فصل دوم

ادبیات و پیشینه ی پژوهش

**پیش درآمد**

بدون ترديد امروزه اختلال افسردگی یکی از شایع ترین اختلال روانپزشکی است. سازمان بهداشت جهانی[[1]](#footnote-1) نیز، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادترین مشکلات بهداشت در سراسر جهان قرار داده(کاپلان و سادوک، 2000)، و پیش بینی می شود این اختلال از لحاظ فراوانی در سال 2020 در مرتبه ی دوم بیماری های وخیم قرار گیرد(سامپس، 2001). بسیاری از ما نیز در مواردی افسردگی را تجربه می کنیم. میزان شیوع افسردگی در زنان حداقل 2 برابر مردان است و تقریباً 2 نفر از هر صد مرد و 4 نفر از هر صد زن، حداقل یک بار در زندگی خود به بیماری افسردگی گرفتار می شوند(بلاک برن[[2]](#footnote-2)،2001؛ ترجمه شمس، 1382، ص 26). افسردگی، به قدری متداول است که گاهی به منزله ی سرماخوردگی معمولی در روان پزشکی مطرح می شود. اختلال افسردگی، اخیراً به شدت رو به افزایش گذاشته است. بدین معنی که اگر شما بعد از سال 1970 متولد شده باشید، ده برابر بیشتر از پدربزرگ و مادر بزرگ تان احتمال دارد که به افسردگی مبتلا شوید(روزنهان و سیلگمن[[3]](#footnote-3)2004؛ ترجمه­ی سید محمدی،1382).

طبق پیش­بینی سازمان جهانی بهداشت، تا 20 سال دیگر مردم بیش از هر بیماری دیگری به اختلالات روانی مبتلا خواهند شد که از این بین، افسردگی بزرگترین بار اقتصادی و اجتماعی برای جوامع مختلف در جهان خواهد بود. آمارهای موجود نیز حاکی از آن است که افسردگی بیشترین بار بیماری ها را در بین زنان و دومین بار بیماری را در بین مردان- پس از حوادث- به خود اختصاص می دهد. همچنین شیوع مادام العمر افسردگی 15 درصد است که در خانم ها میزان شیوع به 25 درصد می رسد(سادوک و سادوک[[4]](#footnote-4)، 2007، ص97).

**اختلال افسردگی**

افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن یکی از عزیزان و آگاهی از اینکه بیماری یا پیری توا ن ما را تحلیل می‌برد و غیره از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شوند. اختلال افسردگی صرف نظر از تنوع آن، نسبتاً شایع هستند. بدین معنی که حدود 17% مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می کنند(هیلگارد[[5]](#footnote-5) ،2007؛ ترجمه ی براهنی و همکاران، 1385). آنچه مورد توافق است اینکه افسردگي اساسی يكي از مهم ترين بيماري هاي ناتوان كننده است كه امروزه تعداد زيادي از مردم جهان را درگير كرده و توانايي آنها را در عملكرد، تفكر و احساس تحت تاثير قرار مي دهد. از طرفی، شیوع افسردگی به گونه­ای است که آن را به عنوان رایج ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری های روانی مطرح کرده اند(روزنهان و سلیگمن، 1995). از نظر تشخیصی نیز، افسردگی یکی از شایع ترین تشخیص ها در اختلال روانی است که تعداد زیادی از افراد با سوابق مختلف در جهان را شامل می­شود(شارپ و لیپسکی[[6]](#footnote-6)، 2002).

به رغم شیوع این اختلال، ارایه ی یک تعریف مشخص از افسردگی آسان نیست. اصطلاح افسردگی، برای افراد عادی حالتی مشخص با غمگینی، گرفتگی و بی حوصلگی و برای یک متخصّص و پزشک، گروه وسیعی از اختلالات خلقی با زیر شاخه­های متعدد را تداعی می­کند. تعریف های مختلف افسردگی به نشانه های بسیار متنوعی اشاره دارند که می توانند به گونه های مختلف با یکدیگر ترکیب شوند که این امر گاهی بازشناسی افسردگی را از بین این ترکیب ها بسیار مشکل می کند. اما به هر حال می توان این نکته را پذیرفت که افسردگی در عین حال با نشانه های روانی و جسمانی همراه است و نشانه های جسمانی گاهی چنان بر جدول بالینی سایه می افکنند که مانع بازشناسی افسردگی می­شوند(دادستان،1380).

واژه­ی افسردگي، هنگامي به يك حالت روحي نسبت داده مي شود که معاني اصطلاحات عاميانه­اي نظير«دمغ و پكر بودن» را پيدا كند و با نشانه هایی از قبیل كسالت روان، كمبود انرژي، از دست دادن­چيزي، نااميدي و احساس بي­فايده­بودن، سبب از دست­دادن علاقه و بدبيني شود(بیابانگرد،1371). البته، اکثر افراد گاهی وقت ها احساس غم و رخوت می کنند و به هیچ کار و فعالیتی حتی به فعالیت های لذت بخش رغبتی ندارند. این موارد، بروز نشانه های خفیف افسردگی و در واقع پاسخ طبیعی آدمی به نشانه هایی در زندگی است. عدم موفقیت، تحصیل یا کار، از دست­دادن عزیز یا آگاهی از اینکه یک مشکل یا بیماری توان آدمی را تحلیل می برد؛ از جمله موقعیت­هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می شوند. آنچه مسلّم است اینکه، افسردگی زمانی نابهنجار تلقی می­شود که در عملکرد فرد اختلال ایجاد کند و هفته ها بدون وقفه ادامه یابد.

هرجند افسردگی یک اختلال خلقی دانسته می شود، اما درواقع، چهار علامت مختلف هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمانی را نیز دارا است. البته هرچه فرد بیشتر دچار این علائم شده باشد و هرچه شدت این علائم بیشتر باشد، با اطمینان بیشتری می توان در وجود افسردگی فرد نظر داد(هیلگارد، 2001، ترجمه رفیعی و همکاران، ص165). قابل توجه است که اختلال های افسردگی نسبتا شایع هستند و حدود 17% مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می­کنند(هیلگارد [[7]](#footnote-7)،2007؛ ترجمه ی براهنی، 1385).

بدیهی است که عدم درمان هریک از مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله افسردگی، بر شدت آن می­افزاید و به این ترتیب فرایند درمان را دشوارتر کرده و احتمال پیدایش مشکلات عمیق تر وجود خواهد داشت. در این راستا، اﻣﺮوزه برخی از روان درﻣﺎﻧﮕﺮان ﺗﺎﺛﻴﺮ ﺑﺎورﻫﺎ و ﺗﻔﻜّﺮ ﻓﺮد را در اﻳﺠﺎد اﻧﻮاع ﻣﺴﺎﺋﻞ روان ﺷﻨﺎﺧﺘﻲ ﻣﻬﻢ ﻣﻲ­داﻧﻨﺪ. آﻧﻬﺎ ﻣﻌﺘﻘﺪﻧﺪ که ﺑﻴﺸﺘﺮ اﺧﺘﻼلﻫﺎ از ﺟﻤﻠﻪ اﻓﺴﺮدﮔﻲ، ﺑﺮآﻣﺪه از ﺷﻨﺎﺧﺖﻫﺎي ﻣﻌﻴﻮب ﻫﺴﺘﻨﺪ، ﺑﻪ ﻃﻮري ﻛﻪ وﻗﺎﻳﻊ ﺑﻪ ﺧﻮدي ﺧـﻮدتعیینﻛﻨﻨـﺪه اﺣﺴﺎﺳﺎت ﻣﺎ ﻧﻴﺴﺘﻨﺪ. ﺑﻠﻜﻪ، ﻣﻌﺎﻧﻲ ﻛﻪ ﻣﺎ ﺑﻪ آﻧﻬﺎ ﻧﺴﺒﺖ ﻣﻲدهیم، ﻧﻘﺶ تعیین کننده دارند. اﻓﺴﺮدﮔﻲ، ﻳﻜﻲ از راﻳج ترین اﻧﻮاع ﻧﺎراﺣﺘﻲﻫﺎي رواﻧﻲ اﺳﺖ ﻛﻪ ﻣﻲﺗﻮاﻧﺪ ﺑﺮﺧﺎﺳﺘﻪ از ﺷﻨﺎﺧﺖﻫﺎي ﻣﻌﻴﻮب ﺑﺎﺷﺪ. این اﺧﺘﻼل، ﻫﻴﺠﺎنﻫﺎ، اﻓﻜﺎر، و ﻋﻤﻠﻜﺮد ﺟﺴﻤﺎﻧﻲ را در ﺑﺮ ﻣﻲﮔﻴﺮد و ﻧﻮﻋﻲ اﻏﺘﺸﺎش در ﺧﻠﻖ اﺳﺖ ﻛﻪ ﺑﺎ درﺟﺎت ﻣﺘﻔﺎوت ﻏﻤﮕﻴﻨﻲ، ﻳأس، ﺗﻨﻬﺎیی، ﻧﺎاﻣﻴﺪي، ﺷﻚ در ﻣﻮرد ﺧﻮﻳﺶ و اﺣﺴﺎس ﮔﻨﺎه ﻣﺸﺨﺺ می­شود(گیلبرت[[8]](#footnote-8)، 1999، ترجمه ی جمال زاده، 1389).

از دیدگاه رفتاری، یکی از بارزترین ویژگی های افراد افسرده، تجربه­ی زندگی عاری از خشنودی، رضایت خاطر و احساس موفقیت است. در این دیدگاه، فرد افسرده در اثر فقدان تقویت ناشی از فعالیت معمول، از بسیاری از فعالیت ها کناره گیری می کند(بایلینگ و همکاران، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، 1389، ص317). چنین به نظر می­رسد که این کناره گیری، در نهایت موجب احساس تنهایی و عدم کارآمدی در فرد افسرده شود. یافته­های پژوهشی نیز بر این نکته تأکید دارند که اختلال افسردگی منشأ هيجانات، افكار، و عملكرد جسماني متعددی است که با درجات متفاوتی از احساسات گوناگون از جمله احساس تنهایی[[9]](#footnote-9) همراه است(فریدونی و همکاران، 1391، ص99). از طرفی، از یافته های پژوهشی برمی­آید که خودکارآمدی پایین نیز با نشانه های افسردگی ارتباط دارد(پیربازاری و ملکی،1390، ص26). به همین دلیل، فرایندهای درمان های شناختی- رفتاری با راهبردهای مرتبط با فعال سازی و احساس کارآمدی شروع می شود. مطابق مدل درمانگری شناختی– رفتاری تجارب افراد افسرده به تشکیل فرض ها یا طرحواره هایی درباره خویشتن و جهان می انجامد و طرحواره های فرضی بر سازمان بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر گذاشته و منجر به افسردگی می گردند(هاوتون و همکاران، 1989؛ ترجمه قاسم زاده، 1383، ص226). هرچند، اختلال افسردگی، از اولین اختلال هایی است که درمان شناختی- رفتاری به شیوه ی گروهی به طور رسمی برای درمان آن به کار برده شد. اما براساس این مطالعات، درمان افسردگی به بررسی های بیشتری نیاز دارد.

هرچند اختلال افسردگی از دیرباز به عنوان یکی از نابسامانی های روانی عمده شناخته شده است. اما، در دهه­های اخیر اهمیت این بیماری هم از حیث رنجی که مبتلایان به آن تحمل می­کنند و هم از لحاظ بار سنگینی که این ناراحتی بر منابع درمانی تحمیل می­کند، بیش از پیش مورد توجه قرارگرفته است. از نظر تاریخی، اختلال افسردگي از قديم الايام در نزد دانشمندان شناخته شده بود. هرچند، استرس هاي ناشي از زندگي پيچيده و ماشيني امروز بر ميزان شيوع آن افزوده است. از بعد سبب شناسی، در زمان هاي دور اعتقاد بر اين بود كه در اختلال روانی، شيطان به درون فرد رسوخ كرده و باعث تغيير رفتار وي می شود. بنابراين، براي از بين بردن اختلال، دستور مي دادند كه فرد را شلاق بزنند يا اينكه جمجمه هاي او را سوراخ كرده تا ديو و شيطان از جسم و روان آنها خارج گردد(آزاده فر، 1376).

در مفهوم اختلال افسردگی، یونانی ها و رومیان باستان از اصطلاحات ملانکولیا و مانی[[10]](#footnote-10) بهره گرفته و رابطه ی این دو را مورد تأکید قرار داده اند. 450 میلیون سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد(کاپلان، 1994، ترجمه پورافکاری، 1375، ص216). بقراط به موضوع اختلالات رواني و افسردگی نیز اشاره داشته و افسردگی را نتیجه ی سیلان ملانکولی(صفرا در مغز) دانسته است(اکبری، 1387، ص208). به مفهوم افسردگی در آیات قرآنی، زمانی که حضرت موسی(ع) در دوران نوزادی به دست فرعون می افتد و مادر او افسرده می شود، اشاره شده است(مستفیضی،1387، ص9). در ایران ابن سينا در كتاب قانون، افسردگي را يك نوع بيماري رواني عنوان كرده كه فرد را از مسير مستقيم خارج كرده و مشكلات فراواني براي وي و اطرافيان ايجاد مي كند(ذاکر، 1378).

با وجود این، در قرون وسطی و قبل از قرن هجدهم ميلادي به دليل اطلاعات ناچيزي كه در زمينه ی اين بيماري و نيز عدم آگاهي از راه­هاي مقابله و درمان آن وجود داشت، علت این نوع بیماری به شیطان، اجنه یا نیروهای جادویی نسبت داده می شد و به همین دلیل، از شيوه هاي خشن و نامناسبي مانند مجرم دانستن افراد افسرده، برای تزکیه و درمان آنها به کار برده مي شد. اولين بار در سال 1792 ميلادي بود که دانشمندی به نام پينل[[11]](#footnote-11) فرانسوي غل و زنجير را از دست و پاي اينگونه افراد برداشت و بعد از آن به مانند يك بيمار با آنها رفتار گردید(آزاده فر، 1376).

در اوایل قرن بیستم، زیگموند فرويد[[12]](#footnote-12) در رساله ای به نام غم و ملانكولي كه به سال 1917 چاپ شد، تئوري هاي سايكو ديناميك افسردگي را بيان كرد. فرضيه ی او اين بود كه افسردگي و غم واكنشي براي از دست دادن فرد يا شيئ دلخواه است، يعني چيزي كه اهميت و ارزش فراواني براي شخص داشته و در شرايط خاص آنرا از دست رفته مي بيند(راشد،1370).

بک[[13]](#footnote-13)(1976) نیز عنوان کرد که افسردگی بالینی را می توان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه ی رفتاری عمده می باشد و علائم مرضی این تغییرات ممکن است همه یا هریک از تظاهرات مربوط به عواطف منفی، شناخت های منفی، انگیزش منفی، تغییرات رفتاری و تغییرات نباتی(اشتها و جنسی)را دربرگیرد(مهریار، 1386).

افسردگی اساسی[[14]](#footnote-14)، که به افسردگی یک قطبی نیز مشهور است، یک نوع از اختلالات خلقی است که در چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی(DSM-IV)، به عنوان یکی از دو اختلال خلقی عمده معرفی شده است. در این راهنما، افسردگی اساسی به بیمارانی اطلاق می شود که فقط به دوره های افسردگی مبتلا هستند(کاپلان، 1994، ترجمه پورافکاری، 1375، ص215). البته در اختلال افسردگی اساسی، یک دوره ی افسردگی، دست کم شامل دو هفته خلق افسرده یا از دست دادن علاقه، همراه با چهار مورد از نشانگان دیگر شامل تغییر در وزن یا اشتها، خواب نامنظم، بی قراری فیزیکی یا گوشه گیری، فقدان انرژی، احساس بی ارزشی یا احساس گناه شدید، مشکل در تمرکز یا تصمیم گیری و برنامه ریزی یا تلاش برای خودکشی است(انجمن روانپزشکی آمریکا[[15]](#footnote-15)، 2000).

**تعریف افسردگی**

کلمه ی افسردگی اولین بار توسط آدولف مپر[[16]](#footnote-16) بیان شد(مستفیضی،1387، ص9). اما ارائه ی تعریف افسردگی و پیشنهاد طرحی که بتواند مورد پذیرش همه ی متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد، مشکل به نظر می رسد. در معنای محدود پزشکی، افسردگی به منزله ی یک بیماری خلقی یا اختلال کنش خلق و خوی است. در سطح معمول بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه ی خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت های برانگیختگی نشان داده می شود. همچنین، افسردگی، حالت روانی ناخوش است که با دلزدگی، یأس و خستگی پذیری مشخص می شود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم و بیش شدید همراه است(دادستان، 1365، به نقل از اکبری، 1387، ص209). در یک جمع بندی کلی، مفهوم افسردگی به سه گونه ی متفاوت به کار رفته است:

- به منظور مشخص کردن احساس های بهنجار غمگینی، یأس، ناامیدی وجزء آن و بروز آنها به عنوان نشانه ی یک اختلال.

- به منظور توصیف اختصاری یک نشانگان که شامل نشانه های عاطفی، شناختی ، حرکتی ، فیزیولوژیکی و غدد مترشحه است.

- برای مشخص کردن اختلال های افسرده وار در چهارچوب اختلال های روانی که دارای پاره ای از علل و گونه ای از تحول هستند و به پاره ای از درمانگری پاسخ می دهند

هرچند تعاریف مختلف افسردگی به نشانه های بسیار متنوعی اشاره دارند. اما می توان این نکته را پذیرفت که افسردگی در عین حال با نشانه های روانی و جسمانی همراه است(دادستان،1380). برای مثال، فلک[[17]](#footnote-17)(1990) افسردگی، حالتی است که بر کیفیت خلق شخص تأثیر عمیق دارد و نحوه­ی ادراک او را از خویش و محیطش دگرگون می سازد(به نقل از پورافکاری، 1371). سیلیگمن[[18]](#footnote-18)(1999) نیز که افسردگی را به عنوان سرماخوردگی روانی می شناسد، نماد بارز آن را، کاهش عزت نفس فردی معرفی می کند.

از نظر گیلبرت(1999)، افسردگی صرفاً به معنای احساس دلتنگی و غمگینی نیست. بلکه، بسیار فراتر از آن است. در حقیقت افسردگی نه تنها بر چگونگی احساس ما بلکه بر نحوه ی تفکرما درباره چیزها، سطوح ،انرژی، تمرکزحواس، خواب و حتی علایق جنسی ما تآثیر می گذارد(به نقل از جمالفر، 1389، ص44)

بک[[19]](#footnote-19) (1967) افسردگی را چنین تعریف کرد: افسردگی اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهائی اطلاق می‌شود که عناصر مشخص آن کندی در حرکت و کلام است. گریستن، غمگینی، فقدان پاسخ‌های فعال، فقدان علاقه، کم ارزشی، بی‌خوابی و بی‌اشتهائی از دیگر علائم آن است(هاشمی زاده، 1366، ص40). به عقیده­ی بک (1976) افسردگی بالینی را می توان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه ی رفتاری عمده می شود. علائم مرضی این تغییرات ممکن است همه یا هریک از تظاهرات زیر را در برگیرد:

1- عواطف منفی: معمولاً شامل غم، ناشادی، احساس گناه با فراوانی کمتر، حساسیت ، بی حوصلگی و عواطف و احساسات منفی دیگر.

2- شناخت های منفی: معمولاً شامل برداشت از خود یا خویشتن پنداری منفی، بدبینی و نظری نومیدانه در مورد محیط اطراف.

3- انگیزش منفی: مشتمل بر فقدان یا از دست دادن علاقه به فعالیت هایی که فرد معمولاً آنها را ترجیح می داده و نیز افکار خودکشی.

4- تغییرات رفتاری: که معمولاً شامل کاهش در نرخ انجام کارها و فعالیت های رفتاری عادی فرد است.

5- تغییرات نباتی: که معمولاً شامل بی خوابی، کاهش اشتها و از دست دادن علاقه به فعالیت های جنسی می باشد(مهریار، 1386).

**انواع افسردگی**

برای اختلال افسردگی، تقسیم بندی های متعددی وجود دارد. برای نمونه، افسردگی بر حسب شدت آن به سه دسته ی خفیف، متوسط و شدید طبقه بندی شده است:

**1- فسردگی خفیف:** نوعی افسردگی که در آن شخص به عت کندی فعالیت های روانی و احساسی قادر به ادامه ی وظایف خود نیست. چنین افرادی تا حدی غمگین و بی قرارند و خواب و خوراک آنها نامرتب می شود. در این حالت خلق پایین در شخص رخ می دهد و بعد ار مدتی نیز از بین می­رود .معمولاً بعد از یک واقعه استرس زا رخ می دهد و شخص مدتی افسرده می شود و مدتی سر خوش می باشد. شخص احساس اضطراب و نگرانی دارد و احساس می­کند قادر به کنترل خود نیست. احساس افسردگى معمولاً به عنوان «اندوه» و «سوگ یا داغدیدگی» شناخته می‌شوند. یعنى در موقعیت هایى که انتظار می‌رود شادی‌بخش باشد به احساس اندوه ختم می‌شود. مثلاً پس از نقل‌مکان به یک منزل جدید، منازعه اى که در مصاحبت با دوست و یا همسر به‌وجود می‌آید و غیره احساس اندوهی است که به‌سرعت با از بین رفتن موقعیت، برطرف می‌گردد.

**2- افسردگی متوسط:** در افسردگی متوسط، شخصی که خلق پایین دارد، این خصلت در او طول می کشد و همزمان علایم جسمی نیز خواهد داشت. افراد مجرد با درآمد پایین و یا با سوءمصرف مواد، عمدتاً به این نوع افسردگی مبتلا هستند. افرادی که دارای افسردگی متوسط هستند معمولاآ احساسات مختلف از جمله غم و اندوه، اضطراب، احساس پوچی، احــساس نا امیدی و بدبینی، احساس گناه، احسـاس بی ارزشی و در ماندگی و احساس تیره بختی را تجربه می کنند.

**3- افسردگی شدید**: یک نوع افسردگی اختلال در خلق می باشد که معمولا 2 هفته به طول می انجامد. احساس دلتنگی و حزن مفرط و از دست دادن میل و لذت از فعالیت های دلپذیرو احساس گناه و بی ارزشی از نشانه های آن می باشد. همچنین، در افسردگی شدید، فعالیت های جسمانی فرد بیمار به حداقل خود می رسد و دچار کم غذایی و کم خوابی شده و در صحبت کردن نیز مشکل پیدا می کند(حیدری، 1381). این نوع افسردگی خطرناک بوده و می تواند به خود کشی منجر گردد. خلق افسرده و عدم لذت از علایم اصلی این نوع افسردگی است. این بیماران گاهی قادر به گریه کردن نمی باشند. در واقع زمانی که بیمار شروع به گریه کردن و حرف زدن می کند زمانی است که افسردگی رو به بهبودی است(مستفیضی،1387، ص35).

از نظر تاریخی، سه نوع طبقه بندی روان نژندی و روان پریشی، واکنشی و سرشتی، و اولیه و ثاونویه، برای اختلال افسردگی به عمل آمده است(اکبری، 1387، ص217).

**افسردگی‌ها اولیه:** این نوع به افسردگی‌های اطلاق می‌شود که علایم افسردگی هسته اصلی بیماری مریض است و بیماری روانی یا جسمانی دیگری همراه با علایم اصلی افسردگی در کار نمی‌باشد. به عبارت دیگر این نوع افسردگی‌ها یا به طور خودکار بدون علت مشخص ظاهر می‌شوند و یا به علتی منسوب می‌شوند که شدت و دوام آنها مناسب علل به وجد آورنده‌ی آن‌ها نیست(شاملو 1368). افسردگی اولیه به گروه‌های کوچکتر زیر تقسیم می‌شوند:

**- دو قطبی:** افسردگی دو قطبی یعنی حملات افسردگی به دنبال یا در فواصل حملات مانیا (جنون، جد و شعف) پیدا می‌شود. این بیماری همچنین به نام بیماری عاطفی دوره‌ای معروف است.

**- تک قطبی:** افسردگی یک قطبی با حملات افسردگی مشخص می‌شود. این نوع افسردگی گروه زیادی را شامل می‌شود.

**-افسردگی ثانویه:** به دسته‌ای افراد افسرده گفته می‌شود که علایم افسردگی هسته‌ اصلی بیماری مریض نبوده، بلکه همیشه با یک بیماری روانی دیگر و یا بیماری جسمی همراه است. به عبارت دیگر علایم افسردگی ثانویه وابسته به یک بیماری اصلی دیگر است. موضوع مهم در افسردگی ثانویه این است که با درمان بیماری اصلی معمولاً افسردگی فروکش می‌کند.

افسردگی ثانویه را به گروه‌های زیر تقسیم می‌کنند:

1. بیماری اصلی یک بیماری روانی غیر از افسردگی است مثل افسردگی ثانویه در شیزوفرنیا.

2. افسردگی ثانوی در هنگام بروز بیماری خطرناک و کشنده مثل افسردگی در بعضی از سرطان‌ها.

3. افسردگی ثانوی مربوط به بعضی بیماری‌های طبی خاص مانند تورم کبد، بعضی عفونت‌های ویروسی، سرطان لوزالمعده و سرطان‌های مغز.

4. افسردگی ثانویه بر اثر مصرف بعضی از داروه‌ها از قبیل رزرپین، آلفامتیل، رایتروزین، ترکیبات هورمونی که در قرص‌های ضد حاملگی وجود دارد. همچنین اختلالات ناشی از آب و الکترولیت‌ها و اختلالات بیماری عصبی از قبیل پارکینسون، بیماری پیک و آلزایمر را می‌توان نام برد(اکبری، 1389، ص218).

به رغم تقسیم بندی های فوق، اغلب این نکته مطرح بوده است که آیا یک نوع خاص از افسردگی با زیر شاخه­های گوناگون دیگر وجود دارد یا اینکه انواع و اقسام گوناگونی از افسردگی وجود دارد. در آغاز دهه ی اولیه قرن بیستم، طبقه بندی های مختلف افسردگی، زمینه ای بود که توجه بسیاری از روانشناسان را به خود جلب کرد و زمینه ای برای تحقیقات در این حوزه گردید. در نتیجه ی این تحقیقات، یک نوع از تقسیم بندی بوجود آمد که اکثر روانشناسان برآن اتفاق نظر دارند:

**- افسردگی های درون زاد[[20]](#footnote-20) و افسردگی های برون زاد[[21]](#footnote-21):** در مورد افسردگی های درون زاد و واکنشی می توان گفت که در افسردگی های درون زاد، بدون ارتباط با عوامل محیطی خود را ظاهر کرده، در حالیکه افسردگی های واکنشی احتمالاً در مقابل یک عامل خارجی یا بیرونی که لزوماً تنش زا و استرس زا می باشد، خود را نشان می دهند(آزاد، 1384)

**- اختلال افسرده خویی[[22]](#footnote-22):** معمول ترین خصیصه ی این اختلال عبارتست از وجود خلق افسرده در بیشتر اوقات روز و در بیشتر روزها است. افسرده خویی با احساس بی کفایتی ، احساس گناه ، تحریک پذیری، خشم ، انزوا از جامعه، از دست دادن علایق و بی فعالیتی و فقدان بهره وری همراه است.

