Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 20, Issue 4

Effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis Psychotherapy System on Cognitive Reactivity and Reducing the Symptoms of Depressed Patients

Hasan Satvat Qasriki [1], Touraj Hashemi Nosratabad [2], Abas Bakhshi Pour Roudsari [3], Majid Mahmoud Alilou [4]

1. PhD. Student in Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
2. (Corresponding author)* Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
4. Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Abstract

Aim and Background: Depression is one of the most common mental disorders that includes all groups of society in every age group and its prevalence is different according to age and gender in different societies, so the aim of this research is the effectiveness of cognitive behavioral analysis psychotherapy system on cognitive reactivity and The symptoms of depressed patients were reduced.

Methods and Materials: The current research was a semi-experimental design with a pre-test, post-test and three-month follow-up with a control group. The statistical population included all depressed patients referred to psychiatric and psychological treatment centers in Urmia city in the first five months of 2022, and 30 people were selected from this population by convenience sampling and randomly assigned to two groups. All subjects completed the Beck Depression Scale (1961) and the Linden Depression Susceptibility Index (2003) in all three stages of pre-test, post-test and follow-up. Finally, the data were analyzed by repeated measurement variance analysis methods with the help of SPSS24 software.

Findings: The results showed that there was a significant difference in both variables of cognitive reactivity and depressive symptoms between the experimental and control groups ($P<0.01$). In other words, cognitive behavioral analysis psychotherapy system was effective on cognitive reactivity and reducing the symptoms of persistently depressed patients ($P<0.05$).

Conclusions: The findings of the research show that the psychotherapy system of cognitive behavioral analysis is effective on cognitive reactivity and reducing the symptoms of persistent depressed patients, and therefore it can be used in clinical interventions for the treatment of persistent depression.

Keywords: Psychotherapy system of cognitive behavioral analysis, cognitive reactivity, depressive syndromes.

Citation: Satvat Qasriki H, Hashemi Nosratabad T, Bakhshi Pour Roudsari A, Mahmoud Alilou M. **Effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis Psychotherapy System on Cognitive Reactivity and Reducing the Symptoms of Depressed Patients**. Res Behav Sci 2023; 20(4): 718-729.

* **Touraj Hashemi Nosratabad,**
Email: tourajhashemi46@tabrizu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

اثربخشی سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی و کاهش نشانگان بیماران افسرده مداوم

حسن سطوت قصریکی[۱]، تورج هاشمی[۲]، عباس بخشی پور رودسری[۳]، مجید محمود علیلو[۴]

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی بوده که همه گروه‌های جامعه در هر رده سنی را شامل می‌گردد و شیوع آن نسبت به سن و جنس در جوامع مختلف متفاوت می‌باشد. لذا هدف از پژوهش حاضر اثربخشی سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی و کاهش نشانگان بیماران افسرده مداوم بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران افسرده مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهرستان ارومیه در زمستان و بهار ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود که از این جامعه تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه به‌صورت تصادفی گمارده شدند. همه افراد در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقیاس افسردگی بک (۱۹۶۱) و شاخص حساسیت به افسردگی لیندن (۲۰۰۳) را تکمیل کردند. درنهایت داده‌ها به روش‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS24 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری در هر دو متغیر واکنش‌پذیری شناختی و نشانگان افسردگی بین گروه‌های آزمایش و کنترل وجود داشت ($P<۰/۰۱$). به این معنی که سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی و کاهش نشانگان بیماران افسرده مداوم اثربخش بود ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بیانگر این است که سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی و کاهش نشانگان بیماران افسرده مداوم مؤثر است و ازاین‌رو می‌تواند در مداخلات بالینی برای درمان افسردگی مداوم بکار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری، واکنش‌پذیری شناختی، نشانگان افسردگی.

ارجاع: سطوت قصریکی حسن، هاشمی تورج، بخشی پور رودسری عباس، محمود علیلو مجید. **اثربخشی سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی و کاهش نشانگان بیماران افسرده مداوم**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۴): ۷۱۸-۷۲۹.

*- **تورج هاشمی نصرت آباد،**

رایانامه tourajhashemi46@tabrizu.ac.ir

مقدمه

در دنیای مدرن امروزی افسردگی معضل عمومی زندگی بشر و از جمله شایع‌ترین اختلالات روانی است که در میان اختلالات روانی با شیوع ۱۷ در صدی بالاترین شیوع طول عمر را دارد و متوسط سن شروع آن حدود ۴۰ سالگی می‌باشد (۱). در افراد افسرده بی‌برنامگی و برانگیختگی حرکتی به‌طور معناداری بیشتر از افراد عادی رخ می‌دهد (۲). افسردگی شامل مجموعه‌ای از نشانگان می شود که منجر به تغییرات خلق، تفکر و فعالیت‌های روزمره می‌گردد. همچنین افت عملکرد فردی و اجتماعی توأم با تغییرات الگوی تغذیه، خواب و سطح انگیزش و انرژی به دلیل از دست دادن علاقه و احساس غم روی می‌دهد (۳). در پنجمین راهنمای آماری تشخیصی بیماری‌های روانی، تشخیص مزمن بودن افسردگی بر اساس دو اختلال افسردگی عمدهٔ مزمن و افسرده خویی است که در اختلال افسردگی مداوم تبیین می‌شود (۴). برای اساس، بیمار با نشانه‌های افسردگی اساسی، به‌عنوان نوع حاد افسردگی و نیز با علائم با شدت کمتر در افسرده خویی، بسته به طولانی شدن دورهٔ بیماری (حداقل دو سال در بزرگسالان و یک سال در کودکان و نوجوانان)، تشخیص افسردگی مداوم را دریافت می‌کند (۵). نظریه‌های شناختی افسردگی را یک خصیصه درونی ثابت فردی تعریف می‌نمایند که فرد را آسیب‌پذیر و مستعد افسردگی در نظر می‌گیرد و بر رابطه بین فعالیت ذهنی فرد و تجربه نشانگان افسردگی تمرکز دارد. در نظریه شناختی بک باور بر این بود که عامل اصلی افسردگی طرحواره‌های افسرده ژنی بوده و در تجدیدنظر بعدی روی عوامل برون فردی هم تمرکز گردید، بک با لحاظ نمودن موضوعات بین فردی و نگرش‌های ناکارآمد و منفی، پیش آمادگی‌های شخصیتی را به‌عنوان خودگردانی و جامعه‌گرا معرفی نموده و این ویژگی‌ها را به‌عنوان عوامل خطر بین فردی در آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی ارائه نمود حس سلامتی افراد جامعه‌گرا وابسته به اخذ حمایت از دیگران می‌باشد و در صورت عدم دریافت حمایت اجتماعی، یا شکست در روابط بین فردی یا تجربه طرد افسرده می‌شوند. در مقابل افراد خودگردان به دلیل سطح بالای استقلال، خود را سرزنش نموده و نگران مسائلی از قبیل پیشرفت فردی می‌باشند و نیاز دارند استانداردهای خود یا دیگران را بیابند (۶). افسردگی اختلالی روانی است که به‌وسیله علائم و نشانگان زیر تشخیص داده می‌شود: خلق افسرده، فقدان علاقه‌مندی به فعالیت‌های لذت‌بخش، اختلال در تمرکز و توجه، کاهش انرژی، کم‌خوابی یا پرخوابی، احساس گناه، مشکل در تصمیم‌گیری، کندی روانی حرکتی و افکار مربوط به خودکشی (۷). یافته‌های پژوهشی اخیر بر عوامل شناختی که منجر به آسیب‌پذیری افراد در برابر افسردگی می‌شود تمرکز نموده‌اند (۸). ازجمله این عوامل واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین است که نقش آن در ایجاد خلق افسرده و تداوم آن تأیید شده است. واکنش‌پذیری شناختی، برانگیختگی افکار و نگرش‌های ناکارآمد در قبال ایجاد شدن خلق غمگین و افسرده را شامل می‌شود (۹). در دوره‌های اولیه تجربه افسردگی، ارتباطی مابین الگوهای تفکر منفی و باورهای ناکارآمد با خلق غمگین شکل می‌گیرد که حالات بعدی خلق منفی می‌تواند از طریق فعال سازی این ارتباط، شبکه‌ای از افکار و باورهای ناکارآمد را برانگیزاند که نقش به سزایی در تداوم و تشدید خلق منفی و افسرده دارد (۱۰).

