزش متوالی، از هر دو گروه آزمایش و کنترل آزمون تشخیصی بک مجدداً بعنوان پس آزمون انجام پذیرفت. شیوه اداره جلسات بصورت گروه درمانی ایفای نقش^۵ در آموزه های برنامه ریزی عصبی-کلامی به ترتیبی که در مقدمه آمده است بود. قابل ذکر است با انتخاب افراد بیشتر جهت ریزش احتمالی ۴ نفر که بیش از ۳ جلسه غیبت داشتند از نتایج آزمون حذف شدند و سرانجام گروه ها با حذف تصادفی افراد اضافی هم اندازه شدند.

یافته های پژوهش

نتایج حاصل از اجرای این تحقیق روی گروه آزمایش و بدون مداخله درمانی آموزشی روی گروه کنترل به شرح زیر ارائه می شود.

جدول ۱: آماره های توصیفی گروه آزمایش پسران

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
۱۳	۲۶/۱۵	۵/۲۴۲	۱۶	۳۶
۱۳	۱۲/۳۱	۶/۰۷۴	۳	۲۳

با توجه به جدول ۱ که نماینده آماره های توصیفی گروه آزمایش پسران می باشد نمره های پیش آزمون و پس آزمون با تعداد ۱۳ نفر و میانگین به ترتیب ۲۶/۱۵ و ۱۲/۳۱ و انحراف معیار ۵/۲۴۲ و ۶/۰۷۴ گزارش شده است.

1. Seasonal depression
2. Melancholia
3. Role play
4. Grinder & Bandler
5. Role play

جدول ۲: آماره های توصیفی گروه آزمایش دختران

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
۱۳	۲۵/۵۴	۵/۴۱۰	۲۰	۳۸
۱۳	۲۲/۵۴	۹/۷۸۶	۵	۳۷

با توجه به جدول ۲ که نماینده آماره های توصیفی گروه آزمایش دختران می باشد نمره های پیش آزمون و پس آزمون با تعداد ۱۳ نفر و میانگین به ترتیب ۲۵/۵۴ و ۲۲/۵۴ و انحراف معیار ۵/۴۱۰ و ۹/۷۸۶ گزارش شده است.

جدول ۳: آماره های توصیفی گروه کنترل پسران

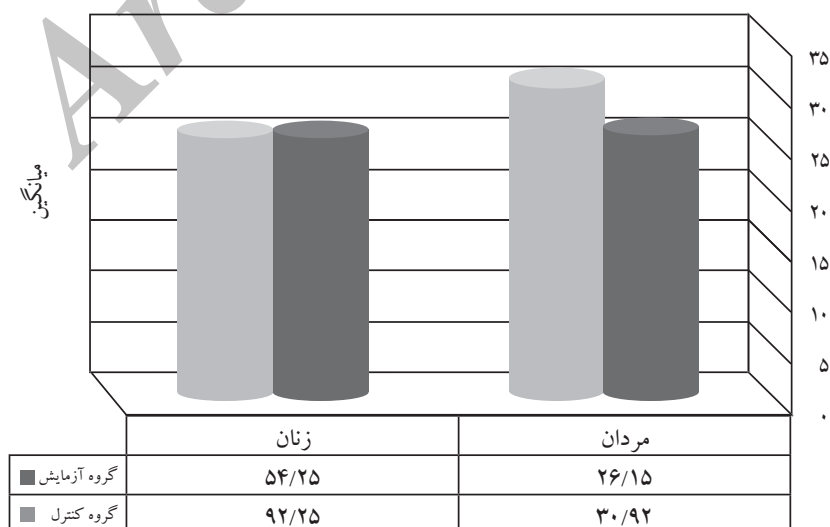
تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
۱۳	۳۰/۹۲	۸/۲۵۱	۲۲	۵۰
۱۳	۱۷/۰۰	۸/۴۰۶	۲	۳۰

با توجه به جدول ۳ که نماینده آماره های توصیفی گروه کنترل پسران می باشد نمره های پیش آزمون و پس آزمون با تعداد ۱۳ نفر و میانگین به ترتیب ۳۰/۹۰ و ۱۷/۰۰ و انحراف معیار ۸/۲۵۱ و ۸/۴۰۶ گزارش شده است.

