

اثربخشی درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌ساز رفتاری بر افکار خودآیند منفی و توجه دانشجویان

دختر افسرده

علی امیدمهر^۱، حمیدرضا حکمت*^۲، داود کردستانی^۳، محمدتقی غلامی^۴

چکیده

مقدمه: اختلال افسردگی بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که تعداد زیادی از افراد را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار داده است. پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌ساز رفتاری بر افکار خودآیند منفی و توجه دانشجویان دختر افسرده سال ۱۳۹۸ بود.

روش پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری مراجعان دانشجوی دختر مقطع کارشناسی بود که در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند که از میان آن‌ها ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با همگن‌سازی سن در چهار گروه قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به پرسشنامه افسردگی بک؛ پرسشنامه افکار خودآیند هولون و کندال و آزمون توجه d2 بریکنکامپ پاسخ دادند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه درمان ذهن آگاهی، ۱۰ جلسه معنادرمانی و ۱۰ جلسه فعال‌ساز رفتاری را دریافت کردند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل آمیخته، نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر مداخلات بر افکار خودآیند منفی ($P=0/001$) اثر کاهنده داشتند. اثر زمان موجب کاهش افکار خودآیند منفی ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب کاهش افکار خودآیند منفی ($P=0/001$) نسبت به گروه گواه شد. مداخلات بر توجه ($P=0/001$) اثر افزایشده داشتند. اثر زمان موجب افزایش توجه ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب افزایش توجه ($P=0/001$) نسبت به گروه گواه شد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر سه رویکرد درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌ساز رفتاری هر یک با هدف قرار دادن یک بعد از افسردگی بر افکار خودآیند منفی و توجه در دختران افسرده با اثر کاهنده اثربخش هستند.

کلیدواژه‌ها: افسرده، افکار خودآیند منفی، "توجه" ذهن آگاهی، "فعال‌ساز رفتاری" معنادرمانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۱۰/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۱۵

استناد: امیدمهر ع، حکمت ح، کردستانی د، غلامی م. اثربخشی درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌ساز رفتاری بر افکار خودآیند منفی و توجه دانشجویان دختر افسرده، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۹؛ ۱۰(۳): ۱۹-۳۵

^۱ روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران aliomidmehr@yahoo.com

Orcid: 0000-0002-6441-7759

^۲ نویسنده مسئول، استاد گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران، drhamid00@gmail.com

orcid: 0000-0002-3834-9203

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، kordestani3000@gmail.com، orcid.org/0000-0002-5911-4278

^۴ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران gholamitaghi@yahoo.com، orcid.org/0000-0003-3467-4786

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به

اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

اختلال افسردگی^۱ بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که تعداد زیادی از افراد را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار داده است (۱). اختلال افسردگی با توجه به اینکه هزینه‌های زیادی که بر دوش سیستم بهداشت عمومی گذاشته توجه بسیاری از متخصصان سلامت روان را متوجه خود ساخته است (۲). فقدان لذت، اختلال خواب، کاهش اشتها و انرژی، خلق افسرده، کاهش قدرت تمرکز و میل به خودکشی در این اختلال شایع است در این میان می‌توان گفت تغییرات خلق، شناخت و افکار خودکشی از ویژگی‌های مهم اختلال افسردگی است (۳). بعید به نظر می‌رسد که فقط یک عامل بتواند وقوع افسردگی را تبیین کند، بلکه افسردگی از تعامل چندین عامل مختلف حاصل می‌شود. بر اساس گزارش‌های موجود، می‌توان گفت که شروع و ادامه افسردگی به عواملی مختلفی همچون زیست‌شناسی، سابقه بیماری، محیطی و روانی اجتماعی مربوط می‌شود (۴). در میزان شیوع افسردگی در بین دو جنس تفاوت‌های جنسیتی وجود دارد و شیوع آن در زنان و دختران جوان بیشتر از مردان و پسران و بیشتر از افراد در هر سن دیگری گزارش شده است (۵) که این تفاوت‌های جنسیتی لزوم بررسی‌های هرچه بیشتر را در زنان و دختران برجسته می‌نماید.

افسردگی شدید منجر به نقص در کارایی پردازش کارکردهای اجرایی^۲ و توانایی‌های شناختی^۳ می‌شود (۶) و تکالیف درگیر در حافظه فعال را تخریب کرده، اثرات کاهشی بر ظرفیت حافظه فعال داشته و از کارایی آن می‌کاهد (۷). همچنین بدتر شدن عملکرد شناختی افسردگی را در پی خواهد داشت (۸)، همچنانکه سوءگیری‌های شناختی و توجهی نقش مهمی را در شروع و تداوم افسردگی ایفا می‌کنند (۹). پژوهش‌ها نشان داده افراد افسرده مشکلاتی را در حفظ توجه خود دارند که موجب سوءگیری توجه و گوش به زنگی نسبت به یک سری از محرکات می‌شود (۱۰)؛ براین اساس دی رات و کاستر (۱۱) مدلی را پیشنهاد کردند که کنترل توجهی رابط بین آسیب‌پذیری شناختی و بیولوژیکی است که به دلیل کاهش کنترل مهارتی و توجه پایدار به موارد منفی منجر به ناتوانی در متوقف ساختن پردازش منفی مانند نشخوارگری و عاطفه منفی در افراد مضطرب و افسرده پایدار می‌شود (۱۲، ۱۳).

اخیراً بسیاری از روان‌شناسان بالینی و اجتماعی، با مطالعه‌های تجربی و عینی، به اثبات نقش «محتوا و مضمون» انواع افکار در تجارب ذهنی خودآگاه و ارتباط این دو و نیز نقش شیوه تفکر و تجزیه و تحلیل و برداشت فرد از محیط پیرامون در رفتار و هیجان پرداخته‌اند. در فرآیند خودآگاه ذهن افراد سالم، افکار منفی و ناخواسته گاهی با شدت معینی به‌وقوع می‌پیوندند و باعث ایجاد خلق منفی می‌شوند (۱۴). افکار خودآیند منفی عاملی مهم در ایجاد برخی از اختلال‌های روان‌پزشکی، همچون افسردگی است افکار خودآیند منفی بر هیجان‌ها و عواطف فرد تأثیرگذارند و به ایجاد رفتارها و عواطف نامناسب منجر می‌شوند. درواقع تعامل بین باور ناکارآمد و رخدادهای منفی زندگی، تفکرات خودآیند منفی درباره خود، جهان و آینده را ممکن می‌کند. بک معتقد است افکار خودآیند منفی در اثر رخدادهای استرس‌زای زندگی به وجود می‌آیند و پیامدهای سوگیری پردازش اطلاعات محسوب می‌شوند. علاوه براین، در بررسی‌های علمی، متخصصان و روان‌شناسان پیرو رویداد عامل افسردگی، به دنبال مطالعه پیامدهای افسردگی هستند. از پیامدهای مهم افسردگی، بروز افکار خودآیند منفی افراد است (۱۵). بیماران افسرده نسبت به دیگر ذهن آگاهی ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند و از این جهت درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی^۴ می‌توانند موجب تسهیل روند درمان بیماران افسرده و همچنین بهبود نشانه‌های آن‌ها شوند (۱۶). ذهن آگاهی، آگاهی از