تیزدل واکنش‌پذیری شناختی را به‌عنوان یکی از عوامل خطر عود اختلال افسردگی مطرح نموده است. طبق این فرضیه، در طول دوره افسردگی، مابین حالت‌های خلق منفی و الگوهای تفکر منفی رابطه‌ای شکل می‌گیرد. به‌گونه‌ای پس از خلق پایین و افسرده مجدداً الگوهای تفکر منفی فعال می‌گردند (۱۱). درواقع، واکنش‌پذیری شناختی نقش فعال‌ساز طرحواره‌های ناسازگار اولیه را ایفا می‌کند که به‌تبع آن، سبب پایین آمدن خلق فرد می شود (۱۲). یافته‌های آنیپا، وان دردوس و پینینگس (۱۳) بیانگر آن است که رابطه بین افسردگی، خطر اقدام به خودکشی و واکنش‌پذیری شناختی مثبت و معنادار است.

سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری در تبیین افسردگی، بر نقش اساسی ترس–اجتناب فراگیر در آسیب‌شناسی روانی این بیماران تأکید دارد. ترس–اجتناب با سبک بین فردی کناره گیر–گسلیده تعیین می‌گردد. بیماران به‌کرات در تاریخچه رشدی خود، فاصله گرفتن از بدرفتاری‌های روان‌شناختی و بدزبانی‌های آسیب‌زننده و تحقیرکننده افراد مهم زندگی یا آسیب‌های روانی–هیجانی جدی مثل بی‌توجهی هیجانی/جسمی و سوءاستفاده جنسی/جسمی، مرگ/جدایی والدین و .... را تجربه نموده‌اند. تجربه‌های بدرفتاری اولیه سبب دوری جستن از پیامدهای بین فردی اجتماعی فاجعه‌آمیز و قابل پیش‌بینی می شود. فرد به خاطر حمایت از خود و نجات از جهنم خانواده، از دنیای افراد مهم زندگی خود کناره‌گیری می‌کند و به این شکل سبک تنها زیستن را پیشه خود قرار می‌دهد. پیامد دیگر بدرفتاری‌های روان‌شناختی همایندی انحراف/عقب‌ماندگی از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

ر شد و بلوغ شناختی-هیجانی عادی ا ست؛ و این م سئله باعث تثبیت فرد در عملکرد پیش عملیاتی رشد پیاژه می‌گردد. از طرفی بیماران افسرده مایل هستند. در تعامل با دیگران به سبک متکلم وحده صـــحبت نموده و رفتار آنان به‌وســـیله بازخورد رفتاری و واکنش دیگران تغییر نمی‌کند. نهایتاً این خودخواهی فراگیر و ناتوانی در ایجاد همدلی با دیگران قســـمتی از عملکرد پیش عملیاتی بزرگسالان با افسردگی ا ست. ظرفیت شناختی انتزاعی در حیطه بین فردی اجتماعی تقریباً وجود ندارد و اغلب درمان با یک شخص بی‌نهایت خودمحور شروع می‌گردد (۱۴).

علیرغم شـــناســـایی عوامل مختلف در اتیولوژی افســـردگی، بســـیاری از مداخلات بالینی بر اصـــلاح شـــناختواره‌ها، رفتار و باروهای ناکارآمد متمرکز اســـت؛ زیرا این نظریات علت عمده افســـردگی را باورهای ناکارآمد منفی می‌دانند. هرچند که در ســـال‌های اخیر طیف جدیدی از درمان‌های افســـردگی ازجمله مداخلات روانی اجتماعی، بین فردی و حل مســـئله تحول‌یافته اســـت (۶). در این راســـتا، ســـیســـتم رواندرمانی تحلیل شـــناختی رفتاری یکی از رویکردهای نوین رواندرمانی در حیطه روانشناسی بوده که در درمان طیف وسیعی از اختلالت روانی مؤثر است. این درمان که شکلی نوین از درمان شناختی رفتاری ا ست، اولین بار برای درمان افسردگی مزمن توسط مک کالوف (۱۵) ساخته شد. مداخله اصـــلی این درمان بر اســـاس تحلیل موقعیتی بوده که در شناسایی و اصلاح الگوهای فکری و رفتاری ناسازگارانه‌ای نقش دارد. تحلیل موقعیتی ترکیبی از راهبردهای شـــناختی، رفتاری و بین فردی می‌باشـــد که روی پیامدهای رفتار فرد تمرکز نموده و از مهارت‌های حل مسئله برای حل مشکلات فردی و بین فردی بهره می‌گیرد (۱۴).

