

میزان شیوع افسردگی و تأثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش آن در بین دانش آموزان

علیرضا محمودنیا^۱

حسن رستگارپور^۲

فرهاد جوکار^۳

تاریخ پذیرش:

تاریخ وصول:

چکیده

مقدمه: افسردگی اختلالی است که سالهاست توجه بهداشت کاران روانی را به خود جلب کرده است. میزان افسردگی به قدری نگران کننده است که آن را سرماخوردگی اختلال های روانی نامیده اند.

روش: تعداد ۴۵۷ نفر از دانش آموزان دبیرستانها، هنرستانها و مراکز پیش دانشگاهی قرچک به شیوه نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شدند. سپس از پرسشنامه بک برای سنجش افسردگی استفاده گردید. در مرحله دوم ۳۶ نفر از

۱ - استادیار دانشگاه خوارزمی.

۲ - استادیار دانشگاه خوارزمی.

۳ - کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه خوارزمی.

دانش‌آموزانی که علائم افسردگی متوسط و وخیم را بروز داده بودند به صورت تصادفی انتخاب شدند و بعد از هم‌تاسازی آنها از نظر سن، رشته و پایه تحصیلی، وضعیت درسی (معدل نیم‌سال اول) و نمره‌های افسردگی بک، به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی قرار گرفتند، پس از هم‌تاسازی دو گروه ۸ نفری تشکیل شد. گروه کنترل در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت و گروه آزمایش در معرض ۱۰ جلسه شناخت‌درمانی گروهی به روش الیس قرار گرفتند. از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی بک و باورهای غیر منطقی جونز گرفته شد. پس از محاسبه تفاوت نمره‌های پس‌آزمون و پیش‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش بوسیله آزمون t همبسته تفاوت‌های بین گروهی آنها مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: در مرحله اول ۳۶/۹۷ درصد دانش‌آموزان فاقد افسردگی، ۳۵/۲۳ درصد دارای افسردگی خفیف، و ۲۰/۳۵ درصد مبتلا به افسردگی وخیم بودند. در مرحله دوم باورهای غیر منطقی گروه شناخت‌درمانی به گونه معنی‌داری کاهش یافت. بررسی نمره‌های افسردگی نشان داد که نمره افسردگی دانش‌آموزان گروه آزمایشی نیز کاهش یافته است. به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که شناخت‌درمانی گروهی به طور هم‌زمان موجب کاهش باورهای غیرمنطقی و افسردگی دانش‌آموزان شده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که استفاده از سبک عقلانی عاطفی و شناخت‌درمانی، در درمان افسردگی نوجوانان مؤثر است و روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران می‌توانند این شیوه درمانی را به کار ببرند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، باورهای غیر منطقی، شناخت‌درمانی گروهی.

مقدمه

همه ما در طول زندگی خود غمگینی و دلتنگی را حس کرده‌ایم. اگر با دقت به گذشته خود نگاهی بیاندازیم خواهیم دید که در برخی از روزها غم و اندوه را در وجودمان احساس کرده‌ایم، اما باید آگاه باشیم که بین این تجارب و بیماری افسردگی تفاوت‌های اساسی وجود دارد.

افسردگی طبیعی و متعادل در انسان واکنشی نسبت به یک عامل بیرونی است که فرد از آن آگاهی دارد و محرومیت آن را آگاهانه درک می‌کند (سیگالو همکاران، ۲۰۰۷). وقتی فردی در یکی از کارهای خود شکست می‌خورد و با ناکامی روبه‌رو می‌شود به احتمال بسیار قوی غمگین و دلگیر خواهد شد و این واکنش طبیعی و منطقی است. اما اگر حالت غمگینی از لحاظ شدت و مدت زمان با محرک بیرونی تناسب نداشته باشد فرد دچار خلق افسرده می‌شود و یا نسبت به اموری که قبلاً از آنها لذت می‌برده است بی‌تفاوت می‌گردد، پس در این صورت می‌توان گفت که فرد در آستانه ابتلا به بیماری افسردگی قرار دارد (بیورس، ۲۰۰۵).

افسردگی یک اختلال خلقی است که هم در اثر عوامل تنش‌زای محیطی - اجتماعی و هم به علت وجود بیماری‌های مختلف جسمی به وجود می‌آید. هم‌چنین تغییرات برخی از ترکیبات شیمیایی مانند سرتونین در دستگاه عصبی نیز در بروز این اختلال مؤثر تشخیص داده شده است. ضمن آنکه ابتلای فرد به سایر بیماری‌های روانی معمولاً با ظهور نشانه‌های افسردگی همراه است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که عوامل وسیعی در بروز این بیماری دخالت دارند و درست به همین علت است که میزان شیوع آن گسترش یافته است کاپلان و سادوسک، (۲۰۰۳).

حداقل ۱۲ درصد از جمعیت کشورهای پیشرفته در مدت عمر خود برای معالجه علائم افسردگی شدید به متخصصین روانی مراجعه می‌کنند و حدس زده می‌شود که ۷۵ درصد افرادی که به مؤسسات درمانی مراجعه می‌کنند، دچار افسردگی باشند (روسولو و برنال،

(۲۰۰۷). بعضی از محققان نیز بر این باورند که حدود ۳۰ درصد از مردم به ویژه در غرب، در مدت حیات خود دچار افسردگی می‌شوند (رودین و همکاران، ۲۰۰۹). ویسکو (۲۰۰۹) در تحقیقات خود نشان دادند که حدود ۲۰ درصد از نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ ساله تا قبل از ۱۸ سالگی یک بار به افسردگی مبتلا شده‌اند. مطالعاتی که در سال‌های اخیر توسط کارشناسان سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱ صورت گرفته است حاکی از افزایش دامنه شیوع افسردگی در جوامع در حال توسعه می‌باشد (رحیمی و همکاران، ۱۳۸۷).

