تأثير گروه‌درماني شناختي به روش مايکل­فري در کاهش افسردگي
مادران داراي کودکان مبتلا به اختلالات رواني

**مجتبي حبيبي[[1]](#footnote-1)، نرگس زماني[[2]](#footnote-2)\*، مهين نوروزي دشتکي[[3]](#footnote-3)**

تاريخ دريافت 21/10/1395 تاريخ پذيرش 20/12/1395

چکيده

**پيش‌زمينه و هدف:** **با توجه به شيوع روزافزون اختلالات افسردگي هدف پژوهش حاضر بررسي اثربخشي گروه‌درماني شناختي به روش مايکل­فري در کاهش افسردگي مادران داراي کودکان مبتلا به اختلالات رشدي و اختلالات رفتاري مخرب مي‌باشد.**

**مواد و روش‌ کار**: **طرح پژوهش حاضر از نوع نيمه آزمايشي بود و جامعه موردمطالعه آن تمام مادران افسرده که داراي کودکان مبتلا به اختلالات رواني مراجعه‌کننده به مراکز خصوصي بهزيستي شهر همدان در سال 1393 بودند که براي اين منظور 18 مادر (9 نفر در گروه آزمايش و 9 نفر در گروه گواه)، بر اساس ملاک‌هاي ورود و به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. به‌منظور مقايسه اثربخشي رويکرد، گروه آزمايش 12 جلسه 90 دقيقه‌اي مداخله مهارت‌هاي شناختي-رفتاري دريافت کردند درحالي‌که گروه کنترل مداخله‌اي دريافت نکردند. شرکت‌کنندگان با استفاده از ابزار افسردگي بک (2000)، در دو مرحله پيش‌آزمون و پس‌آزمون ارزيابي شدند و نتايج با استفاده از آزمون** t **و تحليلي کوواريانس تحليل شد.**

**يافته‌ها**: **نتايج حاصل از تفسير جداول نشان مي‌دهد که بين گروه آزمايش و گواه پس از اجراي مداخله در آزمون افسردگي تفاوت معني­داري وجود داشت (001/0P<).**

**بحث و نتيجه‌گيري**: اين مطالعه نشان داد که استفاده از گروه‌درماني شناختي به روش مايکل فري در کاهش افسردگي مادران داراي کودکان مبتلا به اختلالات رواني مؤثر است و **بر اين اساس مي­توان گفت، در حوزه درمان و زمينه كار با افراد افسرده شناخت درماني گروهي با توجه به ماهيت آن، بسيار كارا و نويدبخش به نظر مي‌رسد.**

**کليدواژه‌ها: گروه‌درماني شناختي، افسردگي، مايکل فري، اختلالات رواني**

**مجله پزشکي اروميه، دوره بيست و هشتم، شماره دوم، ص 100-91، ارديبهشت 1396**

**آدرس مکاتبه**: تهران، دانشگاه شهيد بهشتي، پژوهشکده خانواده، تلفن: 22431814-021

Email: mohabibi@sbu.ac.ir

مقدمه

اختلالات رواني نه‌تنها سبب ناکارآمدي بيماران رواني مي­شوند، بلکه خانواده­هاي آن­ها را نيز به‌شدت تحت تأثير قرار داده و عملکرد آن­ها را مختل مي­سازند. اين تأثيرگذاري در ابعاد مختلفي همچون سلامت روان، عملکرد اجتماعي و اقتصادي قابل‌مشاهده بوده و بهزيستي خانواده را کاهش مي­دهد (1). به‌عبارتي‌ديگر، هنگامي­که يکي از اعضاي خانواده دچار اختلال رواني مي­شوند، همه اعضاي خانواده به‌نوعي درگير بيماري و پيامدهاي آن مي­شوند (2) و در اين خانواده­ها که داراي يک عضو مبتلا به اختلال رواني هستند، اغلب فشار عيني و ذهني عمده­اي بر اعضاي خانواده (به‌خصوص، افرادي که نقش مراقبتي بر عهده دارند) تحميل مي­گردد (3).

با توجه به پژوهش­هاي انجام‌شده، مراقبت از يک کودک بيمار اثر چشمگيري بر خانواده به‌خصوص مادران دارد. در جامعه ما مادران به دلايلي مانند فرصت بيشتر، بيش از پدران در امور مربوط به فرزندان خود مشارکت دارند و درنتيجه تعامل بيشتري با فرزندان خود برقرار مي­کنند و مادراني که استرس‌هاي زيادي را تحمل کرده‌اند، در مقايسه با مادراني که كمتر دچار استرس شده­اند، مهارت­هاي جامعه­پسند کمتري را در فرزندان خود در تعامل با همسن ‌و ‌سالان تشويق مي­کنند (4) و شواهد پژوهشي بسياري نشان مي­دهند، والدين کودکان با نيازهاي ويژه، استرس و اضطراب فزاينده­اي را در مقايسه با والدين کودکان داراي رشد سالم تجربه مي­کنند (5-7) بااين‌وجود، اين اثر بر اساس ماهيت اختلال کودک و برخي از متغيرهاي خانواده متغير است. اختلالات ناگهاني که داراي آغاز حاد هستند، در مقايسه با اختلالات مزمن اثر متفاوتي بر زندگي خانواده دارند، علاوه بر اين ممکن است يک اختلال در دوره­هاي مختلف، چالش­هاي متفاوتي را براي خانواده به همراه داشته باشد (8).