1. depression disorder

2. executive function

3. cognitive abilities

4. Mindfulness

لحظه حاضر و بدون قضاوت است. این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا این که آن را خوب یا بد تلقی کند. بنابراین، ذهن آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد (۱۷). علاوه بر این، ذهن آگاهی امکان مقابله سازگارتر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی که از ذهن آگاهی بالاتری برخوردارند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند و نسبت به خود شفقت بیشتری نشان می‌دهند (۱۸). ذهن آگاهی مثبت با افزایش خودشفقت‌ورزی می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که طی آن از تجربه هیجان‌های دردآور و ناگوار ممانعت به عمل نمی‌آید (۱۹)؛ بلکه تلاش می‌شود بسیار مهربانانه با احساسات و هیجان‌ها به همان صورتی که هستند برخورد شود و مورد پذیرش قرار گیرند؛ در چنین شرایطی است که احساسات منفی جای خود را به احساسات مثبت می‌دهند و فرد قادر خواهد بود از راهبردهای مقابله‌ای سازنده و جدید استفاده کند (۲۰) و بدین ترتیب در این فرایند فرد با تمرین توجه (۲۱) و با به چالش کشیدن محتوای افکار و هیجان‌های خود بر مشکلاتش فائق می‌آید (۲۲). در این راستا، نجاتی و همکاران (۲۳) نشان دادند ذهن آگاهی، نه با کارکردهای توجه انتخابی، بلکه با کارکردهای توجه پایدار مرتبط است. این یافته با ماهیت ذهن آگاهی به عنوان نظارت مستمر و پایدار بر وقایع جاری، قابل توجه است. امیرخانی و حقایق (۲۴)؛ ریتوو و همکاران (۲۵) و فریون و همکاران (۲۶) نیز به اثربخشی ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی اشاره داشته‌اند.

رویکرد معنادرمانی^۱ که برای درمان بیماران افسرده به کار می‌رود؛ پذیرش زندگی و جستجوی معنای آن در مصیبت‌بارترین شرایط است. قصد و اراده فرد برای جستجوی معنا در زندگی محرک انگیزشی او در زندگی است که برای وی آزادی عمل را در انجام کارها و رفتارها و تجارب‌شان برای درک معنای آن‌ها پدید می‌آورد؛ بدین ترتیب افراد قادر خواهند بود جایگاه خویشتن را در موقعیت‌های دردآور و غیرقابل تغییر بیابند (۲۷). بدین ترتیب، وظایف، سرنوشت و مسئولیت اعمال هر فرد به خودش وابسته است (۲۸). معنادرمانی حدود اختیارها و آزادی‌های بیمار را برایش ترسیم می‌کند (۲۹). در این میان تنها فرصت موجود، بستگی به چگونگی برخورد او با مشکلات و تحمل آن‌ها دارد (۳۰). مداخلاتی که به بررسی معنادرمانی پرداخته‌اند اغلب اثربخشی آن را در جمعیت سالمندان مورد بررسی قرار داده‌اند. در این راستا، اصغری و همکاران (۳۱) به اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی سالمندان اشاره داشته‌اند.

درمان فعال‌سازی رفتار^۲ یکی از روش‌های جدید روان درمانی است که برای درمان اختلال افسردگی مورد استفاده روان درمانگران قرار می‌گیرد (۳۲). این نوع درمان بر اساس این فرضیه ساخته شده است که روبرو شدن اشخاص مستعد به ابتلا به اختلال افسردگی و پاسخ نامناسب آنان به این مشکلات (۳۳) می‌تواند توانایی آنان را برای بدست آوردن پاداش‌ها در محیط زندگی‌شان را کاهش داده و در نتیجه علائم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر سازد (۳۴). اهداف درمان فعال‌سازی رفتار افزایش دادن سیستماتیک فعالیت‌ها به شیوه‌ای است که به مراجعان کمک کند تا به منابع بزرگتر پاداش‌ها در زندگی‌شان دست یافته و بتوانند مشکلات زندگی‌شان را حل نمایند (۳۵). فرایند درمان فعال‌سازی رفتار به صورت مستقیمی بر روی افزایش میزان انجام برخی از فعالیت‌ها (۳۶) و جلوگیری از انجام برخی دیگر از فعالیت‌ها (مانند اجتناب از انجام برخی از رفتارها و یا کاهش دادن میزان نشخوار فکری) متمرکز می‌شود (۳۷). در این راستا، انصارحسین و همکاران (۳۸) چنین نشان دادند که درمان فعال‌سازی رفتار منجر به افزایش فعالیت نیم کره چپ و کاهش انعطاف ناپذیری شناختی و توجه انتخابی و کاهش علائم افسردگی در گروه آزمایش شد. به نظر می‌رسد درمان فعال‌سازی رفتار در بهبود انعطاف ناپذیری شناختی و

1. Logotherapy

2. Behavioral Activation Treatment

توجه انتخابی مؤثر است و منجر به افزایش فعالیت نیمکره چپ می‌شود. فرناندز و مایرال (۳۹) در مقایسه درمان فعال‌ساز رفتاری و بازسازی شناختی در کاهش افکار خودآیند منفی چنین نتیجه گرفتند که هر دو درمان در کاهش این افکار مؤثر هستند.

توانایی‌های شناختی برای سازگاری و عملکرد موفقیت آمیز در شرایط واقعی زندگی بسیار ضروری هستند و به افراد اجازه می‌دهند تا در مواجهه با چالش‌ها تاب آورانه برخورد کنند و در شرایط غیر منتظره تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مناسب از خود نشان دادند و بدین ترتیب عوامل فشارزا را برطرف و رفتارهای خود را مهار کنند (۴۰). علاوه بر این، افسردگی اختلالی چندعلیتی است که تاکنون بسیاری در تبیین سبب‌شناسی آن کوشیده‌اند و از این‌رو همان‌طور که پیش‌تر نیز ذکر شد درمان‌های روان‌شناختی متفاوتی متناسب با رویکرد نظریه‌پرداز برای آن ارائه شده است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌ساز رفتاری بر افکار خودآیند منفی و توجه دانشجویان دختر افسرده بود.

