



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

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.

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 ($P < 0/01$).

به این معنی که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی و کاهش نشانگان بیماران افسرده مداوم اثربخش بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بیانگر این است که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر واکنش‌پذیری شناختی و کاهش نشانگان بیماران افسرده مداوم مؤثر است و از این رو 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 درصدی 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 نشانه‌ها می‌شود 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 عمده مزمن و افسرده‌خویی است که در اختلال افسردگی مداوم تبیین می‌شود (۴). برای این اساس، بیمه‌ها با نشانه‌های افسردگی اساسی، به‌عنوان نوع حاد افسردگی و نیز با علائم با شدت کمتر در افسرده‌خویی، بسته به طولانی شدن دوره بیمه‌اری (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 یک باور بر این بود که عامل اصلی افسردگی طرح‌واره‌های افسرده‌زنی بوده و در تجدیدنظر بعدی روی عوامل برون فردی هم تمرکز گردید، یک با لحاظ نمودن موضوعات بین فردی و نگرش‌های ناکارآمد و منفی، پیش‌آمادگی‌های 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 به‌سزایی 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 می‌شود (۱۲). یافته‌های آنیبا، وان دردوس و پنینگس (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 کناره‌گیر-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 می‌شود. 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

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

علیرغم شناسایی عوامل مختلف در اتیولوژی افسردگی، بسیاری از مداخلات بالینی بر اصلاح شناختواره‌ها، رفتار و باروهای ناکارآمد متمرکز است؛ زیرا این نظریات علت عمده افسردگی را باورهای ناکارآمد منفی می‌دانند. هرچند که در سال‌های اخیر طیف جدیدی از درمان‌های افسردگی از جمله مداخلات روانی اجتماعی، بین فردی و حل مسئله تحول یافته است (۶). در این راستا، سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری یکی از رویکردهای نوین روان‌درمانی در حیطه روانشناسی بوده که در درمان طیف وسیعی از اختلالات روانی مؤثر است. این درمان که شکلی نوین از درمان شناختی رفتاری است، اولین بار برای درمان افسردگی مزمن توسط مک کالوف (۱۵) ساخته شد. مداخله اصلی این درمان بر اساس تحلیل موقعیتی بوده که در شناسایی و اصلاح الگوهای فکری و رفتاری ناسازگارانه‌ای نقش دارد. تحلیل موقعیتی ترکیبی از راهبردهای شناختی، رفتاری و بین فردی می‌باشد که روی پیامدهای رفتار فرد تمرکز نموده و از مهارت‌های حل مسئله برای حل مشکلات فردی و بین فردی بهره می‌گیرد (۱۴).

سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری مبتنی بر نظریه بین فردی کارکرد روانی اجتماعی است. لذا فهم نقش عملکرد بین فردی در افراد دارای اختلال افسردگی مزمن و سایر اختلالات روانی ضروری است. در تاریخچه زندگی افراد افسرده، بدرفتاری، سوءاستفاده اولیه، مواجهه با آسیب و تجربه مداوم آسیب‌های روانی مشهود است (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 کلاسیک پاولفی ناشی از ارتباط با یک فرد آزاردهنده دچار بی‌اعتمادی به دیگران می‌گردد. از طرفی کناره‌گیری‌های اجتماعی و رفتارهای اجتنابی فرد به دلیل شرطی‌سازی کنشگر 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 شدن شناختی هیجانی را مطرح نموده است و آن را با عاریت گرفتن از نظریه رشدی 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 شناختی هیجانی شبیه کودک در مرحله پیش عملیاتی پیاژه عمل می‌کند. فرایندهای فکری بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی مداوم به وسیله تفکر پیش عملیاتی و پریدن از مقدمه به نتیجه درباره واقعیت مشخص می‌گردد. همچنین طبق ویژگی‌های فردی مرحله پیش عملیاتی تفکر، عدم آگاهی از رفتار دیگران و گفتگو به شیوه تک‌گویی در این بیماران وجود دارد. نهایتاً اینکه ناتوانی در همدلی کردن با دیگران و خودمحوری فراگیر سبب انزوای فرد می‌گردد و به مرور باعث محدودیت شدید تمام حوزه‌های تلاش اجتماعی می‌گردد و به تبع آن افسردگی، درماندگی، یاس و ناامیدی و اقدام به خودکشی رخ می‌دهد (۱۵). یافته‌های بگیان، کرمی، مومنی و الهی (۱۸) نشان داد که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی اثربخش هستند از طرفی یافته‌های پژوهش نشان داد نقش تجربه‌ی ترومای دوران کودکی، واکنش‌پذیری شناختی و درد ذهنی در اقدام‌کنندگان به خودکشی به‌طور معناداری بیشتر از افراد بهنجار است (۱۹).