با توجه به پژوهش حکيم جوادي و همکاران (9)، هر فردي در زمان و شرايط خاص داراي آستانه‌ تحمل معيني در مقابل استرس مي­باشد و وقتي فشار از حد توان شخص بگذرد، ناچار، اختلال­هاي رواني و هيجاني خود را نشان خواهد داد. يکي از استرس‌هايي که فشار رواني زياد ايجاد مي­کند، استرس ناشي از داشتن فرزند بيمار است که مي‌تواند اثرهاي بلند‌مدت داشته باشد و بنيادهاي اساسي خانواده فرد را نيز در معرض خطر جدي قرار دهد (10). پژوهش­ها نشان داده‌اند فشار و استرس ناشي از مراقبت روزانه از کودک، منجر به افزايش سطح مشکلات رواني در ميان والدين و افسردگي آن­ها مي­شود (9).

باوجوداينکه داشتن فرزند به مادر احساس لذت، غرور و رشد شخصي مي‌بخشد، امّا چالش‌هايي را نيز به وجود مي‌آورد و به همين دليل استرس­زاست (11). افسردگي، به دنبال استرس شديدي است که در دامنه زندگي رخ مي­دهد (12). شيوع آن در زنان 7 تا 21 درصد برآورده شده است (13). حدود 20 درصد افراد بزرگ‌سال در طول عمر خود دچار يك اختلال خلقي نيازمند به درمان و هشت درصد آنان نيز مبتلا به يك اختلال افسردگي عمده مي­شوند (14). طبق پژوهش ديموند (15) افسردگي، يكي از شايع­ترين تشخيص‌ها در اختلالات رواني است كه تعداد زيادي از افراد، با سوابق مختلف را شامل مي‌شود و گسترشي جهان‌شمول دارد (16). اين اختلال به دليل اين‌که غالباً يك اختلال رواني مزمن عودكننده است، به‌عنوان يك تشخيص مقاوم در برابر درمان شناخته مي­شود (17) که اگر درمان نشود يا درمان آن ناكارآمد باشد، ممكن است به بروز رفتارهاي ناسازگارانه­اي منجر شود كه به‌نوبه‌ي خود مشكلات عمده­ي بيشتري را سبب مي­شوند (18).

گستردگي اختلالات افسردگي موجب شده كه شيوه­هاي درماني متعددي اعم از دارودرماني و روان­درماني براي آن ارائه‌شده و موردبررسي قرار گيرند. باوجوداينکه پژوهش­ها از اثربخشي درمان­هاي فعلي انجام‌شده حمايت مي­كنند، ولي اين اثربخشي نسبي بوده و هنوز هيچ درمان مشخصي براي اختلالات افسردگي وجود ندارد كه بتوان آن را راه‌حلي قطعي براي اين اختلال دانست (17، 19) زيرا مداخله­هاي صورت گرفته براي درمان اختلال افسردگي عوارض­هايي به همراه دارد. از جمله عوارض دارو­درماني مي‌توان به خشکي گلو، خارش کف دست و ... اشاره کرد و ميزان بالاي عود مجدد نشانه­هاي افسردگي از پيامدهاي مداخله­هاي روان درماني است (20).

 در واقع با اين‌که در درمان افسردگي هدف بهبودي كامل است، بسياري از بيماران در دستيابي يا حفظ وضعيت بدون نشانه شكست مي­خورند (21). تاكنون، شيوه­هاي مختلفي براي درمان افسردگي ارائه شده است که ديدگاه شناختي رفتاري بک يكي از با نفوذترين نظريه­ها را در مورد افسردگي ارائه كرده است (22). تکنيک­هاي شناختي از جمله درمان­هاي موج سوم در روان­شناسي محسوب مي­شوند که هدف آن شناسايي و چالش با تفكرات منفي، جستجوي كمك براي يافتن روش­هاي جايگزين تفكر و تسهيل شناسايي علل افسردگي و روش­هايي براي حفظ اين تكنيك­ها است. درمان شناختي، با ايجاد تغيير و دگرگوني در نظام شناختي فرد، موجب مي­شود كه واكنش­هاي او به وسيله­ كيفيات شناختي وي تغيير يافته و شخص بتواند به طور صحيح واقعيت­ها را درك و تفسير كند، اصل بنيادي درمان شناختي اين است كه رفتار و احساس فرد تا اندازه زيادي به چگونگي تفسير او از جهان بستگي دارد (16).

همانطور که پيش از اين گفته شد و بر اساس بررسي ادبيات پژوهش شناخت درماني، يكي از مداخلات مؤثر در مورد افسردگي، به‌خصوص در مورد بزرگسالان است (16). پژوهش روت و فنگي (23) اثربخشي اين رويکرد را در درمان افسردگي بدون در نظر گرفتن دوره پيگيري مورد بررسي قرار دادند و به اين نتيجه رسيدند که گروه­درماني شناختي به روش مايكل فري در كاهش افسردگي زنان متأهل مؤثر است (24). ديويدسون در پژوهش خود اثربخشي اين درمان را در زناني که دچار افسردگي مزمن بوده­اند، در مرحله درمان و دوره پيگيري نشان داد (25) پژوهش ديويدسون اثربخشي شناخت درماني را در زنان مبتلا به افسردگي مزمن مورد بررسي قرار داد و نتايج نشان داد از بين درمان‌هاي شناختي تأثير روش مايكل فري به‌صورت فردي و گروهي، تأثير زيادي در دراز مدت دارد و مهارت­هاي آموزش اين درمان در ساير موقعيت­هاي افراد قابل تعميم است (21).

