

دکتر سیدعلی کیمیایی^۱
دکتر عبدالله شفیق آبادی^۲
دکتر علی دلاور^۳
دکتر علی صاحبی^۴

بررسی و مقایسه تأثیر شناخت درمانگری بک با شناخت درمانگری تیزدل و تلفیق آن با نرمش‌های یوگا در درمان افسردگی اساسی

چکیده

این پژوهش بر پایه نظریه‌های شناخت درمانگری بک، تیزدل و یوگا در درمان افسردگی اساسی و به منظور بررسی کارآمدی شناخت درمانگری بک با شناخت درمانگری تیزدل و تلفیق آن با نرمش‌های یوگا در درمان افسردگی اساسی اجرا شده است. برای این منظور ۳۲ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی (۱۲ مرد و ۲۰ زن) به طور تصادفی در ۴ گروه (۱ گروه شناخت درمانگری بک، ۲ گروه شناخت درمانگری تیزدل، ۳ گروه شناخت درمانگری بک و تلفیق آن با نرمش‌های یوگا و ۴ گروه کنترل گمارده شدند. کلیه ی بیماران پیش از آغاز درمان و پس از ۱۰ جلسه درمان به کمک پرسشنامه ی افسردگی بک، پرسشنامه افکار اتوماتیک (ATQ)، پرسشنامه مثلث شناختی (CTT) و مقیاس افسردگی MMPI مورد ارزیابی قرار گرفتند. نمره‌های به دست آمده از ارزیابی‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون به کمک تحلیل واریانس یک راهه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان تلفیقی (تلفیق شناخت درمانگری بک با نرمش‌ها یوگا) کارآمدی بیشتری در کاهش علائم افسردگی، بهبود خلق، کاهش افکار اتوماتیک منفی و تغییر نگرش آزمودنی‌ها نسبت به خود، جهان و آینده داشته است. در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ تغییری نشان ندادند. بنابراین اگرچه شناخت درمانگری بک و هم شناخت درمانگری تیزدل در کاهش افسردگی اساسی کارآمد بوده است، اما روش تلفیقی نسبت به هر یک از این روش‌ها به تنهایی کارآمدتر است. به علاوه روش تلفیقی در کاهش افکار اتوماتیک و تغییر نگرش نسبت به خود، جهان و آینده کارآمدتر از روش بک یا روش تیزدل به تنهایی نبوده است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی اساسی - شناخت درمانگری بک - شناخت درمانگری تیزدل - یوگا

۱- استادیار دانشگاه فردوسی مشهد

۲- استاد دانشگاه علامه طباطبائی

۳- استاد دانشگاه علامه طباطبائی

۴- دکترای روانشناسی بالینی

مقدمه

در قرنی که ما زندگی می‌کنیم شیوع مشکلات روانی آن قدر بالاست که برخی از متخصصین بهداشت روانی قرن حاضر را قرن «گرسنگی عصبی» نامیده‌اند (کریستین لایتویلر^۱، ۱۹۷۷). یکی از شایع‌ترین این اختلالات، اختلالات خلقی است که افسردگی اساسی جزء اختلالات خلقی بوده و اختلالات خلقی به این دلیل که یکی از ویژگی‌های بنیادین آن غیرعادی بودن خلق است، به این نام مشهور شده‌اند (گلدر^۲، گات^۳، مایو^۴ و کوون^۵، ۱۹۹۶).

در تعریف افسردگی اساسی آمده است؛ احساس افسردگی یا دل‌تنگی تقریباً هر روز که با کاهش کارآمدی در شغل و در کل زندگی، کاهش لذت بردن از فعالیت‌ها، کناره‌گیری اجتماعی، منفی‌گرایی، اعتماد به نفس پایین، افکار خودکشی، احساس خستگی، تغییر الگوی خواب، و اشکال در تصمیم‌گیری همراه است (جانگسما و پالچ^۶، ۲۰۰۰).

بر اساس مطالعات همه‌گیرشناسی جدید، شیوع اختلال افسردگی اساسی^۷، در بین مردان ۵ تا ۱۲ درصد و در بین زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد است (کاپلان و سادوک^۸، ۱۹۹۸). لوینسون^۹ (۲۰۰۰) نیز شیوع افسردگی اساسی را در کل چرخه‌ی زندگی ۱/۱۷٪ برآورد کرده است، که به خصوص در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ها و ۴۵ تا ۵۴ ساله‌ها از شیوع بیشتری برخوردار است. برخی نیز میزان افسردگی اساسی را از ۲/۲ تا ۳/۵ درصد در کل جمعیت برآورد کرده‌اند (میرز^{۱۰} و همکاران، ۱۹۸۴). این در حالی است که برآوردها نشان می‌دهند تقریباً ۹ تا ۲۰ درصد جمعیت، در مرحله‌ای از زندگی خود نشانه‌های قابل ملاحظه‌ی افسردگی دارند (بوید و ویزمن^{۱۱}، ۱۹۸۱). شیوع افسردگی در ایران و در جمعیت بالاتر از ۱۵ سال نزدیک به ۷/۷٪ برآورد شده است. در سال ۱۹۹۰ میزان افسردگی در جهان نزدیک به ۴۷۲ میلیون نفر (جانسون^{۱۲}، ۱۹۹۴) و در ایران نزدیک به ۵ میلیون نفر برآورد شده است (داویدیان، ۱۳۷۸) که نشان دهنده شیوع بالا و اهمیت اختلال افسردگی در ایران و جهان است.

1) Kristin Letwyler

2) Gelder

3) Gath

4) Mayou

5) Cowen

6) Jongsma & Paleg

7) Major depression

8) Kaplan & Sadock

9) Levenson

10) Myers

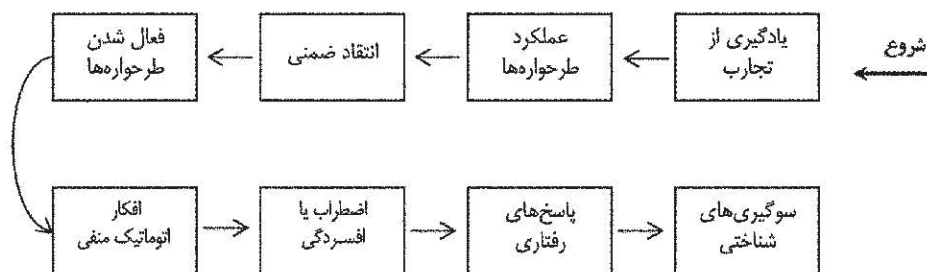
11) Boyed & Weissman

12) Jansson

پیشینه‌ی تحقیق

در مورد علل، درمان، توصیف و روشن سازی افسردگی اساسی نظریه‌ها و گمانه‌زنی‌های متعددی صورت پذیرفته است. یکی از معروف‌ترین این نظریه‌ها، نظریه شناخت درمانی^۱ است که از اوایل دهه ۷۰ و بر اساس تحقیقات بک^۲ ارائه شده است. در دیدگاه بک افسردگی با عنوان اختلال در شناخت، نحوه تفکر و باورهای افراد فرمول بندی شده است (بک، ۱۹۷۶). از این رو شناخت درمانگری رادرمانی فعال، جهت مند و به لحاظ زمانی محدود تعریف، که بر اهمیت نظام‌های فکری و اعتقادی افراد تأکید می‌کند (نیکی^۳، ۱۹۹۴؛ به نقل از بک، ۱۹۷۶).

نظریه‌های شناختی اختلال‌های هیجانی همچون نظریه طرحواره‌های^۴ (بک، ۱۹۶۷)، بر این اصل بنا شده است که اختلال‌های روان شناختی با اختلال در نحوه تفکر مشخص می‌شود. به خصوص در اضطراب و افسردگی که با افکار اتوماتیک منفی^۵ و تحریف‌هایی^۶ در تعبیر و تفسیر حوادث مشخص می‌شود. افکار منفی یا تعبیر و تفسیرها از فعال شدن باورهای منفی تحریف شده در حافظه‌ی بلندمدت ناشی می‌شود. عناصر اصلی نظریه‌ی طرحواره‌ای اختلال‌های هیجانی را می‌توان در نمودار زیر نشان داد (آدریان ولز^۷، ۲۰۰۰).



نمودار ۱: عناصر اصلی نظریه طرح‌واره‌ای اختلال‌های هیجانی

بر اساس این مفهوم سازی‌ها هدف شناخت درمانگری بک کاهش میزان افسردگی و پیش‌گیری از عود آن به کمک فنون درمانی زیر است:

۱- آگاهی دادن به مورد منطق شناخت درمانگری.

