

درمانگری افسردگی : تألیف شناخت - رفتار درمانگری گروهی، مهارت آموزی والدین و  
جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین

**Treating Depression : Combining Group Cognitive – Behavior  
Therapy (CBT), Parent Skill Training (PST), and Joint  
Parent-Adolescent Sessions (JPAS)**

Ashkan Nasseh

M. A. in Child & Adolescent  
Clinical Psychology

اشکان ناصح

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی  
کودک و نوجوان

**Abstract**

This study examined the efficacy of group cognitive-behavior therapy, when combined with parent skill training and joint parent-adolescent sessions, in reducing depressive symptoms among Iranian adolescents. 64 high-school students in Tehran, who scored equal or above the Beck Depression Inventory's cut point (10), were assigned to either a treatment or control group. The treatment group received 12 CBT sessions for 6 weeks and their mothers received six sessions of parent skill training. Then five joint parent-adolescent sessions were held for the treatment group. Control group did not receive any treatment. Significant reduction in depressive symptoms resulted from applying the CBT together with PST (before joint sessions). The effectiveness of adding joint parent – adolescent sessions was supported by statistical different between second and third assessment though Beck Depression Inventory. The findings provide practical support for prevention and treatment of adolescents' depressive disorders.

**Key words:** adolescents depressive disorders, group cognitive-behavior therapy, parent skill training, joint parent-adolescents sessions.

**چکیده**

در این پژوهش به بررسی اثربخشی شناخت - رفتار درمانگری گروهی نوجوانان همراه با مهارت آموزی والدین و جلسه‌های مشترک نوجوانان والدین در کاهش نشانه‌های افسرده‌وار نوجوانان ایرانی پرداخته شد. تعداد ۶۴ نفر از نوجوانانی که براساس آزمون افسردگی بک (BDI): بک و استیر، (۱۹۹۳) نمره ۱۰ یا بالاتر کسب کرده بودند انتخاب شدند و به طور مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. نوجوانان مادران آنها ۶ جلسه مهارت آموزی والدین را دریافت کردند. سپس ۵ جلسه مشترک نوجوانان - مادران متمرکز بر تمرین عملی مهارت‌های ارتباطی برای گروه آزمایشی برگزار شد در حالی که در گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. نتایج تحلیلهای آماری نشان دادند که نشانه‌های افسرده‌وار پس از شناخت درمانگری گروهی توأم با مهارت آموزی والدین به طور معناداری کاهش یافتند و معناداری تفاوت میانگینهای پس آزمون نخست و پس آزمون نهایی نیز تأثیر جلسه‌های مشترک والدین - نوجوانان را برجسته کرد. اهمیت عملی یافته‌های پژوهش در قلمرو پیشگیری و درمانگری اختلالهای افسرده‌وار نوجوانان مورد بحث قرار گرفت.

**واژه‌های کلیدی :** اختلالهای افسرده‌وار نوجوانان، شناخت - رفتار درمانگری گروهی، مهارت آموزی والدین، جلسه‌های مشترک والدین - نوجوانان.

Correspondence concerning this article should be addressed to Ashkan Nasseh, Gilan University Electronic mail may be sent to : A.nasseh@yahoo.com

**مقدمه**

در حوزه روان‌شناسی مرضی تحولی<sup>۱</sup>، وجود یا فقدان افسردگی در کودکان و نوجوانان، سالهای متمادی مورد مناقشه بوده است. اما بررسیهای چند دهه اخیر جای تردیدی باقی نگذاشته‌اند که در سنین تحول نیز آدمی نشانه‌ها و وهله‌های افسردگی را در شکل آشکار یا پنهان و به صورت مرضی یا غیر مرضی آن تجربه می‌کند (هارینگتن، ۲۰۰۲). همچنین نتایج پژوهشها حاکی از آنند که اختلالهای افسردگی در خلال کودکی نسبت به بزرگسالی از فراوانی کمتری برخوردارند اما در نوجوانی شاهد افزایش چشمگیر این فراوانی هستیم (دادستان، ۱۳۸۲). چنین به نظر می‌رسد که در ورای تفاوت‌های فردی، بر مبنای آسیب‌پذیریهای شخصی<sup>۲</sup> و بافتاری<sup>۳</sup> خاص دوره نوجوانی، به طور کلی سازمان-یافتگیهای مرضی افسرده‌وار<sup>۴</sup>، از شایعترین اختلالهایی هستند که نوجوانان و به خصوص دختران نوجوان، مستعد ابتلا به آنها هستند (جی و کنگر، ۲۰۰۳). عوامل زیست-شناختی و هورمونی احتمالاً نقشی در این میان دارند، لیکن اعتقاد بر این است که تأثیر آنها در مقایسه با آثار عوامل روان‌شناختی و بافتاری، در بسیاری از موارد در درجه دوم اهمیت قرار می‌گیرد (زاماریا، وامپولد و گرگوری، ۲۰۰۳).