روش پژوهش:

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان دختر مقطع کارشناسی بود که بر اساس فراخوان به مرکز مشاوره امیدمهر، در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که با همگن‌سازی سن در چهار گروه یعنی در سه گروه آزمایشی درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌ساز رفتاری و یک گروه گواه هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل نمره بالاتر از خط برش در پرسشنامه افسردگی، عدم ابتلاء به بیماری‌های جسمانی مزمن و روانی و سوءمصرف مواد و الکل و استفاده از دارو و دریافت درمان‌های روان‌شناختی به طور همزمان و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت در یک سوم جلسات و درگیری با بحران یا بیماری خاص و یا حذف هر کدام از شرایط ورود به آموزش در طول اجرای جلسات بود.

پرسشنامه افسردگی بک^۱. پرسشنامه افسردگی بک (۴۱) شامل ۲۱ گویه است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کنند و نمره بالاتر در این ابزار حاکی از افسردگی بیشتر است. بک و همکاران برای این ابزار ضریب اسپیرمن-براون را ۰/۹۳ و همبستگی این ابزار را با درجه‌بندی‌های بالینی برابر با ۰/۶۶ گزارش کردند (۴۱). ظاهری تنجانی و همکاران (۴۲) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی (R=۰/۸) به‌عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند.

پرسشنامه افکار خودآیند^۲. پرسشنامه افکار خودآیند هولون و کندال (۴۳) شامل ۳۰ گویه است که خرده‌مقیاس‌های «میزان اعتقاد به افکار خودآیند منفی» در یک طیف لیکرت از «اصلاً=۱»، «تاحدی=۲»، «نسبتاً زیاد=۳»، «بسیار زیاد=۴»، و «صد در صد=۵» و «فراوانی افکار خودآیند منفی» را در یک طیف لیکرت از «اصلاً=۱»، «گاهی=۲»، «بسیاری از مواقع=۳»، «اغلب اوقات=۴»، و «همیشه=۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هولون و کندال (۴۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به‌عنوان شاخصی از ثبات درونی برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. کایانی و همکاران (۴۴) پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی ۰/۸۸ درصد گزارش کرده‌اند. در این پژوهش پایایی دو خرده‌مقیاس این ابزار به وسیله روش آلفای کرونباخ

^۱. Beck Depression Inventory

^۲. Automatic Thoughts Questionnaire

۰/۹۲ برای فراوانی افکار خودآیند منفی و ۰/۹۵ برای میزان اعتقاد به افکار خودآیند منفی به دست آمده است. کاویانی و همکاران (۴۴) روایی همگرا و محتوایی این مقیاس را تأیید کرده‌اند.

آزمون توجه d2^۱. آزمون توجه d2 ساخته بریکنکامپ^۲ در سال ۱۹۸۱ میزان توجه را هدف سنجش خود قرار می‌دهد؛ قابلیت اجرا هم به صورت فردی و هم گروهی را دارد. این آزمون آزمودنی‌ها را در مقابل تکلیف‌گزینش محرک‌های آماج دیداری، از میان تعداد زیادی محرک دیداری مختلف قرار می‌دهد. مهم‌ترین نمراتی که از آزمون d2 در این پژوهش استفاده شده است بدین شرح است: نمره خطا (F1): خطای حذف که شامل تمام محرک‌های آماج قبل از آخرین محرک دیداری که آزمودنی از چشم انداخته یا علامت زده شود، اما آزمودنی به اشتباه آن‌ها را علامت زده است. نمره توجه (KL): این نمره مساوی است با مجموع محرک‌های دیداری آماج که آزمودنی آن‌ها را به طور صحیح علامت زده است، منهای خطای حذف یا نوع اول و خطای ارتکاب یا نوع دوم. نمره توجه بین نمره صفر تا ۳۰۸ است (۴۵). برای این ابزار ضرایب پایایی بالاتر از ۰/۹۰ و روایی سازه، روایی هم‌زمان و روایی پیش‌بین مناسبی گزارش شده است (۴۶).

پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی: از آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل مداخله‌ای لوینسون و همکاران به مدت ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) استفاده شد (۴۷). برای بررسی روایی محتوایی جلسات از شاخص CVR و نظر ۵ نفر استاد روان‌شناس استفاده شد که مقدار آن ۹ به دست آمد و حاکی از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	هدف	فعالیت
اول	هدایت خودکار	برقراری ارتباط با اعضای گروه، معرفی ذهن آگاهی و ساختار جلسه‌ها و قوانین گروه، تعیین اهداف، تمرین خوردن کشمش به‌طور آگاهانه
دوم	آگاهی به تنفس	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، توضیح نحوه صحیح تنفس و مراقبه فضای تنفسی سه دقیقه‌ای
سوم	موانع	مرور بر جلسه قبل و تمرین خانگی، رفع موانع تمرین، مراقبه و آرسی بدن، مراقبه فضای تنفسی سه دقیقه‌ای و تمرین ذهن نوآموز
چهارم	رویدادهای خوشایند	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه دیدن و شنیدن، جدول رویدادهای خوشایند، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای و مراقبه نشسته
پنجم	رویدادهای ناخوشایند	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، جدول رویدادهای ناخوشایند، مراقبه راه رفتن و مراقبه نشسته
ششم	شناخت‌های منفی	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه راه رفتن و معرفی الگوهای شناخت منفی
هفتم	پذیرش؛ افکار واقعیت	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه نشسته، بازگویی داستان پادشاه و سه پسرش، قرائت شعر مهمانخانه و مراقبه رهایی از افسردگی؛ مراقبه نشسته و فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، استعاره سینما

¹. d2 Test of attention

². Brickenkamp

نیستند	و قطار افکار
مراقبت از خود	
به بهترین	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه نشسته و فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، تهیه فهرست از نشانه‌های هشداردهنده و تهیه فهرست از فعالیت‌ها و مهارت‌های لذت‌بخش؛ مراقبه نشسته و نحوه؛ برنامه‌ای
هشتم	فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، مرور جلسات و تمرین‌ها و برنامه‌ریزی برای آینده
برای آینده	

پروتکل معنادرمانی: از آموزش معنادرمانی «فرانکل» بر اساس پروتکل مداخله‌ای هاتزل به مدت ۱۰ جلسه به صورت گروهی (هفته‌ای یک‌بار و هر جلسه ۹۰ دقیقه) استفاده شد (۴۸)؛ برای بررسی روایی محتوایی جلسات از شاخص CVR و نظر ۵ نفر استاد روان‌شناس استفاده شد که مقدار آن ۸/۴ به دست آمد و حاکی از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