به طور کلی مطالعات همه‌گیر شناسی در مورد اختلال افسردگی دامنه وسیعی از مقادیر را برای جامعه بزرگسالان مبتلا نشان می‌دهد که خطر مادام‌العمر اختلال افسردگی در نمونه‌های اجتماعی ۱۰ تا ۲۵ درصد برای زنان و ۵ تا ۱۲ درصد برای مردان است. تخمین زده می‌شود که هر ساله حدود ۲۰ میلیون نفر در ایالات متحده از افسردگی رنج می‌برند و ۲۵ درصد زنان و کمتر از آن ۱۲ درصد از تمامی مردان دوره‌هایی از افسردگی را در مدت زندگی‌شان سپری کرده‌اند. حدوداً از هر ۶ آمریکایی بزرگسال یک نفر در مدت زندگی خود به افسردگی مبتلا می‌شود (سیگل، گیناسی، و تیز، ۲۰۰۷).

دیدگاه اسنادی در مورد افسردگی

کاروسکی، گارت و ایلاردی (۲۰۰۶) معتقدند که دو نظریه مهم شناختی وجود دارد: نظریه بک (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و نظریه تجدید شده درماندگی اکتسابی، با اصلاحاتی که در نظریه درماندگی اکتسابی به وجود آمد نام آن به نظریه اسنادی تغییر یافت.

افرادی که افسرده هستند به نظر می‌رسد در کنترل محیط خود احساس درماندگی کرده و تصور می‌کنند که دست به هر اقدامی بزنند باز نمی‌توانند تأثیری در نتیجه کار داشته باشند، ممکن است چنین افرادی به عنوان نتیجه‌ای از موقعیت‌های خاص که در گذشته با آنها مواجه

1. World Health Organization (WHO)

شده‌اند احساس درماندگی را یاد گرفته باشند (بارهوفر و همکاران، ۲۰۰۹؛ کینگ استون و همکاران، ۲۰۰۷).

دیدگاه شناختی در مورد افسردگی (شناخت درمانی)

و لز (۲۰۰۸) معتقد است که شناخت به فرایندهای ذهنی، ادراک، حافظه و خبرپردازی اطلاق می‌شود که شخص به کمک آنها دانش می‌اندوزد، مسئله حل می‌کند یا برای آینده نقشه می‌ریزد. سیف (۱۳۸۱) بیان می‌کند که شناخت به آن فرایندهای ذهنی اطلاق می‌شود که از طریق آنها اطلاعاتی که از طریق حواس ما دریافت می‌شوند به راه‌های مختلف از حافظه بازیابی می‌شوند.

شناخت درمانی روشی است فعال، راهنما، منسجم و از لحاظ زمانی محدود که برای درمان گونه‌هایی از اختلال‌های روانی نظیر افسردگی، اضطراب، ترس‌های بیمارگونه و مشکلات دردناک به کار می‌رود. درمان بر این اصل نظری بنیادی مبتنی است که انفعال و رفتار فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان بستگی دارد. شناخت‌های فرد رویدادهای کلامی یا تصویری جریان آگاهی او بر نگرش‌ها یا فرض‌هایی (طرح‌هایی) مبتنی است که از تجارب گذشته او حاصل شده است (هاتون و همکاران، ۱۹۸۹).

بکر و همکاران (۲۰۱۰) و دیگران معتقدند در درمان شناختی مراجع ابتدا می‌آموزد که عقاید غیر منطقی خود را شناسایی و نقش آنها را درک کند، سپس درمانگر به کشف تجربیات مراجع می‌پردازد و ارزش‌های غیر منطقی و استدلال‌های غلط او را به مبارزه می‌طلبد. مراجع به طور پیوسته تکالیفی را دریافت می‌کند و نسبت به انجام و تأثیر خلقی آنها هوشیار باقی می‌ماند و به این ترتیب موفقیت مشخص می‌شود و مراجع می‌تواند تحلیل واقع‌گرایانه تجارب خود را بیاموزد.

شناخت درمانی مبتنی بر نظریه ساده‌ای است که می‌گوید به جای حوادث بیرونی افکار و طرز تلقی‌های شماست که روحیه شما را شکل می‌دهد (هافمن و راینکه، ۲۰۱۰).

در حالی که، درمان شناختی - رفتاری به روش‌های مختلف رشد یافته است، دو متخصص بالینی به طور مستقل استفاده از روش شناخت درمانی را برای درمان افسردگی مطرح ساختند. ایس (۲۰۰۳) درمان عقلانی - عاطفی را در مواردی به کار برده است که اصول اعتقادی و تصورات اساسی بیماران درباره جهان و خودشان (متغیرهای واسطه‌ای شناختی) از روی ارتباطشان استنتاج شده و سپس به عنوان تکنیک درمانگرانه اصلی برای کاهش ناراحتی و بهبود رفتار مقابله‌ای آنان به کار گرفته شده است.

گرچه، دیدگاه درمانی ایس با نام رفتار درمانی - عقلانی - عاطفی (REBT) یا رفتار درمانی شناختی شهرت پیدا کرده است، اما با نظریه شناختی بک که به قول ایس ده سال بعد از نظریه او به وجود آمده است تفاوت چندانی ندارد.

بک مطرح کرد که منشاء تفکر منفی در افسردگی به بازخوردها (فرض‌ها) مربوط می‌شود که در کودکی و دوره‌های بعدی شکل می‌گیرند این فرض‌ها ممکن است در بسیاری مواقع مفید باشد و رفتار را هدایت کنند.