جدول ۴: آماره های توصیفی گروه کنترل دختران

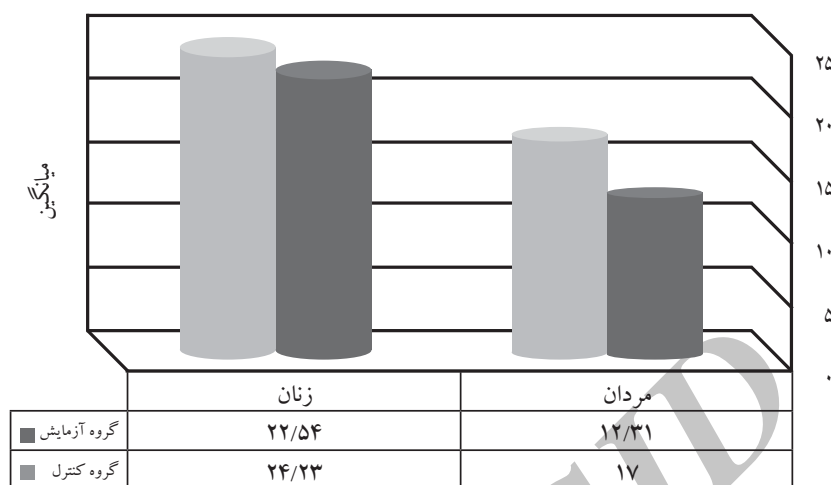
تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
۱۳	۲۵/۹۲	۶/۲۲۴	۲۰	۳۸
۱۳	۲۴/۲۳	۱۰/۰۲۶	۷	۳۶

با توجه به جدول ۴ که نماینده آماره های توصیفی گروه کنترل دختران می باشد نمره های پیش آزمون و پس آزمون با تعداد ۱۳ نفر و میانگین به ترتیب ۲۵/۹۲ و ۲۴/۲۳ و انحراف معیار ۶/۲۲۴ و ۱۰/۰۲۶ گزارش شده است.



نمودار ۱: نماینده میانگین نمرات پیش آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه ۲۱ سوالی) در گروه های آزمایش و کنترل

با توجه به نمودار ۱ میانگین نمرات پیش آزمون افسردگی دانشجویان دختر در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب معادل ۲۵/۵۴ و ۲۵/۹۲ و در گروه پسران آزمایش و کنترل به ترتیب معادل ۲۶/۱۵ و ۳۰/۹۲ گزارش شده است.



نمودار ۲: نماینده میانگین نمرات پس آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه ۲۱ سوالی در گروه های آزمایش و کنترل

با توجه به نمودار ۲ میانگین نمرات پس آزمون افسردگی دانشجویان دختر در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب معادل ۲۲/۵۴ و ۲۴/۲۳ و در گروه پسران آزمایش و کنترل به ترتیب معادل ۱۲/۳۱ و ۱۷ گزارش شده است.

فرضیه اول: آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان تأثیر دارد. برای مقایسه میانگین ها از نظر آماری آزمون تحلیل کوواریانس انجام و نمرات پیش آزمون کنترل شد

جدول ۵: آزمون معناداری یکسانی واریانس های لوین

F	معناداری	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول
۲/۵۲	۰/۰۶۹	۴۸	۳

با توجه به جدول ۵ آزمون لوین جهت پیش فرض یکسانی واریانس ها با مقدار بدست آمده F جدول، این پیش فرض مورد تایید است و جهت ادامه محاسبات می توان از کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۶: نماینده کوواریانس گروه ها برای فرضیه اول تحقیق