پژوهش­هاي راث و همکاران در مقايسه درمان­هاي مورد استفاده براي افراد مبتلا به اختلال افسردگي مزمن نشان داد، شناخت درماني تأثير بيشتري در درمان افسردگي و اختلالات خلقي افراد دارد (26).­ طبق بررسي‌هاي کهريزي و همکاران (16) مطالعات فراتحليلي نشان داده كه درمان شناختي در بيماران افسرده تأثير بسزايي دارد (23، 27، 28). طبق نظريه مايکل­فري، شناخت درماني باورهاي هيجاني را کمتر از باورهاي عقلاني تغيير مي­دهد (29، 30). اثربخشي شناخت درماني به شيوه مايکل فري بر درد و رنج هيجاني ناشي از اختلالات افسردگي (27) در زنان و مردان زنداني (31-33)، زنان سرپرست خانوار (34)، دانشجويان (35) بيماران مبتلا به سرطان (36)، زنان افسرده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره (37)، زندانيان با HIV مثبت (38) و اختلالات نيمه باليني و باليني خانواده کودکان با نيازهاي خاص مانند اختلالات رشدي و عصبي مورد تأييد قرار گرفته شده­است (39). بررسي‌ها نشان مي‌دهد که هرچند وضعيت اقتصادي کلي در جوامع بهبود يافته است؛ ولي اختلالات رفتاري کودکان کاهش نيافته است (40) و در کشورمان از شيوع قابل‌توجهي دارد (41). از سويي ديگر سلامت روان شناختي مادران بر تحول اجتماعي، هيجاني، شناختي و رفتاري فرزندان و کيفيت دلبستگي آنان مؤثر است. فرزندان مادران افسرده در معرض خطر ابتلا به بسياري از اختلالات هيجاني و رفتاري هستند. لذا با توجه به به آنچه گفته شد پژوهش حاضر با هدف تعيين ميزان اثربخشي گروه‌درماني شناختي به روش مايكل­فري در كاهش افسردگي مادران کودکان اختلالات رواني صورت گرفت.

مواد و روش کار

طرح اين پژوهش از نوع طرح‎هاي نيمه­آزمايشي با گروه کنترل، همراه با پيش‎آزمون و پس‎آزمون بود. جامعه آماري اين تحقيق شامل مادران کودکان اختلالات رواني (اختلالات رشدي و اختلال رفتاري مخرب) بود که در بهار 1393 به مراكز درماني خصوصي بهزيستي شهر همدان مراجعه کرده‌اند که با توجه به مقياس درجه بندي شده در فرم بازبيني شده پرسشنامه افسردگي فارسي بك و همکاران مبتلا به اختلال افسردگي با شدت حد متوسط تا شديد بودند (1).

 به علت اينکه در گروه‌درماني از گروه­هاي 8 تا 15 نفره استفاده مي­شود، با در نظر گرفتن اينکه اين درمان به‌صورت گروهي بود، گروه نمونه از 30 بيمار مبتلا به افسردگي در حدمتوسط تا شديد به­صورت در دسترس انتخاب شدند که بعد از ريزش در جلسه توجيهي (قبل از آغاز درمان، به­علت زمان طولاني درمان و نداشتن مراقب براي کودکانشان هنگامي که در کلاس حضور داشتند) و در طي درمان گروهي به 18 نفر (هرگروه 9 نفر) رسيدند (به افرادي که تمايل به گروه‌درماني نداشتند به علت رعايت اخلاق به­صورت فردي آموزش داده شد، ولي از روند پژوهش حذف شدند که اين تعداد در پژوهش 7 نفر بودند که در قبل از آغاز درمان از فرايند تقسيم­بندي در گروه­ها کنارگذاشته شدند و 5 نفر ديگر در بين جلسات به علت­هايي چون نداشتن وقت و مکان نگهداري براي فرزندانشان از ادامه درمان انصراف دادند). گروه­هاي مداخله و شاهد به پرسشنامه‌ افسردگي بک به‌صورت پيش‌آزمون و پس‌آزمون جواب دادند.

ملاک­هاي ورود با توجه به جامعه عبارت بودند از: 1- دارا بودن ملاک­هاي تشخيصي افسردگي طبق پرسشنامه افسردگي بک در مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدي و اختلالات رفتاري مخرب (42)؛ 2) حداقل تحصيلات ديپلم­ (به علت اينکه اين درمان از زير مجموعه گروه درمان شناختي است و نياز به انجام تکاليف دارد به طوري که مايکل فري نيز در پژوهش خود از افراد با سطح سواد ديپلم و دانشگاهي استفاده کرد که حداقل تحصيلات ملاک ورود به پژوهش بوده است (28)؛ 3) دامنه سني بين 19-34 سال؛ 4) عدم دريافت درمان دارويي همزمان با هدف مطالعه؛ 5) اکتساب نمرات 1 انحراف معيار بالاتر از ميانگين در آزمون افسردگي بک که همه افراد مورد مطالعه دچار افسردگي در حد بالاتر از خفيف يعني متوسط و بالاتر باشند. ملاك‌هاي خروج عبارت بودند از: 1) بيماران مبتلا به افسردگي با رفتار خودکشي که به علت نياز اين افراد به درمان­هاي دارويي و درکنار آن روان­درماني و گروه‌درماني کنار گذاشته شدند 2) بيماران مطلقه که به علت سرپرست خانواده و ايفاي نقش هر دو والدين مستعد افسردگي بودند 3) بيماراني که بيش از يک فرزند با نيازهاي ويژه و استثنايي داشتند که طبق پژوهش زماني و حبيبي (1) فشار زياد و مستعد افسردگي هستند از شرکت در اين پژوهش کنار گذاشته شدند.

