مجله مطالعات روانشناسی تربیتی
دوره ۱۸، شماره ۴۱، بهار ۱۴۰۰
صص: ۱۵۰- ۱۷۱

Journal of Educational Psychology Studies
Volume 18, Issue 41, Spring 2021
DOI: 10.22111/JEPS.2021.6194

مقاله پژوهشی

اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش نشخوارفکری و بهبود افسردگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی

مسعود رستمی*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش نشخوار فکری و بهبود افسردگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی بود. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر پایه سوم مقطع دبیرستان مناطق (۱-۲-۳-٤) شهر زاهدان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸۱۳ بود که با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین ۱۲۰ دانش‌آموز دختر دبیرستانی پایه سوم به کمک سیاهه‌های افسردگی بک۲، سیاهه پاسخ‌های نشخواری و مصاحبه تشخیصی DSM-5، تعداد ۲۰ دانش‌آموز واجد شرایط انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (برای هر گروه ۱۰ دانش‌آموز) قرار داده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، تحت آموزش شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل و بعد از مداخله سیاهه‌های افسردگی (بک، استیر و کاربین، ۱۹۸۸) و پاسخ‌های نشخواری (نولن-هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش از نظر نمرات نشخوار فکری ($p<۰/۰۵$) و افسردگی ($p<۰/۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد و آموزش شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری بر بهبود افسردگی و کاهش نشخوار فکری در دانش‌آموزان گروه آزمایش مؤثر بود. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری در کاهش نشخوار فکری و بهبود افسردگی در دانش‌آموزان دختر افسرده مؤثر است و می‌توان از آن به‌عنوان یک روش مداخله‌ای سود جست.

واژگان کلیدی: شناخت‌درمانی گروهی، افسردگی، نشخوار فکری، دانش‌آموزان.

* استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)
mdrostami2009@yahoo.com

۱. مقدمه

یکی از اهداف و رسالت‌های مهم آموزش و پرورش ایجاد زمینه برای رشد همه‌جانبه فرد و تربیت انسان‌های سالم، کارآمد و مسئول برای ایفای نقش در زندگی فردی و اجتماعی است. ازآنجایی‌که دانش‌آموزان به‌عنوان رکن اساسی نظام آموزش کشور، در دستیابی به اهداف نظام آموزشی جایگاه ویژه‌ای دارند، لذا توجه به این قشر از جامعه از نظر آموزشی و پرورشی، باروری و شکوفایی هر چه بیشتر نظام آموزشی و پرورشی جامعه را موجب می‌گردد. هر ساله دانش‌آموزان زیادی در مدارس کل کشور با وجود توانایی و استعداد خوب جهت ادامه تحصیل، دچار افت تحصیلی می شوند که چندین عامل در این مسئله دخیل هستند که افسردگی و نشخوار فکری ازجمله آن‌ها می-باشد (بیرامی، موحدی، محمدزادگان، موحدی و وکیلی، ۱۳۹۲). همچنین، مشکلات سلامت روان علت اصلی ناتوانی در نوجوانان ۱۵-۱۹ ساله هستند به‌طوری‌که مطالعات فراتحلیل شیوع جهانی این اختلالات را در کودکان و نوجوانان ۱۳/٤ درصد برآورد کرده‌اند (السون[1] و همکاران، ۲۰۲۰)، که در این بین شیوع اختلال افسردگی را ۲/٦ درصد در این گروه سنی تخمین زده‌اند (السون و همکاران، ۲۰۲۰؛ پولانزیک، سالوم، سوگایا، کای و روهد[2]، ۲۰۱۵).

افسردگی[3] به‌عنوان یک چالش بهداشت جهانی شناخته‌شده است که همه گروه‌های سنی ازجمله نوجوانان را هم در بر می‌گیرد (کوک و واتکینز[4]، ۲۰۱٦). یک مطالعه فراتحلیل شیوع کلی اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان را ۱۳/٤ درصد تخمین زده است (السون و همکاران، ۲۰۲۰) و پیش‌بینی شده است تا سال ۲۰۳۰ دومین مشکل و بیماری بزرگ از پانزده بیماری عمده در سراسر جهان خواهد بود (بوکتینگ، الگرسما، ریجس‌برگن، جونگه، ارمل و همکاران[5]، ۲۰۱۱)، به‌طوری که نتایج مطالعات در مورد نوجوانان حاکی از آن است که مشکلات سلامت روان شامل افسردگی و اضطراب در این گروه شیوع بالاتری دارد (دوربیج[6] و همکاران، ۲۰۱۹).

1. Olsson, N. C.
2. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A.
3. depression
4. Cook & Watkins
5. Bockting, Elgersma, Rijsbergen, Jonge, Ormel & et al
6. Durbeej

افسردگی مجموعه‌ای از نشانگان بیمارگون است که شامل خلق افسرده، از دست دادن علاقه، اضطراب، اختلال خواب، از دست دادن انرژی و افکار مربوط به خودکشی می‌باشد (انجمن روانپزشکی امریکا[1]، ۲۰۱۳) و به‌وسیله میزان بالای عود و بازگشت توصیف می‌شود (هوایجبرز و همکاران[2]، ۲۰۱۲). این اختلال روانی حالت پیچیده‌ای است که در آن ارزشیابی‌های شناختی، پاسخ‌های فیزیولوژیکی و عاطفی درگیر هستند و معمولاً با زندگی خانوادگی، شغلی یا موقعیت‌های اجتماعی افراد تداخل کرده (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳) و به‌طور منفی در روابط با دوستان و خانواده تأثیر می‌گذارد (اینگرام، ترناری، ادوم، بری و نلسون[3]، ۲۰۰۷). بیماری افسردگی اگرچه با شیوه‌های مختلف قابل‌درمان است اما دارای پیش‌آگهی نامطلوبی است و حداقل یک سوم از بیماران یک سال بعد از درمان دوباره به این بیماری مبتلا می‌شوند (هوانگارد و همکاران[4]، ۲۰۱۵) و با هر دوره جدید افسردگی خطر بدتر شدن افزایش پیدا می‌کند (کسینگ، هانسن، آندرسن و آنجست[5]، ۲۰۰٤).

