

تاثیر مشاوره ی گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری- شناختی در کاهش نگرش های ناکارآمد

دکتر فرح لطفی کاشانی^۱

در این پژوهش، به منظور بررسی تاثیر گروه درمانی با رویکرد رفتاری- شناختی در کاهش نگرش های ناکارآمد افراد، ۱۵ (۱۲ دختر و ۳ پسر) دانشجوی به شیوه ی نمونه گیری داوطلبانه، انتخاب طی ۱۶ جلسه ی ۲ ساعته (هر هفته دو جلسه) در جلسه های گروه درمانی شرکت کردند. مقایسه ی نمرات نگرش های ناکارآمد اعضای گروه به شیوه ی اندازه گیری مکرر و پیگیری میزان نگرش های ناکارآمد اعضا دو ماه بعد از اتمام درمان نشان دهنده ی تاثیر گروه درمانی رفتاری- شناختی در کاهش نگرش های ناکارآمد است.

واژه های کلیدی: رویکرد رفتاری- شناختی، نگرش های ناکارآمد، تعریف شناختی

مقدمه

از نظر (الیس^۲، ۱۹۷۳) انسانها، گرایش نیرومندی برای کزفکری دارند. از این نظر، عقاید نامعقول و نگرش های ناکارآمد، به بنیان های آشفته کننده ی رفتار تبدیل می شوند. این فلسفه، از یک طرف اندیشه ای الزام آور است که در نوع خود قدرتمند، خشک و جزمی است و از طرف دیگر، به استنباط های فاجعه آمیز منجر می شوند (الیس، ۱۹۹۱؛ الیس و درایدن^۳، ۱۹۹۶). الیس (۱۹۷۳) تایید این فرایند را در یک چرخه ی معیوب توضیح داده است؛ از نظر او افراد، خود را به خاطر اینکه از لحاظ هیجانی ناراحت هستند سرزنش می کنند، سپس خود را به خاطر سرزنش کردن پیوسته ی خود ملامت نموده و از اینکه درصدد روان درمانی برآمده اند مجدداً سرزنش کرده و سپس نتیجه می گیرند که به طرز ناامید کننده ای مشکل دارند و کاری نمی توان برای آنها انجام داد. بک^۴ (۱۹۷۶) هر چند با مفاهیمی متفاوت، نقش نگرش های ناکارآمد و شناخت های ناسازگارانه را در ایجاد رفتارهای ناسازگارانه مورد تاکید قرار داده است. از نظر او ابتدا، مراجعان باید از آنچه که به

آن فکر می کنند آگاه شوند، در گام دوم، باید افکار غلط خود را شناسایی کنند و در ادامه با جایگزین کردن قضاوت های درست به جای قضاوت های نادرست و دریافت بازخورد لازم که بیانگر درست بودن تغییرات آنهاست دوره ی درمان را به سرانجام برسانند. نقش باورها، نگرش ها و فرایندهای ذهنی دیگر در بسیاری از اختلالات و مشکلات رفتاری نشان داده شده و معلوم شده است که باورهای غیرمنطقی می توانند، رنجهای افراد را تشدید کنند (الیس، آ ۲۰۰۴ و ب ۲۰۰۴ ملمد^۱ ۲۰۰۳، سیاروچی^۲، ۲۰۰۴؛ رایس و دلو^۳، ۲۰۰۱؛ ویب و مک کاب^۴، ۲۰۰۲). مفهوم نگرش های ناکارآمد (DA)^۵ اولین بار توسط بک (۲۰۰۶، ۱۹۷۵ و ۱۹۷۹) در توصیف افکار بیماران افسرده و به عنوان مفهوم اصلی مرکزی ایجاد و پایایی اختلال افسردگی مطرح شد. نگرش ناکارآمد در واقع جزئی از باورهای واسطه ای ناکارآمد است که در کنار افکار خودکار در نظام شناختی فرد بر رفتار او تاثیر می گذارد. این اعتقادات واسطه ای ناکارآمد، با نظرات منفی پیش بین (لیو^۶، ۲۰۰۲) همراه است.