**- اختلال خلق ادواری[[23]](#footnote-23)** : این اختلال شکل خفیفی از اختلال دو قطبی است. مشخصه اش وجود دوره های هیپومانیا و دوره های خفیف افسردگی است، که عبارت از اختلالی مزمن و نوسان دار با دوره­­های هیپومانیا و افسردگی است. این اختلال معمولاٌ در اوایل بزرگسالی شروع می شود و یک سیر مزمن را درپیش می­گیرد. نوسان های خلق معمولاً از جانب فرد به عنوان پدیده هایی نامربوط با حوادث زندگی پنداشته می شوند. به همین دلیل بدون یک دوره ی مشاهده ی طولانی با یک شرح حال کامل در مورد رفتار گذشته ی فرد، تشخیص این اختلال دشوار است(میرز و همکاران، 1984، به نقل از عالی، 1378).

**- اختلال افسردگی اساسی[[24]](#footnote-24)**( MDD)**:** در اختلال افسردگی اساسی یا تک قطبی، وجود نشانه هایی از قبیل تغییرات در اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی و فعالیت، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم گیری و افکار عودکننده­ی مرگ یا خودکشی که حداقل دو هفته به طول بکشد. این اختلال خود بر دو نوع است:

1- افسردگی اساسی دوره ی منفرد؛ نوعی افسردگی که در آن بیماران فقط یک دوره افسردگی اساسی دارند.

2- افسردگی اساسی عود کننده؛ که در آن هر دوره ی افسردگی حداقل دو ماه با دوره های قبل و بعد فاصله داشته و طی این دوره، بیمار هیچ علامت چشمگیری از افسردگی ندارد(مجتهدی،1377).

قابل توجه است که اختلال افسردگی اساسی، اختلال خوشخیمی نیست. زیرا میل به مزمن شدن دارد و بیماران دچار عود می­گردند. در مطالعات زیادی سعی شده است شاخص های پیش­بینی کننده­ی خوب و بد در سیر اختلال افسردگی اساسی مشخص شود. از ملاک های تشخیص برای دوره ی افسردگی اساسی داشتن پنج یا تعداد بیشتر از علائم مانند خلق افسرده در اکثر مواقع روز، کاهش قابل ملاحظه در علاقه یا احساس لذت، کاهش یا فزایش قابل ملاحظه ی وزن بدون رژیم غذایی، تحریک یا کندی روانی- حرکتی، خستگی یا فقدان انرژی، احساس بی ارزشی یا احساس گناه بی مورد، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز، افکار تکرار شونده ی مرگ و خودکشی می باشد.

براساس تحقیقات، 50 درصد بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی در دوره ی اول اختلال قبل از مشخص شدن دوره ی علائم قابل ملاحظه ی افسردگی داشته اند. مفهوم ضمنی آن این است که شناخت و درمان به موقع علائم ممکن است مانع پیدایش یک دوره ی کامل افسردگی شود. هرچند ممکن است علائم وجود داشته باشد، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی معمولاً اختلال شخصیتی قبل از بیماری ندارند. طول مدت یک دوره ی افسردگی درمان نشده در این بیماران 6 تا 13 ماه به طول می کشد و اکثر موارد درمان شده 3 ماه دوام می یابد(کاپلان، 1994، ترجمه ی پورافکاری، 1375، صص249-228).

همچنین، اختلال افسردگی اساسی گاهی ممکن است با افسرده خویی به صورت همزمان دریک فرد وجود داشته باشد. این پدیده که اغلب افسردگی دوگانه یا مضاعف[[25]](#footnote-25) نامیده می شود، شامل یک دوره یا بیشتر از افسردگی اساسی است که پس از ابتلا به افسرده خویی تجربه می­شود(بایلینگ و همکاران، 1999؛ ترجمه ی خدایاری فرد و عابدینی، 1389، ص304).

**- اختلال افسردگی دو قطبی**[[26]](#footnote-26): اختلال افسردگی دوقطبی I و II از جمله بیماری های شدید روانپزشکی است که با چرخه های غیرقابل پیش بینی افسردگی شدید همراه است. اختلال دوقطبی از این جهت که ترکیبی از دوره های افسردگی اساسی و دوره های کوتاه تری از بالارفتن خلق و انرژی به طور چشمگیر که شیدایی و شیدایی خفیف[[27]](#footnote-27) است، دوقطبی نامیده می شود. دوره های شیدایی را می توان به عنوان قظب مخالف از نظر خلق، انرژی و رفتار مدنظر قرار داد. در طی دوره های اختلال دوقطبی تحریک پذیری و خلق بالا و ترکیبی از نشانگان افسردگی همراه با انرژی زیاد در فرد به وجود می آید، به طوری که فرد نمی تواند کنترلی برآن داشته باشد. در این اختلال، علاوه بر نشانگان مشابه دوره های افسردگی اساسی، افراد واجد ملاک های شیدایی دست کم یک هفته، سه مورد از نشانگان عزت نفس زیاد یا خودبزرگ بینی افراطی، کاهش در نیاز به خواب، فقدان احساس بی انرژی بودن و احساس خستگی، پرحرفی زیاد یا داشتن افکار زیاد، به سرعت از فعالیت ها و افکار دست کشیدن و دچار وسواس شدن، هدفدار بودن به صورت افراطی، درگیری افراطی در فعالیت های شاد، مثمرثمر و مولد بدون درنظر گرفتن پیامدهای منفی بالقوه ی آن را تجربه می کنند(انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000؛ به نقل از بایلینگ و و همکاران، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، 1389، ص334).

**نظریه های افسردگی**

اولین نظریه در مورد اختلالات خلقی توسط اسکیرول[[28]](#footnote-28) در سال 1840 میلادی ارایه شد. او اعتقاد داشت که اختلالات عاطفی به شکل­هایی از افسردگی و روان پریشی های بدگمان وابسته می­باشد(مستفیضی،1387، ص9).

**نظریه ی زیست شناختی**

دیدگاه زیست شناختی بر این فرض استوار است که علت افسردگی یا در ژن ها و یا در بعضی کارکردهای ناقص فیزیولوژیکی است که احتمال دارد مبنای ارثی داشته باشد. یافته های بدست آمده از تحقیقات صورت گرفته بر روی دو قلوها از سال 1930 نشان می دهد که افرادی که در بعضی موارد افسردگی را تجربه می کنند حداقل در دو نسل از بستگان­شان چنین رفتارهایی مشاهده شده است(اکبری، 1389، ص212). براساس یافته ها نظیر مک گوفین و همکاران[[29]](#footnote-29)، 1991) اختلالات دو قطبی بیش از اختلالات یک قطبی از جمله افسردگی اساسی به عوامل وراثتی مرتبط هستند. البته نقش خاصی که عوامل ارثی در اختلالات دارد اصلاً روشن نیست. اما احتمال دارد که نابهنجاری زیست شیمیایی خاصی دخیل باشد. شواهد پیش از پیش نشان می دهد که خلق ما تحت تأثیر عصب- رسانه هایی است که تکانه های عصبی را از نورونی به نورون دیگر منتقل می کند. دو عصب- رسانه که در اختلالات خلقی نقش مهمی به آنها نسبت داده شده است نور اپی نفرین و سروتونین است. فرضیه ی زیست شناختی بر این باور است که افسردگی با کمبود یک یا هردوی این عصب- رسانه ها مرتبط است(هیلگارد، 2001، ترجمه ی رفیعی و همکاران، 1383، ص171).

# یکی از نظریه‌های زیست شناختی، نظریه ی ژنتیک است. در این نظریه عقیده بر این است که بد کارکردی‌هایی که در اختلالات خلقی در قلمرو عصبی- فیزیولوژیک و سیستم درون ریزی وجود دارد ارثی است. نتایج مطالعات دو قلوها و مطالعات خانوادگی که انجام شده بر این نکته تأکید دارند که آمادگی اختلال‌های خلقی ممکن است به طور ژنتیک یابد. از دیگز زیست شناختی، **نظریه‌ی بی‌نظمی آمین است. براساس این نظریه** افسردگی زمانی رخ می‌دهد که ما شاهد بی‌نظمی در سیستم آمین در آن مراکزی از مغز باشیم که به تجارب مرتبط با تنبیه و پاداش خدمت می‌کنند. از جمله انتقال دهنده‌های عصبی اصلی نور آدرنالین و سروتونین می‌باشد. طبق نظریه ی **بی‌نظمی آندوکرینی:** افسردگی از کاهش در سطوح تیروکسین همراه با بی‌نظمی در محورهیپوتالاموس- هیپوفیز- تیروئید و بالا رفتن سطوح کورتیزول همراه با بی‌نظمی در محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال به دنبال استرس مزمن ناشی می‌شود. **سرانجام بر اساس نظریه ی بدکاری سیستم ایمنی،** مواجهه با استرس مزمن یا فقدان شدید مثل داغدیدگی به نقص در کارکرد سیستم ایمنی منجر می‌شود و همین طور نشانه‌های افسردگی را به وجود می‌آورد.

**نظریه های روان پویشی**

مطالعات روان شناختی، افسردگی را واکنش پیچیده در قبال از دست دادن چیزی توصیف می­کند. فروید(1975) در اثر خود تحت عنوان سوگواری و مالیخولیا، سوگواری طبیعی و مالیخولیایی افسردگی را پاسخ هایی طبیعی به از دست دادن شخص یا چیزی مورد علاقه توصیف می کند. به هرحال، فرد مبتلا به مالیخولیا برخلاف فرد سوگوار دچار خودکم بینی فوق العاده یعنی عجز در خود در مقیاس کلی است. در این نظریه، افسردگی نخستین اختلالی توصیف شده است که در آن به جای میل جنسی، عواطف به عنوان عواملی مرکزی مطرح می شوند. به نظر فروید، مالیخولیا اندوهی افراطی، مشوش کننده، مهم تر و غالباً مربوط به محیط است که ظاهراً برای فرد دیگر بی مورد تلقی می شود(اکبری، 1389، ص213).

درک سایکودینامیکی افسردگی، که توسط فروید تبیین شد، دیدگاه کلاسیک مربوط به افسردگی را تشکیل می دهد. این نظریه چهار رکن کلیدی را در بر می گیرد:

1- آشفتگی ارتباط نوزاد- مادر در خلال مرحله ی دهانی(10تا 18 ماه ابتدای زندگی) که زمینه ساز آسیب پذیری بعدی به افسردگی است.

2- افسردگی را می توان با فقدان ابژه ی خیالی یا حقیقی مرتبط دانست.

3- درونی سازی ابژه ای از دست رفته، مکانیزم دفاعی است که برای مقابله با رنج و ناراحتی همراه با فقدان ابژه به کار می رود.

4- از آنجایی که ابژه ی از دست رفته با دیدی آمیخته از عشق و نفرت نگریسته می شود، احساسات خشم متوجه و معطوف به داخل می گردند(سادوک و سادوک،2007؛ ترجمه ی رضاعی، 1385).

به طور خلاصه، نظریه های روانکاوانه، افسردگی را واکنشی به فقدان، تعبیر می کنند. ماهیت این فقدان هرچه باشد مانند طرد از سوی یکی از عزیزان، از دست دادن منزلت اجتماعی، از دست دادن معنویت گروهی از دوستان، شخص افسرده واکنش شدیدی نشان می دهد. چون این موارد، وضعیت فعلی تمامی ترس­های ناشی از فقدانی را که در دوران کودکی وی اتفاق افتاده است مانند فقدان مهر و محبت والدین، دوباره زنده می کند. نظریات روانکاوانه در مورد اختلال افسردگی، مطرح کننده ی این امر است که اعتماد به نفس اندک شخص افسرده و احساس بی ارزشی او، از نیاز او به تأیید والدین در دوران کودکی ریشه می گیرد(هیلگارد، 2001، ترجمه رفیعی و همکاران، 1383، ص168).

**نظری های یادگیری**

نظریه پردازان یادگیری و دیدگاه رفتاری تحت تأثیر مطالعات شرطی سازی کنش گر اسکینر[[30]](#footnote-30) (1953) چنین فرض می کنند که افسردگی و فقدان تقویت به هم وابسته اند. از دیدگاه رفتارگرایان، اگر رفتار دیگران می تواند به عنوان عامل تقویت کننده عمل کند، بازده پایین رفتار و احساس غم یا ناراحتی همراه با افسردگی نیز ناشی از میزان پایین تقویت مثبت است. در این نظریه، نقص در مهارت های اجتماعی یکی از علل عمده ی میزان پایین تقویت به شمار می آید. بدین ترتیب، افسردگی که با تغییر رفتار همراه است، فرد را کمتر دوست داشتنی می کند و همین چرخه ی معیوب، موجب تقلیل رفتار و برخورد اطرافیان شده و افسردگی را در فرد تشدید می کند(اکبری، 1389، ص213). بنابراین، نظریه پردازان یادگیری، عدم تقویت را عامل اصلی افسردگی می دانند و معتقدند که عدم فعالیت و احساس غم در شخص افسرده ناشی از میزان اندک تقویت مثبت یا تجربیات ناخوشایند بسیار است. براساس این دیدگاه، بسیاری از وقایع تسریع کننده ی افسردگی مثل مرگ عزیزان، از دست دادن شغل، یا اختلال در سلامت، از میزان تقویت همیشگی می کاهند و چنانچه فرد فاقد مهارت های اجتماعی جهت جذب تقویت مثبت باشد، رفتار او در نهایت باعث راندن اشخاص حتی نزدیک ترین دوستان او شده و زمینه ی تشدید بیماری او را فراهم می آورد(هیلگارد، 2001، ترجمه رفیعی و همکاران، 1383، ص168).

بندورا[[31]](#footnote-31)(1969)، واضع نظریه ی یادگیری اجتماعی، اعتقاد دارد که انتخاب هدف های مشترک و خارج از دسترس از طرف افراد باعث می گردد که این قبیل افراد به ندرت به احساس موفقیت و رضایت از خود نائل شوند. در نتیجه، میزان تقویت های مثبت در مورد این افراد کاهش پیدا کرده و تقویت های منفی به همان اندازه افزایش پیدا می کند و آثار شناختی و عاطفی حاکی از افسردگی را به دنبال می آورد. فوکس و رم[[32]](#footnote-32)(1975) نیز اشاره می کنند که افراد افسرده در ارزیابی اعمال خود بیشتر به رویدادهای منفی که به دنبال رفتار بروز می کند، توجه می نمایند. بدون اینکه رابطه ی آن رویدادها را با رفتار خود در نظر بگیرند. انتخاب هدف های بسیار بالا و غیر ممکن نیز باعث می گردد که فرد افسرده به علت نرسیدن به هدف های غیرواقع بینانه برداشتی منفی از خود پیدا کند. در کاربرد پاداش ها و تقویت ها نیز افراد افسرده بیشتر از تقویت های منفی و سرزنش و اعتقاد در مورد خود استفاده می­کنند(.

مطابق با مدل نظری لوینسون و همکارانش[[33]](#footnote-33)(1970) افراد افسرده دارای نقص‌ها و کمبودهایی در مهارت‌های اجتماعی هستند. به نظر این دانشمندان بیماران افسرده در پنج زمینه با افراد غیر افسرده تفاوت دارند که عبارتند از: تعداد واکنش‌های رفتاری، تعداد دفعات آغازشگری رفتار (نه واکنش به رفتار دیگری)، میزان ارائه یکسان رفتار خود به سایرین، نهفتگی پاسخدهی به رفتار فرد دیگر و میزان رفتار تقویت کننده‌ی مثبت. از این رو بیماران افسرده مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند که موجب می‌شود میزان دریافت تقویت مثبت مشروط به پاسخ پائین آمده و از میزان مواجهه با تجربه‌ی آزارنده (تنبیه) افزایش یابد. به عبارت دیگر افسردگی پاسخی به فقدان تقویت مثبت مشروط به پاسخ است. لوینسون و همکارانش در آزمایش تجربی ثابت کردند که شدت افسردگی به طور منظم همراه با افزایش تنبیه و کاهش تقویت مثبت مشروط بر پاسخ تغییر می‌یابد. ویژگی دیگر نظریه‌ی لوینسون طرح این مسئله بود که به هنگام وقوع افسردگی رفتار افسرده ساز برای جلب تقویت از دیگران به شکل علاقه خواهی و یار خواهی عمل می‌کند. در این رابطه، هنگامی که فرد، افسرده و منفعل می شود، منبع اصلی تقویت روحیه برای او همدلی و توجه بستگان و دوستان است. اما از آنجا که همنشینی با کسی که نمی خواهد خوشحال و سرحال باشد، خسته کننده است، رفتار شحص افسرده در نهایت باعث راندن حتی نزدیک ترین دوستان می شود(هیلگارد، 2001، ترجمه ی رفیعی و همکاران، ص168).

**نظریه های انسان گرایی و وجودگرایی**

نظریه پردازان انسان گرا و وجود گرا، فقدان عزت نفس را از موارد مهم در اختلال افسردگی تلقی می کنند. این نظریه پردازان بر وجود تفاوت بین خودآرمانی شخص و درک وی از واقعیت عموم تأکید دارند. احتمالاً وقتی تفاوت بین آرمان و واقعیت به قدری زیاد باشد که فرد نتواند آن را تحمل کند، افسردگی ایجاد می شود(نجاریان و همکاران، 1373؛ به نقل از اکبری، 1389، ص215).

در نظریه ی درماندگی آموخته شده نیز، پدیده های مربوط به افسردگی به تجربه های غیر قابل کنترل ربط داده می شود. این نظریه، حاکی از آن است که متعاقب رویدادهای ناگوار خارجی، توجیهات علّی درونی به وجود می آیند که سبب از بین رفتن عزت نفس می گردند .رفتارگرایانی که بر نظریه ی درماندگی آموخته شده صحه می گذارند، تأکید می کنند که بهبود افسردگی، بستگی به این دارد که بیمار احساس کنترل و غلبه بر محیط را بیاموزد.(سادوک و سادوک، 2009؛ ترجمه رضاعی، 1390).

**نظریه های شناختی**

نظریه های شناختی، افسردگی را نه بر آنچه انسان ها انجام می دهند، بلکه بر چگونگی دید افراد نسبت به خود یا جهان، تأکید می کنند. یکی از مؤثرترین نظریه های شناختی که توسط آرون بک[[34]](#footnote-34)(1976) مطرح گردید، براین مبنا بود که چگونه بیماران افسرده همواره وقایع را با دید منفی و با انتقاد از خود ارزیابی می کنند. به جای موفقیت، انتظار شکست دارند و مایلند شکست های خود را بزرگ و درعوض موفقیت را کوچک جلوه دهند. بک(1991) در ادامه ی مطالعات خود، افکار منفی بیماران افسرده را در سه مقوله ی افکار منفی در باره ی خود، در باره تجربیات فعلی و در باره ی آینده گروه بندی کرد(هیلگارد، 2001، ترجمه رفیعی و همکاران، 1383).

روانشناسی شناختی بک(1991) بر نقش تحریف های شناختی و خطاهایی که با افسردگی همراه است، تأکید بسیار داشت و معتقد بود که چنین تغییراتی تنها بازتاب افت خلقی نیست، بلکه در پیدایش و تداوم اختلال نقش مهم و موثری ایفا می کند. بر اساس این نظریه، منشأ تفکر منفی در افسردگی به بازخوردهایی مربوط می شود که در کودکی و دوره های بعد ی شکل می گیرد. این نوع افکار خلق را پایین می آورد و پایین آمدن خلق، خود احتمال وقوع افکار خودآیند منفی را بالا می برد و بدین ترتیب دور باطلی ایجاد می شود که در جهت تداوم افسردگی عمل می کند(کرک و کیت[[35]](#footnote-35)، 2005). منظور از تحریف‌های شناختی، خطاهای منطقی منظمی هستند که باعث بازنمایی نادرستی از واقعیت‌ها می‌گردند. وجود چنین خطاهایی در فرآیند پردازش اطلاعات بیماران افسرده به همراه سوگیری منفی حافظه در درک آن‌ها از واقعیت‌ها تحریف‌هایی را به وجود می‌آورند. بک (1976) خطاهای شناختی را به شرح زیر خلاصه می‌کند:

**1- انتزاع انتخابی:** مطابق با این تحریف شناختی بیمار جنبه منفی یک موقعیت را بر گزیده و بر اساس این جزء منفی تمام موقعیت را تفسیر می‌کند مثلاً چون به چشم خود دیدم که پسرم با دوچرخه‌اش تصادف کرد و به شدت زخمی شد و من هرگز به او اجازه ندادم تا دوچرخه سواری را کامل یاد بگیرد. غمگین و افسرده‌ام.

**2- استنباط دلخواه:** بیمار بدون شواهدی کافی و حتی گاهی با وجود شواهد متضاد در تأیید برداشت منفی خود به نتیجه می‌رسد. مثلاً فردی به دوستش سلام می‌دهد واو در مقابل جواب نمی‌دهد، او چنین برخوردی را به عنوان تأیید بی‌کفایتی خود برداشت می‌کند.

**3. تصمیم بیش از اندازه:** بیمار با شکست در یک زمینه زندگی‌اش نتیجه می‌گیرد که در تمام تجارب خود شکست خواهد خورد و چنین نتیجه می‌گیرد که من هرگز در امتحان موفق نخواهم شد.

**4. بزرگ نمایی و کوچک‌نمایی:** بیمار جنبه منفی یک موقعیت را برزگ جلوه می‌دهد و آزار ناشی از بدشانسی و ضعف خود می‌داند در حالی‌که جنبه‌های مثبت را کوچک شمرده و به آنها بی‌توجه است.

**5. شخصی سازی:** بیمار خود را در بروز حوادثی دخیل می‌داند که هیچ رابطه‌ای با آنها ندارد.

**6. تفکر قطبی شده (تفکر مبتنی بر اصل همه یاهیچ):**‌ بیمار افسرده افکارش را دو کرانه‌ی یک موقعیت حفظ می‌کند. رویدادها فقط بر حسب خوب یا بد، سیاه و سفید مورد قضاوت قرار می‌گیرند. فرض‌های اساسی این نوع تفکر عموماً با اصطلاحات مطلق نظیر همیشه یا هرگز بیان می‌شوند.

بنابراین، طبق نظریه ی شناختی، افسردگی از دگرگونی های شناختی خاص که در افراد مستعد افسردگی وجود دارد، ناشی می شود. این دگرگونی ها که طرحواره های افسردگی زا[[36]](#footnote-36) نامیده می شود، الگوهای شناختی هستند که داده های درونی و بیرونی را تحت تاثیر تجارب روان زندگی تغییر یافته درک می کنند. آرون بک، یک تریاد شناختی برای افسردگی فرض کرد که مرکب است از 1- نگرش نسبت به خود، برداشت منفی از خود 2- نگرش نسبت به محیط، تجربه ی جهان به صورت متخاصم و پرتوقع 3- در مورد آینده، انتظار، رنج و شکست(کاپلان، 2003). بک(1991) بر این باور است که باورهای غیر منطقی و خودگویی های مخرب، سرچشمه ی همه ی مشکلات روانشناختی است. اما برخلاف روانکاوانی که بیماران را تشویق به بیان افکار و احساس هایشان می کنند تا نسبت به ریشه های رفتاری غیر انطباقی خویش به بینش برسند. به عقیده ی بک و سایر درمانگران شناختی \_ رفتاری نیازی نیست که مراجع فرایند های زیربنایی ایجادکننده ی باورهای غیر منطقی و خوگویی منفی را درک کند. وی رویکرد فعال تری نسبت به درمانجویان خویش در پیش می گیرد وسعی می کند به طور مستقیم با رفتارهایی که با شناخت های مخرب ارتباط دارند روبرو شود ودر آنها تغییر ایجاد کند(هافمن، 2003).

قابل توجه است که چندین نظریه ی شناختی در مورد افسردگی وجود دارد که مهمترین و معروف‌ترین آنها نظریه‌های اسنادی مانند درماندگی آموخته شده و نظریه‌هایی هستند که بر جنبه‌های شناختی فشار روانی تأکید دارند. در مجموع، نظریه های شناختی افسردگی، در عین اهمیت قائل شدن برای جنبه های رفتاری و آگاهانه ی افسردگی و قبول نقش یادگیری به عنوان عامل تعیین کننده ی اصلی در ایجاد مظاهر مختلف رفتار افسرده، اولویت را به برداشت ها، باورها و محتویات ذهنی فرد می دهند. به عبارت دیگر واکنش های بدنی- رفتاری حاکی از افسردگی را نتیجه و معلول افکار افسرده می دانند(مهریار، 1386).