جدول ۲. پروتکل معنادرمانی

جلسه	هدف	فعالیت
اول	شناسایی مشکلات اولیه	مقدمه، آشنایی اعضا باهم، شناختن قوانین گروه
دوم	مرور مشکلات جاری	مروری بر انتظارات (اهداف) بیمار و درمانگر از درمان مشخص می‌گردد.
سوم	مرور تکلیف	تجربه افراد در خصوص نحوه اجرا، مشکلات و موانع اجرای آن‌ها مرور خواهد شد.
چهارم	بررسی فرم نگاره فعالیت	بررسی فرم نگاره فعالیت و حوزه‌های زندگی
پنجم	تمرکز بر راه‌اندازها	تمرکز بر راه‌اندازهای ادامه‌دهنده سیکل معیوب اضطراب و موانع فعالیت
ششم	شناسایی افکار منفی	شناسایی افکار منفی و نشخوار فکری.
هفتم	مسئله‌گشایی	آموزش چگونگی مسئله‌گشایی و پرهیز از اجتناب ارائه می‌شود.
هشتم	بررسی مسائل ثانویه	مشکلات و موفقیت‌هایی که افراد گروه در جهت شناسایی مسائل ثانویه، مورد بررسی قرار گرفت.
نهم	مرور تکلیف هفته گذشته	در این قسمت افراد را از خطر عود بیماری آگاه می‌سازیم
یادآوری		
دهم	مهارت‌های لازم برای پیشگیری	مهارت‌های لازم برای پیشگیری از عود بیماری یادآوری می‌شود و تعمیم دادن فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت به سایر بافتارهای زندگی آموزش داده می‌شود.

پروتکل درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری: درمان فعال‌سازی رفتاری شیوه مداخله‌ای کوتاه مدت است که شامل جلسات درمانی مبتنی بر راهنمای عملی نسخه تجدید نظر شده که براساس پروتکل مداخله‌ای لیجوز و همکاران در ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) اجرا شد (۴۹)؛ برای بررسی روایی محتوایی جلسات از شاخص CVR و نظر ۵ نفر استاد روان‌شناس استفاده شد که مقدار آن ۸ به دست آمد و حاکی از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

جدول ۳. پروتکل درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری

جلسه	هدف	فعالیت
	ارائه منشور	
اول	گروه و قرارداد	تعیین هدف گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر
	درمانی	
دوم	بیان مشکل	بحث در مورد حوزه‌های مختلف زندگی
سوم	معنایابی	گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی و مسئولیت‌پذیری.
چهارم	تغییر نگرش‌ها	تغییر نگرش‌ها و گرفتن معنا از طریق راه‌های کشف معنا.
پنجم	خلق ارزش‌ها	گرفتن معنا از خلق ارزش‌ها و مسئولیت.
ششم	تجربه ارزش‌ها	گرفتن معنا از میان تجربه ارزش‌ها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها.
هفتم	معنای مفاهیم	معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسئولیت.
	مسئولیت-	
هشتم	پذیری	خود حمایتی، علاقه اجتماعی و غلبه بر یاس و افزایش امید به زندگی.
	حمایت	
نهم	عاطفی	حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام مانند برای تعامل اعضا، و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر.
دهم	مرور تکالیف	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه.

بعد از همچنین توضیح روند مداخله و چگونگی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری؛ گروه‌های آزمایشی معنادرمانی و فعال‌سازی رفتاری با توجه به پروتکل درمانی خود به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایشی ذهن‌آگاهی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض درمان‌های ذکر شده، قرار گرفت. گروه گواه، هیچ درمان یا مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام درمان از هر چهار گروه، مجدداً تست‌های انجام شده در پیش‌آزمون، در پس‌آزمون تکرار شد. با توجه به اشاره پروتکل‌های درمانی، پس از دو ماه مطالعات پیگیری برای آخرین بار، این آزمون‌ها تکرار شد. در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل آمیخته، آزمون‌های آماری شاپیرو-ویلک، لون، ام‌باکس و روش گرینیهوس-گیسر و نرم افزار SPSS و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شده است.

یافته‌ها:

در جدول ۴ یافته‌های توزیع سن در دختران در گروه‌های مختلف مطالعه مقایسه و گزارش شده است.

جدول ۴. مقایسه توزیع سن در گروه‌های مختلف مطالعه

Table 4. Comparison of age distribution in different study groups

طبقه سنی	ذهن آگاهی		معنادرمانی		درمان فعال ساز		گواه
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۸-۲۵	۵	۳۳/۳۳	۶	۶۰	۶	۶۰	۳۳/۳۳
۲۶-۳۰	۵	۳۳/۳۳	۴	۴۰	۴	۴۰	۳۳/۳۳
۳۱-۳۵	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵

در ادامه پیش فرض‌های تحلیل آمیخته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی پیش فرض نرمال بودن که به وسیله آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت نشان داد که متغیر افکار خودآیند منفی و توجه در هر دو گروه و هر سه مرحله پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود. آماره آزمون ام. باکس و لون نیز نشان برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس مفروضه همگنی واریانس برای متغیر افکار خودآیند منفی و توجه در سه مرحله برقرار بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیر افکار خودآیند منفی و توجه برقرار نبود. با توجه به این که برای آزمون گرینیهوس-گیسر مقدار اِپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ به دست آمده بود از این آزمون برای بررسی متغیر افکار خودآیند منفی و توجه استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای افکار خودآیند منفی و توجه

Table 5. Results of mixed design analysis in explaining the effect of independent variables on the variables of negative spontaneous thoughts and attention

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
افکار	۲۲۵۲۵/۲۶	۳	۷۵۰۸/۴۲	۳۰۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۳
خودآیند	۳۱۴۰۵/۸۷	۱/۲۴	۲۵۱۷۸/۳۴	۵۸۸۳/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱
منفی	۱۰۹۰۹/۱۸	۳/۷۴	۲۹۱۵/۳۲	۶۸۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳
توجه	۳۰۵۳۱/۳۹	۳	۱۰۱۷۷/۱۳	۴۲۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸
	۴۶۱۹۵/۲۱	۱/۳۰	۵۳۳۰۳/۶۲	۴۹۸۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
	۱۵۸۰۸/۱۲	۳/۹۲	۴۰۲۶/۹۹	۵۶۸/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶۸

جدول ۵ نشان داد مداخلات بر افکار خودآیند منفی ($P=۰/۰۰۱$) اثر کاهنده داشتند. اثر زمان موجب کاهش افکار خودآیند منفی ($P=۰/۰۰۱$) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب کاهش افکار خودآیند منفی ($P=۰/۰۰۱$) نسبت به گروه گواه شد. مداخلات بر توجه ($P=۰/۰۰۱$) اثر افزایش دهنده داشتند. اثر زمان موجب افزایش توجه ($P=۰/۰۰۱$) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب افزایش توجه ($P=۰/۰۰۱$) نسبت به

گروه گواه شد. در ادامه تحلیل برای متغیر افکار خودآیند منفی شش بار تکرار و در هر بار تنها دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. مقایسه معناداری اثر متقابل گروه* زمان به صورت دو گروهی بر متغیرهای افکار خودآیند منفی و توجه

Table 6. Significant comparison of group interaction * time in two groups on the variables of negative spontaneous thoughts and attention

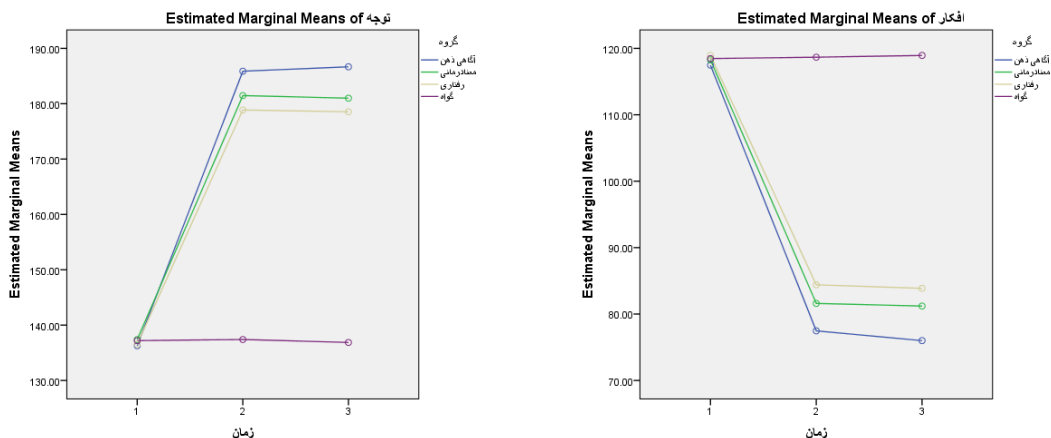
مقدار احتمال	η^2	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	گروه‌های مورد مقایسه
۰/۰۰۱	۰/۳۰۴	۱۲/۲۱	۷۱/۰۸	۱/۱۱	۷۹/۰۲	گروه اول - گروه دوم
۰/۰۰۱	۰/۴۶۴	۲۴/۲۱	۱۵۰/۰۶	۱/۱۹	۱۷۹/۲۸	گروه اول - گروه سوم
۰/۰۰۱	۰/۹۸۱	۱۱۰۹/۹۰	۴۱۵۴/۰۳	۲/۴۷	۱۰۲۹۵/۶۷	گروه اول - گروه چهارم
۰/۰۳۹	۰/۱۸۸	۳/۲۵	۱۷/۹۷	۲/۳۵	۴۲/۲۷	گروه دوم - گروه سوم
۰/۰۰۱	۰/۹۸۶	۱۷۵۰/۴۳	۴۸۰۱/۵۷	۱/۲۷	۶۱۲۳/۴۰	گروه دوم - گروه چهارم
۰/۰۰۱	۰/۹۸۱	۱۴۶۷/۲۶	۴۲۲۳/۹۹	۱/۴۶	۶۱۷۴/۱۵	گروه سوم - گروه چهارم
۰/۰۰۱	۰/۴۴۸	۲۲/۷۰	۱۱۸/۷۹	۱/۶۵	۱۹۶/۱۵	گروه اول - گروه دوم
۰/۰۰۱	۰/۴۵۳	۲۳/۲۰	۲۳۲/۴۲	۱/۳۴	۳۱۱/۶۲	گروه اول - گروه سوم
۰/۰۰۱	۰/۹۹۱	۳۱۶۲/۶۱	۸۸۸۹/۴۳	۱/۴۱	۱۲۵۴۰/۰۲	گروه اول - گروه چهارم
۰/۳۴۲	۰/۰۳۳	۰/۹۵۹	۱۲/۹۹	۱/۰۷	۱۳/۹۵	گروه دوم - گروه سوم
۰/۰۰۱	۰/۹۸۵	۱۸۹۲/۳۷	۷۹۶۵/۸۲	۱/۲۱	۹۶۳۶/۰۶	گروه دوم - گروه چهارم
۰/۰۰۱	۰/۹۷۰	۹۰۲/۴۴	۸۳۸۶/۱۲	۱/۰۶	۸۹۱۸/۴۲	گروه سوم - گروه چهارم

گروه اول: ذهن آگاهی

گروه دوم: معنادرمانی

گروه سوم: درمان فعال‌ساز رفتاری

گروه چهارم: گواه



شکل ۱. اثربخشی درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌ساز رفتاری بر میانگین‌های افکار خودآیند منفی و توجه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی و توجه دانشجویان دختر افسرده اثربخش بود. نتایج به دست آمده با نتایج حاصل از پژوهش‌های نجاتی و همکاران (۲۳)؛ امیرخانی و حقایق (۲۴)؛ ریتوو و همکاران (۲۵) و فریون و همکاران (۲۶) همسو بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد معنادرمانی بر افکار خودآیند منفی و توجه دانشجویان دختر افسرده اثربخش بود. نتایج به دست آمده با نتایج حاصل از پژوهش‌های اصغری و همکاران (۳۱) همسو بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان فعال‌سازی رفتاری در بر افکار خودآیند منفی و توجه دانشجویان دختر افسرده اثربخش بود. نتایج به دست آمده با نتایج حاصل از پژوهش انصاری و همکاران (۳۸) و فرناندز و مایرال (۳۹) همسو بود.