نگرش های ناکارآمد، نگرش ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می شوند، فرد را آماده می سازند تا موقعیت های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند. از نظر بک نگرش های ناکارآمد معیارهایی انعطاف ناپذیر و کمال گرایانه هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره ی خود و دیگران استفاده می کند. از آنجا که این نگرش ها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم در مقابل تغییراند، ناکارآمد یا نابارور قلمداد می شوند (دیویدسون، نیل و کرینگ^۷، ۱۹۹۸).

درواقع نگرش های ناکارآمد که بنیادهای آشفته کننده ی افراد را تشکیل می دهند، دو ویژگی اساسی دارند (الیس، ۱۹۹۱)؛ اولاً آنها در درون خود توقعات خشک، جزئی و قدرتمندی دارند که معمولاً در قالب کلماتی چون باید، حتماً، الزاماً و ضرورتاً بیان می شوند، ثانیاً موجب انتساب های بسیار نامعقول و تعمیم مفرط و فاجعه آمیز می شوند.

از نظر الیور^۸ و همکاران (۲۰۰۷) آسیب پذیری شناختی در قالب دیدگاه آسیب پذیری-تندگی بر بر مبنای دو نظریه ی ناامیدی و نظریه ی بک به صورت سبک شناختی منفی و نگرش ناکارآمد،

1. Melmed
2. Ciarrochi
3. Rice & Dellwo

4. Wiebe & Cabe
5. Dysfunctional Attitude
6. Liu

7. Davison, Neale & Kring
8. Oliver

مفهوم سازی شده است. تلفیق این دو دیدگاه در مفهوم الگوی شناختی ناسازگارانه که شامل سبک شناختی منفی و نگرش های ناکارآمد است می تواند در طول فرایند رشد پدید آید (الوی^۱ و همکاران، ۲۰۰۰) و موجب اختلالات رفتاری مختلف شود (وایزمن^۲ و بک، ۱۹۷۸؛ هفل^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش ها نشان می دهد که شانس بروز اختلالات روانی طی یکسال، در صورت افزایش نمره های نگرش ناکارآمد به طور معناداری افزایش می یابد (ویچ^۴ و همکاران ۲۰۰۳). به این ترتیب، چون نارسایی عملکرد تفکر از مهم ترین علل آشفتگی هاست (والن^۵ و همکاران، ۱۹۹۲) هر چه نگرش های ناکارآمد و باورهای غیر منطقی افراد بیشتر شود آشفتگی های هیجانی نیز بیشتر خواهد شد (اسمیت و هوستنکنت^۶، ۱۹۸۳؛ واتسون^۷ و همکاران، ۱۹۹۸).

گروه درمانی با رویکرد رفتاری- شناختی، رویکردی است که با تکیه بر بنیادهای یادگیری بر فرایندهای شناختی ناشی از کسب تجربه و نقش فرایندهای شناختی در رفتار تاکید می کند. به استناد تجربه های بالینی، رفتار افراد در گروه، مشابه رفتار آنها در زندگی معمولی است. افراد با همان انگاره های رفتاری که در زندگی آنها تولید اشکال کرده وارد گروه می شوند و دیری نمی پاید که این رفتارها در محدوده ی گروه به معرض نمایش گذاشته می شود و طی آگاهی از رفتار فرضیه ها، انگیزه ها، خیالات، اندیشه ها و تصورات مراجعان، امکان جایگزینی نگرش ها و به طور کلی عقاید ناکارآمد خود را با باورهایی عینی و ملموس تر پدید می آورند.

پژوهش ها، تاثیر بالایی برای رویکرد رفتاری شناختی نشان داده اند (انگلس^۸ و همکاران، ۱۹۹۳؛ ویز^۹ و همکاران، ۱۹۹۵؛ گونزالنس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۴؛ وامپولد^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ هوزمزودر^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۴؛ برادلی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۵؛ هیز^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۵) فرا تحلیل هایی که در مورد شکل گروهی رویکرد رفتاری- شناختی انجام شده، نشان می دهد که این روش درمان می تواند نقش قابل قبولی در درمان مشکلات داشته باشد (پتروسلی^{۱۵}، ۲۰۰۲). البته پژوهشهایی نیز گزارش شده اند که نشان می دهد این روش تاثیر کم (بابکاک و همکاران، ۲۰۰۴) یا متوسطی (کازانتیس^{۱۶} و همکاران

