

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۳/۱۰

تاریخ تصویب مقاله: ۹۷/۱/۱۸

تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در دختران نوجوان

دکتر غلامرضا رجبی*، شهلا شمعونی اهوازی** و دکتر عباس امان الهی***

چکیده

هدف این پژوهش تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان دختر نوجوان ۱۳ تا ۱۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهر اهواز بود. ۲۰ دانش‌آموز براساس نقطه برش ۲۲ در پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI، رجبی) و راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-5) انتخاب و ۱۰ نفر به صورت تصادفی با گروه آزمایش و ۱۰ نفر به صورت تصادفی با گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه و هر هفته ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش درمان شناختی-رفتاری گروهی قرار گرفت. برای اندازه‌گیری افسردگی از پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان (CDI، رجبی) استفاده شد. یافته‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی به طور معناداری باعث کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است و مقایسه مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نشان داد که این

rajabireza@scu.ac.ir

* دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز

** کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز

*** استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز

درمان توانسته است میزان افسردگی را از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پیگیری کاهش دهد ($p < ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که درمان شناختی-رفتاری یک روش درمان مؤثر در کاهش نشانه‌های افسردگی و کارآمدی دانش‌آموزان دختر است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، افسردگی، دانش‌آموزان دختر.

مقدمه

«اختلال افسردگی»^۱ یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی است که مشخصه آن خلُق افسرده و با احساس غمگینی، اعتمادبه‌نفس پایین و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود؛ افسردگی منجر به از کار افتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷). افسردگی دوره کودکی یک مسئله مهم می‌باشد به طوری که، حدود ۱ تا ۲ درصد کودکان پیش از بلوغ و حدود ۳ تا ۸ درصد نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (نولن - هوکسما و هیل^۳، ۲۰۰۸). افسردگی در دوره نوجوانی با خلُق گرفته مقاوم، خشم، احساس‌های ناامیدی و بی‌ارزشی، واکنش شدید به انتقاد، بی‌قراری، بی‌خوابی یا افزایش خواب، بی‌تصمیمی، شرکت نکردن در فعالیت‌های اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی، مردودی یا ترک تحصیل و... توأم است. در حقیقت، اگر افسردگی در این دوره سنی درمان نشود، می‌تواند به سوء مصرف مواد اعتیادزا و رفتارهای خودکشی (بیرماهر، برنت و بسون^۴، ۱۹۹۴، برگرفته از رجیبی، ۱۳۸۶)، عوامل خطر ساز برای شکل‌گیری افسردگی در نوجوانان فشار روانی و سیگار کشیدن (رایان، بیوک-انتیچ و آمبروسینی^۵، ۱۹۸۷)، از دست‌دادن

^۱ - depression

^۲ - Sadok & sadok

^۳ -Nolen-Hoeksema & Hilt

^۴ - Birmaher, Brent, & Benson

^۵ - Rayan, Puig, Antich, & Ambrosini

والدین یا فرد مورد علاقه (لوینسون، رودی و سلی^۱، ۱۹۹۸)، شکست در روابط عشقی (مونرو، رودی و سلی^۲، ۱۹۹۹) و سوء مصرف دارو یا نادیده گرفته شدن (براون، کوهن و انسون^۳، ۱۹۹۹)، منجر شد. از ۱۴ سالگی میزان شیوع افسردگی به شدت افزایش می‌یابد به گونه‌ای که از این سن تا بزرگسالی این میزان به ۱۵ درصد می‌رسد (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۸). در دوره نوجوانی «فشارزاهای^۴» مختلف شکل‌گیری هویت، ظاهر شدن علاقه جنسی، جد شدن از والدین و شروع تصمیم‌گیری برای اولین بار، همراه با دیگر تغییرات فیزیکی، شناختی و هورمونی می‌توانند منجر به افسردگی شوند. این فشارزاهای عموماً برای دختران و پسران متفاوت هستند و ممکن است با افسردگی در دختران بیشتر در ارتباط باشند. برخی از مطالعات نشان می‌دهد که دانش‌آموزان دختر دبیرستانی نسبت به دانش‌آموزان پسر به‌طور معناداری میزان بالاتری از اختلال‌های افسردگی، اضطراب، خوردن و سازگاری را نشان دادند (تونیک و نولن-هوکسما^۵، ۲۰۰۲؛ تاچاکی، روبرتس و سوزوکی^۶، ۱۹۹۴؛ نجاریان، ۱۳۷۳، به نقل از رجیبی، ۱۳۸۶).

در این زمینه تحقیقات متعددی صورت گرفته است که در زیر به آن‌ها اشاره شده است. رجیبی و کارجوکسمایی (۱۳۹۱) دریافتند که درمان عقلانی-عاطفی الیس باعث افزایش سلامت روان (کاهش افسردگی، اضطراب، شکایات بدنی و بدکارکردی اجتماعی) نوجوانان پسر می‌شود. خدایاری فرد و پرند (۱۳۹۰) در یک مطالعه موردی با یک آزمودنی ۱۷ ساله با افسردگی شدید نشان داد که ترکیب فنون شناختی-رفتاری با تأکید بر خانواده درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوان مؤثر است. تعدادی از مطالعات نشان دادند که شناخت درمانی گروهی و درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش

¹ - Lewinson, Rode, & Seeley

² - Monroe, Rohde, & Seeley

³ - Brown, Cohen, & Johnson

⁴ - stressor

⁵ - Twenge, Nolen, & Hooksema

⁶ - Takechi, Roberts, & Suzuki

نشانه‌های افسردگی نوجوانان مؤثرند (نظری و اسدی، ۱۳۹۰؛ رنجبر، اشک تراب و دادگری، ۱۳۸۹؛ آقایی، جلالی و امین‌زاده، ۱۳۸۸؛ آخوند مکه‌ای، ۱۳۷۶؛ فریزر و گیلهام^۱، ۲۰۰۲). لوینسون، کلارک، هویز و اندریوز^۲ (۱۹۹۹)، در یک بررسی فراتحلیل از شش مداخله شناختی-رفتاری کنترل شده بر افسردگی نوجوانان خبر از تأثیر گسترده این روش روان درمانی و بهبود ۶۳ درصد از بیماران را دادند. آسارنو و اسکات^۳ (۱۹۹۹) نشان دادند که نشانه‌های افسردگی در کودکانی که با ترکیب خانواده درمانی و شناختی-رفتاری تحت درمان قرار گرفته بودند، در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافته است. رجبی، ستوده ناوردی و خجسته مهر (۱۳۸۹) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری گروهی منجر به کاهش افسردگی در زنان متاهل می‌شود. رجبی، کارجو کسمایی و جباری (۱۳۸۹) نشان دادند که درمان شناختی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی در زوج‌های متاهل می‌شود. یک کارآزمایی بالینی با استفاده از تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری نشان داد که تکنیک‌های این نوع درمان باعث تسکین بیماران با اختلال‌های اضطرابی، افسردگی یا سازگاری می‌شود، اما ممکن است جلسات طولانی برای بیماران با بیماری پیشرفته با انرژی، حافظه یا تمرکز پایین نامناسب باشد (اندرسون، واتسون و دیدسون^۴، ۲۰۰۸). تعدادی از محققان دریافته‌اند که شرکت‌کنندگان در جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی به‌طور معناداری در پایان مداخله و پیگیری‌های ۳ و ۶ ماهه کاهش‌هایی را در اختلال خلق نشان دادند (لایدلاو و همکاران، ۲۰۰۸). کاتر^۵ (۲۰۰۵) نشان داد که رویکرد شناختی-رفتاری گروهی باعث افزایش سلامت روان نوجوانان می‌شود.

¹ - Freres & Gillham

² - Clarke, Hops, & Andrews

³ - Asarnow & Scott

⁴ - Anderson, Watson, & Davidson

⁵ - Cather

مطالعات فراتحلیل نشان می‌دهند که درمان شناختی در درمان بیماران افسرده عمده یک قطبی مؤثر است (راش، بک، کواکس و هولون^۱، ۱۹۷۷؛ راپکی، بلیک و رینفرو^۲، ۲۰۰۶). چند مطالعه دیگر نشان داده‌اند که درمان شناختی مؤثرتر از «دارونما»^۳ است (راپکی و همکاران، ۲۰۰۶؛ مورفی، سیمونز و ویتزل^۴، ۱۹۸۴). در دو مطالعه جامع فراتحلیل نشان داده شد که درمان شناختی همانند درمان بین فردی یا روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مدیریت افسردگی مؤثر است. این دو مطالعه نشان دادند که درمان شناختی در مدیریت افسردگی یک قطبی ملایم تا متوسط از درمان دارویی مؤثرتر است (گلوگان، کوتراکس و کاجرات و بلاک بورن^۵، ۱۹۹۸؛ دبسون^۶، ۱۹۸۹). یک مطالعه فراتحلیل (از چهار مطالعه) با ۱۶۹ بیمار با تشخیص افسردگی عمده نتایج مشابه را برای داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای و درمان شناختی نشان دادند (دی رابیس، گلفاند، تانگ^۷ و سیمونز، ۱۹۹۸). دیوید، سزنتاگوتای، لاپا و کوسمن^۸ (۲۰۰۸) نشان دادند که روش‌های «درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری»^۹ الیس، «درمان شناختی»^{۱۰} بک و دارو درمانی (فلوکستین^{۱۱}) در کاهش نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده مؤثرند. محمدی، نجفی، دهشیری و نیکبخت (۱۳۹۱) دریافتند که درمان‌های شناختی-رفتاری فردی و گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری مؤثر بوده است. «رکتور»^{۱۲} و بک (۲۰۰۱) در یک فراتحلیل دریافتند که به کارگیری فنون

¹ - Rush, Beck, Kovacs, & Hollon

² - Rupke, Blecke, & Renfrow

³ - placebo

⁴ - Murphy, Simons, & Wetzal

⁵ - Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blukburn

⁶ - Dobson

⁷ - DeRubeis, Gelfand, Tang, & Simons

⁸ - David, Szentagotai, Lupu, & Cosman

⁹ - Rational-Emotive-Behavior Therapy

¹⁰ - cognitive therapy

¹¹ - Fluoxetine

¹² - Rector

درمان شناختی-رفتاری اثر قابل توجه‌ای در کاهش نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطراب دارد. و اویی و سولیوان^۱ (۱۹۹۹) براساس یک طرح تجربی و درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش افسردگی بر روی بیماران افسرده بالینی غیربیمارستانی نشان داده دادند که میزان افسردگی، تفکرات خودکار و نگرش‌های کژکار در سه مرحله زمانی (خط پایه، میانه و پایان درمان) کاهش معنی‌داری را داشته است، به‌ویژه از خط پایه به میانه درمان.