سی ستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری مبتنی بر نظریه بین فردی کارکرد روانی اجتماعی اســـت. لذا فهم نقش عملکرد بین فردی در افراد دارای اختلال افســـردگی مزمن و ســـایر اختلالات روانی ضروری است. در تاریخچه زندگی افراد افسرده، بدرفتاری، ســـوءاســـتفاده اولیه، مواجهه با آســـیب و تجربه مداوم آ سیب‌های روانی م شهود ا ست (۱۵). سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری مبتنی بر این فرضیه است که این آسیب‌ها منجر به عدم احساس ایمنی هیجانی گشته و فرد به دلیل شرطی‌سازی کلاســـیک پاولفی ناشـــی از ارتباط با یک فرد آزاردهنده دچار بی‌اعتمـادی بـه دیگران می‌گردد. از طرفی کنـاره‌گیری‌هـای اجتماعی و رفتارهای اجتنابی فرد به دلیل شرطی سازی کن شگر اسکینری و توقف‌های رشدی بعدی سبب می‌گردد که به شکلی منفی فاجعه‌آمیزی بر رشد شناختی، هیجانی و اجتماعی فرد تأثیر گذارد (۱۶). مک کالوف (۱۷) به دلیل کناره‌گیری بین فردی دوران کودکی، از خط خارج شـــدن شـــناختی هیجانی را مطرح نموده اســـت و آن را با عاریت گرفتن از نظریه رشـــدی پیاژه عملکرد پیش عملیاتی می‌نامد که فرض مک کالوف بر این است که بیمار بزرگسال دارای افسردگی مزمن، عملکرد پیش عملیاتی دارد و به لحاظ شـــناختی هیجانی شـــبیه کودک در مرحله پیش عملیاتی پیاژه عمل می‌کند. فرایندهای فکری بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی مداوم به‌وسیله تفکر پیش عملیاتی و پریدن از مقدمه به نتیجه درباره واقعیت م شخص می‌گردد. همچنین طبق ویژگی های فردی مرحله پیش عملیاتی تفکر، عدم آ گاهی از رفتار دیگران و گفتگو به شـــیوه تک‌گویی در این بیماران وجود دارد. نهـایتـاً اینکـه نـاتوانی در همـدلی کردن بـا دیگران و خودمحوری فراگیر ســـبب انزوای فرد می‌گردد و به‌مرور باعث محدودیت شدید تمام حوزه‌های تلاش اجتماعی می‌گردد و به‌تبع آن افسردگی، درماندگی، یاس و ناامیدی و اقدام به خودکشی رخ می‌دهد (۱۵). یافته‌های بگیان، کرمی، مومنی و الهی (۱۸) نشان داد که ســـیســـتم روان‌درمانی تحلیل شـــناختی- رفتاری و یکپارچه سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شـــفقت ورز بر درد ذهنی و دشـــواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام کننده به خودکشی اثربخش هستند از طرفی یافته‌های پژوهش نشـــان داد نقش تجربـه‌ی ترومـای دوران کودکی، واکنش پذیری شـــناختی و درد ذهنی در ا قدام کن ندگان به خودکشی به‌طور معناداری بیشتر از افراد بهنجار است (۱۹).

یافته‌های فورکمن، براک، میر، تی سمام، ا سچرام و میکلاگ (۲۰) نشـــان داد که درمان شـــناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و ســـیســـتم روان‌درمانی تحلیل شـــناختی-رفتاری بر کاهش ایده پردازی خودک شی و علائم اف سردگی اثربخش ه ستند. همچنین نتایج آزمون های تعقیبی نشـــان داد که بین دو درمان تفاوت معنی‌داری م شاهده ن شد. یافته‌های آنیپا و همکاران (۱۳) بیانگر آن اســـت که رابطه بین افســـردگی، خطر اقدام به خودکشـــی و واکنش‌پذیری شناختی مثبت است. یافته‌های صدیقی، صفاریان و خدیوی (۲۱) نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اف سردگی زنان مطلقه را کاهش می‌دهد. برنامه مداخلات شناختی بر کاهش افسردگی مؤثر است (۲۲).

ســـائق و همکاران(۲۳) در مطالعه‌ای به این نتیجه رســـیدند که، سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری باعث کاهش

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

افسردگی، اضطراب و افزایش سازگاری اجتماعی و مهارت‌های مقابله با استرس در گروه آزمایش شده است.

افسردگی، اختلال روانی ناتوان‌کننده‌ای است که با میزان شیوع ۱۷ درصد شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مطرح شده است افسردگی به افت کارکرد قابل‌توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی، اجتماعی و اشتغال منجر می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن، خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد همچنین افسردگی به غیبت از کار منجر می‌شود. ابتلا به افسردگی سبب گرایش به رفتارهای پرخطری از قبیل خودکشی می‌گردد. واکنش‌پذیری شناختی، ازجمله عوامل مؤثر در افزایش میزان عود افسردگی است و در ایجاد و تداوم افسردگی نقش دارد بر اساس این فرضیه فرد در اولین تجربه افسردگی خود مابین غمگینی خلق و تفکر منفی و باورهای ناکارآمد رابطه برقرار می‌کند و حالت‌های خلقی و غم بعدی به‌واسطه فعال‌سازی این ارتباط، شبکه‌ای از افکار منفی را برمی‌انگیزاند که در تداوم و شدت حالات خلقی منفی و افسردگی نقش مهمی ایفا می‌کند لذا هدف این پژوهش بررسی اثربخشی سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی و کاهش نشانگان بیماران افسرده مداوم بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کاربردی و ازلحاظ روش پژوهش از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری موردپژوهش شامل کلیه بیماران افسرده مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهرستان ارومیه بود که در زمستان و بهار ۱۴۰۰-۱۴۰۱ جهت دریافت خدمات درمانی به این مراکز مراجعه می‌نمودند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران افسرده مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهرستان ارومیه بود که در زمستان و بهار ۱۴۰۰-۱۴۰۱ جهت دریافت خدمات درمانی به این مراکز مراجعه نموده بودند. ابتدا لیست بیماران در نوبت درمان در هر مرکز تهیه شد. سپس ۳۰ نفر آزمودنی‌های پژوهش به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بر اساس مصاحبه تشخیصی انتخاب شدند. سپس از بین ۳۰ نفر نمونهٔ آزمون، ۱۵ نفر به‌عنوان گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به‌عنوان گروه کنترل به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. ازآنجاکه گروه گواه با گروه آزمایشی همتا شده و ملاک جایگزینی اعضای گروه‌ها به‌صورت تصادفی بود لذا پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است. گروه آزمایش به‌طور هفتگی به مدت ۱۲ جلسه تحت سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری قرار گرفت ولی در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. در ابتدای پژوهش در یک برگه‌ی مجزا، علاوه بر تأکید بر اهمیت پژوهش، روش تکمیل پرسشنامه‌ها توضیح داده شد روش اجرا بدین گونه بود که هریک از بیماران مقیاس افسردگی بک و برای واکنش‌پذیری شناختی شاخص حساسیت به افسردگی لیندن را تکمیل نمودند و این روند در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه انجام گرفت.

ملاک‌های ورود به پژوهش

۱ -داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال

۲ -عدم وجود آسیب مغزی و اختلالات یادگیری،

۳-دریافت تشخیص افسردگی توسط روان‌پزشک

۴-عدم تمایل به مصرف دارو

۵-درمان هم‌زمان دیگری دریافت نکند

۶-نشانه‌های اختلال در اثر سوگ، مصرف مواد مخدر و یا بیماری جسمی ایجاد نشده باشند

ملاک‌های خروج از پژوهش

۱-عدم تمایل به ادامه درمان

۲-سابقه دریافت مداخله روان‌شناختی مشابه

ساختار و چارچوب جلسات سیستم روان‌درمانی تحلیلی شناختی رفتاری مشتمل بر موارد ذیل بود: آشنایی کامل با مفاهیم اساسی سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری. جدول ثبت فعالیت و چرخه افسردگی، نحوه تأثیر تفکر ناسازگار بر مقابله نا سازگار و روش تفکر شکست گرایی، تحلیل موقعیتی و دوره اصلاح آن، شناسایی چرخهٔ روابط بین فردی پیوندجویی و عاملیت در روابط بین فردی و انجام تحلیل موقعیتی متناسب با موقعیت بین فردی. شناسایی حوزه‌های بین فردی صمیمیت، افشاگری، اشتباه کردن و بیان عواطف و هیجانات منفی نسبت به درمانگر و دیگران مهم، انجام تمرین تمایز بین فردی. آموزش مهارت‌های جرئت ورزی، تحمل آشفتگی، پاسخ‌دهی شخصی مشروط به دیگران و افراد مهم زندگی و تفسیر روابط بین فردی، شناسایی هشت چرخهٔ روابط بین فردی خود با دیگران، نام‌گذاری و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، مهارت‌های تحمل پریشانی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و اثربخشی بین فردی در روابط خود با افراد مهم زندگی، نمونه‌های پاسخ‌دهی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