ابزار پژوهش: جهت جمع آوري داده­ها از پرسشنامه افسردگي فارسي بك – فرم بازبيني شده (43) استفاده گرديد. اين ابزار از جمله مناسب­ترين ابزارها براي انعکاس افسردگي است. اين پرسشنامه داراي 21 ماده است که علائم جسماني، رفتاري و شناختي افسردگي را اندازه­گيري مي­کند. هر ماده داراي 4 گزينه است که درجات مختلفي از افسردگي را از خفيف تا شديد تعيين مي­کند. اين پرسشنامه بيشتر به سنجش ويژگي­هاي روان‌شناختي افسردگي مي­پردازد، تا ناراحتي­هاي جسماني و فيزيولوژيک و با پرسشنامه هميلتون (44)، 75/0 همبستگي دارد. 21 ماده پرسشنامه افسردگي بک در سه گروه نشانه­هاي عاطفي، نشانه­هاي شناختي و نشانه­هاي جسماني طبقه­بندي مي­شوند (45). هر يک از آيتم‌ها داراي چهار جمله است که شدت افسردگي را مي‌سنجد، هر جمله از نظر شدت بين صفر تا 3 نمره مي‌گيرد. بنابراين کمترين نمره‌اي که به دست مي‌آمد صفر و بيشترين نمره 63 است. در تفسير نتايج، درجات افسردگي بدين صورت تعيين مي‌گردد؛ نمره 0-4 انکار احتمالي، نمره 5-9 افسردگي خيلي خفيف، نمره 10-18 افسردگي خفيف تا متوسط، نمره 19-29 افسردگي متوسط تا شديد و نمره بيشتر از 30 افسردگي شديد. نتايج فراتحليل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگي بک حاکي از آن است که ضريب همساني دروني آن بين 73/0 تا 93/0 با ميانگين 86/0 است و ضريب آلفا براي گروه بيمار 86/0 و غيربيمار 81/0 گزارش کرده‌اند. در يک بررسي بر روي دانشجويان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبايي که جهت بررسي اعتبار و روايي پرسشنامه افسردگي بک ويرايش دوم بر روي جمعيت ايراني انجام گرفت، نتايج بيانگر آلفاي کرونباخ 78/0 و اعتبار بازآزمايي به فاصله دو هفته، 73/0 بود (46). براي تجزيه و تحليل داده‌ها از آزمون t براي معني­داري بين دو گروه آزمايشي و کنترل و براي تحليل داده­ها و آزمون فرضيه پژوهش از تحليل كواريانس استفاده شده­است. پيش از انجام تحليل كواريانس پيش فرض­هاي مربوطه مبني بر 1- نرمال بودن توزيع نمره­ها توسط آزمون كولموگروف- اسميرنوف 2- همگني واريانس­ها از طريق آزمون لون 3- تأييد شدن همگني شيب­هاي رگرسيون، نشان‌دهنده شرايط مناسب براي اجراي تحليل كوواريانس در داده­هاي پژوهش است.

روند اجرايي جلسات: محتوا، تعداد جلسات و مدت‌زمان هرجلسه توسط يک روانشناس آموزش ديده طراحي و اجرا گرديد و گروه آزمايش در 12 جلسه 5/1-1 ساعته (هر هفته دو جلسه) تحت آموزش قرار گرفتند. پس از گزينش، آزمودني‌ها به آزمون افسردگي بك به‌عنوان پيش‌آزمون پاسخ دادند و گروه آزمايش تحت آموزش درمان شناختي قرار گرفتند، اين درمان بر مبناي كتاب راهنماي عملي شناخت درماني گروهي مايکل فري (29) براي 12 جلسه برنامه ريزي شده بود. به اين صورت كه بيماران هفته­اي 2 جلسه به‌صورت گروهي با درمانگر ملاقات و در ابتدا در مورد مسائل و مشكلات پيش آمده و افكار و هيجانات خود صحبت مي­كردند، بدين ترتيب که در طول جلسه اول قوانين گروه توضيح داده شد و تعامل فرايندهاي فيزيولوژيكي، شناختي و رفتاري؛ مؤلفه‌هاي شناختي واكنش­هاي هيجاني؛ شناسايي افكار سطحي اوليه كه بين واقعه و واكنش هيجاني آموزش داده شد. به­علاوه مهمترين هدف اين جلسه آشنايي و نوشتن جدول سه ستوني رويداد فعال ساز (A)، باورها يا افكار (B)، پيامد و واكنش هيجاني (C) بود، که به آن پرداخته شد. جلسه دوم، آموزش نظريه­هاي شناختي افسردگي، اضطراب و خشم و رفتارهاي مخاطره آميز؛ آموزش باورها و افکار کارآمد و ناکارآمد؛ شناخت باورهاي ناکارآمد؛ ارزيابي باورهاي ناکارآمد؛ آشنايي با تحريفات شناختي در تفکر و رفتار و عملکرد؛ آشنايي با مقاومت­ها و دفاع­ها جلسه سوم، آشنايي با پيامدهاي رفتاري، آموزش ماهيت باورهاي اصلي، طرحواره­ها، نگرش­هاي ناكارآمد و ارتباط بين طرحواره­ها و افكار خودآيند و همچنين شناسايي طرحواره­ها با استفاده از روش پيكان عمودي. جلسه چهارم، كار روي پيكان عمودي و حل مشكلاتي كه اعضاي گروه در به كار بستن روش پيكان عمودي به‌منظور شناسايي طرحواره­هاي منفي خود با آن روبرو مي­شوند و توانا ساختن شركت كنندگان در شناسايي ده نوع طرحواره منفي متداول و قرار دادن باورهاي خود در اين ده طبقه، آموزش داده شد. جلسه پنجم، دستيابي شركت كنندگان به تصوير واضح­تري از چگونگي ارتباط و تناسب باورهاي منفي با يكديگر؛ تنظيم فهرست باورهاي منفي؛ رسم نقشه­هاي شناختي از چگونگي ارتباط باورهاي منفي با يكديگر و رتبه بندي آنها و در جلسه ششم، پذيرش اين نكته كه باورها تغيير پذيرند و اين امكان وجود دارد كه افراد بتوانند باورهايشان را مورد تجديدنظر قرار دهند به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. در جلسات هفتم و هشتم، درک سودمندي باورها و ارزيابي بر اساس معيارها و يادگيري كاربرد تحليل منطقي در مورد باورهاي خود و در جلسات نهم و دهم، دستيابي شركت كنندگان به مفهوم باور مخالف و دو حوزه محتوايي تغيير اداركي و بازداري قشري اختياري آموزش داده شد. در دو جلسه آخر، يادگيري روش تنبيه خود و خودپاداش­دهي و بررسي طرح­هاي شركت كنندگان براي نگهداري اهداف درمان و اخذ بازخورد از آنها درباره برنامه درماني آموزش داده شد (16).

