

درمان شناختی - رفتاری اختلال افسردگی نوجوانی با تأکید بر خانواده*
(مطالعه موردی)

Family therapy based on Cognitive-Behavioral approach for depressed adolescent: A case study

M. Khodayarifar, Ph. D.

دکتر محمد خدایاری فرد**

A. Parand

اکرم پرند***

Abstract: Depression is one of the most common psychological disorders, that is attened by psychologists. There are many treatment method for depression. According to research findings, family has important role in creating, maintaining and treating of depression syndrome, also research findings showed that Cognitive-Behavior Therapy (CBT) is effective in treatment of depression. Therefore, family therapy based on cognitive-behavioral approach, is suggested in treating depression. The main purpose of this study was to explore the effect of family therapy based on cognitive-behavioral approach as an effective treatment. Method of study was case study research. Data were obtained by clinical interview and psychological tests. In this study, a severely depressed subject (17 years old) was treated by using based on CBT family therapy. The result showed that this method is effective in treating depressed individuals.

Consistency and inconsistency of the results was discussed.

چکیده: افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که بسیاری از روان‌درمانگران به آن توجه ویژه داشته‌اند. در سال‌های اخیر روش‌های گوناگونی برای درمان اختلالات افسردگی به کار گرفته شده است. یافته‌های پژوهشی مبین نقش خانواده در بروز، نگهداری و درمان نشانگان افسردگی است. هم‌چنین در پژوهش‌های مختلف، درمان‌های شناختی - رفتاری یکی از روش‌های مناسب در درمان اختلالات افسردگی تشخیص داده شده‌اند. از این رو، به کارگیری خانواده درمانی با تأکید بر روش‌های شناختی - رفتاری به منزله روش درمانی مؤثری در درمان اختلالات افسردگی پیشنهاد شده است. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر مطالعه تأثیر خانواده درمانی بر درمان اختلال افسردگی است. روش پژوهش حاضر مطالعه موردی است و داده‌ها از طریق مصاحبه بالینی و آزمون‌های روان‌شناختی جمع‌آوری شده‌اند. در این پژوهش یک آزمودنی ۱۷ ساله افسرده شدید با روش ترکیبی فنون شناختی - رفتاری با تأکید بر خانواده درمانی درمان شد. نتایج مبین کارایی این روش‌ها در درمان افسردگی است. هم‌سویی و عدم هم‌سویی یافته‌ها در پایان مورد بحث واقع شده است.

Key words: family therapy-cognitive

کلید واژه‌ها: خانواده درمانی، شناخت

-behavior therapy-Depression, adolescent.

- رفتار درمانگری، افسردگی، نوجوانی.

* این پژوهش با استفاده از اعتبار ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است
** روان‌شناس بالینی کودک و دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
*** دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی.

مقدمه

بسیاری از افراد افسرده در توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری مشکل دارند. احتمال دارد به آسانی دچار حواس پرتی شوند یا مشکل حافظه داشته باشند. در اکثر موارد ممکن است افکار مربوط به مرگ، اندیشه‌هایی درباره خودکشی یا اقدام به خودکشی وجود داشته باشند. دامنه این افکار از تفکر به خودکشی تا اقدام به آن متغیر است. فراوانی، شدت و مهلک بودن این افکار نیز در نوسان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،^۱ ۲۰۰۰).

در حدود یک درصد از کودکان الگوی افسردگی را نشان می‌دهند. این میزان تا اوایل نوجوانی نیز به همین ترتیب است، ولی از ۱۴ سالگی میزان شیوع افسردگی به شدت افزایش می‌یابد. از ۱۴ سالگی تا بزرگسالی میزان شیوع افسردگی به ۱۵ درصد می‌رسد (هاکین، أبرامسون، مافیت، سیلوا، مک‌گی و آنجل،^۲ ۱۹۹۸؛ لوینسون، راد و سیلی،^۳ ۱۹۹۸؛ نلسون و ایزرائیل،^۴ ۲۰۰۰).

در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. روش‌های درمانی نیز بر اساس نظریه‌های موجود ایجاد شده‌اند. افسردگی از دیدگاه‌های زیست‌شناختی^۵، روان‌تحلیلی^۶، شناختی - رفتاری^۷ و نظریه‌های سیستمی^۸ مورد بررسی قرار گرفته است.

الگوهای تعامل خانواده یکی از متغیرهایی است که در بروز و نگهداری افسردگی دخالت دارد. در اغلب موارد هنگامی که یکی از زوجین افسرده باشد، از روی درماندگی رفتار می‌کند و زوج دیگر به این رفتار به وسیله مراقبت هر چه بیشتر پاسخ می‌دهد، به گونه‌ای که به تدریج این رابطه به صورتی انعطاف‌ناپذیر و تکراری در می‌آید و زوج افسرده در خانه و محل کار قادر نیست به وظایف خود به خوبی عمل کند و مسایل خانواده را حل کند. همین امر موجب بروز تعارض در بین افراد خانواده شده و تنیدگی را در خانواده افزایش می‌دهد (آسارنو، جای کوکس و تامپسون،^۹ ۲۰۰۱).

¹ - American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision

² . Hakin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee, & Angell

³ - Lewinsohn, Rohde & seeley

⁴ - Nelson & Israel

⁵ - biological

⁶ - psychoanalytic

⁷ . cognitive - Behavioral

⁸ . systems theories

⁹ . Asarnow, Jaycox & Tompson

در دهه‌های اخیر به دلیل اهمیت نقش خانواده در بروز و نگهداری اختلالات روانی به خانواده درمانی توجه بسیاری شده است. اعتقاد اصلی و زیربنایی خانواده درمانی این است که مشکلات بشر بیش از این که درون فردی باشند، بین فردی هستند. به همین دلیل برای حل این مشکلات باید از رویکردهای مداخله‌ای بهره گرفت که روابط بین افراد را بهبود می‌بخشند. خانواده مؤثرترین عامل محیطی در رشد و تحول شناختی کودک است و بسیاری از مشکلات کودکان از خانواده‌های آنان ناشی می‌شود (کامبرینک- گراهام^۱، ۱۹۸۹). بر این اساس متخصصان و پژوهشگران بالینی مطالعه خانواده را به عنوان یک نظام تعاملی آغاز کردند. با توجه به نقش خانواده در شکل‌گیری و نگهداری اختلالات روانی، خانواده درمانی به عنوان یک راهبرد درمانی به منظور حل اختلالات روان شناختی مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس مطالعات انجام شده درمان‌های انفرادی نه تنها قادر به ارائه راه‌حل‌های کارآمد برای مشکلات والدین و فرزندان نیستند، بلکه افرادی که بر اساس رویکردهای درمانی انفرادی به طور موفقیت‌آمیزی درمان می‌شوند نیز به محض بازگشت به خانواده مشکل‌دار نشانه‌های بیماری را نشان می‌دهند. کار (۲۰۰۰) معتقد است در فرایند خانواده درمانی شش مؤلفه مهم وجود دارد که عبارتند از:

- ۱) **مهارت‌های کارکردی^۲** - اولین گام در خانواده درمانی شناسایی مهارت‌های مورد نیاز برای سازگاری در مدرسه، خانه، جامعه و سایر محیط‌هاست.
- ۲) **آموزش^۳** - آموزش یکی از اصول خانواده درمانی است. مهارت‌های کارکردی باید با استفاده از روش‌های آموزشی ساختار یافته، آموزش داده شوند. در جریان آموزش، اعضای خانواده رفتارهای انطباقی و غیرانطباقی خود را به خوبی می‌شناسند و با آموزش مناسب به اصلاح رفتارهای غیر انطباقی می‌پردازند.
- ۳) **تقویت^۴** - در کنار برنامه‌های آموزشی، طراحی برنامه‌های تقویت نیز به یادگیری، نگهداری و تعمیم آموزش کمک می‌کنند. هنگامی که اعضای خانواده تکالیف مشخص شده از جانب درمانگر را در خانه، مدرسه یا سایر مکان‌ها انجام می‌دهند، دادن امتیاز به آنان لازم است که موجب تقویت رفتار مورد نظر یا حذف برخی رفتارهای غیرانطباقی و جایگزینی رفتارهای انطباقی می‌شود.