یافته‌های فورکمن، براک، میر، تیرسمام، اسپرام و میکلاگ (۲۰) نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری بر کاهش ایده پردازی خودکشی و علائم افسردگی اثربخش هستند. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد که بین دو درمان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. یافته‌های آنیبا و همکاران (۱۳) بیانگر آن است که رابطه بین افسردگی، خطر اقدام به خودکشی و واکنش‌پذیری شناختی مثبت است. یافته‌های صدیقی، صفاریان و خدیوی (۲۱) نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افسردگی زنان مطلقه را کاهش می‌دهد. برنامه مداخلات شناختی بر کاهش افسردگی مؤثر است (۲۲).

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

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 قابل توجه 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 به واسطه 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 از لحاظ 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 نموده بودند. ابتدا لیست بیماران در نوبت درمان در هر مرکز تهیه شد. سپس ۳۰ نفر آزمودنی‌های پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس بر اساس مصاحبه تشخیصی انتخاب شدند. سپس از بین ۳۰ نفر نمونه آزمون، ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. از آنجا که گروه گواه با گروه آزمایشی هم‌تا شده و ملاک جایگزینی اعضای

گروه‌ها به صورت تصادفی بود لذا پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است. گروه آزمایش به طور 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 شکست‌گرای، تحلیل موقعیتی و دوره اصلاح آن، شناسایی چرخه 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 چرخه روابط بین فردی خود با دیگران، نام‌گذاری و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، مهارت‌های تحمل پریشانی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و اثربخشی بین فردی در روابط خود با افراد مهم زندگی، نمونه‌های پاسخ‌دهی

شخصی مشروط، شناسایی با مفاهیم و اصطلاحات تعاملات مکمل و غیر مکمل، توان تمایزگذاری، انجام تمرین تصویرسازی ذهنی آخرین روابط بین فردی آسیب‌زا و به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله اجتماعی. انجام تمرینات ذهن آگاهی و فعال‌سازی رفتاری. آمادگی برای پایان دادن، ارزیابی کردن یادگیری، بازبینی اهداف و اتمام درمان. نوشتن نامه خداحافظی و بستن قراردادی برای مدت ۹۰ روز به‌منظور ملاقات مجدد با درمانگر و پاسخ به پرسشنامه‌ها.

این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد را رعایت نمود. افزون بر این پژوهش با کد اخلاق پزشکی به شماره IR.TABRIZU.REC.1401.039 در دانشگاه تبریز به ثبت رسیده است. برای توضیح اطلاعات پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS24 استفاده شد. ابزار پژوهش در ذیل مطرح شده‌اند.

مقیاس افسردگی بک (Beck Depression Inventory)

(Inventory): این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران ارائه گردید. مقیاس افسردگی بک یک پرسشنامه خودگزارشی می‌باشد که شدت علائم اختلال افسردگی را طی دو هفته گذشته ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال می‌باشد که محتوای ۱۵ سؤال آن علائم روان‌شناختی و ۶ سؤال نیز علائم جسمانی را ارزیابی این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ارائه گردید. مقیاس افسردگی بک یک پرسشنامه خودگزارشی می‌باشد که شدت علائم اختلال افسردگی را طی دو هفته گذشته ارزیابی می‌کند (۲۴). این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال می‌باشد که محتوای ۱۵ سؤال آن علائم روان‌شناختی و ۶ سؤال نیز علائم جسمانی 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 است. نمره کل هر آزمودنی می‌تواند از صفر تا ۶۴ متغیر باشد. این مقیاس دارای چهار نقطه برش می‌باشد (۳). نمرات ۱۳-۰ بیانگر عدم وجود افسردگی و بهنجاری است. نمرات ۱۹-۱۴ حاکی از افسردگی خفیف می‌باشد. نمرات ۲۸-۲۰ نیز