1. Alloy

2. Weissman

3. Haeffel

4. Weich

5. Wallen

6. Smith & Houstonkent

7. Watson

8. Engels

9. Weisz

10. Gonzalez

11. Wampold

12. Heuzenroeder

13. Bradley

14. Hayes

15. Petrocelli

16. Kazantis

۲۰۰۰؛ تاریخ و ویکس^۱، ۲۰۰۴) در بهبود رفتار دارند. در این پژوهش برآنیم تا تاثیر کاربرد درمان رفتاری-شناختی را به شیوه ی گروهی در تغییر نگرش های ناکارآمد افراد بررسی کنیم.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی مورد نظر این پژوهش، دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. از این جامعه به شیوه ی نمونه ی در دسترس ۳۰ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. بعد از جلسه ی توجیهی، ۱۵ نفر که حضور قطعی خود را در پژوهش تعهد کرده بودند انتخاب و در فرایند پژوهش وارد شدند. از این تعداد ۱۳ نفر دختر و ۲ نفر پسر بودند.

ابزار

مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS-۲۶): این ابزار، مقیاسی خود گزارشی است که برای سنجش نگرش ها، طرحواره ها و عقاید منفی توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) فراهم شده است. این مقیاس که یکی از شناخته شده ترین ابزارها در حیطه ی پژوهش های شناختی است ۲۶ عبارت دارد که بر اساس یک مقیاس ۷ درجه ای به سبک لیکرت درجه بندی می شود. ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۹ گزارش شده است (فتی ۱۳۸۲). این مقیاس چهار عامل زیربنایی شامل کمال طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به رضی کردن دیگران و آسیب پذیری-ارزشیابی عملکرد دارد.

شیوه ی اجرا

بعد از انتخاب همکاران پژوهش، برنامه ی درمانی در ۱۶ جلسه (هر هفته دو جلسه ی ۲ ساعتی) به شرح جدول ذیل تنظیم و اجرا شد. آزمودنیها ابتدا با مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS-۲۶) مورد آزمون قرار گرفتند و سپس هر هفته (جلسه های دوم، چهارم، ششم، هشتم، دوازدهم، چهاردهم و شانزدهم) مجدداً به این مقیاس پاسخ دادند و در نهایت ۲ ماه بعد از اتمام درمان دوباره به وسیله ی همان مقیاس مورد پیگیری قرار گرفتند تا میزان نگرش های ناکارآمد آنها معلوم و تاثیر انجام گرفته

۲ ماه بعد از درمان رفتاری- شناختی برآورد شود. چهارچوب درمانی در این پژوهش، بر اساس چهارچوب سه مرحله ای وایت^۱ (۱۹۸۸) تنظیم شده است.

جدول ۱: اقدامات درمانی در طول فرایند درمان

هدف	جلسه	روشها
پی ریزی درمان	۴-۱	ایجاد رابطه ی درمانی مطلوب، تعریف تفکر ناکارآمد، انگاره های موثر در زندگی، امید افزایی، توضیح روابط اساسی بین باورها، هیجان و رفتار و دفاع های رفتاری، الگوهای آسیب، توضیح نقش و انجام و پیگیری تکالیف خانگی و آموزش فرم های ثبت رفتاری
اجرای درمان	۴-۱۲	آموزش تحریف های شناختی، طرح و به نقد کشاندن، ارزشیابی نگرش های ناکارآمد، پیگیری و شناخت پیامدهای نگرش های ناکارآمد در هر یک از مراجعان، به چالش کشاندن انگاره ها بدون ارزشیابی افراد، آموزش راه کارهای حل مساله، ایجاد فهم در مورد وجود آلترناتیوهای مختلف، بهسازی و تمرین مهارتهای جدید پی گیری انجام تکالیف و نقد پیامدهای اجرا یا عدم اجرای روش های آموزش داده شده، نشان دادن رفتارهای دفاعی و نقد آنها توسط گروه، شناسایی دفاعها توسط فرد، تکلیف مثبت افکار ناکارآمد، فرم تجدید نظر باورهای اصلی، نقد و بررسی فرم تجدید نظر در باورها و نگرش های افراد در هر یک از جلسات
تثبیت دستاوردها و پیشگیری از بازگشت رفتار	۱۳-۱۶	بازخوانی اصلاح و تغییر ساختارهای شناختی و انگاره های فرضی توضیح بازگشت رفتار، به نقد کشاندن راه ها و چرایی بازگشت نگرش های ناکارآمد، تحلیل شخصی فرم تجدید نظر در باورها و نگرش ها، کاربرد روش سقراطی، تحلیل فرایندهای اجرایی، بازبینی آموخته های مهم در طی جلسات درمانی از شروع تا حال، پیش بینی موقعیت هایی که ممکن است موجب نگرش ها، شناخت های ناکارآمد رفتار و هیجان ناکارآمد می شوند، پیش بینی راه حل ها و تدوین برنامه های مقابله با آهنگ بازگشت