در زمینه تبیین افزایش قابل ملاحظه شمار دختران افسرده نسبت به پسران (تقریباً دو برابر) در سنین نوجوانی نیز فرضیه‌های بسیاری ارائه شده‌اند، اما در حد دانش کنونی غالب مؤلفان بر این باورند که در کنار عوامل زیست‌شناختی احتمالی، تنیدگیهای<sup>۵</sup> وابسته به جنس و مکانیزمهای دفاعی افسردگی‌زا، نقش مهمی در این میان ایفا می‌کنند (الکساندر، ۲۰۰۲).

نشانه‌ها و اختلالهای افسرده‌وار در نوجوانان، احتمال اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و مشکلات رفتاری

و ارتباطی را در حد قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهند و به افت سطح صلاحیت و پیشرفت تحصیلی منجر می‌شوند. افزون بر این، زیان اقتصادی که این اختلال به گونه‌ای مستقیم بر خانواده‌ها و جوامع تحمیل می‌کند نیز بسیار سنگین است (روسن، ۱۹۹۷).

امروزه به واسطه این یافته‌ها و نتایج پژوهشهایی که حاکی از عدم کاهش ارتجالی نشانه‌های افسرده‌وار در شمار قابل ملاحظه‌ای از نوجوانان هستند، و همچنین احتمال به وخامت گراییدن و تداوم این نشانه‌ها تا بزرگسالی، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان این نشانگان<sup>۶</sup> معطوف شده است (آلتوستالا، مارتونن، تولیو - هنریکسون، پویکولاینن و لانگریست، ۲۰۰۲). در این راستا در قلمرو روان‌شناسی مرضی، توجه به نشانه‌های افسرده‌وار زیر - آستانه‌ای<sup>۷</sup> نیز در سایه یافته‌هایی که نمایانگر اهمیت این نشانه‌ها در ایجاد نارسا کنش‌وریهایی مزمن<sup>۸</sup> در جریان تحول و همچنین پدیدایی گستره‌های افسردگی و خیمتر بعدی هستند، بیش از پیش فزونی یافته است (سیوولا و دیگران، ۲۰۰۶).

در حوزه علت‌شناسی<sup>۹</sup> و درمانگری افسردگیهای یک قطبی<sup>۱۰</sup> دوره نوجوانی، تنوع و تعدد دیدگاههای نظری و به تعاقب آن شیوه‌های درمانگری، بسیار است. دیدگاههای روان تحلیل‌گری<sup>۱۱</sup>، رفتارشناسی طبیعی<sup>۱۲</sup>، رفتاری‌نگری<sup>۱۳</sup>، شناختی‌نگری<sup>۱۴</sup>، نظریه اسنادها، الگوهای زیست‌شناختی، مطالعات ژنتیک و ... هر یک از منظری به این پدیده نگریسته و بر مبنای روی آورد<sup>۱۵</sup> خود، به تدوین طرحهای درمانگری خاص پرداخته‌اند. اما با دیدی کلی‌نگر<sup>۱۶</sup>، به نظر می‌رسد این تعدد آراء ناشی از پیچیدگی پدیده مورد بررسی و همچنین ترکیبهای گوناگون عوامل علی در پدیدایی اختلال در هر یک از موارد خاص هستند و شاید بهترین موضع آن باشد که به هر یک از این روی‌آوردها، به عنوان روزنه‌ای بنگریم که پدیده‌ای واحد را از زوایای

1. developmental psychopathology  
2. personal  
3. contextual  
4. depressive  
5. stress  
6. syndrome

7. sub-threshold depressive symptoms  
8. chronic dysfunctions  
9. etiology  
10. unipolar depression  
11. psychoanalysis  
12. ethology

13. behaviorism  
14. cognitivism  
15. approach  
16. holistic

مختلف مورد نظر قرار داده‌اند.

در یک نگاه چند بُعدی‌نگر، افسردگی را می‌توان محصول مشترک و نهایی طیفی از متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی دانست که در نقش عوامل زمینه‌ساز، نگهدارنده، تسریع‌کننده و غیره عمل می‌کنند. اما به نظر می‌رسد که به‌رغم علل مختلف زیست‌شناختی و روان-شناختی، روان‌بنه‌های<sup>۱</sup> فکری و شیوه‌های تفکر و پردازش منفی، در ظهور، گسترش، تداوم یا تشدید نشانه‌های افسردگی با هر علت یا علل زیربنایی، واجد نقشی کلیدی هستند و به همین دلیل پرداختن به آنها جایگاه ویژه‌ای را در درمانگری این اختلال به خود اختصاص داده است، به گونه‌ای که امروزه فنون شناختی-رفتاری، چه در چهارچوب‌های انفرادی و چه در قالب درمانگریهای گروهی، یکی از مؤثرترین و رایجترین مداخله‌های روان-شناختی در حوزه درمان نشانه‌ها و اختلالهای افسرده‌وار نوجوانان محسوب می‌شوند (هارینگتن، ۲۰۰۲).