تعدادی از مطالعات کارآمدی درمان شناختی-رفتاری را برای بهبود افسردگی نشان داده‌اند (اویی و سولیوان، ۱۹۹۹؛ دی رایس و فیلی^۲، ۱۹۹۰). یافته‌های عمومی این را بیان می‌کنند که درمان شناختی-رفتاری برای درمان افسردگی یک تکنیک و یک جایگزین مناسب برای درمان‌های دارویی و بین فردی است. این درمان یک مداخله روانشناختی است که هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساس‌ها، رفتارها و نشانه‌های فیزیکی درمان‌جویان است (موری و گریر^۳، ۲۰۰۸؛ هولن، ۱۹۹۸؛ دین^۴، ۲۰۰۸). هدف تکنیک‌های شناختی شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل افسردگی و مشکلات روانشناختی و خانوادگی و روش‌هایی برای حفظ این تکنیک‌هاست. این درمان، بر زمان حال و افکار و رفتارهای اینجنا و اکنون تمرکز دارد. این درمان از نظریه شناختی آرون بک اقتباس شده است (بک، ۱۹۶۴). در طی سال‌ها فرم‌های گوناگونی از درمان شناختی-رفتاری توسط نظریه پردازان شاخص از جمله آلبرت الیس^۵ (۱۹۶۵)، دونالد مایکنام^۶ (۱۹۷۷) و آرنولد لازاروس^۷

1- Oei & Sullivan

2- Feeley

3- Moorey & Greer

4- Dien

5- Albert Ellis

6- Donald Meichenbaum

7- Arnold Lazarus

(۱۹۷۶) گسترش یافته‌اند. درمان شناختی-رفتاری یک روش درمانی مرکب از دو رویکرد رفتار درمانی و درمان شناختی است. هدف درمان و آموزش این است که درمان‌جویان به شیوه‌ای بتوانند تغییرات مطلوبی را در زندگی‌شان ایجاد کنند (وایت^۱، ۲۰۰۰). از ویژگی‌های این روش درمانی می‌توان کاربرد تکالیف منزل و پایین‌بودن احتمالی برگشت افسردگی را ذکر کرد (بارنز و اسپانگلر^۲، ۲۰۰۰؛ تیسدل، سیگل، ریدج وی، سولسی و لو^۳، ۲۰۰۰).

تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورهای فرهنگ‌ها دیده شده که کاهش سلامت روان و شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان است. دلایل این تفاوت، می‌تواند ناشی از تفاوت‌های هورمونی، تفاوت فشارهای روانی-اجتماعی زنان و مردان و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته شده (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷) باشد. نوجوانان دختر در دوره نوجوانی با مشکلات فیزیولوژیک، بحران هویت و سازگاری روانشناختی و تحصیلی مواجه می‌شوند و این مشکلات می‌تواند سلامت روان آنها را تحت تأثیر قرار دهد. افزایش موفقیت تحصیلی و ایجاد روحیه‌ای با نشاط و سالم از ویژگی‌های یک دختر نوجوان در جامعه است. از سوی دیگر، خطرات احتمالی، مانند انزوا، ترک تحصیل، فرار از منزل و خودکشی عامل‌های به انحطاط کشیدن نوجوان و دور شدن آنها از سلامتی است؛ زیرا که دختران به لحاظ عاطفی نسبت به پسران حساس‌تر هستند و در برابر شرایط دشوار زندگی ممکن است شکننده‌تر باشند و رسیدگی به مشکلات آنها در اسرع وقت می‌تواند از پیامدهای ناگوار بعدی جلوگیری کند و آنها را در یک مسیر مناسب سازگاری خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی هدایت کند. باتوجه به مطالب فوق فرضیه زیر مطرح شد:

¹ - White

² - Burns & Spangler

³ - Teasdale, Segal, Ridgeway, Soulsby, & Lau

درمان شناختی-رفتاری گروهی (CBT) باعث کاهش نشانه‌های افسردگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و مرحله‌پی‌گیری در نمونه مورد مطالعه می‌شود.

روش

پژوهش حاضر نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر نوجوان ۱۳ تا ۱۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهر اهواز بود. در این پژوهش از ۵۰ دختر نوجوان مراجعه‌کننده ۲۰ نفر براساس معیارهای تشخیص‌گذاری اختلال افسردگی (DSM-5) و نقطه برش ۲۲ در «پرسشنامه افسردگی کودکان»^۱ (CDI، رجبی، ۱۳۸۶)، انتخاب شدند، که از این تعداد ۱۰ نفر به صورت تصادفی به گروه آزمایش و ۱۰ نفر به گروه کنترل جایگزین شدند. هر دو گروه به صورت جداگانه در قبل و بعد از مداخله و در مرحله پی‌گیری با پرسشنامه افسردگی کودکان مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. گروه آزمایش، ۱۲ جلسه و هر هفته ۲ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی-رفتاری گروهی بودند و برای گروه کنترل فقط یک جلسه درخصوص آشنایی و ارائه بعضی از مسائل دوره نوجوانی و پرسش و پاسخ برگزار شد.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) یک ابزار خود-گزارشی ۲۷ ماده‌ای که توسط کواکس^۲ در سال ۱۹۸۱، برای کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله تدوین شده و پاسخ به هر ماده این ابزار براساس طیف لیکرت سه رتبه‌ای درجه‌ای از نمره صفر (گاهی) تا نمره ۲ مرتب شده است. حداقل و حداکثر نمره پرسشنامه

^۱ - Children Depression Inventory (CDI)

^۲ - Kovacs

به ترتیب صفر و ۵۴ می‌باشد و نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالای افسردگی شرکت‌کننده است (رجبی، ۱۳۸۶). اسماکر، گرای هید و گرین^۱ (۱۹۸۶) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ، بازآزمایی و همبستگی نمره کل با تک‌تک ماده‌های CDI رضایت‌بخش و معنی‌دار؛ فریگریا، پستی، مولتینی، سیندر و باتاگالیا^۲ (۲۰۰۱) و دونلی و ویلسون^۳ (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ گزارش کردند. تقوی و مزیدی (۱۳۸۴) در شش شهر بزرگ ایران نشان دادند که پرسشنامه افسردگی کودکان از پایایی درونی رضایت‌بخشی برخوردار است. رجبی (۱۳۸۶) در یک تحلیل عاملی بر روی CDI به شش عامل با ۴۷/۵۳ درصد واریانس (افسردگی عمومی، سرزنش و گناه، بی‌قراری، احساس تنهایی، یأس و ناامیدی و بی‌ارزشی) دست یافت. او ضریب همبستگی بین پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) با فرم مقیاس افسردگی کودکان نجویان (۱۳۷۳) در کل نمونه ۰/۳۶ (P < ۰/۰۱)، ضرایب پایایی باز-آزمایی ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آورده است.