یافته ها

در گروه درمانی رفتاری- شناختی ۱۵ نفر (۲ نفر مرد و ۱۳ نفر زن) با میانگین سنی به ترتیب ۲۱ و ۲۰ سال شرکت داشتند. به منظور بررسی تاثیر گروه درمانی رفتاری- شناختی در کاهش نگرش های ناکارآمد، مولفه های آماری نمرات شرکت کنندگان در این مقیاس طی ۸ بار ارزیابی آنها و همچنین ۲ ماه بعد از اتمام پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است. همانگونه که ملاحظه می شود میانگین نگرش های ناکارآمد شرکت کنندگان در گروه درمانی رفتاری- شناختی، از یک آهنگ کاهشی برخوردار است و در مجموع، این میانگین از ۱۲۲ به ۹۲ رسیده است.

جدول ۱: مولفه های آماری میزان نگرش ناکارآمد در طی جلسات درمانی

مولفه ها		جلسات
انحراف استاندارد	میانگین	
۱۱/۴۱۴	۱۲۲	پیش آزمون
۱۰/۸۳	۱۲۱/۲۷	جلسه ی دوم
۱۱/۷۲۷	۱۱۹/۶۶۷	جلسه ی چهارم
۱۰/۴۲۸	۱۱۴/۸۰	جلسه ی ششم
۱۰/۹۵۸	۱۱۰/۰۶۷	جلسه ی هشتم
۱۱/۵۵۹	۱۰۲/۸۰	جلسه ی دهم
۱۱/۵۵۴	۹۷/۲۶۷	جلسه ی دوازدهم
۱۱/۰۹۷	۹۴	جلسه ی چهاردهم
۱۰/۸۳۸	۹۲/۸	جلسه ی شانزدهم
۱۱/۳۱۲	۹۲/۴	پیگیری ۲ ماه بعد

برای بررسی و تحلیل روند کاهش میانگین نمره های نگرش ناکارآمد، این نمرات را از طریق روش اندازه گیری مکرر مورد آزمون قرار داده ایم (جدول ۲). همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود F محاسبه شده، حتی با آزمون محافظه کارانه ای مانند گرین هاوس- گیزر در سطح $0/005$ معنادار است. به این ترتیب با توجه به اینکه $P < 0/005$ و $206/421 = F(9, 126)$ می توان قضاوت کرد که تفاوت ایجاد شده در نگرش های ناکارآمد شرکت کنندگان در گروه درمانی رفتاری-

شناختی یک تفاوت معنادار است. www.SID.ir

جدول ۳: نتایج آزمون مقایسه ی تغییرات نمره ها در جلسات درمانی

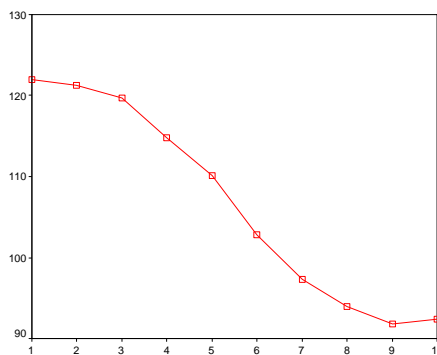
Eta Squared	Sig	F	Mean Square	Df	Typelll sum of Squares	منبع تغییرات
۰/۹۳۶	۰/۰۰۰	۲۰۶/۴۲۱	۲۳۰۵/۴۲۹	۹	۲۰۷۴۸/۸۶	جلسات فرض کرویت گرین
۰/۹۳۶	۰/۰۰۰	۲۰۶/۴۲۱	۸۰۰۶/۷۴۵	۲/۵۹۱	۲۰۷۴۸/۸۶	هاوس- گیزر
			۱۱/۱۶۹	۱۲۶	۱۴۰۷/۲۴	خطا فرض کرویت گرین
			۳۸/۷۸۸	۳۶/۲۸	۱۴۰۷/۲۴	خطا هاوس- گیزر

برای مقایسه ی تفاوت میانگین نمرات نگرش های ناکارآمد آزمودنیها در طی جلسات درمانی، این میانگین ها را در جدول ۴ مورد آزمون قرار داده ایم.