**جنسیت و افسردگی**

به نظر می رسد که زنان دو برابر مردان در معرض خطر ابتلا به افسردگی باشند. بررسی هایی که از نظر روانشناختی نیرومند بوده­اند را می توان به موارد افراد درمان شده و نمونه های اجتماعی تقسیم کرد. از هشت بررسی موارد درمان شده در ایالات متحده، هفت تای آنها نشان دادند که زنان به طور معناداری افسرده تر از مردان بودند، به طوری که نسبت متوسط آنها دو به یک بود. از ده بررسی موارد درمان شده خارج از ایالات متحده، نه تای آنها نشان دادند که افسردگی در زنان بیشتر از مردان است، به طوریکه نسبت متوسط آنها یک به دو و سه دهم بود. با این حال موارد درمان شده ممکن است تفاوت های جنسی واقعی در افسردگی را نشان ندهند، زیرا احتمالا زنان بیشتر از مردان جویای درمان هستند. برای برخورد با این مسئله تعداد زیادی بررسی اجتماعی اجرا شد که اغلب این بررسی ها نشان می دهند که افسردگی در زنان بیشتر از مردان است و نسبت متوسط آنها اندکی زیر یک به دو است(سلیگمن، 1998؛ به نقل از اکبری، 13899). برای توجیه تفاوت جنسی در افسردگی تاکنون چندین فرضیه ارائه شده است:

فرض اول اینکه در جامعه ی ما زنان بیشتر از مردان به ابراز نشانه های افسردگی تمایل دارند. وقتی زنان با مشکل روبرو می شوند برای عدم تحریک و گریه ی بیشتر تقویت می شوند، در حالیکه مردان برای خشم و بی تفاوتی بیشتر تقویت می شوند(آزاد، 1384). فرض دوم بر مبنای فرضیه های زیستی است که می گویند فعالیت آنزیم شیمیایی، استعداد ژنتیک و دوره ی ماهیانه بر افسردگی پیش از قاعدگی و آسیب پذیری بیشتر تاثیر دارد. همچنین امکان دارد ناقلان زنانه ی ژن افسردگی، افسرده شوند در حالیکه ناقلان مرد، ممکن است الکلی شوند(آزاد، 1384). فرضیه ی سوم مبتنی بر درماندگی آموخته شده است. اگر افسردگی به در ماندگی مربوط باشد، چنانچه زنان یاد بگیرند که درمانده تر از مردان باشند، افسردگی در زنان فراوان تر از مردان آشکار می شود. جامعه ای که زنان را برای فکرو خیال و نافعال شدن هنگام مواجهه با مشکل تقویت می کند و در حالیکه مردان را برای اقدامات کنارآمدن تقویت می کند، ممکن است هزینه ی گزافی برای افسردگی بعدی زنان بپردازد(سلیگمن 1998؛ به نقل از اکبری، 1389). فرضیه ی چهارم اینکه زنان بیشتر از مردان حالت گرا هستند و به همین خاطر برای نگران شدن دوباره رویدادهای ناگوار زندگی و توضیح دادن آنها آمادگی دارند(که مهمترین آنها افسردگی است) در حالیکه مردان بیشتر به عمل و کمتر به فکر گرایش دارند. حالت گرایی در مورد افسردگی، افسردگی را افزایش می دهد که عمل گرایی می تواند خلق افسرده را کاهش داده و موجب یافتن راه حل برای مشکلات زندگی شود(به نقل از افشاری، 1385).

فرض پنجم براساس تبیین های مربوط به تغییرات پیش از قاعدگی است. براین اساس، اگر پدیده ی معتبری به نام افسردگی پیش از قاعدگی وجود داشته باشد، وقوع آن می تواند مقدارافسردگی زنانه را افزایش دهد. در نهایت، فرضیه ششم و جالب ترین آنها به تصویر بدن و تعقیب لاغری از طریق رژیم غذایی مربوط می شود که در کشورهای پیشرفته نزد خانم ها رایج است. براساس این فرض، یک علت ریشه ای افسردگی، ناکامی و درماندگی است. رژیم غذایی یک چرخه ی ناکامی و درماندگی را تشکیل می دهد. ابتدا، رژیم گیرندگان وزن خود و افسردگی همراه با وزن اضافه را کاهش می دهند، ولی در نهایت وقتی وزن آنها برمی گردد، ناامید می شوند، و این وضعیت 95 درصد رژیم گیرندگان است(روزنهان و سلیگمن، 2004؛ ترجمه سید محمدی،1382).

**تفاوت های فردی در افسردگی**

افراد نه تنها به لحاظ رویدادهایی که در زندگی تجربه می کنند متفاوتند، بلکه از لحاظ آسیب پذیری در برابر رویدادها نیز متفاوتند. آسیب پذیری هرکس در برابر فشار روانی متاثر از مهارت های مقابله و حمایت های اجتماعی موجود می باشد. آسیب پذیری احتمال پاسخ غیر انطباقی به فشار روانی را افزایش می دهد. مثلا کودکان محبت ندیده آسیب پذیرتر از محبت دیده ها هستند و معمولاً اختلالات رفتاری در آنان بیشتر بروز می­کند. ویژگی هایی که افراد در مقابل موقعیت های مختلف زندگی با خود دارند مانند انتظارات، ترس ها، مهارت ها و امید ها، بر میزان فشار روانی که احساس می کنند و بر میزان تناسب مقابله با آن تاثیر می گذارد. تجربه و موفقیت در مقابله با موقعیت های مشابه اعتماد به نفس استوار و توانایی در خونسرد ماندن و انسجام خود را از دست ندادن به عوض از پا افتادن در رویارویی با مشکل ، همه بستگی به برآورد واقعی و پاسخ به موقعیت ها دارد(ساراسون، 1987).

بررسی ها نشان داده است که برای رویارویی با وقایع استرس زا، مردان بیشتر به استفاده از راهکارهای شکل محور و زنان به راهکارهای هیجان محور تمایل دارند. اما زمانیکه میزان تحصیلات و شغل و درآمد زنان و مردان مشابه باشد، تفاوتی وجود ندارد. این نتایج نشان می دهد که در الگوهای کنار آمدن زنان و مردان نقش های اجتماعی اهمیت زیادی دارد. به طور کلی افراد محروم بیشتر احتمال دارد که با وقایع استرس زا رویارو شوند و کمتر احتمال دارد که به گونه ای موثر با آنها کنار بیایند(سارافینو، 1384).

**تأثیرافسردگی بر ابعاد زندگی**

رویدادهای زندگی نقش اولیه یا اساسی را در افسردگی دارند. متقاعد کننده ترین داده ها حاکی

است که رویدادها در زندگی فرد، حائز بالاترین میزان ارتباط با افسردگی است. برای مثال، از دست دادن پدر یا مادر قبل از 11 سالگی، مرگ همسر، از دست دادن شغل، شکست در تحصیل و غیره از این جمله است. در مقابل، اختلال افسردگی نیز بر ابعاد زندگی اثر گذار است. در این راستا، گیلبرت(1999) معتقد است که اختلال افسردگی ناشی از هر عاملی که باشد، صرفاً به معنای احساس دلتنگی و غمگینی نیست. بلکه، بر انگیزش، عواطف، تفکر و دیگر ابعاد دیگر زندگی تأثیر می گذارد.

**1- انگیزش**: افسردگی بر انگیزه ی ما برای انجام کارها اثر می گذارد .ممکن است احساس بی تفاوتی کنیم و انرژی و علایق ما کاهش یابد. هیچ کاری ارزش انجام دادن نداشته باشد وهمه چیز چنان عبث و بیهوده به نظر برسد و چنان نا امید شویم که حتی حاضر نباشیم کاری را امتحان کنیم. **2- عواطف:** بیشتر مردم فکر می کنند که افسردگی تنها در خلق پایین و احساس بی حوصلگی خلاصه می شود. این حالت قطعاً بخشی از افسردگی به شمار می رود. در واقع، نشانه ی افسردگی "فقدان احساس لذت"است. که از کلمه ای یونانی به معنی "بدون لذت" گرفته شده است و معنی آن از دست دادن قابلیت تجربه کردن هر نوع لذت است. اما این مهم است که با اینکه عواطف و احساسات را از دست می دهیم، عواطف منفی، به ویژه خشم، در وجود ما افزایش می یابند.

**3- تفکر:** افسردگی به دو طریق در شیوه ی تفکر ما مداخله می کند.اول اینکه افسردگی بر تمرکز حواس و حافظه ی ما اثر می گذارد.ما نمی توانیم بر روی امور تمرکز کنیم یا ذهن خود را به مساله­ای خاص معطوف سازیم. مطالعه ی کتاب و تماشای تلویزیون غیر ممکن می شود. نمی­توانیم وقایع را به خوبی به یاد بیاوریم و بیشتر تمایل داریم که امور را فراموش کنیم. دوم اینکه افسردگی بر چگونگی تفکر ما از خودمان و آینده و دنیای اطرافمان اثر می گذارد.

**4- تصورات:** وقتی افسرده می شویم سعی می کنیم برای توصیف آن از تصاویر ذهنی متناسب با آن استفاده کنیم. مثـلاً ممکن است از قرار گرفتن در زیر ابرهای تیره، محبوس شدن در گودالی عمیق، و یا بودن در اتاقی تاریک صحبت به میان آوریم. تصورات فرد افسرده برمحور سیاهی و تاریکی دور می زند. فرد خود را میان تاریکی هایی می بیند که به هیچ وجه امکان رهایی ار آنها وجود ندارد.

**5- رفتارها:** وقتی افسرده می شویم رفتارهای ما تغییر می کنند. در این حالت ما به فعالیت هایی می پردازیم که کمتر مثبت هستند و حتی ممکن است از اجتماع عقب بکشیم و در گوشه ای پنهان شویم. رفتار ما در برابر دیگران نیز تغییر می کند. در حالت افسردگی کار های مثبت کمتری برای دیگران انجام می دهیم و بیشتر خودمان را در تضاد با دیگران می یابیم. اگرخیلی مضطرب شویم ممکن است از روبرو شدن با مردم اجتناب کنیم یا اعتماد به نفس اجتماعی خود را از دست بدهیم.

**6- فیزیولوژی :** وقتی افراد دچار اضطراب و نگرانی می شوند مقدار آدرنالین بدن آنها بالا می رود. افسردگی نیز تغییرات زیست شناختی دیگری را در بدن به وجود می آورد که جسم و مغز را تحت تأثیر قرار می دهد. وقتی که افسرده می شویم مغز ما به گونه ای متفاوت تر عمل می کند. در واقع هر حالت روانی از قبیل خوشحال بودن، بر انگیختگی جنسی، تهییج، اضطراب یا افسردگی با تغییرات فیزیکی در مغز همراه است.

**7- روابط اجتماعی:** افسردگی در هر حال روی اطرافیان تأثیر می گذرد، حتی اگر بکوشیم افسردگی خود را از آنها پنهان کنیم در هنگام افسردگی در روابط خود با دیگران از شادابی لازم برخوردار نیستیم، غالبا زود رنج می شویم و در ارتباط با دیگران جنبه منفی به خود می گیریم و مرتب می گوییم "نه". نکته اصلی این است که این حالات در همه مردم افسرده عمومیت دارد و از زمانی که انسانها برای اولین بار دچار افسردگی شدند، این حالات وجود داشته است. بنابراین،وقتی افسرده می شویم نباید از وجود این حالات احساس شرمندگی کنیم. چون همین امر خود باعث افسردگی بیشتر می شود.(به نقل از جمالفر، 1389، ص45).

**علائم افسردگی اساسی**

علائم اختلال افسردگی دامنه ی وسیعی از علائم بدنی، عاطفی و روانی را دربر می گیرد. با وجود این، خلق افسرده و فقدان علاقه و لذت از علائم کلیدی در اختلال افسردگی اساسی هستند. در این اختلال، بیمار ممکن است اظهار کند که احساس غم، یأس، پوچی و بی ارزشی می کند. برای بیمار خلق افسرده غالباً کیفیت خاصی دارد که با غمگینی معمولی متفاوت است. بعضی از بیماران آن را یک درد روحی توانفرسا توصیف می­کنند. همچنین، این بیماران، گاهی از ناتوانی برای گریه کردن شکایت می­کنند، علامتی که با بهبود بیماری از بین می رود. علاوه براین، تقریباً دوسوم بیماران افسرده ممکن است به خودکشی بیندیشند و 10 تا 15 درصد آنها به زندگی خود خاتمه دهند. تقریباً همه ی بیماران افسرده از کاهش انرژی که منجر به بروز اشکال در تکمیل تکالیف، اختلال در کار تحصیلی و حرفه ای و کاهش انگیزه برای انجام طرح های تازه می گردد، شکایت دارند. علاوه براین، 80 درصد این بیماران از اختلال خواب، بخصوص زود بیدارشدن از خواب و بیداری های مکرر شبانه که ضمن آن در مسائل خود به نشخوار ذهنی می پردازند، رنج می برند. در توصیف کلی، کندی روانی- حرکتی شایع ترین علامت این نوع افسردگی است. هرچند، تحریک روانی- حرکتی نیز در بیماران مسن مشاهده می گردد. از علائم کلاسیک دیگر، گره کردن انگشتان به هم، کندن مو، خمیدگی قامت، فقدان حرکت خودبخودی و نگاه خیره روبه پایین است. بسیاری از بیماران افسرده نیز کاهش سرعت و حجم تکلم نشان می دهند و به سؤال ها یا پاسخ های یک کلمه ای و تأخیر طولانی واکنش نشان می دهند(کاپلان، ترجمه ی پورافکاری، 1375، ص 241-238).

به طور مشخص، از علائم اختلال افسردگی اساسی می توان به افسرده بودن خلق و خوی در بیشتر روزها، کاهش آشکار علاقه یا میل به هر نوع فعالیت در زندگی، کاهش یا افزایش قابل توجه وزن بر اثر کاهش یا افزایش اشتها، بی خوابی شبانه یا پرخوابی، افزایش یا کاهش اعمال روانی حرکتی یا فعالیت های ذهنی، خستگی یا کاهش انرژی، احساس بی ارزشی یا گناهکاری، کاهش توان اندیشیدن یا تمرکز ذهن و تصمیم گیری، اندیشیدن به مرگ و عدم ترس از مرگ و فکر خودکشی بدون داشتن طرحی برای آن یا طرحی از پیش ریخته شده، مشکلات جسمانی از قبیل خارش بدن، خشکی دهان، مشکلات گوارشی، سر درد، کمر درد که معمولا به دارو جواب نمی­دهند، کاهش اعتماد به نفس، سرزنش مدام خود، نگرانی از گذشته و آینده اشاره کرد(مستفیضی،1387، ص18)

گیلبرت[[37]](#footnote-37)(1999)، علایم افسردگی شدید را خلق و خوی گرفته، فقدان لذت، تغییر کلی در اشتها

و کم شدن حداقل 5% از وزن طبیعی، آشفتگی خواب، آشفتگی و پریشانی یا احساس سستی و رخوت، از دست دادن نیرو و توان یا احساس خستگی، احساس بی ارزش بودن عزت نفس پایین و تمایل دایم به احساس گناه، .از دست دادن توانایی تمرکز حواس، داشتن تفکراتی درباره مرگ و خود کشی را برشمرده است(به نقل از جمالفر، 1389، ص48).

در این زمینه، عملاً چهار مجموعه نشانه در افسردگی اساسی معرفی شده است. بدین ترتیب که علاوه بر نشانه­های خلقی یا هیجانی، نشانه های فکری یا شناختی، نشانه های انگیزشی و نشانه­های جسمانی یا تنی نیز وجود دارد:

**- نشانه های هیجانی:** احساس ناامیدی، ناخشنودی، بی ارزشی، حقارت از نشانه های هیجانی افسردگی است. اما غم، برجسته ترین و فراوان ترین نشانه ی هیجانی در افسردگی است.

**- نشانه های شناختی:** فرد افسرده به صورت کاملاً منفی درباره ی خودش فکر می کند. این افکار منفی نظر او را نسبت به خودش و آینده تحت الشعاع قرار می دهد. فرد افسرده اغلب عزت نفس کمی دارد. او باور دارد که شکست خورده است و مسئول شکست خودش است. او معتقد است که حقیر، بی کفایت و نالایق است.

**- نشانه های انگیزشی:** فراد افسرده مشکل زیادی برای شروع فعالیت دارند. در حالت شدید، عدم شروع پاسخ، " فلج اراده " است. چنین بیماری نمی تواند حتی خود را به انجام کارهایی که برای زندگی ضروری هستند وادارد. در افسردگی حاد ممکن است کندی روانی- حرکتی وجود داشته باشد.

**- نشانه های بدنی:** شامل کاهش یا افزایش وزن، کاهش یا افزایش اشتها، کاهش میل جنسی می باشد. فرد افسرده اغلب در خود فرورفته است. بدن او توجه وی را به خود جلب می کند، و نگرانی فزاینده در مورد دردها و رنج ها می تواند رخ دهد(روزنهان و سلیگمن،2004؛ ترجمه ی سید محمدی،1382).

آزادگان(1364) در پژوهش خود، 10 مورد از علائم بدنی و 7 مورد از علائم عاطفی افسردگی را برشمرده است:

1. **علائم بدنی افسردگی:** شامل خستگی و کوفتگی، اختلال خواب، تغییر در اشتها، اختلالات
2. گوارشی، تغییر در وزن بدن، اختلال در دفع ادرار و یبوست، اختلال در دوره ی قاعدگی، اختلال در فعالیت قلب و عروق، اختلالات حسی، و احساس غیر واقعی بودن.

**2- علائم عاطفی افسردگی:** چهره ی خسته و شکسته، گریه و زاری، ترس و تشویش و وسواس، تحریک پذیری و تندخویی، احساس ندامت و پشیمانی، یأس و نا امیدی، و بی اعتمادی( به نقل از اکبری، 1389، ص222).

**علل افسردگی**

اساس سببی اختلالات خلقی ناشناخته است. تلاش های بسیاری برای شناسایی علت زیست شناختی یا روانی- اجتماعی اختلالات خلقی به دلیل ناهمگونی جمعیت بیمار، دچار محدودیت است. با وجود این، عوامل سببی اختلال افسردگی را می توان به طور ساختگی به عوامل زیست شناختی، ژنتیکی، و روانی- اجتماعی تقسیم کرد. ساختگی از این نظر که این عوامل ممکن است در مواردی با هم تداخل داشت باشند(کاپلان، 1994؛ ترجمه پورافکاری، 1375، ص218). در هرحال، امروزه به عوامل گوناگونی در سبب شناسی اختلال افسردگی مانند وراثت، جنسیت، سن، تیپ شخصیتی، محیط خانواده، استرس و اتفاقات زندگی، بیماری های جسمی، دارو ها و مواد مخدر و شغل اشاره می شود.

**عوامل ژنتیکی**

داده های ژنتیک قویاً حاکی از آن است که یکی از عوامل قابل ملاحظه در پیدایش اختلال خلقی عامل ژنتیک است. مطالعات خانوادگی مکرراً به این نتیجه رسیده اند که بستگان درجه اول بیماران افسردگی اساسی 2 تا 10 برابر بیشتر از بستگان در جه اول گروه شاهد در معرض ابتلا به این اختلال هستند. براساس این مطالعات همچنین مشخص گردید که با کم شدن میزان قرابت خانوادگی احتمال ابتلا به اختلال خلقی از جمله افسردگی اساسی نیز کاهش می یابد. مطالعات فرزندخواندگی نیز داده هایی در تأایید اساس ژنتیک برای توارث اختلالات خلقی بدست داده اند. در مطالعات دو قلویی نیز نشان داده شد که میزان ابتلائ توأم برای اختلال افسردگی اساسی در دو قلوهای یک تخمکی حدود 50 درصد است(کاپلان، 1994، ترجمه پورافکاری، 1375، ص224 و 225). از طرفی، ارقام به دست آمده از دو قلوهای یک تخمکی از میزان تشابه یا همگامی[[38]](#footnote-38) 70 درصد، در دو قلوهای دو تخمکی 20 درصد و در دو قلوهای یک تخمکی که جدا از هم بزرگ شده اند، 66 درصد است. یافته ها ی حاصل از فرزند خوانده ها با تعداد نمونه کمتر نیز تاییدگر تاثیر عوامل ارثی در سبب شناسی اختلال افسردگی است(سادوک و سادوک،2007 ،ترجمه ی رضاعی، 1385). در این رابطه، تعدادی از مطالعات هورمونی نشان داده است که کودکان افسرده نسبت به کودکان عادی، هنگام خواب ترشح هورمون رشدی بیشتری دارند(فرقانی رئیسی، 1380، ص75).

**عوامل زیستی**

افسردگی حالت ذهنی بسیار قوی­ای است که با فرآیند­های زیست شناختی در ارتباط است. کسی که افسرده می شود، حالت فیزیکی مغزش متفاوت با زمانی است که افسرده نیست. گاهی اوقات افسردگی نتیجه رخدادهایی است که در درونمان اتفاق می افتد. درست همان طور که حالت درد آور و غم و اندوه می تواند با از دست دادن فرد مورد علاقه بوجود آید. افسردگی نیز می تواند به واسطه مشکلاتی که ما در زندگی خود داریم و نیز شیوه ی نگرش و برخوردمان با این مشکلات بوجود آید. وقتی افسردگی آغاز می شود، افکار ما می توانند نقش مهمی را در تداوم یا کنترل و کاهش آن بازی کنند. بنابراین، افسردگی شامل تغییراتی در جسم و روح است. برای بسیاری از مردم احتمال ابتلا به افسردگی جنبه ژنتیکی دارد. اما تجربیات دوران اولیه نیز می تواند باعث افزایش حساسیت زیست شناختی نسبت به افسردگی شود. وقتی دچار فشار روانی می شویم، برخی تغییرات زیستی در مغزها اتفاق می افتد و این موضوع می تواند ما را گرفتار چرخه روانی سازد. برخی شیوه های منفی تفکر ما با نحوه ی عمل فشار روانی مرتبط است که مارا وادار می سازد بر جنبه ی منفی امور تکیه کنیم و بد ترین شرایط را در نظر بگیریم(گیلبرت، 1999؛ ترجمه جمالفر، 1389، ص70 و90).

در این رابطه، پژوهش های زیست شناختی اولیه مطرح کردند که افسردگی ناشی از کاهش انتقال دهنده های نوراپی نفرین و سروتونین و شیدایی ناشی از افزایش این مواد شیمیایی است. اما امروزه شواهد بسیاری نشان می دهند که افسردگی ناشی از نابهنجاری هایی در سوخت و ساز، آزادسازی و یا انتقال نوراپی نفرین یا سروتونین است. داروهای افسردگی مانند پروزاک[[39]](#footnote-39) نشانه های افسردگی را از طریق تاثیر مستقیم بر سیناپس ها که از نواپی نفرین و سروتونین استفاده می کنندف تخفیف می دهند. همچنین شواهدی وجود دارد که اختلالهای افسردگی عمده ارثی هستند. بدین معنی که 50 درصد از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده خویشاوندانی دارند که به یکی از اختلالهای خلقی دچار هستند(هافمن[[40]](#footnote-40)،2002؛ ترجمه بحریایی و دیگران،1380).

علاوه براین، بسیاری از پژوهشگران متوجه شده اند که دگزا متازون که یک معادل مصنوعی کورتیزول است در افراد عادی ترشح هورمون ACTH از غده ی هیپوفیز و همچنین کورتیزول، پلاسما را بازداری می کند. ولی در افراد افسرده چنین وقفه­ای صورت نمی گیرد. مشاهده ی این پدیده منجر به پیدایش آزمون فرونشانی دگزامتازون[[41]](#footnote-41)(DST) شده است. پژوهش های تازه در زمینمه محور تیرویید نیز بر این احتمال تمرکز کرده اند که گروهی از بیماران افسرده از یک اختلال خود ایمنی شناخته نشده که بر غده ی تیرویید ۀنها تأثیر می گذارند در رنج هستند. همچنین، مطالعات فراوانی بر تفاوت آماری بین افراد افسرده و افراد بهنجا در نظم آزاد شدن هورمون نمو مشاهده کرده اند. در بعضی از افراد افسرده پاسخ هورمون محرک غده ی تیروئید[[42]](#footnote-42)(TSH) به هورمون آزاد کننده ی تیروتروپین[[43]](#footnote-43) (TRH) ضعیف است. در این افراد، در برخی از موارد مقاومت به درمان و مواردی که نوسان سریع خلق دارند، تجویز تیروکسین مفید واقع می شود(آوادیسیانس و نیکخو، 1376). این تفاوت ها در کیفیت خواب، نقش عوامل نوروشیمیایی مانند ناقلین عصبی نوراپی نفرین و سروتونین و غیره در افراد افسرده و بهنجار دیده شده است(کاپلان، 1994، ترجمه پورافکاری، 1375، صص223 - 219).

در بحث زیست شیمی و در تعدادی از مطالعات نیز، ناهنجاری های زیستی در بیماران دچار افسردگی گزارش شده است. تا همین اواخر عصب– رسانه های مونوآمینی مانند نوراپی نفرین، دوپامین، سروتونین و هیستامین، کانون اصلی نظریات و پژوهش های مربوط به سبب شناسی این اختلال بود. به تدریج کانون توجه محققین از آشفتگی های سیستم های عصب – رسانه ای واحد به مطالعه ی سیستم های عصب – رفتاری، مدارهای عصبی و مکانیزم های پیچیده تر عصبی تغییر یافته است. بنابراین امروزه سیستم­های مونو آمنینرژیک وسیع تر در قالب سیستم های تنظیم کننده عصبی[[44]](#footnote-44) نگریسته می شوند و آشفتگی های آنها به همان اندازه که ممکن است مستقیماً در سبب شناسی با بیماری زایی نقش داشته باشد، ممکن است یک پدیده ی ثانویه و عارضی باشد(سادوک و سادوک، 2007؛ ترجمه ی رضاعی، 1385).

**عوامل روانی– اجتماعی**

صاحب نظران مختلف بر حسب دیدگاهی که دارند در سبب شناسی افسردگی بر عوامل روانی- اجتماعی گناگون مانند عوامل شخصیتی، رویدادهای زندگی، استرس محیطی، سوء تعبیرها و شناخت های معیوب تأکید می­کنند. برای نمونه، برخی از محققان براین اعتقادند که رویدادهای زندگی نقش اولیه یا اساسی را در افسردگی دارند. متقاعد کننده ترین داده ها حاکی است که رویدادها در زندگی فرد، حائز بالاترین میزان ارتباط با افسردگی است. برای مثال، از دست دادن پدر یا مادر قبل از 11 سالگی، مرگ همسر، از دست دادن شغل، شکست در تحصیل و غیره از این جمله است(کاپلان، 1994؛ ترجمه پورافکاری، 1375، ص226).. طرفداران روان پویشی در سبب شناسی اختلال افسردگی اساسی، بر تیپ شخصیتی تأکید می کنند. از نظر آنها برخی افراد به لحظ ویژگی های شخصیتی نسبت به افسردگی آسیب پذیرترند. از آنجا که فرد افسرده برای عزت نفس خود بیش از حد به دیگران وابسته است، شدیداً نیازمند آن است که لبریز از عشق و تحسین شود . او با حالتی از عطش مداوم برای عشق و محبت زندگی می کند و چنانچه این نیاز برطرف نشود، عزت نفس او تنزل می یابد و زمانی که مأیوس می شود، نمی تواند ناکامی را تحمل کند و حتی ضایعات جزئی، حرمت نفس او را بهم می زند و موجب تلاش های فوری و شتاب زده برای کاستن از ناراحتی می شود. از این بعد، افراد افسرده به صورت معتادین محبتی انگاشته می شوند که به طرزی بی نظیر در ایجاد و محبت دیگران ماهر شده اند و همواره دوست دارند سرشار از محبت باشند(روزنهان و سلیگمن، 2004، ترجمه ی سید محمدی،1382).