عوامل محیط خانوادگی نیز در این قلمرو، حائز اهمیت بنیادین هستند. الگوهای تعاملی نارسا و آشفته نوجوانان - والدین، پیش‌بینی کننده نیرومند و همچنین عاملی اساسی در تداوم و به‌خامت‌گراییدن نشانه‌ها و اختلالهای افسرده‌وار در نوجوانان محسوب می‌شوند (هامن، ۱۹۹۱؛ میکوچی، ۱۹۹۸؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

در این چهارچوب، به نظر می‌رسد با وجود محرزبودن اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری<sup>۲</sup> در درمان نشانه‌ها و اختلالهای افسرده‌وار دوره نوجوانی بر مبنای نتایج پژوهشهای متعدد (مانند وود، هارینگتن و مور، ۱۹۹۶؛ گراهام، ۱۹۹۴؛ جی کاکس، ریویچ، گیل هام و سلیگمن، ۱۹۹۴؛ روسلو و برنال، ۱۹۹۹؛ ویرسینگ، اینگار، کولکو، بیرماهر و برنت، ۲۰۰۶)، یک طرح درمانگری که به تألیف دو مؤلفه اساسی یعنی مداخله شناختی-رفتاری و مداخله در سطح خانواده بپردازد نسبت به طرحی که صرفاً از روش شناختی-رفتاری سود جوید، کارآمدتر و مؤثرتر باشد.

پس نظر به اهمیت دوران نوجوانی، آسیب‌پذیری

نوجوانان در برابر افسردگی و شیوع بالای اختلال مذکور در این دوره به ویژه در دختران، نارساییهای وخیم و قابل ملاحظه این اختلال در شکلها و شدتهای مختلف در قلمرو کنش‌وریهایی تحصیلی، اجتماعی، ارتباطی و دیگر زمینه‌های مهم زندگی فرد، ضرورت سازماندهی طرحهای روان درمانگری مؤثر، مدون و جامع‌نگر در قلمرو ساماندهی اختلالهای افسردگی و معادلهای افسرده‌وار در سنین نوجوانی و نیز اجرای طرحهای پیشگیرانه و درمانگرانه در سطح مدارس کشور و همچنین تدارک طرحهای درمانگری بومی شده را محرز می‌سازد. در این راستا در پژوهش حاضر به آزمودن اثربخشی طرح درمانگری مرکب از دو مؤلفه شناخت-رفتار درمانگری گروهی و آموزش والدین<sup>۳</sup> پرداخته شد. اما افزون بر بازآزمایی چنین طرحی، تأثیر افزودن جلسه‌های مشترک والدین-نوجوانان در افزایش اثربخشی طرح درمانگری نیز مورد واری قرار گرفت و کوشش شد تا به پرسشهای زیر پاسخ داده شود:

۱. آیا شناخت-رفتار درمانگری گروهی توأم با مهارت‌آموزی والدین (بدون جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین) نشانه‌های افسرده‌وار را در نوجوانان کاهش می‌دهد؟
۲. آیا شناخت-رفتار درمانگری گروهی، مهارت‌آموزی والدین، توأم با جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین، نشانه‌های افسرده‌وار را در نوجوانان کاهش می‌دهد؟
۳. آیا افزودن جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین، به افزایش اثربخشی شناخت-رفتار - درمانگری گروهی توأم با مهارت‌آموزشی والدین در کاهش نشانه‌های افسرده‌وار نوجوانان منجر می‌شود؟

### روش

این پژوهش به دلیل بررسی تأثیر یک روش درمانگری بر نشانه‌ها و اختلالهای افسرده‌وار دوره نوجوانی، کاربردی محسوب می‌شود و از لحاظ روشی که دنبال می‌کند آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، از دانش‌آموزان دختر ۱۶-۱۴ ساله (پایه‌های تحصیلی اول و دوم) در حال تحصیل در

صحه گذاشته‌اند (از جمله بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). داده‌های به دست آمده در جامعه نوجوانان نیز نتایج مشابهی را نشان داده‌اند (برای مثال کاپلان<sup>۴</sup>، هانگ<sup>۵</sup> و وینهلد<sup>۶</sup>، ۱۹۸۴، باررا<sup>۷</sup> و گری سان<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸ نقل از هارینگتن، ۲۰۰۲). در یکی از جدیدترین بررسیها با BDI، ثبات درونی ۰/۸۹ و ضریب پایایی ۰/۶۷ به دست آمده است (شارپ و لیپسکی، ۲۰۰۲).

ساردوئی (۱۳۷۴) برای هنجاریابی پرسشنامه افسردگی بک در جمعیت نوجوان، این پرسشنامه را در نمونه‌ای متشکل از ۹۰۰ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانهای شهر تهران اجرا کرد. بر مبنای نتایج این پژوهش، پرسشنامه قادر به تفکیک موارد افسرده از غیرافسرده بود. ضریب آلفا برای ثبات درونی، ۰/۷۹ گزارش شد. در بازآزمایی<sup>۹</sup>، همبستگی بین BDI در اجرای بار اول و دوم، ۰/۸۶ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. در بررسی روایی همزمان پرسشنامه افسردگی بک، از فرم کوتاه شده مقیاس افسردگی کودکان (نجاریان، ۱۳۷۳ نقل از ساردوئی، ۱۳۷۴) استفاده شد که ضریب همبستگی حاصل از اجرای همزمان دو آزمون ۰/۷۳ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. همچنین همبستگی هر سؤال با کل آزمون برای هر ۲۱ سؤال پرسشنامه، مثبت و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود.