نشان‌دهنده افسردگی متوسط است و نمرات ۶۳-۲۹ نشانگر افسردگی اساسی یا شدید می‌باشد (۶). ۲۱ آئتم به ترتیب شامل غمگینی، بدبینی، ناکامی و احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، خودبیزاری، خودسرزنشی، افکار خودکشی، گریه، بیقراری، بی‌علاقگی، کاهش قدرت تصمیم‌گیری، احساس بی‌ارزش بودن، تحلیل رفتن انرژی، تغییر الگوی خواب، تحریک‌پذیری، تغییر اشتها، اشکال در تمرکز، احساس خستگی و کاهش میل جنسی است (۲۵). ثبات درونی این پرسشنامه توسط 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)

(Index of Depression Sensitivity): شاخص حساسیت به افسردگی لیندن یک ابزار خودسنجی است 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 خرده‌مقیاس ناامیدی/خودکشی سؤالات (۵، ۹، ۱۷، ۳۰ و ۳۴)، پذیرش/مقابله سؤالات (۴، ۱۰، ۱۵، ۲۴ و ۲۸)، پرخاشگری/خصوصیت سؤالات (۷، ۸، ۲۱، ۲۲، ۲۶ و ۲۹)، کنترل/کمال‌گرایی سؤالات (۳، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۹ و ۳۱)، خطرپذیری سؤالات (۱، ۲، ۱۱، ۱۴، ۲۳ و ۳۴) و نشخوار فکری سؤالات (۱۳، ۲۰، ۲۵، ۲۷، ۳۲ و ۳۳) است. شرکت‌کنندگان به این مقیاس بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً = ۱، کمی = ۲، نسبتاً = ۳، به شدت = ۴، بسیار شدید = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. سولیس (۲۷) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه واکنش‌پذیری شناختی پرداخت. نتایج تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که هر ۳۴ گویه پرسشنامه روی ۶ عامل بارگذاری شدند. ضریب آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس‌ها در این پژوهش به ترتیب برای ناامیدی/خودکشی ۰/۶۲، پذیرش/مقابله ۰/۷۹، پرخاشگری/خصوصیت ۰/۸۲، کنترل/کمال‌گرایی، ۰/۶۴، خطرپذیری ۰/۸۰ و نشخوار فکری ۰/۸۱ گزارش شده است. در یک پژوهش بین فرهنگی استوار و همکاران (۲۸) پایایی پرسشنامه را در نمونه ایرانی بر اساس آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ به ترتیب برای ناامیدی/خودکشی ۰/۷۹، پذیرش/مقابله ۰/۸۱،

پر خاشگیری/ خصوصیت ۰/۸۳، کنترل/ کمال گرایی، ۰/۹۱، خطرپذیری ۰/۸۰ و نشخوار فکری ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۹).

یافته‌ها

از بین افراد شرکت‌کننده 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 سن آزمودنی‌ها نشان داد تعداد ۱۵ (۳۹/۵٪) نفر سن کمتر از ۳۰ سال، ۱۴ (۳۶/۸٪) نفر سن ۳۰ تا ۳۵ سال و ۹ (۲۳/۷٪) نفر سن بالاتر از ۳۵ سال داشتند. در جدول زیر شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

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

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای هر دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه مرحله آزمون در جدول فوق ارائه شده است. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون موردبررسی قرار گرفت. به منظور بررسی یکسانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود ($M=413/24$ باکس، $P=0/245$ و $F=1/07$). برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر نشانگان افسردگی ($p=0/06$ و $W=0/852$ موچلی) بوده و فرض کرویت داده‌ها رعایت شده است ولی برای متغیر واکنش‌پذیری شناختی ($p=0/02$ و $W=0/800$ موچلی) فرض کرویت داده‌ها رعایت

