

مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بک با شناخت درمانی تیزدل در درمان افسرده‌خویی

حسن حمیدپور*، دکتر علی صاحبی**، دکتر سید محمود طباطبایی***

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بک با شناخت درمانی تیزدل در درمان افسرده‌خویی بود.

مواد و روش کار: بدین منظور شش آزمودنی (دو مرد و چهار زن) به شیوه‌ی نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به تصادف در دو گروه جای داده شدند و هر گروه با یکی از دو روش یادشده تحت درمان قرار گرفتند. بررسی حاضر به روش طرح آزمایشی تک‌موردی و از نوع خط پایه‌ی چندگانه انجام شد. آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) و در طی جلسه‌های چهارم و هشتم و پس از درمان (جلسه دوازدهم) و مرحله‌ی پیگیری (دو ماه پس از درمان) پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس را تکمیل کردند. هم‌چنین در مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) و پس از درمان (جلسه دوازدهم) مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و مقیاس کنترل درونی - بیرونی توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش درمان (شناخت درمانی بک و شناخت درمانی تیزدل) در کاهش علائم افسرده‌خویی مؤثر بوده و این کارایی و اثربخشی در مورد روش دوم بارزتر بوده است.

نتیجه‌گیری: شناخت درمانی تیزدل در درمان افسرده‌خویی، می‌تواند مؤثرتر از شناخت درمانی بک باشد.

:

* دانشجوی دوره‌ی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، بخش روانشناسی بالینی (نویسنده مسئول).
E-mail: hassan_hamidpour@yahoo.com

** دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه سیدنی، استرالیا. سیدنی، بیمارستان وستمید، دپارتمان خانواده درمانی.

*** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد. مشهد، بلوار حرّ عاملی، بیمارستان ابن سینا، گروه روانپزشکی.

در چهارمین نسخه‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (DSM-IV) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، اختلال افسرده‌خویی^۳ یکی از اختلال‌های خلقی شمرده شده است. اختلال افسرده‌خویی اختلالی مزمن است که با خلق افسرده (یا تحریک پذیر در کودکان و نوجوانان) در بیشتر روزها و در بیشتر ساعت‌های روز مشخص می‌شود. این اختلال، ۳٪ تا ۵٪ جمعیت عمومی را گرفتار می‌کند و در نیم تا یک سوم مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های روانپزشکی دیده می‌شود. میزان شیوع این اختلال در ۸٪ نوجوانان پسر و ۵٪ دختران گزارش شده است. از سوی دیگر این اختلال در افراد مجرد و کسانی که از طبقات پایین اقتصادی هستند، شایع‌تر است (کاپلان^۴ و سادوک^۵، ۱۹۹۸).

پژوهش‌های همه‌گیرشناختی^۶ در ایران نیز اختلال افسرده‌خویی را یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی به‌شمار آورده‌اند. باقری یزدی، بواله‌ری و شاه‌محمدی (۱۳۷۳) در یک پژوهش همه‌گیرشناسی در مناطق روستایی میبد یزد اختلال‌های خلقی را از شایع‌ترین اختلال‌های روانی به‌شمار آوردند و در میان اختلال‌های خلقی، افسرده‌خویی شایع‌ترین اختلال بوده است. بنابراین به نظر می‌رسد که پرداختن به روش‌های درمانی مؤثر برای این اختلال در فرآیند بهداشت روانی جامعه سودمند باشد.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که «شناخت درمانی بک» از درمان‌های تأییدشده برای افسردگی است و درمان انتخابی این اختلال (افسردگی یک قطبی، بدون علائم روان‌پریشی مانند توهم یا هذیان) به‌شمار می‌رود. شناخت درمانی بک نه تنها برای درمان مواردی از افسردگی مؤثرتر از دارودرمانی است، بلکه در پیش‌گیری از عود^۷ اختلال نیز کارایی دارد (بارلو^۸ و هوفمن^۹، ۱۹۹۷).

اگر چه تفکر منفی، به‌ویژه در ارتباط با «خود» و «آینده» یکی از ویژگی‌های اصلی دوره‌های افسردگی

است، با این وجود اندازه‌گیری تفکر منفی نشان می‌دهد که این‌گونه افکار در دوره‌ی افسردگی زیاد می‌شوند ولی با بهبود فرد از حالت افسردگی افکار منفی کمتر بروز می‌کنند (هاگا^{۱۰}، دایک^{۱۱} و ارنست^{۱۲}، ۱۹۹۱).

بسیاری از شناخت درمانگران بر این باورند که واکنش‌های هیجانی و رفتاری به‌وسیله‌ی فرآیندهای شناختی راه‌اندازی می‌شوند. از این رو افکار، باورها و سایر فرآیندهای شناختی تعیین‌کننده‌ی اصلی خلق و هیجان می‌باشند (تیزدل^{۱۳}، ۱۹۹۷).

تیزدل و بارنارد^{۱۴} (۱۹۹۳) برای تبیین پدیده‌ی سوگیری^{۱۵}‌های وابسته به خلق و اثرات خلق بر شناخت، نظریه‌ای را ارائه کردند که به نام نظریه‌ی «زیرسیستم‌های شناختی متعامل»^{۱۶} (ICS) شناخته می‌شود. برپایه‌ی این نظریه سوگیری‌های وابسته به خلق در فرآیندهای شناختی، بازتاب تغییر در مدل‌های طرحواره‌ای است که برای تفسیر تجارب به‌کار می‌روند. مدل‌های ذهنی طرحواره‌ای، روابط درونی بین سیمایه‌های کلی تجارب را رمزگردانی می‌کنند. از این دیدگاه گذر از حالت غیرافسرده به حالت افسرده با تغییر در مدل‌های ذهنی طرحواره‌ای همراه است که برای تفسیر تجارب به‌کار برده می‌شوند (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰).