یکی از عوامل زیربنای افسردگی که تهدیدکننده سلامت روان دانش‌آموزان است، نشخوار فکری[6] می‌باشد. نشخوار فکری به‌عنوان افکار تکرارشونده و رفتارهایی تعریف می‌شود، که توجه فرد افسرده را بر علائم افسردگی، دلایل و پیامدهای آن متمرکز می‌کند (واتکینز[7]، ۲۰۱۵؛ نجاد، فوساتی و لموجن[8]، ۲۰۱۳). مطالعات از تأثیر نشخوار فکری به‌عنوان پیش‌بینی کننده شروع اختلالات سوءمصرف مواد و شدت گرفتن علائم این اختلال در نوجوانان (نولن-هوکسما، استیس، واد و بوهن[9]، ۲۰۰۷)، رابطه مثبت بین نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب‌رسان (خدمتی، ۱۳۹۸)، نقش اضطراب، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان، قلدری و نشخوار فکری بر اعتیادپذیری (چمنی و سجادیان، ۱۳۹۸)، و رابطه نشخوار فکری

1. American Psychiatric Association
2. Huijbers, & et al
3. Ingram, Trenary, Odom, Berry & Nelson
4. Hvenegaard, & et al
5. Kessing, Hansen, Andersen & Angst
6. rumination
7. Watkins, E.
8. Nejad, Fossati & Lemogne
9. Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C.

با آسیب‌های سلامت روان در نوجوانی (برائو[1] و همکاران، ۲۰۱۸) حکایت دارند. بنابراین توجه به این مشکل در سن نوجوانی و درمان آن ضروری به نظر می‌رسد.

تاکنون، روش‌های مختلفی برای درمان افسردگی و نشخوار فکری ارائه‌شده است و در این راستا، دیدگاه شناختی یکی از بانفوذترین نظریه‌ها را ارائه کرده است (ونزل[2]، ۲۰۱۷). هدف تکنیک‌های شناختی به روش مایکل فری، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل تفکرات ناکارآمد و روش هایی برای حفظ این تکنیک‌ها است. این درمان، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می‌شود که واکنش‌های او به‌وسیله‌ی ویژگی‌های شناختی وی تغییر یافته و شخص بتواند به‌طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند (پیرمردوند چگینی، احمدی، آلبوغبیش و نظامیوند چگینی، ۱۳۹۹). شناخت‌درمانی[3] یک الگوی درمانی کوتاه‌مدت و پایدار فراهم می‌کند و لذا درمانگران می‌توانند به سهولت آن را آموزش دهند. فری (۱۹۹۹؛ ترجمه محمدی و فرنام، ۱۳۸۹) معتقد است که شناخت‌درمانی سنتی تنها باورهای عقلانی فرد را تغییر می‌دهد، درحالی‌که باورهای هیجانی آن‌ها را کمتر دست‌کاری می‌کند و گروهی برگزار کردن این مداخلات باعث مؤثرتر شدن آن می‌شود. لذا ازآنجایی‌که فرد در گروه از حمایت اعضای گروه بهره‌مند شده و می‌تواند مهارت‌های اجتماعی خود را گسترش دهد و همچنین به دلیل مقرون‌به‌صرفه بودن اقتصادی و زمانی، از روش‌های فردی بسیار مؤثرتر است (کمالی، اعتمادی و شریفی درآمدی، ۱۳۹۷).

دونالدسون، لام و متیوز[4] (۲۰۰۷) تصریح می‌کنند که افسردگی با یک سوگیری توجه به سمت اطلاعات منفی در راستای ارزیابی از خود همراه است؛ هم‌چنین بیان می‌کنند که این سوگیری منفی در آن دسته از بیمارانی که نشخوار فکری دارند، قوی‌تر می‌شود. هدف اصلی در شناخت‌درمانی نیز حذف این سوگیری‌ها یا تحریف‌های فکری است تا انسان بتواند بهتر کار کند (شارف، ۱۳۸۸). مطالعات صورت گرفته در این زمینه هم نشان داده‌اند که شناخت‌درمانی یک روش مؤثر برای درمان افسردگی و پیش‌گیری از عود آن می‌باشد (گاربر، فرانکل و

1. Bravo, A. J.
2. Wenzel
3. cognitive therapy
4. Donaldson, Lam & Mathews

هرینگتون[1]، ۲۰۱٦؛ لمنز، دروبیس، آرنتز، پیترز و هویجبرس[2]، ۲۰۱٦؛ ساسو، استرونک، براین، دروبیس و بروتمن[3]، ۲۰۱۵؛ لورنزو-لوکاس، جرمن و درابیس[4]، ۲۰۱۵؛ وانگر، هورن و میرکر[5]، ۲۰۱٤؛ ماینکاواساگر، پریچ و پارکر[6]، ۲۰۱۲؛ بوکتینگ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین مطالعات حاکی از تأثیرگذاری معنادار شناخت‌درمانی در کاهش نشخوار فکری دارد (پیت و هوگارد[7]، ۲۰۱۱؛ واتکینز و همکاران[8]، ۲۰۰۷؛ ولز[9]، ۲۰۰۲؛ لاریجانی، محمدخانی، حسنی، سپاه‌منصور و محمودی، ۱۳۹۳).

گسچویند، پیترز، هویبرس، وان-از و ویچرس[10] (۲۰۱۲) در پژوهشی که به بررسی شناخت‌درمانی گروهی در بیماران افسرده‌ای که سابقه ۲ بار یا بیشتر در عود افسردگی داشتند به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی گروهی در کاهش نمرات افسردگی پس از مداخله مؤثر بوده است و تأثیر این مداخله ٦ و ۱۲ ماه بعد از مداخله نیز باقی می‌ماند. همچنین در مطالعه‌ای دیگر لمنز[11] و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی تأثیر شناخت‌درمانی گروهی بر اختلال افسردگی اساسی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی گروهی حتی بعد از یک سال نیز در بهبود بیماران افسرده مؤثر بوده است. بنابراین می‌توان اذعان داشت، با توجه به اینکه اختلال افسردگی در نتیجه تحریف‌های شناختی خاصی نظیر (تعمیم افراطی، بزرگ نمایی، شخصی‌سازی، مطلق‌گرایی تفکر و غیره) به وجود می‌آید و این الگوهای شناختی هستند که باعث می‌شوند فرد داده‌های درونی و بیرونی را تحت‌تأثیر تجارب اولیه، به‌گونه‌ای تغییر یافته درک کند، برخورد شناختی و رفتاری با آن منطقی به نظر می‌رسد (انجل، کر، اسچلسینگر-راب، سایر و هولزل[12]، ۲۰۰٤)؛ بنابراین به‌عنوان نتیجه نهایی می‌توان گفت، شناخت‌درمانی گروهی با تمرکز بر نقش محوری تفکر در فراخوانی و تداوم افسردگی نقش