^۱ . Combrink- Graham

^۲ . functional skills

^۳ . training

^۴ . reinforcement

۴) تسلط بر خود^۱ - هنگامی که کودک یا نوجوان به برقراری ارتباط با اعضای خانواده علاقه‌مند شد، آموزش روش‌های تسلط بر خود، او را در جهت انطباق با مقررات خانه، حل تعارض با اعضای خانواده و پذیرش مسئولیت اعمال خود یاری می‌دهند.

۵) مشاوره با اعضای خانواده^۲ - در فرایند درمان، اعضای خانواده به کمک مشاور، مشکلات خود را از نظر ارتباطات درون و بیرون خانواده حل می‌کنند.

۶) تعمیم به جامعه^۳ - آخرین مؤلفه‌ای که در خانواده درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد، تعمیم مهارت‌های آموخته شده به سایر محیط‌های اجتماعی نظیر مدرسه، محل کار و سایر محیط‌های اجتماعی است. (استیونس^۴، ۲۰۰۱).

مطالعات گوناگون بر اهمیت الگوهای تعاملی و اسنادی خانواده تأکید دارند و به همین دلیل خانواده در فرایند درمان نقش مهمی دارد. به نظر مک کاولی و میرس، میچل، کالدرون، اشلورت و تریدر^۵ (۱۹۹۳) افسردگی کودکان و نوجوانان با میزان تنش در خانواده رابطه دارد. به عبارت دیگر، هر چه تنش در خانواده افزایش می‌یابد احتمال بروز افسردگی در کودکان و نوجوانان نیز افزایش و کفایت‌های اجتماعی آنان کاهش می‌یابد.

مطالعه آسارنو، گلدستین، تامپسون و گاتری^۶ (۱۹۹۳) نشان داده است کودکان افسرده‌ای که در خانواده‌هایی با بحران و مجادله زندگی می‌کنند، در مقایسه با کودکان افسرده خانواده‌های بدون بحران، پس از ترخیص از بیمارستان کمتر بهبود می‌یابند. به نظر کازدین و ویس^۷ (۱۹۹۸) درمان اختلالات کودکان و نوجوانان باید در متن خانواده صورت گیرد، زیرا همان‌گونه که خانواده در بروز و نگهداری اختلال نقش دارد، فرد مبتلا نیز بر سیستم خانواده تأثیر می‌گذارد. بنابراین به کارگیری راهبردهای خانواده درمانی، احتمال ابتلای سایر اعضای خانواده به افسردگی را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، افسردگی در کودکان و نوجوانان در اغلب موارد با سایر اختلالات روان‌شناختی نظیر اضطراب و اختلال سلوک همراه است و این امر بر اهمیت موضوع و توجه به فرایند درمان می‌افزاید. درمان‌های مبتنی بر خانواده با بهبود کارکرد خانواده و افزایش مهارت‌های انطباقی اعضای خانواده، توانایی آنان را برای حل مشکلات مختلف فرد دارای اختلال بالا می‌برند. اغلب مداخله‌های روان‌شناختی در مورد افسردگی کودکان و نوجوانان از جنبه شناختی - رفتاری صورت می‌گیرند.

1. self command

2. family counseling

3. generalization to community

4. Stevens

5. Mccavley, Myers, Mitchell, Calderon, Schloredt, & Treder

6. Asarnow, Goldstein, Tompson & Gothrie

7. Kazdin & Weisz

جنبه‌های شناختی این نوع درمان شامل مواجهه، آموزش و اصلاح شناخت‌های غیر انطباقی است. جنبه‌های رفتاری آن بر هدف‌هایی نظیر افزایش تجارب لذت‌بخش، افزایش مهارت‌های اجتماعی، بهبود ارتباط‌های اجتماعی، حل تعارض‌ها و افزایش مهارت‌های حل مسئله تمرکز دارند (هاردمن، درو و ایگان^۱، ۱۹۹۹).

کلارک، راد، لوینسون، هوپس و سیلی^۲ (۱۹۹۹) تأثیر شناخت - رفتار درمانگری را در بهبود گروهی از نوجوانان با افسردگی اساسی آزمایش کردند. گروه مورد مطالعه طی ۱۶ جلسه در مورد انطباق با افسردگی آموزش دیدند. در پایان دوره درمان این گروه با گروه کنترل که هیچگونه آموزشی دریافت نکرده بودند، مقایسه شدند. نتایج نشان داد، میزان بهبودی گروه آزمایشی (۶۰/۸٪) در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بالاتر بود. این تفاوت تا ۴ ماه پس از اتمام درمان نیز همچنان مشاهده شد.

برنت^۳ و همکاران (۱۹۹۷) کارآمدی نسبی شناخت - رفتار درمانگری، خانواده درمانی و درمان حمایتی غیر رهنمودی^۴ را مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد پس از ۱۶ جلسه درمان، میزان بهبودی نوجوانانی که با روش شناخت - رفتار درمانگری درمان شده بودند، ۶۰ درصد، در روش حمایتی غیر رهنمودی ۳۴/۴ درصد و در خانواده درمانی تنها ۲۹ درصد بوده است.

بنابراین اگر خانواده درمانی در کنار شناخت - رفتار درمانگری قرار گیرد در بهبود اختلالات کودکان و نوجوانان به طور اعم و افسردگی کودکان و نوجوانان به طور اخص نقش اساسی خواهد داشت.

برای دستیابی به اهداف خانواده درمانی، ابتدا باید بین درمانگر و خانواده همدلی ایجاد شود. همه اعضای خانواده باید بدانند که هدف درمان حمایت از خانواده است و اطمینان داشته باشند که فرصت تصمیم‌گیری برای آنان فراهم شده و زمینه برای رسیدن به اهداف آنان مهیاست (کراوس، ماکس ول و مک ویلیام^۵، ۲۰۰۱). به نظر گالینان^۶ (۲۰۰۲) روش‌هایی که در خانواده درمانی به کار می‌روند از موردی به مورد دیگر تفاوت دارند. این روش‌ها با توجه به نیازها، ویژگی‌ها و بدکارکردهای خانواده انتخاب و به کار برده می‌شوند.