تیزدل (۱۹۹۳) بر این باور است که تنها کارکردن در سطح افکار خودآیند منفی^{۱۷} و باورهای مرکزی بیماران افسرده، برای درمان کافی به نظر نمی‌رسد. در نظریه‌ی زیرسیستم‌های شناختی متعامل ارتباط میان فرآیندهای شناختی و هیجان، پیچیده و چندوجهی است. در این ارتباط تیزدل (۱۹۹۷) به دو نوع باور اشاره می‌کند:

- 1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.).
- 2- American Psychiatric Association
- 3- dysthymic disorder
- 4- Kaplan
- 5- Sadock
- 6- epidemiological
- 7- relapse
- 8- Barlow
- 9- Hofman
- 10- Haaga
- 11- Dyck
- 12- Ernest
- 13- Teasdale
- 14- Barnard
- 15- bias
- 16- Interactive Cognitive Subsystems
- 17- negative automatic thoughts

۱) باورهای هیجانی^۱ (شناخت داغ)

۲) باورهای عقلانی^۲ (شناخت سرد)

کارهای سستی شناخت درمانی تنها باورهای عقلانی فرد را تغییر می‌دهند در حالی که باورهای هیجانی آنها را کمتر دست‌کاری می‌کنند. تأکید بر باورهای هیجانی از ویژگی‌های شناخت درمانی تیزدل به‌شمار می‌رود. به طور کلی، این دو شیوه‌ی درمانی در بسیاری از جنبه‌ها با یکدیگر تفاوت دارند. در نظریه‌ی زیرسیستم‌های شناختی متعامل این باور بیان شده است که افسردگی از راه بازسازی الگوهای طرحواره‌ای ضمنی افسردگی‌زا تداوم می‌یابد، بنابراین هدف اصلی درمان باید جان‌نشین‌سازی الگوهای طرحواره‌ای انطباقی‌تر باشد.

اگر چه شناخت درمانی به‌عنوان درمان انتخابی افسردگی اساسی شناخته شده، اما شناخت درمانی برای افسرده‌خویی کمتر به‌کار گرفته شده است. بارلو و دوراند (۲۰۰۰) گزارش نموده‌اند که افسرده‌خویی ممکن است ۲۰ تا ۳۰ سال به درازا بکشد. افسرده‌خویی اختلالی مقاوم به درمان است (چکلی^۳، ۱۹۹۸) و ۴۰٪ از بیماران مبتلا به این اختلال به درمان دارویی پاسخ نمی‌دهند. فنل^۴ و تیزدل (۱۹۸۲) شناخت درمانی را به مدت ۳۰ جلسه بر روی پنج بیمار مبتلا به افسرده‌خویی اجرا کردند و تنها یک نفر از آنها پس از پایان درمان بهبود پیدا کرد (۲۰٪ بهبودی). استراوینسکی^۵، سحر^۶ و ورولت^۷ (۱۹۹۱)، ۱۵ هفته شناخت درمانی را بر روی ۶ بیمار مبتلا به افسرده‌خویی به کار گرفتند و دریافتند که در مرحله‌ی پیگیری چهار نفر از آنها به بهبودی کامل دست یافته‌اند (۶۶٪ بهبودی). هارپین^۸ و همکاران (به نقل از اسکات^۹، ۱۹۹۸) نیز ۱۲ بیمار مبتلا به افسرده‌خویی را طی ۲۰ جلسه (۱۰ هفته) به کمک شناخت درمانی تحت درمان قرار دادند و دریافتند که تنها ۴ نفر از آنها به بهبودی دست یافته‌اند (۳۳٪ بهبودی). واتکینز^{۱۰} و ویلیامز^{۱۱} (۱۹۹۸) بر این باورند که ارابه‌ی نظریه‌هایی مانند نظریه‌ی زیرسیستم‌های شناختی متعامل ممکن است برای درمان بیماران مبتلا به

افسرده‌خویی و افسردگی‌های مزمن مؤثر و سودمند باشد.

پژوهش حاضر در گستره‌ی چالش کنونی بین دو دیدگاه معتبر شناخت درمانی (تیزدل و بک) و برای مقایسه‌ی کارایی^{۱۲} و اثربخشی^{۱۳} این دو شیوه‌ی درمان در کاهش علائم افسرده‌خویی طراحی شده است. این پژوهش به دنبال مقایسه‌ی این دو رویکرد در عرصه‌ی اختلال‌های خلقی است.

فرضیه‌های این پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- شناخت درمانی تیزدل در درمان افسرده‌خویی مؤثرتر از شناخت درمانی بک است، ۲- نگرش‌های ناکارآمد^{۱۴} مراجعان را بیشتر تغییر می‌دهد، ۳- باعث تغییر در منبع کنترل^{۱۵} مراجعان می‌شود و ۴- باعث تغییر بیشتری در منبع کنترل مراجعان می‌شود.

این پژوهش با بهره‌گیری از طرح آزمایشی تک‌موردی^{۱۶} انجام شد. در این‌گونه طرح‌ها شرایط آزمایشی به‌دقت کنترل می‌شود و متغیر مستقل نیز به‌طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می‌گردد. از این رو طرح‌های آزمایشی تک‌موردی نسبت به بررسی‌های موردی از نظر کنترل شرایط ناخواسته مناسب‌ترند (هایمن^{۱۷}، ۱۹۹۸). در پژوهش حاضر طرح آزمایشی تک‌موردی با خط پایه‌ی جداگانه به‌کار گرفته شد (گانور^{۱۸}، بیرد^{۱۹}، روزمری^{۲۰} و گری^{۲۱}، ۱۹۹۹).

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را مراجعه‌کنندگان به درمانگاه روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد

1- emotional belief	2- intellectual belief
3- Checkley	4- Fenell
5- Stravinski	6- Sahar
7- Verveault	8- Harpin
9- Scott	10- Watkins
11- Williams	12- efficacy
13- effectiveness	
14- dysfunctional attitude	15- locus of control
16- single case	17- Heiman
18- Gaynor	19- Baird
20- Rosemary	21- Gray

تشکیل می‌دادند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین کسانی که به این درمانگاه مراجعه می‌کردند افرادی که مبتلا به افسرده‌خویی بودند انتخاب شدند و مصاحبه برای انتخاب نمونه‌ی دارای شرایط انجام شد. سپس بر روی آزمودنی‌های انتخاب شده پیش‌آزمون اجرا گردید. حجم نمونه‌ی پژوهش شش نفر بود که پس از انتخاب به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند و شناخت‌درمانی بک و شناخت‌درمانی تیزدل به‌طور انفرادی بر روی آنها اعمال شد.

برای گردآوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به‌کار گرفته شد:

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک^۱ (BDI): این آزمون یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی افسردگی است و توسط بک در سال ۱۹۶۷ تهیه شده است. در یک فراتحلیل، برای همسانی درونی این ابزار ضریب همبستگی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (مارنات^۲، ۱۹۹۰).

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۳ (DAS): این مقیاس توسط بک و وایسمن در سال ۱۹۷۸ تهیه شده و مهم‌ترین آزمون سبک شناختی در پژوهش‌های انجام شده در آمریکا در زمینه‌ی شناخت‌درمانی به‌شمار می‌رود. این مقیاس ۴۰ پرسش دارد و از آزمودنی خواسته می‌شود تا میزان موافقت خود را با آنها روی یک مقیاس درجه‌ای بیان کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۰ و ثبات آن $r=0.73$ است (ریپیار^۴، ۱۹۹۴).