شخ صی م شروط، شنا سایی با مفاهیم و ا صطلاحات تعاملات مکمل و غیر مکمل، توان تمایزگذاری، انجام تمرین تصویرسازی ذهنی آخرین روابط بین فردی آ سیب‌زا و به‌کارگیری مهارت‌های حل مسـئله اجتماعی. انجام تمرینات ذهن آگاهی و فعال‌سـازی رفتاری. آمادگی برای پایان دادن، ارزیابی کردن یادگیری، بازبینی اهداف و اتمام درمان. نو شتن نامه خداحافظی و ب ستن قراردادی برای مدت ۹۰ روز به‌منظور ملاقات مجدد با درمانگر و پاسـخ به پرسشنامه‌ها.

این پژوهش برخی اصـــول اخلاقی ازجمله توضـــیح اهداف پژوهش برای اء ضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اء ضا، کســـب رضـــایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صـــورت تمایل افراد را رعایت نمود. افزون بر این پژوهش با کد اخلاق پزشکی به شماره IR.TABRIZU.REC.1401.039 در دان شگاه تبریز به ثبت ر سیده ا ست. برای تو صیف اطلاعات پژوهش از شـــاخص های آ مار توصـــیفی (م یانگین، انحراف اســـتاندارد) و آمار اســـتنباطی شـــامل اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS24 اســـتفاده شـــد. ابزار پژوهش در ذیـل مطرح‌شده‌اند.

مق یاس افســـردگی بک (Beck Depression Inventory): این پر س شنامه اولین بار در سال ۱۹۶۱ تو سط بک و همکاران ارائه گردید مقیاس افسردگی بک یک پرسشنامه خودگزار شی می‌با شد که شدت علائم اختلال اف سردگی را طی دو هفته گذ شته ارزیابی می‌کند. این پر سشنامه دارای ۲۱ سؤال می‌باشد که محتوای ۱۵ سؤال آن علائم روان‌شناختی و ۶ سؤال نیز علائم ج سمانی را ارزیابی این پر س شنامه اولین بار در سال ۱۹۶۱ توســـط بک و همکارانش ارائه گردید. مقیاس افســـردگی بک یک پرسشنامه خودگزارشی می‌باشد که شدت علائم اختلال افســـردگی را طی دو هفته گذشـــته ارزیابی می‌کند (۲۴). این پر س شنامه دارای ۲۱ سؤال می‌با شد که محتوای ۱۵ سؤال آن علائم روان‌شـــناختی و ۶ ســـؤال نیز علائم جســـمانی را ارزیابی می‌کند و برای گروه سنی بالای ۱۳ سال طراحی شده است. هر سؤال این مقیاس ۴ گزینه دارد و نمره هر سؤال از صفر تا سه متغیر اســـت. نمره کل هر آزمودنی می‌تواند از صـــفر تا ۶۴ متغیر باشـــد. این مقیاس دارای چهار نقطه برش می‌باشـــد (۳). نمرات ۱۳-۰ بیانگر عدم وجود افسردگی و بهنجاری است. نمرات ۱۹-۱۴ حاکی از افســـردگی خفیف می باشـــد. نمرات ۲۸-۲۰ نیز ن شان‌دهنده اف سردگی متو سط ا ست و نمرات ۶۳-۲۹ ن شانگر افسردگی اساسی یا شدید می‌باشد (۶). ۲۱ آیتم به ترتیب شامل غمگینی، بدبینی، ناکامی و احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، خودبیزاری، خودســـرزنشـــی، افکار خودکشـــی، گریه، بیقراری، بی‌علاقگی، کاهش قدرت تصمیم‌گیری، احساس بی‌ارزش بودن، تحلیـل رفتن انرژی، تغییر الگوی خواب، تحریک‌پذیری، تغییر ا شتها، ا شکال در تمرکز، احساس خستگی و کاهش میل جنسـی اسـت (۲۵). ثبات درونی این پرسـشـنامه تو سط بک و همکاران ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۶).

شاخص حساسیت به افسردگی لیندن (Leiden Index of Depression Sensitivity): شاخص حساسیت به افســـردگی لیندن یک ابزار خود ســـنجی اســـت که به‌منظور ارزیابی سطح واکنش‌پذیری شناختی طراحی شده است. شاخص واکنش‌پذیری شناختی در سال ۲۰۰۳ توسط وان در دوز و ویلیامز ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۴ سؤال برای اندازه‌گیری ۶ خرده مقیاس ناامیدی/ خودکشـــی ســـؤالات (۵، ۹، ۱۷، ۳۰ و ۳۴)، پذیرش/ مقابله سؤالات (۴، ۱۰، ۱۵، ۲۴ و ۲۸)، پرخاشگری/ خصومت سؤالات (۷، ۸، ۲۱، ۲۲، ۲۶ و ۲۹)، کنترل/ کمال‌گرایی ســؤالات (۳، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۹ و ۳۱)، خطرپذیری ســؤالات (۱، ۲، ۱۱، ۱۴، ۲۳ و ۳۴) و ن شخوار فکری سؤالات (۱۳، ۲۰، ۲۵، ۲۷، ۳۲ و ۳۳) اســت. شــرکت‌کنندگان به این مقیاس بر اســاس یک طیف لیکرت ۵ در جه‌ای (اصـــلاً = ۱، کمی= ۲، نســـبتاً= ۳، به شدت= ۴، بسیار شدید=۵) نمره‌گذاری می شود. سولیس (۲۷) به بررســی ویژگی‌های روان‌ســنجی پرســشــنامه واکنش‌پذیری شناختی پرداخت. نتایج تحلیل عامل اکت شافی ن شان داد که هر ۳۴ گویه پر سشنامه روی ۶ عامل بارگذاری شدند. ضریب آلفای کرونباخ این خرده مقیاس ها در این پژوهش به ترتیب برای ناامیدی/ خودکشـــی ۰/۶۲، پذیرش/ مقابله ۰/۷۹، پرخاشـــگری/ خ صومت ۰/۸۲، کنترل/ کمال‌گرایی، ۰/۶۴، خطرپذیری ۰/۸۰ و نشـخوار فکری ۰/۸۱ گزارش شـده اسـت. در یک پژوهش بین فرهنگی اســتوار و همکاران(۲۸) پایایی پرســشــنامه را در نمونه ایرانی بر اســـاس آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ به ترتیب برای نـــاامیـــدی/ خودکشـــی ۰/۷۹، پـــذیرش/ مقـــابلـــه ۰/۸۱،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

پر خاشـــگری/ خصـــو مت ۰/۸۳، کنترل/ کمال‌گرایی، ۰/۹۱، خطرپذیری ۰/۸۰ و نشخوار فکری ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۹).