جدول ۴: آزمون بین گروهی

Eta Squared	Sig	F	میانگین مراجعات	Df	Typelll sum of Squares	منبع
۰/۹۶۲	۰/۰۰۰	۳۵۸/۳۴۹	۱۹۸۵۲/۰۳۴	۱	۱۹۸۵۲/۰۳۴	جلسات
			۱۱/۳۹۹	۱۴	۵۵/۳۹۹	خطا

با توجه به F محاسبه شده ($P < ۰/۰۰۵$)، $F = ۳۵۸/۳۴۹$ (۱ و ۱۴) مقایسه ی گروه ها نشان می دهد که نتایج جلسات درمانی به طور معناداری متفاوت است. برای بررسی سیر تغییرات و کاهش نمرات نگرش های ناکارآمد، میانگین این نمرات را برای پیش آزمون، ۸ جلسه ی ارزیابی و پیگیری ۲ ماه بعد از اتمام جلسات درمانی، در نمودار ۱ نشان داده ایم.



نمودار ۱: میانگین نمرات نگرش های ناکارآمد در فرایند درمان

همانگونه که در نمودار ۱ مشاهده می شود، روند کاهش نمرات نگرش های ناکارآمد یک روند کاهشی است. در بررسی سطح بازگشت می بینیم هر چند بعد از ۲ ماه از درمان، میانگین نمرات نگرش های ناکارآمد یک واحد (از ۹۱ به ۹۲) افزایش پیدا کرده است ولی با این حال به طرز قابل توجهی از میانگین نگرش های ناکارآمد در پیش آزمون (۱۲۲) کمتر است.

بحث و نتیجه گیری

رویکرد رفتاری- شناختی بویژه به علت نوع نگاه حاکم بر آن، روشی کارآمد است که برای مجموعه ی وسیعی از مشکلات کاربرد دارد. این رویکرد، از یک طرف با ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب (راچمن^۱، ۲۰۰۰) بر روی آنچه که افراد انجام می دهند متمرکز می شود و از طرف دیگر با تاکید بر فرایندهای روانی، افراد را هدایت می کند تا احساسات و باورهای را که موجب مشکلات رفتاری می شود تغییر دهند. آنگونه که آلبرت الیس (۲۰۰۲) مطرح کرده است باورهای ما در مورد رویدادها نه تنها خود رویدادها بلکه پاسخ های مربوط به آنها را هم شکل می دهد. این رویکرد، می کوشد با به چالش کشیدن شناختها (بک، ۱۹۶۷) به شناسایی و اصلاح تفکر تحریف شده و نگرش های ناکارآمد پردازد (رم^۲، ۱۹۷۷) تا بتواند به تغییر آشکار فرض و باورهای ناکارآمد نایل شود (الیس، ۱۹۶۲).

در این پژوهش، همانگونه که دیدیم روش رفتاری- شناختی، نقش معنادار و پایایی در کاهش نگرش های ناکارآمد شرکت کنندگان در گروه درمانی ایجاد کرد. همانگونه که راتر (۱۹۷۰) مطرح کرده است روان درمانی به عنوان یک تعامل اجتماعی، یک نوع یادگیری است و نقش درمانگر در آن این است که به بیمار کمک کند تا در رفتار مشهود و تفکرش تغییرات برنامه ریزی شده ای ایجاد کند. از نظر او اکثر مشکلات بیماران را می توان بر اساس چهارچوب حل مساله مدنظر قرار داد و آنها را هدایت کرد تا علاوه بر تضعیف رفتارها و نگرش های نامناسب، رفتارهای رضایت بخش تر و سازنده تری را آموزش ببیند. در این فرایند، انتظارات غیر واقع بینانه غالباً باید تغییر داده شوند. برای این کار باید بفهمیم رفتارها و انتظارات چطور ایجاد می شوند و بیمار چطور از تجربه های قبلی خودش استفاده درستی نمی کند و آنها را به طور افراطی تعمیم می دهد. از نظر

راتر، بیمار در حین درمان باید یاد بگیرد تا مراقب احساسات، انتظارات، انگیزه ها و نیازهای دیگران باشد و به تجربه های جدید و متفاوت در زندگی واقعی بپردازد.