روند اجرای پژوهش

به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۵ ساله شهر اهواز از مراجعه‌کنندگان به مراکز آموزش و پرورش ناحیه ۲ که با مشکل افسردگی مراجعه کردند آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان گرفته شد، که از میان ۲۰۰ نفر مراجعه‌کننده فقط ۵۰ نفر در این پرسشنامه نمره بالاتر از نقطه برش ۲۲ گرفته بودند، انتخاب شدند. در مرحله بعد از این تعداد ۲۰ نفر براساس مصاحبه تشخیصی DSM-5 که توسط یک روانشناس بالینی (نویسنده اول) اجرا شد به‌عنوان افراد افسرده تشخیص داده شدند. سپس ۲۰ نفر به‌صورت تصادفی و یکی در

¹- Smucker, Graighead, & Green

²- Frigeria, Pesenti, Molteni, Sinder, & Battaglia

³- Donnelly & Wilson

میان براساس قرعه‌کشی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل گمارش شدند. البته همه نکات اخلاقی پژوهش رعایت شد و همه این موارد با رضایت کامل براساس یک تعهدنامه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمانی شناختی-رفتاری گروهی هر هفته در دو نوبت یک ساعت و سی دقیقه‌ای برگزار شد. ضمناً هر دو گروه قبل از مداخله درمانی و بعد از اتمام جلسه‌ها و یک ماه بعد از پایان جلسه آخر که همان دوره پی‌گیری بود با پرسشنامه‌های افسردگی کودکان و نوجوانان مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری با رعایت پیش فرض‌های آن از طریق بسته نرم‌افزار آماری برای علوم اجتماعی (۲۱-SPSS) استفاده شد.

خلاصه طرح درمانی شناختی-رفتاری گروهی (مونز، آگیلار-گاژیولا و گازمن^۱، ۲۰۰۷) جلسه مقدماتی: برقراری ارتباط، اعتماد و حسن تفاهم، آشناکردن مراجع با شناخت درمانی، بررسی تجربه‌های افسردگی مراجع، توانایی‌ها، تاریخچه درمانی، حمایت کنونی، تعیین روز و زمان جلسات درمانی. جلسه اول: مفهوم سازی و برنامه‌ریزی برای درمان، آموزش به مراجع درباره این اختلال، مدل شناختی، روند درمان، عادی نشان دادن مشکل مراجع و امیددادن به او، تعیین و شناسایی انتظارات مراجع از درمان، بحث درباره، چطور افکار شما بر خلق شما تأثیر می‌گذارد؟ بررسی و یادگیری درباره اینکه افسردگی چیست؟ معنی افسرده‌شدن چیست؟ تجارب تصویری از افسردگی، کمترکردن یا حذف احساس‌های افسردگی و ارائه تکایف خانگی شامل رسم دماسنج خلق، زمان‌بندی و یا بازبینی فعالیت‌ها. جلسه دوم: معرفی کامل افسردگی، بحث درباره چطور افکارمان بر خلقمان تأثیر می‌گذارد، بحث درباره افکار چه هستند، مردم با فکر افسردگی چطور هستند، چگونه

¹- Munoz , Aguilar, & Guzman

و چه افرادی فکر افسرده ندارند؟ تعریف افکار چه هستند، تمرین افکار مثبت به جای افکار منفی، مهارت‌های شناختی-رفتاری، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق، تهیه فهرست خطاهای شناختی و افکار مثبت و منفی. جلسه سوم: کمک به بیمار در انتخاب شکل یا هدفی که بر آن تمرکز می‌کند، تقویت مدل شناختی و شناسایی افکار خود آیند، آشنا کردن بیشتر مراجع با شناخت درمانی، گسترش و بهبود افکار و کاهش افکار و احساس بد، ارائه تکالیف خانگی شامل رسم نمودار دماسنج خلق و تمرین افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی. جلسه چهارم: چطور افکار بر خلق شما تأثیر می‌گذارد، ایجاد تغییراتی در رفتار یا تفکر بیمار، کار برگ ارتباط با جلسه گذشته، مرور تکلیف منزل در هر جلسه، چطور کنش ما بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ ارائه تکالیف خانگی شامل رسم نمودار دماسنج خلق و تمرین افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی. جلسه پنجم: چطور فعالیت‌های ما بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ مناظره در افکار منفی، یادآوری تجارب ناگوار مراجع، شکستن چرخه بدبختی، مرور تکلیف منزل در هر جلسه. جلسه ششم: چطور فعالیت‌های ما بر خلق شما تأثیر می‌گذارد، چطور روابط بر خلق شما تأثیر می‌گذارد؟ چطور کنش ما بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق و فهرست فعالیت‌های خوشایند. جلسه هفتم: چطور ارتباط شما بر خلق شما تأثیر می‌گذارد؟ بررسی فعالیت‌های لذت بخش، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق، نظارت بر برنامه فعالیت‌های هفتگی. جلسه هشتم: چطور روابط شما بر خلق شما تأثیر می‌گذارد؟ انتخاب اهداف مشخص توسط درمانگر و مراجع و انجام آن‌ها، اجرای اهداف واقع بینانه، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق، برنامه فعالیت‌های هفتگی، مدیریت زمان و فهرست اهداف شخصی. جلسه نهم: آموزش مهارت ارتباطی، تفکیک دنیای عینی و ذهنی، تمایز فکر از واقعیت، راهبردهایی جهت حمایت اجتماعی، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق، مرور و درک افسردگی، مرور افکار و فعالیت‌ها و روابط (خانواده-دوستان و دیگران) که به بهبود خلق کمک کند، رسم دماسنج خلق. جلسه دهم: تشخیص موانع و