یافته‌ها

از بین افراد شـرکت‌کننده در این پژوهش تعداد ۳۰ (۷۸/۹٪) نفر جنسیت زن و تعداد ۸ (۲۱/۱٪) نفر جنسیت مرد داشتند همچنین تعداد ۳ (۷/۹٪) نفر دارای مدرک دیپلم، تعداد ۵ (۱۳/۲٪) نفر دارای مدرک فوق‌دیپلم، تعداد ۲۸ (۳۷/۷٪) نفر دارای مدرک لیسانس، تعداد ۲ (۵/۳٪) نفر دارای مدرک فوق‌لیسانس هستند همچنین نتایج مربوط به ســـن آزمودنی‌ها نشـــان داد تعداد ۱۵ (۳۹/۵٪) نفر سن کمتر از ۳۰ سال، ۱۴ (۳۶/۸٪) نفر سن ۳۰ تا ۳۵ سـال و ۹ (۲۳/۷٪) نفر سـن بالاتر از ۳۵ سـال داشـتند. در جدول زیر شـاخص‌های توصـیفی مربوط به متغیرهای پژوهش اراده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پیگیری (انحراف معیار± میانگین)
آزمایش	واکنش‌پذیری شناختی	۱۰۷/۱±۸۴/۹۷	۱۰۲/۱±۴۲/۹۸	۱۰۴/۲±۱۶/۰۱
	نشانگان افسردگی	۴۲/۲±۵۸/۹۳	۳۳/۲±۶۳/۸۵	۳۵/۲±۷۴/۸۴
کنترل	واکنش‌پذیری شناختی	۱۰۷/۲±۶۸/۴۰	۱۰۸/۲±۲۶/۲۰	۱۰۷/۲±۸۴/۰۴
	نشانگان افسردگی	۴۱/۲±۹۵/۱۹	۴۲/۲±۵۳/۴۳	۴۲/۲±۲۶/۶۸

میانگین و انحراف اسـتاندارد متغیرهای پژوهش برای هر دو گروه آزمایش و کنترل در هر ســه مرحله آزمون در جدول فوق ارائه شده ا ست. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر اسـتفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفرو ضات آزمون موردبرر سی قرار گرفت. به‌منظور بررســی یکســانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس اسـتفاده شـد. نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضـــه بود (M=۴۱۳/۲۴ باکس، P=۰/۲۴۵ و F=۱/۰۷). برای برر سی مفرو ضه کرویت از آزمون موچلی ا ستفاده شد که نتایج نشـان داد این مفروضـه برای متغیر نشـانگان افسـردگی (p=۰/۰۶ و W=۰/۸۵۲ موچلی) بوده و فرض کرو یت داده ها رعایت شـده اسـت ولی برای متغیر واکنش‌پذیری شـناختی (p=۰/۰۲ و W=۰/۸۰۰ موچلی) فرض کرو یت داده ها ر عا یت نشده بود و از اصلاح اپسیلون گرینهاوس گایزر (۰/۸۳۴) استفاده شـد. افزون بر آن به‌منظور بررســی واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف ارزیابی از آزمون لون ا ستفاده شد. نتایج آزمون لون مبتنی بر برابری واریانس ها برای متغیر نشـانگان افسـردگی (p=۰/۱۸۵ و F=۱/۸۲) و برای متغیر واکنش‌پذیری شـناختی (p=۰/۵۶۸ و F=۰/۳۳۲) نشـان‌دهنده همگنی وار یانس ها در گروه های موردم طالعه بود. بااین حال می‌توان مفروضه‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر را پذیرفت و برای مقایسـه‌ها از اندازه اثر پیلایی و مقادیر تصـحیح‌شـده هوین‌فلت اسـتفاده نمود. ازاین‌رو با توجه به برقراری مفروضـات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، در ادامه نتایج حاصـل از این آزمون ارائه‌شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندگانه متغیرهای پژوهش

		مقدار	F	df1	df2	*p*	اتای سهمی	قدرت مشاهده‌شده
زمان*گروه	آزمون پیلای	۱/۱۲	۱۴/۵۰	۱۲	۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱	۱/۰۰
	لامبدای ویکلز	۰/۰۳۴	۴۹/۸۴	۱۲	۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۷	۱/۰۰
	آزمون هتلینگ	۲۴/۱۸	۱۳۳/۰۱	۱۲	۱۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴	۱/۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۲۳/۹۹	۲۷۱/۸۹	۶	۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶۰	۱/۰۰

آزمون‌های تحلیل واریانس چندگانه ن شان می‌دهند که تأثیر معناداری در طی زمان و تعامل زمان و گروه وجود دارد.

در جدول ۳ اثرات درون آزمودنی‌ها، نشـان می‌دهد که اثر گروه در متغیرهای پژوهش معنادار اسـت و شـیوه آموزشـی اثربخش بوده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	متغیرها	SS	df	MS	F	*P*	مجذور اتا	توان مشاهده‌شده
زمان	واکنش‌پذیری شناختی	۱۱۹/۱۰	۱/۶۶	۷۱/۴۳	۳۱/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۶	۱/۰۰
	نشانگان افسردگی	۳۶۷/۳۸	۲	۱۸۳/۶۹	۵۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰	۱/۰۰
زمان*گروه	واکنش‌پذیری شناختی	۱۷۵/۴۹	۱/۶۶	۱۰۵/۲۵	۴۶/۲۰	۱/۰۰	۰/۵۶۲	۱/۰۰
	نشانگان افسردگی	۴۶۷/۳۸	۲	۶۹۲۳۳	۷۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵	۱/۰۰

جدول ٤. نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	متغیرها	SS	df	MS	F	*P*	مجذور اتا	توان مشاهده‌شده
گروه	واکنش‌پذیری شناختی	۲۷۷/۹۳	۱	۲۷۷/۹۳	۲۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۱/۰۰
	نشانه‌های افسردگی	۶۹۲/۶۴	۱	۶۹۲/۶۴	۴۶/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶۴	۱/۰۰
خطا	واکنش‌پذیری شناختی	۳۴۵/۲۶	۳۶	۹/۵۹				
	نشانه‌های افسردگی	۵۳۴/۸۷	۳۶	۱۴/۸۵				