1. Hardman, Drew & Egan

2. Clark, Rohde, Lewinsohn, Hops, & Seeley

3. Brent

4. nondirective supportive therapy

5. Kraus, Maxwell & Mcwilliam

6. Gulliman

بررسی پیشینه پژوهش

با توجه به نقش و اهمیت خانواده، اعضای خانواده می‌توانند برای تغییر رفتارهای نادرست، غیر منطقی و بیمارگونه کودکان و نوجوانان خود آموزش ببینند. با استفاده از آموزش الگوهای صحیح تقویت رفتار و افکار منطقی می‌توان خانواده‌ها را در برقراری روابط عاطفی سالم یاری کرد. کودکان با والدین افسرده بیش از سایر کودکان در معرض خطر ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات روان‌شناختی قرار دارند. خطر ابتلا به اختلالات خلقی در این کودکان چهار برابر کودکانی است که با والدین بهنجار زندگی می‌کنند (بردسلی، ورساگ و گلدستون^۱، ۱۹۹۸).

آسارنو، جای کوکس و تامپسون (۲۰۰۱) تأثیر روش خانواده درمانی را با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری در کودکان افسرده مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه بر آموزش مهارت‌های اساسی به اعضای خانواده تأکید شده بود. خانواده‌ها در زمینه ماهیت افسردگی، مهارت‌های حل مسئله و تأثیر آن بر حل مشکلات اعضای خانواده و روش‌های بهبود ارتباط بین اعضای خانواده آموزش دیدند. نتایج این پژوهش نشان داد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل - که هیچگونه درمانی دریافت نکرده بودند - از نظر بهبود نشانه‌های افسردگی تفاوت معناداری داشتند و در گروه آزمایشی نشانگان افسردگی کاهش یافت. ماتاکاس، اشمیت، روهرباخ، وگت - کمپی و چوران^۲ (۱۹۹۹) تأثیر خانواده بر دوره‌های افسردگی اساسی بیماران بستری در بیمارستان را مطالعه کردند. در این پژوهش ۴۷ آزمودنی ۲۰-۶۴ ساله با افسردگی اساسی مطالعه شدند. آزمودنی‌ها به دو گروه تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه اول طی درمان هیچگونه تماسی با خانواده نداشتند، در حالی که آزمودنی‌های گروه دوم با خانواده خود تماس داشتند. میزان افسردگی آزمودنی‌ها، هر هفته با استفاده از پنج مقیاس اندازه‌گیری شد. لازم به ذکر است که هیچ یک از خانواده‌ها در دو گروه متفاوت آموزش ندیدند. پس از سه هفته، تفاوت معناداری در بهبود نشانگان افسردگی دو گروه مشاهده شد. گروهی که با خانواده‌های خود در تماس بودند با سرعت بیشتری بهبود یافتند. این نتایج بیانگر اهمیت نقش خانواده و ضرورت به کارگیری خانواده درمانی در بهبود افسردگی است.

آسارنو و اسکات^۳ (۱۹۹۹) ترکیبی از درمان شناختی - رفتاری و خانواده درمانی را در مورد تعدادی از دانش‌آموزان افسرده پایه‌های کلاسی چهارم تا ششم به کار بردند. آن‌ها کودکان را در ۹ جلسه گروهی تحت درمان شناختی - رفتاری قرار دادند. در جلسه‌های درمانی بر آموزش مهارت‌های

^۱ . Beardslee, Versage & Glodstone

^۲ . Matakas, Schmitt, Rohrbach, Vogt - Kempe, & Churan

^۳ . Asarnow & Scott

اساسی و به کارگیری آن‌ها در عمل تأکید شد. آموزش خانواده نیز با هدف تعمیم این مهارت‌ها به سایر محیط‌هایی که کودکان با آن سروکار داشتند (برای مثال مدرسه و جامعه) صورت گرفت. پس از این که خانواده و کودکان به طور جداگانه آموزش دیدند، جلسه‌هایی به آموزش همه افراد خانواده از جمله فرد دارای اختلال اختصاص داده شد. نتایج این پژوهش نشان داد نشانه‌های افسردگی در کودکانی که با روش خانواده درمانی و شناخت - رفتار درمانگری تحت درمان قرار گرفته بودند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت هیچگونه درمانی قرار نگرفته بودند، به طور معناداری کاهش یافت.

فریستد، گوازی و سولدانو^۱ (۱۹۹۸) تأثیر آموزش خانواده را در بهبود اختلالات خلقی بررسی کردند. در این پژوهش خانواده و مراجعان در زمینه شناخت اختلالات خلقی، عوامل واسطه‌ای مؤثر بر آن، عوامل درون‌فردی، اهمیت مهارت‌های اجتماعی و تأثیر فشارهای روانی بر اختلالات خلقی آموزش دیدند. همچنین طی جلسه‌های آموزشی در چهارچوب رویکرد شناختی - رفتاری روش‌های انطباق با مشکلات، حل مسئله و جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی به مراجعان آموزش داده شد. در پایان جلسه‌های آموزشی، مراجعان بهبود نشانگان بالینی و اعضای خانواده ایجاد تغییرات مثبت در تعامل‌های بین فردی را گزارش کردند.

برنت و همکاران (۱۹۹۸) تأثیر آموزش خانواده را در درمان افسردگی جوانان مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها خانواده‌های گروهی از جوانان افسرده را در زمینه ماهیت افسردگی، نگرش نسبت به افسردگی و درمان آن آموزش دادند. ۹۸ درصد افرادی که در این کلاس‌ها شرکت کرده بودند، این آموزش‌ها را مفید تلقی کردند و گزارش دادند آموزش‌ها به بهبود روابط خانوادگی منجر شده‌اند.

ویسمن، وارنر، ویکرامارانت، موریو و الفسون^۲ (۱۹۹۷) در یک مطالعه طولی ده ساله دو گروه از پدران و مادران و فرزندان آنان را مورد مطالعه قرار دادند. افراد مورد مطالعه به دو گروه تقسیم شدند. گروهی که والدین آنان هیچ‌گونه اختلال روان‌شناختی نداشتند و گروهی که حداقل یکی از والدین دارای اختلال افسردگی اساسی بودند. نتایج این مطالعه نشان داد کودکان با والدین افسرده در مقایسه با گروه دیگر به ویژه قبل از سن بلوغ نشانگان افسردگی را به میزان بیشتری نشان می‌دهند.

بردسلی و دیگران (۱۹۹۷) ۳۷ کودک ۸-۱۴ ساله با والدین مبتلا به اختلالات خلقی را مورد درمان قرار دادند. آن‌ها کودکان را به دو گروه تقسیم کردند. یک گروه با استفاده از خانواده درمانی و مداخله‌های روانی - آموزشی و گروه دیگر تنها با استفاده از روش سخنرانی مورد درمان قرار گرفتند. گروه اول که در بافت خانواده و با استفاده از روش خانواده درمانی توأم با مداخله‌های روانی -

^۱. Fristad, Gavazzi & Soldano

^۲. Wissman, Warner, Wichruamarante, Moreau, & Olsson

آموزشی آموزش دیده بودند، در مقایسه با گروه دوم شناخت بیشتری نسبت به اختلال والدین خود کسب کردند و کارکردهای اجتماعی و تحصیلی آنان نیز افزایش بیشتری یافت.

بارت، ددس و رایپی^۱ (۱۹۹۶) سه گروه از کودکان افسرده را با یکدیگر مورد مقایسه قرار دادند. گروه اول با استفاده از روش شناخت - رفتار درمانگری و گروه دوم با استفاده از روش ترکیبی شناخت - رفتار درمانگری و خانواده درمانی و گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. در گروه اول ۵۷ درصد کودکان، در گروه دوم ۸۴ درصد و در گروه کنترل تنها ۲۶ درصد کودکان بهبود یافتند.