شناخت - رفتار درمانگری گروهی در این طرح عبارت بود از دوره‌ای مشتمل بر ۱۲ جلسه ۲ ساعته (هر هفته ۲ جلسه) مداخله روان‌شناختی گروهی برای نوجوانان که از برنامه مدون شناخت درمانگری گروهی فری (۱۳۸۲/۱۹۹۹) و شناخت - رفتار درمانگری گروهی نوجوانان (لوین سان<sup>۱۰</sup>، رهد<sup>۱۱</sup>، هوپز<sup>۱۲</sup> و کلارک<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۱ نقل از ORI<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵) اقتباس شده است. مهارت آموزی والدین عبارت بود از ۶ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای ۱ جلسه) آموزش والدین، اقتباس شده از برنامه آموزش والدین لوین سان و دیگران (۱۹۹۱ نقل از ORI، ۲۰۰۵) که به موازات جلسه‌های نوجوانان برگزار شد و جلسه‌های مشترک

دبیرستانهای غیرانتفاعی منطقه ۲ آموزش و پرورش تهران تشکیل شد. برای تعیین نمونه، ابتدا از بین دبیرستانهای غیرانتفاعی دخترانه منطقه ۲ آموزش و پرورش شهر تهران، دو دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس تمامی دانش‌آموزان سالهای اول و دوم مدارس مذکور به عنوان نمونه اولیه، در قالب گروههای ۱۵ نفره، فرم بلند پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (بک و استیر، ۱۹۹۳) را تکمیل کردند که در مجموع از مدرسه اول ۱۰۸ و از مدرسه دوم ۹۳ پرسشنامه قابل تصحیح جمع‌آوری شد. پس از آن، دانش‌آموزانی به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند که دارای شرایط زیر بودند:

- سطح افسردگی بالاتر از خط برش در آزمون افسردگی بک (نمره ۱۰ و بالاتر)؛
- ابراز تمایل برای شرکت در طرح و رضایت والدین؛
- عدم ارتباط نشانه‌های افسرده‌وار با دوره‌های قاعدگی؛
- فقدان تفکر انتحاری براساس آزمون بک و استیر (۱۹۹۳).

لازم به ذکر است که به منظور جلوگیری از اثر انتشار، گروههای آزمایش و کنترل به صورت تصادفی در مدارس جداگانه قرار گرفتند، در واقع نوجوانان دو گروه کاملاً از هم مستقل بودند. گروه آزمایش شامل ۳۲ عضو بود و ۳۲ نفر همتای آنها از لحاظ شدت افسردگی و سن - به گونه‌ای که واریانس و میانگین دو گروه قبل از آغاز جلسه‌های مداخله، تفاوت معناداری نداشت - به عنوان گروه کنترل از مدرسه دوم انتخاب شدند. پس از هماهنگیهای لازم مادران ۳۲ نوجوانی که در گروه آزمایش قرار گرفته بودند نیز توجیه و به شرکت در طرح دعوت شدند.

در این پژوهش نشانه‌ها و اختلالهای افسرده‌وار براساس سطح افسردگی آزمودنیها در فرم ۲۱ سؤالی آزمون افسردگی بک (بک و استیر، ۱۹۹۳) تعیین شد. پژوهشگران بسیاری تاکنون بر روایی<sup>۲</sup> و اعتبار<sup>۳</sup> این ابزار

1. Beck Depression Inventory (BDI)  
2. validity  
3. reliability  
4. Kaplan, H.  
5. Hang, T. B.

6. Weinholz, C.  
7. Barrera, M.  
8. Garrison, C. V.  
9. test-retest  
10. Lewinshohn, P. M.

11. Rahde, P.  
12. Hops, H.  
13. Clarke, G. N.  
14. Oregon Research Institute

ریزش داشتند)، سپس نوجوانان گروه آزمایش به همراه مادرانشان جلسه‌های مشترک مداخله را در قالب ۲ گروه (هر گروه متشکل از ۱۲ زوج مادر - نوجوان) آغاز کردند. ۵ جلسه مشترک نوجوانان - مادران ظرف مدت ۲ هفته (هفته اول ۲ جلسه و هفته دوم ۳ جلسه، هر جلسه به مدت ۲ ساعت) برگزار شد. در پایان این جلسه‌ها برای سومین بار، آزمون افسردگی بک و استیر (۱۹۹۳) اجرا شد تا اثر جلسه‌های مشترک بر وضعیت افسردگی نوجوانان مورد واریسی قرار گیرد.

روش پردازش داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از شاخصهای گرایش مرکزی و پراکندگی، ضرایب کجی و کشیدگی و نمودار بود. در سطح استنباطی نیز روش تحلیل کوواریانس (به منظور کنترل اثر پیش آزمون)، روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر به کار رفت.

### نتایج

شاخصهای توصیفی میزان افسردگی نوجوانان در پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲ در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

عبارت بودند از ۵ جلسه ۲ ساعته (هفته اول ۲ جلسه و هفته دوم ۳ جلسه) مشترک نوجوانان - مادران که بر مبنای چهارچوب پیشنهادی لوین سان و دیگران (۱۹۹۱) نقل از ORI، ۲۰۰۵) طراحی شد.