رسیدن به اهداف، انتخاب تمرین‌هایی در زمینه غلبه بر افسردگی، چگونگی تلاش برای فراگرفتن احساس بهتر، بودن با دیگران. شناسایی راهبردها برای حفظ درمان و جلوگیری از عود و رسم دماسنج خلق. آماده‌سازی برای پایان درمان و مروری بر نشانه‌های افسردگی. جلسه یازدهم: مرور مباحث بحث شده در جلسه دهم، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج، آموزش بهبود روابط، بحث درباره، چگونه فکر می‌کنید؟ چگونه احساس می‌کنید؟ و چگونه عمل می‌کنید؟ که همه می‌توانند به احساس بهتر شما کمک کنند، یادگیری قاطع‌بودن، یادگیری مهارت‌های ارتباطی و یادگیری اینکه می‌توانید تصمیم بگیرید که تغییر کنید. جلسه دوازدهم: مرور مباحث بحث شده در جلسه یازدهم، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج، تمرین قاطع‌بودن، تماس با دیگران برای خلق شما مهم است، حفظ روابط سالم با دیگران و روابط می‌تواند به بهبود زندگی شما کمک کند. در آخر، مرور اجمالی از کلیه جلسه‌ها.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیر میزان افسردگی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

مرحله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شاخص گروه	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
آزمایش	۲۹/۲۰ (۸/۷۱)	۵/۹۰ (۱/۵۲)	۹/۸۰ (۴/۱۰)
کنترل	۳۲/۸۰ (۴/۲۶)	۳۰	۳۱/۵۰ (۴/۹۷)

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین متغیر میزان افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از پیش‌آزمون (۲۹/۲۰) به پس‌آزمون (۵/۹۰) و پیگیری

(۹/۸۰) کاهش یافته است. مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری از جمله «نرمال بودن»^۱، «آزمون همگنی واریانس‌های لون»^۲ و همسانی ماتریس کوواریانس میان گروه‌ها (آزمون موشلی^۳) نشان داد که مفروضه توزیع متغیر این پژوهش با استفاده از «آزمون نرمال بودن کلموگروف اسمیرنوف»^۴ در گروه‌های آزمایش (پیش‌آزمون: $Z = ۰/۴۶$, $P = ۰/۹۸۲$ ؛ پس‌آزمون: $Z = ۰/۷۱$, $P = ۰/۶۸۵$) و پی‌گیری: $Z = ۰/۶۲$, $P = ۰/۸۳۷$) و کنترل (پیش‌آزمون: $Z = ۰/۶۴$, $P = ۰/۸۰۵$ ؛ پس‌آزمون: $Z = ۰/۶۷$, $P = ۰/۷۵۳$ و پی‌گیری: $Z = ۰/۳۷$, $P = ۰/۹۹۹$) و مفروضه آزمون‌های همگنی واریانس‌های لون گروه‌های آزمایش و کنترل (پیش‌آزمون: $F = ۶/۹۵$, $P < ۰/۰۱۷$ ؛ پس‌آزمون: $F = ۱۳/۸۱$, $P < ۰/۰۰۲$ و پی‌گیری: $F = ۰/۵۲$)، فقط برای مرحله پی‌گیری (به واسطه اینکه حجم دو گروه برابر است تخطی از این مفروضه مشکل‌ساز نیست) رعایت شده است (گلاس و استانلی^۵، ۱۹۷۶، ترجمه: اسفندیاری و عابدی، ۱۳۶۶). مفروضه سوم، یعنی، آزمون موشلی بیانگر ناهمگونی ماتریس کوواریانس داده‌هاست ($\chi^2 = ۱۳/۰۴$ ، $P \leq ۰/۰۰۱$) (p). باتوجه به معنی‌دار شدن این مفروضه از آزمون محافظه کارانه گریس هاوس-کیزر^۶ برای بررسی فرضیه درون آزمودنی‌ها استفاده شد (واینر^۷، ۱۹۶۲).

¹ - normality

² - Levene's homogeneity of variances test

³ - Mauchly's test

⁴ - Kolmogorov-Smirnov normality test

⁵ - Glass & Stanley

⁶ - Greenhouse-Geisser test Sphericity

⁷ - Wineer

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس ۲×۳ با اندازه‌های تکراری بر روی مراحل سه گانه مداخله درمانی بر کاهش افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل

سطح P	F مشاهده شده	میانگین مجموع مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
$P < 0/001$	۹۰/۶۷	۴۲۸۴/۱۵	۱	۴۲۸۴/۱۵	بین آزمودنی‌ها: گروه
		۴۷/۲۴	۱۸	۸۵۰/۴۳	آزمودنی‌های درون گروه‌ها
$P < 0/001$	۵۲/۸۵	۱۳۵۷/۰۹	۱/۳۰	۱۷۶۷/۲۳	درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله درمانی
$P < 0/001$	۴۰/۷۰	۱۰۴۵/۰۶	۱/۳۰	۱۳۶۰/۹۰	گروه‌ها × مراحل مداخله درمانی
		۲۵/۶۷	۲۳/۴۴	۶۰۱/۸۶	آزمودنی‌های درون گروه‌ها × مراحل مداخله درمانی