1) Cognitive therapy

2) Beck

3) Necky

4) Schema theory

5) Negative Automatic Thoughts

6) Distortions

7) Adrian Wells

۲- آموزش برای خود - بازیابی افکار^۱ .

۳- کاریست فنون رفتاری .

۴- شناسایی و بر ملا ساختن شناخت های ناکارآمد و منفی .

۵- آزمون باورها و فرضیات .

۶- پایان دادن و پیشگیری از بازگشت (بک و دیگران ، ۱۹۷۹) .

تأکید بیش از اندازه ی بک بر طرحواره های شناختی ، باورهای عقلانی و افکار اتوماتیک منفی موجب شده است که نظریه ی او از هیجانان و عواطف فاصله بگیرد . این در حالی است که تغییر در باورهای هیجانی ، تغییر در هیجان را به دنبال خواهد داشت . یکی از نظریه هایی که سعی نموده است این خلاء را پر کند ، نظریه زیرسیستم های شناختی متعامل (ICS)^۲ است که توسط تیزدل (۱۹۹۳) ارائه شده است . بحث شناخت و عاطفه و تقدم یکی بر دیگری یکی از بحث های چالش برانگیز در روان شناسی بوده است . تیزدل (۱۹۹۳ ، ۱۹۹۷) نیز بر پایه این عقیده ی زاینس (۱۹۸۰) که معتقد است قضاوت عاطفی قبل از شناخت روی می دهد و ممکن است مستقل از عملیات شناختی انجام گیرد (وین فری^۳ ، گلدفرید^۴ ۱۹۸۶ ؛ به نقل از اینگرام^۵ ، ۱۹۸۶) ، در نظریه زیرسیستم های شناختی متعامل معتقد است که هر نوع اطلاعات ، ذخیره های جداگانه ای در حافظه دارد ، بنابراین پردازش اطلاعات شامل انتقال اطلاعات بین زیرسیستم ها و گشتار آن از یک رمزگان ذهنی به یک رمزگان ذهنی دیگر است . در این شیوه برخورد رمزگان ذهنی به دو سطح معنی مربوط می شود که شامل : (۱) سطح اختصاصی تر و (۲) سطح کلی تر می باشد . همچنین به نظر تیزدل دو نوع باور وجود دارد : (۱) باور هیجانی^۶ و (۲) باور عقلانی^۷ . در کارهای سنتی شناخت درمانگری تنها باورهای عقلانی فرد تغییر داده می شود در حالی که باورهای هیجانی دستکاری نمی شود . از این چشم انداز که تغییرات هیجانی و عاطفی می تواند به تغییرات شناختی منجر شود ، شناخت درمانگری بک را به بن بست می کشاند چرا که :

۱- در بسیاری از موارد هیجان بدون افکار اتوماتیک منفی وجود دارد .

۲- عدم تمایز بین دو نوع شناخت ؛ شناخت و درك با سر^۸ در مقابل شناخت و درك با دل^۹ و به

عبارتی شناخت داغ^{۱۰} و شناخت سرد^{۱۱} (تیزدل ، ۱۹۹۳) .

1) Self-Monitoring

2) Interacting Cognitive Subsystems

3) Weinfre

4) Goldfried

5) Ingram

6) Emotional Bilifes

7) Intellectual Bilifes

8) Head

9) Heart

10) Hot

11) Cold

۳- نارسایی مجادلات و چالش های استدلالی یا اطلاعات تصحیح کننده^۱ در طول شناخت درمانگری و در عوض موفقیت های شیوه های دیگر درمانی؛ همچون گشتالت درمانگری در درمان افسردگی (یانگ^۲، ۱۹۹۰؛ ادوارد^۳، ۱۹۹۰).

۴- عدم توجه به وابستگی شناخت ها؛ بدین معنی که در نظریه بک شناخت ها مستقل از یکدیگر در نظر گرفته می شوند در حالی که به نظر تیزدل، شناخت ها در ذهن به یکدیگر وابسته اند و با هم تعامل دارند.

۵- عدم توجه به دو سطح معنی؛ شامل معنی موضوعی یا قضیه ای^۴ که معانی به صورت مشخص و مجزا ارائه می شوند، مانند: علی دارای موی سیاه است (تیزدل، ۱۹۹۳؛ باربر^۵، ۱۹۸۹) و معانی دلالتی^۶ که در این سطح معانی مستقیماً قابل فهم نیستند. در دیدگاه (ICS) اعتقاد بر این است که تنها در این سطح است که معانی به طور مستقیم به هیجانات ربط داده می شوند؛ همچون «مشکلی در من وجود دارد»، «ناامیدی».

به نظر تیزدل (۱۹۹۳) سطح دلالتی دارای سه ویژگی است؛ شامل: ۱) در سطح بسیار بالای انتزاع بیان می شود، ۲) در سطح دلالتی ما معانی را از سطح خاص گرفته و استخراج می کنیم، ۳) این معانی می توانند به صورت یک طرحواره ارائه شوند. بنابراین در درمان باید به معانی سطح بالاتر و به عبارتی به معانی دلالتی موضوعات در افراد افسرده پرداخته شود. بدین منظور در روش ICS از فنون و راهبردهای زیر استفاده می شود:

- ۱) ایجاد طرحواره «داشتن کنترل»^۷ بر قسمت های مختلف زندگی مراجع.
- ۲) معانی دلالتی کلی به جای معانی موضوعی خاص مورد هدف اولیه درمان قرار گیرد.
- ۳) استراتژی کلی باید ایجاد مدل های طرحواره ای جانشینی باشد به جای این که افکار اتوماتیک منفی به چالش فراخوانده شود.

۴) شیوه های دیگری که استدلال و مجادله های منطقی را دنبال نمی کنند، می توانند در روند درمان مفید باشند؛ مثل: تصورات هدایت شده، دستکاری های فیزیکی. برای مثال: اصلاح حالات بیانی چهره، طرز نشستن فرد و برنامه های ایجاد کنترل بر زندگی در کنار چالش های شناختی می تواند

1) Collective information

2) Young

3) Edward

4) Propositional

5) Barber

6) Implicational

7) Tacking Control

مؤثر باشد (آدریان ولز، ۲۰۰۰).

از این روش تیزدل به کمک راهبردهای فوق و فونونی همچون تحلیل سود و زیان، تحلیل موضوع، پیوستارنگری، آزمایش های قانون شکن، مخالفت کردن، بررسی تاریخی طرحواره ها، ایجاد گفتار درونی مقابله ای و آموزش حل مسأله سعی در ایجاد طرحواره های جانشینی در افراد افسرده دارد.

پس اگر بپذیریم که شناخت بر عواطف، و هیجانات بر شناخت اثر می گذارد، از این رو باید بپذیریم که شیوه های درمانی ویژه ای برای هر یک فرمول بندی شود. این در حالی است که تحقیقات نشان می دهد شیوه های درمانی غیر از شناخت درمانگری وجود دارد که افسردگی را درمان می کند (ویلیام^۱، ۱۹۹۲) و باعث کاهش افکار منفی در بیمار می شود (ایمبر^۲ و همکاران، ۱۹۹۰).

یکی از شیوه های متفاوت که در درمان افسردگی به طور گسترده در سراسر جهان مورد استفاده قرار می گیرد یوگا^۳ است. یوگا تنها یکسری نرمش های معین نیست، بلکه اصولاً یک فلسفه ی زندگی است. منظور از یوگا، هاتا یوگا^۴ است که از اصول روان شناختی و معنوی گوناگونی بهره می گیرد که مهمترین آن شامل آرامش دهی، کنترل تنفس، مراقبه و انجام آساناها است. یوگا اصولاً سبب بهبود خلق شده و فرد را در ابراز هیجان ها کمک می کند (ساتیا پراکاش^۵، آلن فلتچر^۶، ۲۰۰۰). کلیه متخصصین بهداشت روانی در این که یوگا قدرت درمانی دارد متفق القول هستند، به خصوص اگر این روش با درمان های روان شناختی تلفیق شود، مؤثرتر است. به طوری که اخیراً سگال^۷ (۲۰۰۰) مطالعه ای انجام داده است که در آن برنامه ی کاهش استرس و آرامش دهی (SR-RP)^۸ را با شناخت درمانی تلفیق کرده است. او دریافت که پس از هشت هفته درمان آنهایی که هر دو نوع درمان را دریافت کرده بودند، میزان عود افسردگی بسیار کمتر از آنهایی بود که فقط شناخت درمانی شده بودند (سگال، ۲۰۰۰؛ به نقل از وین تراب، ۲۰۰۰).