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجزور میانگین	مقدار F	معناداری	ضریب اتا
مدل تصحیح شده	۲۳۶۲/۲۹۴	۴	۵۹۰/۵۷۴	۱۱/۳۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲
عرض از مبدا	۱۳/۲۱۰	۱	۱۳/۲۱۰	۰/۲۵۵	۰/۶۱۶	۰/۰۰۵
پیش آزمون	۱۲۰۹/۶۲۱	۱	۱۲۰۹/۶۲۱	۲۳/۳۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
گروه	۱۵۱۲/۲۶۴	۳	۵۰۴/۰۸۸	۹/۷۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳
خطا	۲۴۳۶/۶۸۷	۴۷	۵۱/۸۴۴			
کل	۲۳۶۰۹/۰۰۰	۵۲				

با توجه به جدول ۶ مقدار F بدست آمده در جدول با درجه آزادی ۳ و ۴۷ برابر ۹/۷۲۳ شده است و با $(p < ۰/۰۰۱)$ فرض صفر رد شده است. به این منظور که بین میانگین گروه ها از نظر آماری اختلاف معناداری وجود دارد و فرض پژوهشی با عنوان آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان تأثیر دارد مورد پذیرش قرار می گیرد. به این معنا که جلسات آموزشی برنامه ریزی عصبی-کلامی باعث کاهش میزان افسردگی دانشجویان گروه آزمایش آنها گردیده است. فرضیه دوم: آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان پسر تأثیر دارد.

جدول ۷: آزمون معناداری یکسانی واریانس های لوین

F	معناداری	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول
۰/۶۰۱	۰/۴۴۶	۲۴	۱

با توجه به جدول ۷ آزمون لوین جهت پیش فرض یکسانی واریانسها با مقدار بدست آمده F جدول این پیش فرض مورد تایید است و جهت ادامه محاسبات می توان از کو واریانس استفاده کرد.

جدول ۸: نماینده کو واریانس گروه ها برای معناداری فرضیه دوم تحقیق

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	مقدار F	معناداری	ضریب اتا
مدل تصحیح شده	۸۸۹/۷۵۸	۲	۴۴۴/۸۷۹	۷/۴۰۱	۰/۰۰۳	۰/۳۹۲
عرض از مبداء	۹/۳۶۴	۱	۹/۳۶۴	۰/۱۵۶	۰/۶۹۷	۰/۰۰۷
پیش آزمون	۲۰۹/۴۱۲	۱	۲۰۹/۴۱۲	۳/۴۸۴	۰/۰۷۵	۰/۱۳۲
گروه	۷۲۳/۸۷۵	۱	۷۲۳/۸۷۵	۱۲/۰۴۲	۰/۰۰۲	۰/۳۴۴
خطا	۱۳۸۲/۵۸۸	۲۳	۶۰/۱۱۳			
کل	۱۰۱۶۵/۰۰۰	۲۶				

با توجه به جدول فوق مقدار F بدست آمده در جدول با درجه آزادی ۱ و ۲۳ برابر ۱۲/۰۴۲ شده است و با p کمتر از ۰/۰۵ ($p = ۰/۰۰۲$) فرض صفر رد شده است به این منظور که بین میانگین گروه ها اختلاف معناداری وجود دارد و فرض پژوهشی با عنوان آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان پسر تأثیر دارد مورد پذیرش قرار می گیرد و به این معنا که جلسات آموزشی برنامه ریزی عصبی-کلامی باعث اختلاف سطح افسردگی دانشجویان پسر در پس آزمون با توجه به پیش آزمون آنها گردیده است.

فرضیه سوم: آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر تأثیر دارد.

جدول ۹: آزمون معناداری یکسانی واریانس های لوین

F	معناداری	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول
۳/۳۶۷	۰/۰۷۹	۲۴	۱

با توجه به جدول ۹ آزمون لوین جهت پیش فرض یکسانی واریانسها با مقدار بدست آمده F جدول این

پیش فرض مورد تایید است و جهت ادامه محاسبات می توان از کو واریانس استفاده کرد.