نشده بود و از اصلاح اپسیلون گرینه‌اوس گایزر ($0/834$) استفاده شد. افزون بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف ارزیابی از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مبتنی بر برابری واریانس‌ها برای متغیر نشانگان افسردگی ($F=1/82$ و $p=0/185$) و برای متغیر واکنش‌پذیری شناختی ($F=0/332$ و $p=0/568$) نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها در گروه‌های مورد مطالعه بود. باین حال می‌توان مفروضه‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر را پذیرفت و برای مقایسه‌ها از اندازه اثر پیلائی و مقادیر تصحیح شده هوین‌فلت استفاده نمود. از این رو با توجه به برقراری مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، در ادامه نتایج حاصل از این آزمون ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندگانه متغیرهای پژوهش

	مقدار	F	df1	df2	p	اتای سهمی	قدرت مشاهده شده
زمان*گروه	۱/۱۲	۱۴/۵۰	۱۲	۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱	۱/۰۰
	۰/۰۳۴	۴۹/۸۴	۱۲	۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۷	۱/۰۰
	۲۴/۱۸	۱۳۳/۰۱	۱۲	۱۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴	۱/۰۰
	۲۳/۹۹	۲۷۱/۸۹	۶	۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶۰	۱/۰۰

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

در جدول ۳ اثرات درون آزمودنی‌ها، نشان می‌دهد که اثر گروه در متغیرهای پژوهش معنادار است و شیوه آموزشی اثربخش بوده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	متغیرها	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان مشاهده شده
زمان	واکنش‌پذیری شناختی	۱۱۹/۱۰	۱/۶۶	۷۱/۴۳	۳۱/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۶	۱/۰۰
	نشاندگان 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
	نشاندگان افسردگی	۴۶۷/۳۸	۲	۶۹۲/۳۳	۷۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵	۱/۰۰

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	متغیرها	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان مشاهده شده
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				

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 به واسطه آن مسیر منتهی به واکنش‌پذیری شناختی را کنترل می‌کند. در

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 به دست آمده در جدول مقایسه زوجی تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در واکنش‌پذیری شناختی ۳/۱۲- و در نشاندگان 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 واکنش‌پذیری شناختی، تفاوت میانگین‌های 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 نشاندگان 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 نشاندگان 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.

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 به عنوان 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 به واسطه 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 از جمله 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 خلیات 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 مواجهه 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 از لحاظ ادراکی با پیامدهای بین فردی رفتاری شان متصل / باز متصل می‌شوند. 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 قابل طرح 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 به واسطه تمرینات و تکالیف خانگی اصلاح نمود. به تعبیری ارتقای کیفیت

زندگی و کاهش واکنش‌پذیری شناختی، بیانگر کاهش قابل ملاحظه اجتناب تجربه‌ای است.

همچنین با توجه به یافته‌های 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 به نوبه خود به یادگیری مورد نیاز ادراک عملکردی بین فردی و تغییر رفتار منجر می‌شود که در نهایت موجب بهبود خلق و عملکرد بیمار می‌شود. بیماران برای «پیامد مطلوب» که معقول و دست‌یافتنی است تلاش می‌کنند و از تجربه‌ها و بینش‌های گزارش‌شده خودشان و دیگران یاد می‌گیرند تا پاداش‌ها را به حداکثر رسانند و لذتی 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 در رسیدن به اهداف بین فردی موفق هستند. در پایان، یادگیری از طریق تأثیرات ترغیب اجتماعی اتفاق می‌افتد. 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 ناراضی یا ناامیدی درباره احساس درک نشدن توسط دیگران را به اشتراک بگذارند که ظاهراً موجب تقویت اجتناب اجتماعی و

چرخه معیوب و تفکر شکست‌پذیری و ناامیدی می‌شود چیزی که مک‌کالوف (۱۷) آشکارا آن را در توصیف پویایی‌های افسردگی مزمن به کار برده است. آن‌ها یاد می‌گیرند که در هر زمان یک مشکل را حل کنند (۱۶) تا در غلبه بر افسردگی مداوم موفق باشند.