این مقیاس نسبت به شناخت‌درمانی حساسیت دارد و می‌تواند چگونگی پاسخ به درمان را نشان دهد (حیدری پهلویان، ذوالفقاری و مهرابی، ۱۳۷۶).

بک و وایسمن (به نقل از کاپلان^۵ و ساکازو^۶، ۲۰۰۱) این مقیاس را برای ارزیابی طرح‌واره‌های افراد افسرده ساختند. این مقیاس بر مبنای نظریه آسیب‌شناسی روانی بک ارایه شده است.

یزدان‌دوست، رضوان‌طلب و پیروی (۱۳۸۰) به روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، برای این مقیاس در ایران پایایی برابر ۰/۷۲ گزارش نمودند.

مقیاس کنترل درونی- بیرونی^۷ (I-E-Scale): این مقیاس توسط راتر ساخته شده و دارای ۲۳ ماده‌ی دو گزینه‌ای است. آزمودنی باید از هر گزینه یکی را که عقاید وی را بهتر توصیف می‌کند، انتخاب کند. پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۷۰ گزارش شده است (کلاین^۸، ۲۰۰۰). در پژوهش ولی‌نوری و سیف (۱۳۷۴) بر روی آزمودنی‌های ایرانی ضریب پایایی ۰/۶۳ گزارش شده است.

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس^۹ (DASS): این مقیاس توسط لوویباند^{۱۰} و لوویباند (۱۹۹۵) ساخته شده است. همبستگی بین این مقیاس با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI) و پرسش‌نامه اضطراب بک بالاست. ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه‌ی هنجاری ۷۱۷ نفری به‌شرح زیر به دست آمد: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱. ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه از جمعیت عمومی شهر مشهد (n=۴۰۰) برای افسردگی ۰/۷۰ و برای اضطراب ۰/۶۶ گزارش شده است. هم‌چنین برای محاسبه‌ی روایی از روش ملاکی استفاده شده است. بدین صورت که ضریب همبستگی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI) مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس اضطراب زونگ با خرده‌مقیاس‌های آزمون یاد شده به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به دست آمد (صاحبی، میرعبداللهی و سالاری، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر فرم ۲۱ ماده‌ای این مقیاس به‌کار برده شده است.

مصاحبه‌ی بالینی ساخت‌یافته برای تشخیص اختلال‌های محور I در DSM-IV^{۱۱} (SCID): مصاحبه‌ی بالینی ساخت‌یافته برای اختلال‌های محور I مصاحبه‌ای

1-Beck Depression Inventory (BDI)
2-Marnat
3-Dysfunctional Attitude Scale (DAS)
4-Repiar 5-Kaplan
6-Saccuzzo 7-External-Internal-Scale
8-Kline
9- Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
10- Lovibond
11- Structured Clinical Interview for DSM-IV

انعطاف پذیر است که توسط فرست^۱، اسپیتزر^۲، گیبون^۳ و ویلیامز^۴ (به نقل از سگال^۵، ۱۹۹۷) تهیه شده است. قسمت اختلال‌های خلقی مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته توسط پژوهشگر ترجمه شد و چند تن از روانپزشکان و روانشناسان بالینی روایی آن را تأیید نمودند. این مصاحبه برای تشخیص اختلال افسرده‌خویی و جدانمودن آن از سایر اختلال‌ها به کار برده شد. مصاحبه‌ی حاضر دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلال‌های روانی است (مارنات، ۱۹۹۰). تران^۶ و هاگا (۲۰۰۲)، به نقل از تران و اسمیت^۷ (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۰/۶۰ را به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش نموده‌اند.

برای اجرای شناخت‌درمانی بک و شناخت‌درمانی تیزدل و به‌منظور یکسان‌سازی شرایط، دو راهنمای درمانی جداگانه به کار برده شد. برای اجرای شناخت‌درمانی بک، از کتاب "شناخت‌درمانی افسردگی و اضطراب" اثر بلک‌بورن^۸ و دیویدسون^۹ (۱۹۹۰) بهره گرفته شد.

چهارچوب جلسات شناخت‌درمانی مطابق با اصول کلی شناخت‌درمانی اجرا شد که عبارت بودند از بررسی وضعیت بیمار، تعیین دستور کار هر جلسه، مرور تکالیف خانگی، هدف جلسه، تکلیف خانگی و پس‌خوراند جلسه.

روند شناخت‌درمانی بک برای بیماران به کار گرفته شد که عبارت‌اند از ارایه‌ی منطق درمان، بازبینی افکار خودآیند و ارتباط آن با خلق، بازبینی فعالیت‌های روزانه و برنامه‌ریزی برای افزایش لذت. در هر جلسه به مشکلات جلسات پیشین و بازبینی تکالیف پرداخته می‌شد.

برای اجرای شناخت‌درمانی تیزدل نخست منطق درمان (ارتباط خلق با افکار) ارایه و سپس هدف کلی درمان (شناخت‌درمانی مبتنی بر هوشیاری فراگیر)^{۱۰} برای بیماران به زبانی ساده توضیح داده شد. سپس در

هر جلسه یکی از فنون هوشیاری فراگیر همراه با منطق درمان و چگونگی ساز و کار درمانی آن برای بیمار ارایه می‌شد و به دنبال این توضیحات، فن مربوطه در جلسه درمان همراه با بیمار به صورت عملی اجرا می‌گردید؛ مانند هوشیاری فراگیر به کمک تنفس، هوشیاری فراگیر با استفاده از اعضاء بدن، آگاهی از وقایع لذت بخش، آگاهی از بدن، تنفس، صدا و افکار. در هر جلسه‌ی درمان در زمینه‌ی اجرای عملی فنون با بیمار گفتگو می‌شد (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲).

برای اجرای طرح پژوهش شش نفر از مراجعه‌کنندگان به درمانگاه روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد که طبق ملاک‌های چهارمین نسخه‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تشخیص افسرده‌خویی گرفته بودند، انتخاب شدند. میانگین مدت زمان ابتلا به افسرده‌خویی در مراجعان چهار سال بود. دو نفر از آنها مجرد و بقیه متأهل بودند. آزمودنی‌ها برای کنترل می‌بایست معیارهای زیر را می‌داشتند.

- ۱- عدم دریافت هر گونه درمان روان‌شناختی قبلی.
- ۲- رد کردن شرایط زیستی و جسمانی تأثیرگذار در اختلال (به‌طور مثال، ملال پیش از قاعدگی یا اختلال غده‌ی تیروئید).
- ۳- مصرف نکردن داروهای روانگردان سه ماه پیش از آغاز درمان.