از آن جا که در افسردگی ابتدا هیجانات وجود دارد که نحوه تفکر و احساس فرد را نشان می دهد، یوگا می تواند با اضافه شدن به طرح درمان روان شناختی مؤثرتر شده و به بهبودی سریع تر علائم روان شناختی و هیجانی کمک کند (ویت کوسکی^۹، ۱۹۹۹). این یافته ها بیانگر این واقعیت است که شناخت، رفتار و هیجان بر یکدیگر تأثیر متقابل دارد. بنابراین، فردی که از خلق غمگین شکایت دارد، غالباً رفتارها و

1) William

2) Imber

3) Yoga

4) Hata Yoga

5) Satya Prakash

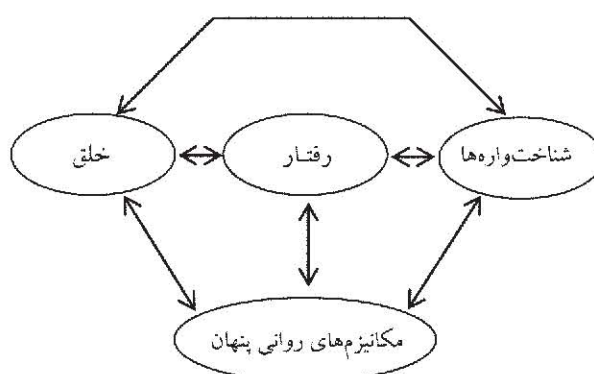
6) Alen Fletcher

7) Segal

8) Stress Reduction-Relaxation Program

9) Witkowski

مشکلات شناختی مرتبط با خلق افسرده را نیز از خود نشان می دهد. در واقع بین ظهور نشانگان رفتاری، شناختی و خلقی یک بیماری نوعی همزمانی و همبستگی مثبت وجود دارد. همزمانی و تعامل این سه مؤلفه اصلی هر مشکل با یکدیگر، این فرض را برای پژوهشگران و درمانگران مطرح نموده است که تغییر در هر یک از مؤلفه ها می تواند باعث ایجاد تغییر در مؤلفه های دیگر شود. این ارتباط و تعامل درونی



نمودار ۲: سطوح مختلف رفتار آشکار

مؤلفه ها را پیرسون در شکل زیر نشان داده است:

بنابراین اگر فردی افسرده که در واقع در سطح رفتاری نیز غیرفعال است، سطوح فعالیت بدنی خود را افزایش دهد، انتظار می رود که در سطح خلقی نیز احساس بهبودی نموده و سطح افکار منفی او نیز کاهش یابد.

این فرض که ایجاد تغییرات در شناخت واره ها می تواند تغییرات خلقی را در پی داشته باشد ایده ی اصلی شناخت درمانی بک است. از طرف دیگر در روش رفتار درمانی لوینسون^۱ برای ترس ها اعتقاد بر این است که تغییرات رفتاری می تواند تغییرات خلقی به همراه داشته باشد. فرض وابستگی و ارتباط درونی مؤلفه ها وقوع این تغییرات را ممکن و محتمل می سازد. در این رهگذر و با توجه به مقدمات فوق این سؤال مطرح است که در درمان افسردگی اساسی کدام روش کارآمدتر است؟ آیا فنون شناخت درمانگری بک قادر است عواطف و هیجانات افراد افسرده را نیز بهبود بخشد؟ مدل تیزدل چه چیزی به کارآمدی و میزان اثربخشی روش بک می افزاید؟ و در نهایت این که یوگا به عنوان یک نظام حرکتی ریتمیک و یک

1) Lewinsohn

سبک زندگی جدید چه نقشی در این میان می‌تواند ایفا کند؟ به بیان دیگر، آیا بین اثربخشی سه شیوه درمانی، یعنی شناخت درمانگری بک، شناخت درمانگری تیزدل و تلفیق روش بک با نرمش‌های یوگا در درمان افسردگی اساسی تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر؟ یا کارایی و اثربخشی این سه روش در درمان افسردگی اساسی چگونه است؟

اهداف پژوهش

با توجه به نظریه شناخت درمانگری بک، شناخت درمانگری تیزدل و یوگا در مورد افسردگی به نظر می‌رسد که ترکیب این شیوه‌های درمانی اثر تعاملی یا دست‌کم تجمعی داشته و به بهبود بیشتر و پایا تر این بیماران نسبت به هر یک از این شیوه‌ها به تنهایی می‌انجامد. از این روی یکی از هدفهای پژوهش حاضر ارائه رهنمودهایی برای درک، تبیین و درمان هرچه بهتر و جامع‌تر این اختلال می‌باشد. هدف دیگر آن بررسی کارایی روش‌های بک، تیزدل و تلفیق روش بک با نرمش‌های یوگا در درمان افسردگی اساسی در مراجعان ایرانی با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و باورهای مذهبی خاص خود، است.

سؤال پژوهش

پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که «آیا شناخت درمانگری بک، شناخت درمانگری تیزدل و شناخت درمانگری بک توأم با نرمش‌های یوگا در درمان افراد ۲۰-۴۰ ساله مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر دارد؟»

فرضیه‌های پژوهش

با توجه به این سؤال اصلی پژوهش و با عنایت به نوشتارهای پژوهشی و مطالعات بالینی فرضیه‌های پژوهش زیر مطرح است:

- ۱- شناخت درمانگری بک در کاهش افسردگی اساسی افراد ۲۰-۴۰ ساله مؤثر است.
- ۲- شناخت درمانگری تیزدل در کاهش افسردگی اساسی افراد ۲۰-۴۰ ساله مؤثر است.
- ۳- شناخت درمانگری بک و تلفیق آن با نرمش‌های یوگا در کاهش افسردگی اساسی افراد ۲۰-۴۰ ساله مؤثر است.

روش تحقیق و روش آماری

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی^۱ است که با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل اجرا شده است. بنابراین پژوهش حاضر سعی دارد تأثیر جداگانه شناخت درمانگری بک، تیزدل و تلفیق آن با یوگا را در بهبود مبتلایان به افسردگی اساسی مورد بررسی قرار دهد. در تحلیل داده ها از روش های آماری؛ تحلیل تفاوت ناشی از کم کردن نمره پیش آزمون هر آزمودنی از پس آزمون، محاسبه میانگین ها و مقایسه میانگین های بین گروهی از تحلیل واریانس یک راهه (Anova) استفاده شده است.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مردان و زنان ۲۰-۴۰ ساله ای است که با شکایت افسردگی به کلینیک ها، مراکز مشاوره و مطب روانپزشکان در سطح شهر مشهد مراجعه نموده اند و در پی درمان افسردگی شان بوده اند.

نمونه و روش نمونه گیری

روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت نمونه گیری در دسترس بوده که از بین کلیه کسانی که با شکایت افسردگی به کلینیک ها، مراکز مشاوره و مطب روانپزشکان مراجعه کرده بودند. پس از تشخیص روانپزشک و اجرای BDI آنها که افسرده اساسی تشخیص گذاری شده بودند جدا و پس از همتاسازی به صورت تصادفی ساده در چهار گروه به شرح زیر جایگزین شدند:

گروه اول: شناخت درمانگری به روش بک

گروه دوم: شناخت درمانگری به روش تیزدل

گروه سوم: تلفیق شناخت درمانگری بک با نرمش های یوگا

گروه چهارم: کنترل

ابزار پژوهش

۱- مصاحبه بالینی ساخت یافته^۲ (SCID)

مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور I و II، مصاحبه ای انعطاف پذیر است که توسط

1) Quasi - Experimental

2) Structured Clinical Interview for DSM-3-R

فرست^۱، اسپیتزر^۲، گیبون^۳، ویلیامز^۴ (۱۹۹۵؛ به نقل از سگال^۵، ۱۹۹۷) تهیه شده است. از این مصاحبه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و تمایز آن از سایر اختلالات استفاده می شود. نتایج پژوهش ها و مطالعات نشانگر این است که مصاحبه ی حاضر دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است (مارنات^۶، ۱۹۹۰؛ به نقل از پاشاشریفی و نیکخو، ۱۳۷۳).

۲- پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI)^۷

این آزمون در دهه ی ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ توسط بک و به منظور سنجش و ارزیابی وجود یا عدم وجود و شدت افسردگی نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. بک در تهیه BDI از همکاری همچون وارد^۸، مندلسون^۹، موک^{۱۰} و ارباخ^{۱۱} (۱۹۶۱) بهره جسته است. به طور کلی BDI، یک ابزار کوتاه و آسان برای اندازه گیری افسردگی در پژوهش های بالینی است (بلاک^{۱۲} و هرسن^{۱۳}، ۱۹۸۸).

روایی و پایایی این آزمون در بررسی های چندی رضایت بخش گزارش شده است. به طوری که بک (۱۹۷۲)، پایایی کلی سؤال ها را ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ و پایایی کلی سؤال ها با روش همبستگی اسپیرمن براون را ۰/۹۳ گزارش نموده است (مهريار، ۱۳۷۷).