يافته‌ها

**جدول (1):** ميانگين و انحراف معيار نمرات افسردگي پيش­آزمون و پس­آزمون دو گروه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | گروه آزمايش | گروه کنترل | pvalue |
|  | M | SD | M | SD |  |
| پيش‌آزمون | 59/42 | 49/3 | 82/37 | 48/2 | \*000/0> |
| پس‌آزمون | 02/27 | 00/3 | 83/33 | 2/2 | 000/0> |

نتايج توصيفي در جدول يک مربوط به متغير پژوهش در دو گروه آزمايش و گواه در پيش­آزمون و پس­آزمون آمده­است. همانطور که در جدول يک مشاهده مي­شود در نمره افسردگي، ميانگين گروه آزمايش در پيش­آزمون و پس­آزمون تغيير قابل ملاحظه­اي داشته است

با توجه به برقراري پيش فرض­هاي آزمون، پس از كنترل نمره­هاي پيش­آزمون، ميانگين پس­آزمون­ها براي گروه‌درماني شناختي برآورد و با استفاده از تحليل كواريانس مقايسه و نتايج در جدول 2 برآورد شده است.

**جدول (2):** خلاصه تجزيه و تحليل كواريانس گروه شناخت درماني و کنترل

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغييرات | مجموع مجذورات | df | ميانگين مجذورات | F | Sig |
| روش­درماني (شناخت­درماني­و­­کنترل) | 415/581 | 1 | 415/581 | 153/33 | 000/0 |

بر اساس نتايج جدول 2، احتمال پذيرش فرض صفر براي مقايسه­ي عملكرد گروه آزمايش و كنترل در پس‌آزمون متغير افسردگي از 05/0 كوچك­تر است (001/0P<).

بحث

هدف از پژوهش حاضز بررسي اثربخشي گروه‌درماني شناختي به روش مايکل فري بر افسردگي مادران با کودکان داراي اختلالات رفتاري انجام پذيرفته است و همچنان که نشان داده شده است بين نمرات پيش آزمون و پس‌آزمون بيماران تفاوت معناداري وجود دارد و کاهش در نمرات افسردگي بعد از اجراي رفتاردرماني شناختي در مقايسه با گروه کنترل را نشان داد كه خود مؤيد اثربخشي رفتاردرماني شناختي است. در اين درمان احساسات و عواطف منفي بيماران مورد پذيرش واقع شد و پس از همدلي با افراد به آنها مهارت­هاي مقابله با اين احساسات و عواطف و اختلال افسردگي آموزش داده­شد و اين يکي از دلايلي است که ثمربخش بودن شناخت­درماني در کاهش علائم افسردگي را در اين پژوهش نشان مي­دهد.