1. Garber, Frankel & Herrington
2. Lemmens, DeRubeis, Arntz, Peeters & Huibers
3. Sasso, K. E., Strunk, D. R., Braun, J. D., DeRubeis, R. J., & Brotman, M. A.
4. Lorenzo-Luaces, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J.
5. Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A.
6. Manicavasagar, V., Perich, T., & Parker, G.
7. Piet & Hougaard
8. Watkins, E. & et al
9. Wells, A.
10. Geschwind, Peeters, Huibers van Os & Wichers
11. Lemmens, L. H.
12. Engel, Kerr, Schlesinger- Raab, Sauer & Hölzel

مؤثری در درمان افسردگی و پیش‌گیری از عود آن بازی می‌کند (بک، امری و گرینبرگ[1]، ۲۰۰۵).

دوران نوجوانی و ورود دانش‌آموزان به مقطع دبیرستان یکی از دوره‌های حساس در زمینه رشدی آن‌ها محسوب می‌شود. با توجه به اینکه در این سن شرایط رشدی (زیستی، فیزیولوژیکی، شناختی و اجتماعی) جدیدی در دانش‌آموزان شکل می‌گیرد و به‌نوعی شرایط متفاوتی از بلوغ را تجربه می‌کنند، ضرورت توجه به این سن ضروری است. در این برهه زمانی، انتقال دانش‌آموز به مقطعی متفاوت از سال‌های قبل و عدم‌آگاهی لازم در ارتباط با محیط جدید و شرایط آن و همچنین تخصصی‌تر شدن دروس و لزوم تفکر و تصمیم‌گیری فرد برای ادامه تحصیل در سال‌های آتی و در مواردی عدم توجه والدین و اطرافیان به شرایط دانش‌آموز باعث بروز باور و نگرش‌های غیرمنطقی و در نتیجه شکل‌گیری نشخوار فکری و افسردگی در فرد می‌شود و نیازمند مداخله است. بنابراین با توجه به میزان گستردگی، شیوع و عود بالای اختلال افسردگی در این گروه سنی از یک سو و عوارض فردی و اجتماعی آن از سوی دیگر باید به‌عنوان یک اختلال جدی به آن توجه نمود و جهت شناسایی عوامل سببی، تسریع‌کننده، آشکارساز و نیز پیشگیری و درمان آن تلاش نمود. مرور پیشینه پژوهش نشان می دهد که اگرچه مفهوم نشخوار فکری در دهه‌های اخیر موردتوجه ویژه اندیشمندان حیطه اختلالات هیجانی قرار گرفته است، ولی در این زمینه مطالعات چندانی در ایران صورت نگرفته است و ماهیت، شدت و کیفیت نشخوار فکری در نمونه‌های بالینی در ایران به بررسی بیش‌تر نیاز دارد. از سویی با توجه به شیوع بالای افسردگی در نوجوانان، روان‌درمانی فردی به علت صرف وقت و هزینه بالا نمی‌تواند جواب‌گوی حل این معضل باشد و یافتن روان‌درمانی‌های گروهی نوین ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر در نظر دارد تا تأثیر شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری را در کاهش نشخوار فکری و بهبود افسردگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی بررسی کند.

1. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L.

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر پایه سوم مقطع دبیرستان مناطق (۱-۲-۳-٤) شهر زاهدان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸۱۳ بودند. برای انتخاب گروه نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد؛ ابتدا از بین مناطق استان زاهدان چهار منطقه انتخاب شدند، و از هر منطقه به‌طور تصادفی یک دبیرستان دخترانه انتخاب شد، از هر مدرسه ۳۰ دانش‌آموز و مجموعاً ۱۲۰ دانش‌آموز به‌طور تصادفی به‌عنوان نمونه‌ی اولیه انتخاب شدند و به پرسشنامه افسردگی بک۲ پاسخ دادند. سپس از بین کسانی که نمره برش افسردگی را به‌دست آوردند و نیز به تأیید روانشناس بالینی بر مبنای معیارهای "DSM-5" رسیدند، و بعد از پاسخ به سیاهه پاسخ‌های نشخواری، ۲۰ دانش‌آموز به‌صورت تصادفی درصورتی‌که تمایل به همکاری در پژوهش داشتند، انتخاب و به‌صورت تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۰ دانش‌آموز) جایگزین شدند. گروه آزمایش در جلسات شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری شرکت داده شد، این گروه به‌مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هفته) و به‌مدت سه ماه مورد مداخله قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و بعد از اتمام درمان پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

ابزار سنجش

الف) مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی رایج‌ترین ابزار ارزیابی است که برای شناختن درمان‌جو و ماهیت مشکلات فعلی او و تشخیص آن‌ها مورداستفاده قرار می‌گیرد. در موقعیت‌های بالینی و تشخیصی از مصاحبه‌های ساخت‌دار استفاده می‌شود. مصاحبه‌ای که هدفش دست یافتن به تشخیص بر مبنای پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی هست. روانشناسان بالینی و روانپزشکان، بیماران را براساس ملاک‌های پنجمین نسخه راهنما تشخیصی و آماری اختلالات روانی ارزیابی می‌کنند. برای این منظور از مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌دار استفاده می‌کنند. این مصاحبه‌ها شامل یک رشته سؤالات استاندارد و بررسی‌های بعدی است که زنجیره و ترتیب مشخصی دارند. استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌دار، ضمانتی است برای اینکه از بیماران سؤالات مشابهی پرسیده شود. به این ترتیب،

احتمال اینکه دو متخصص یک بیمار را ارزیابی کنند و به تشخیص واحدی برسند، بسیار زیاد است. مصاحبه‌های ساخت‌دار برای کمک به متخصصان بالینی و پژوهشگران ترتیب یافته‌اند تا بتوانند درمانجویان را به‌دقت تشخیص دهند. هدف آن‌ها مشخص کردن این موضوع است که آیا مصاحبه‌شونده (بیمار) به اختلال خاصی (در اینجا افسردگی) مبتلا است یا خیر؟ یک نمونه رایج مصاحبه ساخت‌دار، مصاحبه بالینی ساخت‌دار براساس پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