همان‌طور که از مندرجات جدول ۲ مشاهده می‌شود، F مشاهده شده عامل گروه‌ها برابر با ۹۰/۶۷ است، که در سطح آماری $P < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد. این یافته بیانگر این است که درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش میزان افسردگی گروه آزمایش نسبت به کنترل مؤثر بوده است. F مشاهده شده مراحل مداخله درمانی بر کاهش میزان افسردگی برابر با ۵۲/۸۵ است، که در سطح آماری $P < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین مراحل سه‌گانه درمان شناختی-رفتاری گروهی در دانش‌آموزان دختر بر کاهش میزان افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در این زمینه دو تحلیل جداگانه واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری برای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله مداخله درمانی انجام شد، که نسبت F مشاهده شده برای گروه آزمایش برابر با ۵۲/۶۴ ($P < 0/001$) و برای گروه کنترل برابر با ۱/۷۲ ($p = 0/218$) به دست آمده است. برای اینکه دقیقاً معلوم شود که بین کدامیک از مراحل مداخله آموزشی در دانش‌آموزان دختر در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد از آزمون مقایسه بنفرونی استفاده شد. مقایسه‌ها در گروه آزمایش (CBT) نشان داد که بین مرحله پیش‌آزمون و مرحله پس‌آزمون، بین مرحله پیش‌آزمون و مرحله پیگیری و بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری در

میزان افسردگی تفاوت معنادار دیده می‌شود (جدول ۳). مقایسه‌های جفتی در گروه کنترل نشان داد که بین مرحله پیش‌آزمون و مرحله پس‌آزمون، بین مرحله پیش‌آزمون و مرحله پیگیری و بین مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری تفاوت وجود ندارد. با توجه به نتایج این جدول می‌توان گفت که درمان گروهی CBT در گروه شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش مؤثر بوده است. همچنین، تعامل بین گروه‌ها و مراحل سه‌گانه مداخله درمانی بر کاهش میزان افسردگی ($P < 0/001$, $F = 40/70$) معنی‌دار می‌باشد (نمودار ۱).

جدول ۳. نتایج مقایسه میانگین‌های جفتی بونفرونی مراحل درمانی سه‌گانه بر کاهش میزان افسردگی

گروه	مقایسه‌ها	تفاوت میانگین q	بحرانی q
گروه آزمایش	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	$29/20 - 5/90 = 23/30^*$	$P < 0/001$
	پیش‌آزمون و پیگیری	$29/20 - 9/80 = 19/40^*$	$P < 0/001$
	پس‌آزمون و پیگیری	$5/90 - 9/80 = - 3/90^*$	$P < 0/036$
گروه کنترل	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	$32/80 - 31/30 = 1/50$	$p = 0/507$
	پیش‌آزمون و پیگیری	$31/50 - 32/80 = 1/30$	$p = 0/693$
	پس‌آزمون و پیگیری	$31/50 - 31/30 = 0/20$	$p = 1$



نمودار ۱. تعامل گروه‌ها و مراحل سه‌گانه درمان CBT بر کاهش میزان افسردگی همان‌طور که از نمودار ۱ ملاحظه می‌شود، در کل میانگین نمره‌های گروه آزمایش (CBT) بر کاهش میزان افسردگی از میانگین نمره‌های گروه کنترل در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پایین‌تر است و یک نمودار رتبه‌ای را تشکیل داده است،

یعنی، میزان افسردگی دختران گروه درمان CBT در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه پژوهش، یعنی، درمان شناختی-رفتاری گروهی (CBT) باعث کاهش نشانه‌های افسردگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و مرحله پیگیری در نمونه مورد مطالعه می‌شود، مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های به دست آمده نشان دادند که این روش درمانی (مداخله‌های شناختی-رفتاری) در تخفیف و کاهش نشانه‌های افسردگی، مانند غم و غصه، دل‌نگرانی‌ها و دلواپسی‌ها، شوروهیجان‌های بی‌مورد، کرحتی‌ها و بی‌حالی‌ها از یک سوء مؤثر باشد و ازسوی دیگر توانسته است کارکردهای اجتماعی در دختران نوجوان را افزایش دهد، که منجر به روحیه شاد و بشاش آن‌ها در فرآیند آموزش و زندگی اجتماعی شده است. به‌این معنی این درمان توانسته است به دانش‌آموزان افسرده کمک کند تا افسردگی‌شان بهبود پیدا کند. مطالعه دیوید و همکاران (۲۰۰۸) درباره کارآمدی سه روش درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری الیس، درمان شناختی بک و دارو درمانی (فلوکستین) در کاهش نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده؛ پژوهش رجبی و کارجوکسمایی (۱۳۹۱) و رجبی و خدایی (۱۳۸۶)، درباره تأثیر درمان عقلانی-عاطفی الیس بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر و دختر شهرهای اهواز و ایلام؛ پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۱) درباره مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری فردی و گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی؛ خدایاری فرد و پرند (۱۳۹۰) درباره تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری با تأکید بر خانواده درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوان؛ نظری و اسدی (۱۳۸۹) در مورد تأثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان نوجوان؛ رنجبر و همکاران (۱۳۸۹)؛ آقایی و همکاران (۱۳۸۸)؛ آخوند مکه‌ای (۱۳۷۶)؛ رکتور و بک (۲۰۰۱) و فریزر و گیلهم (۲۰۰۲) خبر از تأثیر گسترده درمان

شناختی-رفتاری و بهبود ۶۳ درصد از بیماران را داده‌اند. آسارنو و اسکات (۱۹۹۹) با استفاده از ترکیب درمان شناختی-رفتاری و خانواده درمانی درباره تعدادی از دانش‌آموزان افسرده دریافتند که نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزانی که با روش خانواده درمانی و درمان شناختی-رفتاری تحت درمان قرار گرفته بودند، به‌طور معناداری کاهش یافت. لوینسون و همکاران (۱۹۹۰) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر روی نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده است. دیگر نظریه پردازان مکانیسم‌های مفصل‌تری را به این صورت بیان کرده‌اند که متغیرهای شناختی ممکن است با رشد نشانه‌های افسردگی در ارتباط باشند. لایدلا و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که CBT می‌تواند یک مداخله درمانی فعال در کاهش نشانه‌های افسردگی در ۳ ماه بعد از پایان مداخله باشد. به‌علاوه، پارکر، کرافورد و هدیز-پاولویک^۱ (۲۰۰۸) از برتری درمان شناختی نسبت به درمان دارویی خبر می‌دهند.