در راستاي اين پژوهش مي­توان از پژوهش­هاي راينه و همکاران (28)، و روث و فنگي (23) نام برد که اثربخشي اين درمان را در کاهش اختلالات افسردگي مورد بررسي قرار دادند که نتايج پژوهش­ها با مطالعه حاضر همخواني دارد، با اين تفاوت که در پژوهش­هاي انجام شده درمان به‌صورت فردي صورت گرفته و اثربخشي درمان در مرحله پيگيري نيز مورد بررسي قرار گرفت و نتايج، تأثير درمان در دوره پيگيري نيز پايدار بوده­است، درحالي‌که پژوهش حاضر به‌صورت گروهي بوده است و اثربخشي درمان فاقد دوره پيگيري بود. همچنين نتايج اين مطالعه با پژوهش‌هاي مک­دموت (27)، مونت­گمري (31) و لورنتز و بگ­والد (32)، که در زمينه اثربخشي درمان شناختي بر اختلالات خلقي از جمله افسردگي به همراه دوره پيگيري که نشان‌دهنده اثربخشي و تداوم تأثير اين رويکرد است، همسو مي­باشد که با پژوهش حاضر تفاوت‌ها و شباهت‌هايي دارند. از جمله تفاوت­ها مي­توان يه اين موضوع اشاره کرد که پژوهش­هاي ذکر شده (27،30،31) بر روي بيماراني انجام شد که افسردگي دوره­اي داشتند که در طول اين دوره­ها، علائم، فراز و نشيب زيادي را نشان مي­دادند و ديگري پيگيري اثربخشي درمان به مدت 6 ماه تا 3 سال در پژوهش‌هاي بيان شده يود و از جمله شباهت پژوهش­ها با مطالعه حاضر، گروهي بودن آن­ها است. همچنين يافته‌هاي پژوهش با بررسي اثربخشي گروه‌درماني شناختي مبتني بر رويکرد مايکل فري در سهرابي، سنگ پهني و برجعلي (31)، کهريزي، آقايوسفي و ميرهاشمي (32) و ميرزايي، موسوي و خمر (33) بر اضطراب و افسردگي زندانيان زن و مرد؛ پژوهش زارع بهرام آبادي و نظري (34) بر افسردگي و خودکارآمدي زنان سرپرست خانوار؛ تحقيق جاسمي (35) در بهبود افسردگي دانشجويان؛ بررسي فلاح (36) بر افزايش اميدواري و کاهش استرس مبتلايان به سرطان؛ پژوهش شيرزاد (37) بر کاهش افسردگي و ارتقاء رضايت زناشويي زنان افسرده؛ تحقيق رضايي (38) بر کاهش افسردگي زندانيان با HIV مثبت هم سو است. از سوي ديگر پژوهشي که نشان­دهنده عدم تأثير اين درمان در اختلال افسردگي باشد، مشاهده نشد که مي­تواند به اين دليل باشد که آموزش مهارت­هاي رفتاردرماني شناختي باعث کاهش افکار، احساس غيرمنطقي و دور باطل بيماران مبتلا به افسردگي مي­شود. در تبيين اين نتايج مي‌توان گفت که افراد داراي اختلالات افسردگي در برابر نقد حساس هستند و نمي­توانند هيجان و احساس خود را كنترل كنند، آن‌ها نياموخته­اند چگونه برانگيختگي هيجاني را علامت­گذاري يا كنترل، يا درماندگي هيجاني را تحمل كنند يا چه موقع بايد به پاسخ­هاي هيجاني به‌عنوان بازتاب تفاسير معتبر رويدادها اعتماد كرد (47). درمان شناختي با آموزش مهارت­هاي شناسايي رويداد فعال ساز (A)، باورها يا افكار (B)، پيامد و واكنش هيجاني (C) و نظريه‌هاي شناختي افسردگي، اضطراب و خشم، پيامدهاي رفتاري، ماهيت طرحواره­ها، باورهاي اصلي، نگرش­هاي ناكارآمد و ارتباط بين طرحواره­ها و افكار خودآيند و يادگيري روش تنبيه خود و خودپاداش دهي به فرد در كنار آمدن و شناخت بهتر وقايع و شروع دوره افسردگي کمک مي­کند، همچنين با استفاده از تکليف خانگي در موقعيت­هاي مستعد افسردگي به درمانجويان کمک مي­کند تا احساسات خود را دقيق­تر تشخيص دهند و سپس هر هيجاني را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسي كنند. هدف، تعديل احساسات بدون رفتاري واكنشي و مخرب است. اين عوامل باعث شد كه در اين پژوهش بعد از اجراي شناخت درماني در نمرات افسردگي بيماران کاهش ايجاد شود و در بهبود افسردگي بيماران ثمربخش باشد و اين روش درماني و مهارت آموزي گروهي آن سبب كاهش علائم افسردگي، اضطراب توأم با افسردگي، خودآسيبي، تنظيم هيجان و بهبود بخشيدن به تعدادي از مسائل خلقي و هيجاني، بي­ثباتي عاطفي و تحريك پذيري، مشكلات بين فردي، بهبود مهارت­هاي اجتماعي و افزايش مهارت­هاي خودكنترلي در افراد مورد مطالعه شده است. همچنين از دلايل اثربخشي اين پژوهش، کاهش رنج هيجاني مادران است و در اين پژوهش تلاش شد، درد هيجاني مادران را تبديل به درد و به تدريج با آموزش مهارت­هاي رفتاردرماني شناختي، درد را به تدريج از بين ببريم.

 از جمله نوآوري اين پژوهش اين است که اين درمان در مادران کودکان به مبتلا به اختلالات رواني صورت گرفت که در بسياري از پژوهش­ها از آن غفلت شده و تنها به مشکل و اختلالات توأم با بيماري کودکان بيمار پرداخته شده­است**.**

محدوديت پژوهش اين بود كه پيش‌آزمون در هفتة اول پذيرش کامل گرديد كه بيماران در وضعيت باليني مناسبي قرار نداشتند و فشارهاي ناشي از ورود اجباري به اجتماع و مقايسه فرزندان با سايرين در مادران صورت گرفت که شدت افسردگي را در لحظه و هنگام پرکردن پرسشنامه تحت تأثير قرار داد و آموزش 3 هفته پس از کامل کردن پرسشنامه­هاي پيش آمون آغاز شد، از آنجا که عامل زمان هيجان­هاي شديد را تحت تأثير قرار داده و پايين­تر مي­آورد، اين احتمال وجود دارد كه عنصر زمان بر پيش‌آزمون تأثير گذاشته و نمرات افسردگي را بالاتر از آنچه كه هست، نشان داده باشد. از آنجا كه عواملي كه باعث افسردگي مي­شوند، ممكن است متفاوت باشند، براي پژوهش­هاي آينده پيشنهاد مي­شود علاوه بر توجه به محدوديت فوق، اين روش را در جمعيت­هاي ديگري كه احتمال افسردگي در آن­ها بالاست مانند: پدر و خواهران و برادران افراد معلول و مبتلا به اختلالات رواني و بيماران و خانواده­هايي که ناگهاني (نه مادرزادي) با بيماري مواجه شده­اند و افرادي که پس از اتفاق ناخوشايند مانند تصادف دچار بيماري استرس پس از سانحه شده­اند، اجرا شود. همانطور که قبلاً هم اشاره شد در طول انجام پژوهش از تعداد حجم نمونه به دلايل ذکر شده کاسته شد، به نظر مي‌رسد اگر اين تعداد از نمونه کاهش پيدا نمي‌کرد نتايج دقيق‌تري صورت مي‌گرفت. بنابراين پيشنهاد مي‌گردد که در پژوهش‌هاي آتي تحقيقي با حجم نمونه بيشتر از نمونه پژوهش حاضر انجام پذيرد. همچنين با توجه به يافته فعلان در حوزه درمان اختلالات رواني مي‌توانند از رويکرد درماني مورد استفاده در اين پژوهش، جهت مداخله‌هاي درماني خود در درمان افسردگي به ويژه در مادران با فرزندان داراي اختلالات رواني استفاده کنند.