کینگ و کرشبنام^۲ (۱۹۹۰) گروهی از کودکان ($n = ۱۳۵$) کودکستانی تا پایه کلاسی چهارم را مطالعه کردند. این کودکان در پرسشنامه غربالگری اختلالات خلقی نمره‌ای بالاتر از نمره برش گرفته بودند. آزمودنی‌ها به دو گروه تقسیم شدند: گروه اول کودکانی بودند که تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی و خانواده درمانی قرار گرفتند. با والدین و معلمان گروه دوم نیز مشاوره شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان ترکیبی در گروه اول در مقایسه با گروه دوم تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی داشته است.

لویسنون، کلارک، هویس و اندروس^۳ (۱۹۹۰) نوجوانان ۱۴-۱۸ ساله ($n = ۵۹$) با افسردگی اساسی را مطالعه کردند. نوجوانان مورد مطالعه به سه گروه تقسیم شدند: گروه اول درمان شناختی - رفتاری دریافت کردند. در گروه دوم نوجوانان همراه خانواده خود تحت درمان قرار گرفتند و گروه سوم به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. نتایج این پژوهش نشان داد نوجوانان در دو گروهی که درمان دریافت می‌کردند در مقایسه با گروه سوم از نظر ملاک‌های افسردگی بهبود بیشتری یافتند و تفاوت بین آن‌ها معنادار بود. گروه دوم نیز در مقایسه با گروه اول از نظر نشانگان افسردگی و اضطراب بهبود بیشتری یافتند.

با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد خانواده درمانی با تأکید بر روش‌های شناختی - رفتاری در درمان افسردگی مؤثر باشد. از آنجایی که هیچ‌گونه پژوهشی در جامعه ما با استفاده از این روش انجام نشده است، لذا در پژوهش حاضر یک آزمودنی نوجوان با استفاده از روش ترکیبی فنون شناختی - رفتاری با تأکید بر خانواده تحت درمان قرار گرفت.

^۱ . Barrett, Dadds & Rapee

^۲ . King & Kirschenbaum

^۳ . Lewinsohn, Clarke, Hops, Andrews

روش پژوهش

آزمودنی یک نوجوان دختر ۱۷ ساله، کلاس سوم دبیرستان، فرزند دوم خانواده، پدر و مادر با تحصیلات لیسانس و دارای یک خواهر ۲۳ ساله بود که براساس مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، تشخیص روان‌پزشک و آزمون‌های روان‌شناختی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شده بود. نتایج پرسشنامه افسردگی بک^۱، SCL-90-R و فرم کوتاه MMPI^۲ مبین وجود افسردگی اساسی بود. پس از مشخص شدن نوع اختلال آزمودنی با بهره‌گیری از روش‌های موجود در رویکرد خانواده درمانی و فنون شناخت - رفتار درمانگری تحت درمان قرار گرفت. وضعیت مراجع تا یک سال پس از درمان نیز پیگیری شد.

خانواده درمانی شامل روش‌های درمانی مختلفی است که با هدف کمک به اعضای خانواده و حل مشکلات روان‌شناختی آنان طرح‌ریزی می‌شوند. خانواده درمانی شامل چهار مرحله است که عبارتند از: (۱) طرح‌ریزی^۳؛ (۲) ارزیابی^۴؛ (۳) درمان^۵؛ (۴) مرور و بازنگری^۶ (کار، ۲۰۰۰).

شناخت - رفتار درمانگری نیز شامل روش‌ها و فنونی است که وجه اشتراک آن‌ها، تأکید بر نقش فرایندهای شناختی و رفتاری در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روان‌شناختی و به کارگیری روش‌های تجربی مبتنی بر شناخت‌گرایی و رفتارگرایی در کنترل و درمان اختلالات است (زارب^۸، ۱۹۹۲؛ ترجمه محمد خدایاری‌فرد و یاسمین عابدینی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر پس از تشخیص نوع اختلال آزمودنی، طی جلسه‌های خانواده درمانی فنون زیر مورد استفاده قرار گرفت:

۱. روش حل مسئله^۹: یکی از فنونی که در رویکردهای شناختی - رفتاری استفاده می‌شود، روش حل مسئله است. هدف کلی آموزش حل مسئله، آموزش و کمک به افراد در جهت کسب بینش نسبت به توانایی‌های خود است. با استفاده از این روش فرد می‌تواند از توانایی‌های خود برای مقابله مؤثر با مشکلات و مسائل زندگی روزمره خود بهره‌گیرد. روش حل مسئله شامل پنج مرحله به شرح زیر است:

الف - در مرحله اول، به افراد کمک می‌شود که مشکلات را بخشی از زندگی روزانه تلقی

کنند و در مقابل مشکلات، تکانه‌ها و هیجان‌ها، خود را کنترل کنند.

^۱. Beck Depression Inventory

^۲. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

^۳. planning

^۴. assessment

^۵. treatment

^۶. reviewing

^۷. Carr

^۸. Zarb

^۹. problem - solving

ب- در مرحله دوم، فرد باید مشکل را درک و آن را تعریف عملیاتی کند.
ج- در مرحله سوم، از فرد خواسته می‌شود تا کلیه راه‌حل‌های بدیعی را که به حل مشکل کمک می‌کنند مطرح سازد. در این مرحله قضاوتی در مورد راه‌حل‌های ارائه شده صورت نمی‌گیرد.

د- در مرحله چهارم، فرد هر راه‌حل را به طور جداگانه ارزیابی می‌کند و سپس عملی‌ترین و مناسب‌ترین راه‌حل را برمی‌گزیند.

ه- در مرحله پنجم، فرد به گونه‌ای مؤثر راه‌حل انتخاب شده را به کار می‌گیرد (دی زاریلا و گلدفرید^۱، ۱۹۷۱؛ به نقل از کندال^۲، ۲۰۰۰).

در این پژوهش، روان‌درمانگر طی جلسه‌ای با حضور کلیه اعضای خانواده، ابتدا از آن‌ها خواست تا یکی از مشکلات روزمره خود را مطرح کنند. سپس درمانگر به طور عملی چگونگی به کارگیری روش حل مسئله را به اعضای خانواده آموزش داد.

۲. خودبازبینی^۳: در این روش از آزمودنی درخواست می‌شود، افکار روزانه خود را با استفاده از جدول خود گزارش‌دهی ثبت کند. برای تهیه این جدول آزمودنی باید ابتدا ایام هفته و تاریخ مربوط را یادداشت و سپس افکار غیر منطقی و ساعت و مدت پرداختن به آن را نیز ثبت کند. به تدریج و طی پیشرفت درمان به آزمودنی کمک شد تا تحریف‌های شناختی خود را شناسایی نموده و افکار منطقی را جایگزین آن سازد.

۳. مثبت اندیشی^۴ یا شناخت نقاط قوت خود: در این روش آزمودنی با بازشناسی تجربه‌های مثبت و خوب خود و بازیابی نقش آن‌ها در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس تشویق می‌شود. این فن به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا می‌شود و شامل مراحل زیر است:

الف- در مرحله اول از آزمودنی خواسته می‌شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

ب- در مرحله دوم و در خلال چندین جلسه از آزمودنی خواسته می‌شود که حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب که از آن احساس شادی و غرور می‌کند را نام ببرد.