مراجعان به‌تصادف در دو گروه جای داده شدند و دو شیوه‌ی درمان بر روی آنها اجرا شد. برای اجرای شناخت‌درمانی بک، برای آزمودنی اول دو هفته خط پایه تشکیل شد و در مرحله‌ی خط پایه

1- First
2- Spitzer
3- Gibbon
4- Williams
5- Segal
6- Tran
7- Smith
8- Blackburn
9- Davidson
10- mindfulness- based cognitive therapy

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI)، مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS)، و مقیاس کنترل درونی- بیرونی توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. سپس درمان به مدت ۱۲ جلسه بر روی آنها اعمال شد. شش جلسه‌ی اول درمان در هر هفته دو بار تشکیل می‌شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه‌ی چندگانه، در جلسه‌ی چهارم مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد و به همین ترتیب در جلسه‌ی هشتم مراجع اول و جلسه‌ی چهارم مراجع دوم، طرح درمان در مورد مراجع سوم آغاز گردید.

هم‌چنین در هنگام اجرای درمان در جلسه‌های چهارم، هشتم و دوازدهم پرسش‌نامه‌های BDI و DASS توسط مراجعان تکمیل شد. در جلسه‌ی آخر درمان (جلسه‌ی دوازدهم) همه‌ی پرسش‌نامه‌ها و آزمون‌هایی که در مرحله‌ی خط پایه به آزمودنی‌ها داده شده بود، دوباره توسط آنها تکمیل شد. دو ماه پس از درمان (جلسه‌ی پیگیری) پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید.

برای اجرای شناخت‌درمانی تیزدل نیز همین شیوه اعمال شد. برای آزمودنی اول دو هفته خط پایه تشکیل شد. در مرحله‌ی خط پایه پرسش‌نامه‌های BDI، DASS، DAS و مقیاس کنترل درونی- بیرونی توسط آزمودنی‌ها پر شد. سپس درمان به مدت ۱۲ جلسه با آنها اجرا گردید. شش جلسه‌ی اول درمان در هر هفته دوبار تشکیل شد. ورود آزمودنی‌ها و تکمیل پرسش‌نامه‌ها در این روش درمانی همانند روش شناخت‌درمانی بک انجام شد.

برای تحلیل داده‌ها همانند سایر طرح‌های موردی از نمودار بهره گرفته و تغییرهای پدید آمده به‌عنوان تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته در نظر گرفته شد (بارلو و هرسن^۱، ۱۹۷۹).

در این پژوهش مقایسه‌ی یافته‌های بالینی (کنندال^۲، فلائری- شرودر^۳ و فورد^۴، ۱۹۹۹) نیز برای مقایسه‌ی نتایج دو شیوه درمانی به‌کار برده شده است. برای محاسبه‌ی درصد بهبودی مراجعان از فرمول زیر بهره گرفته شد:

$$\Delta A\% = \frac{AO - A1}{AO}$$

(به‌نقل از اوگلز^۵، لونر^۶ و بونستیل^۷، ۲۰۰۱).

A0 مشکل آماجی در جلسه‌ی اول (نگرش‌های ناکارآمد، اضطراب، افسردگی، استرس و...) A1 مشکل آماجی در جلسه‌ی آخر (نگرش‌های ناکارآمد، اضطراب، افسردگی، استرس و...) $\Delta\%$ میزان تغییر بهبودی

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش نشان داده شده است. نمرات پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و مقیاس کنترل درونی- بیرونی در جدول ۲ ارائه شده است:

در ارتباط با نمرات افسردگی یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که آزمودنی‌های الف، ب و ج که با شناخت‌درمانی تیزدل مورد درمان قرار گرفته بودند نسبت به آزمودنی‌های د، ه و و به بهبودی کلی بیشتری دست یافتند (۸۹/۳۳٪ در برابر ۵۵/۳۳٪). آزمودنی الف در مرحله‌ی خط پایه افسردگی شدید داشته است که در جلسه دوازدهم به بهبودی کامل دست یافته و این بهبودی در مرحله پیگیری (دو ماه پس از درمان) نیز ادامه داشته است (۹۷٪ بهبودی). آزمودنی ب نیز تقریباً همین روند را داشته است. در مرحله پیگیری نمره‌ی افسردگی وی نسبت به جلسه‌ی

1- Hersen
2- Kendall
3- Flannery-Schroeder
4- Ford
5- Ogles
6- Lunner
7- Bonesteel

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش

ویژگی‌ها	سن	جنس	میزان تحصیلات	مدت زمان بیماری	اقدام به خودکشی	وضعیت تأهل	نوع درمان	اقدامات درمانی پیشین
الف	۲۰ سال	زن	کاردانی	۴ سال	یکبار	متأهل	شناخت‌درمانی تیزدل	دارودرمانی
ب	۳۸ سال	زن	کاردانی	۵ سال	یکبار	متأهل	شناخت‌درمانی تیزدل	دارودرمانی
ج	۲۲ سال	مرد	کارشناسی	۳ سال	نداشته	مجرد	شناخت‌درمانی تیزدل	نداشته
د	۲۱ سال	مرد	کارشناسی	۲ سال	نداشته	مجرد	شناخت‌درمانی بک	نداشته
هـ	۳۷ سال	زن	دیپلم	۸ سال	فکر خودکشی	متأهل	شناخت‌درمانی بک	دارودرمانی
و	۲۹ سال	زن	دکتری	۲ سال	نداشته	متأهل	شناخت‌درمانی بک	نداشته