در نظریه بک، سه نکته دارای اهمیت است: مثلث شناختی، طرح‌واره، تحریف شناختی. منظور از مثلث شناختی افکار خود کاری (تکراری ناخواسته که به راحتی قابل کنترل نیستند) است که دارای محتوای از دست دادن و فقدان بوده و شامل نگرش‌های منفی نسبت به خود، آینده و جهان می‌شوند (بک، ۱۹۹۶).

مثلث شناختی در گونه‌های فرعی افسردگی بالینی نیز وجود دارد (هم افسردگی واکنشی و هم افسردگی درون‌زاد). با این حال، شدت این افکار منفی به طور مستقیم به شدت علائم دیگر افسردگی بستگی دارد (داودی، ۱۳۷۸).

در این خصوص تحقیقات متعددی صورت گرفته، اما کمتر دیده شده است که تأثیر شناخت درمانی گروهی هم‌زمان بر روی کاهش عقاید غیرمنطقی و افسردگی مورد بررسی قرار

گیرد. بنابراین در بیشتر موارد زیر به ارائه بررسی‌هایی خواهیم پرداخت که به صورت جدا از هم انجام شده است.

سیگال (۲۰۰۷)، تیزدیل و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که علائم افسردگی بالا با خود سرزنشی بالا، عزت نفس پایین، وابستگی بالا و همنوایی پایین همبستگی دارد. هم‌چنین در این پژوهش مشخص شد که باورهای غیرمنطقی با علائم افسردگی بالا همنوایی دارد. ولز (۲۰۰۹) به این نتیجه رسید که باورهای غیرمنطقی در کاهش یا افزایش افسردگی و خشم دانشجویان مؤثر است. بلکیرن و همکاران (۱۹۹۰) در پژوهش خود مشاهده کرد که درمان عقلانی عاطفی در کاهش عقاید و باورهای غیرمنطقی مؤثر است. او نشان داد که درمان عقلانی بیشتر از درمان‌های دارویی، گروه درمانی و درمان تفریحی در کاهش عقاید غیرمنطقی موفقیت داشته است. استوارت و همکاران (۲۰۰۶) ارتباط معناداری را بین باورهای غیرمنطقی، خصومت و افسردگی در نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله گزارش کرد. الیس (۲۰۰۳) گزارش می‌کند که با استفاده از تکنیک‌های شناختی توانسته است علائم افسردگی را در زن ۲۸ سال‌های کاهش دهد و به این نتیجه می‌رسد که تحمل ناکامی پایین و خودتحقیری می‌تواند موجب تشدید یک زندگی کسل‌کننده شود. هولون و همکاران (۱۹۹۲) با استفاده از درمان عقلانی عاطفی عقاید غیرمنطقی یک زن چاق را درباره غذا و اهمیت آن تغییر دادند.

هولن، استوارت و استرانک (۲۰۰۶) در پژوهش‌های که انجام داد نتیجه گرفت که شناخت درمانی به نحوه چشمگیری بهتر از فقدان درمان، رفتار درمانی یا دارو درمانی بر روی افسردگی مؤثر بوده است. گلوگن و همکارانش (۱۹۹۸) وقتی ۱۰۷ مریض را به مدت ۱۲ هفته تحت درمان شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب این دو قرار دادند، نتیجه گرفتند که درمان شناختی - رفتاری ۳۲ درصد، گروه درمانی ۳۳ درصد و ترکیب این دو با هم ۵۲ درصد نتیجه بخش بوده است. تیز و همکادان (۱۹۹۷) تعداد ۵۹ بیمار مبتلا به افسردگی درون‌زاد را به مدت ۲۰ جلسه تحت درمان شناختی - رفتاری قرار دادند که ۷۱ درصد از کل بیماران بهبود یافتند. مورفی و همکاران (۲۰۰۱) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی در مقایسه با دارو

درمانی در مورد افسردگی‌های حاد اثر مساوی و برابر داشته است، اما خطر بازگشت بیماری در شیوه شناختی کاهش یافته است. فاوا و همکاران (۱۹۹۴) به این نتیجه می‌رسند که نگرش‌های ناکارآمد با درمان مؤثر افسردگی کاهش می‌یابند. شیا و همکاران (۱۹۹۲) به این نتیجه رسید که روش شناختی از لحاظ رفع علائم افسردگی به صورتی که توسط خود بیمار و شاهدان درمانگاهی ارزیابی شده بر روش‌های دیگر برتری دارد. مسر و همکاران (۲۰۰۲) از تأثیر نسبی درمان گروهی بر روی ۲۶ بیمار افسرده مونث کم درآمد پورتوریگویی از طریق درمان رفتاری - شناختی خبر می‌دهد. پایکل و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که درمان شناختی در مقایسه با درمان‌های دارویی و ترکیبی (شناختی و دارویی) در کاهش افسردگی واکنشی مؤثرتر بوده است. اما در مورد افرادی که به افسردگی درون‌زا مبتلا بودند بین دو روش شناختی و دارویی تفاوتی مشاهده نشده است. الیوت و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که در بیماران افسرده سوگیری به محرکات منفی وجود دارد و در مقابل در بیماران مانیک-دیرسیو سوگیری به محرکات مثبت مشاهده می‌شود و مطالعه مورفی و ساهاکیان (۲۰۰۱) سوگیری پردازش اطلاعات منفی و مثبت را برای این بیماران تشخیص دادند، در این مطالعه بر نقش شناخت درمانی در درمان این بیماران تأکید شده است. در این قسمت به برخی از پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده اشاره می‌شود.