کارکردهای اجرایی یا توانایی‌های شناختی عبارتند از فرایندهای عصبی درگیر در اکتساب، پردازش، نگهداری و کاربرد اطلاعات. فرایندهای شناختی انسان به دلیل ضرورت حل مشکلات بوم‌شناختی و هدایت محیط‌های اجتماعی پیچیده تحول یافته‌اند. توانایی‌های شناختی رابط بین رفتار و ساختار مغز بوده و گستره وسیعی از توانایی‌ها (برنامه‌ریزی، توجه، بازداری پاسخ، حل مسئله، انجام همزمان تکالیف و انعطاف‌پذیری شناختی) را در برمی‌گیرد. کارکردهای اجرایی مهارت‌هایی مربوط به قشر پیشانی هستند که به شخص کمک می‌کند تا به جنبه‌های مهم تکلیف توجه کند و برای اتمام آن برنامه‌ریزی نماید. یکی از کارکردهای اجرایی، «توجه» است. توجه، عبارت از هدایت منابع به زیرمجموعه‌ای از اطلاعات موجود است که برای ادراک لازم بوده و بدون آن هیچ آگاه از اطلاعات حسی وجود نخواهد داشت. توجه یک فرآیند شناختی است که شامل تلاش متمرکز ذهن روی یک محرک، رویداد یا امر ذهنی خاص است. توجه انتخابی توانایی حفظ یک مجموعه رفتاری یا شناختی در مواجهه با محرک‌های خودآیند منفی یا رقیب است. نقایص شناختی مربوط به قطعه پیشانی علاوه بر مشکلات توجه موجب بروز نشخوار فکری و افکار خودآیند منفی می‌شود و در این حالت فرد به طور مکرر و منفعلانه بر علائم پیشانی و علل و عواقب آن تمرکز می‌نماید. این افکار به طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه فرد را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف و بر احساس افسردگی و علل و عواقب آن متمرکز می‌کند (۳۸).

در تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی و توجه دختران افسرده می‌توان گفت جلب توجه در خودآگاهی تحت تأثیر سوگیری‌های تفکر خود محور بوده، با قضاوت درباره خود همراه است، اما ذهن آگاهی، نوعی توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه‌های خود است. بسیاری از تمریناتی که برای بهبود ذهن آگاهی استفاده می‌شوند، تمرینات توجه پایدار را

شامل می‌شوند. خود تنظیمی توجه به سمت تکلیف (چنانکه در تعریف ذهن‌آگاهی آمده است) به نوعی اشاره به ظرفیت توجهی پایدار فرد ذهن‌آگاه دارد. پژوهش‌های عصب‌شناختی صورت گرفته در زمینه مبانی عصب‌شناختی تمرین‌های مبتنی بر مراقبه و ذهن‌آگاهی، حاکی از تنظیم حالات هیجانی همراه با افزایش فعالیت در قشر پیش‌پیشانی و کاهش فعالیت در نواحی آمیگدال و اینسولا است. از دیگر سو، بررسی‌های عصب‌شناختی متعدّد بر روی کارکردهای توجهی، درگیری نواحی پیش‌پیشانی را در جهت‌دهی توجه پایدار و عملکردهای اجرایی شناختی مبتنی بر توجه پایدار نشان داده است (۲۳). ذهن‌آگاهی را می‌توان به توجه و آمادگی ذهنی تعبیر کرد که فرد را قادر به درک و پردازش رویدادهایی که در پیرامونش اتفاق می‌افتد؛ می‌سازد تا بتواند تصمیم‌های عاقلانه‌ای بگیرد و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد (۱۸). به همین علت، مداخلات ذهن‌آگاهی به‌عنوان مداخلاتی شناخته می‌شوند که ضمن تمرکز بر حلقه‌های حسی، به‌خوبی می‌توانند عواطف و هیجان‌ها را به‌صورت عمیق مورد توجه قرار دهند و رابطه بین شناخت-عاطفه را تبیین نمایند. برخی از این مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات ذهن‌آگاهی نه تنها موجب بهبود قابلیت‌های هیجانی می‌شوند، بلکه به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم و از طریق خود نظم‌بخشی هیجانی بهبود عواطف (مثبت و منفی) افراد را به دنبال دارند (۲۲). تمرین مراقبه که تجربیات ذهنی و اطلاعات حسی به صورت فراشناختی بدون ارزیابی یا تفسیر، مورد بررسی قرار می‌گیرند- ظاهراً پرورش این حالت دارای تأثیرات نظارتی مثبت بر روی احساسات است (۱۹). به کسانی که توجه‌آگاهی را دریافت می‌کنند چنین رهنمود داده می‌شود که در مقابل مقاومت یا اجتناب از تجربه ذهن‌آگاهانه و با پذیرش عمل کنند. نظریه پردازان بیان می‌کنند که رشد حالت غیرارزیابانه توجه‌آگاهی ممکن است انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد و در نتیجه، فرایندهای شناختی و هیجانی را بهبود بخشد (۲۰). نتایج مطالعات تجربی نیز بیانگر آن است که ذهن‌آگاهی بر روی کارکردهای مربوط به توجه انتخابی و پایدار تأثیر مثبت به جای می‌گذارد (۲۱). در یک جمع‌بندی می‌توان گفت در رویکرد ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌شود تا به جای ماندن در افکار منفی، علت یک مشکل یا پریشانی، روی راه‌های حل آن تمرکز کنند و در جریان مداخلات ذهن‌آگاهی به جای این‌که فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آن‌ها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را پیدا می‌کند؛ بدین ترتیب افراد را از مشکلات خواب و افسردگی می‌رهاند.

در تبیین اثربخشی معنادرمانی بر افکار خودآیند منفی و توجه دختران افسرده می‌توان گفت درمانگر معتقد به معنادرمانی می‌کوشد به مراجعش کمک کند که در زندگی خود هدف و منظوری را جست و جو کند، هدف و منظوری که تنها متناسب او و برای او معنا داشته باشد و به این ترتیب مراجع را متعهد انجام کاری می‌کند که مسئولیتش را پذیرفته است (۲۷). هرگاه انسان به این نتیجه برسد که در حال حاضر سرنوشت او رنج بردن است و ناچار است رنجش را به عنوان وظیفه‌ای استثنایی و یگانه بپذیرد و هیچ‌کس نمی‌تواند او را از رنج‌هایش برهاند یا به جای او رنج برد (۳۰). به عبارتی دیگر فرد باید سعی کند نگرش و دید خود را نسبت به اتفاقات و دردها تغییر دهد و باور کند این ذهن خود اوست که رویدادها و حوادث را ناگوار و غیرقابل تحمل می‌سازد یا برعکس آن‌ها را تنها مسیرهایی از زندگی بداند که باید از آن‌ها گذر کند (۲۸). هدف معنادرمانی این است که بیمار را برای کشف معنای منحصر به فرد زندگی‌اش توانا کند (۲۹). تلاش برای یافتن معنا در زندگی انسان اساسی‌ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی اوست. مشخصه اصلی معنادرمانی تسهیل در پرسش‌های مراجع از معنایابی و قدرت‌دادن آن‌ها به معنای زندگی، مسئولیت‌پذیری و توجه به شرایط زندگی است. به هر حال زندگی نه فقط از روی آگاهی است، بلکه در راستای تعالی نیز در جریان است. تعالی خویشتن جوهر زندگی است. انسان بودن در جهت‌ی جز خود انسان هدایت می‌شود (۳۰). معنادرمانی فلسفه‌ای از زندگی را آموزش می‌دهد که در آن فرد برای وجود و حیاتش مسئول و به رشته‌ای از ارزش‌ها پایبند است و برای رنج‌بردن معنایی می‌یابد، طبیعی است که این‌گونه آموزش‌ها به افسرده‌ها می‌تواند