جدول ۱۰: نماینده کو واریانس گروه ها برای معناداری فرضیه سوم تحقیق

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	مقدار F	معناداری	ضریب اتا
مدل تصحیح شده	۱۳۹۵/۴۳۸	۲	۶۹۷/۷۱۹	۱۶/۰۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
عرض از مبدا	۴۰/۰۸۸	۱	۴۰/۰۸۸	۹۲۳/	۰/۳۴۷	۰/۰۳۹
پیش آزمون	۱۰۵۵/۵۹۱	۱	۱۰۵۵/۵۹۱	۲۴/۳۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
گروه	۷۹۸/۸۹۶	۱	۷۹۸/۸۹۶	۱۸/۳۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴
خطا	۹۹۸/۷۱۶	۲۳	۴۳/۴۲۲			
کل	۱۳۴۴۴/۰۰۰	۲۶				

با توجه به جدول فوق مقدار F بدست آمده در جدول با درجه آزادی ۱ و ۲۳ برابر ۱۸/۳۹۸ شده است و با $p < ۰/۰۰۱$ فرض صفر رد شده است به این منظور که بین میانگین گروه ها اختلاف معنادار وجود دارد و فرض پژوهشی با عنوان آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر تأثیر دارد مورد پذیرش قرار می گیرد و به این معنا که جلسات آموزشی برنامه ریزی عصبی-کلامی باعث اختلاف سطح افسردگی دانشجویان دختر در پس آزمون با توجه به پیش آزمون آنها گردیده است.

بحث و نتیجه گیری

روش مورد بحث روشی جدید است و مراحل ابتدایی اثر گذاری خود را در سایر اختلالات و پیشگیری از آنها در کشورهای خارجی طی کرده است. درمان شناختی-رفتاری و برنامه ریزی عصبی-کلامی از نظر روش بسیار شبیه به هم هستند و از نظر نقطه شروع در روانشناسی هم عصر هستند ولی در زمینه درمان شیوه درمان شناختی-رفتاری از برنامه ریزی عصبی-کلامی بیشتر استفاده شده است.

با توجه به نتایج جدول ۲ فرضیه اول مبنی بر آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان موثر است. مورد تأیید قرار گرفت و آموزه های عملی برنامه ریزی عصبی-کلامی توانست در افزایش اختلاف نمرات پس آزمونها نسبت به پیش آزمون های دانشجویان (کاهش نمرات افسردگی در پس آزمون) موثر واقع گردد که این نتایج در تمام فرضیات خود با نتایج تحقیقات استپانیک (۲۰۱۰)، جنسر و شاتز ۱۹۹۶ به نقل از بولستد (۱۹۹۷)، ویتلی (۲۰۰۷) پلت ۲۰۰۱ به نقل از والکر (۲۰۰۴)، مالووی ۱۹۹۵، و استاندینگ به نقل از هوساک و بولستد (۱۹۹۳) همسو می باشد. اما با نتایج تحقیق باکن (۱۹۸۳) که به مقایسه این روش با روش درمانی آرامش عضلانی در درمان پرداخته بود و تفاوتی پیدا نکرد ناهمسو است.

در قشر دانشجو مسایل متعددی از جمله دوری از خانه و خانواده، مسایل و مشکلات اقتصادی، جو جدید تحصیل و از دست دادن دوستان قدیمی و معضل کنار آمدن با محیط تازه و افراد تازه

در محل سکونت جدید، رقابت با سایر افراد جهت دستیابی به اهداف جدید و مسایلی مانند آن راه را برای ابتلا به اختلالات خلقی هموار می سازد و این وظیفه روانشناسی است که دانشجویان را در این برهه زمانی و شرایط خاص مدد رسانده و به حل این معضلات بپردازد. از این رو برنامه ریزی عصبی-کلامی امدعی شیوه تفکر زندگی جدید، تکنیکهای صریح و طرز بکارگیری آنها، خوب زندگی کردن^۱ است. نتایج برنامه ریزی عصبی-کلامی در پیشرفت و موفقیت و احساس شادکامی و خوشبختی می باشد که بنظر می رسد چنین شرایطی اگر برای اختلال افسردگی پیش آید به راحتی می توانند مسایل مربوطه را از بین ببرند.