در جدول فوق اثرات درون آزمودنی‌ها، نشان می‌دهد که اثر گروه در متغیرهای پژوهش معنادار است و تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و شیوه درمانی اثربخش بوده است.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در جدول مقایسه زوجی تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در واکنش‌پذیری شناختی ۳/۱۲- و در نشانگان افسردگی ۴/۹۳- می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده و بیانگر اثربخشی مداخله در گروه آزمایش است. همچنین نتایج مقایسه زوجی در طول زمان نشان داد در متغیر واکنش پذیری شناختی، تفاوت میانگین های پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۲/۴۲، پیش‌آزمون و پیگیری ۱/۷۶ و پس‌آزمون و پیگیری ۰/۶۵- است که در سطح ۰/۰۰۵ معنادار بوده و بیانگر اثربخشی مداخلات درمانی است در متغیر نشانگان افسردگی نیز تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۴/۱۸، پیش‌آزمون و پیگیری ۳/۲۶ و پس‌آزمون و پیگیری ۰/۹۲- است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده و نشان‌دهنده تأثیر مداخلات درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی و کاهش نشانگان بیماران افسرده بود. با توجه به یافته‌های پژوهش بین میانگین واکنش‌پذیری شناختی بیماران افسرده در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و بیانگر اثربخشی معنادار سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی بیماران افسرده می‌باشد. یافته‌های آنیپا و همکاران (۳۰) بیانگر آن است که رابطه بین افسردگی، خطر اقدام به خودکشی و واکنش‌پذیری شناختی مثبت و معنادار است. یافته‌های ملیانی و همکاران (۳۱) نشان داد اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و شیوه درمانی شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی معنادار است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، در سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری افراد با آموزش مهارت‌های حل مسئله اجتماعی نحوه تفکر را آموزش می‌بینند. توانایی فکر کردن باعث آرامش هیجانی شده و مانع بدکارکردی روانی می‌شود و سلامت روانی را ارتقا می‌دهد. آموزش مهارت‌های حل مسئله، بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی را از طریق توانمندی خلق روش‌های گوناگون حل مسائل و تمرکز بر پیامدهای آن، تسهیل می‌کند. افرادی که در مهارت‌های شناختی ضعیف هستند در روابط بین فردی معمولاً پرخاشگر و منزوی هستند، به دیگران اهمیت نمی‌دهند این شرایط منجر به ضعف سازگاری در فرایند تحصیلی، شغلی و اجتماعی و نیز رفتارهای پرخطر می‌شود. توانایی تفکر به راه‌حل‌های بیشتر در مسائل روزمره، سازگاری شخص در معرض خطر را افزایش می‌دهد.

سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی- رفتاری به افراد نشان می‌دهد افکار انسان همواره با احساسات و رفتارهایش در ارتباط است. لذا هر وقت افراد دچار واکنش‌پذیری شناختی می‌شوند ارتباط بین افکار و احساسات خود را یاد می‌گیرند و بهتر می‌توانند این افکار را بشناسند و کنترل نمایند. در طول درمان، باز سازی شناختی به شناسایی تحریفات شناختی کمک می‌کند و به‌واسطه آن مسیر منتهی به واکنش‌پذیری شناختی را کنترل می‌کند. در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

سیستم رواندرمانی شناختی رفتاری با تأکید بر تمرینات روزانه و برنامه‌ریزی درمانی در هر جلسه بیماران مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند که در سایر حوزه‌ها و فعالیت‌های زندگی نیز کاربرد دارد، لذا با کاستن از نشخوار فکری و ناامیدی واکنش‌پذیری شناختی را کاهش می‌دهد. از طرفی فعال‌سازی رفتاری برای کاستن از ناامیدی و افسردگی به‌عنوان یک مداخله رفتاری، بیماران را تشویق می‌کند تا ارتباطات جدیدی را در زندگی خویش داشته باشند و با پادش دهی به این ارتباطات، آن را تقویت کنند. در این رویکرد درمانی اعتقاد بر این است که علت افسردگی، ترس و اجتناب، بدرفتاری اولیه و عملکرد ناسالم اجتماعی است، لذا بهبود اجتناب و ترس به‌واسطه مواجهه، بازسازی بدرفتاری اولیه از طریق آموزش نیازهای هیجانی و بهبود روابط بین فردی و حل مسئله اجتماعی باعث کاهش نشخوار فکری، ناامیدی و افسردگی شده و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد ازجمله علل اثربخشی مداخله این است که به بیماران آموزش داده می‌شود که نسبت به افکار و خلق خود، آگاه شوند؛ زیرا ناامیدی، افسردگی و واکنش‌پذیری شناختی هنگامی افزایش و کیفیت زندگی زمانی کاهش می‌یابد که آگاهی از افکار و خلقیات به شدت کاهش می‌یابد (۳۲). از سوی دیگر سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری یک رویکرد بین فردی ساختاریافته و مهارت محور می‌باشد که راهکارهای عینی یاری‌رسانی به افراد برای غلبه بر مشکلات بین فردی و دست‌یابی به اهداف واقعی و زندگی را آموزش می‌دهد. این درمان به‌طور خاصی برای مواجه با چالش‌ها و نیازهای بالینی افراد افسرده مزمن تنظیم شده است. درمانگران در این سیستم درمانی کوشش می‌کنند الگوهای رفتاری همیشگی و مقاوم به درمان را تغییر داده و توجهی جمعی به حل مشکلات فعلی زندگی با استفاده از شیوه‌های بین فردی تحلیلی- رفتاری را طراحی کنند. در این رویکرد بیماران ازلحاظ ادراکی با پیامدهای بین فردی رفتاری شان متصل/ بازمتصل می شوند. درحالی‌که ادراک یک ارتباط عملکردی بین رفتار و پیامدهای آن یاد گرفته می‌شود، به بیمار مهارت‌های رفتاری لازم برای به وجود آوردن تعاملات پاسخگر مناسب همدلانه‌تر در موقعیت بین فردی خاص آن‌ها آموزش داده می‌شود. مسئله مهم قابل‌طرح این است که در این رویکرد درمانی تأکید بر این مسئله است که آسیب روانی (افسردگی و اختلالات اضطرابی) ناشی از اجتناب تجربه‌ای می‌باشد و برای درمان می‌توان اجتناب تجربه‌ای را به‌واسطه تمرینات و تکالیف خانگی اصلاح نمود. به تعبیری ارتقای کیفیت زندگی و کاهش واکنش پذیری شناختی، بیانگر کاهش قابل‌ملاحظه اجتناب تجربه‌ای است.

همچنین با توجه به یافته های پژوهش بین میانگین نشانگان افسردگی در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و بیانگر اثربخشی معنادار سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری بر نشانگان افسردگی بیماران افسرده می‌باشد این یافته‌ها با یافته‌های فورکمن و همکاران (۲۰)، حاجی علیانی و همکاران (۳۳) و سایق و همکاران (۲۳) همسو می‌باشد.