صفائی (۱۳۸۱) در تحقیقی با عنوان تأثیر مشاور گروهی با شیوه عقلانی - هیجانی - رفتاری بر تغییر باورهای غیرمنطقی دختران نوجوان به این نتیجه می‌رسد که گروه آزمایشی (شناخت درمانی گروهی) در مقایسه با گروه (درمان‌نما) که یک محرک خنثی (تشکیل گروه) را دریافت کرده بود در شش باور غیرمنطقی (توقع تأیید از جانب دیگران، انتظارات بیش از حد از خود و دیگران واکنش با درماندگی به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، اجتناب از مشکل، درماندگی برای تغییر) تفاوت معنی‌داری نشان داد. اما این گروه در کاهش چهار باور غیرمنطقی (نگرانی زیاد توام با اضطراب، سرزنش کردن خود، وابستگی، کمال‌گرایی) با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نشان نداد.

سودانی (۱۳۷۵) در پژوهشی با نام مقایسه اثر روش‌های مشاور فردی و گروهی با تاکید بر روش عقلانی - عاطفی در کاهش باورهای غیرمنطقی دانشجویان پسر مجرد در رشته‌های دبیری علوم پایه سنین ۱۸ تا ۲۴ دانشگاه شهید چمران در سال تحصیلی ۷۵-۱۳۷۴ به این نتیجه می‌رسد که باورهای غیرمنطقی (توقع تایید از جانب دیگران، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی و درماندگی برای تغییر) با روش مشاوره گروهی کاهش بیشتری نشان داده است.

داوودی (۱۳۷۸) نشان داد که روش‌های مشاوره فردی و گروهی به روش عقلانی - عاطفی به صورت معنی‌داری در کاهش باورهای غیرمنطقی بزهکاران پسر ۱۸-۱۴ ساله اثر دارد. هم‌چنین او نشان داد که روش مشاوره گروهی برای کاهش عقاید غیرمنطقی (توقع تایید از جانب دیگران، سرزنش کردن خود، واکنش با درماندگی به ناکامی، توجه مضطربانه، اجتناب از مشکل، وابستگی و درماندگی برای تغییر در مقایسه با روش مشاوره فردی اثر بخش‌تر بوده است.

آخوند مکه‌ای (۱۳۷۶) نتیجه گرفت که شناخت درمانی گروهی به روش (بک) به طور معنی‌داری افسردگی نوجوان ۱۵ ساله شاهین شهر اصفهان را کاهش داده است. حسین‌نژاد (۱۳۷۶) در پژوهش خود به این نتیجه می‌رسد که مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی عاطفی افسردگی دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه مشکین شهر را کاهش داده است. احمدی و تقی‌پور (۱۳۷۸) در پژوهشی که شباهت زیادی با پژوهش حاضر دارد به این نتیجه می‌رسند که مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی عاطفی به طور هم‌زمان افسردگی و عقاید غیرمنطقی دانش‌آموزان اصفهانی را کاهش داده است.

گرچه در پژوهش‌های انجام شده چه در داخل و چه در خارج کم و بیش تأثیر شناخت درمانی هم بر روی عقاید غیرمنطقی و هم بر روی افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است. اما نکته اساسی آن است که کمتر پژوهشی را می‌توان یافت که ضمن آنکه به مطالعه میزان شیوع افسردگی می‌پردازد، تأثیر شناخت درمانی گروهی را نیز به طور هم‌زمان بر روی عقاید

غیرمنطقی و افسردگی مورد بررسی قرار داده باشد. در مورد میزان شیوع افسردگی در نوجوانان تحقیقات گسترده‌ای در خارج از کشور صورت گرفته است، اما تحقیقات کمتری را می‌توان دید که سطوح مختلف افسردگی نوجوانان را مورد بررسی قرار داده باشند. با وجود تفاوت‌هایی که در مورد میزان شیوع افسردگی در دوره نوجوانی وجود دارد اما نتایج بیانگر گستردگی شیوع آن در مقایسه با سایر گروه‌های سنی است. پژوهش‌های انجام شده در داخل نیز بر روی جمعیت دانشجویی انجام شده است و تحقیقات اندکی بر روی نوجوانان در این خصوص صورت گرفته است. در حالی که این پژوهش ضمن اینکه میزان شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان به بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر روی باورهای غیرمنطقی و افسردگی به طور هم‌زمان مورد پردازد. بنابراین، می‌توان گفت که پژوهش حاضر از این جنبه قابل توجه و نو است.

روش

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: چون در جامعه آماری تنها یک دبیرستان نمونه و یک مرکز پیش‌دانشگاهی وجود دارد به منظور جلوگیری از به وجود آمدن مشکل در تعمیم یافته‌های پژوهشی هر دوی آنها در نمونه پژوهشی جای گرفتند، بعد از آن به صورت تصادفی و به حکم قرعه از بین هنرستان‌ها، یک هنرستان و از بین دبیرستان‌ها سه دبیرستان انتخاب شدند. از این مرحله به بعد با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و با توجه به تعداد دانش‌آموزان هر مدرسه ۲ یا ۳ کلاس از هر مدرسه انتخاب شدند و با اطلاع قبلی و هماهنگی با مسئولین آموزشگاه‌ها پرسشنامه افسردگی بک به وسیله محقق و با ارائه توضیحات لازم و ایجاد شرایط مناسب روحی به صورت گروهی اجرا گردید.