ج- در مرحله سوم از آزمودنی خواسته می‌شود که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کند که در این تجارب خوشایند از آن‌ها استفاده کرده است.

1. D'Zurilla & Goldfried

2. Kendall

3. self monitoring

4. positive thinking

د- در مرحله چهارم از آزمودنی خواسته می‌شود تا نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین کند و پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شوند، برگزیند.

ه- در آخرین مرحله، از آزمودنی خواسته می‌شود شواهد و معیارهایی را دال بر این که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت او قابل اتکا هستند، ارائه دهد (خدایاری‌فرد، ۱۳۷۹).

۴. تنش زدایی^۱: تنش‌زدایی مهارتی است که می‌توان آن را به سهولت آموخت. این مهارت ممکن است باعث کاهش میزان تنیدگی و اضطراب در افراد شود و آن‌ها را در جهت کاهش فشارهای درونی یاری دهد. در این روش از آزمودنی درخواست می‌شود روی یک صندلی راحت بنشیند، یا این که به راحتی روی زمین به پشت دراز بکشد و زیر زانوهای خود بالش‌های کوچکی قرار دهد. لباس‌های تنگ و کمربند خود را شل نماید، چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشد و در عین حال هرگاه که نفس خود را بیرون می‌دهد، کلمه "آرام" را بر زبان آورد. سپس باید فکر خود را بر قسمت‌های مختلف بدن خود متمرکز کند و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را سست کند. برای این کار باید از انگشت پا شروع کرده و به تدریج به طرف بالا برود و به نوبت بر روی قسمت‌های بعدی بدن تمرکز کند تا به عضلات صورت برسد. فرد باید پس از تمرکز روی هر قسمت با کشیدن نفس عمیق آن را منقبض و سپس آرام رها سازد (بنسون^۲، ۱۹۸۵).

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش یک آزمودنی نوجوان در طول مدت هفتاد و یک جلسه، هر هفته یک‌بار مورد مطالعه و درمان قرار گرفت.

خانم ف - ت در اولین جلسه مراجعه به درمانگر اظهار کرد: «دو سال است که سردردهای پی‌درپی شدید دارم. پس از بررسی‌های پزشکی مشخص شده است که سردردهایم ریشه جسمانی ندارد. به سختی به خواب می‌روم، به خودکشی فکر می‌کنم و به نظر خودم اگر بمیرم راحت می‌شوم. بدنم می‌لرزد، بی‌حوصله و عصبی هستم، پدر و مادرم به من توجه چندانی ندارند، هر دوی آن‌ها به خواهر بزرگ‌ترم بیشتر توجه می‌کنند، پدر و مادرم بسیار عصبی هستند و مشکلات خود را با سروصدا حل می‌کنند، در دو سال اخیر از نظر تحصیلی بسیار افت کرده‌ام.»

^۱. relaxation

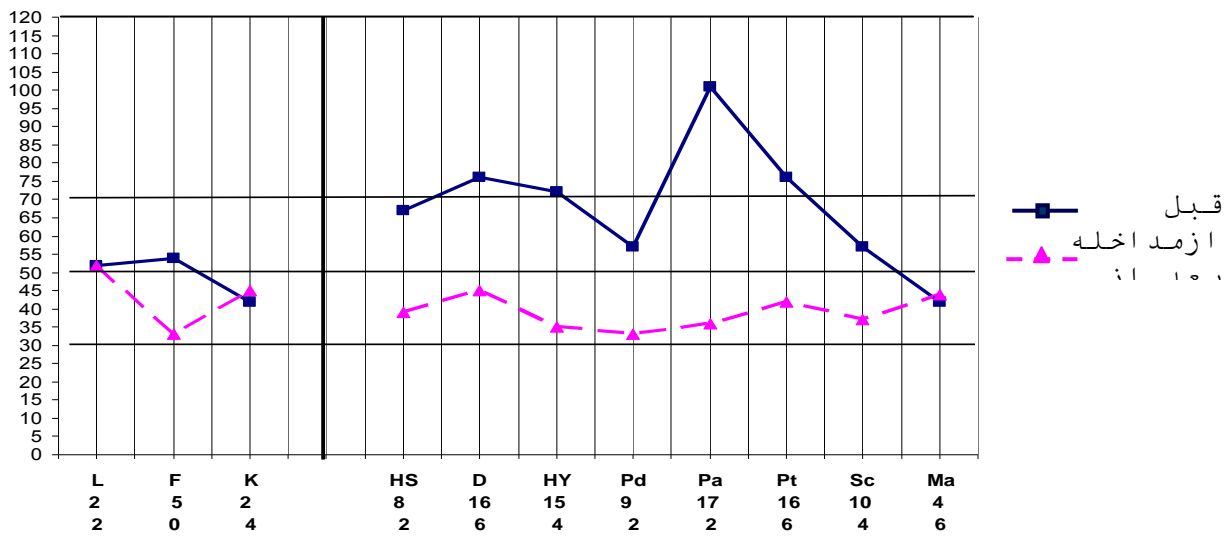
^۲. Benson

مادر مراجع نیز اظهار کرد که شوهرش بسیار عصبانی است و بین او و شوهرش درگیری‌های لفظی و حتی فیزیکی رخ می‌دهد. او گفت که دخترش در ۱۵ سالگی با پسر همسایه دوست شده و وقتی آن پسر به سربازی رفته، دختر متوجه شده که او پسر سالمی نبوده و قصد سوء استفاده از او را داشته است. سال گذشته نیز یک ماجرای مشابه برای او پیش آمده است. پدر مراجع نیز بر توجه بیشتر خود و همسرش به دختر بزرگ‌تر، صحنه گذاشته و گفت که دختر کوچک‌تر (مراجع) به حرف کسی گوش نمی‌دهد، پرخاشگر است، به پدر و مادر سوءظن دارد و از نظر درسی نیز بسیار افت کرده است و همیشه از وضعیت جسمانی خود ناراضی است.

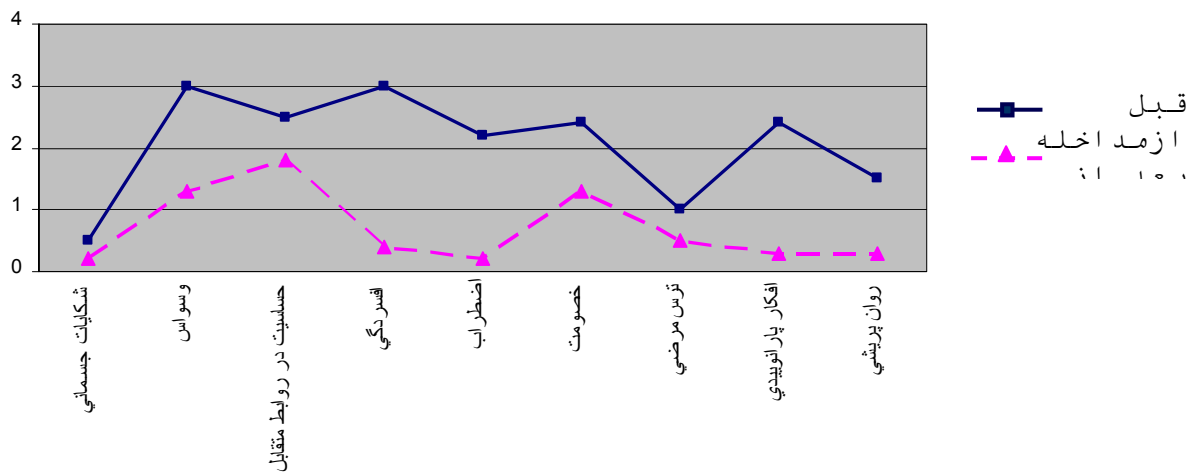
تدابیر تشخیصی: به منظور تشخیص نوع اختلال علاوه بر مصاحبه بالینی با در نظر گرفتن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در مورد افسردگی، از پرسشنامه افسردگی بک، آزمون MMPI و آزمون SCL-90-R استفاده شد. نتایج آزمون MMPI (نمودار ۱) علاوه بر افسردگی، بیانگر وجود نارضایتی از وضع جسمانی خود، بازداری بالا، مشکل در ابراز تمایلات، توقع حمایت از دیگران، عدم بینش کافی نسبت به مشکلات خود، افکار پارانوئیدی، سوءظن و بدبینی شدید، انعطاف ناپذیری، احساس بی‌ارزشی، گرایش به خود آزاری، ترس، اضطراب و گوشه‌گیری بود.