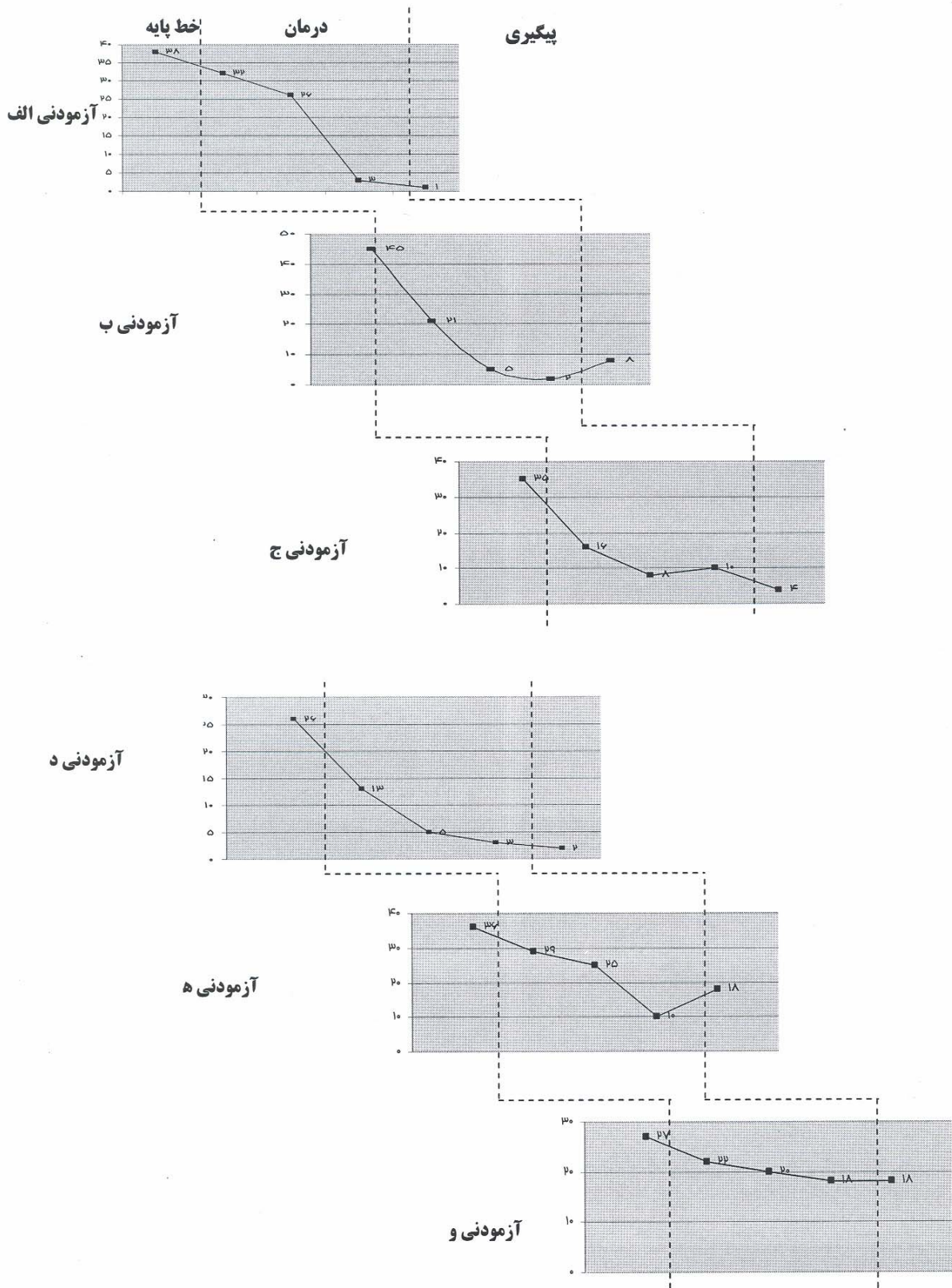
یافته بودند اما این کاهش‌ها از نظر بالینی معنی‌دار نبودند.

برای مقایسه‌ی بهتر یافته‌ها، نمره‌های افسردگی آزمودنی‌ها بر روی نمودار ۱ ارایه شده است. همان‌گونه که نمودار ۱ و جدول ۲ نشان می‌دهند شناخت‌درمانی تیزدل در درمان افسرده‌خویی مؤثرتر از شناخت‌درمانی بک است. نتایج به‌دست آمده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس نیز نشانگر مؤثر بودن بیشتر شناخت‌درمانی تیزدل در کاهش اضطراب و استرس مراجعان می‌باشد. بنابراین فرضیه‌ی اول این پژوهش تأیید می‌شود.

نمرات مقیاس نگرش‌های ناکارآمد آزمودنی‌ها در مرحله‌ی خط پایه و جلسه‌ی آخر نشان می‌دهد که آزمودنی‌هایی که با روش شناخت‌درمانی تیزدل درمان شده‌اند در نگرش‌های ناکارآمد خود تغییر بیشتری نشان داده‌اند (۳۱٪ بهبودی در برابر ۱۹/۳۳٪).

آخر درمان افزایش یافته که علت آن درگیری شب قبل با فرزند خود بوده است (۸۹٪ بهبودی). آزمودنی ج نیز به بهبودی ۹۲٪ دست یافته است. نمرات افسردگی آزمودنی‌های الف، ب و ج در مرحله‌ی پیگیری نشان می‌دهد که در مقایسه با خط پایه از نظر بالینی کاهش داشته است به‌گونه‌ای که افسردگی آنها در حد بهنجار بود. در ارتباط با آزمودنی‌هایی که به‌کمک شناخت‌درمانی بک درمان شده‌اند به‌جز آزمودنی د که تقریباً به بهبودی کامل دست یافت، آزمودنی هـ به بهبودی نسبی و آزمودنی و به بهبودی کمتر از متوسط دست یافتند. آزمودنی و نسبت به خط پایه در جلسه‌ی آخر درمان تنها نه نمره در افسردگی کاهش نشان داد و در مرحله‌ی پیگیری نیز تغییری در افسردگی وی دیده نشد.

نمرات افسردگی آزمودنی‌هایی که با روش شناخت‌درمانی بک درمان شده بودند نشان داد که تنها افسردگی آزمودنی د از نظر بالینی کاهش پیدا کرد ولی نمرات افسردگی آزمودنی‌های ه و و با این که کاهش



نمودار ۱- مقایسه‌ی نمرات افسردگی آزمودنی‌های شناخت‌درمانی تیزدل (آزمودنی الف، ب، ج) با آزمودنی‌های شناخت‌درمانی بک (آزمودنی د، ه، و)

جدول ۲- مقایسه‌ی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و مقیاس کنترل درونی- بیرونی (آماج‌های اصلی درمان)

شناخت‌درمانی بک			شناخت‌درمانی تیزدل			
آزمودنی و	آزمودنی ه	آزمودنی د	آزمودنی ج	آزمودنی ب	آزمودنی الف	
۲۷	۳۶	۲۶	۳۵	۴۵	۳۸	BDI (خط پایه)
۲۲	۲۹	۱۳	۱۶	۲۱	۳۲	BDI (جلسه‌ی چهارم)
۲۰	۲۵	۵	۸	۵	۲۶	BDI (جلسه‌ی هشتم)
۱۸	۱۰	۳	۱۰	۲	۳	BDI (جلسه‌ی دوازدهم)
۱۸	۱۸	۲	۴	۸	۱	BDI (پیگیری)
%۳۳	%۵۰	%۹۲	%۸۹	%۸۲	%۹۷	میزان بهبودی
	%۵۵/۳۳			%۸۹/۳۳		بهبودی کلی
۱۷۲	۲۴۷	۱۷۱	۱۸۶	۲۱۷	۱۶۴	DAS خط پایه
۱۵۲	۲۱۷	۱۱۶	۱۲۱	۱۷۱	۱۰۵	DAS (جلسه‌ی دوازدهم)
%۱۲	%۱۴	%۳۲	%۳۵	%۲۱	%۳۶	میزان بهبودی
	%۱۹/۳۳			%۳۱		بهبودی کلی
۱۴	۱۱	۱۳	۱۱	۱۴	۱۲	I-E-scale (خط پایه)
۱۱	۱۰	۹	۱	۷	۸	I-E-scale (جلسه‌ی دوازدهم)
%۲۱	%۱	%۳۱	%۱	%۵۰	%۳۳	میزان بهبودی
	%۱۸			%۲۸		بهبودی کلی