چون تعداد اعضا جامعه ۵۴۶۱ نفر می‌باشد بنابراین بر اساس جدول مورگان باید یک نمونه‌ی ۳۶۱ نفری انتخاب شود اما به منظور بالا رفتن دقت و حذف احتمالی پرسشنامه‌های

جدول ۱- مشخصات اعضای گروه‌های کنترل و آزمایشی

گروه آزمایشی				ردیف	گروه کنترل				ردیف
وضعیت درسی	رشته تحصیلی	سن	نمره آزمون بک		وضعیت درسی	رشته تحصیلی	سن	نمره آزمون بک	
۱۴/۶۰	اول دبیرستان	۱۶	۱۶	۱	۱۴/۷۵	اول دبیرستان	۱۶	۱۵	۱
۱۳/۰۷	دوم تجربی	۱۸	۱۸	۲	۱۳	دوم تجربی	۱۶	۱۸	۲
۱۷/۱۲	سوم ریاضی	۱۸	۱۸	۳	۱۷/۵	سوم ریاضی	۱۷/۵	۱۸	۳
۱۴/۱۰	اول دبیرستان	۱۷	۱۷	۴	۱۴	اول دبیرستان	۱۵	۱۷	۴
۱۵/۱۸	سوم برق صنعتی	۱۷	۱۷	۵	۱۵/۱۷	سوم برق صنعتی	۱۷/۵	۱۷	۵
۱۴/۸۲	سوم ریاضی	۱۶	۱۶	۶	۱۴/۹۰	سوم ریاضی	۱۶	۱۶	۶
۱۲/۶۲	اول دبیرستان	۱۲	۱۳	۷	۱۲/۷۱	اول دبیرستان	۱۶	۱۳	۷
۱۴/۶۰	دوم ادبیات	۱۲	۱۲	۸	۱۴/۳۰	دوم ادبیات	۱۸	۱۳	۸

در ایران، قاسم‌زاده و همکاران (2005) در تحقیق خود ثبات درونی این آزمون $r=0/87$ و پایایی آزمون را از طریق بازآزمایی $r=0/73$ بدست آمد.

برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به اعتقادات و باورهای غیرمنطقی گروه کنترل و آزمایشی از آزمون عقاید غیر منطقی (IBT) استفاده شد. این آزمون در سال ۱۹۶۸ بر اساس باورهای غیرمنطقی الیس در ده مقیاس ساخته شد. هر مقیاس از ده سوال که در مجموع یک آزمون صد سوالی را بر اساس مقیاس لیکرت به وجود می‌آورد ساخته شده است.

تقی‌پور (۱۳۷۸) این پرسشنامه را بر روی یک نمونه ۱۰۶ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی با میانگین سنی ۲۴/۲۵ که ساکن خوابگاه پارک هتل بودند اجرا کرد و از طریق الفای کرونباخ رقم ۰/۷۱ را به دست آورد.

سودانی (۱۳۷۵) و سلیمانان (۱۳۸۴) به ترتیب اعتبار ۰/۷۹ و ۰/۷۰ را در مورد این آزمون گزارش کرده‌اند. دربان ترشیزی (۱۳۷۶) اعتبار بازآزمایی یا اجرای مجدد را بر روی ۱۸۰ نفر از دانش‌آموزان دبیرستان‌های مشهد محاسبه نمود و ضریب اعتبار ۰/۸۱ را به دست آورد.

تقی‌پور (۱۳۷۸) روایی همگرا و همبستگی این آزمون را با آزمون افسردگی بک مورد بررسی قرار داد و در سطح ۰/۰۱ معنی‌داری رقم ۰/۸۲ را گزارش نمود.

مهری‌نژاد (۱۳۷۹) با اجرای این تست بر روی نمونه ۸۰۰ نفری از دانشجویان رشته روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد و محاسبه همبستگی بین آزمون‌های فرعی و نمره کل با استفاده از ضریب همبستگی به رقم ۰/۸۸ رسید.

جونز و تراور (۲۰۰۴) از طریق روش اجرای مجدد، پایایی ۹۲ درصد را برای این آزمون به دست آورند.

طرح پژوهش

بخش اول یعنی بررسی میزان سطوح مختلف افسردگی از نوع توصیفی می‌باشد. اما در بخش دوم یعنی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر روی افسردگی و عقاید منطقی از روش تحقیق تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است.

در اجرای طرح، آزمودنیها براساس ویژگی‌های مرتبط با متغیرهای مستقل و وابسته هم‌تا شده‌اند و به طور کاملاً تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. اعضای گروه کنترل در لیست انتظار قرار داده شدند و اعضای گروه آزمایشی در معرض ده جلسه شناخت درمانی گروهی قرار گرفتند پس از آن نتایج به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون در داخل هر گروه و تفاوت آنها (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) در بین دو گروه، مقایسه و بررسی گردید.

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در داخل هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل به وسیله آزمون t همبسته به منظور بررسی تفاوت‌های درون‌گروهی مورد تحلیل قرار گرفت. هم‌چنین تفاوت نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون هر دو گروه به منظور محاسبه اثر متغیر مستقل با استفاده از آزمون t مستقل مورد بررسی قرار گرفت.

t همبسته

$$T2 - T1 \quad T2 - T1) \quad - \quad T2 \quad T1 \quad \text{گروه کنترل}$$

t مستقل

$$T4 - T3 \quad T4 \quad * \quad T3 \quad \text{گروه آزمایشی}$$

t همبسته

در طرح فوق T1 و T2 پیش‌آزمون‌های آزمون افسردگی بک و باورهای غیرمنطقی جونز هستند علامت (-) نشان می‌دهد که گروه کنترل دستکاری نشده است در حالی که علامت (*)

بیانگر آن است که گروه آزمایشی متغیر مستقل (شناخت درمانی گروهی) را دریافت کرده است. T₂ و T₃ پس از آزمون‌های اجرا شده بر روی دو گروه می‌باشد. T-2T₁ تفاضل نمرات پس آزمون و پیش آزمون در گروه کنترل و T-4T₃ تفاضل مذکور را در گروه آزمایشی را نشان می‌دهند.