ب) سیاهه افسردگی بک-۲: این سیاهه از نوع خود گزارش‌دهی و دارای ۲۱ ماده است که نشانه‌های افسردگی را در مقیاس چهار درجه‌ای (نمره صفر تا ۳) می‌سنجد. این سیاهه، ابزاری معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و اعتبار و روایی آن از سوی پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (بشارت، ۲۰۰٤؛ بک، استیر و کاربین[1]، ۱۹۸۸). بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضرایب اعتبار بازآزمایی آن را ۰/٤۸ تا ۰/۸٦ گزارش کرده‌اند. بشارت (۲۰۰٤) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی بک را برای آزمودنی‌های بهنجار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ و برای آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌های بهنجار و بیمار در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش اعتبار بازآرمایی به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ مجاسبه شد. دابسون[2] و محمدخانی (۲۰۰۷) با مطالعه نمونه بالینی ایرانی متشکل از ۳٥٤ نفر، ویژگی‌های روانسنجی این سیاهه را بررسی کردند و نشان دادند نتایج حاصل تائید کننده تشخیص حاصل از مصاحبه بالینی ساختاریافته است و می‌توان از آن به‌طور معتبری برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی قبل و بعد از درمان در دفعات متعدد بهره گرفت. در مطالعه آن‌ها، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹٦ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به‌دست‌آمده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بوده است.

ج) سیاهه پاسخ‌های نشخواری: نولن- هوکسما و مارو[3] (۱۹۹۱) سیاهه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. سیاهه

1. Steer & Carbin
2. Dabson
3. Morrow

سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. سیاهه پاسخ‌های نشخواری، ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ٤ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (ترینر، گنزالز و نولن-هوکسما[1]، ۲۰۰۳). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند، هم‌بستگی بازآزمایی برای سیاهه پاسخ‌های نشخواری، ۰/٦۷، است (لامینت[2]، ۲۰۰٤). باقری نژاد، صالحی‌فدردی و طباطبایی (۱۳۸۹) ضریب همسانی درون این آزمون را بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به‌دست‌آمده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بوده است.

فرایند اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها و جایگزین کردن آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جلسات آموزشی شناخت‌درمانی گروهی به شیوه گروهی به‌صورت ۱۲ جلسه در طی ۳ ماه و به‌صورت هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه با استفاده از الگوی شناخت‌درمانی گروهی برگرفته از کتاب شناخت‌درمانی گروهی مایکل فری (راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی: فری، ۱۹۹۹؛ ترجمه محمدی و فرنام، ۱۳۸۹) برای گروه آزمایش برگزار شد. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. همچنین اهداف مطالعه برای واحدهای موردپژوهش تشریح و رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها اخذ گردیده و به نمونه‌های پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به شکل محرمانه در نزد پژوهشگران باقی خواهد ماند، علاوه بر این پژوهشگران متعهد شدند که پس از پایان پژوهش به آزمودنی‌های کنترل شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری را آموزش دهند. پس از اتمام دوره آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. متغیرهای وابسته در این پژوهش نشخوار فکری و افسردگی بودند. خلاصه محتوای جلسات شناخت‌درمانی گروهی (متغیر مستقل) به روش مایکل فری به شرح زیر بود.

1. Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S.
2. Luminet

جدول ۱: خلاصه جلسات شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری

جلسات	محتوای جلسات	تکالیف جلسه
اول	خوش‌آمدگویی، توضیح قوانین گروه، ایجاد انگیزه، توضیح در مورد تعامل فرایندهای فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می‌گیرند	نوشتن ۱۰ مورد از بدترین حوادث زندگی خود با استفاده از توالی A-B-C
دوم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، آشنایی با افکار خودآیند؛ آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آن‌ها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان و مقابله با آن‌ها	شناسایی افکار خودآیند، دسته‌بندی عقاید و نوشتن بدترین A-B-C های روزانه
سوم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، آموزش ماهیت طرح‌واره‌ها و ارتباط بین طرح‌واره‌ها و افکار خودآیند و هم‌چنین شناسایی طرح‌واره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی	تمرین تزریق فکر، ادامه نوشتن A-B-Cهای روزانه و رسم پیکان عمودی
چهارم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، کار روی پیکان عمودی و حل مشکلات اعضای گروه، بیان انواع باورها، دسته‌بندی باورها	آموزش دسته‌بندی باورها، ادامه رسم پیکان عمودی
پنجم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، تهیه فهرست اصلی باورها؛ رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آن‌ها	ادامه رسم پیکان عمودی، دسته‌بندی باورهای جدید
ششم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، آموزش تغییرپذیری باورها، آزمون باورها و تحلیل واقعیت	تکمیل فهرست باورها، تحلیل عینی باورهای شناسایی‌شده
هفتم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، آموزش تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی	شناخت باورهای مشکل‌زای خود و تصمیم‌گیری در مورد نگه‌داری یا کنار گذاشتن آن‌ها
هشتم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود	تکمیل تحلیل منطقی تمامی طرح‌واره های شرطی و قطعی
نهم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، دستیابی شرکت‌کنندگان به باورهای مخالف، آموزش تعیین سلسله‌مراتب موقعیت‌های مرتبط با باورها	تهیه باورهای مخالف برای تمام باورهای اصلی
دهم	بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل، توضیح در مورد تغییر ادراکی و بازداری قشر اختیاری	انجام روزانه حداقل نیم ساعت تغییر ادراکی یا بازداری قشری اختیاری
یازدهم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، آموزش روش خودتنبیهی و خودپاداش‌دهی	تمرین روش خود تنبیهی – خودپاداش‌دهی برای تغییر تفکر، مرور باورهای مخالف

دوازدهم	مرور تکالیف جلسه قبل، بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگه‌داری اهداف درمان و اخذ بازخورد از شرکت-کنندگان درباره‌ی برنامه‌ی درمانی و در نهایت اتمام جلسات درمان.	گرفتن پس‌آزمون

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین اثربخشی شناخته‌شده گروه‌های موردمطالعه از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

۳. یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر تعداد ۲۰ دانش‌آموز دختر مبتلا به افسردگی در بازه‌ی سنی ۱۶-۱۷ سال موردبررسی قرار گرفتند، دو گروه از لحاظ، سن جنسیت و تحصیلات همگن بودند.