نتایج پرسشنامه افسردگی بک (فرم بلند و فرم کوتاه) در هر دو فرم بیانگر وجود افسردگی شدید آزمودنی بود. مراجع در فرم بلند نمره ۴۳ و در فرم کوتاه نمره ۱۶ کسب کرد (نگاه کنید به جدول ۱). با استفاده از آزمون ریون، هوش بهر آزمودنی ۱۱۸ با رتبه درصدی ۸۵ برآورده شد که نشان دهنده این است که آزمودنی از نظر هوشی در حد ممتاز است.

با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R، متغیرهایی نظیر افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی و غیره ارزیابی شد. در تمام موارد نمره آزمودنی بالاتر از حد بهنجار بود. نتایج در نمودار ۲ ارائه شده است. مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR نیز نشان داد که آزمودنی، علاوه بر افسردگی شدید محیط اطراف را آزار دهنده و نامناسب می‌بیند، روابط عاطفی در خانواده بسیار سرد است، پدر را فردی خشن می‌پندارد، به حمایت و وابستگی و پیشرفت و استقلال نیاز دارد، ناامید و سرخورده و نگران آینده است. لازم به ذکر است که دو روان‌پزشک نیز تشخیص‌های فوق را تأیید کردند.



نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله



نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله

قبل از درمان
بعد از درمان

۲	۴۳	نمره آزمون بلند
۰	۱۶	نمره آزمون کوتاه

تدابیر درمانی: طی جلسات درمانی ابتدا نتایج آزمون‌های انجام شده برای آزمودنی تفسیر و توضیح داده شد و آزمودنی صحت این نتایج را تأیید کرد. سپس طی جلسه‌ای با حضور والدین نتایج آزمون‌های انجام شده برای آنان نیز تفسیر شد. در خلال جلسات خانواده درمانی، در مورد نقش افراد خانواده در ایجاد شرایط افسرده‌ساز صحبت شد و راهبردهایی در زمینه کاهش تنش در خانواده ارائه شد.

آموزش روش‌های حل مسئله و مثبت‌نگری و تأثیر آن بر رفتار از جمله آموزش‌هایی بود که به اعضای خانواده داده شد. در این جلسات از اعضای خانواده درخواست شد که روابط عاطفی را در خانواده بیشتر کنند؛ فرم نقاط قوت را تکمیل کنند و در مورد روش‌های مختلفی که برای حل مسائل خانوادگی می‌توان اتخاذ کرد، با یکدیگر بحث و گفتگو کنند و هر یک به نوبه خود شرایط محیطی توأم با آرامش را در خانواده فراهم آورند.

هم‌چنین به پدر و مادر آموزش داده شد تا مراجع را بپذیرند، او را سرزنش نکنند و با او به گفتگو بپردازند. در یکی از جلسات انفرادی، درمانگر ضمن توضیح در مورد تنش زدایی و نقش آن در برقراری آرامش به آموزش تنش‌زدایی پرداخت و از مراجع خواست هر روز ۲۰ تا ۳۰ دقیقه آن را انجام دهد و هفته‌ای دو یا سه جلسه نیز استخر برود.

در جلساتی که با خانواده مراجع ترتیب داده شد، پدر در مورد قبولی دانشگاه و توقعاتی که افراد فامیل از مراجع دارند صحبت کرد. مادر مرتب گریه می‌کرد زیرا که خودش نیز مبتلا به افسردگی و وسواس بود و به درمان نیاز داشت. به نظر او چون فرزند دیگر آن‌ها در دانشگاه خوبی قبول شده دیگران از مراجع هم توقع دارند و همین امر موجب اضطراب و افت تحصیلی او می‌شود. در جلسه بعد که به طور انفرادی با مراجع صورت گرفت، ضعف‌ها و توانایی‌ها و علل احتمالی بی‌حوصلگی و افسردگی مراجع و تحریف‌های شناختی او مورد تجزیه و تحلیل واقع شد. هم‌چنین در مورد میل به پرخاشگری گفتگو شد که مراجع اظهار کرد از زمانی که بیمار شده پرخاشگر هم شده است. در ضمن پدر و مادر هم سوءظن دارند. زیرا هر وقت او می‌آید آن‌ها حرفشان را قطع می‌کنند و همیشه می‌خواهند ثابت کنند که او اشتباه می‌کند. هر صحبتی با آن‌ها می‌کند می‌گویند: خودت مقصر هستی. از صحبت‌های مراجع مشخص شد اعضای خانواده به هنگام مواجهه با مشکلات یکدیگر را مقصر می‌دانند و مادر نیز به دلیل افسردگی و وسواس رفتارهای ناسازگارانه دارد.

طی جلسات بعدی با حضور همه اعضای خانواده، در مورد نقش فشارهای روانی مانند ایرادگیری‌های مکرر و تأثیر آن بر ایجاد افسردگی صحبت شد و از والدین درخواست شد تا با تشکیل جلسه‌های خانوادگی به حل مسائل و مشکلات خود به طریقی که آموزش داده شده است

بپردازند. به خواهر مراجع نیز توصیه شد که با او روابط نزدیک‌تری داشته باشد و فرصتی فراهم آورد تا او بتواند به راحتی در مورد مسائل خود صحبت کند. در جلسات بعدی خانوادگی مجدداً روش حل مسئله از طریق طرح یک مشکل و بررسی روش‌های مختلف حل آن، به خانواده آموزش داده شد. هم‌چنین در مورد کنترل خشم و عصبانیت و عدم تعیین مقصر و تأثیرات آن بر روابط خانوادگی و بروز مشکلات روانی توضیح داده شد. در یکی از جلسات انفرادی مراجع اظهار کرد که در حدود دو سه هفته حالش خیلی خوب شده و امتحانات را به خوبی پشت سر گذاشته است، ولی چند روزی است که دوباره بی‌حوصله شده و درس نمی‌خواند. در این جلسه به نقش آموزشی روش‌های تسلط بر خود در کاهش اختلالات روانی اشاره شد و به مراجع نیز توصیه شد به هنگام بی‌حوصلگی به شنا و بدن‌سازی و سینما برود. در همین جلسه مراجع مجدداً در مورد عصبی و وسواسی بودن مادر صحبت کرد و گفت «او مرا خیلی سرزنش می‌کند.» در مورد بد بودن روابط خانوادگی نیز صحبت کرد. در جلسه بعدی که به صورت خانوادگی برگزار شد، همه اعضای خانواده کاهش افسردگی دختر و اصلاح روابط بین خودشان را تأیید کردند. در این جلسه مثبت‌نگری به اعضای خانواده آموزش داده شد و درمانگر از آنان خواست که فرم نقاط قوت را تکمیل کنند. فرم نقاط قوت در همه جلسات خانوادگی مورد بحث و بررسی گروهی قرار می‌گرفت. در یکی از جلسات انفرادی مراجع گفت که حالش بسیار خوب شده است ولی گاهی به این موضوع می‌اندیشد که مبادا اعضای خانواده خود را از دست بدهد. بر این اساس روش جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی آموزش داده شد و از او درخواست شد تا افکار غیر منطقی و افکار منطقی جایگزین آن‌ها را ثبت کند و در جلسات بعدی در مورد آن‌ها گفتگو کنند.