یافته به‌دست آمده دیگر این بود که پیامدهای مثبت مداخله درمانی CBT هنوز تا یک ماه پس از جلسات درمانی به قوت خود باقی بود که این تأثیر جلسات گروهی را در کاهش نشانه‌های افسردگی در زنان نشان می‌دهد. به‌عبارت‌دیگر، بازسازی افکار در زمان درمان و بعد از آن به‌صورت فردی باعث افزایش خلق مثبت به زندگی و دیگر افراد خواهد شد. (جدول ۳ و نمودار ۱). باید خاطر نشان کرد که میانگین میزان افسردگی گروه آزمایش در مرحله پی‌گیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تا حدودی افزایش یافته است، اما هنوز آثار جلسه‌های درمان مشاهده می‌شود.

به‌هرحال، افسردگی نوجوانان به‌طور روزافزونی به‌عنوان یک وضعیت ناتوان‌کننده رایج شناخته شده است. امروزه نظر روان‌شناسان آن است که در حدود ۳ تا ۸ درصد نوجوانان افسرده تشخیص داده شده‌اند (نولن-هوکسما و هیلت، ۲۰۰۸). عوامل خطر ساز

^۱ - Parker, Crawford, & Hadzi-Pavlovic

برای شکل‌گیری افسردگی در نوجوانان فشار روانی و سیگار کشیدن (رایانو همکاران، ۱۹۸۷)، از دست‌دادن والدین یا فرد مورد علاقه (لویسون و همکاران، ۱۹۹۸)، شکست در روابط عشقی (مونرو و همکاران، ۱۹۹۹) و سوء مصرف دارو یا نادیده گرفته شدن (براون و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از رجبی، ۱۳۸۶) هستند.

عمده‌ترین محدودیت این پژوهش این است که نمونه، محدود به دختران یک ناحیه آموزش و پرورش شهر اهواز است و امکان تعمیم نتایج به جامعه نواحی دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. توصیه می‌شود که این مطالعه در جمعیت‌ها و سنین دیگر هم اجرا شود. پیشنهاد دیگر این است که در برابر دیگر روش‌های درمانی مقایسه شود تا مشاهده نمود کدامیک از دو روش درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثرتر هستند.

به این وسیله از همکاری صمیمانه مدیران مراکز مشاوره ناحیه ۲ آموزش و پرورش شهر اهواز و کلیه دانش‌آموزان دختر که در این پژوهش شرکت کردند و امکان اجرای این پژوهش را میسر کردند، کمال تشکر را داریم. ضمناً این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره با مجوز ۹۳۵۲۲۳۰۳ و تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد.

منابع

۱. آخوند مکه‌ای، زهره. (۱۳۷۶). بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی به روش بک بر کاهش افسردگی نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شاهین شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
۲. آقایی، اصغر؛ جلالی، داریوش و امین‌زاده، مجتبی. (۱۳۸۸). مقایسه اثر بخشی درمان گروه شناختی-رفتاری. فلوکستین و هایپیران در کاهش شدت علائم افسردگی زنان. تحقیقات علوم رفتاری، ۷، ۲، صص. ۱۴۱-۱۳۱.
۳. تقوی، سید محمد رضا و مزیدی، محمد (۱۳۸۴). بررسی روایی و پایایی مقیاس خودسنجی افسردگی (DSRS) برای دانش‌آموزان ایرانی. پژوهش‌های روان شناختی، ۸، ۱ و ۲. صص. ۲۳ - ۳۹.
۴. خدایاری فرد، محمد و پزند، اکرم. (۱۳۹۰). کاربرد مثبت‌نگری در روان درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۵، ۱، صص. ۱-۲۵.
۵. رجبی، غلامرضا و خدایی، ملک حسین (۱۳۸۶). تأثیر مشاوره گروهی با روش درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری بر سلامت عمومی و عزت نفس دانش‌آموزان. مجله مطالعات علوم تربیتی، ۱، ۲، صص. ۳۱-۴۸.
۶. رجبی، غلامرضا؛ ستوده ناورودی، سید امید و خجسته مهر، رضا. (۱۳۸۹). تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش خشنودی زناشویی در زنان. مجله مطالعات زنان، ۸، ۲، صص. ۲۵-۴۲.
۷. رجبی، غلامرضا و کارجو کسمایی، سونا (۱۳۹۱). اثربخشی مشاوره گروهی با روش عقلانی، عاطفی و رفتاری بر مولفه‌های سلامت عمومی در دانش‌آموزان پسر. مجله روانشناسی مدرسه، ۱، ۲، صص. ۵۹-۷۶.
۸. رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی (CDI) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۷، ۲، صص. ۲۳-۴۶.

۹. رجبی، غلامرضا؛ کارجو کسمایی، سونا و جباری، حوا (۱۳۸۹). تأثیر زوج درمانی شناختی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی. *مجله روان شناسی بالینی*، ۴، ۲ (پیاپی)، صص. ۱۷-۹.

۱۰. رنجبر، فرح‌دخت؛ اشک تراب، طاهره و دادگری، آتنا. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸، ۴، صص. ۳۶۶-۲۹۹.

۱۱. گلاس، جین و استانلی، جولین سی (۱۹۷۶). روش‌های آماری در علوم تربیتی و روان شناسی. ترجمه مهتاش اسفندیاری و جمال عابدی (۱۳۶۶). انتشارات دانشگاه تهران.

۱۲. محمدی، کوروش؛ نجفی، محمود و دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی رفتاری فردی و گروهی بر افسردگی نوجوانان. *مجله دستاوردهای روانشناختی*، ۴، ۲، صص. ۱۷۷-۱۹۸.