افسردگی در بیماران بستری که معمولاً افسردگی شدیدتر دارند بطور متوسط ۶ ماه ادامه می یابد. ابتدا بتدریج بدتر می شود سرانجام به عمق می رسد اما بعد تدریجاً بهبود یافته و حالت قبل از شروع بیماری را باز می یابد (بک^۲، ۱۹۶۷، رابینز و گاس^۳ ۱۹۷۲ به نقل از سیدمحمدی^{۱۳۸۲}).

همچنانکه در بالا اشاره شد عقاید ضد و نقیض زیادی در مورد اثربخشی درمانی برنامه ریزی عصبی-کلامی به چشم می خورد لذا ضروری به نظر می رسد که در این باره تحقیقات بیشتری صورت گیرد. تحقیق در برنامه ریزی عصبی-کلامی حداقل به دو شکل دیده می شود: ۱- تحقیقاتی که به حمایت از دیدگاههای کلی برنامه ریزی عصبی-کلامی و درمان بر اساس آن صورت می گیرد، ۲- تحقیقاتی که به حمایت از اثربخشی تمرین های عملی مداخلات روانشناختی و درمانی از نوع برنامه ریزی عصبی-کلامی صورت می گیرد. اولین تحقیقات از نوع دوم توسط مارتین جنسر^۴ و پیتز شاتز^۵ در دانشگاه وین انجام گردید که در سال ۲۰۰۴ منتشر شد (بولستد،^۶ ۱۹۹۷).

با وجود اختصاص زمان کمی که به آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی داده شد نتایج امیدوار کننده بوده و می توان گفت این روش می تواند در رفع اختلال افسردگی چنانکه در نظرات ریچارد بولستد (۱۹۹۷) هم در دفاع از آن آمده است موثر باشد. با توجه به علاقه زیاد دانشجویان به شرکت مستمر در جلسات و گزارشات هفتگی آنها از اثر گذاری روی افراد جامعه با مرور متون برنامه ریزی عصبی-کلامی می توان دید آموزه های آن مستقیماً در ارتباط با نقاط ضعف افراد افسرده از جمله ناتوانی در کسب تجارب مثبت از گذشته، ناامیدی نسبت به آینده، فقدان کنترل مناسب هیجانات، احساس ناتوانی در برخورد با مشکلات جاری زندگی و بی تجربه بودن در استفاده از فنون بهتر زیستن در اجتماع، برخورد های هیجانی و غیر معقول در شرایط بحرانی، و خصوصاً فاصله گرفتن از جامعه بدلیل ناکافی بودن اطلاعات ارتباطی و بسیاری موارد دیگر که در هر چه افسرده تر شدن افراد موثر است، می باشد. لذا این افراد در ارتباط موثر با مبانی، اصول و تمرین های عملی برنامه ریزی عصبی-کلامی بهتر می توانند خود را با شرایط نامناسب زندگی وفق دهند.

1. Neurolinguistic programming
2. Well being
3. Robins&gass
4. Martin jenser
5. Piter schutz
6. Richard Bolstad

واضح است دانشجوی قشر متفکر و اهل مطالعه جامعه است که تمایل زیادی در یافتن روشها و اصول زندگی است اما از طرفی بسیار حساس و تاثیر پذیر از خانواده و اجتماع می باشد. آمار ۱۷۵ نفری افسرده های بالای نمره ۲۰ در آزمون بک از نمونه ۴۰۰ نفری مورد آزمون از جامعه ۱۴۰۰ نفری رشته حسابداری بعنوان بخشی از دانشجویان دانشگاه خود حاکی این مساله و اهمیت و ضرورت اصلاح این معضل است.