سیستم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری یک الگوی درمانی حل مسئله بین فردی است که اثربخشی خود را چنین قرار می‌دهد که افراد پیامدها و تأثیرات تعاملات را هم بر خودشان و هم بر دیگران با فهمیدن اهداف بین فردی‌شان یاد می‌گیرند و رفتار اثربخشی را که دستیابی به این اهداف را آسان می‌کند، می‌آموزند. این رویکرد در یک چارچوب انگیزشی بر رویکرد حل مسئله اجتماعی با استفاده از یک رویکرد دستکاری شده تأکید می‌کند (۱۷). این مدل قوانین را باهم ادغام می‌کند تا کمک کند احساس امنیت و تنظیم هیجانی و دستیابی به اهداف بین فردی مؤثر را افزایش دهد. این مسئله به‌نوبه خود به یادگیری موردنیاز ادراک عملکردی بین فردی و تغییر رفتار منجر می‌شود که درنهایت موجب بهبود خلق و عملکرد بیمار می‌شود. بیماران برای «پیامد مطلوب» که معقول و دست‌یافتنی است تلاش می‌کنند و از تجربه‌ها و بینش‌های گزارش‌شدهٔ خودشان و دیگران یاد می‌گیرند تا پاداش‌ها را به حداکثر رساند و لذّتی را که با افسردگی مزمن از بین رفته است افزایش دهد.

باور افراد به توانایی‌هایشان از طریق تجربه تسلط داشتن با کار جمعی در «تحلیل موقعیتی» رشد می‌کند، تمرینات حل مسئله اجتماعی ارائه می‌شود و افراد از طریق الگوسازی اجتماعی (۳۴) یاد می‌گیرند که استقامت داشته باشند و مشاهده کنند که چطور دیگران با نشانه‌های افسردگی مشابه دررسیدن به اهداف بین فردی موفق هستند. در پایان، یادگیری از طریق تأثیرات ترغیب اجتماعی اتفاق می‌اُفتد. در شرایط یک محیط پاداش طبیعی فراهم می‌شود که شبیه به محیطی است که بیماران قبلاً داشته‌اند یا هرگز نداشته‌اند. بیماران افسرده آزادانه مشکلاتی را بیان می‌کنند که اهداف زندگی فردی یا اهداف بین فردی آن‌ها را مشخص می‌کند. آن‌ها ممکن است تجربیات مشابه نارضایتی یا ناامیدی درباره احساس درک نشدن توسط دیگران را به اشتراک بگذارند که ظاهراً موجب تقویت اجتناب اجتماعی و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

چرخهٔ معیوب و تفکر شکست‌پذیری و ناامیدی می‌شود چیزی که مک‌کالوف (۱۷) آ شکارا آن را در تو صیف پویایی‌های اف سردگی مزمن به‌کاربرده اســت. آن‌ها یاد می‌گیرند که در هر زمان یک مشــکل را حل کنند (۱۶) تا در غلبه بر افســردگی مداوم موفق باشند.

تحلیل موقعیتی مهم‌ترین تمرین مهارت‌آموزی اســت که به بیماران آموزش داده می‌شــود. در تحلیل موقعیتی لازم اســت که بیماران به مراحل گوناگون دربرگیرندهٔ تحلیل یک موقعیت بین فردی توجه کنند و عملکردهای اجرایی ذهنی شــده‌ای را به کار ببرند که این بیماران آن‌ها را ندارند و اهداف سیستم رواندرمانی تحلیل شــناختی رفتاری هم کمک کردن برای ارزیابی آن‌ها است. آن‌ها یاد می‌گیرند که به عناصر واقعیت محور یک موقعیت تعاملی مانند ویژگی های رفتار غیرکلامی‌شــان در موقعیت ایجادشــده توجه کنند، نتیجه قابل‌مشــاهده واقعی موقعیت باید طوری باشــد که برای بیماران آشــکار بوده و درنهایت پیامد مطلوب آن‌ها برای موقعیت خاص که لازم اســت تحت کنترل، واقعی و قابل‌دسترس آن‌ها باشد. بیماران از تفکراتشان در طول موقعیت بین فردی توصیف شده آگاه می شوند. در بازبینی تحلیل موقعیتی بیماران به عملکردهای شــناختی اجرایی نیاز دارند تا تعیین کنند که آیا افکار آن‌ها یا «تعبیر» موقعیت با تبادل کلامی واقعی که اتفاق افتاده است مرتبط است یا نه. آن‌ها یاد می‌گیرند تا «تفسیر فعّال» یک خود اظهاری را شناسایی کنند که آن‌ها را به سمت پیامد مطلوب هدایت می‌کند که همان هدف بین فردی اســت که قبلاً تعیین کرده‌اند. بیماران همچنین یاد می‌گیرند که عواطف شــدید چگونه از توانایی آن‌ها برای تعبیر درســت یک موقعیت بین فردی جلوگیری می‌کند.

در ســیســتم رواندرمانی تحلیل شــناختی رفتاری بیماران افســرده در اوایل درمان یاد می‌گیرند که انگیزه‌ها یا اهداف بین فردی واضــح و روشــن همه‌چیز اســت. این افراد اغلب در اوایل درمان به اســتفاده از راهکارهای اجتنابی در مواجه با کشــمکش های بین فردی اعتراف می‌کنند. بااین‌وجود آن ها خودشــان را در یک موقعیت ناســازگاری شــناختی می‌بینند و رفتارهای کناره‌گیری آن‌ها در مواجه با موقعیت اجتماعی توسعه می یابد. ظاهراً بیماران با اجتناب از موقعیت های بین فردی مشــکل‌آفرین که با اســتفاده از تمرین تحلیل موقعیتی که طبق دستورالعمل به بحث گذاشته می شود به این ناسازگاری پاسخ می‌دهند. احســاس آن‌ها این اســت که هر موقعیتی درواقع یک موقعیت مواجهه است که در بیشتر مواقع خیلی سخت‌تر از چیزی است که با توجه به میزان تنهایی و کناره‌گیری اجتماعی شان در طول این مدت تجربه کرده‌اند. حتی به نظر می‌رســد که دیگر افراد هم به‌طور غیرعمدی با تقویت کردن رفتارهای ناســازگارانه و افزایش وابستگی هنگامی‌که نقش مسلط‌تر و مستقیم‌تری با فرد افسرده بازی می‌کنند، با این وضعیت منفعل و ناامید سازگار شده‌اند. استفاده از مشارکت شخصی منظم از طریق پاسخ‌دهی شــخصــی مشــروط و تمرین تمایز بین فردی درمانگر ســیســتم رواندرمانی تحلیل شناختی رفتاری را قادر می‌سازد «تا فرایندهای یــادگیری بین فردی را طراحی و اداره کننــد» (۳۵). درمــانگر رفتارهای خود افشاگری مناسب را الگو سازی می‌کند که هدف آن تأکید کردن بر پیامد رفتارهای ناســازگارانه بیماران اســت که آشکار شده است، مانند اجتناب از تماس چشمی، دیر رسیدن‌ها، فقدان جرئت‌مندی تمرین تمایز بین فردی برای کمک به افراد اســتفاده می‌شــود تا بین ترس از طرد شــدن توســط دیگران و پذیرش بر پایه واقعیت و حمایت شــدن از طرف دیگران تفاوت قائل شــوند این تکنیک‌ها منجر به کاهش افســردگی مداوم می‌شوند. ازجمله محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود. از طرفی ماهیت مقطعی مطالعه حاضــر، مانع اســتنتاج‌های علی و شناخت دقیق ماهیت واقعی روابط بین متغیرهای پژوهش می‌شــود. پیشــنهاد می‌گردد در گردآوری داده‌ها از روش‌هایی به‌غیراز پرســش‌نامه اســتفاده شــود و حتی‌المقدور از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

در پایان ما پژوهشــگران از کلیه افرادی که با اعتماد، صــبر و بردباری در مراحل مختلف این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. شایان‌ذکر است که این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز می‌باشد.