نتيجه‌گيري

**با توجه به نتايج پژوهش مي­توان گفت، در حوزه درمان و زمينه كار با افراد افسرده شناخت درماني گروهي با توجه به ماهيت آن، بسيار كارا و نويدبخش به نظر مي‌رسد.**

تشکر و قدرداني

در اينجا لازم مي­دانيم که از تمامي شرکت‌کنندگان در پژوهش و کليه‌ کارکنان بهزيستي کمال سپاسگزاري‌ را ‌داشته‌باشيم.

**References:**

1. Zamani N, Habibi M. compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers’ mental health whose children with Special needs. Accept in JRH 2014.
2. Zamani N, Darvishi M, Habibi M. Relationship between meta-cognition with anxiety and depression in Mothers of children with mental disorders.Accept in JRH 2014.
3. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology. 3st ed. Washington: Wadsworth; 2002.
4. Ahmadiangorji M, Fata L, Asghranezhad F, Malakooti K. A Comparison of the early maladaptive schemas of suicidal and non-suicidal depressed patients with non-clinical sample. Advances in Cognitive Science 2009; 4 (10): 49-59. (Persian)
5. Csukly G, Telek R, Filipovits D, Takacs B, Unoka Z, Simon L. What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. J Behav Ther Exp Psychiatry 2011; 42 (1): 129–37.
6. Hankin CS. ADT-ID and its impact on the family. Drug Benefits Trends 2001; 13 (3): 15-6.
7. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. J Affect Disord 2012; 136 (3): 581-90.
8. Sartorius N, Leff J, Lopez J, Ibor L, Maj M, Okasha A. Family & Mental Disorders. RC 2012.
9. Hakim Javadi M, Lavasani MGHA, Haghighatgo M, Zebardast, O. Relationship among depression, anxiety, stress and personality in veteran children. IJWPH 2011; 3 (9):9-16. (Persian)
10. Habibi M, Rashidi A, Motovalipour A. Parenting stress in mothers of exceptional children versus those of normal children. JPC 2009; 7(2): 175-81. (Persian)
11. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. Compare the effectiveness dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. AMUJ 2015; 18 (1):32-42. (Persian)
12. Sharp LK., Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. Am Fam physician 2002; 66 (6), 1001–8.
13. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshlesman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity ­­Survey. Arch ­Gen Psychiatr 1994; 51 (1): 8-19.
14. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. Neurosci Biobehav Rev 2006; 30 (4): 497–510.
15. Diamond J. Gender and depression: Typical and atypical symptoms and suicide risk. College of health sciences 2008.
16. Kahrizi E, Aghayousefi A, Mirshahi M. Effectiveness of Group Cognitive Therapy Based on Michael Free in Reducing Depression. JTBCP 2012; 6(22): 21-30. (Persian)
17. Barron WB. Effect of religious coping skills training with group cognitive behavioral therapy for treatment of depression. North central University, College of psychology; 2007.
18. Thase ME. Achieving remission and managing relapse in depression. J Clin Psychiatr 2003; 64 (18):3-7.
19. Sarason BR. Abnormal psychology: the problem of maladaptive behavior. Tehran: Roshd;  2004. (Persian)
20. Hollon SD, Beck AT. Cognitive and Cognitive behavioral therapies. In: Handbook of psychotherapy and behavior chang. 4th ed. New York: Wiley; 2009.
21. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. JFMH 2011; 13(2): 124-35. (Persian)
22. Zamani N, Ahmadi V, Ataie Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the effectiveness of two therapeutic methods: Dialectical behavioral therapy and cognitive behavior therapy on the improvement of impulsive behavior in the patients suffering from major depressive disorder who are showing a tendency to suicide. SJIUMS 2014; 22(5), 45-54. (Persian)
23. Roth A, Fonagy P. What Works for Whom? Second Edition: A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guilford Press;  2005.
24. Jamilian H, Zamani N, Darvishi M, Khansari M. Study of Defensive Methods and Mechanisms in Developmental, Emotional (Internalization), and Disruptive Behavior (Externalization) Disorders. GJSH 2014; 6 (7), 109-15.
25. Davidson KM. Cognitive therapy for personality disorders: argued for therapists. Tehran: Roshd; 2004. (Persian)
26. Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollon S. Comparative efficacy of cognitive therapy and thermotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cogn Ther Res; 2002.
27. McDermott A. The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-analysis and Review of the Empirical Research. CLIN PSYCHOL-SCI PR 2001; 8(1), 98-116.
28. Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37 (1), 26-34.
29. Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. Am Fam Physician 2006; 73(1): 83-6.
30. Free M. Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice. Tehran: Roshd;  2001. (Persian)
31. Shooshtari, A, Rezaee AM, Taheri, E. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on divorced women’s emotional regulation, meta-cognitive beliefs, and rumination. J Fundamentals Mental Health 2016; 6 (23): 1-20. (Persian)
32. Kahrizi E, Aghauosefi AR, Mirhashemi M. The Effect of Cognitive Group Therapy on Reducing Depression in Prisoners Based on Michael Ferry’s Method. Thought Behav Clin Psychol 2012; 6 (22): 21-30. (Persian)
33. Mirzaei R, Moosavi E, Khammar A. The Effectiveness of Michael Frey's Cognitive Group Therapy Method on Improvement of Depression and Anxiety among Prisoners. Sadra Med Sci J 2015; 3(3): 191-200. (Persian)
34. Zare' Bahramabadi M, Nazari T. Effectiveness of Group Cognitive Therapy on SelfEfficacy and Depression in Women who Head Familie. Clin Psychol Stud 2013;  4 (14), 83-98. (Persian)
35. Jassemi M. Compare the Effectiveness of Michael Frey's Cognitive Group Therapy and Fortinberry and Murray seven step therapy to improve depression in students. (Dissertation). Tehran: Payam Noor University, Faculty of Psychology and Educational Sciences; 2010. (Persian)
36. Fallah E. The Effectiveness of Michael Frey's Cognitive Group Therapy to increase hope and reduce stress in cancer patients. (Dissertation). Tehran: Allameh Tabatabai University, Faculty of Psychology and Educational Sciences; 2013. (Persian)
37. Shirzad H. The Effectiveness of Michael Frey's Cognitive Group Therapy In reducing depression and increasing marital satisfaction depressed women referred to Family Counseling Center of Welfare Sari (Dissertation). Tehran: Allameh Tabatabai University, Faculty of Psychology and Educational Sciences; 2010. (Persian)
38. Rezaee H. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on depression in HIV-positive prisoners (Dissertation). Kermanshah: Razi University, Faculty of Economics and Social Sciences; 2010. (Persian)
39. Montgomery C. Role of dynamic group therapy in psychiatry. B JPsych Advances 2002; 8(1): 34- 41.
40. Scott S. National dissemination of effective parenting programmers to improve child outcomes. Br J Psychiatry 2010; 196 (1):1-3.
41. Habibi M, Moradi KH, Pooravari M, Salehi S. Prevalence of Behavioral Problems in Middle School and High School Students in the Province of Qom. Iran J Epidemiol 2015; 11(1): 56-63. (Persian)
42. Lorentzen S, Bogwald K Hoglend P. Change during and after long-term analytic group psychotherapy. Int J Group Psychother 2002; 52 (3): 419-30.
43. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: The psychological corporation; 2000.
44. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56-62.
45. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition, (DSM-5). Washington DC Publishers; 2013.
46. Fathiashtiani A, Dadsetan M. Psychological Tests personality and Mental Health. Tehran: Besat; 2008. (Persian)
47. Zamani N, Zamani S, Habibi M. Comparison effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy on emotion regulation in the mother of Children with neurodevelopmental disorder Accept in JRH 2015. (Persian)