می توان گفت که در فرایند یادگیری و سازماندهی آموخته ها، کارمایه ی شناختی فرد، بخصوص گزاره هایی که تولید می کند مبتنی بر سه انگاره ی واقعی، پیش بین و ارزشی است. انگاره های واقعی، شامل نظر یا باور فرد نسبت به واقعیت اشیا، خود، طبیعت و محیط اطراف اوست، مانند طلوع خورشید بعد از تاریکی شب، مشخصات خود و همانند آنها، انگاره های پیش بین شامل نگرش فرد در مورد چگونگی اشیا و پدیده ها، فرصت ها و امکانات و شرایط تغییر یا کنترل آنها است مانند توانایی کنترل و انگاره های ارزشی، شامل عقیده و باور فرد در مورد ارزش، اهمیت، موقعیت خوب و بد و مطلوب و نامطلوب است. این سه مجموعه از انگاره ها، الگوهای کنارآیی افراد را تبیین می کنند و هر چند از تجارب فرد سرچشمه گرفته اند خود به منابع شناخت فرد از خود و پدیده ها تبدیل شده و هدایت رفتار درونی و بیرونی او را به عهده می گیرند.

بدیهی است اگر پذیرفته باشیم که این انگاره ها آموخته می شوند، پس بر اساس همان قوانین حاکم بر یادگیری، قابلیت تغییر را هم خواهند داشت. اما بر اساس اصول حاکم بر سیستم ها، هر سیستمی مایل است که به شرایط قبلی خود بازگردد و همین امر از یک طرف باعث جذب رخ دادهای موافق سیستم انگاره ها در درون آن و افزایش اسنادهای کامرواساز می شود و از طرف دیگر در مقابل هر تغییری با استناد به این اندوخته ها، به مقاومت برمی خیزد و به دفاع از سیستم انگاره ای خویش می پردازد و بار د کردن، تغییر دادن و یا یافتن تناقضات، غیر ممکن ها، کم ارزش دانستن اطلاعات ورودی و جدید اما متفاوت، به ارزشمند نگاه داشتن سیستم موجود می پردازد. پس برای هر تغییری باید بر روی هر سه انگاره کار کرد تا بتوان با تغییر دادن ارزش و پیش بین و یا طرح مستندات غلط و ناکارآمد بودن آنها، به تدریج عقاید جدیدی را در این سیستم وارد کرد.

منابع

فتی، لادن. (۱۳۸۲). تعیین وضعیت های هویتی و ارتباط آن با سبک های هویتی و افسردگی در

نوجوانان تهرانی. رساله ی دکترا، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

نیل، دیویسون، (۱۹۹۸). آسیب شناسی روانی. ترجمه ی حمیدرضا حسین شاهی برواتی و مهدی

دهستانی (۱۳۸۳). تهران: انتشارات روان. www.SID.ir

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S, et al. (2000). The temple-wisconsin cognitive vulnerability to depression project: lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 403-18.
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie. C. (2004). Does batterer's treatment work? A meta analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023- 1053.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, (1979). Depressogenic assumptions. (eds.) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press 244- 71.
- Beck, A. T. (1964). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York. International University Press.
- Bradley, R., Green, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional metaanalysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214- 2270.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. (2006). The empirical status of cognitive- behavioral therapy: a review of meta- analysis. *Clinical Psychology*.
- Ciarrochi, J. (2004). Relationships between dysfunctional beliefs and Positive and negative indices of well- being: A critical evaluation of the common beliefs survey- 111. *Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 22 (3), 171- 188.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1973). *Hamanistic Psychotherapy: The rational- emotive approach*. New York: Mc Graw- hill.
- Ellis, a. (1991). Rational- emotive treatment of simple phobias. *Psychotherapy*, 28, 452- 456.
- Ellis, A. (2002). The role of irrational beliefs in perfectionism. In G. L. Flett & P. C. Hewitt (Eds), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ellis, A. (2004^ا). How may therapy and Practice of psychotherapy has influenced and changed other psychotherapies. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 22, (2), 79- 83.
- Ellis, A. (2004^ب). Why rational. Emotive behavior therapy is the most comprehensive and effective from of behavior therapy. *Journal of rational Emotive & Cognitive Behavior therapy*. 22 (2), 85- 92.