۱۳. نظری، علی محمد و اسدی، مسعود. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان. فصلنامه دانش و تندرستی، ۶، ۱، صص ۴۴-۴۸.

14. Asarnow, J. R., & Scott, C. (1999). A combined cognitive-behavioral family education intervention for depression in children. *Journal of Clinical Child Psychopathology Review*, 21(1), 47-59.

15. Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.

16. Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

17. Brown, J., Cohn, P., & Johnson, J. G. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1490-1496.

18. Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal Consulting Clinical Psychology*, 68(1), 46-56.



19. Cather, C. (2005). *Functional cognitive-behavioral therapy: A brief, individual treatment functional impairments resulting from psychotic symptoms in schizophrenia*. *Canadian Journal Psychiatry*, 50(5), 258-263.

20. Davidson, B., & Kazmelson, A. (2010). *Comparison parents and social workers assessment of the quality of life of children at risk*. *Journal of Children and Youth Services Review*, 32, 711- 719.

21. Dein, S. (2005). *Cognitive behavioral therapy in the palliative care setting*. *European Journal Palliative Care*, 12, 174-176. In T. Anderson., M. Watson., & R. Davidson. (2008). *The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice: a feasibility study*. *Palliative Medicine*, 22, 814-821.

22. DeRubeis, R. J., Feeley, M. (1990). *Determinants of change in cognitive therapy for depression*. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482. In T. P. S. Oei., L. M. Sullivan. (1999). *Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behavior therapy program*. *Australian New Zealand Psychiatry*, 33 (3), 407-415.

23. DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1998). *Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients*. *Journal Affective Disorder*, 49, 59-72.

24. Dobson, K.S. (1989). *A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression*. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 414-419

25. Donnelly, M., & Wilson, R. (1994). *The dimensions of depression in early adolescence*. *Personality Individual Differences*, 17, 425-430.

26. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.

27. Feldman, B. (2004). *Feldman, B. (2004), Maternal perceptions on the effects of physical and occupational therapy services on care giving com competency*. *Physics Occupied There Pediatric*, 16, 33-54.

28. Freres, D. R., & Gillham, J. E. (2002). Preventing depressive symptoms in middle school students. *Journal of Emergency Mental Health*, 4, 31-40.
29. Frigeria, A., Pesenti, S., Molteni, M., Snider., & Battaglia, M. (2001). Depression symptom as measured by CDI in a population of northern Italian children. *European Psychiatry*, 16 (1), 33-37.
30. Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blukburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal Affective Disorder*, 48, 59-72.
31. Hakin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angel, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.
32. Hollon, S. D. (1998). What is cognitive behavioral therapy and does it work. *Currency Opinion Neurobiol*, 8, 289, 292. In T. Anderson., M. Watson., & R. Davidson. (2008). The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice: a feasibility study. *Palliative Medicine*, 22, 814-821.
33. Kingdom, D., & Dimech, A. (2008). Cognitive and behavior therapies: the state of the art. *Journal of Specific Approaches*, 24, 217-225.
34. Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., & Cross, S. (2008). A ransomed controlled trial of cognitive behavior therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 843-850.
35. Lazarus, A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
36. Lewinsihon, P. M., Rohde, P., & Seeley J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18 (7), 765-794.
37. Lewinson, P. M., Clarke, E. N., Hops, H., & Andrews, I. (1999). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent. *Behavior Therapy*, 27, 385-407.

38. Munoz, R. F, Miranda I. (1986). *Group therapy manual for cognitive-behavior treatment of depression*. San Francisco General Hospital, Depression Clinic. Available from the author. University of California, San Francisco, department of psychiatry.
39. Lowise, A. H., Bowen, K., & Strom, T. (2010). *Climate change and mental health: A causal pathways framework*. *Journal of Public Health*, 55, 123-132.
40. Meichenbaum D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
41. Monroe, S. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (1999). *Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (4), 606-614.
42. Moorey, S., Greer, S. (2002). *Cognitive behavioral therapy for people with cancer*. 2nd ed. Oxford: Oxford University press. In T. Anderson., M. Watson., & R. Davidson. (2008). *The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice: A feasibility study*. *Palliative Medicine*, 22, 814-821.
43. Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D., & Lustman, P. J. (1984). *Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression*. *Archive General Psychology*, 41, 33-41.
44. Nolen, Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2008). *Handbook of depression in adolescents*. New York: Rutledge.
45. Oei, T. P. S., & Sullivan, L. M. (1999). *Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behavior therapy program*. *Australian New Zealand Psychiatry*, 33 (3), 407-415.
46. Parker, G. B., Crawford, J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2008). *Quantified superiority of cognitive behavior therapy to antidepressant drugs: a challenge to an earlier meta-analysis*. *Acta Psychiatrica Scand*, 118, 91-97.

47. Rector, N., & Beck, A. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189, 278-87.
48. Rupke, S. J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *American Family Physician*, 73 (1), 83-86.
49. Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and thermotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy Research*, 1, 17-37.
50. Ryan N. D., Puig-Antich, J., & Ambrosini P. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854-861.
51. Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the children's depression inventory. *Journal American Child Psychology*, 14 (1), 25- 39.
52. Soderstrom, B. G., & Sadock, V. A. (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
53. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 68(4), 615-23.
54. White, J. (2000). *Treating anxiety and stress: A group psycho-educational approach using brief CBT*. 1st Ed. New York: Guilford press.
55. Wineer, B. J. (1962). *Statistical principles in experimental design*. New York: McGraw-Hill. 1962.
56. Williams, J. M. G. (1984). *The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive behavior therapy*. 1st Ed. London: Rutledge.
57. Williams, J. M. G. (1992). *The psychological treatment of depression*. London: Rutledge