

تأثیر گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل‌فری در کاهش افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات روانی

مجتبی حبیبی^۱، نرگس زمانی^{۲*}، مهین نوروزی دشتکی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۰/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۱۲/۲۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه به شیوع روزافزون اختلالات افسردگی هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل‌فری در کاهش افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات رشدی و اختلالات رفتاری مخرب می‌باشد.

مواد و روش کار: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود و جامعه مورد مطالعه آن تمام مادران افسرده که دارای کودکان مبتلا به اختلالات روانی مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی بهداشتی شهر همدان در سال ۱۳۹۳ بودند که برای این منظور ۱۸ مادر (۹ نفر در گروه آزمایش و ۹ نفر در گروه گواه)، بر اساس ملاک‌های ورود و به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. به‌منظور مقایسه اثربخشی رویکرد، گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله مهارت‌های شناختی-رفتاری دریافت کردند در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت‌کنندگان با استفاده از ابزار افسردگی بک (۲۰۰۰)، در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند و نتایج با استفاده از آزمون t و تحلیلی کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تفسیر جداول نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه پس از اجرای مداخله در آزمون افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.01$).

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که استفاده از گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات روانی مؤثر است و بر این اساس می‌توان گفت، در حوزه درمان و زمینه کار با افراد افسرده شناخت درمانی گروهی با توجه به ماهیت آن، بسیار کارا و نویدبخش به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی شناختی، افسردگی، مایکل فری، اختلالات روانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره دوم، ص ۹۱-۱۰۰، اردیبهشت ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۸۱۴

Email: mohabibi@sbu.ac.ir

مقدمه

خانواده‌ها که دارای یک عضو مبتلا به اختلال روانی هستند، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای بر اعضای خانواده (به‌خصوص، افرادی که نقش مراقبتی بر عهده دارند) تحمیل می‌گردد (۳). با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، مراقبت از یک کودک بیمار اثر چشمگیری بر خانواده به‌خصوص مادران دارد. در جامعه ما مادران به دلایلی مانند فرصت بیشتر، بیش از پدران در امور مربوط به فرزندان خود مشارکت دارند و در نتیجه تعامل بیشتری با فرزندان خود برقرار می‌کنند و مادرانی که استرس‌های زیادی را تحمل

اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می‌شوند، بلکه خانواده‌های آن‌ها را نیز به شدت تحت تأثیر قرار داده و عملکرد آن‌ها را مختل می‌سازند. این تأثیرگذاری در ابعاد مختلفی همچون سلامت روان، عملکرد اجتماعی و اقتصادی قابل‌مشاهده بوده و بهزیستی خانواده را کاهش می‌دهد (۱). به‌عبارتی دیگر، هنگامی که یکی از اعضای خانواده دچار اختلال روانی می‌شوند، همه اعضای خانواده به‌نوعی درگیر بیماری و پیامدهای آن می‌شوند (۲) و در این

^۱ استادیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

و هنوز هیچ درمان مشخصی برای اختلالات افسردگی وجود ندارد که بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای این اختلال دانست (۱۷، ۱۹) زیرا مداخله‌های صورت گرفته برای درمان اختلال افسردگی عوارض‌هایی به همراه دارد. از جمله عوارض دارودرمانی می‌توان به خشکی گلو، خارش کف دست و ... اشاره کرد و میزان بالای عود مجدد نشانه‌های افسردگی از پیامدهای مداخله‌های روان درمانی است (۲۰).

در واقع با این‌که در درمان افسردگی هدف بهبودی کامل است، بسیاری از بیماران در دستیابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه شکست می‌خورند (۲۱). تاکنون، شیوه‌های مختلفی برای درمان افسردگی ارائه شده است که دیدگاه شناختی رفتاری یک یکی از با نفوذترین نظریه‌ها را در مورد افسردگی ارائه کرده است (۲۲). تکنیک‌های شناختی از جمله درمان‌های موج سوم در روان‌شناسی محسوب می‌شوند که هدف آن شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل افسردگی و روش‌هایی برای حفظ این تکنیک‌ها است. درمان شناختی، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می‌شود که واکنش‌های او به وسیله کیفیات شناختی وی تغییر یافته و شخص بتواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند، اصل بنیادی درمان شناختی این است که رفتار و احساس فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان بستگی دارد (۱۶).