پس از جایگزینی نهایی آزمودنیها در گروههای آزمایش و کنترل و سازماندهی نهایی گروه مادران، جلسه‌های مداخله ظرف مدت ۸ هفته طبق برنامه زمانبندی شده برای نوجوانان و مادران گروه آزمایش برگزار شد. گروه آزمایش به دلیل تعداد زیاد اعضا به دو زیر گروه ۱۶ نفری تقسیم شدند. هر دو زیر گروه در ۶ هفته نخست مداخله، هفته‌ای ۲ جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت به گونه‌ای کاملاً یکسان تحت آموزش درمانگری شناختی - رفتاری قرار گرفتند. طی همین ۶ هفته، به مادران این نوجوانان در قالب یک گروه و هفته‌ای یک جلسه آموزش داده شد. پس از اتمام این ۶ هفته، نوجوانان گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه افسردگی بک و استیر (۱۹۹۳) را مجدداً تکمیل کردند تا اثر شناخت - رفتار درمانگری گروهی توأم با جلسه‌های آموزش مادران بر نمره‌های افسردگی نوجوانان مورد واریسی قرار گیرد (لازم به ذکر است که طی این مدت، ۸ نفر از اعضای گروه آزمایش

جدول ۱: شاخصهای توصیفی نمره‌های افسردگی نوجوانان در پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲

گروه	میانگین			انحراف استاندارد			کمترین			بیشترین			کجی	
	$\bar{X}$	$S$	$S^2$	$\bar{X}$	$S$	$S^2$	$\bar{X}$	$S$	$S^2$	$\bar{X}$	$S$	$S^2$	$K$	$K^2$
آزمایش	۱۶/۴۵	۸/۱۲	۵/۱۶	۵/۸۲	۳/۹۱	۳/۱۵	۱۰	۳	۱	۲۸	۱۷	۱۳	۰/۷۸	۰/۶۱
کنترل	۱۶/۱۸	۱۶/۱۲	۱۶/۲۸	۵/۴	۴/۹	۵/۵	۱۰	۵	۲	۲۸	۳۰	۲۷	۰/۷۶	۰/۵۸

۳. پس آزمون ۲

۲. پس آزمون ۱

۱. پیش آزمون

نمره‌های پیش آزمون دو گروه آزمایش و کنترل، آزمون ۱ برای دو گروه مستقل و آزمون همگونی واریانسهای لوین به کار رفت. نتایج این مقایسه در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

در نمودار ۱، تغییرات میانگینهای هر یک از گروههای آزمایش و کنترل به گونه مستقل و در ارتباط با هم به نمایش در آمده است.

برای رد فرض نامساوی بودن میانگینها و واریانسهای

جدول ۲: مقایسه میانگینهای پیش آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در آزمون افسردگی بک

گروه	پیش آزمون	F	سطح معناداری	تفاوت میانگینها	t	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۱۶/۴۵	۰/۱۸۳	۰/۶۷	۰/۲۷	۰/۱۷۹	۵۴	۰/۸۵۸
کنترل	۱۶/۱۸						

دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد ( $P < 0/05$ ). بنابراین می‌توان دو گروه را قبل از اعمال مداخله از لحاظ متغیر مورد بررسی مساوی در نظر گرفت.

با پذیرش مساوی بودن دو گروه از لحاظ متغیر مورد بررسی پیش از اعمال مداخله (جدول ۲)، برای پاسخگویی به سؤال اول پژوهش مبنی بر تأثیر شناخت - رفتار درمانگری گروهی توأم با مهارت آموزی والدین (بدون جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین) در کاهش نشانه‌های افسرده‌وار نوجوانان، روش تحلیل کوواریانس به کار رفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده‌اند.



نمودار ۱: میانگینهای پیش آزمون و پس آزمون ۱ و ۲ گروههای آزمایش و کنترل

نتایج جدول ۲ با توجه به مقادیر  $F$  و  $t$  و سطح معناداری نشان می‌دهند که بین واریانسها و میانگینهای

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون ۱ گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۴۹۶/۱۹۴	۱	۴۹۶/۱۹۴	۴۲/۶۹۷	۰/۰۰۱
گروه	۹۰۹/۷	۱	۹۰۹/۷	۷۸/۲۷۸	۰/۰۰۱
خطا	۶۱۵/۹۳۱	۵۳	۱۱/۶۲۱		

توأم با جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین بر نشانه‌های افسرده‌وار در نوجوانان، روش تحلیل کوواریانس به کار رفت (جدول ۴) و مشخص شد که اثر پیش آزمون از لحاظ آماری معنادار است ( $F < 0/05$  و  $F_{(1,53)} = 28735$ ). برای آزمودن اثر گروه (مداخله شناخت - رفتار درمانگری گروهی، مهارت آموزی والدین و جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین) بر متغیر وابسته (نشانه‌های افسرده‌وار) باید اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش زدوده شود. نتایج نشان دادند که اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری معنادار است ( $F_{(1,53)} = 121/578$  و  $P < 0/01$ ).