**ویژگی­ها و ابعاد تشخیصی اختلال افسردگی اساسی**

یک دوره ی افسردگی اساسی معمولاً به شکل گیری یکی از مؤلفه های مهم در بعضی از اختلال­های خلقی منجر می شود. اما وقتی نشانگان اختلال های خلقی وجود نداشته باشد، مناسب ترین تشخیص، تشخیص افسردگی اساسی است.با این حال، یک دوره ی افسردگی اساسی می­تواند یک بعد از اختلال های خلقی دیگر ازجمله طیف اختلال های دو قطبی و یا افسردگی دوگانه باشد. همچنین، نشانگان افسردگی ممکن است به صورت ضعیف و خفیف اما به شکلی پایدار و طولانی مدت بروز کنند، به طوری که تعداد کمی از ملاک های مربوط به دوره ی کامل افسردگی اساسی را دربرگیرند.به این اختلال افسرده خویی گفته می شود(انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000، به نقل از بایلینگ و همکاران، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، 1389، ص304).

قابل توجه است که اختلال افسردگی اساسی و افسرده خویی تشخیص های جداگانه ای هستند، اما هردو ممکن است با یکدیگر و به صورت همزمان دریک فرد وجود داشته باشند. این پدیده، اغلب افسردگی دوگانه یک دوره افسردگی اساسی دست کم شامل دو هفته خلق افسرده یا از دست دادن علاقه، همراه با چهار مورد یا بیشتر از نشانگان دیگر شامل تغییر وزن یا اشتها، خواب نامنظم، بی قراری فیزیکی یا گوشه گیری، فقان انرژی، احساس بیارزشی یا احساس گناه شدید، مشکل در تمرکز یا تصمیم گیری و برنامه ریزی یا تلاش برای خودکشی می باشد(انجمن روان شناسی آمریکا، 2000). به طور معمول، ایجاد تمایز بین این دو اختلال یا از طریق شدت آنها مانند دوره های افسرده خویی در افسردگی دوگانه به اندازه ی افسردگی اساس مزمن و شدید نیستند. یا از طریق محتوای نشانگان آنها صورت می گیرد(کلر و همکاران[[45]](#footnote-45)، 1995).

**درمان افسردگی**

درمان افسردگی یکی از موضوعات بسیار با اهمیت در پژوهش‌های کلینیکی است. زیرا در بیماری افسردگی واکنش ها غیر طبیعی هستند. بنابراین، با وجود پیشرفت هایی که در درمان افسردگی به وجود آمده است، لزوم انجام پژوهش‌های وسیع‌تری در این مورد کاملاً محسوس است. از پژوهش‌ها چنین برمی آید که اثر وقایع زندگی و چگونگی تأثیر عوامل محیطی بر نوسانات عاطفی متجلی در یک اختلال، نسبت به تلاش در جهت شناخت علائم بیمارگونه این اختلالات واجد اهمیت بیشتری هستند. پژوهش‌های فراوانی دیگر که ارتباط همبستگی نزدیک بین شیوه‌های زندگی فرد و فراوانی بحران‌ها و اختلالات عاطفی را نشان می‌دهند نیز آشکارا بیانگر ارزش درمانی محیط زندگی فرد و نقش قاطع آن در چگونگی کنترل این اختلالات می‌باشد(طریقتی، 1357، ص 401). از نظر پژوهشگران، اقدامات درمانی بر چهار اصل اقدامات عمومی، از بین بردن عوامل مولد استرس، کمک نمودن به بیمار در جهت سازگاری بهتر، و سرانجام، درمان‌های فیزیکی که ممکن است هدف درمان خاص ژنتیک را به طور ساده تخفیف علائم روانی به منظور امکان بر قراری ارتباط با بیمار باشد، استوار است(ایزدی 1364، ص220).

به طور کلی درمان بیماران مبتلا به این نوع اختلالات از جمله افسردگی اساسی باید معطوف به چند هدف باشد. اولاً سلامتی و ایمنی بیمار باید تضمین شود. ثانیاً ارزیابی تشخیصی کامل باشد. همچنین، طرح درمانی باید نه تنها به علائم فعلی، بلکه به رفاه کلی بیمار معطوف باشد(کاپلان، 1994؛ ترجمه پورافکاری، 1375، ص253). در این رابطه تا به امروز روش های درمانی مختلفی مانند روان درمانی، دارو درمانی، و درمان شناختی و غیره در بهبود افراد مبتلا به اختلال افسردگی

به کار گرفته شده است. هر چند در گذشته ترکیب روان درمانی و دارو درمانی از مؤثرترین راه درمان اختلال افسردگی اساسی بوده است، امروزه، بر روش های دیگر از جمله گروه درمانگری شناختی- رفتاری بیشتر تمرکز می شود.

**روان درمانی**

روان درمانی، شیوه ای است که به وسیله ی روان پزشکان و روانشناسان جهت کمک به مشکلات مختلف روان شناختی از جمله اختلال افسردگی اساسی در افراد مورد استفاده قرار می­گیرد. این شیوه مستلزم آن است که فرد در مورد مشکلاتی که با آنها مواجه است، به شکل رو در رو با درمانگر یا در یک گروه کوچک با یک یا دو روان درمانگر صحبت کند. بعضی از شیوه های روان درمانی ها به درمان افسردگی کمک می کنند، اما بعضی دیگر ممکن است حتی آن را وخیم تر کنند. دراین رابطه، روان درمانگران کنونی براین باورند که روان درمانی و دارو درمانی در صورتی همزمان باشد، می تواند سودمندی بیشتری عاید بیمار کند(بلاک برن،1382، ص48). به عبارت دقیق تر، از آنجا که در بیماری افسردگی اساسی، واکنش ها غیرطبیعی هستند. یعنی انسان در برابر مشکلات و ناملایمات و شکست ها بیش از حد افسرده و زمان افسردگی نیز طولانی تر از دیگران در همین شرایط است. جهت درمان؛ بهترین راه مصرف دارو همزمان با روان درمانی است. این داروها گاه لازم است از شش ماه تا سه سال مصرف شوند(مستفیضی،1387، ص61).

روان درمانی از قدیم به صور گوناگون وجود داشته است و امروزه به علت وسعت و دامنه ی فعالیت ها در زمینه ی روان درمانی، ارائه ی یک تعریف جامع امکان پذیر نیست. زیرا روان شناس بالینی، روانپزشک و یا یک روانکاو هرکدام به علت گرایش های گوناگون تعاریف مختلفی را ارائه می دهند. اما در مجموع روان درمانی عبارت از مجموعه فنونی است که فرد را در درمان مشکلات عاطفی و مسایلی که با آن مواجه است کمک می کند و با ایجاد بینش، آموزش صحیح، رشد فکری، طرز کنترل احساسات، عواطف، تفکر صحیح و شیوه های مقابله با مشکلات او را یاری می رساند(میلانی فر، 1378، ص174).

از لحاظ تاریخی، شروع رفتار درمانی به عنوان یک مکتب جدّی به اواسط دهه ی پنجاه و انتشار کتاب مشهور ولپی[[46]](#footnote-46)(1958) بر می گردد. گرچه در این کتاب و چند مقاله بعدی، ولپی به ارکان معالجه ی پاره ای از اشکال افسردگی از طریق روش های مبتنی بر تخفیف حسایت منظم و آموزش اعتماد به نفس اشاره کرده بود، اما تا اواخر 1960 نه در زمینه ی توجیه رفتاری افسردگی و نه در درمان موفقیت آمیز آن آثار زیادی وجود نداشت. از اواخر دهه 1960 آثار از علاقه ی رفتارگرایان به توجیه رفتاری افسردگی و ارائه ی راه حل هایی هرچند ساده و ابتدایی برای درمان آن خبر می­دهند. از اوایل دهه ی 1970 گزارش های نظری و عملی در این زمینه افزایش یافت و اغلب این گزارش ها از دو دیدگاه نسبتاً معارض رفتاردرمانی یعنی رفتاردرمانی مبتنی بر روان شناختی که برداشت های شخصی و محتویات ذهنی را بر رفتارها ی عینی مقدم می داند، نوشته شده اند(مهریار، 1386).

در مبانی نظری روان درمانی، مک لین [[47]](#footnote-47)(1976) نقش فقدان مثبت را در ایجاد افسردگی مورد تأکید قرار داده و فراگیری مهارت های اجتماعی را برای رسیدن به تقویت مثبت ضروری دانسته است. به نظر او تغییر و دگرگونی رفتار بر تغییر حالات عاطفی، شناخت ها و ناراحتی های بدنی مقدم است و می­توان با افزایش میزان فعالیت بدنی بیمار و تغییر دادن نحوه ی ارتباط رو در رویی او با دیگران احتمال دریافت تقویت مثبت و رفع افسردگی را بالا برد. وی همچنین بر روی تکنیک های سازگاری موثر تأکید نمود و بروز افسردگی را ناشی از فقدان یا ضعف این تکنیک ها دانست. از نظر وی فرد افسرده از یک برنامه ی تقویت درازمدت و منجر به خاموشی تدریجی استفاده می کند. رفتارهای افسرده غالباً بر اثر همدردی، توجه و ابراز علاقه اعضای خانواده به فرد افسرده تقویت و نگهداری می شوند(مهریار، 1386).

سلیگمن(1991) این پدیده را درماندگی آموخته شده[[48]](#footnote-48) نامیده است. لوینسون[[49]](#footnote-49) نیز که از نقطه نظر شناختی- رفتاری به اختلال افسردگی پرداخته است، این عقیده را مطرح کرده است که حالت های خلقی بهنجار به تقویت های رفتاری مثبت بستگی دارد که ممکن است از رضایت شغلی یا خانوادگی حاصل شود، در حالیکه تجربه های ناراحت کننده با پیامدهای آزاردهنده و در نتیجه افسردگی رابطه دارند(آوادیس یانس و نیکخو، 1376).

روان درمانی روان پویشی، اولین بار به وسیله زیگموند فروید در اوایل قرن بیستم به وجود آمد. در نوع کلاسیک این شیوه که به نام روان کاوی معروف است، درمان به صورت فردی طی دوره ای طولانی که ممکن است تا چند سال به طول بینجامد انجام می گیرد. این شیوه بدین علت به روان درمان روان پویشی معروف است که در پی آن است که علل ناراحتی های فرد را در انگیزه ها و تعارض های درونی وی جستجو کند که از تجربیات دوران کودکی در او شکل گرفته است. برای مثال فروید افسردگی را خشمی در نظر می گرفت که به جای آنکه فرد آن را نسبت به یکی از نزدیکانش که به او حالت دو سوگرایی داشته ، یعنی هم به او عشق می ورزیده و هم از او منزجر بوده است ابراز کند، آن را به درون خویش برگردانده است(بلاک برن، 1382، ص49).

# روان درمانی از دیدگاه‌های مختلف

برای تغییر برنامه‌های تقویت کننده حاکم بر رفتار فرد افسرده باید تغییری در برنامه فعالیت­های روزمره وی ایجاد شود لذا باید شرایط محیطی و تاریخچه‌ی عوامل مؤثر و بیماری مطالعه و بررسی شود تا رویداد و اشیایی که می‌تواند به فرد بیمار خاصیت تقویت کننده بدهد شناسایی و مشخص شوند و بتوان به درمان بیمار پردخت. برای رسیدن به این هدف باید از یک یا چند مورد از راه‌های زیر استفاده نمود:

**1- تشخص مشکلات:** مشکلاتی که بیماری فرد را تشدید می‌کند باید شناسایی شود سپس برای بر طرف نمودن آن اقدام نمود تا شکست‌های احتمالی که تفکرات منفی را به همراه دارد به موفقیت‌های که تقویت مثبت را به همراه دارند تبدیل شوند.

**2- روان درمانی به وسیله‌ی مشاوران، روان شناسان و روان پزشکان:** در این روش باید از انواع روش‌های روان درمانی کمک گرفت تا شخص بیمار گذشته‌اش را التیام بخشد. برای رسیدن به این هدف از طرح مسایل زیاد برای خود بیمار خودداری می‌شود تا وی بتواند به آینده‌اش خوشبین شود.

**3- افزایش فعالیت خوشایند و مطبوع:** مشخص کردن نوع فعالیت‌هایی که برای فرد بیمار جالب است از اهمیت خاص برخوردار است با شناخت این فعالیت‌ها می‌‌تون شرایطی جهت افزایش فراوانی آن رفتار ایجاد نمود.

**4- افزایش مهارت‌های اجتماعی:** ابتدا باید مشخص کرد چه حوزه‌هایی از روابط اجتماعی به تشویق و اضطراب منجر می‌گردند تا بتوان از مهارت‌های موجود کمک گرفت و واکنش عاطفی را که باعث اختلال مهارت‌های اجتماعی می‌گردند نشان داد. لذا با بالا بردن تعداد رویدادهای مطبوع در محیط مریض بهتر می‌توان به روابط متقابل پرداخت.

**5- دخالت گروهی:** انجام بعضی تمرین‌های ساده و کوچک مشخص شده و درجه بندی شده با اعضای خانواده می‌تواند کمک کند تا بیمار بتواند در راه تعلیم موفقیت‌های گروهی که باید از آن استفاده نماید گام‌هایی مؤثری بردارد و در ارتباط با اعضای گروه از نتیجه و بازتاب رفتار خود در گروه آشکار شود.

**6- ایجاد مهارت‌های شناختی:** ‌افراد افسرده معمولاً دارای افکار منفی و بیهوده هستند و از آینده‌ی خود رنج می‌برند. بسیاری از این بیماران معیارهای رفتار، موفقیت بالا و سختگیرانه‌ای برای خود دارند. لذا، مهارت‌های اجتماعی و شغلی فعلی خود را برای رسیدن به آن‌ها کافی نمی‌دانند. تغییر دادن اصلاح این جنبه‌های ذهنی یا شناختی مورد توجه رفتارگرایان است.

**7- روش فرافکنی زمان لازاروس:** اساس این روش عبارت است از تصویر یا تجسم حوادث و فعالیت‌های مثبت و مطبوع در آینده مواقعی که احساس افسردگی به بیمار دست می‌دهد. این فعالیت‌های لذتبخش از کارهای ساده‌ای چون خوردن یک غذای لذیذ یا گرفتن دوش آب گرم تا فعالیت‌های فکری، کوشش و صحبت با دوستان مورد علاقه را می‌تواند در بر گیرد(اکبری، 1389، صص226-225).

**دارو درمانی**

هرچند روان درمانی های اختصاصی اختلال افسردگی اساسی را تحت تأثیر قرار داده است. اما رویکرد درمان دارویی برای اختلالات خلقی موجب متحول شدن درمان آن ها و تأثیر شگرف بر سیر اختلالات خلقی و کاهش هزینه ها گردیده است. در این رابطه، درمان های مؤثر و اختصاصی مانند داروهای سه حلقه ای برای درمان اختلال افسردگی اساسی حداقل از چند دهه قبل فراهم بوده است. با کشف داروهای جدید افسردگی در اواسط 1950، پیشرفت عظیمی در درمان افسردگی به وجود آمد. در این رابطه، نخستین علائمی که در اختلال افسردگی اساسی در دارودرمانی بهبود می یابند، بدخوابی و بی اشتهایی است(کاپلان، 1994؛ ترجمه ی پورافکاری، 1375، ص260).

داروهای ضد افسردگی به دو دسته تقسیم می شوند: داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای و داروهای مهار کننده مونوآمین اکسیداز.این داروها در ایجاد انباشت و رها سازی ناقل های عصبی گوناگون در مغز که تصور می شود با افسردگی همبسته هستند اثر می گذارند. علت نامگذاری ضد افسردگی سه حلقه ای این است که دارای ساختار شیمیایی سه حلقه ای هستند. ایمی پرامین که در سال 1957 کشف شد، اولین داروهای سه حلقه ای بود که برای درمان افسردگی مورد استفاده قرار گرفت. این داروها را با میزان اندک شروع می کنند و میزان آنها را به تدریج افزایش می دهند تا آنکه به میزانی که تأثیر لازم را بر جای می گذارد برسند. معمولا این مقدار 150 میلی گرم در روز است.این داروها به خوبی مورد آزمایش قرار گرفته اند و در کمک به افراد افسرده جهت رفع علائم افسردگی مؤثر واقع شده اند. با مصرف آنها خلق بهبود می یابد، الگوی خواب به حالت اولیه خود بر می گردد، تمرکز، اشتها، تمایلات جنسی و علائق معمول و دیگر علائم بهبود می یابند. در کل این داروها بیشتر برای افسردگی هایی که علائم جسمانی در آنها غلبه دارد از جمله اشکال در خواب، اشتها، تمایلات جنسی و کندی حرکات یا تحریک پذیری مؤثرند. در مجموع، شواهد و قرائن حاکی از آن است که تقریبا 75% این گونه افراد افسرده با تجویز داروهای سه حلقه ای بهبود می یابند. مهار کننده های مونو آمین اکسیداز، دومین گروه اصلی داروهای ضد افسردگی را تشکیل می­دهند. مونو اکسیداز نوعی آنزیم است که در بافت های معینی از بدن و همین طور در مغز یافت می­شود. این آنزیم به در هم شکستن ناقل های عصبی همچون نورآدرنالین و هیدروکسی تریتپامین 5 کمک می کند که در تنظیم هیجان و کارکردهای دیگری که افسردگی را متأثر می سازند، نقش دارند .این مهار کننده ها باعث مهار یا کند شدن این فرآیند می شوند. اثرات جانبی مونو آمین ها نه اعتیاد آورند و نه باعث ایجاد عادت می شوند. اما بر خلاف داروهای سه حلقه ای نباید همراه با داروهای مخصوص و همچنین غذاهای مشخصی که سرشار از ماده شیمیایی تیرامین هستند، مصرف کرد. از جمله مواد غذایی تیرامین دار برخی انواع پنیر، شراب، نمک، ترشی را نام برد. مصرف غذای تیرامین دار همراه با مونوآمین باعث می شود که فشار خون به طور خطرناکی افزایش یابد(بلاک برن، 1382، ص43-40).

قابل توجه است که داروهای ضد افسردگی بر مغز نیز اثر می گذارند و موجب فعالیت سیستم عصبی می شوند. زیرا مغز در اصل نظامی الکتریکی است و اعصاب که حکم سیم رابط را دارند، علائم الکتریکی را به کمک آمین های پیغام به مغز منتقل می کنند. با کاهش سطح آمین های مغز، امور احساسی و ذهنی دچار نوعی ایستایی می شود. ایستایی احساسی، با افسردگی رابطه مستقیم دارد. اما با تشدید فعالیت و عملکرد سیستم عصبی، افزایش می یابد(برنز، 1381، ص410).

**شوک درمانی**

شوک درمانی(E.C.T) یا درمان به وسیله شوک الکتریکی اولین بار در دهه ی 1930 به عنوان روش درمانی برای بیماری های روانی مطرح شد. اگرچه طی ده الی پانزده سال گذشته مورد تأکید کمتری بوده است. با این حال، اثر بخشی آن در افسردگی کاملاً محرز شده است. در حال حاضر فقط برای افسردگی های شدید تجویز می شود. مانند مواردی که فرد مبتلا دارای هذیان باشد و یا حالت بی قراری و بی تابی شدیدی داشته باشد، وزنش به شدت کاهش یافته باشد، بی خوابی شدید به خصوص سحرخیزی غیر عادی داشته باشد و همچنین خلق ناشاد یکنواختی پیدا کرده باشد که به موقعیت های شاد واکنشی نشان ندهد. همچنین، زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که فرد به درمان­های دارویی ضد افسردگی هیچ گونه پاسخی ندهد یا در صورتی که به دلیل وجود بیماری جسمانی دیگری همچون وضعیت وخیم قلبی نتوان دارویی برای او تجویز کرد(بلاک برن، 1382، ص46). در شوک درمانی، به منظور کاهش تشنجات محیطی ناشی از این نوع درمان و کاهش عوارضی که این تشنج را ایجاد می‌کند، امروزه این روش را توأم با استفاده از داروهای که عوامل دپورلاریزان عصبی عضلانی هستند مانند ساکین سل کولین که تشنج ناشی از الکتروشوک را کاهش می‌دهد، به کار می‌برند. در صورتی که الکتروآنسفالوگرافی در دسترس باشد، می‌تواند با مقادیر زیاد این دارو، تشنج محیطی را حذف کرد (قرچه داغی، 1377).

**شناخت درمانی**

شناخت درمانی که آرون بک(1967) پدید آورنده ی آن است، بر دگرگونی های شناختی که فرض می شود در اختلال افسردگی اساسی وجود دارد، متمرکز است. این دگرگونی ها مشتمل بر توجه انتخابی به جنبه های منفی موقعیت ها و استنباط های بیمارگونه غیر واقع گرایانه در مورد پیامدها هستند. هدف شناخت درمانی، رفع دوره های افسردگی و پیشگیری از عود آن ها از طریق شناسایی و آزمایش شناخت های منفی، ایجاد روش های تفکر متفاوت، مثبت و انعطاف پذیر، و نیز تمرین پاسخ های شناختی رفتاری است(کاپلان، 1994؛ ترجمه ی پورافکاری، 1375، ص254).

الگوی شناختی افسردگی بک که به عنوان یکی از اساسی ترین و بانفوذ ترین دیدگاه شناختی

افسردگی مطرح است، افسردگی اختلال تفکر است نه اختلال خلق. وی افسردگی را بهترین وجه مثلث شناختی افکار در باره ی خود، موقعیت و آینده توصیف می کند(اکبری، 1389، ص214). بنابراین، در شناخت درمانی، درمان سازمان یافته، مبتنی بر همکاری، سقراطی، تجربی و بر زمان حال و اکنون تأکید می شود و نقش باورداشت ها یا شناخت های غلط و ناسازگارانه مورد توجه کامل قرار می­گیرد. سازمان یافته، بدین معنی است که هر یک از جلسات درمان و نیز کل جریان درمان از درجه سازمان یافتگی و نظم بالایی برخوردار است. منظور از همکارانه این است که در شناخت درمانی، درمانگر و مریض هر دو فعالانه در امر ارزیابی اولیه، برنامه ریزی شناختی در همه مراحل درمان از جمله تعیین موضوع کار هر جلسه، یا مشاهده و یادداشت واقعی رفتارهای خود توسط بیمار، ترتیب دادن فعالیت ها و وظایف رفتاری و به مرحله گذاشتن فرض های شناختی به صورتی فعالانه مشارکت کنند. غرض از سقراطی بودن این است که این روش، بر پرسش کردن تأکید می­کند و از این طریق به بیمار یاری می دهد تا مطالب تازه ای را کشف و بیان نماید.

همچنین، در شناخت درمانی درمانگر سعی می کنداز بیان یا بر زبان آوردن تفسیرها یا فرض های خود درباره معنی رفتار یا گفتار مریض خودداری کرده و بر عکس به اوکمک می کند تا شخصاً به کشف معنا و ارتباط رفتارها و گفتارهای خود موفق شود. منظور از تجربی بوده درمان شناختی، آموزش دادن درمانجو برای اینکه درستی فکرها و باورداشت های خود را به صورتی تجربی مورد آزمایش قرار دهد. و سرانجام، منظور از زمان محدود و اکنون این است که طول مدت درمان شناختی رفتاری به طور کلی بیست جلسه است. معمولا درمان شناختی رفتاری با دو جلسه در هفته شروع می شود و پس از مدتی به یک جلسه در هر هفته تقلیل می یابد. درمانگر اغلب محدودیت زمان را به مریض یادآوری می کند تا او را به کار روی مسائل­مشخصی که حائز اهمیت­بیشتری هستند، ترغیب کند(مهریار، 1386، ص67).

**درمان شناختی- رفتاری**

اصطلاح رفتار درماني شناختي[[50]](#footnote-50)، نخستين بار در ادبيات علمي ميانه‌ي دهه 1970 به ‌كار

رفت و مباني تجربي رويكردهاي شناختی-رفتاري به مسايل رواني به ابتداي قرن حاضر بر مي‌گردد. در زمان نسبتاً كوتاهي پس از آن، رفتار درماني شناختي به يك روان‌درماني پيشرو در اكثر كشورهاي غربي تبديل شد. درمان­هاي شناختي– رفتاري شامل راهبردهايي هستند كه به منظور تغيير تفكر، نگرش، ادراك و رفتار افراد مسئله دار طراحي شده اند. درمان شناختی- رفتاری، اساساً رويكردي است كه استفاده از آن براي درمان گروه وسيعي از اختلال هاي رواني مورد توجه و حمايت نظري و تجربي فراواني قرار گرفته است. در اين رويكرد که روش هاي شناختي و رفتاري در كنار هم به كار مي­روند، بر شناسايي باورهاي نادرست، منفي و غيرمنطقي تأثيرگذار بر عواطف و رفتارهاي بيماران و اصلاح اين باورهاي زيربنايي با استفاده از فنون شناختي و رفتاري تأكيد مي شود. درمان شناختی– رفتاری را مي توان هم در موقعيت هاي درمان فردي و هم در موقعيت هاي درمان گروهي بكار گرفت و به نتايج خوبي دست يافت(به نقل از خدایاری فرد، 1389).

اساساً درمان شناختي- رفتاري از تلفيق دو رويكرد رفتار درماني و رويكرد شناختي پديد آمده است. امروزه اين رويكرد نظريه و نگرش هاي نسبتاً متفاوتي را در خود جاي داده است كه تنها وجه مشترك آنها، توجه به نقش واسطه ی فرايندهاي شناختي در پردازش اطلاعات و بروز واكنش فرد به محرك هاست. اين رويكرد از اصطلاحات و مفاهيمي استفاده مي كند كه به نحوي در چارچوب رفتاري معنا پيدا مي­كنند و قابل ارزيابي و سنجش تلقي مي­شوند(اصلاني و همکاران، 1386). همچنین، درمان شناختی- رفتاری به عنوان يكي از انواع روان درمانگري از نظر تجربي بسيار معتبر است، به طوري كه نتايج350 مطالعه ی انجام شده در اين زمينه، نشان دهنده ی كارايي اين شيوه ی درماني در درمان اختلال هاي روان پزشكي مانند اختلال­هاي اضطرابي، افسردگی و غیره است(بک و ویشار[[51]](#footnote-51)، 2000). اين رويكرد درماني با وجود اينكه نسبتاً جديد است و قدمت زيادي ندارد، هم به عنوان يك نظريه و هم به عنوان يك روش درمانگري زمينه را براي انجام مطالعات و تحقيقات بي سابقه فراهم كرده است. همچنین، شيوه ی درماني شناحتی- رفتاری و بسياري از تبيين هاي نظري آن مورد حمايت هاي فراواني قرار گرفته است(بايلينگ و كويكن[[52]](#footnote-52)، 2003).