References

1. Farashbandi A, Hafezi F, Eftekhar Saadi Z, Heidari A. Role of Behavioral Activation and Inhibition Systems in Symptoms of Major Depression Disorder Regarding the Mediating Role of Cognitive Bias. Avicenna Journal of Neuropsychophysiology. 2021;8(4):215-21.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

2. Besharat MNF, M; Mohammadi Hashil, K; Zabihzadeh, A; Fallah, M. Arousal in patients with depression, anxiety and normal subjects: a comparative study. Journal of Psychological Sciences. 2015;15(15):315-34.
3. Roshani F, Nejati V, Fathabadi J. Effect of interpretation bias modification on remediation of behavioral and cognitive symptoms in depression. The Journal Of Psychological Science. 2020;19(85):1-10.
4. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2014;45(3):319-29.
5. Torpey DC, Klein DN. Chronic depression: update on classification and treatment. Curr Psychiatry Rep. 2008;10(6):458-64.
6. Ershadi Manesh S. A controlled comparison of the efficacy of creative problem solving therapy and cognitive behavioural therapy in adolescent' depression. The Journal Of Psychological Science. 2021;20(100):485-501.
7. Association. AP. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Translation. Tehran: Arjamand Publication; 2022.
8. Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. The mediating role of catastrophizing in the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain: A longitudinal analysis. Scandinavian Journal of Pain. 2016;11(1):157-62.
9. Salehi HD, A. Nissi, A; Mehrabizadeh, M. The effectiveness of group-based mindfulness-based healing approach training on cognitive reactivity towards sad mood and pain-related anxiety in patients with chronic pain. Scientific Research Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2019;27(3):329-39.
10. Raes F, Dewulf D, Van Heeringen C, Williams JMG. Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. Behaviour research and therapy. 2009;47(7):623-7.
11. Beavers AS, Lounsbury JW, Richards JK, Huck SW, Skolits GJ, Esquivel SL. Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. Practical Assessment, Research, and Evaluation. 2013;18(1):6.
12. Lau MA, Segal ZV, Williams JMG. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. Behaviour research and therapy. 2004;42(9):1001-17.
13. Antypa N, Van der Does A. Serotonin transporter gene, childhood emotional abuse and cognitive vulnerability to depression. Genes, Brain and Behavior. 2010;9(6):615-20.
14. McCullough JP. The way early-onset chronically depressed patients are treated today makes me sad. 2012.
15. Baghian Koleh Merz M. Protective factors and risk in committing suicide and the effectiveness of the intervention program on psychological correlates based on the cognitive behavioral analysis psychotherapy system and the integration of dialectical behavior therapy and cognitive therapy based on the compassionate mind.: Razi University; 2017.
16. McCullough J, Schramm E, Penberthy JK. CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder: Distinctive features: Routledge; 2014.
17. McCullough Jr JP. Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP): Educational Publishing Foundation; 2003.
18. Baghian Koleh Marzi MK, J.; Momeni, Kh; Elahi, A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral analysis psychotherapy system and integration of dialectical behavior therapy with cognitive therapy based on the compassionate mind on reducing mental pain and emotional regulation difficulties of people attempting suicide. Journal of Psychological Achievement. 2018;9(34):35-63.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]

19. Bagian m, Karami j, Momeni K, elahi a. The investigation of the Role of Childhood Trauma Experience, Cognitive Reactivity, and Mental Pain in Suicide attempted and Normal individuals. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2019;14(53):77-89.

20. Forkmann T, Brakemeier E-L, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The effects of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy added to treatment as usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. Journal of affective disorders. 2016;200:51-7.

21. Sedighi K, Saffarian Toosi M, Khadivi G. Effectiveness of Mindfulness based Cognitive Therapy on Anxiety and Depression of Divorce Women. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2021;19(1):149-60.

22. Farsham A GS, Alipour A, Afrooz Gh.A. Ghalibafian M. Evaluating the Effectiveness of Cognitive Intervention Programs and Family-Based Play Therapy on Reduction of Depression and Anxiety Symptoms of Children with Brain Tumor. Res Behav Sci. 2022;20(20):335-67.

23. Sayegh L, Locke KD, Pistilli D, Penberthy JK, Chachamovich E, McCullough JP, et al. Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy for treatment-resistant depression: adaptation to a group modality. Behaviour Change. 2012;29(2):97-108.

24. Beck A, T. . Cognitive models of depression. 1987; 1,5-3. Journal of Cognitive Psychotherapy 1987;1(3-5):2.

25. Firoozikhojastehfar R, Asgari K, Kalantari M, Raisi F, shahvari Z. Comparison of the effectiveness of cognitive–behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on depression symptoms and hypersexual behaviours in patients with sex addiction. The Journal Of Psychological Science. 2021;20(99):341-52.

26. Alami S, Bakhtiarpour S, Asgari P, Seraj Khorrami N. Comparison of the Effectiveness of Existential Group Therapy with Cognitive-Behavioral Group Therapy on Increasing Life Satisfaction among the Methadone Maintenance Patients. Avicenna Journal of Neuropsychophysiology. 2020;7(3):172-7.

27. Solis E. Cognitive reactivity: Structure and validity of the LEIDS-R. Unpublished manuscript. 2015.

28. Ostovar S, Md Nor MB, Griffiths MD, Chermahini SA. Cognitive reactivity: Cultural adaptation and psychometric testing of the Persian version of the Leiden Index of Depression Sensitivity Revised (LEIDS-R) in an Iranian sample. International journal of mental health and addiction. 2017;15:621-38.

29. Bagyan Koleh Marzi MK, J.; Momeni, Kh; Elahi, A. The role of childhood trauma experience, cognitive reactivity and mental pain in suicide attempters and normal people. Journal of Psychological Achievements. 2018;4(53):77-90.

30. Leaf-nosed bat. Encyclopædia Britannica: Encyclopædia Britannica Online; 2009.

31. Meliani MA, A; Azad Fallah, P.; Fathi Ashtiani, A; Tavali, A. The effectiveness of mindfulness therapy based on cognition and cognitive behavioral therapy in cognitive reactivity and self-satisfaction in women with recurrent major depression. Journal of Psychology. 2013;18(2):393-407.

32. Scher CD, Ingram RE, Segal ZV. Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. Clinical psychology review. 2005;25(4):487-510.

33. Hajialiani V, Bahrami Ehsan H, Noferesti A. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on coping strategies, depression, and suicidal ideations in students. The Journal Of Psychological Science. 2021;19(96):1557-68.

34. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. Sage publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2012. p. 9-44.

35. McCullough Jr JP, Lord BD, Conley KA, Martin AM. A method for conducting intensive psychological studies with early-onset chronically depressed patients. American journal of psychotherapy. 2010;64(4):317-37.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.12.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.12]