نکته جالب توجه اینکه از نظر آماری هیچ اختلاف معناداری بین دختر و پسر از نظر تاثیر پذیری از برنامه ریزی عصبی-کلامی دیده نشد و این جای بسی امیدواری است که این روش در هر دو جنس مرد و زن می تواند موثر باشد.

بنابر یافته های مربوط به فرضیه دوم: یعنی آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان پسر موثر است. بدلیل اینکه دانشجویان در صدد یادگیری جدید هستند و علاقمند ایجاد تغییر در روحیات خود جهت کاربردی تر کردن یافته های علمی هستند لذا با شرکت در گروهها و جلسات روانشناسی و آموزش اصول زندگی سعی در حصول این مهم دارند. افسردگی اختلالی است که اگر با آگاهی به آن نگاه کنیم می بینیم فرد در تلاش است تا از مخصصه ای که در آن گیر افتاده رهایی یابد البته در موارد افسردگی های شدید تر از آزمودنی های تحقیق حاضر این امر کمتر به چشم می خورد و فرد افسرده به راهکارهای رهایی کمتر می اندیشد و ممکن است حتی آرامش را در خود کشی و از بین بردن خود ببیند. محقق به هیچ تحقیقی از این دست که به تاثیر پذیری جنسیت از برنامه ریزی عصبی-کلامی پرداخته باشد جهت مقایسه نتایج تحقیق حاضر دست نیافته است.

در فرضیه سوم: آموزش برنامه ریزی عصبی-کلامی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر موثر است.

در کتابی که لورا هیرشبن^۱ تحت عنوان ساختار افسردگی در قرن بیستم میلادی معتقد است مردم و روانپزشکان فرض می کنند احساسات و خصوصا احساسات زنانه نه با معانی درونی و بلکه با معانی خارجی مدیریت می شوند در صورتی که احساسات باید با توجه به تجربه واقعی مدیریت شوند. افسردگی به خانم ها این اجازه را می دهد که مشکلات خود را خارجی سازند، بجای تلاش برای مبارزه با واقعیت های فشار آور زندگی زنشویی، روابط ناشایست شغلی و نقش استرس آنها می توانند یک قرص مصرف کنند (برنهام، ۲۰۱۰).^۲

دانشجویان دختر معمولا اثبات کرده اند بیشتر تمایل به شرکت در زمینه های فرصتهای تغییر روانشناختی هستند کما اینکه در پنج مطالعه مقدماتی تحقیق حاضر نیز استقبال دانشجویان دختر از دانشجویان پسر بیشتر بوده است اما با این وجود دیدگاه برنامه ریزی عصبی-کلامی در زمینه در آمدی بسوی تغییر همانند پسران در دختران نیز اشتیاق ایجاد نموده و بنا بر یافته های این تحقیق افسردگی در آنها نیز کاهش چشمگیر داشته است.

1. Laura Hirshbein

2. Burnham

پیش از اینها هم ثابت شده است که این روش می تواند بصورت وسیله ای قدرتمند برای بسط و تعالی شخصیتی و برقراری ارتباط در انواع زمینه ها استفاده شود ضمناً از مشاوره هم می توان بخوبی و با کارآیی بالا در کنار برنامه ریزی عصبی-کلامی استفاده کرد. در مشاوره بهتر می توانید پی ببرید که برنامه شما برای رسیدن به موفقیت تا چه اندازه دقیق، روشن و دست یافتنی است (جمالیان، ۱۳۸۶).

در پایان گمان می رود افراد افسرده نیازمندیهای روانی خود را در آموزه های برنامه ریزی عصبی-کلامی می یابند زیرا برنامه ریزی عصبی-کلامی فن درست زیستن است و نحوه برخورد صحیح با دیگران را به افراد آموزش می دهد و گمان می رود افراد افسرده و بطور کلی افراد دچار اختلالات خلقی در این زمینه ها شدیداً دچار مشکل بوده و با آموختن آنها می توان امید داشت زندگی بهتر را تجربه کنند.