BDI در ایران به کرات اعتباریابی شده است (به عنوان مثال پراهنی، ۱۳۶۰، منصور و دادستان، ۱۳۶۳). اخیراً نیز پایایی BDI بر روی ۳۷۵ نفر از افراد عادی جامعه با روش باز آزمایی چهار ماهه ۰/۴۹ گزارش شده است (یزدان دوست، ۱۳۷۷). در پژوهش حاضر از فرم بلند BDI که دارای ۲۱ آیم بوده و توسط یزدان دوست، ۱۳۷۷) نرم شده، استفاده شده است.

۳- پرسشنامه ی افکار اتوماتیک^{۱۴} (ATQ)

این پرسشنامه آزمونی است که برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی اتوماتیک در مورد خود است و توسط کندال^{۱۵} و هولون^{۱۶} و به منظور ارزیابی شناختی خود-افشایی^{۱۷} در افسردگی ساخته شده است.

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| 1) First | 2) Spitzer | 3) Gibbon |
| 4) Williams | 5) Segal | 6) Marnat |
| 7) Beck Depression Inventory | 8) Ward | 9) Mendelson |
| 10) Mock | 11) Erbaugh | 12) Bellack |
| 13) Hersen | 14) Automatic Thought Questionner | |
| 15) Kendal | 16) Hollon | 17) Self- statements |

این پرسشنامه روی نمونه ای مرکب از ۳۱۲ دانشجوی دانشگاه نرم شده است است. میانگین سنی این نمونه ۲۰ تا ۲۲ سال با انحراف استاندارد ۴/۳۴ سال بوده است. نمره میانگین ATQ در نمونه افسرده ها ۷۹/۶۴ با انحراف استاندارد ۲۲/۲۹ بود. نمره میانگین در نمونه ی غیر افسرده ۴۸/۵۷ با انحراف استاندارد ۱۰/۸۹ بود.

این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای ۰/۹۷ برخوردار است. در ضمن هیچ اطلاعاتی برای پایایی از طریق آزمون - آزمون مجدد وجود ندارد. همچنین ۳۰ سؤال ATQ از یک سری ۱۰۰ سؤالی انتخاب شده است که همگی به خوبی آزمودنی های افسرده را از غیر افسرده جدا می کند. این پرسشنامه همچنین روایی موازی خوبی دارد و با دو پرسشنامه افسردگی یک و مقیاس افسردگی MMPI همبسته است (فیسچر و کورکوران^۱، ۱۹۹۴).

پژوهشگر برای به دست آوردن روایی ATQ، نسخه اصلی آن را از کتاب اندازه گیری در کارهای بالینی، اثر فیسچر و کورکوران (۱۹۹۴) انتخاب و ترجمه نمود. سپس نسخه ی نهایی را به منظور تأیید روایی صوری از نظر چندتن از صاحب نظران حوزه مشاوره و روان شناسی گذراند و مورد تأیید آنان قرار گرفت. در مرحله بعد به منظور برآورد پایایی آزمون ATQ آن را روی ۳۰ دانشجوی سال دوم رشته روان شناسی متشکل از ۱۳ پسر و ۱۷ دختر با میانگین سنی ۲۱/۲ سال اجرا شد. آنگاه پس از نمره گذاری آزمون به کمک ضریب آلفای کراباخ نتایج را مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که ATQ از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای ۰/۹۱ برخوردار است و دارای انحراف استاندارد ۱۱/۶۷ با میانگین ۴۶/۲۸ می باشد.

۴- پرسشنامه مثلث شناختی (CTI)^۲

این پرسشنامه توسط بکهام^۳، لیر^۴، واتکینز^۵، بویر^۶ و کوک^۷ (۱۹۸۶) و به منظور ارزیابی مثلث شناختی در افراد افسرده ساخته شده است (فیسچر و کورکوران، ۱۹۹۴). CTI، ابزاری ۳۰ آیتمی است که برای ارزیابی مثلث شناختی فرضی در افسردگی شامل: نگرش منفی به خود، جهان و آینده طراحی شده است. این پرسشنامه (CTI)، از ثبات درونی خوبی با آلفای ۰/۹۱ برای نگرش نسبت به

1) Fischer & Corcoran

2) Cognitive Triad Inventory (CTI)

3) Beckham

4) Leber

5) Watkins

6) Boyer

7) Cook

خود، ۰/۸۱ برای نگرش نسبت به جهان و ۰/۹۳ برای نگرش نسبت به آینده برخوردار است (فیسچر و کورکوران، ۱۹۹۴).

پرسشنامه مثلث شناختی (CTI)، روایی بالایی با همبستگی ۰/۷۷ با پرسشنامه افسردگی بک دارد. کلیه ی مقیاس های فرعی همبستگی معنی داری با برآوردکننده های پیرونی دارد، برآوردی از این سه حیطة و مقیاس نگرش نسبت به خود، همبستگی معنی دار (۰/۹۰) با مقیاس ارزیابی اعتماد به نفس دارد (بک، وایزمن، لستر^۱ و ترکسلر^۲، ۱۹۷۴).

پژوهشگر برای به دست آوردن روایی CTI، آن را پس از ترجمه به رویت چندتن از صاحب نظران حوزه مشاوره و روان شناسی رساند و روایی صوری آن تأیید شد. آن گاه آن را روی نمونه ای متشکل از ۳۰ دانشجوی سال دوم رشته روان شناسی متشکل از ۱۵ پسر و ۱۵ دختر با میانگین سنی ۲۲/۴ سال اجرا کرد. ضریب پایایی کل (CTI) از طریق تحلیل آن با استفاده از ضریب آلفای کراونباخ (۰/۹۰) (SD=۲۰/۵۱) و میانگین ۹۱/۸۶ به دست آمد. این ضریب برای نگرش نسبت به خود ۰/۸۷، (SD=۸/۷۹) و میانگین ۲۶/۹۳، برای نگرش نسبت به جهان ۰/۵۳ (SD=۵/۹۵) و میانگین ۳۵/۷۰ و برای نگرش نسبت به آینده ۰/۷۱ (SD=۶/۳۳) و میانگین ۲۵/۹۰ به دست آمد.

۵- مقیاس افسردگی MMPI

این آزمون در سال ۱۹۴۳ توسط هائوی^۳ و مک کینلی^۴ در دانشگاه مینوسوتا ی آمریکا ساخته شد و یکی از ویژگی های آن داشتن چهار مقیاس روایی شامل K, F, L, ? است (آناستازی، به نقل از براهنی، ۱۳۶۴). این پرسشنامه مقیاسی به نام مقیاس افسردگی دارد که افسرده ها را از غیر افسرده ها جدا می سازد. یک مطالعه فرا-تحلیلی نشان می دهد که کلیه ی مقیاس های MMPI کاملاً پایا هستند و دامنه تغییر ضرایب پایایی آنها از ۰/۷۱ (مقیاس MA) تا ۰/۸۴ (مقیاس PI) است (مارنات، به نقل از پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۳).

در ایران نیز اخوت، براهنی، شاملو و نوعپرست (۱۳۵۷) فرم ۷۱ سؤالی MMPI را اقتباس و با در نظر گرفتن فرهنگ ایرانی آن را در فرم کوتاهی تدوین نموده اند. پژوهش هایی که تا به حال انجام و

1) Weissman & Lester
3) Hathaway

2) Trexler
4) Mckinley

گزارش شده است همگی بیانگر ارزش تشخیصی فرم کوتاه ۷۱ سوالی می باشد و نتایج این پژوهش ها توانسته است روایی میزان های Pa, D, Pd, Sc و L را تأیید کند (اخوت و دانشمند، ۱۳۵۷). پژوهشگر ۲۰ سؤال مقیاس D را جدا و پس از تنظیم آن را همراه با سایر ابزار پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون اجرا و نتایج آن را استخراج کرده است.

یافته های پژوهش

آزمودنی های پژوهش حاضر شامل ۱۲ مرد و ۲۰ زن هستند که در دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال قرار دارند. جدول زیر ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها را نشان می دهد.