امید به زندگی و به دنبال آن سلامت روان آن‌ها را افزایش دهد. هدف معنادرمانی این است که فراسوی امکانات روانی بی‌حدوحدصر فرد افسرده، ارزش‌های پنهان و بدون دستکاری رسیدن به واقعیت را به او آموزش دهد (۵۰). در تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر افکار خودآیند منفی و توجه دختران افسرده می‌توان گفت هدف درمان فعال‌سازی رفتار افزایش فعالیت‌ها به صورت تصادفی یا انجام فعالیت‌ها برای لذت بردن یا بهبود یافتن حالت خلق نیست. بلکه هدف این روش درمانی پی‌ریزی روش‌هایی است که مراجع بتواند تقویت‌کنندگان بیشتری را از محیط زندگی خود بدست آورد (۳۲). درمانگر می‌تواند به مراجع خود کمک کند که به موارد اجتناب یا فرار خود آگاهی بیشتری پیدا نماید و به جای استفاده از حالت اجتناب یا فرار از روش‌های مناسبی استفاده کند. همچنین درمانگر در فرایند درمان به مراجع خود کمک می‌کند تا بتواند اهداف کوتاه مدت و طولانی مدت را در فرایند درمان در نظر بگیرد. اهداف کوتاه مدت درمان کمک به مراجع است تا موقعیت‌های زندگی خود را به شیوه ای تغییر دهد که کمتر در معرض افسردگی باشد (۳۳). اولین فرایند درمان شامل شناسایی الگوها و یا حوزه‌های اجتنابی شخص و فرایند دوم شامل برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف اولیه یا کوتاه مدت و اهداف بلند مدت درمان است. این نوع درمان بر اساس این فرضیه ساخته شده است که روبرو شدن اشخاص مستعد به ابتلا به اختلال افسردگی و پاسخ نامناسب آنان به این مشکلات می‌تواند توانایی آنان را برای بدست آوردن پاداش‌ها در محیط زندگی‌شان را کاهش داده و در نتیجه علائم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر سازد. اهداف درمان فعال‌سازی رفتار افزایش دادن سیستماتیک فعالیت‌ها به شیوه است که به مراجعان کمک کند تا به منابع بزرگتر پاداش‌ها در زندگی‌شان دست یافته و بتوانند مشکلات زندگی‌شان را حل نمایند. فرایند درمان فعال‌سازی رفتار به صورت مستقیمی بر روی افزایش میزان انجام برخی از فعالیت‌ها و جلوگیری از انجام برخی دیگر از فعالیت‌ها (مانند اجتناب از انجام برخی از رفتارها و یا کاهش دادن میزان نشخوار ذهنی) متمرکز می‌شود (۳۶).

محدودیت‌های پژوهش

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. در پژوهش حاضر عدم گمارش تصادفی آزمودنی‌ها موجب به خطر افتادن اعتبار درونی پژوهش و عدم کنترل متغیرهای احتمالی تأثیرگذار بر نتایج نظیر وضعیت اجتماعی-اقتصادی موجب به خطر افتادن اعتبار بیرونی پژوهش حاضر گردید. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از گمارش تصادفی برای گروه‌ها استفاده شود و متغیرهای احتمالی تأثیرگذار بررسی یا کنترل گردند.

کاربرد پژوهش

نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر سه رویکرد درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌ساز رفتاری هر یک با هدف قرار دادن یک بعد از افسردگی بر افکار خودآیند منفی و توجه دختران افسرده اثربخش هستند و اثر کاهنده داشتند. نتایج پژوهش حاضر بر پیشینه پژوهشی موجود در باب سبب‌شناسی چندعلیتی افسردگی صحه گذاشت.

ملاحظات اخلاقی

بعد از کسب رضایت آگاهانه شرکت‌کننده‌ها و اطمینان‌دهی به آن‌ها در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات پژوهش به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی شرکت‌کنندگان وارد پژوهش شدند.

تضاد منافع

نویسندگان بدین صورت عدم تضاد منافع را اعلام می‌دارند.

سیاسگذاری

از تمامی دختران شرکت کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولین محترم مرکز مشاوره امیدمهر و دانشگاه آزاد کمال تشکر را داریم.

References

1. Kim Y-K, Han K-M. Neural substrates for late-life depression: A selective review of structural neuroimaging studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2021;104:110010.
2. Aftab R. The mediating role of interpersonal problems in the relationship between experiential avoidance with depression and anxiety. *Journal of Applied Psychology*. 2017;10(40):521-40.
3. Halder N. Depression. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*. Oxford: Elsevier; 2015. p. 199-206.
4. Vaccarino SR, Kennedy SH. Chapter 3 - Treatment resistant depression. In: Vazquez GH, Zarate CA, Brietzke EM, editors. *Ketamine for Treatment-Resistant Depression*: Academic Press; 2021. p. 33-84.
5. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017;143(8):783-822.
6. Tibbs MD, Huynh-Le M-P, Reyes A, Macari AC, Karunamuni R, Tringale K, et al. Longitudinal Analysis of Depression and Anxiety Symptoms as Independent Predictors of Neurocognitive Function in Primary Brain Tumor Patients. *International Journal of Radiation Oncology*Biological*Physics*. 2020.
7. Akhlaghi Jami L, Hassani-Abharian P, ahadi h, Kakavand A. Efficacy of cognitive rehabilitation therapy on stress and anxiety of the high school second level female students. *Advances in Cognitive Sciences*. 2020;22(2):111-9.
8. Smitherman TA, Huerkamp JK, Miller BI, Houle TT, O'Jile JR. The relation of depression and anxiety to measures of executive functioning in a mixed psychiatric sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2007;22(5):647-54.
9. Everaert J, Koster EHW. Chapter 9 - The interplay among attention, interpretation, and memory biases in depression: Revisiting the combined cognitive bias hypothesis. In: Aue T, Okon-Singer H, editors. *Cognitive Biases in Health and Psychiatric Disorders*: Academic Press; 2020. p. 193-213.
10. Hsu KJ, Forgeard M, Stein AT, Beard C, Björgvinsson T. Examining differential relationships among self-reported attentional control, depression, and anxiety in a transdiagnostic clinical sample. *Journal of Affective Disorders*. 2019;248:29-33.
11. De Raedt R, Koster EH. Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*. 2010;10(1):50-70.
12. Voss JL, Bridge DJ, Cohen NJ, Walker JA. A Closer Look at the Hippocampus and Memory. *Trends Cogn Sci*. 2017;21(8):577-88.