نتایج

جدول ۲، درصد فراوانی افسردگی دانش‌آموزان را بر اساس سطوح مختلف آن یعنی افسردگی ناچیز، خفیف، متوسط (بیشتر از خفیف و کمتر از وخیم) و شدید (وخیم) نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که اصطلاح فوق به نقل از دادستان (۴۸) به کار برده شده است و اصطلاح افسردگی ناچیز معادل فقدان افسردگی می‌باشد.

جدول ۲- فراوانی در صد نمرات افسردگی و سطوح مختلف آن

میزان شیوع سطوح افسردگی به در صد		فراوانی	نمرات افسردگی
فقدان افسردگی یا افسردگی ناچیز ۳۶/۹۷		۳۹	۰
		۴۱	۱
		۳۹	۲
		۵۰	۳
افسردگی خفیف ۳۵/۲۳		۵۳	۴
		۴۱	۵
		۳۹	۶
		۲۸	۷
افسردگی متوسط به طور کلی	افسردگی متوسط (بیشتر از خفیف)	۲۶	۸
		۱۳	۹

مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نیست اما مقدار آن ۱/۷۴۶ نشان می‌دهد که عقاید غیرمنطقی به گونه قابل توجهی افزایش داشته است.

۲- t مشاهده شده در ردیف دوم (۳/۶۳۵-) منفی است و قدر مطلق آن از t بحرانی در سطح ۰/۰۵ (۱/۸۹۵) خیلی بزرگتر است در نتیجه ۹۵ درصد اطمینان و ۵ خطا می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش یافته است.

۳- t مشاهده شده پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش (۲/۰۲۶-) می‌باشد و قدر مطلق آن از t بحرانی در سطح ۰/۰۵ (۱/۷۶۱) بزرگتر می‌باشد، بنابراین می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان و ۵ درصد خطا به این نتیجه رسید که نمره‌ی کل آزمون عقاید غیرمنطقی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. در این قسمت تأثیر شناخت درمانی را بر روی افسردگی دانش‌آموزان بررسی می‌کنیم. از بررسی جدول ۳ به نتایج زیر می‌رسیم:

جدول ۳- نمره کل آزمون باورهای غیر منطقی

نتیجه آزمون	سطح معنی‌داری	t بحرانی یک دامنه	t مشاهده شده	درجه آزادی	نوع آزمون	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	آزمون	\bar{x}
نمرات پس‌آزمون افزایش یافته است اما این افزایش معنادار نیست	۰/۰۵	۱/۸۹۵	۱/۷۴۶	۷	t همبسته	۲۰/۷۴	۲۹۷/۳۷	۸	پیش‌آزمون گروه کنترل	۱
						۲۶/۸۵	۲۷۸/۷۵	۸	پس‌آزمون گروه کنترل	
نمرات پس‌آزمون کاهش	۰/۰۵	۱/۸۹۵	۳/۶۳۵-	۷	t همبسته	۱۰/۷۱	۲۸۴/۶۲	۸	پیش‌آزمون گروه آزمایشی	۲

یافته است و این کاهش در سطح ۰/۰۵ معنی دار است						۱۶/۶۰	۲۵۴/۱۲	۸	پس آزمون گروه آزمایشی	
کاهش نمرات در سطح ۰/۰۵ معنی دار است	۰/۰۵	۱/۷۶۱	-۲/۰۲۶	۱۴	t مستقل	۱۶/۶۰	-۹/۷۵	۸	تفاوت پس آزمون و پیش آزمون گروه کنترل	۳
						۲۳/۷۳	-۳۰/۵۰	۸	تفاوت پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایشی	

۱- قدر مطلق t مشاهده شده در ردیف اول (-۲/۱۵۴) بزرگتر از t بحرانی در سطح ۰/۰۵ (۱/۸۹۵) می باشد، در نتیجه با ۹۵ درصد اطمینان و ۵ درصد خطا می توان گفت که نمره ی افسردگی گروه کنترل در پس آزمون کاهش یافته است. لازم به ذکر است که قدر مطلق t مشاهده شده در گروه آزمایشی (۴/۲۳۱) به مراتب بزرگتر از t مشاهده شده در گروه کنترل (۲/۱۵۴) است.

۲- همان طوری که گفته شد قدر مطلق t مشاهده شده در گروه آزمایشی (-۴/۲۳۱) خیلی بزرگتر از t بحرانی در سطح ۰/۰۵ (۱/۸۹۵) می باشد بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان و ۵ درصد خطا می توان گفت شناخت درمانی نمرات گروه آزمایشی کاهش داده است و این کاهش نسبت به گروه کنترل خیلی بیشتر است.

۳- بررسی قدر مطلق t مشاهده شده پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایشی (۳/۰۷۱-) نشان می‌دهد که t مذکور به مراتب بزرگتر از t بحرانی در سطح ۰/۰۱ (۱/۷۶۱) می‌باشد بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان و ۵ درصد خطا می‌توان گفت که نمره‌ی افسردگی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون باورهای غیرمنطقی و مقایسه آن در دو گروه کنترل و آزمایشی نشان می‌دهد که شناخت درمانی گروهی موجب کاهش کل باورهای غیرمنطقی شده است. کاهش معنی‌دار عقیده غیرمنطقی با پژوهش صفائی (۱۳۸۱) که تأثیر مشاوره گروهی با شیوه‌ی عقلانی - هیجانی - رفتاری را در تغییر باورهای غیرمنطقی دختران نوجوان مورد بررسی قرار داده است، هم‌خوانی دارد. مقایسه یافته‌های پژوهش صفائی با نتایج آزمون نتایج کلی هر دو تحقیق نشان می‌دهد که شناخت درمانی گروهی موجب کاهش معنی‌دار باورهای غیرمنطقی می‌شود. هم‌چنین نتایج این پژوهش با تحقیق‌های داوودی (۱۳۷۸) و سودانی (۱۳۷۵) در مورد اثربخشی مشاوره گروهی و فردی به شیوه‌ی عقلانی در کاهش باورهای غیرمنطقی و تحقیق آرانسون و گریک هد (۲۰۰۹)، هولون (۱۹۹۲) و فاوا (۱۹۹۴) در مورد تأثیر درمان عقلانی عاطفی بر روی عقاید غیرمنطقی و پژوهش احمدی و تقی‌پور (۱۳۷۸) در مورد تأثیر درمان عقلانی و عاطفی بر روی عقاید غیرمنطقی هم‌خوانی زیادی دارد.