به لحاظ تاریخی، مباني تجربي رويكردهاي شناختي– رفتاري به مسايل رواني به ابتداي قرن حاضر بر مي‌گردد. در شروع اين قرن پاولف به بررسي و پژوهش درباره پديده‌اي كه آن را شرطي‌سازي كلاسيك ناميد، پرداخت. شرطي‌سازي كنشگر از مشاهدات ثرندايك، تولمن و گاتري شناخته شد؛ و اسكينر تقويت كننده‌ها را تعريف كرد. این اصول رفتاري تدريجاً در زمينه‌هاي باليني كاربرد پيدا كرد كه براي مثال مي‌توان به كارهاي واتسون و در زمينه‌ي اضطراب و ماورر درباره ی شب‌ادراري اشاره كرد. سهم اصلي در رشد اوليه رفتار درماني را ولپي، كه تحقيقات‌ آزمايشگاهي او بر القاي آزمايشي رفتار روان‌نژند در حيوانات پايه‌اي براي ابداع فنون كاهش ترس شد و آيزنك كه ساختار نظري محكم و بنيادي منطقي براي اين درمان جديد فراهم آورد بر عهده داشتند.

نارضايتي‌ها و فقدان پيشرفت چشمگیر در نظريه‌پردازي درباره‌ي رفتاردرماني در دهه های 1970 تا 1990 و نیز بي‌اثر بودن روش‌هاي موفق در كاهش اضطراب و چيره شدن بر رفتار اجتنابي ناسازگار در درمان افسردگي، راه را براي كشانيدن كاوش به مراحلي فراتر از فنون رفتاري موجود باز كرد. در نتيجه، كوشش‌هايي براي افزودن عناصر شناختي به فنون موجود و نيز گشودن راهي براي ارايه و كاربرد منظم رويكردهاي شناختي، به عمل آمد. از سال 1945 به بعد، بك و اِليس را مي‌توان از پيشگامان شناخت‌درماني دانست كه آثارشان اين رويكرد را پايه‌ريزي كرد. اِليس درمان عاطفي– عقلاني را توصيف كرد. او باورداشت كه اختلال‌هاي هيجاني و روان‌شناختي به ميزان فراواني پيامد تفكر غيرمنطقي و غيرعقلاني فرد است و اگر بياموزد كه تفكر عقلاني خود را افزايش و تفكر غيرعقلاني را كاهش دهد، مي‌تواند، از دست بيشتر اختلال‌هاي رواني رهايي يابد. رويكرد شناخت- درماني بک نیز که ابتدا به طور عمده در افسردگي به كار گرفته شد، تفكر منفي را تنها يك نشانه در افسردگي نمي‌دانست. بلكه، باور داشت اين نوع تفكر نقشي تعيين‌كننده در تداوم افسردگي ايفا مي‌كند و تشخيص و تغيير افکار منفی مي‌تواند به درمان افسردگي كمك كند. البته هرچند مدل شناختی بک، با کار روی افراد افسرده شروع شد. اما به سایر اختلالات نظیر اضطراب، اختلالات شخصیتی و اعتیاد گسترش داده شد.

به طور خلاصه، مشاهدات بك و اِليس تشابهات زيادي داشت. اما آثار اِليس نتوانست به اندازه‌ي شيوه‌ي بك توجه پژوهش باليني را به خود جلب كند. یکی از خصوصیات بارز مدل شناخت‌درمانی بک، ایجاد پیوند محکم بین دو زمینه ی بالینی و پژوهشی بود و نیز پیوندخوردن بنیان نظری مدل شناخت‌درمانی با برخی از نگرش‌های پردازش اطلاعات، ظرفیت‌های جدیدی در آن به وجود آورد. استفاده از سازه‌های نظری مهم و کارسازی مانند طرحواره، سوگیری، فرضیه‌آزمایی، تحریف، افکار خود– آیند و غیره، تبیین برخی از مکانیسم‌های شناختی در افسردگی و اضطراب را آسان تر ساخت. مدل بک، مخصوصاً از این نظر حایز اهمیت است که پژوهش‌های گسترده‌ای را دامن زده و یافته‌های حاصل از این پژوهش‌ها نه تنها پالایش‌هایی در پاره‌ای از مفاهیم اصلی شناخت‌درمانی پدید آوردند، بلکه مکانیسم‌های احتمالی جدیدی را در فرایند درمان ارایه دادند که گاه با مکانیسم‌های پیشنهادی در شناخت‌درمانی، در مقام تعارض قرار می‌گرفتند. با این همه، این مدل هنوز یکی از کارآمدترین مدل‌ها درباره ی تغییر رفتار و برداشت فرد از رویدادهاست. مخصوصا اهمیتی که در آن به جنبه‌های رفتاری و عملی(به شکل تکلیف خانگی، یادداشت برداری و...) در ارزیابی و درمان داده می‌شود و سازمان‌بندی مناسبی که در طراحی و اجرای برنامه درمانی در آن وجود دارد، در گسترش و قابلیت کاربردی آن در افراد مختلف و متناسب با شرایط مختلف فرهنگی و اجتماعی، تاثیر داشته است(هاوتون،1382).

براساس مدل درمانی الیس[[53]](#footnote-53)(1973)، بسیاری از افراد در سیر تفکّر خود به دلیل عدم آشنایی با اصول تفکّر منطقی و صحیح ، ناخواسته دچار خطای شناختی می شوند. به نظر می رسد افسردگی، بی قراری، رقابت های ناصحیح، خشونت، پرخاشگری و بسیاری از رفتارهای غیر عادی ما بی­ارتباط با خطاهای شناختی نیستند. الیس(1973) معتقد است که توسّل شخص به خطاهای شناختی به اضطراب و ناراحتی روانی منجر می شود. وقتی که فرد به چنین عقایدی توسل می جوید، در نگرش و برداشت های خویش شدیداً بر اجبار، الزام و وظیفه تأکید دارد و خود را بی نهایت به وقوع امر خاصی مقید و پای بند می کند(شفیع آبادی، 1375).

براساس مدل شناختي‌ بك، وقتي فردی افسرده مي‌شود، مجموعه‌اي از تحريف‌هاي شناختي، اثرعمومي خود را بر كاركرد روزانه‌ي او باقي مي‌گذارد. اين نوع تحريف‌ها خود را به صورت مثلث‌شناختي، يعني نگرش منفي نسبت به خويشتن، نسبت به تجربه ی جاري و آينده، نشان مي‌دهند. از زمان كارهاي بك درباره‌ي افسردگي، شناخت درماني در درمان بسياري از مشكلات و بيماري‌هاي رواني به كار گرفته شد. در نهايت شناخت درماني و رفتار درماني با هم تلفيق شدند تا رفتار درماني شناختي را پديد آوردند.

فرض بنیادی درمان شناختی- رفتاری این است که افکار و احساسات به‌ هم وابسته‌اند و شیوه­های تفکر بر رفتا اثر می­گذارند. براساس فرض درمان شناختی- رفتاری، هرچند فرد نمی‌تواند احساساتش را در مورد رویدادها تغییر دهد اما می‌تواند افکارش را در باره‌ی آن‌ها آزموده و اطمینان حاصل کند که آیا دید متعادلی از رویدادها دارد یا خیر. اگر دید فرد نامتعادل باشد آنگاه واکنش‌های عاطفی او هم نامتعادل خواهد بود. برای مثال، بسیاری از مردم افکار وسواسی را درست شبیه به نوعی که یک فرد مبتلا به وسواس تجربه می‌کند، تجربه می‌کنند. اما به وسیله ی این افکار آزرده نمی‌شوند. دلیل این است که آنها چنین افکاری را با معنا یا به عنوان هشدار یا چیزی که مستلزم واکنش نشان دادن باشد، تفسیر نمی‌کنند.

هرچند منشأ روش درمان شناختی- رفتاری به روش شناخت درمانی بک(1976) بر می­گردد که به طور عمده برای درمان افسردگی ابداع شده بود. اما درمان شناختی- رفتاری که ترکیبی از نظریه‌ها و فنون رفتار درمانی و شناخت درمانی است، تا حدی از سنت تجربی برآمده‌اند و تأکید آنها روی افزایش مهارت های شناختی و کاهش فعالیت­های شناختی ناسازگارانه بوده و از تکالیف رفتاری هم برای تغییر رفتار استفاده به عمل می‌آورد(کرامر، 2009). از طرفی، در روش شناختی- رفتاری به شیوه ی گروهی، هم قرارگرفتن فرد در گروه باعث افزايش آگاهي بيمار در باره ی خود، در اثر تعامل با ساير اعضا و دريافت بازخورد از آنها مي شود، و هم به ارتقاي مهارت هاي بين فردي، اجتماعي و انطباق افراد با محيط كمك مي كند(اسپیرا و رید ، 2000). بنابراین، آنچه درمان شناختي- رفتاري را در تركيب با گروه درماني موثر مي سازد، نقطه قوت گروه درماني در مقايسه با درمانهاي انفرادي است كه عبارتند از: امكان پسخوراند فوري از بيماران همتا، امكان مشاهده پاسخ هاي روان شناختي، هيجاني و رفتار بيمار هم توسط خود و هم درمانگر نسبت به مردم كه انواعي از ترانسفرانس­ها را بر مي انگيزد (كاپلان، سادوك و بنيامين، ترجمه پور افكاري، 1382). بک و فرلین شناخت درمانی در افسردگی را به عنوان نیرودهی مجدد باورهای منطقی طلقی می کنند که هدف آن، انرژی دهی دوباره به سیستم واقعیت سنجی است. در این شیوه برای کاهش نشانه های افسردگی چهارمرحله اصلی وجود دارد:1- شناسایی افکار خود آیند منفی، طرحواره ها و فرایندهای غلط فکری؛ 2- دستیابی به درکی جامع از ساختار شناختی فرد؛ 3- به چالش طلبیدن و تغییر جنبه های ضروری ساختار شناختی؛ 4-ایجاد راهبردهایی برای تداوم شیوه­های نوین تفکر(فری،1990).

**فرایندهای درمان شناختی- رفتاری**

در درمان شناختی- رفتاری، فرآیند درمان به گونه­ای طراحی شده است که افکار یا شناخت­های منفی مشخص گردیده، پیوندهای بین شناخت، عاطفه و رفتار تعیین شده، و شواهدی مخالف افکار خود آیند تحریف شده را بررسی نموده تا سرانجام تغییر واقع گرایانه را جایگزین شناخت های تحریف شده نمایند(بهرامی، 2005). مراحل اساسی فرایند درمان به شیوه ی شناختی- رفتاری عبارتند از:

1- آماده ساختن مراجعان برای درمان از طریق استدلال های شناختی.

2. راهنمایی مراجع به آگاهی نسبت به افکاری که همراه با ناراحتی هایش تجربه می کند.

3. به کار گیری فنون شناختی و رفتاری.

4. شناسایی و به چالش کشیدن شناخت ها به وسیله ی فرایند قرار گرفتن در موقعیت های دشواری که جنین افکاری را بر می انگیزند.

5. برسی باورها و پیش فرضها از طریق آزمایش آنها در واقعیت.

6. آماده ساختن مراجعان از طریق آموزش مهارت های صحیح برخورد، که مانع از بازگشت آن گردد.

در این راستا، درمانگران شناختی- رفتاری از راهبردها و فنون شناختی مختلف مانند ربط دادن افکار به موقعیت ها و عواطف، جمع آوری شواهد و شناسایی تحریف های فکری، آزمایش ها، کشف باورها و پیش فرض های محوری و زیربنایی استفاده می کنند(بایلینگ، 2006، ترجمه ی خدایاری فرد و عابدینی، 1389، صص84-67)و

همچنین، درمانگران شناختی در کمک به مراجعان در آزمون اعتبار شناخت های خود، می توانند از دامنه وسیعی از راهبردهای درمانی استفاده کنند. آنان می توانند از فنون شناختی و رفتاری متعددی که بسیاری از آنها توسط درمانگران منطقی– عاطفی– رفتاری و رفتار درمانگران مانند فكر كردن، بحث كردن، مناظره، چالش طلبيدن، ترغيب، تغيير، توضيح، آموزش و تکالیف شناختی بهره­مند شوند. برای نمونه، درمانجویان مي‌آموزند كه چگونه ارزش‌ها و رفتارهاي مربوط به خود و ديگران را بررسي و اصلاح كنند. درمانگران به درمانجویان نشان مي‌دهند چگونه مسائل را بد جلوه مي‌دهند و چگونه خود را كوچك و حقير مي‌سازند. همچنین، در نقش آموزش‌دهنده رهبران گروه درماني بر مباحثه ی افكار غيرمنطقي متمركز مي‌شوند و ايده‌هاي منطقي را جايگزين باورهاي غيرمنطقي، مصيبت‌زا و فاجعه‌آميز می­سازند. آنها نشان مي‌دهندكه چگونه اين عقايد و باورها، ناراحتي‌هاي غيرضروري به‌وجود مي‌آورند و مراجعان را تشويق مي‌كنند كه اين رفتارهاي ناكارآمد را تغيير دهند. علاوه براین، اعضاي گروه مي‌آموزند كه چگونه باورهاي غيرمنطقي مي‌توانند با عبارات معقول كنار رانده شوند. از مراجعان انتظار مي‌رود كه روش صحبت كردن خود را با نوشتن و تحليل كيفيت زبان خود بررسي كنند.

در درمان شناختی- رفتاری گروهی از روش‌هاي عاطفي نیز استفاده می شود. برخي از تكنيك‌هاي عاطفي عبارت از پذيرش بي‌قيد و شرط، تصور کردن، استفاده از شوخي و خنده، تمرين‌هاي مبارزه با شرم و غیره است. برای نمونه به مراجعان پذيرش بي‌قيد و شرط داده مي‌شود و بدون توجه به رفتار آنها در بيرون و داخل جلسه­ی درمان، درمانگر به اعضا مي‌آموزد كه چگونه به پذيرش خود بدون قيد و شرط برسند. اعضاي گروه معمولاً دچار اين ترس هستند كه آنچه انجام داده‌اند و يا آنچه هستند فاش شده و به همين دليل پس رانده شوند. رهبر گروه مي‌تواند به اعضاء بياموزد كه با وجودي رفتار آنها ممكن است نادرست و يا غيراخلاقي باشد، اما آنها هيچ وقت افراد بي‌خود و بي‌ارزشي نيستند. اين پذيرش بي‌قيد و شرط فضاي گروهي ايجاد مي‌كند كه به اعضا اجازه مي‌دهد كه احساس كنند مورد پذيرش واقع شده‌اند حتي اگر باورها و افكار آنها به چالش طلبيده شده‌اند.

در جلسات گروه درمانی، همچنین به مراجعان نشان داده مي‌شود چگونه بدترين چيزهايي كه مي‌توانند فكر كنند را تصور كنند و سپس احساسات مثبت را جايگزين احساسات مخرب سازند. از مراجعان خواسته مي‌شود كه خود را در موقعيت خاصي كه در آن احساسات آزاردهنده را تجربه كردند تصور كنند، سپس روي آنها كار مي‌شود تا آنها را به احساسات سالم تغيير دهند و سپس رفتار خود در آن موقعيت را تغيير دهند. براي مثال درمانگر حتي مراجع داراي مقاومت را مي‌تواند تحريك كند خود را در موقعيتي تصور كنند كه همواره دچار شكست مي‌شوند و مورد نقد قرار مي‌گيرند و اين اتفاقات در او احساس بي‌كفايتي ايجاد مي‌كند. سپس، اين مراجعان تحريك مي‌شوند كه احساسات خود را از بي‌ارزش به افسوس و نااميدي تغيير دهند. اعضا ممكن است بدترين ترس‌هاي خود را تجسم كنند. در گروه، آنها اين ترس‌ها را با اعضا در ميان مي‌گذارند و بينش عاطفي بيشتري پيدا مي‌كنند كه چگونه اين ترس‌ها بيشتر آنچه مي‌گويند و انجام مي‌دهند را تحت تأثير قرار مي‌دهند و مي‌آموزند كه چگونه به طريق ديگري به اين ترس‌ها پاسخ دهند.

از آنجا که گروه درماني با رويكرد شناختی- رفتاری، رويكردي با تكيه بر بنيادهاي يادگيري بر فرایندهاي شناختي ناشي از كسب تجربه و نقش فرايندهاي شناختي در رفتار است، به استناد تجربه­هاي باليني، رفتار افراد در گروه، مشابه رفتار آنها در زندگي معمولي است. افراد با همان انگاره­هاي رفتاري كه در زندگي آنها تو ليد اشكال كرده وارد گروه مي­شوند و دیري نمي پايد كه اين رفتارها در محدوده گروه به معرض نمايش گذاشته مي شود و طي آگاهي از رفتار، فرضيه ها، انگيزه­ها، خيالات، انديشه ها و تصورات مراجعان، امكان جايگزيني نگرش ها و به طور كلي عقايد ناكارامد خود را با باورهايي عيني و ملموس تر پديد مي آورند(لطفي كاشاني، 1387).

بنابراین، درمانگران مي توانند درمان شناختي- رفتاري را براي ارزيابي و درمان بسياري از بيماريهاي مزمن پزشكي به كار برند و عوامل متعددي وجود دارد كه درمان شناختي-رفتاري را به يك درمان مناسب براي مشكلات مربوط به بيماري هاي پزشكي طولاني مدت تبديل مي­كند. نخست اینکه، مشکلات مزمن پزشکی یا گروهی از مشکلات روانی همراه هستند که تاثیر درمان شناختی – رفتاری برای این مشکلات ثابت شده­ای در درمان آنها دارد. حتی زمانی که تداوم درمان و هزینه های مربوطه را در نظر بگیریم درمان شناختی– رفتاری ارزانتر از دارو درمانی می باشد. از نظر کارکرد مداخلات شناختی– رفتاری وابسته به بخش روان شناسی انجمن روان شناسی آمریکا، اغلب درمان های "دارای حمایت تجربی" مداخلات مبتنی بر دیدگاه روان شناختی – رفتاری هستند(وایت[[54]](#footnote-54)، 2001، ترجمه فتاحی و مولودی، 1389). ثانیاً رویکرد رفتاری– شناختی بویژه به علت نوع نگاه حاکم بر آن، روشی کارآمد است که برای مجموعه وسیعی از مشکلات کاربرد دارد. این رویکرد از یک طرف با ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب(راچمن،2002) بر روی آن چه که افراد انجام می دهند متمرکز می شود و از طرف دیگر با تأکید بر فرایندهای روانی، افراد را هدایت می کند تا احساسات و باورهایی راکه موجب مشکلات رفتاری می شود؛ تغییر دهند (لطفی کاشانی، 1387). نتایج تحقیقات نیز نشان می دهند که با استفاده از فنون استاندارد شناخت- رفتار درمانگری مانند آموزش روانشناختی می توان آمیزش فکر- عمل را اصلاح کرد(زاکر و همکاران، 2002، به نقل از بایلینگ و همکاران، 2006).

یکی از مؤلفه های درمان شناختی- رفتاری گروهی، ايفاي نقش است که به عنوان يكي از راه‌هاي كمك به درمانجویان براي كنار آمدن و تجربه احساس ترس آنها استفاده می شود. براي مثال اعضاي گروه مي‌توانند در دو نقش فرد افسرده و با اعتماد به نفس بازي كنند. به جاي آنكه تنها درباره ی مشكلات و افكار و باورهاي خود صحبت كنند، اگر به خود اجازه ايفاي نقش بدهند از نظر عاطفي نيز درگير خواهند شد. نه تنها ايفاي نقش شامل ارزيابي و باسازی شناختي از احساسات و باورهاي تجربه شده است و می تواند از نظر عاطفي اعضا را آزاد سازد، بلكه به آنها فرصت عمل به طريقي جديد را نيز مي‌دهد. از این جهت، ايفاي نقش، در اصلاح روش تفكر، احساسات و رفتار اعضا مؤثر است.

یکی دیگر از شیوه های مؤثر در گروه درمانگری شناختی- رفتاری، استفاده از شوخي و خنده بذله‌‌گويي است که دارای مزاياي شناختي و عاطفي، براي احساس در حال تغيير دارد. دركنار تكنيك‌هاي گوناگوني كه توسط درمانگران استفاده مي‌شود، بذله‌گويي و شوخي و خنده به عنوان معروفترين تكنيك در جلسات شناخته شده است. اين تكنيك به اعضاي گروه مي‌آموزد نه به خود، بلكه به باورهاي خود تخريب‌گر بخندند. اين تكنيك به افراد نشان مي‌دهد كه سرسختي آنها تا چه حد مسخره هستند. با وجودي‌كه شوخي و بذله‌گويي زودهنگام در گروه مشكل ايجاد مي‌كند و زماني كه اعتماد به وجود آمد، اعضا پذيرش بيشتري براي لذت از خنديدن به خود را دارند.

همچنین، استفاده از تمرین و تکاليف شناختي شامل خواندن کتاب، گوش دادن به نوارهای آموزشي و تحليل مکتوب مي باشد. درمانگران شناختی- رفتاری به وفور از تکاليف فعاليت مدار استفاده مي کنند تا رفتار به شيوه منطقي را به مراجع بياموزد. در این راستا، درمانگر به اعضا کمک مي کند در ذهن خود در حين فرايند تصور کردن انجام دهند و سپس اعضا را تشويق مي کند که آن را وارد زندگي روزمره خود کنند. حساسيت زدايي و تشويق مراجعان به تکرار کارهايي که از انجام آن مي ترسند راه هايي براي غلبه بر ترس مي باشد. در مجموع، از ویژگی های کلی درمان شناختی– رفتاری می توان به موارد زیر اشاره کرد:

**- بیمار عضوی فعال است:** بدین معنی که بیمار در کل درمان، نقشی فعال دارد و درمانگر به عنوان مشاور یا کارشناسی که سؤالاتی مطرح می کند و اطلاعات و راهنمایی ارایه می نماید، عمل می کند (فری، 1999، ترجمه صاحبی و همکاران، 1376).

**- توجه به عوامل برانگیزانده و دوام دهنده:** در این روش درمانی بیماران برای مشخص کردن آن چه قبل و پس از اختلال روی می دهد و ممکن است برانگیزنده یا دوام دهنده باشد، یادداشت روزانه تهیه می کنند. این نوع ارزیابی را گاهی رویکرد پیشامد ها وپیامدها می نامند(شارف، 2000).

**- درمان و تجربه:** روش های درمانی در رویکرد شناختی- رفتاری معمولاً بصورت آزمایش ارایه می­شوند. از این جهت، ارایه ی این روش ها حتی اگر بهبودی هم ایجاد نکنند، به آگاهی بیشتر بیمار در مورد اختلال خود می­انجامد(فرزانه فر، 1387).

**- تکالیف خانگی:** بیماران بین جلسات خود با درمانگر، رفتارهای تازه را تمرین کرده یا برای آزمایش توضیحات مطرح شده در جلسات آن را امتحان می کنند.

**- جلسات بسیار ساخت یافته:** در هر جلسه، پیشرفت نسبت به جلسه ی قبل، از جمله تکالیف خانگی مرور می شود. عناوین تازه مطرح شده، تکالیف هفته ی بعد مطرح، نکات عمده ی جلسه خلاصه می گردد( گلدر و گراهام[[55]](#footnote-55)، ترجمه پور افکاری،1382).

**- کنترل پیشرفت:** در روش درمانی شناختی- رفتاری؛ارزیابی پیشرفت فقط متکی بر شرح کلامی بیمار نیست و اصولاً از طریق وارسی یادداشت روزانه بیمار و گاهی استفاده از مقیاس های اندازه گیری رسمی است(فرزانه فر، 1387).

علاوه بر مزایای درمان شناختی- رفتاری، استفاده از روش گروهی، محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرآیند این نوع درمان می شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر بودن را در آنها تقویت می کند(مختاری، 2006). همچنین، درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می سازد که تعدادی از این بیماران در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. مزايای دیگر گروه درماني عبارتند از:

**-** تکاليف فعاليت محور که يکي از مؤلفه های ضروری درمان است، در گروه درماني اثربخشي بيشتری نسبت به درمان فردی دارد.

**-** گروه، محيطي اثربخش برای فرايندهای فعال و مستقيم ارائه مي دهد. از قبيل ايفای نقش، آموزش قاطعيت ورزی، اجرای رفتار خاص، الگوبرداری و فعاليت های مخاطره آميز.

**-** گروه مانند آزمايشگاهي است که در آن رفتارها به عمل تبديل مي شوند.

- در گروه درمانی، از اعضا خواسته مي شود فرم تکاليف خود را پر کنند که نياز به بررسي موقعت بر اساس مدل و فهم افکار و رفتار غيرمنطقي دارد. با شنيدن گزارش ساير اعضا و نحوه کنار آمدن آنان با موقعیت، اعضا با مشکلات خود بهتر کنار مي آيند.

**-** زماني که عبارات اعضا بيانگر نحوه ی تفکر غلط آنهاست، رهبر و ساير اعضا خطا را گوشزد کرده و باعث اصلاح تفکر نادرست مي گردند.

**-** با ديدن ساير اعضا فرد نحوه ی رفتار کارآمد را مشاهده کرده و مي بیند که افراد خودشان گام به گام به بهبود خود کمک کرده و پی می برند که درمان موثر نياز به تمرين و شرکت در جلسات دارد.

**-** در گروه درمانی، افشای مشکلاتي که برای فرد شرم آور است، خود درمان کننده است. خود افشايي به اعضا مي­آموزد که مخاطره کردن بهايي دارد: افشاگري ترسناک نيست حتي اگر با انتقاد ديگران همراه باشد.

**راهبردها و فنون رویکرد شناختی- رفتاری**

**1) آموزش روش حل مسئله[[56]](#footnote-56)**

فقدان مهارت های حل مسأله، یکی از ابعاد مهم اختلال افسردگی است(داویلا و همکاران، 1995، به نقل از یایلینگ و همکاران، 2006). بنابراین، يكي از فنوني كه در رويكردهاي شناختي- رفتاري استفاده مي شود، آموزش روش حل مسئله است. هدف كلي آموزش حل مسئله، آموزش و كمك به افراد درمان جو در جهت كسب بينش نسبت به توانايي هاي خود است. با استفاده از اين روش فرد مي تواند از توانايی هاي خود براي مقابله ی مؤثر با مشكلات و مسائل زندگي روزمره ی خود بهره گيرد. آموزش حل مسئله، عبارت از آموزش و به کارگیری رویکرد گام به گام و ساختاریافته به حل مسائل و شامل پنج مرحله به شرح زيراست:

**1- تعریف مسأله یا مشکل:** در این مرحله، به افراد كمك مي شود كه مشكلات را بخشي از زندگي روزانه تلقي كنند و در مقابل مشكلات، تكانه ها و هيجان ها، خود را كنترل کرده و به تعریف دقیق آنها پرداخته و آنها را اولویت بندی کنند.