ملاحظه میانگینهای دو گروه در جدول ۱ نشان داد که نمرهٔ پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پس آزمون گروه کنترل کاهش معنادار یافته است، پس می‌توان تأثیر شناخت - رفتار درمانگری گروهی، مهارت آموزی والدین و جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین بر کاهش نشانه‌های افسرده‌وار را پذیرفت. افزون بر این، مقدار  $R^2$  براساس

همانگونه که در جدول ۳ مشخص است اثر پیش آزمون از لحاظ آماری معنادار است ( $P < 0/05$ ) و شناخت - رفتار درمانگری گروهی توأم با مهارت آموزی والدین بر متغیر وابسته (نشانه‌های افسرده‌وار) اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش زدوده شد. نتایج نشان دادند که اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری معنادار است ( $P < 0/05$ ) و  $F_{(1,53)} = 78/278$ . پس می‌توان گفت که شناخت - رفتار درمانگری گروهی توأم با مهارت آموزی والدین نشانه‌های افسرده‌وار را در نوجوانان کاهش داده است. افزون بر این مقدار  $R^2$  محاسبه شده نشان می‌دهد که ۶۹٪ از تفاوت بین میانگینهای دو گروه کنترل و آزمایش به واسطه اعمال متغیر مستقل بوده و به وسیله آن قابل تبیین است.

برای پاسخ به پرسش دوم پژوهش مبنی بر تأثیر شناخت - رفتار درمانگری گروهی، مهارت آموزی والدین

جدول ۴: تحلیل کوواریانس مربوط به نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون ۲ گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۴۰۹/۸۵۵	۱	۴۰۹/۸۵۵	۲۸/۷۳۵	۰/۰۰۱
گروه	۱۷۳۴/۰۸۹	۱	۱۷۳۴/۰۸۹	۱۲۱/۵۷۸	۰/۰۰۱
خطا	۷۵۵/۹۴۷	۵۳	۱۴/۲۶۳		

در جهت افزایش اثربخشی شناخت - رفتار درمانگری گروهی توأم با مهارت آموزی والدین و کاهش نشانه‌های افسرده‌وار نوجوانان، از روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد (جدول ۵).

مدل تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که ۷۳٪ از واریانس نمره‌های پس آزمون به وسیله متغیر مستقل قابل تبیین است. برای پاسخگویی به پرسش سوم پژوهش مبنی بر بررسی اثر افزودن جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین،

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر مربوط به پیش آزمون، پس آزمون ۱ و ۲ گروه آزمایش

منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری
گروه	۱۶۴۵/۵۸۳	۲	۸۲۲/۷۹۲	۱۰۷/۸۰۵	۰/۰۰۱
خطا	۳۵۱/۰۸۳	۴۶	۷/۶۳۲		

جلسه‌های آموزش والدین با وجود حمایت‌های نظری گسترده، همانگونه که پیش از این گفته شد افزایش اثربخشی طرح‌های درمانگری طی دو پژوهش که تاکنون به گونه‌ای منظم و رسمی در این حوزه انجام گرفته‌اند (لوین سان و دیگران، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۹ نقل از ORI، ۲۰۰۵) تأیید نشده است.

در این راستا این طرح به رغم در بر داشتن مداخله در سطح خانواده (آموزش والدین) به عنوان مکمل درمانگری شناختی - رفتاری، به دلیل وجود تنها یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل (که هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کردند) امکان انجام مقایسه بین شناخت - رفتار درمانگری و شناخت - رفتار درمانگری توأم با آموزش والدین را فراهم نمی‌سازد، بنابراین مطرح کردن همسویی یا ناهمسویی معنایی نخواهد داشت.

در هر حال همانگونه که پیش از این نیز ذکر شد، نتایج این پژوهش با پژوهش‌هایی پیشین که CBT را در قلمرو درمانگری نشانه‌ها و اختلال‌های افسرده‌وار دوره نوجوانی به کار گرفته‌اند و همچنین با ادبیات روان‌شناختی که بر لزوم مشارکت والدین جهت درمان مؤثر افسردگی‌های

نتایج منعکس شده در جدول ۵ نشان می‌دهند که تفاوت بین میانگین‌های پیش آزمون، پس آزمون نخست و پس آزمون نهایی گروه آزمایش، از لحاظ آماری معنادار است ( $P < ۰/۰۵$  و  $F_{(۱,۴۶)} = ۱۰۷/۸۰۵$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین به کاهش معنادار نمره‌های گروه آزمایش منجر شده است و افزودن جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین در افزایش اثربخشی شناخت - رفتار درمانگری گروهی توأم با مهارت آموزش والدین بر کاهش نشانه‌های افسرده‌وار نوجوانان به طور معناداری مؤثر بوده است.