همانطور که پیش از این گفته شد و بر اساس بررسی ادبیات پژوهش شناخت درمانی، یکی از مداخلات مؤثر در مورد افسردگی، به‌خصوص در مورد بزرگسالان است (۱۶). پژوهش روت و فنگی (۲۳) اثربخشی این رویکرد را در درمان افسردگی بدون در نظر گرفتن دوره پیگیری مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زنان متأهل مؤثر است (۲۴). دیویدسون در پژوهش خود اثربخشی این درمان را در زنانی که دچار افسردگی مزمن بوده‌اند، در مرحله درمان و دوره پیگیری نشان داد (۲۵). پژوهش دیویدسون اثربخشی شناخت درمانی را در زنان مبتلا به افسردگی مزمن مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان داد از بین درمان‌های شناختی تأثیر روش مایکل فری به‌صورت فردی و گروهی، تأثیر زیادی در دراز مدت دارد و مهارت‌های آموزش این درمان در سایر موقعیت‌های افراد قابل تعمیم است (۲۱).

پژوهش‌های راث و همکاران در مقایسه درمان‌های مورد استفاده برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی مزمن نشان داد، شناخت درمانی تأثیر بیشتری در درمان افسردگی و اختلالات خلقی افراد دارد (۲۶). طبق بررسی‌های کهریزی و همکاران (۱۶) مطالعات فراتحلیلی نشان داده که درمان شناختی در بیماران افسرده تأثیر

کرده‌اند، در مقایسه با مادرانی که کمتر دچار استرس شده‌اند، مهارت‌های جامعه‌پسند کمتری را در فرزندان خود در تعامل با همسن و سالان تشویق می‌کنند (۴) و شواهد پژوهشی بسیاری نشان می‌دهند، والدین کودکان با نیازهای ویژه، استرس و اضطراب فزاینده‌ای را در مقایسه با والدین کودکان دارای رشد سالم تجربه می‌کنند (۵-۷) بالین وجود، این اثر بر اساس ماهیت اختلال کودک و برخی از متغیرهای خانواده متغیر است. اختلالات ناگهانی که دارای آغاز حاد هستند، در مقایسه با اختلالات مزمن اثر متفاوتی بر زندگی خانواده دارند، علاوه بر این ممکن است یک اختلال در دوره‌های مختلف، چالش‌های متفاوتی را برای خانواده به همراه داشته باشد (۸).

با توجه به پژوهش حکیم جوادی و همکاران (۹)، هر فردی در زمان و شرایط خاص دارای آستانه تحمل معینی در مقابل استرس می‌باشد و وقتی فشار از حد توان شخص بگذرد، ناچار، اختلال‌های روانی و هیجانی خود را نشان خواهد داد. یکی از استرس‌هایی که فشار روانی زیاد ایجاد می‌کند، استرس ناشی از داشتن فرزند بیمار است که می‌تواند اثرهای بلندمدت داشته باشد و بنیادهای اساسی خانواده فرد را نیز در معرض خطر جدی قرار دهد (۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند فشار و استرس ناشی از مراقبت روزانه از کودک، منجر به افزایش سطح مشکلات روانی در میان والدین و افسردگی آن‌ها می‌شود (۹).