تحلیل موقعیتی مهم‌ترین تمرین مهارت‌آموزی است که به بیماران آموزش داده می‌شود. در تحلیل موقعیتی لازم است که بیماران به مراحل گوناگون دربرگیرنده تحلیل یک موقعیت بین فردی توجه کنند و عملکردهای اجرایی ذهنی شده‌ای را به کار ببرند که این بیماران آن‌ها را ندارند و اهداف سیستم رواندرومانی تحلیل شناختی رفتاری هم کمک کردن برای ارزیابی آن‌ها است. آن‌ها یاد می‌گیرند که به عناصر واقعیت محور یک موقعیت تعاملی مانند ویژگی‌های رفتار غیرکلامی‌شان در موقعیت ایجادشده توجه کنند، نتیجه قابل‌مشاهده واقعی موقعیت باید طوری باشد که برای بیماران آشکار بوده و درنهایت پیامد مطلوب آن‌ها برای موقعیت خاص که لازم است تحت کنترل، واقعی و قابل‌دسترس آن‌ها باشد. بیماران از تفکراتشان در طول موقعیت بین فردی توصیف شده آگاه می‌شوند. در بازبینی تحلیل موقعیتی بیماران به عملکردهای شناختی اجرایی نیاز دارند تا تعیین کنند که آیا افکار آن‌ها یا «تعبیر» موقعیت با تبادلات کلامی واقعی که اتفاق افتاده است مرتبط است یا نه. آن‌ها یاد می‌گیرند تا «تفسیر فعال» یک خود اظهاری را شناسایی کنند که آن‌ها را به سمت پیامد مطلوب هدایت می‌کند که همان هدف بین فردی است که قبلاً تعیین کرده‌اند. بیماران همچنین یاد می‌گیرند که عواطف شدید چگونه از توانایی آن‌ها برای تعبیر درست یک موقعیت بین فردی جلوگیری می‌کند.

در سیستم رواندرومانی تحلیل شناختی رفتاری بیماران افسرده در اوایل درمان یاد می‌گیرند که انگیزه‌ها یا اهداف بین فردی واضح و روشن همه‌چیز است. این افراد اغلب در اوایل درمان به استفاده از راهکارهای اجتنابی در مواجهه با کشمکش‌های بین فردی اعتراف می‌کنند. با این وجود آن‌ها خودشان را در یک موقعیت ناسازگاری شناختی می‌بینند و رفتارهای کناره‌گیری آن‌ها در مواجهه با موقعیت اجتماعی توسعه می‌یابد. ظاهراً بیماران با اجتناب از موقعیت‌های بین فردی

مشکل‌آفرین که با استفاده از تمرین تحلیل موقعیتی که طبق دستورالعمل به بحث گذاشته می‌شود به این ناسازگاری پاسخ می‌دهند. احساس آن‌ها این است 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 اجتماعی‌شان در طول این مدت تجربه کرده‌اند. حتی به نظر می‌رسد که دیگر افراد هم به‌طور غیرعمدی با تقویت کردن رفتارهای ناسازگارانه و افزایش وابستگی هنگامی که نقش مصلط و مستقیم‌تری با فرد افسرده بازی می‌کنند، با این وضعیت منفعل و ناامید سازگار شده‌اند. استفاده از مشارکت شخصی منظم از طریق پاسخ‌دهی شخصی مشروط و تمرین تمایز بین فردی درمانگر سیستم رواندرومانی تحلیل شناختی رفتاری را قادر می‌سازد «تا فرایندهای یادگیری بین فردی را طراحی و اداره کنند» (۳۵). درمانگر رفتارهای خود افشاگری مناسب را الگو سازی می‌کند که هدف آن تأکید کردن بر پیامد رفتارهای ناسازگارانه بیماران است که آشکار شده است، مانند اجتناب از تماس چشمی، دیر رسیدن‌ها، فقدان جرئت‌مندی تمرین تمایز بین فردی برای کمک به افراد استفاده می‌شود تا بین ترس از طرد شدن توسط دیگران و پذیرش بر پایه واقعیت و حمایت شدن از طرف دیگران تفاوت قائل شوند این تکنیک‌ها منجر به کاهش افسردگی مداوم می‌شوند. از جمله محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود. از طرفی ماهیت مقطعی مطالعه حاضر، مانع استنتاج‌های علی و شناخت دقیق ماهیت واقعی روابط بین متغیرهای پژوهش می‌شود. پیشنهاد می‌گردد در گردآوری داده‌ها از روش‌هایی به‌غیر از پرسش‌نامه استفاده شود و حتی‌المقدور از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

در پایان ما پژوهشگران از کلیه افرادی که با اعتماد، صبر و بردباری در مراحل مختلف این پژوهش ما را یاری نموده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داریم. شایان ذکر 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.

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.

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.