### بحث و تفسیر

نتایج این پژوهش در چهارچوب مداخله‌های شناختی - رفتاری اختلال‌های افسرده‌وار دوره نوجوانی همسو با پژوهش‌های پیشین (مانند گراهام، ۱۹۹۴؛ وود و هارینگتن و مور، ۱۹۹۶؛ آخوند مکه‌ای، ۱۳۷۶؛ نریمانی، ۱۳۷۹؛ روسلو و برنال، ۱۹۹۹؛ آسارنو و دیگران، ۲۰۰۵؛ ویرسینگ و دیگران، ۲۰۰۶) است. اما در خصوص افزایش اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری به واسطه افزودن

نوجوان تأکید دارد، همسو است (مانند میکوچی، ۱۹۹۸؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

در راستای تفسیر یافته‌ها، چنین به نظر می‌رسد که اثربخشی روش مداخله پژوهش حاضر را می‌توان به دلایلی از جمله آشنایی نوجوانان با ماهیت افکار خودکار منفی و شیوه‌های شناسایی و ردیابی آنها در خلال جلسه‌های مداخله و تکلیف‌های خانگی و چالش با آنها در قالب کار گروهی، واری و بهبود مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و حل مسئله، تنش‌زدایی، از سرگیری فعالیت‌های لذتبخش، شناسایی الگوهای بدبینی، ناامیدی و استیصال و سبک‌های اسنادی افسرده‌وار نسبت داد.

مشارکت نوجوانان در گروهی که همگی مشکلات مشابه را تجربه می‌کردند احتمالاً باعث شد تا به شناخت‌های جدیدی نسبت به وضعیت خود دست یابند. در ضمن رویدادهای درون گروهی مانند پالایش، به هم پیوستگی گروهی، کنش حمایتی، یادگیری‌های مشاهده‌ای و بین شخصی، همچنین منحصر به فرد نبودن مشکل، آزادی تجربه‌کردن و القای امیدواری نیز احتمالاً از جمله عواملی بودند که در بهبود نوجوانان نقش داشتند.

همچنین مطرح کردن تأثیر منفی تعارض‌های نوجوانان - والدین و تعارض‌های زناشویی بر تحول بهنجار نوجوانان در قالب جلسه‌های مادران و آموزش نظری و عملی مهارت‌های ارتباطی مؤثر احتمالاً موجب شد تا والدین روش‌های کارآمدتری را برای حل تعارض‌ها، با در نظر گرفتن دیدگاه نوجوان و در چهارچوب یک گفتگوی منطقی و توأم با حفظ حقوق و حرمت طرفین در پیش گیرند که این امر نیز از عواملی بود که به کاهش تنیدگی در سطح روابط و فضای خانواده منجر شد و احساس آرامش، حمایت و ایمنی را برای نوجوانان در پی داشت. در ضمن براساس پسخوراند<sup>۱</sup> دریافتی از والدین به نظر می‌رسد که جلسه‌های آموزش والدین با ایجاد حس مهار بر زندگی و حمایت گروه، سطح تنیدگی والدین را نیز کاهش داده است و گسترش آثار آن به روابط مادر - نوجوان، احتمالاً در کاهش نشانه‌های افسرده‌وار نوجوانان

مؤثر بوده است.

مؤلفه مهم دیگری که از ابتدای جلسه‌های نوجوانان و همچنین والدین به جدیت مطرح و دنبال می‌شد آموزش سبک‌ها و مهارت‌های ارتباطی بود. در واقع در خلال جلسه‌های مستقل نوجوانان و والدین تلاش شد تا با طرح بحث‌های نظری در این حوزه و انسجام تجربه عملی در قالب ایفای نقش، نوجوانان و والدین برای جلسه‌های مشترک که بر محور مهارت‌های ارتباطی استوار بود آماده شوند. خوشبختانه این امر به شکل مطلوبی تحقق یافت به طوری که جلسه‌های مشترک (که بسیار مستعد بروز تعارض‌ها و جبهه‌گیری‌هاست) با تکیه بر فنون و اصول از قبل آموزش داده شده - از جمله «هنر گوش دادن»، «مدیریت مشکلات ارتباطی»، «نقدورزی و نقدپذیری»، «احترام به حقوق طرفین»، «گام‌های حل مسئله»، «توجه به پیامد»، «دعوت به همدلی»، «منطقی بودن» و «مهارت خشم»، «برگزاری جلسه‌های بدون برخوردهای غیرمنطقی یا پرخاشگرانه» در چهارچوب بحث‌های گروهی، تبادل نظر، بیان افکار و ایفای نقش برگزار شدند. به نظر می‌رسد تعمیم این اصول به فضای خانه یک عامل مهم در افزایش صمیمیت، کاهش تعامل‌های منفی و در نتیجه کاهش نشانه‌های افسرده‌وار نوجوانان بود که با تعمیق آثار مداخله‌ها و آموزش‌های گذشته، در تداوم روند بهبودی اثر کرده است.

بالاخره باید گفت که مواجهه مستقیم و صادقانه نوجوانان - والدین و بیان احساسات، خواسته‌ها و نگرانی‌های طرفین و همچنین تمرین عملی الگوهای مثبت رفتار، تعامل، مشارکت و حمایت متقابل، در محیطی امن و تحت نظارت، به شناخت بیشتر نوجوانان و والدین از یکدیگر و محبت بیشتر و عمیقتر آنها منجر شد و افزایش صلاحیت طرفین در استفاده از سبک‌های ارتباطی سالم و سازنده را در پی داشت. این رویدادها نه تنها آثار مثبت قابل ملاحظه‌ای بر وضعیت خلقی نوجوانان داشتند بلکه انتظار پیامدهای مثبت درازمدت را نیز به وجود آوردند. در ضمن آگاه کردن والدین از نقش مهم و مثبت خود در



نریمانی، م. (۱۳۷۹). مقایسه اثربخشی روشهای درمان «شناختی- رفتاری بک» و درمان رفتاری مبتنی بر الگوی «لوینسون» و تعامل آن با مکان کنترل در کاهش افسردگی. *مجله روان‌شناسی*، دوره جدید، ۱۴، ۱۴۶-۱۳۱.