باوجوداینکه داشتن فرزند به مادر احساس لذت، غرور و رشد شخصی می‌بخشد، اما چالش‌هایی را نیز به وجود می‌آورد و به همین دلیل استرس‌زاست (۱۱). افسردگی، به دنبال استرس شدیدی است که در دامنه زندگی رخ می‌دهد (۱۲). شیوع آن در زنان ۷ تا ۲۱ درصد برآورده شده است (۱۳). حدود ۲۰ درصد افراد بزرگسال در طول عمر خود دچار یک اختلال خلقی نیازمند به درمان و هشت درصد آنان نیز مبتلا به یک اختلال افسردگی عمده می‌شوند (۱۴). طبق پژوهش دیموند (۱۵) افسردگی، یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در اختلالات روانی است که تعداد زیادی از افراد، با سوابق مختلف را شامل می‌شود و گسترشی جهان‌شمول دارد (۱۶). این اختلال به دلیل این‌که غالباً یک اختلال روانی مزمن عودکننده است، به‌عنوان یک تشخیص مقاوم در برابر درمان شناخته می‌شود (۱۷) که اگر درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد، ممکن است به بروز رفتارهای ناسازگارانه‌ای منجر شود که به‌نوبه‌ی خود مشکلات عمده‌ی بیشتری را سبب می‌شوند (۱۸).

گسترده‌ی اختلالات افسردگی موجب شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه شده و موردبررسی قرار گیرند. باوجوداینکه پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های فعلی انجام‌شده حمایت می‌کنند، ولی این اثربخشی نسبی بوده

بسیاری دارد (۲۳، ۲۷، ۲۸). طبق نظریه مایکل فری، شناخت درمانی باورهای هیجانی را کمتر از باورهای عقلانی تغییر می‌دهد (۲۹، ۳۰). اثربخشی شناخت درمانی به شیوه مایکل فری بر درد و رنج هیجانی ناشی از اختلالات افسردگی (۲۷) در زنان و مردان زندانی (۳۱-۳۳)، زنان سرپرست خانوار (۳۴)، دانشجویان (۳۵) بیماران مبتلا به سرطان (۳۶)، زنان افسرده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره (۳۷)، زندانیان با HIV مثبت (۳۸) و اختلالات نیمه بالینی و بالینی خانواده کودکان با نیازهای خاص مانند اختلالات رشدی و عصبی مورد تأیید قرار گرفته شده‌است (۳۹). بررسی‌ها نشان می‌دهد که هرچند وضعیت اقتصادی کلی در جوامع بهبود یافته است؛ ولی اختلالات رفتاری کودکان کاهش نیافته است (۴۰) و در کشورمان از شیوع قابل توجهی دارد (۴۱). از سویی دیگر سلامت روان شناختی مادران بر تحول اجتماعی، هیجانی، شناختی و رفتاری فرزندان و کیفیت دلبستگی آنان مؤثر است. فرزندان مادران افسرده در معرض خطر ابتلا به بسیاری از اختلالات هیجانی و رفتاری هستند. لذا با توجه به به آنچه گفته شد پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی مادران کودکان اختلالات روانی صورت گرفت.

مواد و روش کار

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری این تحقیق شامل مادران کودکان اختلالات روانی (اختلالات رشدی و اختلال رفتاری مخرب) بود که در بهار ۱۳۹۳ به مراکز درمانی خصوصی بهزیستی شهر همدان مراجعه کرده‌اند که با توجه به مقیاس درجه بندی شده در فرم بازبینی شده پرسشنامه افسردگی فارسی بک و همکاران مبتلا به اختلال افسردگی با شدت حد متوسط تا شدید بودند (۱).

به علت اینکه در گروه‌درمانی از گروه‌های ۸ تا ۱۵ نفره استفاده می‌شود، با در نظر گرفتن اینکه این درمان به‌صورت گروهی بود، گروه نمونه از ۳۰ بیمار مبتلا به افسردگی در حد متوسط تا شدید به‌صورت در دسترس انتخاب شدند که بعد از ریزش در جلسه توجیهی (قبل از آغاز درمان، به‌علت زمان طولانی درمان و نداشتن مراقب برای کودکانشان هنگامی که در کلاس حضور داشتند) و در طی درمان گروهی به ۱۸ نفر (هرگروه ۹ نفر) رسیدند (به افرادی که تمایل به گروه‌درمانی نداشتند به علت رعایت اخلاق به‌صورت فردی آموزش داده شد، ولی از روند پژوهش حذف شدند که این تعداد در پژوهش ۷ نفر بودند که در قبل از آغاز درمان از فرایند تقسیم‌بندی در گروه‌ها کنارگذاشته شدند و ۵ نفر دیگر در بین جلسات به علت-هایی چون نداشتن وقت و مکان نگهداری برای فرزندان‌شان از ادامه