**2- ارائه راه حل های ممکن با استفاده از بارش مغزی[[57]](#footnote-57):** در مرحله ی دوم، از فرد خواسته مي­شود تا كليه ی راه حل­هاي بديعي را كه به حل مشكل كمك مي كنند، مطرح سازد. در این گام، فرد کلیه ی راه حل های احتمالی برای مشكل را طرح و روی آن فکر کرده و تعريف عملياتي ارائه می دهد. در اين مرحله قضاوتي در مورد راه حل هاي ارائه شده صورت نمي گيرد.

**3- ارزشیابی راه حل های ممکن:** در این مرحله، فرد هر راه حل را به طور جداگانه ارزيابي مي كند و سپس عملي ترين و مناسب ترين راه حل را برمي گزيند.

**4- انتخاب بهترین راه حل:** در مرحله ی چهارم، درمانجویان باید بهترین راه حل یا راه حل ها را از مین بقیه انتخاب کنند.

**5- به کارگیری راه حل انتخاب شده:** در مرحله ی پنجم، فرد به گونه اي مؤثر راه حل انتخاب شده را به كار مي گيرد و با مشکل برخورد می کند.

از نظر میشن بام و جارمکو[[58]](#footnote-58)(19839) در آموزش حل مسأله دو نوع از مشکلات حل مسأله هدف قرار می گیرند که عبارتند از: 1- تمایل به نگریستن به مشکلات و مسائل به روشی مبهم، بی اهمیت، کلی و فاجعه آمیز؛ 2- ناتوانی در شناسایی و کاربرد کلیه ی راه های ممکن برای حل مسأله(به نقل از بایلینگ و همکاران، 2006؛ ترجمه ی خدایاری فرد و عابدینی، 1389، ص122). در اين روش، درمانگر در جلسه اي، ابتدا از افراد مي خواهد تا يكي از مشكلات روزمره ی خود را مطرح كنند. سپس به طور عملي چگونگي به كارگيري روش حل مسئله را به آنان آموزش مي دهد(خدایاری فرد و همکاران، 1385، ص 69).

**2) کنترل افکار خوآیند منفی**

تفکر درمان جویان افسرده، مفهوم مثلث شناختی است. این درمان جویان افکار و باورهای منفی و بسیار تأثیرگذاری در مورد خودشان، دیگران و جهان دارند(بک و همکاران، 1979). در مجموع، محتوای تفکر افسرده ساز برحسب مثلث شناختی شامل نگرش مخدوش و منفی نسبت به خویشتن، تجارب فعلی و آینده است. همچنین، افکار خودآیند افسرده ساز مشخصاتی دارند که در کیفیت فرایند درمان اثر گذارند. زیرا این افکار به دلیل اینکه جنبه ی عادتی پیدا می کنند، در تشخیص دشوار هستند. همچنین، خوآیند و غیرارادی هستند. بنابراین، کنترل آنها مشکل است. مهم تر اینکه این نوع افکار توجیه پذیرند و به همین دلیل مبارزه با آنها دشوار است. از آنجا که افکار خودآیند منفی برخاسته از خطاهای پردازشی مانند تعمیم بیش از حد(قضاوت فراگیر براساس موارد اندک)، انتزاع انتخابی(توجه صرف بر جنبه های منفی تجارب)، استدلال به شیوه ی همه یاهیچ(تفکر افراط و تفریطی)، شخصی سازی(پذیرش مسؤلیت نامرتبط) و غیره هستند، در درمان شنختی- رفتاری، بیماران ابتدا با کمک درمانگر به تشخیص این افکار می پردازند و یعد از طریق تکالیف خانگی مربوط به خودبازنگری، مهارت­های لازم را در خود پرورش می دهند(هاتون و همکاران، 1989، ترجمه قاسم زاده، 1383، صص254-252).

از آنجا که محتوای افکار و شناخت های افراد افسرده از نظر بالینی بدبینانه و منفی است، به ویژه وقتی که این افراد با وقایع مشکل آفرین یا مبهمی مواجه می شوند، بنابراین، افراد افسرده را می توان به صورت فردی درنظر گرفت که فیلترهایی دارند که فقط قادر است خبرهای بد را رمزگذاری کنند و به خبرهای خوب توجه کمی دارند. بدین نحو که وقتی فرد افسرده با یک واقعه ی مثبتی مواجه می شود، این واقعه را به عنوان واقعه ی تصادفی یا زودگذر و موقتی مدنظر قرار می دهد. از نظر بالینی به این خطای شناختی «جزیی کردن» گفته می شود و ارتباط تنگاتنگ و نزدیکی با سبک های اسنادی مرتبط با افسردگی دارد. علاوه براین، افراد افسرده در هنگام مواجه با وقایع منفی، خودشان را صددرصد مقصر می دانند. این تحریف­های شناختی نیز بیانگر نوعی ناتوانی برای درنظر گرفتن کلیه ی عوامل مؤثر در یک رخداد یا پیامد منفی است. در قبال چنین افکار خوآیندی، یکی از راهبردهای شناختی در گروه درمانی شناختی- رفتاری این است که افراد گروه را بیشتر متوجه افکار مثبت کنند و آنها را به ارزشیابی دقیق تر از علت و منشأ حقیقی وقایع مثبت سوق دهند(بایلینگ، 2006، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، 1389، ص321).

**3) بازسازي شناختي[[59]](#footnote-59)**

مهم ترين كنش تكنيك هاي بازسازي شناختي، آموزش الگوهاي تفكر سازش يافته تر به افراد است. تا بتوانند به كمك آنها، به كشف الگوهاي فكري منفي و تحريف شده در خود بپردازند و بدين وسيله تأثيرات آسيب رسان اين الگوهاي فكري را تشخيص دهند و به جاي دريافت هاي شناختي ناكارآمد خود، الگوهاي فكري سازش يافته تر و درست تري را جايگزين سازند. دريافت هاي شناختي زماني ناكارآمد محسوب مي شوند كه به صورتي مزمن، غير واقعي و نادرست به نظر برسند و در پاسخ هاي عاطفي و رفتاري ناخواسته نقش داشته باشند. درمانگر از تكنيكهاي بازسازي شناختي مانند تكنيك هاي خاص استخراج اطلاعات شناختي و تحليل دريافت هاي شناختي و تکنیک های تغييرشناختي براي تغيير باورها, نگرش ها و مفروضه هاي نادرست افراد استفاده مي كند. اين تكنيك ها بر اين فرض استوارند كه اگر افراد در زمينه بازشناسي و اصلاح تحريف هايي كه از واقعيت به عمل مي آورند، آموزش ببينند، مي توانند براي تغيير پاسخ هاي عاطفي و رفتاري ناكارآمد مرتبط با خود، در موقعيت بهتري قرار بگيرند. علايم شناختي اي كه مي تواند شامل باورها, تعبير و تفسيرها, خودگويي های[[60]](#footnote-60) فرد و فرآيندهاي شناختي تحريف شده باشند, به عنوان هدف مداخله هاي بازسازي شناختي تعيين مي شوند. او توضيح مي دهد كه هرگاه شخص دريابد كه اين افكار چگونه ممكن است در بروز احساسات و عكس العمل هاي رفتاري ناخواسته سهيم باشند، علل رفتار خود را بهتر مي فهمد. اين موضوع فرد را قادر مي سازد تا در موقعيت مذكور به فعاليت هاي سازنده اي دست بزند. هدف از اين توضيح كوتاه, ارائه استدلالي قانع كننده براي مشاركت گروه با درمانگر، در تحليل شناختي است.

درمانگران همچنین مي بايد با استخراج اطلاعات بيشتر درباره اسنادها، مفروضه ها و باورهاي مراجع، دريافت هاي شناختي ناكارآمد او را از بين ببرند. آنان بايد به حد كافي شركت كنندگان را راهنمايي كنند تا آنها بتوانند باورها و مفروضه هاي ناكارآمد خود را وارسي كنند. البته، آنها نبايد فرضيه هاي آزمون نشده خود را، مفروضه هاي زيربنايي مراجع تلقي كنند(خدایاری فرد و همکاران، 1385، ص 78).

**4) آموزش مثبت نگری**

از فنون دیگر روش درمانی شناختی- رفتاری، روش مثبت نگري است. این تکنیک ها معمولاً در پنج مرحله انجام مي گيرد:

- در مرحله ی نخست از اعضا خواسته مي شود که نقاط قوت خود را نام ببرند. عده اي از افراد به علت عزت نفس پايين و يا به دليل احساس حقارت و يا افسردگي شديد و يا بنا به ساير دلايل رواني توانايي بيان نقاط قوت خود را ندارند و يا هيچ نقطه ي قوتي را در خود نمي يابند. از اين افراد خواسته مي شود كه نقاط قوت خود را از ديدگاه ديگران بيان كنند، يعني بگويند به نظر خودشان ديگران چه نقاط مثبتي را در آنها مي بينند.

- در مرحله دوم از آنها خواسته مي شود حداقل 5 تجربه خوب خود را نام ببرند، مواردي مانند انجام كار خوبي كه از آن لذت برده اند و از انجامش احساس شادي و غرور مي كنند.

سپس به هر يك از اعضاي خانواده اين فرصت داده مي شود كه درباره خاطرات خوب خود صحبت كنند و به توصيف و تشريح بسياري از تجربيات مثبت و خوب خود براي ساير اعضای گروه بپردازند. بقيه اعضا سعي مي كنند پس از شنيدن مطالب، نقاط قوت گوينده را به دقت شناسايي و از آنها فهرست برداري كنند.

- در مرحله سوم، هر فردي نوبت مي گيرد تا نكات مثبتي را كه درباره ديگري تشخيص داده است به او بگويد. فهرست مربوط به هر فرد را به خود او مي دهد. اين عمل را همه اعضاي گروه درباره ی يكديگر انجام مي دهند.

- در مرحله چهارم، بر تمرين هايي تأكيد مي شود كه طي آن شخص بتواند اهميت نسبي نقاط قوت مطرح شده در مرحله اول, دوم و سوم را به ترتيب اولويت شان مشخص سازد. بنابراين در اين مرحله از آنها خواسته مي شود كه به نقاط قوت قابل اتكايي اشاره كنند كه در اين تجارب خوشايند از آنها استفاده كرده اند. افراد طيف وسيعي از قضاو تهاي شخصي خود را نسبت به خويشتن بيان مي كنند كه نقاط قوت خوانده مي شود(خدایاری فرد و همکاران، 1385، ص 77).

**5) روش پیکان وارونه**

روش پیکان وارونه، یکی از فنون شناختی مربوط به باورها در گروه درمان گری شناختی- رفتاری افسردگی و رویکردی است که به جای بررسی اینکه کدام شواهد از افکار خودآیند فرد حمایت می کند، تلاش می کند معناها و ریشه های اولیه ی احتمالی این افکار خودآیند را کشف کند. زیرا در مدل شناختی- رفتاری افسردگی، اعتقاد براین است که داشتن باورهای عمیق محوری به شکل گیری نوع دیگری از شناخت ها از جمله افکار خودآیند منجر می­شود.

در این روش، درمانگر می تواند این موضوع را با ارائه ی مثالی به طور مؤثری به افراد گروه منتقل کند و قبل از مطرح کردن موارد مربوط به افراد گروه بر مورد مأثر و نتیجه بخش متمرکز شود. با وجود این، هرچند، بحث و بررسی در زمینه ی شناخت های عمیق موجب بروز عواطف شدیدی در افراد گروه می شود. اما کشف و شناسایی این پیش فرض های شرطی و باورهای زیربنایی به معنای این است که فرد در مسیر درستی قرار گرفته است. درواقع، تشخیص و شناسایی این باورها، مهم ترین مرحله برای رها کردن آنها و خلاص شدن از دست آنهاست. همچنین، جلسات کشف شناخت های عمیق نسبت به جلسات اولیه ی بحث و گفت و گو ساختار کمتری دارند و به طور معمول شامل تأمل و اندیشیدن در مورد وقایع دوران کودکی، توجه به غیرقابل انعطاف بودن پیش فرض های شرطی، یا کشف یک باور زیربنایی است(بایلینگ، 2006، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، 1389، ص325).

**احساس تنهايي[[61]](#footnote-61)**

احساس تنهايي به عنوان يكي از نشانه هاي افسردگي و نيز به عنوان يك عامل مستقل در ايجاد آسيب هاي روانشناختي مورد توجه بوده است(شيباني تذرجي، 1389، ص55). احساس تنهايي، گوياي كاستي ها و كمبودهايي در برقراري پيوندهاي عاطفي و اجتماعي است. به بیان دیگر، احساس تنهايي تجربه‌اي ذهني و آزار دهنده است كه گوياي كاستي‌ها و كمبودهايي در پيوندهاي عاطفي و اجتماعي ميان فردي است. ممكن است كسي در ميان گروهي باشد اما پيوندهاي اجتماعي و يا عاطفي خشنود كننده‌اي نداشته باشد و از احساس تنهايي شكايت كند. بنابراين، دور ماندن فيزيكي از ديگران به معناي تنهايي نيست؛ اگرچه تنهايي و تنها ماندن با يكديگر رابطه دارند. چيره شدن بر احساس تنهايي بي‌آنكه تماس دائمي و منظمي با ديگران داشته باشيم كاري بسيار دشوار است. افراد دچار تنهايي، بيشتر فرصت ارتباط‌هاي اجتماعي را از دست مي‌دهند، زيرا گرايشي به انجام اين كار ندارند(ديوريو[[62]](#footnote-62) ،2003؛ نجاريان،1381).

از نظر تاریخی، احساس تنهایی یکی از سازه های پیچیده ی روان شناختی و مورد بحث در بین فلاسفه بوده است. در آن زمان احساس تنهایی یک مفهوم مثبت به معنای کناره گیری داوطلبانه­ی فرد از درگیری های روزمره ی زندگی برای رسیدن به هدف های بالاترمانند تفکّر، مراقبه و ارتباط با خداوند تلقی می­شد. اما امروزه در متون روان شناختی به احساس تنهایی مثبت پرداخته نمی شود. بلکه حالتی را درنظر می گیرند که در آن فرد فقدان روابط با دیگران را ادراک یا تجربه می­کند و شامل عناصر اصلی و مهمی مانند احساس نامطلوب فقدان یا از دست دادن همدم، جنبه های ناخوشایند و منفی روابط از دست رفته و از دست دادن سطح کیفی روابط با دیگری است(دی یانگ گیرولد[[63]](#footnote-63)، 1998). تاریخچه­ی مطالعات احساس تنهایی بیانگر آن است که این سازه در گذشته با مشکلات دیگری مانند افسردگی، کمرویی، خشم، رفتار خودانزواطلبانه و مانند اینها مفهوم سازی شده بود(تیکه[[64]](#footnote-64)، 2009). اما در تعاریف و مفهوم سازی­های جدید، احساس تنهایی یک سازه ی روان شناختی مستقل از دیگر مشکلات درنظر گرفته می شود که خطرات منحصر به فرد خود را دارد(کاسیوپو و همکاران[[65]](#footnote-65)، 2006). مرور پیشینه ی پژوهشی در تعریف و مفهوم احساس تنهایی نیز نشان می­دهد که در این زمینه تفاوت های نسبتاً چشمگیری بین صاحب نظران وجود دارد. برای نمونه، برخی از پژوهشگران احساس تنهایی را یک حالت روان شناختی ناشی از نارسایی های کمّی و کیفی در روابط اجتماعی می دانند(پیلو و پرلمن[[66]](#footnote-66)، 1982؛ به نقل از رحیم زاده و پوراعتماد، 1390، ص124). براساس نظریه هایی مانند ویس[[67]](#footnote-67)(1973) احساس تنهایی یک تجربه ی منفی شدید است که فرد از به یادآوری آن فعالانه اجتناب می کند. اگر هم مجبور به یادآوری شود، با نارضایتی زیادی این عمل را انجام می دهد و درماندگی ناشی از احساس تنهایی را کم اهمیت جلوه می دهد. وود[[68]](#footnote-68)(1986) این گونه استلال می­کند که احساس تنهایی یک هیجان بنیادی و یکی از قوی ترین تجربه های انسانی است. وی براین باور است که احساس تداعی شده با احساس تنهایی، عدم وجود روابط اجتماعی مناسب را به فرد گوشزد می کند.

برابر ديدگاه پپلا و پرلمن[[69]](#footnote-69)(1982) شناخت‌ها، عامل ميانجي و واسطه در احساس تنهايي هستند. اين بازنمايي از رويكرد شناختي برآن است كه تنهايي، پيامد اختلاف مشاهده شده ميان چند و چون پيوندهايي است که هركس آرزوي آن را دارد. در ديدگاه پپلا و‌ پرلمن، مردم شايد دو گونه تنهايي را تجربه كنند. اين ديدگاه بر اساس طبقه بندي ويس[[70]](#footnote-70)(1973) پديد آمده است. در این طبقه­بندی دو گونه تنهايي یعنی تنهايي عاطفي و تنهايي اجتماعي مورد شناسايي قرار گرفته است.

**1- تنهايي عاطفي:** در پي نبود يك وابستگي مهم يا از دست دادن يك چنان پيوندي پديد مي‌آيد.

**2- تنهايي اجتماعي:** در پي نبود پيوستگي به يك شبكه روابط اجتماعي پديدار مي‌شود و شايد تنها با دست‌يابي به يك شبكه ارتباطي خواستني و خشنود كننده از ميان برود(ون بارسن و همكاران[[71]](#footnote-71)، 2000 ؛ به نقل از عابديني نسب و خدابخش،1383).

**سبب شناسی احساس تنهایی**

پديد آمدن احساس تنهايي داراي فرايند پيچيده‌اي است و شماري از عوامل با هم، يا جدا از يكديگر آن را آشكار مي‌كنند و بر ابعادش اثر مي‌گذارند. ادراك هر كس از اين كه چه اندازه تعامل‌هاي اجتماعي دارد و آن تعامل‌ها چگونه هستند، به عنوان يك عامل دروني در شكل گيري تنهايي سهم به‌سزايي دارد . گروهي از پژوهش‌گران بر اين باورند كه احساس تنهايي هنگامي بروز مي‌كند كه عاملي بيروني مانند كاستي در گستره شبكه پيوندهاي اجتماعي كسي پديد آيد و نيازهاي مصاحبتي او كمتر خشنودش كند(راسل و همکاران[[72]](#footnote-72)، 1965، به نقل از رشيدي،1380). به اين ترتيب، این عوامل را مي‌توان در دو دسته‌ي دروني و بيروني مورد توجه قرار داد.

**- عوامل درونی:** یک دسته از عوامل سبب ساز احساس تنهایی درونی هستند يكي از آن عوامل دروني، خطاهاي شناختي و باورهاي غيرمنطقي درباره برقراري پيوندهاي عاطفي يا اجتماعي است كه پي‌آمد تنهايي را به دنبال دارد. فكركردن درباره‌ي اين كه «صفات شخصيتي منفي در من هست كه ديگران را از من متنفر مي‌كند» یا «من هرگز نمي‌توانم دوستي پيدا كنم چون به هيچ دردي نمي‌خورم» و يا « هميشه در پيوند با ديگران خراب‌كاري مي كنم» و غیره، از اين دست انديشه‌هاي غير منطقي است. پايين بودن عزت نفس يا خود‌پنداره‌‌ي منفي هم يك عامل دروني به شمار مي آيد. شايد كاستي در يك رابطه، عزت نفس را كاهش دهد. اما عزت نفس پايين هم آدمي را از كوشش براي برقراري دوستي با ديگران باز‌خواهد داشت(حسين‌شاهي، 1379).

**- عوامل بیرونی:** از مهم ترین عوامل بيروني مي‌توان كاستي در مهارت‌هاي اجتماعي را برشمرد. به نظر برخي متخصصان، شايد مهارت‌هاي اجتماعي ضعيف باعث اختلال در روابط شوند. شايد به اين خاطر تنها باشيم كه نمي‌دانيم يا فكر مي‌كنيم نمي‌دانيم چگونه با ديگراني كه پيرامون ما هستند، رفتار كنيم. چندين بررسي در اين باره، نشان مي‌دهد كه نداشتن مهارت هاي اجتماعي افراد را دچار تنهايي مي‌كند. چنين كساني براي پيوند با ديگران زماني طولاني و پر دردسر را سپري مي‌كنند و با همه تلاش‌هايي كه مي‌كنند، نمي‌توانند آغازگر تعاملي شيرين و دلچسب با ديگران باشند و دوستي صميمانه‌اي با ديگران برقرار كنند(رشيدي،1380). در عين حال، كانگر و فارل(1980)گزارش کرده اند، افرادي كه برخوردار از مهارت‌هاي اجتماعي قلمداد مي‌شوند، بيشتر صحبت مي‌كنند، تماس چشمي برقرار مي‌كنند، بيشتر لبخند مي‌زنند و حركات بيانگر مناسب‌تري را به كار مي‌برند تا افرادي كه مهارت‌هاي اجتماعي ندارند(حسين‌شاهي، 1379). از نظر همه گير شناسي، برابر گزارش ساپينگتون، به نقل از حسين‌شاهي، 1379) برآوردهاي مربوط به كساني كه در دوره‌اي از زندگي خود احساس تنهايي داشته‌اند، از 10 تا 67 درصد نوسان دارد. پيش‌بيني‌هاي جمعيت شناختي در آمريكا در سال 1991 نیز نشان مي‌داد كه در سال 2000 هر ماه 29 تا 70 ميليون آمريكايي، احساس تنهايي خواهند كرد(ارنست و كاسيوپو، 1999، به نقل از هاپز و همكاران، 2001). این گزارش نشان می دهد كه با گذشت هر سال، روند رو به افزايشي در شكايت از اين احساس در افراد پديدار شده است.

**احساس تنهايي در بيماري‌هاي نوروتيك**

احساس تنهايي مي‌تواند پيش‌آيند يا پس‌آيند يكی از بيماري‌هاي نوروتيك باشد. عوامل روان‌شناختي ويژه‌اي در پديد آمدن بيماري‌هاي رواني دست دارند(نجاريان و همكاران،1381). اين عوامل اگرچه هر يك به تنهايي عمل نمي‌كنند، اما ميان آن‌ها، چگونگي پيوندهاي ميان فردي در پديداري بيماري‌هاي رواني توجه ويژه‌اي را مي‌طلبد:

1- ناتواني در سازگاري با خواسته‌هاي پيرامون

2- ناتواني در روبرو شدن با هيجان‌ها و احساس­هاي شديد و نمايان كردن آن‌ها، آنگونه كه هستند.

3- ناتواني در شكل دادن پيوندهاي ميان فردي پاداش دهنده يا پايدار، به ويژه پيوندهاي مهرآميز.

ناسازگاري كه در بيماري‌هاي رواني ديده مي‌شوند به خوبي اهميت پيوندهاي عاطفي يا اجتماعي ميان فردي ناكارآمد را در پديداري يا نمايان شدن بيماري‌هاي رواني نشان مي‌دهد. رويكرد روان‌پويشي، افسردگي را با مفهوم از دست دادن يا ترس از گسستن پيوندهاي تبيين مي‌كند. زيگموند فرويد، گرايش بيماران افسرده به برگرداندن هر گونه خشم و نفرتي به درون خودشان را به دلیل از دست دادن کسی یا چيزی مطرح مي‌كند. افسردگي زماني روي مي‌دهد كه بيمار در مي‌يابد فرد يا آرماني كه او برايش زندگي مي‌كرده، هرگز چنان نبوده كه بتواند انتظارات او را برآورد(رفيعي و رضاعي، 1378).

ديدگاه‌هاي زیادی همگي به كاستي‌ پديد‌ آمده در پيوندهاي ميان فردي مي‌پردازند. به هر حال كسي كه الگوي ذهني يا يك نمونه‌ي آرماني براي برقراري پيوند است، جاي خود را در ساخت شناختي و عاطفي انسان از دست مي‌دهد. يا به اين دليل كه او آن چه را كه چشم‌داشت انسان بوده به جا نياورده است يا اين كه پيوندها(در بنياد) بر پايه‌ي سست و نادرستي ساخته شده است. گسستن اين پيوندهاي ويژه يا پديد آمدن كاستي در آن، افسردگي را به بار مي‌آورد. نشانه شناسي افسردگي احساس تنهايي را هم در بر مي‌گيرد، همچنان كه از دست دادن لذت به گفتگو نشستن با ديگران، به گوشه گيري و گرايش نداشتن به مردم آميزي در افسرده‌ها، مي‌انجامد.

پيشينه های نظري و پژوهشي نیز به نمودهاي گوناگون احساس­تنهايي در ناسازگاري‌هاي ميان‌فردي، ناكارآمدي مهارت‌هاي مقابله با دشواري‌ها، كاركردهاي پايين آموزشي، نيمرخ شخصيتي منفي، انواع بيماري‌هاي نوراتيك به ويژه افسردگي و اضطراب در موقعيت‌هاي اجتماعي اشاره مي‌كند. برای نمونه، در پژوهشي كه دي توماس و همكاران[[73]](#footnote-73) (2003) انجام دادند، با استفاده از مقياس دلبستگي، تنهايي اجتماعي و عاطفي و مهارت‌هاي اجتماعي دريافتند که وابستگي ايمن و مهارت‌هاي هاي اجتماعي به گونه‌ي چشمگيري با احساس تنهايي رابطه دارد. اين پژوهش با بررسي‌هاي پيشين مانند ريجيو و همکاران[[74]](#footnote-74)(1990) همخواني دارد. يافته‌هاي آنان بر اين نكته پافشاري مي‌كند كه داشتن مهارت‌هاي اجتماعي به همراه وابستگي ايمن و ناايمن و تنهايي اجتماعي تا اندازه‌اي با ميانجي­گري مهارت‌هاي اجتماعي پديدار مي‌شود. آن‌ها بر پايه‌ي اين يافته، نظريه­ی دلبستگي را چارچوب سودمندي براي بررسي توانمندي‌هاي اجتماعي و سازگاري دانسته‌اند. در پژوهش جامع‌تري كه اسميت[[75]](#footnote-75)(1991) انجام داد عوامل شخصيتي و موقعيتي(دروني و بيروني)كه مي‌تواند در پديد آمدن احساس تنهايي مؤثر باشد، نشان داد كه شمار بالاي كساني كه آزمودني مي‌توانست با او محرمانه گفتگو كند يا به عبارتي راز دلش را به او بگويد، عامل مهمي بود كه همبستگي بالايي با كاهش ميزان احساس تنهايي نشان مي‌داد. پژوهش اسميت نشان داد، زناني كه بيشتر منزوي و گوشه‌گير و درون‌گرا و نوراتيك بودند در هر دو گروه احتمال بيشتري داشت كه احساس تنهايي كنند. اين يافته از ديدگاه ويس(1973) كه پيوند صميمانه با كسي ديگر در زدودن تنهايي در انزواي عاطفي موثر است را حمايت مي‌كند.