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها

روش درمان	میانگین تحصیلی گروه	میانگین سنی گروه	تعداد مردان	تعداد زنان	ویژگی ها / گروه
شناخت درمانگری به روش بک	۱۳/۷۵	۲۴/۲۵	۳	۵	گروه اول
شناخت درمانگری به روش تیزدل	۱۴/۲۵	۲۵/۳۷	۳	۵	گروه دوم
شناخت درمانگری بک توأم با یوگا	۱۲/۷۵	۲۵/۶۲	۴	۴	گروه سوم
کنترل	۱۴/۲۵	۲۶/۱۲	۲	۶	گروه چهارم
	۱۳/۷۵	۲۵/۳۴	۱۲	۲۰	کل

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی های ۴ گروه در متغیرهای پژوهش

مقیاس ها / گروه	گروه یک / روش بک		گروه دو / روش تیزدل		گروه سه / روش تلفیقی		گروه چهارم / کنترل	
	میانگین \bar{X}	انحراف معیار SD	میانگین \bar{X}	انحراف معیار SD	میانگین \bar{X}	انحراف معیار SD	میانگین \bar{X}	انحراف معیار SD
ATQ	۹۷/۰۰ (SD=۱۷/۱۹)	۵۲/۵۰ (SD=۱۳/۳۶)	۸۸/۲۵ (SD=۱۶/۹۵)	۴۱/۸۷ (SD=۶/۸۹)	۸۲/۷۵ (SD=۲۵/۸۷)	۲۹/۶۲ (SD=۷/۱۹)	۱۱۳/۳۷ (SD=۲۲/۸۲)	۱۱۵/۸۷ (SD=۲۲/۳۲)
BDI	۳۲/۷۵ (SD=۳/۶۵)	۱۴/۲۵ (SD=۲/۱۸)	۳۲/۷۵ (SD=۵/۵۲)	۱۲/۸۷ (SD=۱/۸۰)	۳۴/۵۰ (SD=۶/۶۳)	۷/۸۷ (SD=۲/۶۴)	۳۱/۸۷ (SD=۶/۶۸)	۳۲/۵۰ (SD=۶/۳۶)
CTI	۱۲۱/۵۰ (SD=۸/۲۲)	۵۱/۶۲ (SD=۳/۹۶)	۱۲۷/۸۷ (SD=۸/۰۶)	۶۳/۰۰ (SD=۴/۹۵)	۱۲۰/۳۷ (SD=۱۲/۹۲)	۴۷/۶۲ (SD=۵/۳۹)	۱۰۴/۸۷ (SD=۱۵/۰۵)	۱۰۶/۳۷ (SD=۱۵/۳۸)
MMPI-D	۱۴/۰۰ (SD=۱/۶۰)	۷/۱۲ (SD=۱/۲۴)	۱۴/۸۷ (SD=۰/۶۴)	۷/۱۲ (SD=۰/۹۹)	۱۴/۲۵ (SD=۰/۴۶)	۴/۸۷ (SD=۰/۹۹)	۱۴/۳۷ (SD=۱/۱۸)	۱۴/۰۰ (SD=۱/۳۰)

یافته های جدول (۲) نشان می دهد که هر سه روش درمانی در گروه های ۱، ۲ و ۳ میانگین پیش

آزمون و پس آزمون آنها تفاوت چشم گیری دارد که بیانگر این نکته است که هر سه روش بر متغیر وابسته یعنی افسردگی اثرگذار بوده است.

مقایسه بین ۴ گروه در BDI

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل واریانس یکراهه مربوط به میانگین های تفاضل نمره های پیش آزمون و پس آزمون ۴ گروه در پرسشنامه افسردگی بک

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
BDI بین گروه ها	۳۲۸۴/۰۹۴	۳	۱۰۹۴/۶۹۸	۶۱/۹۶۹	۰/۰۰۰
درون گروه ها	۴۹۴/۶۲۵	۲۸	۱۷/۶۶۵		
کل	۳۷۷۸/۷۱۹	۳۱			

یافته های جدول (۳) نشان دهنده مقایسه بین چهار گروه در BDI است. ارزش F مشاهده شده برابر ۶۱/۹۶۹ است که با توجه به ارزش احتمالی معنی داری خطا که برابر ۰/۰۰۰ است می توان نتیجه گرفت که با اطمینان حداقل ۰/۹۹۹ بین چهار گروه در متغیر وابسته یعنی درمان افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد.

برای بررسی تفاوت این معنی داری از آزمون تعقیبی شفه^۱ استفاده شد که نشان داد بین گروه اول (روش بک) با گروه دوم (روش تیزدل) در میزان اثربخشی تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ در حالی که گروه اول (روش بک) و گروه سوم (روش ترکیبی) با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۱ و بین گروه اول و گروه چهارم (کنترل) با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۰۱ تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین بین گروه دوم (تیزدل) و سوم (ترکیبی) با احتمال خطای کمتر از ۰/۵ تفاوت وجود دارد که بیانگر اثربخشی بیشتر روش ترکیبی است. این یافته ها با مقایسه داده ها در جداول ۴، ۵، ۶ و ۷ مشخص می شود.

جدول ۴: نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه یک با هر یک از گروه ها در مقیاس BDI

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	معنی داری
BDI	۱/۰۰	۲/۰۰	-۱/۳۷۵۰	۲/۱۰۱۵	۰/۹۳۳
		۳/۰۰	-۸/۱۲۵۰	۲/۱۰۱۵	۰/۰۰۷
		۴/۰۰	۱۹/۱۲۵۰	۲/۱۰۱۵	۰/۰۰۰

1) Scheffe

۱۰۱ بررسی و مقایسه تأثیر شناخت درمانگری بک با شناخت درمانگری ...

جدول ۵: نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه دو با هر یک از گروه‌ها در مقیاس BDI

معنی‌داری	انحراف استاندارد	اختلاف میانگین‌ها	گروه (J)	گروه (I)	منبع تغییرات شفه
۰/۹۳۳	۲/۱۰۱۵	۳/۳۷۵۰	۱/۰۰	۲/۰۰	BDI
۰/۰۳۰	۲/۱۰۱۵	-۶/۷۵۰۰	۳/۰۰		
۰/۰۰۰	۲/۱۰۱۵	۲۰/۵۰۰۰	۴/۰۰		

جدول ۶: نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه سه با هر یک از گروه‌ها در مقیاس BDI

معنی‌داری	انحراف استاندارد	اختلاف میانگین‌ها	گروه (J)	گروه (I)	منبع تغییرات شفه
۰/۰۰۷	۲/۱۰۱۵	۸/۱۲۵۰	۱/۰۰	۳/۰۰	BDI
۰/۰۳۰	۲/۱۰۱۵	۶/۷۵۰۰	۲/۰۰		
۰/۰۰۰	۲/۱۰۱۵	۲۷/۲۵۰۰	۴/۰۰		

جدول ۷: نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه چهار با هر یک از گروه‌ها در مقیاس BDI

معنی‌داری	انحراف استاندارد	اختلاف میانگین‌ها	گروه (J)	گروه (I)	منبع تغییرات شفه
۰/۰۰۰	۲/۱۰۱۵	-۱۹/۱۲۵۰	۱/۰۰	۴/۰۰	BDI
۰/۰۰۰	۲/۱۰۱۵	-۲۰/۵۰۰۰	۲/۰۰		
۰/۰۰۰	۲/۱۰۱۵	-۲۷/۲۵۰۰	۳/۰۰		

مقایسه بین ۴ گروه در ATQ (افکار اتوماتیک)

جدول ۸: نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه مربوط به میانگین‌های تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۴ گروه در پرسشنامه افکار اتوماتیک ATQ

معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۰	۲۰/۷۴۴	۵۲۱۰/۲۵۰	۳	۱۵۶۳۰/۷۵	ATQ بین گروه‌ها
		۲۵۱/۱۷۰	۲۸	۷۰۳۲/۷۵۰	درون گروه‌ها
			۳۱	۲۲۶۶۳/۵۰	کل

یافته های جدول (۸) مقایسه بین ۴ گروه در ATQ را نشان می دهد. ارزش F مشاهده شده برابر ۲۰/۷۴۴ است که با توجه به ارزش احتمال معنی داری خطا که برابر با ۰/۰۰۰ است، می توان نتیجه گیری کرد که بین ۴ گروه در متغیر وابسته (افسردگی) تفاوت معنی داری مشاهده شده است. برای بررسی جهت این معنی داری از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نشان داد بین گروه اول (بک) و چهارم (کنترل) با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۰۱، بین گروه دوم (تیزدل) و چهارم با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۰۱ و بین گروه سوم و گروه چهارم با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۰۱ تفاوت وجود دارد. به عبارتی در این مقیاس روش تلفیقی اثربخشی بیشتری از هر یک از روش ها به تنهایی نداشته است. این یافته ها با مقایسه داده های جداول ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ مشخص می شود.