درمان انصراف دادند). گروه‌های مداخله و شاهد به پرسشنامه افسردگی بک به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون جواب دادند. ملاک‌های ورود با توجه به جامعه عبارت بودند از: ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی افسردگی طبق پرسشنامه افسردگی بک در مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی و اختلالات رفتاری مخرب (۴۲)؛ ۲- حداقل تحصیلات دیپلم (به علت اینکه این درمان از زیر مجموعه گروه درمان شناختی است و نیاز به انجام تکالیف دارد به طوری که مایکل فری نیز در پژوهش خود از افراد با سطح سواد دیپلم و دانشگاهی استفاده کرد که حداقل تحصیلات ملاک ورود به پژوهش بوده است (۲۸)؛ ۳- دامنه سنی بین ۱۹-۳۴ سال؛ ۴- عدم دریافت درمان دارویی همزمان با هدف مطالعه؛ ۵- اکتساب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون افسردگی بک که همه افراد مورد مطالعه دچار افسردگی در حد بالاتر از خفیف یعنی متوسط و بالاتر باشند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- بیماران مبتلا به افسردگی با رفتار خودکشی که به علت نیاز این افراد به درمان‌های دارویی و درکنار آن روان‌درمانی و گروه‌درمانی کنار گذاشته شدند ۲- بیماران مطلقه که به علت سرپرست خانواده و ایفای نقش هر دو والدین مستعد افسردگی بودند ۳- بیمارانی که بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه و استثنایی داشتند که طبق پژوهش زمانی و حبیبی (۱) فشار زیاد و مستعد افسردگی هستند از شرکت در این پژوهش کنار گذاشته شدند.

ابزار پژوهش: جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی فارسی بک - فرم بازبینی شده (۴۳) استفاده گردید. این ابزار از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. این پرسشنامه بیشتر به سنجش ویژگی‌های روان‌شناختی افسردگی می‌پردازد، تا ناراحتی‌های جسمانی و فیزیولوژیک و با پرسشنامه همیلتون (۴۴)، ۰/۷۵ همبستگی دارد. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند (۴۵). هر یک از آیتم‌ها دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد، هر جمله از نظر شدت بین صفر تا ۳ نمره می‌گیرد. بنابراین کمترین نمره‌ای که به دست می‌آید صفر و بیشترین نمره ۶۳ است. در تفسیر نتایج، درجات افسردگی بدین صورت تعیین می‌گردد: نمره ۰-۴ انکار احتمالی، نمره ۵-۹ افسردگی خیلی خفیف، نمره ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط، نمره ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و نمره بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آن است که ضریب همسانی

درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در یک بررسی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبائی که جهت بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (۴۶). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t برای معنی‌داری بین دو گروه آزمایشی و کنترل و برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شده‌است. پیش از انجام تحلیل کواریانس پیش فرض‌های مربوطه مبنی بر ۱- نرمال بودن توزیع نمره‌ها توسط آزمون کولموگروف- اسمیرنوف ۲- همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لون ۳- تأیید شدن همگنی شیب‌های رگرسیون، نشان‌دهنده شرایط مناسب برای اجرای تحلیل کواریانس در داده‌های پژوهش است.

روند اجرایی جلسات: محتوای تعداد جلسات و مدت‌زمان هر جلسه توسط یک روانشناس آموزش دیده طراحی و اجرا گردید و گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۱-۱/۵ ساعته (هر هفته دو جلسه) تحت آموزش قرار گرفتند. پس از گزینش، آزمودنی‌ها به آزمون افسردگی بک به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند و گروه آزمایش تحت آموزش درمان شناختی قرار گرفتند، این درمان بر مبنای کتاب راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی مایکل فری (۲۹) برای ۱۲ جلسه برنامه ریزی شده بود. به این صورت که بیماران هفته‌ای ۲ جلسه به‌صورت گروهی با درمانگر ملاقات و در ابتدا در مورد مسائل و مشکلات پیش آمده و افکار و هیجانات خود صحبت می‌کردند، بدین ترتیب که در طول جلسه اول قوانین گروه توضیح داده شد و تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ مؤلفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی آموزش داده شد. به‌علاوه مهمترین هدف این جلسه