در جلسه خانوادگی بعدی از اعضای خانواده خواسته شد که ۱۰ تا ۱۵ خاطره خوب خود را بنویسند. در جلسه بعدی که به صورت انفرادی بود، نقاط قوتی که مراجع برای اعضای خانواده نوشته بود بررسی شد. او اظهار کرد مادرش را قبول ندارد و نقطه قوتی برای او نیافته است. به همین دلیل در جلسات خانوادگی بر بهبود روابط مراجع و مادر بر اساس روش حل مسئله و مهارت آموزی تأکید شد. هم‌چنین راهبردهایی برای کاهش وسواس مادر ارائه شد. برای مثال، از او درخواست شد که مدت حمام کردن و دفعات آن را ثبت کند و به تدریج آن را کاهش دهد. ضمناً به آن‌ها توصیه شد در مواجهه با مشکلات یکدیگر را محکوم نکنند، زیرا این روش به بروز افسردگی در اعضای خانواده منجر می‌شود. جلسات خانوادگی بعدی به دو قسمت تقسیم شد. در قسمت اول مسائل و مشکلاتی که در روابط خانوادگی اختلال ایجاد کرده بود مطرح و روش حل آن‌ها ارائه می‌شد و در قسمت دوم مثبت‌نگری اجرا می‌گردید. در قسمت دوم، خانواده در مورد نقاط قوت یکدیگر و خاطرات خوبی که

با یکدیگر داشته صحبت می‌کردند. در هر جلسه فرم نقاط قوت اعضای خانواده و فرم جایگزینی افکار منطقی مراجع به جای افکار غیر منطقی بررسی می‌شد. ضمناً اعمال و سواسی مادر مانند حمام رفتن طولانی مدت و آب و آب‌کشی‌های زیاد به تدریج کاهش یافته بود. در جلساتی که با مراجع و خواهر او ترتیب داده شد سعی شد رابطه عاطفی بین آنان تقویت شود و سوءظن‌هایی که مراجع نسبت به خواهر داشت از طریق بحث و گفتگو و روش حل مسئله و صحبت در مورد تحریف‌های شناختی برطرف شد. به تدریج رابطه آن‌ها با یکدیگر بیشتر شد، با هم صحبت می‌کردند و به بیرون از منزل می‌رفتند. علاوه بر این، به توصیه درمانگر، مراجع وقت خود را با کلاس‌های کامپیوتر، زبان، ورزش پر کرده بود که این امر موجب افزایش خود ارزشمندی مراجع شد. پس از طی پنجاه و هشت جلسه درمانی مراجع آمادگی خود را برای شرکت در کلاس‌های کنکور اعلام کرد. او هم چنین اظهار کرد که اعتماد به نفسش بالا رفته، دیدش نسبت به چهره خود عوض شده و برخلاف گذشته که فکر می‌کرد کسی او را دوست ندارد تصور می‌کند که خیلی‌ها او را دوست دارند. در طی جلسه‌ای انفرادی پدر اظهار کرد، وسواس همسرش تقریباً خوب شده و حال دخترش نیز خیلی خوب است و به کلاس کنکور می‌رود و با علاقه بیشتری درس می‌خواند. او گفت عصبانیت‌های خودش نیز به میزان زیادی کاهش یافته و سعی می‌کند مسائل را با آرامش حل کند. پس از پایان دوره درمان، مجدداً آزمون‌های بک، MMPI و SCL-90-R در مورد آزمودنی اجرا شد. نتیجه MMPI (نمودار ۳) مبین بهنجار بودن آزمودنی در همه عوامل بود. نتیجه اجرای مجدد آزمون افسردگی بک نیز مبین نبود افسردگی بود. در آزمون SCL-90-R هم تقریباً همه میزان‌ها در حد نرمال بود (نمودار ۴).

به منظور پیگیری روند درمان به مدت یک سال هر ماه یک جلسه با مراجع به تنهایی و یا با خانواده گذاشته شد. وضعیت مراجع کاملاً خوب بود، مشکلی نداشت، وسواس مادر درمان شده بود، عصبانیت‌های پدر کاهش یافته بود و خانواده با استفاده از بحث و گفتگو به حل مسائل خود می‌پرداختند و روابط عاطفی بین اعضای خانواده بهبود یافته بود. ضمناً مراجع در کنکور سراسری شرکت کرده و در رشته زبان انگلیسی در یکی از دانشگاه‌های خوب تهران مشغول به تحصیل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خانواده درمانی با استفاده از فنون شناختی - رفتاری مانند آموزش حل مسئله، تنش‌زدایی، مثبت‌اندیشی خانوادگی، و خودبازبینی، کارایی بسیاری در درمان افسردگی نوجوان داشت. همانگونه که مشاهده شد آزمودنی مورد مطالعه دارای افسردگی اساسی بود و روان‌درمانگر با استفاده از خانواده درمانی و از طریق جلب مشارکت اعضای خانواده به بهبود روابط خانوادگی و تغییر الگوهای تفکر در اعضای خانواده، به درمان مراجع پرداخت.

براساس مصاحبه‌های بالینی مشخص شد عواملی نظیر تحریف‌های شناختی، نگرش منفی نسبت به خود، نداشتن خود نظم‌دهی و فشارهای محیطی از جمله عواملی بودند که به رشد افسردگی مراجع کمک می‌کردند. علاوه بر این، کافی نبودن مهارت‌های درون‌فردی و سطح پائین فعالیت مراجع در رشد و نگهداری افسردگی وی نقش داشتند. بنابراین، در درمان افسردگی مراجع، عوامل خانوادگی و عوامل شناختی بسیاری مورد توجه قرار گرفتند.

از جنبه شناختی، مواجهه و آموزش و اصلاح شناخت‌های غیر انطباقی مورد توجه قرار گرفت و از جنبه رفتاری، به افزایش تجارب لذت‌بخش، افزایش مهارت‌های اجتماعی، تعارض‌ها و مهارت‌های حل مسئله توجه شد. در خانواده درمانی نیز بر تعمیم مهارت‌های یادگرفته شده به سایر محیط‌ها و بهبود روابط خانوادگی تأکید شد.