مقایسه تفاوت نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایشی بیانگر آن است که شناخت درمانی گروهی توانسته موجب کاهش افسردگی دانش‌آموزان شود متغیر مستقل اثر زیادی بر روی متغیر وابسته داشته است و با قاطعیت می‌توان گفت که شناخت درمانی گروهی افسردگی دانش‌آموزان را کاهش داده است.

کاهش عقاید غیرمنطقی و افسردگی در یک راستا و همسو با یکدیگر هستند اما نمی‌توان از این همسویی رابطه علت و معلولی را استنباط کرد. کاهش افسردگی در اثر شناخت درمانی در این پژوهش با تحقیق آخوند مکه‌ای (۱۳۷۶) که شناخت درمانی گروهی به روش بک را بر روی کاهش افسردگی نوجوانان دختر ۱۷-۱۵ ساله شاهین شهر اصفهان مورد بررسی قرار داده است و پژوهش احمدی و تقی‌پور (۱۳۷۸) که تنها پژوهشی است که تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی عاطفی را به طور هم‌زمان بر روی افسردگی و عقاید غیرمنطقی بررسی کرده است و تحقیق حسین‌نژاد (۱۳۷۶) که تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی عاطفی را بر روی افسردگی دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه مشکین شهر مورد مطالعه قرار داده است هم‌خوانی نزدیکی دارد و نتایج پژوهش مذکور را تایید می‌کنند.

هم‌چنین نتایج این پژوهش با تحقیق‌های تاس، تیز و همکاران (۱۹۹۷)، الیس (۲۰۰۳)، شیا (۱۹۹۲)، مسر و همکاران (۲۰۰۲)، فاوا (۱۹۹۴)، دابسون (۱۹۸۹)، و پایکل (۲۰۰۷) هم‌خوانی دارد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که میزان شیوع افسردگی دانش‌آموزان در سطوح متوسط و خیم وضعیت مطلوبی دارد. اما در مورد وضعیت افسردگی خفیف شرایط نگران‌کننده است و امکان دارد علائم افسردگی خفیف در آینده به افسردگی متوسط و شدید تبدیل شود. به هر حال نتایج این بررسی گویای آن است که باید اقدامات پیشگیرانه به منظور جلوگیری از شیوع این اختلال از سوی مسئولین انجام گیرد و با اطلاعات موجود امکان این کار حاصل شده است. به طور کلی می‌توان گفت که افسردگی به گونه بسیار معنی‌داری در اثر شناخت درمانی کاهش یافته است. بنابراین متغیر مستقل توانسته است به شکل هم‌زمان هم باورهای غیرمنطقی و هم افسردگی را کاهش دهد و این کاهش هم‌زمان در تایید نظریه شناخت درمانی می‌باشد چرا که این رویکرد درمانی معتقد است که کاهش باورهای غیرمنطقی موجب کاهش اختلال‌های روحی و روانی می‌شود. بنابراین با کاهش باورهای غیرمنطقی، انتظار کاهش افسردگی معقول به نظر می‌رسد.

و پیشنهاد می‌شود که استفاده از رویکرد عقلانی - عاطفی و رفتاری در درمان افسردگی دانش‌آموزان پسر نوجوان مفید است و روان‌پزشکان و روان‌شناسان مشاور می‌توانند این شیوه درمانی را برای درمان افسردگی به کار ببرند.

فهرست منابع

- آخوند مکه‌ای، زهره. (۱۳۷۶). تأثیر روش شناخت درمانی گروهی به روش بک بر کاهش افسردگی، پایان‌نامه چاپ نشده ارشد، دانشگاه خوارزمی تهران.
- احمدی، ا.، تقی پور، ا. (۱۳۷۸). تأثیر مشاوره گروهی با شیوه منطقی - عاطفی بر افسردگی دانش‌آموزان، فصلنامه تازه‌های پژوهش‌های مشاوره، شماره ۲.
- حسین نژاد انارکی، م. (۱۳۷۶). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی - عاطفی در کاهش میزان افسردگی، پایان‌نامه چاپ نشده ارشد، دانشگاه خوارزمی.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۶). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودک تا بزرگسالی، تهران: سمت.
- داودی، ح. (۱۳۷۸). مقایسه تأثیر روش‌های مشاوره فردی و گروهی با تأکید روش عقلانی - عاطفی در کاهش باورهای غیر منطقی، پایان‌نامه چاپ نشده ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- دربان ترشیزی، ح. (۱۳۷۶). رابطه بین تفکرات غیر منطقی و اضطراب دانش‌آموزان، پایان‌نامه ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- رحیمی، علیرضا. شمسایی، فرید. ضرابیان، محمد کاظم. سده ای، مرتضی. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر سه روش دارو درمانی، شناخت درمانی و دارو درمانی توأم با شناخت درمانی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی همدان، دوره پانزده، شماره ۱: ۱۶-۲۱.