**سنجش و اندازه­گیری احساس تنهایی**

سنجش و اندازه گیری احساس تنهاییی همانند تعریف و مفهوم سازی آن، تنوع و اختلاف نظر پژوهشگران در این زمینه به دو رویکرد متفاوت منتهی شد. در یک رویکرد، مقیاس های کلی و تک بعدی، احساس تنهایی را بدون توجه به آنچه که موجب احساس تنهایی در افراد می شود را به منزله ی یک پدیده ی واحد درنظر می گیرند و بر اشتراک هایی تمرکز دارند که علت اصلی تجربه ی احساس تنهایی در افراد به حساب می آیند. در رویکرد دیگر، اندازه های چندبعدی سعی دارند بین تظاهرات مفروض احساس تنهایی تمایز ایجاد کنند. در این زمینه، نخستین بار ویس(1973) آن را با دو ویژگی انزوای هیجانی و انزوای اجتماعی معرفی کرد. انزوای هیجانی بر تعداد نامناسب یا فقدان دلبستگی های خانوادگی، دوستانه و ارتباطی دلالت دارد، در حالی که انزوای اجتماعی به وسیله ی فقدان شبکه های اجتماعی در دسترس ایجاد می شود و با تعداد نامناسب دوستان در ارتباط است. برخی دیگر از مؤلفان مانند ویتنبرگ[[76]](#footnote-76)(1986) و دیتوماسو و اسپینر[[77]](#footnote-77)(1997) بر این رویکرد چند بعدی تأکید و یا ابعاد دیگری برآن افزودند. در ایران نیز دهشیری و همکاران(1387) سه عامل احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانوده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه های عاطفی تنهایی را مطرح و ارائه کردند(به نقل از رحیم زاده و پوراعتماد، 1390، ص125).

بدون تردید ناهماهنگی و اختلاف در تعیین عوامل، ابعاد، مؤلفه­ها و ساختار عاملی احساس تنهایی، علاوه براینکه متأثر از مبانی نظری و زیربنایی متفاوت این سازه است، تحت تأثیر ساختارهای فرهنگی و اجتماعی افراد و گروه های مورد مطالعه قرار دارد. در این زمینه، پرلمن[[78]](#footnote-78)(2003) معتقد است که عوامل فرهنگی در شکل گیری احساس تنهایی به شکل یکسان مؤثر نیستند. یافته های پژوهشی نیز نشان می دهند که میزان احساس تنهایی در فرهنگ های جمع گرا، یعنی جایی که افراد مسئولیت بیشتری به خاطر شکست های بین فردی می پذیرند، بالاتر است(اندرسون[[79]](#footnote-79)، 1999). البته، در این میان نقش مذهب را به این دلیل که اعمال مذهبی می توانند بین تنیدگی و سلامت روانی مانند یک سپر عمل کنند(لودر و همکاران[[80]](#footnote-80)، 2006)، نباید نادیده گرفت. افزون براینکه، مذهب و ایمان از راهبردهای مقابله با احساس تنهایی به حساب می آیند(روکچ[[81]](#footnote-81)، 1996؛ به نقل از واحدی و همکاران، 1389).

**خودکارآمدی[[82]](#footnote-82)**

خودكارآمدي، به عنوان يك مفهوم از مفاهيم يادگيري اجتماعي، اولين بار در سال 1997توسط

بندورا[[83]](#footnote-83) مطرح شد(آلتو وهمکاران[[84]](#footnote-84)، 1997، ص51). از نظر بندورا، خودكارآمدي: قضاوت افراد در مورد توانمندي هاي خود است و به احساس های کفایت، شایستگی، و قابلیت در کنار آمدن با زندگی اشاره دارد. بندورا (1986) در کتاب پایه های اندیشه و رفتار اجتماعی می گوید که انسان ها دارای یک نظام خود هستند که در کنترل اندیشه ها، احساس ها و کنش های مؤثر است. از نظر او رفتار و انگیزش انسان نیز در باورهایی است که انسان ها از خود دارند که این سازه ی کلیدی در کارکرد و کنترل شخصی فرد می باشد. همچنین، از نظر بندورا خوداندیشی، یگانه توانایی انسان در ارزیابی اندیشه و رفتار خود است. به نحوی که این خودارزیابی ها در برگیرنده ی دریافت های خودکارآمدی است. باورهای کارآمدی نیز علاوه براینکه بر الگوهای اندیشه و واکنش­های هیجانی افراد اثر می­گذارند، تعیین می­کنند که انسان ها چه اندازه برای انجام کارهایشان زمان می گذارند، هنگام برخورد با دشواری ها تا پایداری می کنند، و آیا در برخورد با موقعیت های گوناگون چه اندازه انعطاف پذیر هستند. براین اساس، افرادی با خودکارآمدی پایین شاید باور کنند که وضع حل ناشدنی است. یعنی باوری که تنیدگی، افسردگی و دیدی باریک بینانه برای گره گشایی پرورش می دهد(رجبی 1385، صص-113-111).

از نظر بندورا، افرادی که احساس کارآمدی پایینی دارند، احساس می کنند که درمانده هستند و نمی توانند رویدادهای زندگی خود را کنترل کنند. آنها معتقدند که هرگونه تلاشی که می کنند بیهوده است. همچنین، وقتی آنها با موانعی روبرو می شوند، چنانچه تلاش مقدماتی آنها برای برخوردکردن با مشکل بی ثمر باشد، سریعاً قطع امید می کنند. برخی از این افراد که احساس کارآمدی پایینی دارند، حتی سعی نمی کنند با مشکل کنار بیایند. زیرا متقاعد شده اند که هر کاری که انجام می دهند، بی فایده است. بنابراین، احساس کارآمدی پایین می تواند بر انگیزش، سطح آرزوها، توانایی های شناختی و سلامت جسمانی تأثیر ناگوار بگذارد. برعکس، افرادی که احساس کارآمدی بالایی دارند، معتقدند که می توانند به نحو مؤثری با وقایع و موقعیت ها برخورد کنند. چون آنها انتظار دارند که در غلبه بر موانع موفق شوند، در کارها استقامت به خرج دهند، و اغلب در سطح بالا عمل می کنند. همچنین، این افراد مشکلات را به جای تهدید، چالش می دانند و فعالانه در جستجوی موقعیت های تازه هستند(شولتز و شولتز، 2005، ترجمه سید محمدی، 1386، ص460). در این رابطه، الساري[[85]](#footnote-85) خودكارآمدي را اعتقاد فرد به داشتن توانايي براي سازماندهي و انجام سلسله اقدامات لازم براي رسيدن به يك هدف خاص تعريف كرده است. به نظر وي يكي از عوامل مهم در ايجاد انگيزه فرد براي اقدام، عقيده ی او در توانايي­اش براي اقدام و تأثيرگذاري است(به نقل از رفیعی فر و همکاران، 1392، ص64). برخی از صاحب نظران، خودکارآمدی را سازه ای بنیادی از خودپنداره ی افراد برمی شمرند که با باورهای افراد درباره ی توانایی های شان شناخته می شود(گارسیا و پنت ریچ[[86]](#footnote-86)، 1996؛ به نقل از پاجارس[[87]](#footnote-87)، 1996).

آنچه مسلّم است اینکه موفقيت انسان احتياج به تعهد، كارداني و پشتكار دارد. اين موارد از طريق خودكارآمدي حاصل مي شود(مایباک و مورفی[[88]](#footnote-88)، 1995؛ به نقل از سعید و همکاران، 1390، ص18). همچنین، عقايد مرتبط با خودكارآمدي بر اهداف و آرزوها اثر مي گذارد و تشكیل دهنده پيامدهاي رفتار انسان مي باشد(شوایتزر و لوزینسک[[89]](#footnote-89)، 2005، ص 159-139). از این منظر، احساس خودكارآمدي، يکي از مهمترين جنبه هاي اطلاعاتي در مورد خودمان است. اين اطلاعات مربوط به برآورد ما، شخصيت ما و احساس خودكفايي ما مي باشد. افراد با حداكثر احساس خودكارآمدي مي­توانند به طور مؤثر با موقعيت ها برخورد كنند؛ به عبارتي شايستگي برخورد با موقعيت ها را دارا شوند(لفرانکوئیس[[90]](#footnote-90)، 1991، به نقل از سعید و همکاران، 1390، ص18).

از تعاریف قبلی چنین برمی آید که خودكارآمدي، اطمينان خاطري است كه شخص درباره ی انجام فعاليت خاص احساس مي كند. اين مفهوم، ميزان تلاش و سطح عملكرد فرد را تحت الشعاع قرار مي دهد. زیرا در فرآيند تغيير رفتار، ارتقاي خودكارآمدي بسيار قابل اهميت است. تكرار در عملكرد، ساده كردن و تقسيم نمودن يك كار به مراحل كوچك، مي تواند در انجام هر مرحله از كار، فرد را خودكفا كند و در نهايت به خودكارآمدي كامل منجر شود(روزنستوک[[91]](#footnote-91)، 1988).

**تأثیر خودکارآمدی بر سلامت و کیفیت زندگی**

از آنجا که خودكارآمدي عبارت از قضاوت فرد از خود در مورد توانايي انجام یک عمل ويژه است(پندر و همکاران[[92]](#footnote-92)، 2006). از این منظر، حس خودكارآمدي­بالا باعث تلاش، مقاومت و انعطاف بيشتري مي­شود و افراد با خودكارآمدي بالا قادرند به طور مؤثري از رويدادهاي زندگي خود تأثير گرفته و نسبت به كساني كه خودكارآمدي پايين تري دارند، انتظار موفقيت بيشتري دارند. همچنین، از جمله عواملي كه به ارتقاي سلامت عمومي و کیفیت زندگی منجر مي شود، خودكارآمدي است. از نظر بندورا، خودكارآمدي تابع حالات جسماني است كه آن ها نيز به نوبه ي خود متأثر از حالات عاطفي شخص و به طور كلي كيفيت زندگي در تمام ابعاد آن است. در این رابطه، هيجانات منفي مانند ترس، اضطراب، تنش و افسردگي سبب مي شود كه افراد در انجام وظايف، توانايي هاي خود را دست كم بگيرند كه اين در واقع مفهوم خودكارآمدي پايين است. خودكارآمدي پايين نيز باعث مي شود حالات روحي و رواني مانند خستگي، عصبانيت و درد و رنج در فرد به وجود آيد و منجر به نقصان كيفيت زندگي او شود(بندورا، 200، ص 120-36). به گفته ی بندورا(1995) چهار منبع عمده یعنی موفقیت عملکرد، تجارب جانشيني، قانع سازی كلامي و انگيختگي فيزيولوژيكي و هیجانی براي خودكارآمدي وجود دارد كه احساس کارآمدی را افزایش می دهد:

1- روبرو کردن افراد با تجربیات موفقیت آمیز به وسیله ی ترتیب دادن هدف های دست یافتنی، موفقیت عملکرد را افزایش می دهد.

2- روبرو کردن افراد با الگوهای مناسبی که عملکرد موفقیت آمیز دارند، تجربیات جانشینی موفق را افزایش می دهد.

3- قانع سازی افراد را ترغیب می کند باور کنند که توانایی عملکرد موفقیت آمیز را دارند.

4- تقویت کردن برانگیختگی فیزیولوژیکی از طریق رژیم غذایی مناسب، کاهش استرس، و برنامه ورزشی توانایی مقابله کردن را افزایش می دهد(به نقل از سیدمحمدی، 1386، صص462-460).

اين نشان مي­دهد كه تغيير درك احساس خودكارآمدي با استفاده از یك يا چندين منبع اطلاعاتي امكان پذير است. افرادي كه داراي خودكارآمدي بيشتري باشند، اهداف بالاتري را در نظرگرفته و متعهد تر شده و در نتيجه رفتار آنها مطلوب تر مي شود؛ در حاليکه افرادي كه خودكارآمدي پاييني دارند، نتيجه رفتار آنها مناسب نيست. همچنین خودكارآمدي مشخص مي كند كه افراد چگونه موانع را بررسي مي كنند. افرادي كه خودكارآمدي پاييني دارند به آساني در روبرو شدن با مشكلات متقاعد مي شوند كه رفتارشان بي فايده است و سريعاً دست از تلاش برمي دارند. در حاليکه افرادي كه خودكارآمدي بالايي دارند موانع را به وسيله بهبود و اصلاح مهارت هاي خود از سر راه برمي دارند و عدم اطمينان كمتري را تجربه مي كنند(بندورا، 2004، ص164-143).

در مجموع، نظریه ی شناختی-اجتماعی که بندورا مطرح کرده است، ریشه در یک باور در مورد عملکرد آدمی دارد که از طریق آن افراد دارای این نیرو هستند که به طور فعالانه در پیشرفت خود دخالت داشته باشند و می توانند به وسیله ی اعمالشان باعث شوند که رویدادها اتفاق بیافتند. کلید این احساس توانایی در این حقیقت است که رد میان دیگر فاکتورهای شخصی، افراد دارای خودباوری هایی[[93]](#footnote-93)هستند که آنها را قادر می سازد مقداری از کنترل شان را بر روی احساسات، اندیشه ها و اعمالشان به کار بندند. بدین معنی که در آنچه مردم فکر می کنند، باور دارند و یا احساس می­کنند بر روی چگونگی رفتارشان تاثیرگذار است(بندورا، 1986، به نقل از پاجاریز[[94]](#footnote-94)، 2002). از نظر فیتزجرالد[[95]](#footnote-95)(1991) درك احساس خودكارآمدي از دو اصل مهم تشيكل شده است. یکی از این دو اصل، انتظارات و دیگری اداراكات فرد از توانايي هايش براي انجام رفتار خاص و معتقد بودن به اين امر است كه انجام رفتار خاص منجر به يک پيش آگهي مناسب خواهد شد. افراد با تلاش زياد مي توانند انتظارات را تغيير دهند. از طرفي، انتظارات احساس خودكارآمدي جزئياتي مانند اهميت، قدرت، عموميت را بررسي مي كند و با تفسير دقيق آن مي توان فرآيند رفتاري را سنجيد؛ از اين رو احساس خودكارآمدي و عملكرد با فرآيند تغيير ارتباط دارند و اثرات متقابلي روي يکديگر مي گذارند(به نقل از سعید و همکاران، 1390، ص19).

**عوامل مرتبط با احساس کارآمدی**

- سن و جنسیت: احساس کاریی در نتیجه ی جنسیت و سن تفاوت دارد. پژوهش های انجام شده

در این مورد نشان می دهد که مردان به طور متوسط در احساس کارایی نمرات بالاتری از زنان می­گیرند. این تفاوت های جنسیت بین 20 تا 30 سالگی به اوج می رسد و در سالهای بعد افت می­کند. همچنین، کارآمدی در هردو جنس، در طول دوره ی کودکی و نوجوانی افزایش می یابد، در میانسالی به اوج می رسد، و بعد از 60 سالگی افت می کند(گکاس، 1989؛ لاچمن، 1985، به نقل از شولتز، ص470).

**- ظاهر جسمانی:** از نظر بندورا(1997)، ظاهر جسمانی می تواند بر تقویتی که افراد از دیگران دریافت می کنند و نحوه ای که در مورد خودشان احساس می کنند، تأثیر گذار باشد. در این زمینه، در پژوهشی که آندرولتی و همکاران(2001) بر روی 210 مرد و زن بزرگسال 25 تا 76 ساله انجام دادند. ننتایج نشان داد که ظاهرجسمانی بیشتر از عزت نفس یا سلامتی آنها بر احساس تحت کنترل داشتن زندگی آنها تأثیر داشت(به نقل از شولتز و شولتز، ص470).

**- عملکرد تحصیلی:** اغلب پژوهش ها رابطه ی مثبت و معناداری را بین کارآمدی و عملکرد تحصیلی نشان می دهند. برای مثال، آموزگارانی که از درجه ی بالای احساس کارآمدی در توانایی تدریس برخوردارند، فرصت های بیشتری را برای پیشرفت کردن دانش آموزان خود در سطح عالی فراهم می کنند. احساس کارایی در دانش آموزان نیز با انگیزش، میزان تلاش و استقامت در موقعیت کلاسی رابطه ی مثبت دارد(زیمرمن[[96]](#footnote-96)، 1995).

**- انتخاب شغل و عملکرد شغلی:** تفاوت های جنسیتی در کارآمدی می توانند بر انتخاب شغل تأثیر بگذارند. مطابق پژوهش ها، مردان خود را از نظر احساس کارآمدی برای مشاغلی که به طور سنتی مردانه یا زنانه محسوب می شوند، عالی می دانند. اما زنان خود را از نظر کارآمدی برای مشاغلی که به اصطلاح زنانه هستند، عالی می دانند ولی برای مشاغلی که به طور سنتی مردانه محسوب می شوند، پایین برداشت می کنند. این پژوهش نشان داد که مردان و زنان از توانایی های مشابهی برخوردار بودند اما این تفاوت ها را به صورت متفاوتی برداشت کردند. یعنی احساس آنها در باره­ی شایستگی خودشان برای مشاغل مختلف در نتیجه ی جنسیت تفاوت داشت(هاکت[[97]](#footnote-97)، 1995). همچنین، فراتحلیل 114 تحقیق از رابطه ی مثبت معنادار بین کارآمدی و عملکرد شغلی حمایت کرده است. بدین مفهوم که هرچه سطح کارآمدی ما بالاتر باشد، عملکرد شغلی ما بهتر است(شولتز و شولتز، 2005، ترجمه سید محمدی، 1386، ص471).

**- سلامت جسمی:** احساس کارایی بر چندین جنبه ی سلامت از جمله بر بهبود از بیماری جسمانی و تحمل درد تأثیر دارد. برای نمونه یک پژوهش نشان داد بیمارانی که کارآمدی بالایی داشتند در مقایسه با بیمارانی که کارآمدی پایین تری داشتند از عملکرد جسمانی بهتر و کمردرد کمتر خبر داده بودند(آلتمر و همکاران[[98]](#footnote-98)، 1993، به نقل از شولتز، 2005).

**- سلامت ذهنی:** بر اساس تحقیقات میزان کارآمدی بر سلامت ذهنی تأثیر گذار است. بندورا و همکاران(1999) در پژوهشی مشاهده کردند که احساس کارایی پایین در نمونه ای از نوجوانان با افسردگی رابطه ی معناداری داشته است. همچنین، در تحقیق موریس(2002) معلوم شد که احساس کارآمدی پایین با سطح بالای اضطراب، روان رنجوری خویی و نشانه های افسردگی ارتباط داشت(به نقل از شولتز، 2005).

**پیشینه ی پژوهشی**

**پژوهش های انجام شده در داخل کشور**

- محمديان(1376) در پژوهشی نشان داد که آمار مراجعان به كلينيك اعصاب و روان و هسته­ی

مشاوره‌ي آموزش و پرورش كشور، 55 درصد دختران در دوره راهنمايي و پايان ابتدايي و 40 درصد دختران در دوره‌ي دبيرستان بودند که به خاطر گوشه‌گيري و كاهش پيوندهاي ميان فردي بود که مي‌تواند پيامد يا پيش‌آمد احساس تنهايي باشد.

- آمار پژوهش‌هاي ملي سازمان ملي جوانان ايران (1380) نشان داد كه تنهايي در نتيجه گسستن پيوندهاي عاطفي ناشي از طلاق، از جمله مشكلاتي است كه دستاوردهاي خطرناكي در جنبه‌هاي زندگي اجتماعي، خانوادگي، سياسي و ديني آنان به دنبال دارد؛ به طوري كه بيشترين شكايت اين جوانان يا كمترين نمره‌ي آنان در هويت ملي، هويت شغلي، زندگي اجتماعي و مدني، و تعارض با والدين ، اعتياد پذيري، خلافكاري و سركشي بوده است.

- اکبری(1382) در تحقیقی تحت عنوان اثر بخشی رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی و اضطراب تعمیم یافته همسران شاهد و ایثارگر استان گیلان نشان داد که آموزش شناختی-رفتاری باعث کاهش افسردگی به طور معنادار می شود.

- عابدينی نسب(1383) با هدف بررسی احساس تنهايي در گروهی از بيماران مضطرب و افسرده در مقايسه با گروه کنترل سالم نشان داد که احساس تنهايي در بيماران افسرده و اضطرابي اجتماعی بيشتر از گروه سالم است و تجربه اي است كه به طور ويژه‌اي در جداسازي گروه بيمار از گروه سالم كمك مي‌كند.

- مسعودنیا(1387) در تحقیق خود به بررسی خودکارآمدی عمومی و فوبی اجتماعی پرداخت. یافته ها اعتبار و توانایی مدل شناختی- اجتماعی بندورا را به عنوان یک مدل نظری در تبیین و پیش بینی فوبی اجتماعی دانشجویان نشان داد. سازه­ی خودکارآمدی به عنوان سازه­ی اصلی در تئوری شناختی- اجتماعی بندورا به خوبی توانسته است تغییرات در فوبی اجتماعی دانشجویان را تبیین کند.

- جهان ملکی(1388) در پژوهش خود تحت عنوان رابطه ی بین سطح آگاهی از مهارت های زندگی با خود کارآمدی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، نتایج در سطح 95% اطمینان نشان داد که به کار بستن مهارت های زندگی با خود کارامدی دانشجویان رابطه ی معنا دار وجود دارد.

- رحیم­زاده و همکاران(1388) در تحقیقی تحت عنوان بررسی احساس­تنهایی و خوداثربخشی اجتماعی در نوجوانان نشان دادند که بین احساس تنهایی و خودکارآمدی اجتماعی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد.

- رنجبر و همکاران(1389) در تحقیقی تحت عنوان اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی برکاهش افسردگی موثر می باشد. یافته هاي پژوهش نشان داد كه بين گروه كنترل و آزمايش بعد از مداخله تفاوت معني داري وجود داشت. ضمناً در گروه آزمايشی بين نمره ي افسردگي این بيماران قبل از مداخله و بعد از مداخله و نیز قبل از مداخله و يك ماه بعد از مداخله، تفاوت معني دار وجود داشت(05/0> P).

- حسينی (1389) اثر بخشي گروه درماني بر افسردگي، اضطراب و كيفيت زندگي بيماران مبتلا به MS (مالتيپل اسكلروسيس) را در درمانگاه شهيد مطهري شيراز بررسي كرده است؛ به اين صورت كه جلسات گروه درماني براي گروه آزمايش به مدت 14 جلسه، هفته اي دو روز برگزار شد و پس از اتمام جلسات، افسردگي و اضطراب گروه آزمايش تعديل پيدا كرد و تأثير مثبتي بر كيفيت زندگي آنها گذاشته بود.

- هاشمی و همکاران(1389). در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی، تغییرات معنادار و قابل توجهی در علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکري هر سه بیمار مبتلا به افسردگی ایجاد کرد. نتایج این پژوهش نشان می دهد، درمان فراشناختی که به جاي محتواي شناخت بر کنترل فرآیندهاي حاکم بر آن تمرکز می کند، می تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مؤثر باشد.

- شیبانی تذرجی و همکاران(1389) در تحقیقی مبنی بر تأثير موسيقي درماني بر ميزان افسردگي و احساس تنهايي سالمندان نشان دادند که افسردگي سالمندان پس از مداخله كاهش يافت. همچنين احساس تنهايي زنان در قسمت ارتباط با دوستان و نشانه هاي عاطفي تنهايي، بهبود معنادار داشت، اما براحساس تنهايي مردان تأثير معنادار نداشت.

- ملکی پیربازاری و همکاران(1390) در پژوهشی تحت عنوان حمایت اجتماعی و علایم افسردگی در نقش واسطه­اي خودکارآمدي، به این نتیجه رسیدند که حمایت از جانب دوستان به طور مستقیم و حمایت خانواده به طور غیرمستقیم بر علایم افسردگی دانشجویان اثرداشت. همچنین خودکارآمدي نقش واسطه اي در رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی و بیشترین تاثیر را بر علایم افسردگی دانشجویان داشت. نتایج پژوهش نشان داد خودکارآمدي متغیري بسیار مهم در سبب شناسی افسردگی است.

- بختیارپور و همکاران(1390) با هدف بررسی ارتباط میان سوگیری توجه و خودکارآمدی عمومی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان زن، نشان دادند که خود کارآمدی عمومی با اضطراب اجتماعی رابطه ی منفی معنادار دارد و پیش بینی کننده برای اضطراب اجتماعی است.

- صلحي(1391) در پژوهش خود تحت عنوان بررسي رابطه ی سلامت عمومي و خودكارآمدي در زنان مراجعه كننده به مرکز بهداشتی به این نتیجه رسید که بين سلامت عمومي و خودكارآمدي همبستگي معنادار وجود دارد. در این پژوهش نتیجه گیری شد که زنان مورد بررسي از سلامت عمومي و خودكارآمدي مطلوبي برخوردار نبودند و انجام مداخله براي ارتقاء سلامت عمومي زنان مورد بررسي براساس تئوري خودكارآمدي، ضروري است.

**پژوهش های انجام شده در خارج کشور**

- اسميت[[99]](#footnote-99)(1991) در پژوهشی که انجام داد عوامل شخصيتي و موقعيتي(دروني و بيروني )كه مي‌تواند در پديد آمدن احساس تنهايي مؤثر باشد را در یک نمونه 153 نفري زنان استراليايي بررسي کرد. بررسي بر روي اين نمونه نشان داد كه شمار بالاي كساني كه آزمودني مي‌توانست با او محرمانه گفتگو كند يا به عبارتي راز دلش را به او بگويد، عامل مهمي بود كه همبستگي بالايي با كاهش ميزان احساس تنهايي نشان مي‌داد و زنانی كه احساس مي‌كردند مهم‌ترين پيوندهايشان صميميت زيادي را فراهم نمي‌كند، از نظر عاطفي احساس تنهايي مي‌كردند. همچنین، پژوهش اسميت نشان داد، زناني كه بيشتر منزوي و گوشه‌گير و درون‌گرا و نوراتيك بودند با احتمال بيشتري احساس تنهايي کردند.

- بندورا و همکاران(1999) در پژوهش خود تحت عنوان تأثیر خود کارآمدی بر سلامت ذهنی افراد نوجوان افسرده، نشان دادند که میزان کارآمدی بر سلامت ذهنی تأثیر گذار است. آنها مشاهده کردند که احساس کارایی پایین در نمونه ای از نوجوانان با افسردگی رابطه­ی معناداری داشته است.