این دیدگاه التقاطی می تواند مسیرهای جدیدی در حیطه های درمانی خصوصاً افسردگی روی محققان بگشاید و آنها می توان با سایر روشهای موجود برای درمان اختلالات خلقی همچون الکترو شوک درمانی، شناخت درمانی، درمان شناختی-رفتاری و غیره به بوتاه آزمایش کشاند.

منابع

- آلدر، هری بریل، هیترا. ان ال پی در ۲۱ روز. ترجمه علی شادروح. (۱۳۸۵). تهران: انتشارات ققنوس.
- آزاد، حسین (۱۳۷۸). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بعثت.
- اسماعیلیان، مهدی. (۱۳۸۵). راهنمای جامع SPSS ۱۴. تهران: موسسه فرهنگی هنری دیباگران.
- دلاور، علی. (۱۳۷۸). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- سلیگمن، مارتین ای. روانشناسی نابهنجاری آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۸۲). تهران: انتشارات ارسباران.
- مک درموت، یان. وندی، جاگو. روانشناسی موفقیت. ترجمه رضا جمالیان. (۱۳۸۶). تهران: انتشارات نسل نو اندیش.
- هریس، کارول. تحول سریع با ان ال پی به زبان ساده. ترجمه لیلی مهرپور. (۱۳۸۶). تهران: انتشارات پل.
- هرینگتون، ریچارد. روشهای درمان افسردگی کودکان و نوجوانان. ترجمه حسن توزنده جانی. نسرین، کمالپور. (۱۳۸۰). تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- گیلبرت، پاول. غلبه بر افسردگی. ترجمه سیاوش جمالفر. (۱۳۸۹). تهران: انتشارات رشد.
- Bolstad, Richard & Genser-Medlitsch, Schutz. (1997). *Dos nlp have effect ? wiederho fergass4, A-1090 Wien, Australia.*
- Burnham, John, C. (2010). *American melancholy; Constructions of depression in the twentieth century, journal of the history of medicine and allied science, 65.438-440.*
- Bacon, Stephen, C. (1983). *Neurolingustic programming and psychosomatic illness: a study of the effects of reframing on headache pain, dissertation abstracts international. University of Montan, 44(7), 2233b.*
- Davis, Donald & Davis, Susan. (1991). *Belief change and neurolingustic programming family-dynamics of addiction. Quarterly. Journal, 1-33-44.*
- Turner, J. (1999). *Neurolingustic programming and health. soins. 33-36.*
- Einspruch, Eric, L, & Forman, Bruce, D. (1985). *Observations concerning research literature on neurolingustic programming, journal of counseling psychology. 32.589-596.*
- Hossack, A, & Standige, k. (1993). *using and imagery scrapbook for neurolingustic programming in the aftermath of a clinical depression: a case history sorce. Gerontologist 33.265-268.*
- Malloy, Tomas, Dilts, R., & Einspruch, T. (1995). *Dynamic learning, meta, capitola, California.*
- Sharpley, Christopher, F. (1987). *Predicate matching in nlp: a review of research on the preferred representational system, journal of counseling psychology. 31.238-248.*
- Stipanic, M., Renner, W., & Scha, P. (2010). *Effect on neurolingustic psychotherapy on psychological difficulties and perceived quality of life. counseling and psychotherapy research. 10.39-49.*
- Turnre, J. (1999). *neurolingustic programing and health. soins. 637 page. pp6-33.*
- Walker, L. (2004). *Changing with nlp: A case book of neurolingustic programing in medical practice.*
- Walker, L. (2002). *Counseling with NLP neurolingustic programing in the medical consultation. Oxford: Radcliffe Medical Press.*
- Watkins, Karen, E. (1997). *An invited response: Selective alternative training techniques in HRD human resource development quarterly. sanfrancisco: 8.295*
- Wheatley, John, Brewin, Chris, Patel, Ttrishna, Hackman, Ann, Wells, Adrian, Fisher, Peter, & Mayers, Samuel. (2007). *I ll believe it when I can see it : Imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 38.371-385*