- Beck, A.T., Steer, R. A., Brawn, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company, San Antonio. Texas.
- Becker-Weidman, E. G., Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Silva, S. G., March, J. S. (2010). Social problem-solving among adolescents treated depression. *Behavioral Research and Therapy*. 48: 11-18.
- Beevers, C. (2005). Cognitive vulnerability to depression. A dual process model. *Clinical Psychology Review*. 25: 975-1002.
- Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A. I., Whalley, L. J., & Christie, J. E. (1990). Cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Cognitive Therapy and Research*, V. 14, No. 5, 469-482.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 3.
- Elliot, R., Rubinstein, J. S., Barbara, J., Sahakian, B., & Raymond, J. (2002). The neural bases off mood-congruent processing biases in depression, American Medical Association.
- Ellis, A. (2003). Similarities and differences between Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17, 225-240.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Canestrari, R., Morphy, M. A. (1994). Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-Language version of the Beck Depression Inventory-Second Edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.

- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1): 59-72.
- Hamilton, M. (1970). A rating scale for depression, *Neural Neursurg Psychiatry*, 23.
- Hofmann, S. G., & Reinecke, M. A. (2010). *Cognitive-behavioral Therapy with Adults: A guide to Empirically –Informed Assessment and Intervention*. New York: Cambridge.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evan, M.D., Wiemer, M. J., Garvey, M.J., Grove, W. M., & Tuason, V. B., (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49. *Psychology*, 57: 285-315.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring Effects for Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety. *Annual Review of*
- Jones, J. & Trower, P. (2004). Irrational and Evaluative Beliefs in Individuals with Anger Problems. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy*, 22;3, 153-170.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2003). *Synopsis of Psychiatry*, 9th ed. Baltimore: William & Wilkins.
- Karwaski, L., Garrett, G., & Illardi, S. (2006). On integration of cognitive behavioral therapy for depression and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 159-170.
- Kingstone, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., Malone, K.(2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms.

- Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 80:193-203.
- Messer, S. & Wampold, B. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients'. *Clinical Psychological Science Pract.* 9: 21-25.
- Murphy, F. C., Sahakian, B. J. (2001). Neuropsychology of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 178,723-730.
- Paykal, E. S.(2007). Cognitive therapy in relapse prevention. *International Journal of Neuropsychopharmacol.* 10:131-136.
- Rodin, G., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., Zimmermann, C. (2009). Pathway to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science & Medicine.* 68: 565-569.
- Rossello, J., & Bernal, G. (2007). *Treatment Manual For Cognitive Behavioral Therapy for Depression.* San Francisco General Hospital, Depression Clinic.
- Rupke, S., Blecke, D., Renfrow, M. (2006). Cognitive Therapy and Antidepressants, *American Family Physician*, 1: 73(1): 83-86.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2007). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. *Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews.* 3, No.11:351.
- Siegle, G., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral Therapies In The 21st Century: Summary of An Emerging Field And An Extended Example of Cognitive Control Training for Depression. *Cognitive Therapy and Research.* 31: 235-262.

- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P.A., Beckman, E., Glass, D. R., Dolan, R.T., & Parloff, M. B., (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F. III, Pilkonis, P. A., Hurley, K., et al. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy - pharmacotherapy combinations. *Arch General Psychiatry*; 54:1009-15.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, M. G. (2003). Mindfulness Training and Problem Formulation, *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10, N2: 157-160.
- Wells, A. (2009). *Meta cognitive therapy for anxiety and depression*, New York: Guilford Press.
- Wisco, B. E. (2009). Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical Psychology Review*. 29: 382-392.

EFFECT OF COGNITIVE GROUP THERAPY ON THE REDUCTION OF DEPRESSION OF HIGH SCHOOL STUDENTS

Alireza Mahmoodnia, Ph.D.
Hassan Rastegarpour, Ph.D.
h_rast1@yahoo.com
Farhad Jokar, M. A.

Abstract

Introduction: Depression is a disorder that has attracted the attention of psychologists and therapists all over the world. This study aims to clarify and elucidate two major points: a) epidemic status of depression on various levels of high school students; and b) scrutiny of group cognitive therapy influence on the reduction of irrational beliefs and depression of the students. **Method:** Sample consisted of 457 students, randomly selected based by cluster sampling method. Beck's questionnaire (short form) was used and the following results were obtained: 1) %36.97 without depression; 2) %35.23 with mild depression; 3) %20.35 with average depression; 4) % 7.44 with intensive depression. Next, 36 students with average and intensive depression were matched according to their age, grades, and major. Then 16 students were randomly selected and put into two groups of eight in experimental and control groups. Both groups were tested by pre and post test of Beck's depression and Jones's irrational beliefs questionnaire. Experimental group received 10 sessions of group treatment cognition based on Ellis method of Rational Emotive Therapy. Two significant points were determined: a) paired sample t-test pertaining to pre and post tests of both groups (differences of within groups), and b) Independent sample t-

test pertaining to the difference of pre and post tests scores (difference of between groups).

Result: The data revealed that: A) Irrational beliefs had meaningful reduction [%95 confidence]; 1- Anxious over concern; 2- Frustration reaction; 3- Perfectionism. B) Irrational beliefs which had reduction but was not meaningful ; 1- Emotional irresponsibility [Approximately meaningful]; 2- Dependency; 3- Demand for approval; 4- Problem avoidance. C) Irrational beliefs which had no reduction at all [even followed by increase]; 1- High self expectation; 2- Helplessness for change; 3- Blame proneness. However, the total score of irrational beliefs test had a meaningful reduction [%95 confidence]. In that sense, there had been a meaningful reduction in the depression scores of the experimental group [%95 confidence]. **Discussion:** The result indicates that group cognitive therapy helps the reduction of irrational beliefs as well as student's depression simultaneously.

Key words: depression, Irrational Beliefs, Cognitive Therapy, Rational-Emotive Therapy.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.