شناخت‌درمانی تیزدل (۱۹۹۷) ۲۳٪ کمتر از بررسی حاضر گزارش نموده است.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر بهتر است به مبانی نظری کارایی و اثربخشی روش‌های درمان اشاره شود. اینگرام^۱، هیس^۲ و اسکات^۳ (۲۰۰۰) برای ارزیابی کارایی درمان‌های روانشناختی شش متغیر وابسته را یادآور شده‌اند که هر کدام از آنها در ارتباط با پژوهش حاضر مورد بحث قرار خواهند گرفت:

۱- اندازه تغییر^۴ (میزان کاهش در علایمی که آماج اصلی درمان به‌شمار می‌روند): لام^۵ (۱۹۹۸) بر این باور است که نگرش‌های ناکارآمد مراجعان پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی در پاسخ به شناخت‌درمانی افسردگی به‌شمار می‌رود. آزمودنی‌هایی که نمره‌ی بالایی در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد به‌دست می‌آورند از فرآیند درمان نتیجه‌ی ضعیفی می‌گیرند. ممکن است یکی از دلایل ضعیف بودن نتیجه‌ی آزمودنی‌ها نمره‌ی زیاد در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد باشد. با این حال مراجع ب

مقایسه‌ی نمره‌های آزمودنی‌ها به‌صورت انفرادی و گروهی نشان می‌دهد که شناخت‌درمانی تیزدل در کاهش علایم افسرده‌خویی بیش از شناخت‌درمانی بک مؤثر بوده است. آزمودنی‌هایی که با شناخت‌درمانی بک مورد درمان قرار گرفتند (به غیر از آزمودنی د) در پایان جلسه‌ی دوازدهم به بهبودی کامل دست نیافتند و این عدم بهبودی تا دو ماه پس از پایان درمان (پیگیری) نیز ادامه داشت.

استراوینسکی و همکاران (۱۹۹۱) میزان بهبودی در روش شناخت‌درمانی بک را ۱۰٪ بیشتر از میزان بهبودی در بررسی حاضر گزارش نموده‌اند. میزان بهبودی افراد مبتلا به افسرده‌خویی در این پژوهش بیشتر از میزان بهبودی پژوهش فنل و تیزدل (۱۹۸۲) و هارپین و همکاران (به نقل از اسکات، ۱۹۹۸) می‌باشد. میزان بهبودی در افرادی که با روش شناخت‌درمانی تیزدل درمان شده‌اند نسبت به پژوهش‌های قبلی برتری چشم‌گیری دارد. بالاترین میزان بهبودی در پژوهش‌های پیشین مربوط به پژوهش استراوینسکی و همکاران (۱۹۹۱) می‌باشد که میزان بهبودی را با بهره‌گیری از

1- Ingram
3- Scott
5- Lam

2- Hayes
4- magnitude of change

نیز نمره‌ی بالایی در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد گرفته است، گرچه اضطراب، افسردگی و استرس وی کاهش چشم‌گیری یافته به‌طوری که در جلسه‌ی هشتم، افسردگی، اضطراب و استرس او در حد بهنجار بوده و این روند تا مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه یافته است.

میزان بهبود کلی در نگرش‌های ناکارآمد به کمک شناخت درمانی تیزدل ۳۱٪ و به کمک شناخت درمانی بک ۹/۳۳٪ بوده است. گرچه بررسی‌ها نشان داده‌اند که نگرش‌های ناکارآمد پیش‌بینی‌کننده پاسخ به شناخت درمانی است (همیلتون^۱ و دابسون^۲، ۲۰۰۲). یافته‌های این بررسی گویای آن است که در شناخت درمانی تیزدل بدون آنکه درمانگر مستقیماً با طرح‌واره‌ها و نگرش‌های ناکارآمد آزمودنی‌ها درگیر شود، نوعی بازسازی شناختی انجام می‌شود.

مراجع ه تکالیف خانگی را که یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های شناخت درمانی به‌شمار می‌رود به‌طور ناقص انجام می‌داد و این امر ممکن است در بهبودی وی تأثیر منفی گذاشته باشد. برنز^۳ و اسپانگلر^۴ (۲۰۰۰) براین باورند که انجام تکالیف خانگی تغییرات مثبت در افسردگی را تسهیل می‌کند. آنها دریافتند که میزان انجام تکالیف خانگی همبستگی معنی‌داری با کاهش افسردگی دارد (کازانتیس^۵، دین^۶ و رنان^۷، ۲۰۰۰).

مقایسه‌ی نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس کنترل درونی- بیرونی نشان می‌دهد که شناخت درمانی باعث افزایش کنترل درونی می‌شود و به‌کارگیری روش‌هایی مانند شناخت درمانی پس‌خوراند زیستی- واقعیت درمانی و مانند آنها، کنترل درونی را در افراد افزایش می‌دهد (ترب^۸ و اولسون^۹، ۱۹۹۰).

۲- کلیت تغییر^{۱۰}: (چند درصد تغییر مثبت داشته‌اند؟ چند درصد تغییر نکرده‌اند؟) مقایسه‌ی میزان بهبودی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که آزمودنی‌های هر دو گروه در افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و کنترل درونی- بیرونی تغییر مثبت نشان دادند و درمان بر روی آنها تأثیر مثبت گذاشته است. ممکن است این یافته تأییدی بر دیدگاه تیزدل (۱۹۹۳) باشد که یکی از

هدف‌های اصلی درمان را ایجاد "طرح‌واره کنترل داشتن" در مراجع می‌داند.

با این حال میزان بهبودی آزمودنی‌های الف، ب و ج (شناخت درمانی تیزدل) نسبت به آزمودنی‌های د، ه و و (شناخت درمانی بک) بیشتر بوده است.

این یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی این است که شناخت درمانی تیزدل در تغییر نگرش‌های ناکارآمد آزمودنی‌ها موفق‌تر است و ممکن است یکی از دلایل بهبودی بیشتر آزمودنی‌های الف، ب و ج ناشی از همین امر باشد.