آشنایی و نوشتن جدول سه ستونی رویداد فعال ساز (A)، باورها یا افکار (B)، پیامد و واکنش هیجانی (C) بود، که به آن پرداخته شد. جلسه دوم، آموزش نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم و رفتارهای مخاطره آمیز؛ آموزش باورها و افکار کارآمد و ناکارآمد؛ شناخت باورهای ناکارآمد؛ ارزیابی باورهای ناکارآمد؛ آشنایی با تحریفات شناختی در تفکر و رفتار و عملکرد؛ آشنایی با مقاومت‌ها و دفاع‌ها جلسه سوم، آشنایی با پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت باورهای اصلی، طرحواره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی. جلسه چهارم، کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به‌منظور شناسایی طرحواره‌های منفی خود با آن روبرو می‌شوند و توانا ساختن شرکت کنندگان در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه، آموزش داده شد. جلسه پنجم، دستیابی شرکت کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه بندی آنها و در جلسه ششم، پذیرش این نکته که باورها تغییر پذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدیدنظر قرار دهند به شرکت کنندگان آموزش داده شد. در جلسات هفتم و هشتم، درک سودمندی باورها و ارزیابی بر اساس معیارها و یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود و در جلسات نهم و دهم، دستیابی شرکت کنندگان به مفهوم باور مخالف و دو حوزه محتوایی تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری آموزش داده شد. در دو جلسه آخر، یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداش‌دهی و بررسی طرح‌های شرکت کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آنها درباره برنامه درمانی آموزش داده شد (۱۶).

یافته‌ها

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

pvalue	گروه کنترل		گروه آزمایش		
	SD	M	SD	M	
<۰/۰۰۰×	۲/۴۸	۳۷/۸۲	۳/۴۹	۴۲/۵۹	پیش‌آزمون
<۰/۰۰۰	۲/۲	۳۳/۸۳	۳/۰۰	۲۷/۰۲	پس‌آزمون

نتایج توصیفی در جدول یک مربوط به متغیر پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آمده‌است. همانطور که در جدول یک مشاهده می‌شود در نمره افسردگی، میانگین گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر قابل ملاحظه‌ای داشته است

با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون، پس از کنترل نمره-های پیش‌آزمون، میانگین پس‌آزمون‌ها برای گروه‌درمانی شناختی برآورد و با استفاده از تحلیل کواریانس مقایسه و نتایج در جدول ۲ برآورد شده است.

جدول (۲): خلاصه تجزیه و تحلیل کواریانس گروه شناخت درمانی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig
روش درمانی (شناخت درمانی و- کنترل)	۵۸۱/۴۱۵	۱	۵۸۱/۴۱۵	۳۳/۱۵۳	۰/۰۰۰

بر اساس نتایج جدول ۲، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه‌ی عملکرد گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر افسردگی از ۰/۰۵ کوچک‌تر است ($P < ۰/۰۰۱$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری بر افسردگی مادران با کودکان دارای اختلالات رفتاری انجام پذیرفته است و همچنان که نشان داده شده است بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران تفاوت معناداری وجود دارد و کاهش در نمرات افسردگی بعد از اجرای رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با گروه کنترل را نشان داد که خود مؤید اثربخشی رفتاردرمانی شناختی است. در این درمان احساسات و عواطف منفی بیماران مورد پذیرش واقع شد و پس از همدلی با افراد به آنها مهارت‌های مقابله با این احساسات و عواطف و اختلال افسردگی آموزش داده شد و این یکی از دلایلی است که ثمربخش بودن شناخت‌درمانی در کاهش علائم افسردگی را در این پژوهش نشان می‌دهد.