آماره‌های توصیفی افسردگی و نشخوار فکری به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول ۲ ارائه‌شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی افسردگی و نشخوار فکری به تفکیک گروه و مرحله آزمون (N=۱۰)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	آزمایش	۲۷/۲	۷/۳۵	۱۰/۲	۳/۰٤
	کنترل	۲۹/۳	۳/۵۹	۳۰/۱	۳/۲۱
نشخوار فکری	آزمایش	٦۰/۳	٤/۵٤	۳۱/٦	۲/۷۵
	کنترل	۵٦/۸۰	۸/۹۱	۵۷/٤۰	۸/۱٦

همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات افسردگی و نشخوار فکری در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است. لذا برای بررسی میزان تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در دو متغیر افسردگی و نشخوار فکری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از رعایت مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره شامل آزمون لون و کلموگروف-اسمیرونف، از این آزمون برای بررسی تفاوت استفاده شد.

نتایج آزمون لون برای متغیر افسردگی (F=۲/۳٦۱ و P=۰/۲۱٦) و برای متغیر نشخوار فکری (F=۳/٤۰۱ و P=۰/۰۷۸) بود و نتایج آزمون کلموگروف- اسمیرونف برای افسردگی (Z=۰/۷۹٦، P>۰/۰۵) و برای نشخوار فکری (Z=۱/۳۲، P>۰/۰۵) به‌دلیل عدم‌معناداری گویای برآورده شدن پیش‌فرض‌های استفاده از کوواریانس تک متغیره بود، به عبارتی، عدم‌معناداری آزمون لون نشان‌دهنده برابری واریانس‌های خطا در پیش‌آزمون بود و عدم معناداری آزمون کلموگروف بیانگر یکسانی ماتریس کوواریانس‌ها و نرمال بودن توزیع داده‌ها است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۲٤۷۳/٦۷	۱	۲٤۷۳/٦۷	۳۱/۰۸	۰/۰۱	۰/۷۸	۰/۹۹
بین‌گروهی	۵۲۱/۳۱	۱	۵۳۱/۳۱	۷/٦۱	۰/۰۱	۰/٤۱	۰/۷۰
درون‌گروهی	٦۰۱/۷۵	۹	٦۰/۷۱				
کل	۳۲٤۷/٦۰	۱۱					

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی وجود دارد، یعنی آزمایش تأثیرگذار بوده است (F= ۷/٦۱ و p<۰/۰۱). بنابراین آموزش شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری بر بهبود افسردگی در دانش‌آموزان مؤثر بود.

در جدول ٤ نتایج آزمون آنکووا برای متغیر نشخوار فکری آمده است.

جدول ٤: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات نشخوار فکری در مراحل پیش آزمون و پس‌آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۳٦۰۲/۲۸	۱	۳٦۰۲/۲۸	۱۱۲/٦۷	۰/۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰
بین گروهی	٤۰۱/۹۵	۱	٤۰۱/۹۵	۱۰/٦۱	۰/۰۰۲	۰/۵۱	۰/۸۳
درون‌گروهی	۲۸۹/۳۸	۹	۲۸۹/۳۸				
کل	٤۷٦۲/۵٦	۱۱					

نتایج جدول ٤ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در متغیر نشخوار فکری (F=۱۰/٦۱ و p<۰/۰۵)، تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین آموزش شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش نشخوار فکری در دانش‌آموزان دختر مؤثر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری بر بهبود افسردگی و کاهش نشخوار فکری دانش‌آموزان دختر دبیرستانی با استفاده از طرح پیش آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در شهر زاهدان انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی گروهی باعث بهبود و کاهش افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. به‌عبارت‌دیگر افسردگی در افرادی که در جلسات شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پیشین (گاربر و همکاران، ۲۰۱٦؛ لمنز و همکاران، ۲۰۱٦؛ ساسو و همکاران، ۲۰۱۵؛ لمنز و همکاران، ۲۰۱۵؛ لورنزو-لوکاس و همکاران، ۲۰۱۵؛ وانگر و همکاران، ۲۰۱٤؛ ماینکاواساگر و همکاران، ۲۰۱۲؛ بوکتینگ و همکاران، ۲۰۱۱)، که همگی تأثیر مثبت شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش و بهبود افسردگی تأیید کرده‌اند، همسو است. در این راستا لورنزو-لوکاس و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی که به بررسی شناخت‌درمانی گروهی بر افسردگی و افکار منفی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی گروهی به کاهش معنی‌دار افسردگی و افکار منفی خودکار می‌انجامد.

در تبیین این نتایج می‌توان اذعان داشت که برخلاف نظریه‌های رفتاری که در آن‌ها علل عمده رفتارهای بهنجار و نابهنجار، عوامل محیطی به‌حساب می‌آیند، در نظریه‌های شناختی عوامل اصلی نگهدارنده رفتار، فرایندهای شناختی فرض می‌شود. بنابراین، یکی از فرض‌های شناخت‌درمانی این است که افراد براساس ادراکی که از امور و رویدادها دارند، به آن‌ها واکنش نشان می‌دهند. فرض دوم شناخت‌درمانی گروهی این است که شناخت‌های غلط سبب اختلالات هیجانی می‌شود. دانش‌آموزان در سنین نوجوانی به دلیل تغییرات سریع و متنوع رشدی و شناختی و بروز ابهامات و تعارضات مختلف، به دلیل نبود مرجع کافی در این زمینه دچار افکار و ادراکات نادرست و منفی می‌شوند و بالطبع احساسات ناخوشایند همچون