جدول ۹: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه یک با هر یک از گروه ها در مقیاس ATO

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	معنی داری
ATQ	۱/۰۰	۲/۰۰	-۱/۸۹۷۵	۷/۹۲۴۲	۰/۹۹۶
		۳/۰۰	-۸/۶۲۵۰	۷/۹۲۴۲	۰/۷۵۸
		۴/۰۰	۴۷/۰۰۰۰	۷/۹۲۴۲	۰/۰۰۰

جدول ۱۰: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه دو با هر یک از گروه ها در مقیاس ATO

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	معنی داری
ATQ	۲/۰۰	۱/۰۰	۱/۸۷۵۰	۷/۹۲۴۲	۰/۹۹۶
		۳/۰۰	-۶/۷۵۰۰	۷/۹۲۴۲	۰/۸۶۶
		۴/۰۰	۴۸/۸۷۵۰	۹/۹۲۴۲	۰/۰۰۰

جدول ۱۱: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه سه با هر یک از گروه ها در مقیاس ATO

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	معنی داری
ATQ	۳/۰۰	۱/۰۰	۸/۶۲۵۰	۷/۹۲۴۲	۰/۷۵۸
		۲/۰۰	۶/۷۵۰۰	۷/۹۲۴۲	۰/۸۶۶
		۴/۰۰	۵۵/۶۲۵۰	۷/۹۲۴۲	۰/۰۰۰

جدول ۱۲: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه چهار با هر یک از گروه‌ها در مقیاس ATO

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	معنی داری
ATQ	۴/۰۰	۱/۰۰	-۴۷/۰۰۰۰	۷/۹۲۴۲	۰/۰۰۰
		۲/۰۰	-۴۸/۸۷۵۰	۷/۹۲۴۲	۰/۰۰۰
		۳/۰۰	-۵۵/۶۲۵۰	۷/۹۲۴۲	۰/۰۰۰

مقایسه ۴ گروه در CTI یا پرسشنامه مثلث شناختی

جدول ۱۳: نتایج حاصل از تحلیل واریانس یکراهه مربوط به میانگین‌های تفاضل نمره‌ای پیش آزمون و پس آزمون ۴ گروه در CTI

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
CTI بین گروه‌ها	۳۰۲۱۶/۷۵	۳	۱۰۰۷۲/۲۵۰	۱۷۴/۳۸۴	۰/۰۰۰
درون گروه‌ها	۱۶۱۷/۲۵۰	۲۸	۵۷/۷۵۹		
کل	۳۱۸۳۴/۰۰	۳۱			

جدول (۱۳) مقایسه بین چهار گروه در CTI را نشان می‌دهد. ارزش F مشاهده شده برابر با ۱۷۴/۳۸۴ است که با توجه به ارزش احتمال معنی داری خطا که برابر با ۰/۰۰۰ است، می‌توان نتیجه گرفت که بین ۴ گروه در اثرگذاری بر متغیر وابسته (افسردگی) تفاوت معنی داری وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه نیز نشان داد که بین گروه ۱ و ۴ با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۰۱، بین گروه ۲ و ۴ با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۰۱ و بین گروه ۳ و ۴ نیز با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۰۱ تفاوت وجود دارد. در این مقیاس نیز روش ترکیبی اثربخش تر از روش یک به تنهایی یا تیزدل به تنهایی نبوده است. نتایج حاصل با مقایسه داده‌ها در جداول ۱۴، ۱۵، ۱۶ و ۱۷ مشخص می‌شود.

جدول ۱۴: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه یک با هر یک از گروه‌ها در مقیاس CTI

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	معنی داری
CTI	۱/۰۰	۲/۰۰	۵/۰۰۰	۳/۸۰۰۰	۰/۶۲۵
		۳/۰۰	-۲/۸۷۵۰	۳/۸۰۰۰	۰/۹۰۲
		۴/۰۰	۷۱/۳۷۵۰	۳/۸۰۰۰	۰/۰۰۰

جدول ۱۵: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه دو با هر یک از گروه‌ها در مقیاس CTI

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	معنی‌داری
CTI	۲/۰۰	۱/۰۰	-۵/۰۰۰۰	۳/۸۰۰۰	۰/۶۳۵
		۳/۰۰	-۷/۸۷۵۰	۳/۸۰۰۰	۰/۲۵۵
		۴/۰۰	۶۶/۳۷۵۰	۳/۸۰۰۰	۰/۰۰۰

جدول ۱۶: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه سه با هر یک از گروه‌ها در مقیاس CTI

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	معنی‌داری
CTI	۳/۰۰	۱/۰۰	۲/۸۷۵۰	۳/۸۰۰۰	۰/۹۰۲
		۲/۰۰	۷/۸۷۵۰	۳/۸۰۰۰	۰/۲۵۵
		۴/۰۰	۷۴/۲۵۰۰	۳/۸۰۰۰	۰/۰۰۰

جدول ۱۷: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه چهار با هر یک از گروه‌ها در مقیاس CTI

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	معنی‌داری
CTI	۴/۰۰	۱/۰۰	-۷۱/۳۷۵۰	۳/۸۰۰۰	۰/۰۰۰
		۲/۰۰	-۶۶/۳۷۵۰	۳/۸۰۰۰	۰/۰۰۰
		۳/۰۰	-۷۴/۲۵۰۰	۳/۸۰۰۰	۰/۰۰۰

مقایسه ۴ گروه در مقیاس افسردگی MMPI

جدول ۱۸: نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه مربوط به میانگین‌های تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون ۴ گروه در MMPI

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
MMPI بین گروه‌ها	۳۷۴/۵۹۴	۳	۱۲۴/۸۶۵	۹۱/۷۰۴	۰/۰۰۰
درون گروه‌ها	۳۸/۱۲۵	۲۸	۱/۳۶۲		
کل	۴۱۲/۷۱۹	۳۱			

جدول (۱۸) مقایسه بین چهار گروه در MMPI-D را نشان می دهد. ارزش F مشاهده شده برابر با ۹۱/۷۰۴ است که با توجه به ارزش احتمال معناداری خطا که برابر ۰/۰۰۰ است می توان نتیجه گرفت که بین چهار گروه در متغیر وابسته (افسردگی) تفاوت معنی داری وجود دارد.

آزمون تعقیبی شفه نشان داد که بین گروه ۱ و ۳ با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۱ و بین گروه ۱ و ۴ با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۰۱، بین گروه ۱ و ۳ با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۵ و بین ۲ و ۴ با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۰۱ تفاوت معنی داری وجود دارد که بیانگر این نکته است که در این مقیاس روش ترکیبی کارآمدتر از دو روش دیگر بوده است. نتایج حاصل با مقایسه داده ها در جداول ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ مشخص می شود.

جدول ۱۹: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه یک با هر یک از گروه ها در مقیاس MMPI

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	معنی داری
MMPI	۱/۰۰	۲/۰۰	-۰/۸۷۵۰	۰/۵۸۳۴	۰/۵۳۲
		۳/۰۰	-۲/۵۰۰۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۰۲
		۴/۰۰	۶/۵۰۰۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۰۰

جدول ۲۰: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه دو با هر یک از گروه ها در مقیاس MMPI

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	معنی داری
MMPI	۲/۰۰	۱/۰۰	-۰/۸۷۵۰	۰/۵۸۳۴	۰/۵۳۲
		۳/۰۰	-۱/۶۲۵۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۷۳
		۴/۰۰	۷/۳۷۵۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۰۰

جدول ۲۱: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه سه با هر یک از گروه ها در مقیاس MMPI

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	معنی داری
MMPI	۳/۰۰	۱/۰۰	۲/۵۰۰۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۰۲
		۲/۰۰	۱/۶۲۵۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۷۳
		۴/۰۰	۹/۰۰۰۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۰۰

جدول ۲۲: نتایج حاصل از اجرای آزمون شفه مربوط به میزان اثربخشی گروه چهار با هر یک از گروه‌ها در مقیاس MMPI

منبع تغییرات شفه	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	معنی‌داری
MMPI	۴/۰۰	۱/۰۰	-۶/۵۰۰۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۰۰
		۲/۰۰	-۷/۳۷۵۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۰۰
		۳/۰۰	-۹/۰۰۰۰	۰/۵۸۳۴	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

با وجود درمان‌های متعددی که در مورد درمان افسردگی وجود دارد پژوهشگر سه روش درمانی بک، تیزدل و تلفیق شناخت درمانگری بک با نرمش‌های یوگا را برای پاسخگویی به این سؤال که چه تفاوتی در کارآمدی این سه روش در درمان افسردگی اساسی وجود دارد، انتخاب و پیاده نمود.

در نتیجه مقایسه میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در ۴ گروه که در جدول (۲) آمده است، نشان می‌دهد که در ۴ مقیاس پژوهش یعنی CTI, ATO, BDI و مقیاس MMPI-D هر سه روش درمانی در کاهش افسردگی اساسی آزمودنی‌ها کارآمد بوده است.