- کاپلیز[[100]](#footnote-100)(2000) در یکی از بررسی های مهم در زمینه ی گروه درمانی، نمونه ای به حجم 21 نفر از افراد بالغ دارای اختلال افسردگی شدید را مطالعه کرد. پس از اجرای 18هفته گروه درمانی شناختی-رفتاری بر روی این بیماران گزارش کردند که روش دمن گروهی شناختی- رفتاری بر اختلال افسردگی بیماران موثر است. این محققان پیشنهاد کردند که یکی از راه های مؤثر و کم هزینه بر احتلالات افسردگی اساسی، روش درمانی شناختی رفتاری به شیوه ی گروهی است.

- زدلين و پاژارس[[101]](#footnote-101)(2000) در پژوهشی که در زمينه ی باورهاي خودكارآمدي زنان در مشاغل رياضي، علمي و فن آوري انجام دادند، اهميت منابع خودكارآمدي درك شده براي زنان در حوزه­هاي مردگرا نشان داده شد. براساس نتايج اين مطالعه خودكارآمدي منجر به استقامت و قابليت انعطاف پذيري مورد نياز براي غلبه بر موانع علمي و حرفه اي مي شود. در این تحقیق نتیجه گیری شد: در مشاغلی که ماهیتاً علمی و فنی هستند، افزایش خودکارآمدی افراد می­تواند بهترین گزینه در تقویت پایداری و سازگاری این افراد با پیچیدگی کار و حرفه­ی خود باشد.

- کاش و فلمینگ[[102]](#footnote-102)(2000) در پژوهشی تحت عنوان بررسی اثر روش درمان گروهی شناختی- رفتاری بر روی 26 نفر از افراد بیمار دارای اختلال افسردگی و اضطراب نشان دارند که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر افرادی که از اختلال افسردگی و اضطراب رنج می برند، قابل استفاده است. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر اختلال افسردگی مؤثر است.

- اكسو[[103]](#footnote-103)(2001) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر حمایت اجتماعی(خانواده و اطرافیان) بر احساس تنهایی افراد با اختلال افسردگی اساسی، نشان داد که دريافت ميزان حمايت اجتماعي و احساس تنهايي پيش‌بيني كننده‌ي افسردگي است. همچنین، در این تحقیق نتیجه گیری شد که حمايت اجتماعي يك منبع پشتيبان در برابر فشارزاهاي ناشي از انتقال به مرحله‌ي جواني است.

- موریس و همکاران[[104]](#footnote-104)(2001) در پژوهشی تحت عنوان اثر روش شناختی- رفتاری گروهی بر افزایش خود کارآمدی و کاهش هراس اجتماعی افراد نوجوان دارای اختلال افسردگی اساسی به این نتیجه رسیدند که مداخله با برنامه­ی گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب افزایش خودکارآمدی و کاهش هراس اجتماعی نوجوانان افسرده می شود. در این تحقیق، همچنین نشان داده شد که خودکارآمدی با هراس اجتماعی رابطه دارد و با افزایش سطح کارآمدی، هراس اجتماعی افراد افسرده کاهش می یابد.

- بورجيوس و همكاران(2002) در پژوهش که انجام دادند به پيوندهاي احساس تنهايي و افسردگي در گروه كم‌توانان ذهني پرداختند. اين پژوهشگران اشاره كرده‌اند كه كم توانان ذهني فرصت كافي براي يادگيري يا افزايش مهارت‌هاي اجتماعي مناسب ندارند و نيازمند راهكارهاي ويژه‌ي آموزش و تمرين براي افزايش بهره‌وري از اين مهارت‌ها هستند.

- زیدنر و ماتیوس[[105]](#footnote-105)(2003) در پژوهش خود تحت عنوان ارتباط هیجان و هوش به این مطلب پرداختند که آیا هیجان می تواند هوش را مدیریت کرده و آن را پرورش دهد؟ در این بررسی آنها به این مطلب اشاره کرده اند که افرادی که دارای هوش هیجانی هستند و از نظر هیجانی دارای احساس کارآمدی بوده و خود را کارآمدتر از دیگران احساس می کنند، احتمالاً افرادی با ثبات بوده و از سلامت جسمانی و روانی بیشتری نیز برخوردارند.

- کاردایماس و کالانتزی[[106]](#footnote-106)(2004) در پژوهش های خود دریافتند قضاوت های ناکارآمدی فرد در یک موقعیت بیشتر از کیفیت و ویژگی های خود موقعیت، استرس را به وجود می آورند. افراد با خود کارآمدی کم، تفکرات بد بینانه راجع به توانایی های خود دارند این افراد از هر موقعیتی که طبق نظر آنها از توانایی هایشان فراتر باشد اجتناب می کنند.

- رودباخ[[107]](#footnote-107)(2006) به بررسی رابطه­ی خودکارآمدی و رفتار اجتماعی پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که ارتباط معکوس و معناداری بین خودکارآمدی و رفتارهای اجتنابی در افراد مضطرب اجتماع وجود دارد. بدین نحو که آزمودنی هایی که خودکارآمدی پایینی داشتند بیشتر از ازمودنی های دیگر از صحبت کردن در جمع اجتناب می کردند.

- هاسلم، پاکنهام و اسمیت[[108]](#footnote-108)(2006) در تحقیق خود نشان دادند که هرچه حمایت والدین و خودکارآمدی مادر بالاتر باشد، نشانه های افسردگی پس از زایمان کمتر می شود و یافته ها مطرح کردند که حمایت والدین به وسیله افزایش خودکارآمدی مادر، نشانه های افسردگی را کاهش می­دهد.

- پیترسون و هالیستد[[109]](#footnote-109) (2006) در پژوهشی یک گروه از افراد با اختلال افسردگی اساسی را در 6 جلسه به شیوه گروه درمانگری شناختی- رفتاری تحت درمان قرار دادند. نتایج نشان داد که افسردگی تغییرچشمگیری نکرده است. این نتیجه می تواند به دلیل کافی نبودن تعداد جلسات باشد.

- روبیت وهمکاران[[110]](#footnote-110) (2007) در پژوهشی تأثير شناخت درماني بر كاهش افسردگي با طرح پيش آزمون- پس آزمون با گره كنترل و گواه كه از بين 156 بيمار افسرده در مركز بيمار ي هاي رواني به كار بردند، توانستند به اين نتيجه دست يابند كه شناخت درماني باعث كاهش افسردگي در بيماران افسرده شده بود.

- دانيال و استرانك[[111]](#footnote-111)(2010) در پژوهشي تأثير درمان شناختي بر افسردگي را در مورد بيماران افسرده اجرا كردند و پس از 16 هفته درمان شناختي تفاوت قابل مقايسه اي بين گروه آزمايش و كنترل در ميزان افسردگي آنها به چشم خورد. نتايج حاكي از آن بود كه روش شناخت درماني به ميزان چشمگيري باعث كاهش افسردگي بيماران افسرده شده بود.

- هاپس و همكاران[[112]](#footnote-112)(2011) در پژوهشی تحت عنوان بررسي اثربخشي رويكرد شناختی- رفتاري بر كاهش احساس تنهايي افراد با معلوليت جسماني نشان دادند كه اجرای روش درمان گروهی شناختی- رفتاری بر احساس تنهایی افراد با معلولیت جسمانی اثرگذار است. آنها پس از مداخلات رويكرد شناختی- رفتاري، مشاهد کردند که افراد با معلولیت جسمی با این نوع مداخله ی درمانی، كمتر احساس تنهايي مي كردند.

**منابع فارسی**

- آزاده فر، علي(1376). بررسي اثر تمرينات هوازي بر كاهش افسردگي در دانش آموزان 16 ساله پسر شهر برازجان. پايان نامه كارشناسي ارشد. دانشگاه آزاد اسلامي.

- اتکینسون، ریتا آل و همکاران. زمینه روانشناسی هیلگارد. تهران: انتشارات رشد، 1385.

- اکبری، ابوالقاسم(1387). مشکلات نوجوانی و جوانی. چاپ چهارم. تهران: نشر رشد و توسعه.

- باتلر، گیلیان؛ تونی هوپ. درمان افسردگی (سرماخوردگی روانی)، ترجمه: کوشیار کریمی طاری(1378). تهران. نسل نو اندیش.

- بایلینگ، پیتر جی؛ مک کب، رندی ای؛ آنتونی، مارتین ام(2006). گروه درمانگری شناختی- رفتاری. ترجمه خدایاری فرد و عابدینی(1389). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

- برنز، دیوید(2000). روان شناسی افسردگی. ترجمه ی مهدی قراچه داغی(1381). تهران: نشر دایره. چاپ دوازدهم.

- بختیارپور، سعید؛ حیدری، علیرضا؛ علی پور خدادادی، شهلا(1390). ارتباط میان سوگیری توجه و خودکارآمدی عمومی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان زن. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

- برنز دیوید. روان شناسی افسردگی. ترجمه مهدی قراچه داغی(1381).. تهران: نشر دایره. چاپ دوازدهم.

- بلاک برن. ایوی ام(2001). مقابله با افسردگی و شیوه­های درمان آن. ترجمه­ی گیتی شمس(1382). تهران: انتشارات رشد. چاپ دوم.

- حسيني، زيبا (1389). اثر بخشي گروه درماني بر افسردگي، اضطراب و كيفيت زندگي بيماران مبتلا به مالتيپل اسكلروسيس، پايان نامه كارشناسي ارشد روان شناسي باليني، دانشگاه علوم و تحقيقات فارس.

- دلاور، علی، احدی، حسن، آزاد، منیشی، حسین، شاملو، غلامرضا،‌ شاملو، سعید( 1385). رابطه سبک اسناد با افسردگی. اضطراب و احساس تنهایی در دانشجویان دانشگاه های آزاد اسلامی شهر تهران در سال تحصیلی 83-82. روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانش و پژوهش در روانشناسی. شماره 21 و 22.

- دهشيري، علی(1387). ساخت و اعتبار يابي مقياس احساس تنهايي در بين دانشجويان. فصلنامه روانشناسي. شماره 47.

- ذاكر، كبري(1378). مقايسه منبع كنترل دروني– بيروني در بين دو گروه از دختران دانشجوي ورزشكار و غير ورزشكار. پايان نامه كارشناسي ارشد. دانشگاه تربيت معلم تهران.

- راشد، حسين(1370). تحليلي بر رفتار و عملكرد مديران مدارس ابتدايي كشور در اجراي طرح­هاي منجر به گسترش شغلي، پايان نامه كارشناسي ارشد. دانشگاه تربيت مدرس.

- رجبی، غلامرضا(1385). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی(GSE-10) در دانشجویان روان شناسی دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت. نشریه اندیشه های نوین تربیتی. دوره 2. شماره ا و 2. صص122-111.

- رحیم زاده، سوسن؛ بیات، مریم؛ اناری، آسیه(1388). احساس تنهایی و خودکارامدی اجتماعی در نوجوانان. فصلنامه روان شناسی تحولی. شماره 22. ص87.

- رحیم زاده، پوراعتماد، حمیدرضا؛ عسگری، علی؛ حجت، محمد رضا(1390). مبانی مفهومی احساس: یک مطالعه ی کیفی. فصلنامه روان شناسی تحولی. سال هشتم. شماره ی 30. صص141-123.

- سیف، علی اکبر(1389). تغییر رفتار و رفتار درمانی نظریه­ها و روشها. نشر دوران. چاپ چهاردهم.

- شولتز، دوان پی و همکاران(1386). نظریه های شخصیت(ویراست هشتم). ترجمه یحیی سید محمدی(تاریخ انتشار به زبان اصلی 2005)، تهران: نشر ویرایش.

- رنجبر، فرحدخت؛ اشک تراب، طاهره؛ دادگری، آتنا(1389). بررسي اثر بخشي درمان شناختي- رفتاري به شيوه گروهي بر ميزان افسردگي. مجله علمي پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد صدوقي يزد. دوره ی18. شماره ی4. صص360-299.

- جهان ملكي، سيف­اله (1388). رابطه بين سطح آگاهي از مهارتهاي زندگي با باورهاي خودكارآمدي در دانشجويان. پايان نامه كارشناسي ارشد. دانشكده ی روانشناسي تربيتي، دانشگاه شهيد بهشتي.

- خدایاری فرد، محمد؛ صاقی، خشایار؛ عابدینی، یاسمین(1385). كاربرد خانواده درماني شناختي رفتاري همراه با كايروپراكتيك در درمان اختلالات روان تني(عضلاني استخواني). پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران. دانشكده روان شناسي و علوم تربيتي.

- شاملو، سعيد(1364). آسيب شناسي رواني. تهران: انتشارات چهر.

- شورکی، مصطفی(1379). رهایی از افسردگی. تهران:‌ انتشارات ارجمند.

- شیبانی تذرجي، فاطمه؛ پاكدامن، شهلا؛ دادخواه، اصغر، حسن زاده توكلي، محمدرضا(1389). تأثير موسيقي درماني بر ميزان افسردگي و احساس تنهايي سالمندان. مجله سالمند، سال پنجم. شماره شانزدهم.

- صلحی، مهناز(1391). بررسي رابطه ی سلامت عمومي و خودكارآمدي در زنان مراجعه كننده به مركز بهداشتي درماني. مجله علوم پزشکی رازی. دوره 20. شماره 110. صص70-64.

- صولتی دهکردی، کمال(1391). اثر بخشی درمان شناختی– رفتاری گروهی به طور تنها و توأم با آموزش روانی خانواده در بهبود علایم اختلال افسردگی اساسی در بیماران زن. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دورۀ نوزدهم، شمارۀ5، ص 590 – 491.

- عابدينی نسب، زینب(1383). بررسی احساس تنهايي در گروهی از بيماران مضطرب و افسرده در مقايسه با گروه کنترل سالم. پايان نامه، روانشناسی بالينی دانشگاه الزهرا (س).

- فرقانی رئیسی، شهلا(1382). مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان. تهران: مؤسسه فرهنگی منادی تربیت.

- فریدونی، شاپور و همکاران(1391). تأثیر گروه درمانی به شیوه شناختی بر میزان افسردگی و عملکرد تحصیلی دانشجویان شاهد و ایثار گر. مجلۀ پژوهش های علوم شناختی و رفتاری ، سال دوم، شمارۀ دوم، پیاپی (3). ص 99.

- کاپلان– سادوک (سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینا )؛ خلاصه روانپزشکی. ترجمه فرزین رضاعی(1389). تهران: انتشارات ارجمند.

- کلینکه، کریس ال (2004). مهارتهای زندگی. ترجمه شهرام محمد خانی(1391). انتشارات رسانه تخصصی. چاپ هشتم.

- گریست، جان. اچ ؛ جفرسون، جیمز دبلیون. افسردگی و درمان آن مترجم: مهدی قراچه داغی(1381). تهران: نشر گفتار، چاپ دوم.

- گيلبرت، پاول(1999). غلبه برافسردگی. ترجمه ی سياوش جمالفر(1389). تهران: انتشارات رشد.

- مایکل فری. راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی، ترجمه­ی مسعود محمدی و رابرت فرنام (1383). تهران: انتشارات آرین.

- مبینی، سیروس افسردگی و درمان شناختی- رفتاری آن. تبریز: دانشگاه علوم پزشکی- معاونت پژوهشی.

- مستفیضی، نرگس(1387). افسردگی. شیراز :ندای شریف، چاپ اول.

- مسعودنیا، ابراهیم(1387). خودکارآمدی عمومی و فوبی اجتماعی: ارزیابی مدل شناختی اجتماعی بندورا. مجله ی مطالعات روانشناختی. دوره ی چهارم. شماره 3. صص 127-115.

- ملکی پیربازاری، معصومه(1390). حمایت اجتماعی و علایم افسردگی: نقش واسطه ای خود کارآمدی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر(نشریه انجمن روانشناسی ایران). دورۀ ششم. شماره 2 . ص25.

- مهریار، امیر هوشنگ(1386). برداشت ها و درمان شناختی افسردگی. تهران: انتشارات رشد. چاپ سوم.

- میلانی فر، بهروز(1378). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس.

- هاشمی، زهره؛ محمود علیلو، مجید؛ هاشمی نصرت آباد، تورج(1389). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردي. مجله روان شناسی بالینی- سال دوم، شماره 3 (پیاپی 7).

**Reference**

-Anderson, C. A. (1999). Attributional style, depression, and loneliness: A cross-cultural comparison of American and Chinese students. Personality and Social Psychology Bulletin, 25, 482-499.

-Bandura A. “health Promotion by socio cognitive means health education behavior”. Journal ofHealth Education & Behavior. 2004; 31(2): 143-164.

-Bandura A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In: Locke EA. Handbook of principles of organization behavior. Oxford UK: Blackwell; 2000. 120-36.

-Bandura, A. (1982). Self – efficacy mechanism in human agency. American psychologist, 37 , 122 – 147.

-Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. Cognitive Therapy and Research, 8(3), 231–255.

-Beck, A. T, & Weishaar, M. E.(2000). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current Psychotherapies (6th ed. Pp. 241-272). Itasca, IL: Peacock.

- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Crosssectional and longitudinal analyses. Psychology and Aging, 21, 140-151.

- Cappeliez P. Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older adults. Journal of Clinical Gerontology. 2000; 6(3): 156-74.

-Daniel , R . strunk , Melissa A .(2010).Cognitive therapy in A. Ellis and R. geriger (Eds) handbook and rational emotive theory and practice. Counseling Psychology Quarterly, 17(1): 53-67.

-De Jong Gierveled, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. Reviews in Clinical Gerontology, 8,73-80.

-Hopps, S. L., Pepin, M., & Boisvert, J. (2003). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 40, 136-147.

-Haslam, D.M.,Pakenham, k.I.,& Smith. A.(2006).Social support and postpartum depression symptomatology: The mediating role of maternal self – efficacy. Infant Mental Health Journal, 27,276 – 291.

- Kush FR, Fleming LM. An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. Group Dynamics. 2000; 4(11): 176-83.

- Maibach E, Morphy D. Self efficacy in health Promotion research and practice conceptualization and measurement. Self Education Research. 1995; 10(1): 37-50.

-Muris, P., Bogie, N., & Hoogsteader, A. (2001). Effects of an early intervention group program for anxious and depressed adolescents: a pilot study. Psychological Report, 88(2), 481–482.

- Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. Review of Educational Research, 66(4), 543–578.

-Perlman, D. (2003). European and Canadian studies of loneliness among seniors. Canadian Journal on Aging, 23(2), 181-188.

- Pender N.J, Murdaugh C, Parsons M.A. Health education in nursing practice. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall; 2006.

-Perlman, D. (2003). European and Canadian studies of loneliness among seniors. Canadian Journal on Aging, 23(2), 181-188.

- Rafieifar S, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M, Dejpasand S, Tehrani

Banihashemi A, Mohammadi Z, et al. The comprehensive system increasing the ability of self-care in people. 1st ed. Ghom: Bedoone Marz Researchers Institution; 2005 [Persian].

-Robit, B .jarrett , Jeffrey, R . vittengl , K .Lee Anna, C . (2007). Changes in cognitive content During and following cognitive therapy for Recurrent Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 75 (3):432-446.

- Rodebaugh, T. L. (2006). Self-efficacy and social behaviour. Journal of Behaviour Research and Therapy, 44, 1831-1838.

-Rokach, A. (1996). The subjectivity of loneliness and coping with it. Psychological Reports,79, 475-481.

- Rusell D. Peplau L.A. and Curtona C.E. (1980), "The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity. www.rosenet.com

- Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry, 9ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.

-Schwarzer R. Perceived self efficacy of teachers: longitudinal findings with a new instrument. Zeitschrift fur Pedagogische psychologie. 2000; 14(1): 12- 25.

-Schwarzer R, Luszczynsk A. Self efficacy adolescence risk taking behavior and health. In: Self-Efficacy Beliefs of Adolescents. Information age publishing; 2005: 139-159.

- Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002). Screening for depression across the lifespan: a review of measures10th ed .Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins; 2007: 110-8.

1. . WHO [↑](#footnote-ref-1)
2. . Blakbern [↑](#footnote-ref-2)
3. . Rosenhan & Seligman [↑](#footnote-ref-3)
4. . Sadock & Sadock [↑](#footnote-ref-4)
5. . Hilgard [↑](#footnote-ref-5)
6. . Sharp & Lipsky [↑](#footnote-ref-6)
7. . Hilgard [↑](#footnote-ref-7)
8. . Gilbert [↑](#footnote-ref-8)
9. . loneliness [↑](#footnote-ref-9)
10. . Mania [↑](#footnote-ref-10)
11. . Pinel [↑](#footnote-ref-11)
12. . Frued [↑](#footnote-ref-12)
13. . Beck [↑](#footnote-ref-13)
14. . Major depressive disorder [↑](#footnote-ref-14)
15. . APA [↑](#footnote-ref-15)
16. . Maper [↑](#footnote-ref-16)
17. . folck [↑](#footnote-ref-17)
18. . Seligman [↑](#footnote-ref-18)
19. . Beck [↑](#footnote-ref-19)
20. . Endogenous Depression [↑](#footnote-ref-20)
21. . Reactive Depression [↑](#footnote-ref-21)
22. . Dysthymic [↑](#footnote-ref-22)
23. . Cyclothymic Disorder [↑](#footnote-ref-23)
24. . Major depressive disorder [↑](#footnote-ref-24)
25. . Double Depression [↑](#footnote-ref-25)
26. . Bipolar Depression [↑](#footnote-ref-26)
27. . Hypomania [↑](#footnote-ref-27)
28. . Skirol [↑](#footnote-ref-28)
29. . Mc Guffin et al [↑](#footnote-ref-29)
30. . Skinner [↑](#footnote-ref-30)
31. . Bundura [↑](#footnote-ref-31)
32. . Fuchs & Rehm [↑](#footnote-ref-32)
33. . Lewinson et al [↑](#footnote-ref-33)
34. . Beck [↑](#footnote-ref-34)
35. . Cerck & Keit [↑](#footnote-ref-35)
36. . Depressogenic shemata [↑](#footnote-ref-36)
37. . Gilbert [↑](#footnote-ref-37)
38. . Synchronization [↑](#footnote-ref-38)
39. . Prozac [↑](#footnote-ref-39)
40. . Hoffman [↑](#footnote-ref-40)
41. . Dexamethasone suppression test [↑](#footnote-ref-41)
42. . Hormone thyroid- stimulation [↑](#footnote-ref-42)
43. . Thyrotrophin- releasing hormone [↑](#footnote-ref-43)
44. . Neuromodularg [↑](#footnote-ref-44)
45. . Keller et al [↑](#footnote-ref-45)
46. . Wolpe [↑](#footnote-ref-46)
47. . Maclin [↑](#footnote-ref-47)
48. . Learned helplessness [↑](#footnote-ref-48)
49. . Levinson [↑](#footnote-ref-49)
50. . Cognitive behavior therapy (CBT) [↑](#footnote-ref-50)
51. . Beck & Weishaar [↑](#footnote-ref-51)
52. . Bieling & Kuyken [↑](#footnote-ref-52)
53. . Ellis [↑](#footnote-ref-53)
54. . White [↑](#footnote-ref-54)
55. . Gelder & Graham [↑](#footnote-ref-55)
56. . problem - solving [↑](#footnote-ref-56)
57. . Brainstorming [↑](#footnote-ref-57)
58. . Meichen baum & Jaremko [↑](#footnote-ref-58)
59. . Cognitive Restructuring [↑](#footnote-ref-59)
60. . Self Statements [↑](#footnote-ref-60)
61. . loneliness [↑](#footnote-ref-61)
62. . Devereux [↑](#footnote-ref-62)
63. . De Jong Gierveled [↑](#footnote-ref-63)
64. . Theeke [↑](#footnote-ref-64)
65. . Cacioppo et al [↑](#footnote-ref-65)
66. . Peplau & Perlman [↑](#footnote-ref-66)
67. . Weiss [↑](#footnote-ref-67)
68. . Wood [↑](#footnote-ref-68)
69. . Pilla & Perlman [↑](#footnote-ref-69)
70. . Weis [↑](#footnote-ref-70)
71. .Van Baarsen et al [↑](#footnote-ref-71)
72. . Rassel [↑](#footnote-ref-72)
73. . De Tomaso [↑](#footnote-ref-73)
74. . Reggio et al [↑](#footnote-ref-74)
75. . Smith [↑](#footnote-ref-75)
76. . Wittenberg [↑](#footnote-ref-76)
77. . Ditommaso & Spinner [↑](#footnote-ref-77)
78. . Perlman [↑](#footnote-ref-78)
79. . Anderson [↑](#footnote-ref-79)
80. . Lauder et al [↑](#footnote-ref-80)
81. . Rokach [↑](#footnote-ref-81)
82. . Self efficacy [↑](#footnote-ref-82)
83. . Bandura [↑](#footnote-ref-83)
84. . Aalto et al [↑](#footnote-ref-84)
85. . Olsary [↑](#footnote-ref-85)
86. . Garcia & Pintrich [↑](#footnote-ref-86)
87. . Pajares [↑](#footnote-ref-87)
88. . Maibach & Morphy [↑](#footnote-ref-88)
89. . Schwarzer & Luszczynsk [↑](#footnote-ref-89)
90. . Lefrancois [↑](#footnote-ref-90)
91. . Rosenstock et al [↑](#footnote-ref-91)
92. . Pender et al [↑](#footnote-ref-92)
93. . Self belifs [↑](#footnote-ref-93)
94. . Pajariz [↑](#footnote-ref-94)
95. . Fitzgerald [↑](#footnote-ref-95)
96. . Zimmerman [↑](#footnote-ref-96)
97. . Hackett [↑](#footnote-ref-97)
98. . Altmaier et al [↑](#footnote-ref-98)
99. . Smith [↑](#footnote-ref-99)
100. . Cappeliez [↑](#footnote-ref-100)
101. . Zedlin & Pajares [↑](#footnote-ref-101)
102. . Kush & Feleming [↑](#footnote-ref-102)
103. .Oksoo [↑](#footnote-ref-103)
104. . Muris et al [↑](#footnote-ref-104)
105. . Zeidner & Matthews [↑](#footnote-ref-105)
106. . Karademas & kalantzi [↑](#footnote-ref-106)
107. . Rodebaugh [↑](#footnote-ref-107)
108. . Haslam, Pakenham & Smith [↑](#footnote-ref-108)
109. . Halistead & Peterson [↑](#footnote-ref-109)
110. . Robit et al [↑](#footnote-ref-110)
111. . Daniel & strunk [↑](#footnote-ref-111)
112. . Hopps et al [↑](#footnote-ref-112)