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lonnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1235-1237.

Alexander, A. (2002). *Sex differences in adolescent depression*. Retrieved December 18, 2005, from: <http://www.pages.towson.edu>.

Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., Duan, N., Labararde, A. P., Rea, M., Murray, P., Anderson, M., Landon, C., Tang, L., & Wells, K. B. (2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 293, 311-319.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*, 2<sup>nd</sup> Ed. San Antonio, Tx : The Psychological Corporation

Ge, X., & Conger, R. D. (2003). Pubertal transition: Stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37, 1-20.

Graham, P. (1994). *Prevention in child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific.

Hammen, C. (1991). *Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer-Verlag.

Harrington, R. C. (2002). *Depressive disorders in children and adolescent*. Manchester: John Wiley

ابقای آثار مثبت درمانگری، این امید و انتظار را به وجود آورد که از احتمال عود نشانه‌ها کاسته شود.

در یک جمع‌بندی کلی باید گفت که شناخت - رفتار درمانگری گروهی نوجوانان از یکسو با تصحیح سبکهای شناختی و پردازشی نوجوانان و آموزش مهارتهایی مانند تنش‌زدایی، مهارتهای ارتباطی و همچنین تصحیح نظام رفتاری آنان، آموزش والدین و جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین و از دیگر سو، با تصحیح تحریفهای شناختی والدین، افزایش آگاهی آنها، ارتقای مهارتهای ارتباطی والدین و نوجوانان از جنبه نظری و عملی و مهیا کردن فرصت یادگیری مشاهده‌ای و ارائه الگوهای همسان- سازی، تا حدود مطلوبی توانست وضعیت خلقی نوجوانان را به سمت وضعیت بهنجار سوق دهد و کاهش قابل ملاحظه و معنادار نشانه‌های افسرده‌وار این نوجوانان تأییدی بر این مطلب بود.

محدود بودن تعداد افراد شرکت‌کننده و همچنین طیف سنی نوجوانان، منحصر بودن نمونه پژوهش به دختران، عدم حضور پدران در جلسه‌های آموزش والدین و عدم کنترل اختلالهای توأم در نوجوانان و اختلالهای روانی مادران و عدم پیگیری نتایج از جمله محدودیتهای پژوهش حاضر به شمار می‌روند که پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای بعدی با لحاظ کردن این موارد بر توان تعمیم‌پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود.

## منابع

آخوند مکه‌ای، ز. (۱۳۷۶). بررسی تأثیر شناخت درمانگری گروهی به روش بک برای درمان افسردگی نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم، تهران.

دادستان، پ. (۱۳۸۲). *روانشناسی مرضی تحولی، از کودکی تا بزرگسالی*، جلد اول. تهران: سمت.

ساردوئی، ع. (۱۳۷۴). *مقدمه‌ای بر هنجاریابی پرسشنامه تجدید- نظر شده افسردگی بک*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

فری، م. (۱۳۸۲). *شناخت درمانی گروهی*. ترجمه ع. صاحبی، ح. حمیدپور و ز. اندوز. مشهد: جهاد دانشگاهی (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۹)

- Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002).** Screening for depression across the lifespan. *American Family Physician*, 66, 1001-1008.
- Sihvola, E., Keski-Rahkonen, A., Dick, D. M., Pulkinen, L., Rose, R. J., Marttunen, M., & Kaprio, J. (2006).** Minor depression in adolescences . *Journal of Affective Disorders*, 97, 211-218.
- Weersing, V. R., Iyengar, S., Kolko, D. J., Birmaher, B., & Brent, D. (2006).** Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Behavior Therapy*, 37,36-48.
- Wood. A. J., Harrington, R. C., & Moore, A. (1996).** Controlled trials of a brief cognitive-behavioral intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37,737-746.
- Zamarripa, M. X., Wampold, B. E., & Gregory, E. (2003).** Male gender role conflict , depression and anxiety: Clarification and generalizability to woman. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 167-174.
- and Sons Ltd.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J., & Seligman, M. E. P. (1994).** Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Therapy*, 32, 801-816.
- Micucci, J., A. (1998).** *The adolescent in family therapy: Breaking the cycle of conflict and control*. New York : Guilford Press.
- Oregon Research Institute. (2005).** *Teen depression*. Retrieved November 11, 2005, from: <http://www.ori.org>.
- Rossello, J., & Bernal, G. (1999).** The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in puerto rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 734-745.
- Rossen, R. M. (1997).** *Adolescent depression*. Retrieved October 19, 2005, from: <http://www.digital.com.mons.pace.edu>.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003).** *Synopsis of psychiatry*. New York: Lippincott Williams, Wilkins.