اما در مورد سؤال اصلی پژوهش که کدام روش کارآمدتر است یافته‌های جدول (۲) نشان می‌دهد که روش تلفیقی (گروه سوم) به طور چشم‌گیری از دو روش بک و تیزدل به تنهایی اثربخش‌تر بوده است. به عنوان مثال، نمرات پس‌آزمون در مقیاس BDI در گروه اول ۱۴/۲۵، در گروه دوم ۱۲/۸۷ در حالی که در گروه سوم ۷/۸۷ است که بیانگر اثربخشی بیشتر روش تلفیقی نسبت به دو روش دیگر است.

فرضیه اول: شناخت درمانگری بک در کاهش افسردگی اساسی افراد ۴۰-۲۰ ساله مؤثر است

یافته‌های جدول (۲) نشان می‌دهد که شناخت درمانگری بک در کاهش، تغییر، بهبودی و درمان افسردگی کارآمد بوده است. همچنین یافته‌های جدول (۳) و یافته‌های آزمون تعقیبی شفه در جداول ۴، ۹، ۱۴ و ۱۹ نشان می‌دهد که شناخت درمانگری بک در درمان افسردگی اساسی افراد ۴۰-۲۰ ساله کارآمد است. اما کارآمدتر از روش تیزدل در درمان افسردگی اساسی نبوده و در نتیجه بین روش بک و روش تیزدل در میزان اثربخشی تفاوتی وجود ندارد، گرچه هر دو روش به کاهش افسردگی آزمودنی‌ها منجر شده است. یعنی شناخت درمانگری بک و هم تیزدل افسردگی را کاهش داده اما یکی بر دیگری برتر

نبوده است اما جدول ۴ و ۷ نشان می دهد که روش بک در مقایسه با گروه کنترل به طرز چشمگیری مؤثر بوده است. این یافته همسو با یافته هایی است که نشان می دهد به هر صورت شناخت درمانی در مقایسه با دارو درمانی در درمان افسردگی کارآمدتر است (آنتونوکیسو^۱، دانتون و دنلسکی^۲، ۱۹۹۵؛ درابیس^۳، گلفاند^۴، تانگ^۵ و سیمونز، ۱۹۹۹؛ به نقل از لوینسون^۶، ۲۰۰۰).

همان گونه که ملاحظه می شود در چهار مقیاس BDI، ATQ، CTI و MMPI نشان داده شده است که روش شناخت درمانگری بک در کاهش میزان افسردگی BDI، کاهش افکار اتوماتیک ATQ، تغییر نگرش CTI و شدت افسردگی MMPI-D اثربخش بود است. این یافته ها در جداول ۴، ۹، ۱۴ و ۱۹ نشان داده شده است. اما شاید یکی از دلایلی که شناخت درمانی بک و شناخت درمانی تیزدل اثربخشی کمتری نسبت به روش تلفیقی داشته اند مربوط به این باشد که برخی آزمودنی های این دو گروه مشکلات خانوادگی داشتند (اگر چه در گروه تلفیقی نیز دو نفر دارای مشکلات خانوادگی بودند). پژوهش های جدید نشان می دهند که مشکلات خانوادگی احتمالاً بر بروز، سیر و نتیجه ی افسردگی اثر منفی می گذارد (سایکرز^۷، کوهن^۸، فلسکو^۹، بلاک^{۱۰} و سارور^{۱۱}، ۲۰۰۱).

علاوه بر این تکالیف خانگی^{۱۲} و به خصوص انجام درست و پیگیری آن در فرایند درمان نقش مهمی ایفا می کند. بنابراین شاید دلیل دیگر این است که روش بک و تیزدل هر یک به تنهایی، تکالیف خانگی کمتری نسبت به روش تلفیقی دارد، از این رو کارآمدی آن کمتر شده است. چون بیمارانی که تکالیف خانگی را به طور منظم انجام می دهند نسبت به آنهایی که این تکالیف را اصلاً انجام نمی دهند یا به طور نامناسب انجام می دهند، افسردگی آنها بهبودی معنی دارتری پیدا می کند. کازانتیس^{۱۳}، دیانی و رونان^{۱۴} (۲۰۰۰) نیز در یک مطالعه فراتحلیلی بر روی ۲۷ مطالعه به این نتیجه رسیدند که انجام تکالیف خانگی بر بازده و نتیجه ی درمان اثر مثبت دارد. این در حالی است که در برخی گزارش های مربوط به نتایج مطالعات شناخت درمانی هیچ گونه یافته ی خاصی در مورد تکالیف خانگی گزارش نشده است (شاو^{۱۵}، ۱۹۷۷؛ بلک برن و دیگران، ۱۹۸۱؛ تیزدل و دیگران، ۱۹۸۴).

1) Antonuccio

2) Danton & Denelsky

3) Derubis

4) Gelfand

5) Tang

6) Levenson

7) Saycers

8) Kohn

9) Flesco

10) Bellack

11) Sarwer

12) Assigenment

13) Kazantzis

14) Ronan & Dayane

15) Shaw

فرضیه دوم: شناخت درمانگری تیزدل در کاهش افسردگی اساسی افراد ۴۰-۲۰ ساله مؤثر است یافته های جدول شماره (۲) نشان می دهد که روش تیزدل به خوبی روش بک به کاهش افسردگی منجر شده است. این یافته از مقایسه روش تیزدل با گروه کنترل در جدول شماره (۲) به دست می آید. همچنین یافته های آزمون تعقیبی شفه در جداول (۵، ۱۰، ۱۵ و ۲۰) نشان می دهد که روش تیزدل موفق به کاهش میزان افسردگی در مقیاس BDI (جدول ۵)، کاهش افکار اتوماتیک منفی ATQ (جدول ۱۰)، تغییر نگرش افسرده ها نسبت به خود، اطرافیان و جهان پیرامون CTI (جدول ۱۵)، و کاهش شدت افسردگی (جدول ۲۰) مقیاس MMPI-D در مقایسه با گروه کنترل شده است. اما این روش کارآمدتر از روش بک نبوده است و نسبت به روش تلفیقی کارآمدی کمتری را نشان می دهد. این یافته از مقایسه میانگین پس آزمون گروه های اول، دوم و سوم در جدول شماره (۲) به دست می آید.

فرضیه سوم: شناخت درمانگری بک و تلفیق آن با نرمش های یوگا در کاهش افسردگی اساسی افراد ۴۰-۲۰ ساله مؤثر است.

یافته های جدول (۲) نشان می دهد که هرگاه فنون شناخت درمانی بک با نرمش های یوگا تلفیق شود اثربخشی آن در درمان افسردگی اساسی بیشتر می شود. اصولاً هدف درمانگر در طی درمان این است که به مراجع کمک کند و به او مهارت هایی را یاد بدهد تا بتواند از این طریق احساس درماندگی او را کاهش دهد (تامپسون^۱ و ویرسون^۲، ۲۰۰۰). استفاده از روش هایی نظیر پسخوراند زیستی، ایفای نقش، واقعیت درمانی، یوگا درمانی، شناخت درمانگری و به طور کلی روان درمانی، کنترل درونی را در افراد افزایش می دهد؛ به خصوص اگر این روش ها به طور تلفیقی به کار رود (تراپ و اولسون، ۱۹۹۰). این در حالی است که تحقیقات متعدد والش^۳ (۱۹۸۱) نشان می دهد یوگا می تواند سبب کاهش افسردگی، فشار خون، ضربان قلب شده و امواج مغزی را تغییر دهد (والش، ۱۹۸۱؛ به نقل از شارف، ۲۰۰۰). این که تلفیق شناخت درمانگری با یوگا از کارآمدی بیشتری نسبت به روش بک و تیزدل برخوردار است را می توان از یافته های جداول (۶، ۱۱، ۱۶ و ۲۱) نیز استنباط نمود. جدول ۶ در مقیاس BDI نشان می دهد که روش تلفیقی نسبت به دو روش دیگر مؤثرتر بوده است. اما در مقیاس کاهش افکار اتوماتیک منفی جدول (۱۱) ATQ روش تلفیقی مؤثرتر از دو روش دیگر عمل نکرده است. علاوه بر این در مقیاس

1) Tompson

2) Wierson

3) Walsh

CTI (مثلث شناختی) جدول (۱۶) نیز روش تلفیقی از روش بک و تیزدل کارآمدتر نبوده است. اما در مقیاس MMPI-D جدول (۲۱) مشخص است که روش تلفیقی از روش اول و دوم کارآمدتر بوده است. بنابراین روش تلفیقی در کاهش افسردگی اساسی بیماران ۴۰-۲۰ ساله مؤثرتر از روش شناخت درمانگری بک و یا تیزدل به تنهایی است.