افسردگی، ناامیدی و انزوا را ترجیح می‌دهند. لذا براساس دیدگاه شناختی، افسردگی حاصل افکار خودآیند، برداشت‌های منفی فرد از دنیا، آینده، خود و طرحواره‌ها است که این تفکرات باعث تغییر در تفکر، احساس و رفتارهای بیماران افسرده می‌شود. بنابراین برای کاهش نشانه‌های افسردگی ابتدا باید بر شناسایی و سپس به چالش طلبیدن و تغییر افکار خودآیند، طرحواره‌ها و برداشت‌های منفی فرد از خود، دنیا و آینده توجه کرد (نظری و اسدی، ۱۳۹۰). در این روش درمانی بیماران یاد می‌گیرند که افکار و رفتار خود را مشاهده کنند و سپس ارزیابی کنند که چگونه افکارشان بر خلق و رفتار آن‌ها تأثیر می‌گذارد. وقتی بیماران از این فرایند آگاه شدند درمانگر مهارت‌هایی را به آن‌ها آموزش می‌دهد که به افکار منفی خود توجه و آن‌ها را یادداشت کنند (من بی‌عرضه هستم و غیره)، اعتبار این افکار را بسنجد، و باورهای سازگارانه و متعادل‌تری را جایگزین این افکار بکنند (چیزهای زیادی است که من به‌خوبی در کارها انجام می‌دهم و غیره) (خیابانی، خیرالدین و علی‌پور، ۱۳۹۰). بنابراین با توجه به اینکه هدف عمده روش‌های شناخت‌درمانی ایجاد تغییر در فرآیندهای ادراکی و شناختی است، شناخت‌درمانی گروهی براساس روش مایکل فری یکی از روش‌های مؤثر برای کاهش افسردگی در دانش‌آموزان می‌باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در نشخوار فکری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، شناخت‌درمانی گروهی باعث کاهش نشخوار فکری آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. این نتیجه همخوان با پژوهش‌های پیشین (هوانگارد و همکاران، ۲۰۱۵؛ پیت و هوگارد، ۲۰۱۱؛ واتکینز و همکاران، ۲۰۰۷؛ ولز، ۲۰۰۲؛ لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۳) است. در پژوهشی که هوانگارد و همکاران (۲۰۱۵) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان‌های شناختی-رفتاری باعث کاهش نشخوار فکری و درمان بیماران مبتلا به افسردگی می‌شود.

سنین نوجوانی به دلیل تغییرات آن یک دوره پرخطر برای نشخوار فکری است و تا حدودی نشخوار فکری در این دوره مورد انتظار است. به‌علاوه شکست در رفع نشخوار فکری می‌تواند به افزایش شدت افسردگی فرد در این دوره دامن زند و نگرانی‌های اساسی را

برای روابط اجتماعی آینده و سلامت روان افراد برانگیزد (یااو و زونگ[1]، ۲۰۱٤). نشخوار فکری تمرکز اجبارگونه توجه یک فرد، بر علائم و علل یک پریشانی و توجه به دلایل آن و نتایجش، به‌جای تمرکز بر راه‌های حل آن است. این سبک شناختی بیمارگونه مشابه نگرانی است با این تفاوت که نشخوار فکری بر احساسات بد و تجارب گذشته تمرکز دارد، درحالی که توجه نگرانی بر امکان بالقوه وقوع حوادث ناگوار در آینده است (اسمیت و الوی[2]، ۲۰۰۹). پاسخ نشخوار فکری به تجارب آزاردهنده باعث تشدید و افزایش طول دوره‌های افسردگی شده، تفکر افراد را به‌طور منفی جهت‌دار کرده و منجر به ناتوانی در حل مسئله مؤثر می‌گردد (نولن هوکسما، ویسکو و لیوبومیرسکی[3]، ۲۰۰۸). بنابراین از آنجا که نشخوار فکری سازه‌ای اساساً شناختی محسوب می‌شود و یکی از پایه‌های بروز اختلال افسردگی محسوب می‌شود به نظر می‌رسد مداخلات شناختی بر کاهش آن تأثیرگذار باشد.

تبیین دیگر این است که نشخوار فکری یک رفتار خصوصی است که جلوی درگیر شدن کامل در فعالیت‌های زندگی را می‌گیرد و بنابراین می‌تواند به‌عنوان نوعی اجتناب عمل کند. طبق مدل شناختی، نشخوار فکری منجر به دو شکل خاص می‌شود که در بهبود افسردگی آماج درمان قرار می‌گیرند: نخست، نشخوار فکری فرد را از محیطش جدا می‌کند و به‌جای درگیری در فعالیت‌های آن لحظه، وی را بر افکار درونی متمرکز می‌کند. دوم نشخوار فکری جلوی حل‌مسأله را می‌گیرد (مارتل، دیمیدجان و هرمان- دان[4]، ۲۰۱۰). لذا شناخت‌درمانی گروهی به روش مایکل فری با تکنیک‌های خاصی چون شناسایی افکار خودآیند؛ آشنایی با تحریف‌های شناختی، شناسایی ارتباط بین طرح‌واره‌ها و افکار خودآیند، آموزش تغییرپذیری باورها، آموزش تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی، تغییر ادراکی و بازداری قشر اختیاری، آموزش روش خودتنبیهی و خودپاداش‌دهی، روشی فراهم می‌آورند تا باعث تغییر در شناخت واره‌های فرد و در نتیجه کاهش نشخوار فکری او شوند. بنابراین، با توجه به اینکه نشخوار فکری به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفه افسردگی شناخته‌شده است، نظریه‌های جدید در شناخت-

1. Yao, M. Z., & Zhong, Z. J.
2. Smith, J. M., & Alloy, L. B.
3. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S.
4. Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn

درمانی، کاهش نشخوار فکری را به‌عنوان هدف درمان‌های خود قرار داده‌اند (ما و تیزدل[1]، ۲۰۰٤؛ پاپا جورجیو و ولز، ۲۰۰٤).

در پژوهشی که خسروی، مهرابی و عزیزی‌مقدم (۱۳۸۷) به بررسی مؤلفه‌های نشخوار فکری در بیماران افسرده انجام دادند به این نتیجه رسیدند که با توجه به نقش نشخوار فکری در تداوم اختلالات افسردگی می‌بایست در قالب برنامه‌های رواندرمانی مبتنی بر اصلاح نگرش‌های ناکارآمد و آموزش شیوه‌های صحیح کنترل فکر و شیوه‌های حل مسئله در این بیماران توجه ویژه داشت. بنابراین در رابطه با این یافته که شناخت‌درمانی گروهی موجب کاهش نشخوار فکری در افراد افسرده گروه آزمایش شد، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که با توجه به نقش شناخت‌درمانی در بازسازی افکار و حذف سوگیری‌های منفی شناختی یا تحریف‌های فکری (شارف، ۱۳۸۸)، شناخت‌درمانی گروهی موجب کاهش افکار نشخواری به‌عنوان افکار تکرارشونده‌ای که توجه فرد افسرده را بر علائم افسردگی، دلایل و پیامدهای آن متمرکز می‌کند، شده است (هانگ[2]، ۲۰۰۷)، در این رابطه دونالدسون و همکاران (۲۰۰۷) تصریح می‌کنند، سوگیری‌های منفی در آن دسته از بیمارانی که نشخوار فکری دارند، قوی‌تر می‌شود. بنابراین به‌عنوان نتیجه نهایی از این فرضیه می‌توان گفت، با توجه به نقش نشخوار فکری در افسردگی که در تحقیقات مختلف نشان داده شده است (جولین، ریمس و براون[3]، ۲۰۱٦؛ پدرسون، واتکینز، پولسن، روزنبرگ، گوندان[4] و همکاران، ۲۰۱۵) می‌توان نتیجه گرفت، که شناخت‌درمانی گروهی می‌تواند با کاهش نشخوار فکری افراد افسرده میزان افسردگی آن‌ها را کاهش دهد. انجام درمان به صورت گروهی نیز به دلیل فراهم کردن تجارب مشترک اعضای گروه و متوجه شدن این‌که دیگران نیز مشکلاتی مشابه آن‌ها یا شدیدتر دارند، القا امید به بهبودی، رشد مهارت‌های اجتماعی، گرفتن بازخورد از رفتارشان، برون‌ریزی عواطف سرکوب‌شده و پذیرش آن از سوی گروه، تبادلات سودمند و احساس هم‌فکری و هم‌دلی، نسبت به سایر درمان‌ها برای این گروه از بیماران برتری دارد.