13. Preston AR, Eichenbaum H. Interplay of hippocampus and prefrontal cortex in memory. *Curr Biol.* 2013;23(17):R764-R73.
14. Shams G, Sadeghi M. Characteristics of Unwanted Intrusive Thoughts in Clinical and Nonclinical Population. *Advances in Cognitive Sciences.* 2011;12(4):78-89.
15. Beck AT, Alford BA. *Depression: Causes and Treatment.* 2nd ed. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press; 2009.
16. Mohammadalizadeh Namini A, Esmailzadeh Akhoundi M. Comparing the components of mindfulness and emotional health in people with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry.* 2016;3(4):12-26.
17. Gardhouse K, Segal Z. Mindfulness. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition).* Oxford: Elsevier; 2015. p. 549-53.
18. Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences.* 2020;152:109568.
19. Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and cognition.* 2014;28C:64-80.
20. Morgan LPK, Danitz SB, Roemer L, Orsillo SM. Mindfulness Approaches to Psychological Disorders. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition).* Oxford: Academic Press; 2016. p. 148-55.
21. Wimmer L, Bellingrath S, von Stockhausen L. Mindfulness Training for Improving Attention Regulation in University Students: Is It Effective? and Do Yoga and Homework Matter? *Frontiers in Psychology.* 2020;11(719).
22. Jalali D, Aghaei A, Talebi H, Mazaheri M. Comparing the Effectiveness of Nativel Mindfulness Based Cognitive Training (MBCT) and Cognitive – Behavioral Training on Dysfunctional Attitudes and Job Affects in Employees. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences.* 2015;5(1):1-20.
23. Nejati V, Zabihzadeh A, Nikfarjam MR. The relationship of mindfulness with sustained and selective attentional performance. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences.* 2012;2(2):31-42.
24. Amirkhani Z, Haghayegh SA. The impact of mindfulness training on stress reduction, quality sleeping, disturbing thoughts and anxiety sensitivity among patients with post-traumatic stress disorder from war. *Military Psychology.* 2017;8(29):5-17.
25. Ritvo P, Vora K, Irvine J, Mongrain M, Azargive S, Azam A, et al. Reductions in Negative Automatic Thoughts in Students Attending Mindfulness Tutorials Predicts Increased Life Satisfaction. *International Journal of Educational Psychology.* 2013.
26. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJA, Partridge K. Letting Go: Mindfulness and Negative Automatic Thinking. *Cognitive Therapy and Research.* 2008;32(6):758-74.
27. Wong PTP. Logotherapy. In: Hersen M, Sledge W, editors. *Encyclopedia of Psychotherapy.* New York: Academic Press; 2002. p. 107-13.
28. Batthyány A. *Logotherapy and Existential Analysis.* 1st ed. Berlin, Germany: Springer; 2016.

29. Palinggi E, Zulkifli A, Maidin A, Fitri AU. Effect of logotherapy to control depression of drug abuser in Kassi-Kassi and Jumpandang Baru health-center. *Enfermería Clínica*. 2020;30:423-6.
30. Devoe D. Viktor Frankl's Logotherapy: The Search For Purpose and Meaning. *Student Pulse*. 2012;4.
31. Asghari N, Aliakbari M, Dadkhah A. The Effects of Group Logotherapy on Decreasing The Degree of Depression in Female Olds. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2012;2(1):31-8.
32. O'Mahen HA, Wilkinson E, Bagnall K, Richards DA, Swales A. Shape of change in internet based behavioral activation treatment for depression. *Behaviour Research and Therapy*. 2017;95:107-16.
33. Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ, Eifert GH. Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*. 2003;23(5):699-717.
34. Knittle K, Gellert P, Moore C, Bourke N, Hull V. Goal Achievement and Goal-Related Cognitions in Behavioral Activation Treatment for Depression. *Behavior Therapy*. 2019;50(5):898-909.
35. O'Mahen HA, Moberly NJ, Wright KA. Trajectories of Change in a Group Behavioral Activation Treatment for Severe, Recurrent Depression. *Behavior Therapy*. 2019;50(3):504-14.
36. Forbes CN. New directions in behavioral activation: Using findings from basic science and translational neuroscience to inform the exploration of potential mechanisms of change. *Clinical Psychology Review*. 2020;79:101860.
37. Soucy Chartier I, Blanchet V, Provencher MD. [Behavioral activation and depression: a contextual treatment approach]. *Sante mentale au Quebec*. 2013;38(2):175-94.
38. Ansarhossein S, Abolghasemi A, Mikaeili N, Hajloo N. Effectiveness of behavioral activation treatment on asymmetry of alpha EEG in frontal lobe, cognitive flexibility and selective attention in patients suffering from depressive disorder. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2018;13(48):67-76.
39. Nieto Fernández E, Barraca Mairal J. Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*. 2017;29(2):172-7.
40. Kumar S, Yadava A, Sharma NR. Exploring the relations between executive functions and personality. *International Journal of Indian Psychology*. 2016;3(7):161-71.
41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4:561-71.
42. Taheri Tanjani P, Garmaroudi G, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Ghisvandi E, Fathizadeh S. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(1):189-98.
43. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 1980;4(4):383-95.

44. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitude, Depression And Anxiety: A Sixty Day Follow-Up. *Advances in Cognitive Sciences*. 2005;7(1):49-59.
45. Bates ME, Lemay EP, Jr. The d2 Test of attention: construct validity and extensions in scoring techniques. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*. 2004;10(3):392-400.
46. Bagheri F. *D2 Test of Attention & Concentration* Tehran: Arjmand; 2012.
47. Lewinsohn PM, Steinmetz JL, Antonuccio D, Teri L. Group therapy for depression: The coping with depression course. *International Journal of Mental Health*. 1984;13(3/4):8-33.
48. Hutzell RR. A general course of group logoanalysis. *Viktor Frankl Foundation of South Africa*. 2002;7:15-26.
49. Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior modification*. 2011;35(2):111-61.
50. Riethof N, Bob P. Burnout Syndrome and Logotherapy: Logotherapy as Useful Conceptual Framework for Explanation and Prevention of Burnout. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10(382).