**EFFECTIVENESS OF GROUP COGNITIVE THERAPY BASED ON MICHAEL FREE IN REDUCING DEPRESSION IN MOTHERS OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS**

***Mojtaba Habibi[[4]](#footnote-4), Narges Zamani[[5]](#footnote-5)\*, Mahin Noroozi Dashtaki[[6]](#footnote-6)***

***Received: 11 Jan, 2017; Accepted: 11 Mar, 2017***

**Abstract**

***Background & Aims:*** According to the increasing prevalence of depressive disorders, the aim of this study was to assess the effectiveness of group cognitive therapy based on Michael Free in reducing depression in mothers of children with mental disorders.

***Materials & Methods:*** This quasi-experimental study was conducted on depressed mothers who had children with mental disorders who referred to private centers of Social Welfare Centers of Hamadan in 2014. Therefore, 18 mothers were selected (9 patients in the experimental group and 9 patients in the control group) based on inclusion criteria and available sampling**.** To compare the effectiveness of the approach, the experimental group received 12 sessions of 90-minute cognitive-behavioral skill intervention and the control group received no intervention. The therapeutic clusters were assessed with Beck Depression Inventory (2000) during both pre-test and post-test and the data were analyzed using t-test and analysis of covariance.

***Results:*** The results of this study showed that there were significant differences between experimental and control groups after intervention (p<0.001). Implementation of group cognitive therapy based on Michael Free in experimental group decreased depression in mothers.

***Conclusion*:**The study showed that the use of group cognitive therapy based on Michael Free is effective in reducing depression of mothers of children with mental disorders and it seems to be very efficient and promising.

***Keywords:*** Cognitive group therapy, Depression, Michael Free, Psychiatric disorders

***Address:*** Family Research Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran

***Tel***: +98 21 22431814

***Email:*** mohabibi@sbu.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2017: 28(2): 100 ISSN: 1027-3727

1. *استاديار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهيد بهشتي، تهران، ايران* [↑](#footnote-ref-1)
2. *کارشناسي ارشد روان شناسي باليني، گروه روان شناسي، دانشکده علوم انساني، دانشگاه آزاد اسلامي واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ايران (نويسنده مسئول)* [↑](#footnote-ref-2)
3. *دانشجوي کارشناسي ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربيتي و روان شناسي، دانشگاه شهيد بهشتي، تهران، ايران* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Assistant Professor, Family Research Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran* [↑](#footnote-ref-4)
5. *MSc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Hamedan Branch, Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, Hamedan, Iran* (*Corresponding Author*) [↑](#footnote-ref-5)
6. *MSc of Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran* [↑](#footnote-ref-6)