بنابراین فرضیه سوم که: شناخت درمانی بک و تلفیق آن با نرمش های یوگا در کاهش افسردگی اساسی افراد ۴۰-۲۰ ساله است تأیید می شود. پس می توان گفت روش تلفیقی در مقایسه با دوروش دیگر در کاهش افسردگی مؤثرتر است. اصولاً از آنجا که یوگا و نرمش های آن به برقراری تعادل انرژی در بدن و تنظیم نظام هورمونی آن کمک می کند به طبع آن بهبود خلق و نشاط و شادابی را به دنبال دارد (باومل^۱، ۱۹۹۹).

علاوه بر یافته های فوق، پژوهش حاضر نشان داد که روش بک، روش تیزدل و روش تلفیقی در کاهش افکار اتوماتیک منفی و تغییر نگرش آزمودنی ها به خود، جهان و آینده مؤثر است اما برتری بین میزان اثربخشی هر یک از روش ها وجود ندارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش های شاو و سگال (۱۹۸۸) است که نشان می دهد مهمترین تغییرات شناختی که در پایان درمان افسردگی بدان دست می یابیم عبارتند از:

۱- کاهش انتظارات منفی برای دست یابی به موفقیت

۲- کاهش افکار اتوماتیک منفی

۳- کاهش سوگیری در یادآوری اطلاعات مربوط به «خود»

۴- کاهش نگرش های ناکارآمد

۵- کاهش اسنادهای سودار در مورد انتظار شکست

در نتیجه با توجه به ملاک های انجمن روان شناسی آمریکا در مورد کاربردپذیری، تعمیم، هزینه ها و مزایای یک درمان به عنوان ملاک هایی برای کارآمدی آن می توان گفت شناخت درمانگری بک و تلفیق آن با یوگا در درمان و کاهش افسردگی کاربردپذیر بوده و از آنجا که آزمودنی ها به صورت تصادفی در چهار گروه جایگزین شده اند، نتایج قابل تعمیم به سایر بیماران افسرده می باشد. سرانجام با توجه به کارآمدی این روش می توان گفت که این روش اثرات زیانبار افسردگی را کم می کند و در نتیجه هزینه های درمانی

1) Baumel

کاهش یافته و سبب بهبود عملکرد خانوادگی، شغلی، تحصیلی و اجتماعی می شود که مزایای کمی نیستند.

منابع

- ۱- اخوت، ولی ا. . . ؛ و دانشمندان، لقمان (۱۳۵۷). ارزشیابی شخصیت. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ۲- آناستازی (۱۳۶۴). روان آزمایی. ترجمه محمدنقی براهنی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ۳- پاشاشریفی، حسن؛ نیکخو، محمدرضا (۱۳۷۳). اصول روان سنجی و روان آزمایی. تهران: انتشارات رشد.
- ۴- کاپلان (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. ترجمه نصرت ا. . . پورافکاری، تهران: انتشارات شهرآب.
- ۵- دلاور، علی (۱۳۷۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- ۶- فرگوسن، جرج ا، یوشیوتاکانا (۱۳۷۷). تحلیل آماری در روان شناسی و علوم تربیتی. ترجمه علی دلاور، تهران: نشر ارسباران.
- ۷- ساتیا ناندا ساراسوتی، سوامی (۱۳۸۰). توان روحی زن (یوگینی). ترجمه جلال موسوی نسب و فاطمه قاسمی، تهران: انتشاران فراروان.

1. Albeniz Prex, De Alberto; Holmes, Jermy (2000). Meditation: concepts, effects and uses in therapy. *International journal of psychotherapy*. Vol, 5 Issue, p 49. 52.

2. berwin, C. B. (1989). *Cognitive foundation of clinical psychology*. Hove and London: Lowrence Erlbaum.

3. Blackburn, I. M; & Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy depression and anxiety* Oxford: Blackwell scientific publishtions.

4. Christine, ryan E. Keitner, Gabor, (1987). Family functioning and the

course of major depression. *Comprehensive psychiatry*, p, 28.

5. Cohen, Gilian (1977). *The psychology of cognition*. New York: Academic press.

6. Davison, C. G; & Neale, J.M. (2000). *Abnormal psychology*. American: John Wiley & sons.

7. Debra, Desalvo (1999). Dangerous moves. *Village voice*. Vol, 44. Issuc, 26, p 1-5.

8. Derubeis, R. J; & Crits-christoph, P. (1998). Emprically supported individual and group psychological treatment for adult mental disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 66, 37-52.

9. Dobson, K. S; & Jackman, Cram, S. (1996). *Common change processes in cognitive behavioral therapies for depression*. London: sage publications.

10. Dryden, Windy & Trower, Peter (1989). *Cognitive Psychotherapy; stasis & Change*. New York NY.

11. Engram, A. E; Hayes, A. & Scott, W. (2000). *Emprically supported treatments: a critical analysis*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

12. Epstein, N. & Schlesinger, S. E. (1991). *Marital and family problems*. in w. Dryden & R. Rentoul. (ed). 288-312. *Adult clinical problems: A cognitive behavior approach* London: Routledge.

13. Fenell, M. C. (1989). "Depression". In K, Hawton; P. M. Salkovskis; J. Kirk; D. M. Clark. (ed). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems- Apractical guide*. Oxford: oxford university press.

14. Fischer, Joel; Corcoran, Kevin (1994). *Measures for clinical practice*. A source book. The free press unatied state.

15. Haaga, D. F; Dyck, M. J. & Ernest, D. (1991). Emprical status of cognitive therapy of depression. *Psychological Bulltein*. 10, 237-242.

16. Hardy, Gillian E; Shapiro, David, A; Barkham, Michael. Rees, Anne; Macaskill, Norman (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of counseling and clinical psychology*. Vol, 69, No. 5, 481-845.
17. Jongsma, Arthur E. Palge, Kime (2000). *The complete adult psychotherapy treatment planner*. John Wiley & Sons, INC.
18. Kabat-zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
19. Leutwyler, Kristin (1997). *Depression Double standard mistery of the mind*. Scientific American Publition.
20. Levenson, James L. (2000). "Depression" Amrican college of physicians (ACP).
21. Prakash, Satya; Fletcher, Ann (2000). Yoga for the management of depression. *Bwy spectrum archive articles*.
22. Rachman, S. J; & Shafran, R. (1999). *Cognitive distotio: thought-action fusion*. Prantice Hall.
23. Rees, R. W; Feigel, I; Vickers, Zollman. C; MCGurk, R; Smith, C. (2000). Prevalence of complementary therapy use by woman with breast cancer: a population based survey. *Euopen journal of cancer*.
24. Sapolsky, Robert M. (1994). *Why zebras don't get uleers, A guid to stress, stress-related diseceses and coping*. New York. W. H. freemand & company.
25. Satyapraksh, Ann Fletcher (2000). Yoga for the management of depression. *Bwy spectrum archive articles*.
26. Segal D. L (1997). Structured interviewing and DSM Classification. In S. M. Turner & M. Herson, (ed) *Abualt psychophatology and diagnosis*. 24-57. New York: John Wiley & Sons, Inc.

27. Sharf, R. S. (2000). *Theories of psychotherapy and counseling: concepts and cases*. Albany: books/ cole publishing company.
28. Siegle, G. J. & Ingram, A. E. (1997). Modeling individual difference in negative information processing biases. In G. Matthews (ed). *Cognitive science perspective on personality and emotion*. Amesterdam: North-Holland.
29. Teasdale, G. D; Annelioyd, Ch; & Hatton, G. M. (1999). Depressive thinking and dysfunctional schematic mental model. *British Journal of clinical psychology*. 37, 247-257.
30. Teasdale, G. D; Segal, Z, V; & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training self. *Behaviour Research and Therapy*. 33. 25-39.
31. Teasdale, J. D. & Russell, M. L. (1993). Differential effects of induced mood on the recal of positirc, negative and nearal words. *British journal of clinical psychology*. 22. 263-171.
32. Tompson, S. C. & Wierson, M; (2000). Enban cing precieved control in psychotherapy. In C. R. Snyder & R. C. Ingram. (ed). *Handbook of psychological change: psychotherapy process & practice for the 21 st century* 177-197. New York. John Wiley.
33. Weishaar, Marjorie E. (1993). *Key figures in counselling and psychotherapy*. SAGE publications LTd. London.
34. Wells, Adrian (2000). *Emotional disorder and metacognition: innovative cognitiye thrapy*. John Wiely & Sons. LTd
35. Witkowski, Jennifer; M. (2000). *Yoga and children, part two suite 101*. com, Inc.