1. Ma & Teasdale
2. Hong, R. Y.
3. Julien, Rimes & Brown
4. Pedersen, Poulsen, Rosenberg, Gondan & et al

با توجه به چارچوب نظری رویکرد شناخت‌درمانی گروهی و نتایج پژوهش‌های انجام‌گرفته و یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد: پژوهش‌های بیشتری با استفاده از این شیوه‌ی درمانی برای نمونه‌های بیشتر و توسط محققین دیگر انجام گردد، این روش درمانی برای دانش‌آموزان پسر مبتلا به افسردگی استفاده شود، و همچنین این روش درمانی برای مقاطع مختلف تحصیلی و سنی به‌کار برده شود و نتایج حاصل ازآن‌جهت مقایسه، بررسی شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نمونه به جامعه دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهرستان زاهدان بوده است، بنابراین تعمیم نتایج به‌تمامی اقشار و گروه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دوم، جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها از طریق خود گزارش دهی آزمودنی‌ها و به‌وسیله پرسشنامه بوده است، که این شیوه همیشه تحت‌تأثیر عوامل متعدد تأثیرگذار مثل گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخ‌های جامعه‌پسند می‌باشد، که این محدودیت از طریق اطمینان دادن جهت محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات افراد تا حدودی کنترل گردید. در پایان از مسئولان دبیرستان‌های دخترانه شهر زاهدان به‌ویژه مشاوران این دبیرستان‌ها به‌پاس مساعدت‌های مختلف و همیاری صادقانه‌شان و کلیه دانش‌آموزان عزیزی که در تمامی مراحل پژوهشگران را یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌نماییم.

منابع

۱. باقری‌نژاد م. صالحی فدردی ج. و طباطبایی م. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱(۱): ۳۸-۲۱.

۲. بیرامی، منصور. موحدی، یزدان. محمدزادگان، ر. موحدی، م. وکیلی، س. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مدارس دبیرستانی. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ٤(۲): ۱۸-۱.

۳. پیرمردوند چگینی، ب. احمدی، ص. آلبوغبیش، ت. و نظامیوند چگینی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شناخت‌درمانی به روش مایکل فری بر افسردگی، احساس تنهایی و شادکامی زنان مطلقه. *فصلنامه روانشناسی تحلیلی- شناختی*، ۱۱(٤۱): ۳۰-۱۵.

٤. چمنی، ن. و سجادیان، ا. (۱۳۹۸). رابطه علّی اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با آمادگی به اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۱): ۲۱۹-۲٤۰.

۵. خدمتی، نسرین. (۱۳۹۸). رابطه نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجان با رفتارهای خود آسیب‌رسان دانش آموزان. *مجله رویش روان‌شناسی*، ۸ (۱۱): ۱۹-۲٦.

٦. خسروی م. مهرابی ح. ع. و عزیزی مقدم، م. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای مؤلفه‌های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ۱۰(۱): ٦۵-۷۳.

۷. خیابانی ن. ح. و خیرالدین ج. ب. و علی‌پور، ا. (۱۳۹۰). تأثیر شناخت-رفتار درمانی در کاهش اختلال افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۳(۵): ۵۰-۵۵.

۸. شارف، ر. (۱۳۸۸). *نظریه های روان‌درمانی و مشاوره*. ترجمه: مهرداد فیروز بخت. تهران: خدمات فرهنگی رسا.

۹. فری، م. (۱۹۹۹). *راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی*. ترجمه: مسعود محمدی و رابرت فرنام، (۱۳۸۹). تهران: انتشارات رشد.

۱۰. کمالی، م. اعتمادی، ا. و شریفی درآمدی، پ. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر مبنای الگوی مایکل فری بر باورهای غیرمنطقی و احساس تنهایی دانش‌آموزان. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱٤(۳): ۹۷-۱۱۲.

۱۱. لاریجانی، ز. س. محمدخانی، پ. حسنی، ف. سپاه‌منصور، م. و محمودی، غ. (۱۳۹۳). مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضورذهن و درمان فراشناختی در دانشجویان با نشانه های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی دربارهٔ نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای. *مطالعات روانشناختی*، ۱۰(۲): ۲۷-۵۰.

۱۲. نظری ع. م. و اسدی م. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ٦(۱): ٤٤-٤۸.

13. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Arlington: American Psychiatric Publishing*.

14. Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

15. Beck, A. T., Steer, R. A., Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, *8*(1), 77-100.
16. Besharat, M. A. (2004). Survey of psychometric indicators for Beck depression inventory. *Tehran: University of Tehran*.
17. Bockting, C. L., Elgersma, H. J., van Rijsbergen, G. D., de Jonge, P., Ormel, J., Buskens, E., Hollon, S. D. (2011). Disrupting the rhythm of depression: design and protocol of a randomized controlled trial on preventing relapse using brief cognitive therapy with or without antidepressants. *BMC psychiatry*, 11(1), 1-9.
18. Bravo, A. J., Pilatti, A., Pearson, M. R., Mezquita, L., Ibáñez, M. I., Ortet, G. (2018). Depressive symptoms, ruminative thinking, drinking motives, and alcohol outcomes: A multiple mediation model among college students in three countries. *Addictive behaviors*, 76, 319-327.
19. Cook, L., Watkins, E. (2016). Guided, internet-based, rumination-focused cognitive behavioural therapy (i-RFCBT) versus a no-intervention control to prevent depression in high-ruminating young adults, along with an adjunct assessment of the feasibility of unguided i-RFCBT, in the REducing Stress and Preventing Depression trial (RESPOND): study protocol for a phase III randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 1-11.
20. Dabson, K. S., & Mohammad khani, P. (2007). Psychometric characteristics of Beck depression inventory–II in patients with major depressive disorder. *Archives of rehabilitation*, 8(29), 82-88.
21. Donaldson, C., Lam, D., & Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behaviour research and therapy*, 45(11), 2664-2678.
22. Durbeej, N., Sörman, K., Selinus, E. N., Lundström, S., Lichtenstein, P., Hellner, C., & Halldner, L. (2019). Trends in childhood and adolescent internalizing symptoms: results from Swedish population based twin cohorts. *BMC psychology*, *7*(1), 1-10.
23. Engel, J., Kerr, J., Schlesinger- Raab, A., Sauer, H., Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast- conserving therapy or mastectomy: Results of a 5- year prospective study. *The breast journal*, 10(3), 223-231.
24. Garber, J., Frankel, S. A., & Herrington, C. G. (2016). Developmental demands of cognitive behavioral therapy for depression in children and adolescents: Cognitive, social, and emotional processes. *Annual review of clinical psychology*, 12, 181-216.
25. Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J., Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(4), 320-325.
26. Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour research and therapy*, 45(2), 277-290.
27. Huijbers, M. J., Spijker, J., Donders, A. R. T., van Schaik, D. J., Van Oppen, P., Ruhé, H. G., ... & Speckens, A. E. (2012). Preventing relapse in recurrent depression using mindfulness-based cognitive therapy, antidepressant medication or the combination: trial design and protocol of the MOMENT study. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-11.

28. Hvenegaard, M., Watkins, E. R., Poulsen, S., Rosenberg, N. K., Gondan, M., Grafton, B., ... & Moeller, S. B. (2015). Rumination-focused cognitive behaviour therapy vs. cognitive behaviour therapy for depression: study protocol for a randomised controlled superiority trial. *Trials*, 16(1), 1-6.
29. Ingram, R. E., Trenary, L., Odom, M., Berry, L., & Nelson, T. (2007). Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: Cognition, hostility, and coping style. *Cognition and emotion*, 21(1), 78-94.
30. Julien, C. L., Rimes, K. A., Brown, R. G. (2016). Rumination and behavioural factors in Parkinson's disease depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 82, 48-53.
31. Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K., Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders–a life- long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 339-344.
32. Lemmens, L. H., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Hollon, S. D., Roefs, A., Huibers, M. J. H. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: results of a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 45(10), 2095-2110.
33. Lemmens, L. H., DeRubeis, R. J., Arntz, A., Peeters, F. P., Huibers, M. J. (2016). Sudden gains in Cognitive Therapy and Interpersonal Psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 170-176.
34. Lorenzo-Luaces, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2015). It's complicated: The relation between cognitive change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. *Clinical psychology review*, 41, 3-15.
35. Luminet, O. (2004). 10 Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. *Depressive Rumination*, 187.
36. Ma, S. H., Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31-40.
37. Manicavasagar, V., Perich, T., Parker, G. (2012). Cognitive predictors of change in cognitive behaviour therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 40(2), 227-232.
38. Martell, C. R., Dimidjian, S., Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
39. Nejad, A. B., Fossati, P., Lemogne, C. (2013). Self-referential processing, rumination, and cortical midline structures in major depression. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 666.
40. Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115-121.
41. Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 116(1), 198-207.
42. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
43. Olsson, N. C., Juth, P., Ragnarsson, E. H., Lundgren, T., Jansson-Fröjmark, M., Parling, T. (2020). Treatment satisfaction with cognitive-behavioral therapy among

children and adolescents with anxiety and depression: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. In press, Corrected proof. doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.006.

44. Pedersen, M. H., Watkins, E. R., Poulsen, S., Rosenberg, N., Gondan, M., Grafton, B., Moeller, S. B. (2015). Rumination-focused cognitive behaviour therapy vs. cognitive behaviour therapy for depression. *Trials*.
45. Piet, J., Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1032-1040.
46. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta- analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), 345-365. http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12381
47. Sasso, K. E., Strunk, D. R., Braun, J. D., DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. (2015). Identifying moderators of the adherence-outcome relation in cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(5), 976-984.
48. Smith, J. M., Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical psychology review*, 29(2), 116-128.
49. Treynor, W., Gonzalez, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
50. Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of affective disorders*, 152, 113-121.
51. Watkins, E. (2015). 10 Overgeneral autobiographical memories and their relationship to rumination. *Clinical Perspectives on Autobiographical Memory*, 183-191.
52. Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., ... & Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2144-2154.
53. Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
54. Wenzel, A. (2017). Innovations in cognitive behavioral therapy: Strategic interventions for creative practice. Routledge.
55. Yao, M. Z., & Zhong, Z. J. (2014). Loneliness, social contacts and Internet addiction: A cross-lagged panel study. *Computers in Human Behavior*, 30, 164-170.

Effectiveness of group cognitive therapy by Michael Free method on reducing rumination and depression in female high school students

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral group therapy by Michael Free method on reducing rumination and depression in female high school students. The research method was quasi-experimental with pretest - posttest design with a control group. The statistical population included all third grade female high school students in the regions (1-2-3-4) of Zahedan city in the academic year of 2019.2020 Using multi-stage random cluster sampling among 120 female high school students in third grade, with Beck 2 Depression Inventory, Ruminant Response Inventory and DSM-5 Diagnostic Interview, 20 eligible students were selected and randomly assigned into experimental and control groups (10 students for each group). The experimental group underwent cognitive therapy by Michael Free for 12 sessions, but the control group did not receive any intervention. Subjects in both groups completed depression inventory (Beck, Steer, and Carbin, 1988) and rumination responses inventory (Nolen-Hoeksema, & Morrow, 1991) before and after the intervention. For data analysis, descriptive statistics and analysis of covariance at the inferential statistics level was used. The results of analysis of covariance showed that there was a significant difference between the control and experimental groups in terms of scores of rumination ($p < 0.05$) and depression ($p < 0.01$) and group cognitive therapy training by Michael Free method was effective in improving depression and reducing rumination in experimental group students. According to the above results it can be concluded that cognitive group by Michael Free method is effective in reducing rumination and improving depression in depressed female students and can be used as an intervention method.

Keywords: Cognitive Group Therapy, Depression, Rumination, Student.