یافته‌های این پژوهش بیانگر تأثیر روش ترکیبی خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری در درمان افسردگی است که با یافته‌های پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته‌اند همخوانی دارد. به عنوان مثال آسارنو، جای کوکس و تامپسون (۲۰۰۱) تأثیر خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری را در بهبود نشانگان افسردگی مثبت گزارش کردند. در این پژوهش بر آموزش مهارت‌های حل مسئله و تأثیر آن بر بهبود روابط اعضای خانواده نیز تأکید شده است.

آسارنو و اسکات (۱۹۹۹) ترکیبی از درمان شناختی - رفتاری و خانواده درمانی را در مورد شماری از دانش‌آموزان افسرده پایه‌های کلاسی چهارم تا ششم به کار بردند. آن‌ها بر آموزش مهارت‌های اساسی و تعمیم آن به محیط زندگی تأکید کردند. نتایج این پژوهش مبین بهبود افسردگی کودکان گروهی بود که تحت درمان شناختی - رفتاری و خانواده درمانی قرار گرفته بودند. فریستد، گاوازی و سولدانو (۱۹۹۸) تأثیر خانواده را در بهبود اختلالات خلقی بررسی کردند. آن‌ها عوامل واسطه‌ای مؤثر بر بروز اختلالات خلقی، عوامل درون‌فردی، اهمیت مهارت‌های اجتماعی و تأثیر فشارهای روانی بر بروز اختلالات خلقی، روش‌های انطباق با مشکلات و حل مسئله را به خانواده‌ها آموزش دادند. در پایان جلسه‌های آموزشی، مراجع بهبود نشانگان بالینی و اعضای خانواده، ایجاد

تغییرات مثبت در تعامل‌های بین فردی را گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز نتایج مصاحبه پس از درمان با مراجع و اعضای خانواده و آزمون‌های روان‌شناختی مبین بهبود نشانگان افسردگی و تغییر در روابط بین فردی اعضای خانواده بود.

برنت و همکاران (۱۹۹۸) نقش آموزش خانواده را در درمان افسردگی جوانان مطالعه کردند. آن‌ها خانواده‌های گروهی از جوانان افسرده را در زمینه ماهیت افسردگی، نگرش نسبت به افسردگی و درمان آن آموزش دادند. در پایان دوره آموزشی ۹۸ درصد افرادی که در این کلاس‌ها شرکت کرده بودند، این آموزش‌ها را مفید تلقی کردند که با یافته‌های پژوهش حاضر هم سویی دارد.

ویسمن و همکاران (۱۹۹۷) در یک مطالعه طولی دو گروه از والدین و فرزندان آنان را با یکدیگر مقایسه کردند. گروه اول افرادی بودند که والدین آن‌ها هیچگونه اختلال روان‌شناختی نداشتند. در گروه دوم حداقل یکی از والدین دارای افسردگی اساسی بودند. نتایج این مطالعه نشان داد کودکان با والدین افسرده در مقایسه با گروه دیگری ویژه قبل از بلوغ نشانگان افسردگی را به میزان بیشتری نشان می‌دهند. این مطالعه بیانگر اهمیت خانواده در بروز اختلالات کودکان به ویژه افسردگی است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نداشتن گروه کنترل بود. با استفاده از گروه کنترل می‌توان تأثیر سایر متغیرها را بر متغیر وابسته کنترل کرد که این امر موجب بالا رفتن روایی پژوهش می‌شود. محدودیت دیگر پژوهش مطالعه موردی بودن آن است. با استفاده از اعمال متغیر مستقل بر تعداد بیشتری از افراد و مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل با یکدیگر با اطمینان بیشتری می‌توان نقش روش‌های درمانی را بررسی کرد. هم چنین در دسترس بودن تعداد بیشتری از آزمودنی‌ها امکان اعمال سطوح مختلف متغیر مستقل (روش‌های درمانی) و بررسی تغییر در متغیر وابسته (نشانگان اختلال) را فراهم می‌آورد.

منابع

- خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال پنجم - شماره ۱، ص ۱-۲۵.
- زارب، جی. ام. (۱۹۹۲). ارزیابی و شناخت - رفتار درمان‌گری نوجوانان. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی. (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, Fourth Edition - Text Revision. Washington, Dc: Author.
- Asarnow, J. R., Jaycox, L.H., & Tompson, M. C. (2001). Depression in youth: Psychosocial interventions. *Journal of clinical child psychology*, 30, 15-33.
- Asarnow, J. R., & Scott, C. (1999). *Combined family education and group Cognitive-Behavior Therapy with preadolescent children: A preliminary study*. Manuscript in preparation.
- Asarnow, J. R., Goldstein, M. J., Tompson, M., & Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric inpatients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of child psychology and psychiatry*, 34, 129-137.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 333-342.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 37, 1134-1147
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., Wright, E. J., Salt, P., Rothberg, P. C., Drezner, K., & Gladstone, T. R. G. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. *Development and psychopathology*, 9 (1), 109-130.
- Benson, H. (1985). *Beyond the Relaxation Response*. New York: Berkley Books.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengares, & Johnson, B. (1997). A Clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Archives of General psychiatry*, 54, 877-885.
- Brent, D. A., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Bridge, J., Roth, C., & Holder, D. (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 32, 770-774.
- Combrink-Graham, L. (1989). *Children in family context: perspectives on Treatment*. New York: Guilford press.
- Carr, A. (2000). *Family therapy; concepts, process and practice*. New York: Jhonwiley & sons.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 38, 272-279.

- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M., & Soldano, K. W. (1998). Multi-family psychoeducation groups for childhood mood disorders. A program description and preliminary efficacy data. *Contemporary family therapy*, 20, 385-402.
- Gullinan, D. (2002). *Students with Emotional and Behavior disorders*. New Jersey: Pearson Education.
- Hakin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, 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, 123-140.
- Hardman, M. L., Drew C. J., Egan, M. W. (1999). *Human Exceptionality*. USA: Allyn & Bacon .
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 19-36.
- Kendall, P. C. (2000). *Child & Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral procedures*. New York: Guilford press.
- King, C. A., & Kirschenbaum, D. S. (1990). An experimental evaluation of a school-based program for children at-risk: Wisconsin early intervention. *Journal of community psychology*, 18, 167-177.
- Kraus, S., Maxwell, K., & McWilliam, R. A. (2001). Practice makes perfect: Research books at family – centered practices in early elementary grades. *Exceptional parent*, 31 (3), 62-63.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1990). Major Depressive disorder in older adolescents. *Clinical Psychology Research*, 18, 765-794.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, E. N., Hops, M., & Rohde, P. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent. *Behavior therapy*, 27, 385-407.
- Matakas, F; Schmitt. V. T; Rohrbach E; Vogt-kempe. A; Churan, J. (1999). Effect of the family relationship on in-patient treatment of severe major depression: Is family therapy always appropriate? *Family therapy*, 26(3), 201-211.
- Mccavley; E, Myers, K., Mitchell, J., Calderon., Schloredt, K., & Treder, R. (1993). Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 714-722.
- Nelson, R. W & Israel, A. C. (2000). *Behavior disorders of childhood*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Stevens, P. W. (2001). Systems theories. In D. C. Lacke; J E. Myers; & E. L. Herr (Ed) *The handbook of counseling*. U. S. A: Sage Publications, P. L. (2001). Depression and suicide in adolescence. In C. E. Walke & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (3rd ed). (PP. 657-673). New York: Wiley.
- Wissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932-940.