۳- عمومیت تغییر^{۱۱}: (چه مقدار تغییر در موقعیت‌های ضروری و شغلی رخ داده است؟) هر چند شناخت درمانی بک نیز در درمان افسرده‌خویی مؤثر شناخته شده با این حال آزمودنی‌های ه و و هر دو با همسران خود مشکلات زناشویی داشتند و ممکن است همین مسئله یکی از عوامل اصلی مؤثر نبودن فنون شناخت درمانی برای کاهش علائم افسرده‌خویی آنها به‌شمار رود. در این ارتباط پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین اختلالات زناشویی^{۱۲} و افسردگی مرضی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد و کشمکش‌های زناشویی احتمالاً بر سیر بروز و نتیجه درمان افسردگی اثر منفی می‌گذارند (سایرز^{۱۳}، کوهن^{۱۴}، فرسکو^{۱۵}، بلاک^{۱۶} و سارور^{۱۷}، ۲۰۰۱).

گفتنی است که تیزدل (۱۹۹۷) روش درمانی خود را برای جلوگیری از عود افسردگی طراحی کرده است و ممکن است پیگیری دوماهه برای نتیجه‌گیری کم باشد. بهتر است در پژوهش‌های بعدی مدت زمان بیشتری برای پی‌گیری در نظر گرفته شود.

1- Hamilton	2- Dobson
3- Burns	4- Spangler
5- Kazantzis	6- Deane
7- Ronan	8- Thorpe
9- Olson	
10- universality of change	11- generality of change
12- marital discord	13- Sayers
14- Kohn	15- Fresco
16- Bellack	17- Sarwer

۴- میزان پذیرش^۱: (افراد تا چه اندازه فرایند درمان را به پایان رسانده‌اند؟) از آنجا که هیچ‌کدام از آزمودنی‌ها افت نداشتند و به‌طور کامل روند درمان را به پایان رساندند در این خصوص نمی‌توان مقایسه‌ای بین این دو شیوه‌ی درمان انجام داد.

۵- ایمنی^۲: مقایسه‌ی نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله‌ی خط پایه و مرحله‌ی پیگیری در همه‌ی ابعاد نشان داد که آزمودنی‌ها به بهبودی کامل دست یافته‌اند ولی هر کدام از آنها به میزان معینی تغییر کرده‌اند و اثرات جانبی خاصی در نتیجه‌ی کاربرد این دو شیوه درمان دیده نشد.

۶- ثبات^۳ دستاوردهای درمان: نتایج مرحله‌ی پیگیری (دو ماه پس از پایان درمان) نشان داد که آزمودنی‌های الف، ب و ج در مقایسه با آزمودنی‌های د، ه و و نتایج مثبت درمان را حفظ کرده‌اند به‌گونه‌ای که آزمودنی‌های الف، ب و ج افسردگی نداشتند (نمرات افسردگی آنها در دامنه‌ی هنجار قرار داشت) و آزمودنی‌هایی که با شناخت درمانی بک درمان شده بودند به غیر از آزمودنی د که در جلسه‌ی پیگیری افسردگی نداشت، افسردگی در حد خفیف و متوسط داشتند و نسبت به جلسه‌ی آخر درمان هشت نمره به میزان افسردگی آزمودنی ه افزوده شده بود.

در مجموع پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شناخت درمانی تیزدل در درمان افسرده‌خویی کارآتر از شناخت درمانی بک است. انجمن روانشناسی آمریکا (به نقل از بارلو و هوفمن، ۱۹۹۷) سه ملاک کاربردپذیری، تعمیم‌پذیری و سود و زیان را برای ارزیابی اثربخشی یا کاربرد بالینی درمان‌های شناختی روان‌شناختی ارابه کرده‌اند.

هدف اصلی شناخت درمانی اصلاح طرح‌واره‌ها و نگرش‌های ناکارآمد (نظام باورها) مراجعان می‌باشد. حال سؤال اساسی این است که شناخت از کجا نشأت می‌گیرد. شناخت درمانی تیزدل که به نقش مؤلفه‌های زبانی و فرهنگی بیشتر اهمیت می‌دهد به نظر می‌رسد

که قابلیت انعطاف‌پذیری بیشتری نسبت به شناخت درمانی بک داشته باشد.

از سوی دیگر صرف انجام چالش شناختی با افکار و باورهای مراجع باعث بروز بن‌بست‌هایی در فرآیند شناخت درمانی می‌شود زیرا تیزدل (۱۹۹۹) بر این باور است که بسیاری از شناخت‌واره‌های افراد دارای ویژگی نفوذناپذیری شناختی می‌باشند (تیزدل، ۱۹۹۳).

به دلیل این که آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند نقش متغیرهای مداخله‌گر تاحدی خنثی شده است، اما به دلیل شمار کم آزمودنی‌ها (شش نفر) باید در پژوهش‌های آینده شمار آزمودنی‌ها افزایش یابد تا بتوان در این مورد قضاوت بهتری ارائه کرد.

گرچه برپایه‌ی یافته‌های پژوهش حاضر، شناخت درمانی تیزدل از اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی بک برخوردار است اما این یافته را باید یک یافته‌ی مقدماتی دانست و به کارگیری این دو شیوه‌ی درمان در قالب طرح‌های تک‌آزمودنی و آزمایشی در سطح گسترده ضروری می‌نماید.

نتیجه‌گیری این پژوهش را باید با احتیاط تفسیر کرد، هر چند کوشش پژوهشگر این بوده است که شرایط را تا جایی که امکان دارد کنترل کند، اما درباره‌ی آزمودنی‌های انسانی و آن هم امر درمان روانشناختی کنترل همه‌ی شرایط دشوار است. افزون بر این چون پژوهشگر و ارزیاب یک‌نفر بوده است ممکن است در نتایج، سوگیری‌هایی پدید آمده باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده ارزیاب‌های مستقل (به‌جز درمانگر) به ارزیابی دستاوردهای درمانی بپردازند. گفتنی است همان‌گونه که پژوهش‌ها نشان داده‌اند ۳۴٪ تا ۴۷٪ از افراد مبتلا به افسرده‌خویی هم‌زمان اختلال شخصیت دارند (گوتلیب^۴ و اسکریدلی^۵، ۲۰۰۰) و همبودی با اختلال شخصیت بر بروز، سیر و درمان افسرده‌خویی تأثیر

1- acceptability

2- safety

3- stability

4- Gotlib

5- Schraedly

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: APA.

Barlow, D.H., & Hersen, M. (1979). *Single case experimental designs strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.

Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2000). *Abnormal psychology*. New York: Brooks Cole Publishing.

Barlow, D.H., & Hofman, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D. M. Clark & C.G. Fairburn, (Eds.). *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press. (p.p. 95-117).

Blackburn, I.M., & Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy of depression and anxiety*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Burns, D.D., & Spangler, D.L. (2000). Does psychotherapy improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 46-56.

Checkley, S. (1998). The management of resistant depression. In S. Checkley (Ed.). *The management of depression*. Oxford: Blackwell Scientific Publication. (p.p. 431-457).

Clark, M.D., & Fairburn, C.G. (1993). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Clark, D.A., Beck, A.T., & Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Fennell, M., & Teasdale, J. (1982). Cognitive therapy with chronic drug refractory depressed outpatients: A note of caution. *Cognitive Therapy & Research*, 6, 455-460.

منفی دارد و از سوی دیگر اختلال افسرده‌خویی احتمال عود و بازگشت سایر اختلال‌ها را افزایش می‌دهد (کلارک، بک و آلفورد، ۱۹۹۹). بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اختلال شخصیت با کمک آزمون‌های عینی مورد بررسی قرار گیرد.

با سپاس از آزمودنی‌های پژوهش که با بردباری در زمینه‌ی اجرای پژوهش همکاری نمودند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۸/۷؛ دریافت نسخه‌ی نهایی: ۱۳۸۲/۱۰/۲۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۱۱/۱

باقری یزدی، عباس؛ بواله‌ری، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میند یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۱، ۴۱-۳۲*.

حیدری پهلویان، احمد؛ ذوالفقاری، فضیله؛ مهربانی، فریدون (۱۳۷۶). مقایسه کارایی درمان مواجهه تجسم طولانی مدت با تکنیک شناختی - رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری. *پژوهش‌های روان شناختی، دوره چهارم، شماره ۳ و ۴، ۱۵-۳۶*.

صاحبی، علی؛ میرعبداللهی، عفت‌السادات؛ سالاری، راضیه (۱۳۸۰). *هنجار‌یابی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد*. طرح پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد.

ولی‌نوری، ابوالفضل؛ سیف، علی‌اکبر (۱۳۷۴). روابط منبع کنترل درونی - بیرونی و الگوهای رفتاری تیپ A و تیپ B با افکار خودکشی. *پژوهش‌های روان شناختی، دوره سوم، شماره ۳ و ۴، ۲۴-۳۷*.

یزدان‌دوست، رخساره؛ رضوان‌طلب، هادی؛ پیروی، امیرحسین (۱۳۸۰). بررسی نگرش‌های ناسالم، افسردگی و شدت بیماری کرونر قلب در بیماران بستری در CCU. *فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۴، ۴۴-۲۴*.

- Gaynor, S.T., Baird, S.C., Rosemery, O., & Gray, N. (1999). Application of time-series (single-subject) designs in clinical psychology. In P. Kendall, J. Butcher, & G. Holmbeck (Eds.). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc. (p.p. 297-329).
- Gotlib, I.H., & Schraedly, P.K. (2000). Interpersonal psychotherapy. In L.R. Snyder & R.E. Ingram (Eds.). *Handbook of psychological change. Psychotherapy process & practice for the 21st century*. New York: John Wiley & Sons, Inc. (p.p. 258-279).
- Haaga, D.F., Dyck, M.J., & Ernest, D. (1991). Empirical status of cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 10, 237-242.
- Hamilton, K.E., & Dobson, S. (2002). Cognitive theory of depression: pretreatment patient predictions of outcome. *Clinical Psychological Review*, 22, 875-893.
- Heiman, G.V. (1998). *Research methods in psychology* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Ingram, A.E., Hayes, A., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatments: A critical analysis. In C.R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.). *Handbook of psychological change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry (8th ed.)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, R.M., & Saccuzzo, D.P. (2001). *Psychological testing: Principle, application and issues*. (5th ed.). Toronto: Wadsworth.
- Kazantzis, N., Deane, F.P., & Ronan, K.R. (2000). Homework assignments in cognitive-behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E.C., & Ford, J. D. (1999). Therapy outcome research methods. In P.C. Kendall, J.N., Butcher, & G.N. Holmbeck (Eds.). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: John Wiley and Sons Inc. (p.p. 330-363).
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing*. (2nd ed.). London: Routledge.
- Lam, D. (1998). A cognitive theory of depression. In S. Checkley (Ed.). *The management of depression*. Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- Lovibond, S.M., & Lovibond, P.F.M. (1995). *Manual for Depression & Anxiety-Stress Scale*. Australia: Psychology Foundation of Australia Inc.
- Marnat, G.G. (1990). *Handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ogles, B.M., Lunner, K.M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.
- Repiar, W. (1994). Depression. In G., W. Lindsay & G.E., Powel (Eds.). *The Handbook of clinical adult psychology*. (2nd ed.). London: Routledge. (p.p. 92-109).
- Sayers, S.L., Kohn, C.S., Fresco, D.M., Bellack, A. B., & Sarwer, D.B. (2001). Marital cognitions and depression in the context of marital discord. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 713-732.
- Scott, J. (1998). Where there's a will cognitive therapy for people with chronic depressive disorders. In N. Tarrier, A. Wells, G. Haddock (Eds.). *Treating complex case: The cognitive behavioral therapy approach*. New York: John Willy & Sons, Inc. (p.p. 81-104).

- Segal, D.L. (1997). Structured interviewing and DSM classification. In S.M. Turner & M. Herson (Eds.). *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiley & Sons, Inc. (p.p. 24-57).
- Segal, Z.V., Williams, M. G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Stravinski, A., Sahar, T., & Verbeault, R. (1991). A pilot study of cognitive treatment of dysthymic disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 4, 387-394.
- Teasdale, J.D., & Barnard, P.J. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modeling depressive thought*. Hove, UK: Erlbaum.
- Teasdale, J.D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behavior Research and Therapy*, 31, 339-345.
- Teasdale, J.D. (1997). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorder. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.). *Science and practice cognitive behavioral therapy*. Oxford: Oxford University Press. (p.p. 67-93).
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lax, M.A. (2000). Prevention of relapsed recurrence in major depression: mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Thorpe, G.L., & Olson, S.L. (1990). *Behavior therapy: concepts, procedures, and applications*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tran, G.Q., & Smith, G.P. (2004). Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In S. N. Haynes, and E. M. Heiby (Eds.). *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley (p.p. 269-290).
- Watkins, E., & Williams, R. (1998). The efficacy of cognitive behavioral therapy. In S. Checkley (Ed.). *The management of depression*. Oxford: Blackwell Scientific Publication.