در راستای این پژوهش می‌توان از پژوهش‌های رایج و همکاران (۲۸)، و روث و فنگی (۲۳) نام برد که اثربخشی این درمان را در کاهش اختلالات افسردگی مورد بررسی قرار دادند که نتایج پژوهش‌ها با مطالعه حاضر همخوانی دارد، با این تفاوت که در پژوهش‌های انجام شده درمان به صورت فردی صورت گرفته و اثربخشی درمان در مرحله پیگیری نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج، تأثیر درمان در دوره پیگیری نیز پایدار بوده‌است، درحالی‌که پژوهش حاضر به صورت گروهی بوده است و اثربخشی درمان فاقد دوره پیگیری بود. همچنین نتایج این مطالعه با پژوهش‌های مک-دموت (۲۷)، مونت‌گمری (۳۱) و لورنتز و بگ‌والد (۳۲)، که در زمینه اثربخشی درمان شناختی بر اختلالات خلقی از جمله افسردگی به همراه دوره پیگیری که نشان‌دهنده اثربخشی و تداوم تأثیر این

رویکرد است، همسو می‌باشد که با پژوهش حاضر تفاوت‌ها و شباهت‌هایی دارند. از جمله تفاوت‌ها می‌توان به این موضوع اشاره کرد که پژوهش‌های ذکر شده (۲۷، ۳۰، ۳۱) بر روی بیمارانی انجام شد که افسردگی دوره‌ای داشتند که در طول این دوره‌ها، علائم، فراز و نشیب زیادی را نشان می‌دادند و دیگری پیگیری اثربخشی درمان به مدت ۶ ماه تا ۳ سال در پژوهش‌های بیان شده بود و از جمله شباهت پژوهش‌ها با مطالعه حاضر، گروهی بودن آن‌ها است. همچنین یافته‌های پژوهش با بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر رویکرد مایکل فری در سهرابی، سنگ پهنی و برجلی (۳۱)، کهریزی، آقاییوسفی و میرهاشمی (۳۲) و میرزایی، موسوی و خمر (۳۳) بر اضطراب و افسردگی زندانیان زن و مرد؛ پژوهش زارع بهرام آبادی و نظری (۳۴) بر افسردگی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار؛ تحقیق جاسمی (۳۵) در بهبود افسردگی دانشجویان؛ بررسی فلاح (۳۶) بر افزایش امیدواری و کاهش استرس مبتلایان به سرطان؛ پژوهش شیرزاد (۳۷) بر کاهش افسردگی ارتقاء رضایت زناشویی زنان افسرده؛ تحقیق رضایی (۳۸) بر کاهش افسردگی زندانیان با HIV مثبت هم سو است. از سوی دیگر پژوهشی که نشان‌دهنده عدم تأثیر این درمان در اختلال افسردگی باشد، مشاهده نشد که می‌تواند به این دلیل باشد که آموزش مهارت-های رفتاردرمانی شناختی باعث کاهش افکار، احساس غیرمنطقی و دور باطل بیماران مبتلا به افسردگی می‌شود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد دارای اختلالات افسردگی در برابر نقد حساس هستند و نمی‌توانند هیجان و احساس خود را کنترل کنند، آن‌ها نیاموخته‌اند چگونه برانگیختگی هیجانی را علامت‌گذاری یا کنترل، یا درماندگی هیجانی را تحمل کنند یا چه موقع باید به پاسخ‌های هیجانی به عنوان بازتاب تفاسیر معتبر رویدادها اعتماد کرد (۴۷). درمان شناختی با آموزش مهارت‌های شناسایی رویداد فعال ساز (A)، باورها یا افکار (B)، پیامد و واکنش هیجانی (C) و نظریه‌های