- Ellis, A., & Dryden, w. (1996). *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer.
- Engels, G. L., Garnefski, N., & Drekstra, R. F. W. (1993). Efficacy of rational- emotive therapy: A quantitative andlysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1083-1090.
- Gonzalez, J. E., Nelson, J. R., et al. (2004). Rational emotive therapy with children and adolescents: met- analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12, 222- 2350.
- Haefel, G. J., Abramson, L. Y., Voelz, Z. R., Metalsky, G. I., Halberstadt, L., Benjamin, M., et al. (2003). Cognitive vulnerability to depression and lifetime history of axis I psychopathology: a comparison of negative cognitive styles (CSQ) and dysfunctional attitudes (DAS). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 3-22.
- Hayes, S., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance*. New York: Guilford.
- Heuzenroeder, L., et al. (2004). Cost- effectiveness of Psychological and Pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and new Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 602- 612.
- Kazantis, N., Deane, E. P., & Ronhan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta- analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189- 202.
- Kazantis, N., Deans, E. P., & Ronan, K, R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 182- 202.
- Liu YL. (2004). The role of perceived social support and dyfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents depressive tendency. *Adolescence*, 37: 823- 34.
- Melmed, R. N. (2003). Mind, body and medicine: An integrative text. *American Journal of Psychiatry*, 160, 605- 606.
- Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R., Ross, M.J. (2007). Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy Research*, 31, 51-69.
- Petrocelli, J. V. (2002). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for general symptomatology: A meta analysis. *Journal for Specialists in Group Work*, 27, 92- 115.
- Rachman, S, (200). Josef Wolpe (1915-1994): Obituary. *American Psychologist* 55 (4), 431- 432.
- Rehm, L. (1977). A self control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.

- Review, 26: 17- 31. Beck AT. (1976). The cognitive therapy of depression. In: Beck AT, (eds.) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press 263- 71.
- Rice, k. G., & Delleo, J. P. (2001). Within- semester stability and adjustment correlates of the Multidimensional Perfectionism Scale. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 34, 146- 156.
- Rotter, J. B. (1970). Some implications of a Social learning theory for the Practice of Psychotherapy. In D. J. Levis (Ed), *Learning approaches to therapeutic behavior change*. Chicago: Aldine. (Also reprinted in Rotter, Chance, & Phares, (1972).
- Sharf, R. S. (2000). *Theories of Psychotherapy and counseling: Concepts and Cases*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Smith, W. T. & Houstonkent, B. (1983). Irrational beliefs and arousal of emotional distress. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 3, No. 2.,
- Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behavior therapy is an effective treatment for schizophrenia? *Behavior Research & Therapy*, 42, 1377- 1401.
- Walen., DiGiuseppe, & Dryden., (1992). *A Practitioner's Guid to Rational-emotive Therapy (2nd Edition)*. Oxford: University Press.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159- 1650.
- Watson, P. J. Sherbak, J. & Morris, J. (1998). Irrtional beliefs, individualism-collectivism, and adjustment. *Personality- and- individual differences*, vol. 24 (2). PP. 173- 179.
- Weich, S., Churchill, R., Lewis, G. (2003). Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorder*, 75, 269-78.
- Weis, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1998). Effects of Psychotherapy with children and adolescents revisited: A metonalysis of treatment outcome studies. *Psychological Balletin*, 117, 450- 468.
- Weissman, A. N., Beck, A. T.(1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale. *Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy*. Chicago: IL.
- Wiebe, R. E., & Mccabe, S. B. (20020). Relationship Perfectionism. Dysphoria and hostile interpersonal Behavior. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 21, 67- 91.
- Wright, J. H.(1988). Cognitive therapy of depression. In A. J. Frances & R. E. Hales (Eds.), *Review of Psychiatry*, Vol, 7, 554- 570. Washington DC: American Psychiatric Press.