از کامل کردن پرسشنامه‌های پیش آزمون آغاز شد، از آنجا که عامل زمان هیجان‌های شدید را تحت تأثیر قرار داده و پایین‌تر می‌آورد، این احتمال وجود دارد که عنصر زمان بر پیش‌آزمون تأثیر گذاشته و نمرات افسردگی را بالاتر از آنچه که هست، نشان داده باشد. از آنجا که عواملی که باعث افسردگی می‌شوند، ممکن است متفاوت باشند، برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود علاوه بر توجه به محدودیت فوق، این روش را در جمعیت‌های دیگری که احتمال افسردگی در آن‌ها بالاست مانند: پدر و خواهران و برادران افراد معلول و مبتلا به اختلالات روانی و بیماران و خانواده‌هایی که ناگهانی (نه مادرزادی) با بیماری مواجه شده‌اند و افرادی که پس از اتفاق ناخوشایند مانند تصادف دچار بیماری استرس پس از سانحه شده‌اند، اجرا شود. همانطور که قبلاً هم اشاره شد در طول انجام پژوهش از تعداد حجم نمونه به دلایل ذکر شده کاسته شد، به نظر می‌رسد اگر این تعداد از نمونه کاهش پیدا نمی‌کرد نتایج دقیق‌تری صورت می‌گرفت. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی تحقیقی با حجم نمونه بیشتر از نمونه پژوهش حاضر انجام پذیرد. همچنین با توجه به یافته‌های فعالان در حوزه درمان اختلالات روانی می‌توانند از رویکرد درمانی مورد استفاده در این پژوهش، جهت مداخله‌های درمانی خود در درمان افسردگی به ویژه در مادران با فرزندان دارای اختلالات روانی استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت، در حوزه درمان و زمینه کار با افراد افسرده شناخت درمانی گروهی با توجه به ماهیت آن، بسیار کارا و نویدبخش به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

در اینجا لازم می‌دانیم که از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلیه کارکنان بهزیستی کمال سپاسگزاری را داشته باشیم.

شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، پیامدهای رفتاری، ماهیت طرحواره‌ها، باورهای اصلی، نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداش دهی به فرد در کنار آمدن و شناخت بهتر وقایع و شروع دوره افسردگی کمک می‌کند، همچنین با استفاده از تکلیف خانگی در موقعیت‌های مستعد افسردگی به درمانجویان کمک می‌کند تا احساسات خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند. هدف، تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب است. این عوامل باعث شد که در این پژوهش بعد از اجرای شناخت درمانی در نمرات افسردگی بیماران کاهش ایجاد شود و در بهبود افسردگی بیماران ثمربخش باشد و این روش درمانی و مهارت آموزی گروهی آن سبب کاهش علائم افسردگی، اضطراب توأم با افسردگی، خودآسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی، بی-ثباتی عاطفی و تحریک پذیری، مشکلات بین فردی، بهبود مهارت‌های اجتماعی و افزایش مهارت‌های خودکنترلی در افراد مورد مطالعه شده است. همچنین از دلایل اثربخشی این پژوهش، کاهش رنج هیجانی مادران است و در این پژوهش تلاش شد، درد هیجانی مادران را تبدیل به درد و به تدریج با آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی شناختی، درد را به تدریج از بین ببریم.

از جمله نوآوری این پژوهش این است که این درمان در مادران کودکان به مبتلا به اختلالات روانی صورت گرفت که در بسیاری از پژوهش‌ها از آن غفلت شده و تنها به مشکل و اختلالات توأم با بیماری کودکان بیمار پرداخته شده است.

محدودیت پژوهش این بود که پیش‌آزمون در هفته اول پذیرش کامل گردید که بیماران در وضعیت بالینی مناسبی قرار نداشتند و فشارهای ناشی از ورود اجباری به اجتماع و مقایسه فرزندان با سایرین در مادران صورت گرفت که شدت افسردگی را در لحظه و هنگام پرکردن پرسشنامه تحت تأثیر قرار داد و آموزش ۳ هفته پس

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, Asghraneshad 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. *JTBCEP* 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 psychotherapy 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 Frey'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 Habibi¹, Narges Zamani^{2*}, Mahin Noroozi Dashtaki³

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 Assistant Professor, Family Research Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran

² MSc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Hamedan Branch, Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, Hamedan, Iran (Corresponding Author)

³ MSc of Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran