

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و تحلیل رفتار متقابل

برکاهش نشانگان افسردگی دختران

رضا احمدی ۱ و مریم واشقانی ۲

۱دکترای روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اراک
۲کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی اراک واحد علوم و تحقیقات

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و تحلیل رفتار متقابل بر کاهش نشانگان افسردگی دختران بود. این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دخترانی بودند که با علائم افسردگی به مراکز خدمات روانشناختی در شهر اراک مراجعه می کردند که پس از رضایت بیماران و بررسی پرونده شان و انجام مصاحبه بالینی و اجرای تست افسردگی بک، از بین آنان ۳۰ نفر به طور تصادفی، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند که آنان نیز به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای گرفتند. یکی از گروه های آزمایش تحت تاثیر ۸ جلسه آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دیگر تحت ۱۰ جلسه آموزش گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل (TA) قرار گرفت و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. نتایج تحلیل واریانس و کوواریانس نشان داد که دو گروه آزمایش که تحت آموزش های مبتنی بر تعهد و پذیرش و تحلیل رفتار متقابل قرار گرفتند، نسبت به گروه کنترل پس از پایان آموزش نشانگان افسردگی کمتری نشان دادند.

واژه های کلیدی: افسردگی، درمان پذیرش و تعهد، تحلیل رفتار متقابل

مقدمه

افسردگی یکی از شایع ترین بیماریهای روانپزشکی است که از زمان های بسیار دور در نوشته ها آمده است. ۴۵۰ سال قبل از میلاد، بقراط آن را ملانکولی تعریف کرده است. برخی افسردگی را یک واکنش طبیعی در قبال زندگی می دانند و برخی آن را یک بیماری قلمداد می کنند. افسردگی علاوه بر جنبه های ژنتیکی اکثرا با عوامل اجتماعی و روانی ناشی از وقایع محیطی همراه بوده است (سادوک و سادوک؛ ۲۰۰۲).

هر انسانی در مقاطع متفاوتی از سن خود ممکن است افسردگی را تجربه کند. این بیماری می تواند سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسان ها را تحت الشعاع قرار دهد. افسردگی، نوعی اختلال روانی است که با احساس یاس و ناامیدی، ناراحتی، غمناک بودن، فقدان هرگونه انگیزه و امید و کاهش سطح اعتماد به نفس و بدبینی همراه است (کول؛ ۲۰۰۳).

این بیماری افراد را در سنین مختلف تحت تاثیر قرار می دهد و سبب کاهش عملکرد مفید آنان و مخدوش کردن بهداشت روانی و جامعه می شود. بیماری افسردگی در انواع مختلف، به درجات و دلایل مختلف به وجود می آید (ولز، ۱۳۸۸). دلایل افسردگی در زنان و مردان ممکن است کاملا متفاوت باشد. از آن جا که این دو جنس اغلب در زمینه های اجتماعی متفاوت عمل می کنند، هر دو تمایل به توسعه گرایش های عاطفی و ویژگیهای شخصیتی متفاوتی دارند. تحقیقات متعدد نشان داده اند که شیوع افسردگی در زنان حداقل ۲ برابر مردان است (بلومنتال و همکاران؛ ۱۹۹۹؛ ویلیام و همکاران ۱۹۹۹).

فرضیه های اصلی:

- اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد تحلیل رفتار متقابل در کاهش نشانگان افسردگی دختران متفاوت از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

فرضیه های فرعی:

- آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانگان افسردگی دختران موثر است.
- آموزش گروهی مبتنی بر رفتار متقابل (TA) در کاهش نشانگان افسردگی دختران موثر است.

تعاریف مفهومی:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: از رویکردهای موج سوم شناختی- رفتاری است که ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که دارای شش فرآیند: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

تحلیل رفتار متقابل: روشی عقلانی برای تجزیه و تحلیل و درک رفتار خویش، کسب آگاهی و قبول مسئولیت در زمان حال می باشد (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۴).

نشانگان افسردگی: افسردگی نوعی اختلال روانی است که در آن خلق شخص آشفته می شود، اصطلاح افسردگی اغلب برای بیان اندوه عمیق به کار می رود که علائم آن عبارتند از: کاهش علاقه یا لذت فرد نسبت به فعالیتهای روزمره، کاهش یا افزایش وزن، بی خوابی یا خواب زدگی، بی قراری، خستگی، احساس بی ارزشی، افکار مرگ یا خودکشی. (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ نقل از رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۲).

-
- 1- depression
 - 2- sadock & sadock
 - 3- Cole
 - 4- Blumenthal
 - 5- William

تعریف عملیاتی:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: بسته آموزشی ۸ جلسه ای مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد که جهت کاهش افسردگی در دختران به کار می رود، که در بخش دوم بطور کامل توضیح داده شده است

تحلیل رفتار متقابل: بسته آموزشی ۱۰ جلسه ای مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل (TA) که جهت کاهش افسردگی دختران به کار می رود، که در بخش دوم بطور کامل توضیح داده شده است.

نشانهگان افسردگی: مجموعه نمره ای است که آزمودنی ها از مقیاس افسردگی بک بدست می آورند و نشان دهنده میزان افسردگی در آن هاست.

پیشینه تحقیق

- مریم حر و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان تاثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که در موسسه خیریه دیابت شهر اصفهان در بهار و تابستان سال ۹۱ انجام گرفت. بعد از آن که گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای در طی ۸ هفته قرار گرفتند، به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی در بیماران دیابتی می شود.
- مرضیه جهانبخش و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیق خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر دل بستگی بر علائم افسردگی در دختران دارای مشکلات دل بستگی که روی ۳۴ نفر از مادران دانش آموزان مقطع دوم و چهارم ابتدایی شهر اصفهان انجام گرفت پس از ۱۰ جلسه گروهی که مادران در آن شرکت کردند و تحت آموزش درمان مبتنی بر دل بستگی شرکت کردند به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر دل بستگی بر کاهش دختران دارای مشکلات دل بستگی موثر بوده است.
- فهیمه محمدی و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیق خود با عنوان اثربخشی معنادرمانی در افزایش شفقت خود و افسردگی زنان گروه آزمایش که زنان افسرده بودند بعد از ۱۰ هفته آموزش ۹۰ دقیقه ای در هفته به این نتیجه رسیدند که معنا درمانی باعث کاهش افسردگی در زنان می گردد.
- در تحقیقی ایفرت و همکارانش (۲۰۰۹) به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی پرداختند که نتایج تحقیق نشان داد که این درمان باعث کاهش اختلالات اضطرابی در بیماران شده است.
- مارک ویدسون (۲۰۱۴) در تحقیقی با عنوان اثربخشی تحلیل رفتار متقابل بر اضطراب و افسردگی به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل اضطراب و افسردگی را در شرکت کنندگان کاهش داد.
- ریجن و ویلد (۲۰۱۳) در تحقیق خود با عنوان اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت مبتنی بر TA به این نتیجه رسیدند که این درمان باعث کاهش افسردگی و اضطراب در شرکت کنندگان شد.
- ویدوسون (۲۰۱۲a) در تحقیق خود با عنوان اثربخشی روان درمانی مبتنی بر تحلیلی رفتار متقابل بر روی زنان به این نتیجه رسید که تحلیل رفتار متقابل افسردگی زنان را کاهش می دهد.
- اسمن و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیق خود با عنوان تاثیر ACT در مبتلایان به هراس اجتماعی با میانگین سنی ۴۲ سال، به این نتیجه رسیدند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان به طور معناداری کاهش یافت و این تاثیر در دوره پذیری ۳ ماهه همچنان تداوم داشت.
- کانتر و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیق خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فعالیت رفتاری بر درمان افسردگی، به این نتیجه رسیدند که در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی می گردد.

جامعه و نمونه آماری و روش نمونه گیری:

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه دخترانی می باشند که با علائم افسردگی به مراکز خدمات روانشناختی در شهر اراک مراجعه می کنند. و پس از تشخیص افسردگی (از نمره ۲۰ به بالا) از بین آنان ۳۰ نفر به طور تصادفی، به عنوان گروه نمونه انتخاب می شوند که آنان نیز به طور تصادفی در دو گروه

آزمایش و یک گروه کنترل جای می گیرند. این سه گروه از لحاظ متغیرهای زمینه ای مانند سن و تحصیلات همسان شدند تا بتوانیم تاثیر این متغیرها را بر نتیجه تحقیق کنترل کنیم. گروه آزمایش (الف) تحت تاثیر ۸ جلسه آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه آزمایش (ب) تحت ۱۰ جلسه مشاوره تحلیل رفتار متقابل (TA) قرار گرفته است و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرده است.

ملاکهای لازم جهت ورود به گروه نمونه:

۱- داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی.

۲- دارای علائم و نشانگان اختلال افسردگی (نمره ۲۰ به بالا)

جدول ۱: پیکره طرح پژوهش

پس آزمون	مداخله	پیش آزمون	گمارش تصادفی	گروه‌ها
T2	X1	T1	R	آزمایش الف) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)
T2	X2	T1	R	آزمایش ب) (تحلیل رفتار متقابل)
T2	-	T1	R	کنترل

- دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار دارد

- دو طرح آزمایشی مداخله‌ای وجود دارد که با X1 و X2 نشان داده شده اند.

پیش آزمون (T1) و پس آزمون (T2) در شرایط کاملاً یکسان برای هر سه گروه به اجرا در خواهد آمد.

جدول ۲: خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، بررسی اختلال افسردگی در هریک از افراد گروه اعم از مدت اختلال و اقدامات انجام شده، سنجش شیوه های کنترلی ایجاد درماندگی خلاق.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد و تغییر تفهیم این موضوع که کنترل مساله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل
جلسه سوم	شناسایی ارزشهای فرد، تصریح ارزشها، تصریح اهداف، تصریح اعمال و تصریح موانع
جلسه چهارم	بررسی ارزشهای هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش
جلسه ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تاکید برای در زمان حال بودن
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه

جدول ۳: خلاصه محتوای طرح درمانی تحلیل رفتار متقابل (TA)

جلسات	محتوا
جلسه اول	معارفه، انجام پیش آزمون و اجرای تکنیک های یخ شکن، بحث درباره من کودک، کودک طبیعی، کودک تطابق یافته و کودک عصیانگر
جلسه دوم	صحبت درباره من والد و انواع والد (حمایت کننده، کنترل کننده، سرزنش کننده، تغذیه کننده)
جلسه سوم	صحبت درباره من بالغ، نحوه ترسیم نمودار حالات نفسانی

جلسه چهارم	بحث پیرامون بیماری های شخصیت از نظر تحلیل رفتار متقابل
جلسه پنجم	بررسی چهار وضعیت زندگی، بحث پیرامون رابطه و واحدهای ارتباطی
جلسه ششم	بررسی انواع روابط از نظر تحلیل رفتار متقابل (موازی، متقاطع و پنهان)
جلسه هفتم	بررسی رابطه سالم و چگونگی رسیدن به آن، بررسی مفهوم نوازش، بررسی انواع نوازش
جلسه هشتم	تحلیل بازی های روانی و مشخص ساختن بازی های زندگی، عوامل تعیین کننده نمایش نامه زندگی و انواع آن
جلسه نهم	خلاصه سازی تمام مفاهیم تحلیل رفتار متقابل در قالب مسائل افسردگی
جلسه دهم	بازی نقش، اجرای پس آزمون

ابزار پژوهش:

ابزار پژوهش سیاهه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) بود. این پرسشنامه نوع بازنگری شده BDI میباشد و با ملاکهای افسردگی در چهارمین ویراست راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است. همانند BDI، BDI-II نیز ۲۱ سوال دارد و پاسخها بین ۰ تا ۳ نمره گذاری میشوند.

نقاط برش در BDI-II با BDI تفاوت دارد: ۰ تا ۱۳= افسردگی جزئی؛ ۱۴ تا ۱۹= افسردگی خفیف؛ ۲۰ تا ۲۸= افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳= افسردگی شدید. نمره های بالاتر نشان دهنده علائم افسردگی شدیدتر میباشد. فتی (۱۳۸۲)، با اجرای این پرسشنامه روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی را ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴، گزارش کرده است.

قاسم زاده و همکاران (۱۳۸۴)، در بررسی ویژگیهای روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه بک چاپ دوم روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علامه طباطبایی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۸، و ضریب بازآزمایی را ۰/۷۴، گزارش کرده اند (عیسی زادگان، ۱۳۸۵).

روش اجرا و جمع آوری داده ها:

پس از انتخاب نمونه، با توجه به ملاک های بیان شده، آزمودنی ها به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای گرفتند. سپس پیش آزمون از سه گروه گرفته شد. برای گروه آزمایش (الف) متغیر مستقل (۱) یعنی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای ۱ جلسه به صورت گروهی اجرا شد. همچنین گروه آزمایش (ب) متغیر مستقل (۲) یعنی آموزش گروهی تحلیل رفتار متقابل را به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای ۱ جلسه به صورت گروهی دریافت نمود. در مورد گروه کنترل هیچ مداخله ای اعمال نگردید. پس از اتمام این جلسات مرحله پس آزمون به عمل آمد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

- روشهای آماری بکار گرفته شده در این تحقیق به اختصار به شرح زیر می باشد:
- استفاده از شاخص های آمار توصیفی برای محاسبه (میانگین، واریانس، انحراف معیار) متغیرها.
 - بررسی نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون کشیدگی و چولگی
 - مقایسه میانگین متغیرها در گروهها با استفاده تحلیل واریانس و تحلیل کواریانس

ملاحظات اخلاقی:

از آنجا که رعایت حقوق انسانی آزمودنی ها یکی از مهمترین ویژگیهای پژوهش در علوم رفتاری و رشته های وابسته است، لذا در این پژوهش به منظور جانبداری از حقوق آزمودنی ها و حفظ حریم خصوصی و انسانی آنها ملاحظات زیر صورت گیرد.

- از تمام آزمودنی ها به صورت شفاهی، رضایت حضور در پژوهش کسب گردید.

- آزمودنی ها برای حضور یا عدم حضور در پژوهش اختیار تام داشتند.

- کلیه پرسشنامه ها و اطلاعات به صورت انحصاری نزد پژوهشگر نگهداری می شود.

بررسی فرضیه اصلی پژوهش:

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و تحلیل رفتار متقابل بر کاهش نشانگان افسردگی دختران جدول (۴) خلاصه تحلیل واریانس برای بررسی اثر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و تحلیل رفتار متقابل بر افسردگی

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P
بین گروهی	۵۵۲/۰۶۷	۲	۲۷۶/۰۳۳	۵۶/۶۹	.۰۰۱
درون گروهی	۱۳۱/۴۰۰	۲۷	۴/۸۶۷		
کل	۶۸۳/۴۶۷	۲۹			

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، نتایج تحلیل واریانس نشان می دهد که با توجه به اینکه $F=۵۶/۶۹$ با درجه آزادی $df=۲/۲۷$ و در سطح معناداری ($P=۰/۰۰۱$) تفاوت بین گروه ها معنادار است. یعنی با توجه به نتایج جدول (۴) می توان بیان کرد که متغیر مستقل (آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل) بر کاهش نشانگان افسردگی موثر بوده است.

جدول (۵) نتایج آزمون تعقیبی شفه به منظور مقایسه میانگین ها براساس نوع آموزش

متغیر وابسته	میانگین ها	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
(ACT) گروه آزمایش	۲۰/۱۰	-۹/۶۰	.۹۸	.۰۰۰
گروه کنترل	۲۹/۹۵		.۹۸	
(TA) گروه آزمایش	۲۱/۵۴	-۸/۴۱	.۵۶۴	.۰۰۰
گروه کنترل	۲۹/۹۵		.۵۶۲	
(ACT) گروه آزمایش	۲۰/۱۰	-۱/۴۳	.۵۶	.۰۵۱
(TA) گروه آزمایش	۲۱/۵۴			

با توجه به نتایج جدول ۵ در سطح اطمینان ۹۵ درصد، بین دو گروه کنترل و گروه تحت آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ($P=۰/۰۰۰$)، و گروه کنترل با گروه تحت آموزش با تحلیل رفتار متقابل ($P=۰/۰۰۰$)، تفاوت معنی داری از نظر میزان افسردگی وجود دارد، ما بین دو گروه تحت آموزش گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه تحلیل رفتار متقابل، تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود ($P=۰/۰۵۱$). همچنین با توجه به نتایج جدول بالا، اثرگذاری آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان افسردگی نسبت به آموزش مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل بیشتر است.

فرضیه فرعی اول: آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانگان افسردگی دختران موثر است.

جدول (۶) خلاصه تحلیل کوارینانس برای بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P
پیش آزمون	۷۱/۰۸	۱	۷۱/۰۸	۳۱/۸۶	.۰۰۰
اثر اصلی گروهها	۴۸۵/۰۱	۱	۴۸۵/۰۱	۲۱۷/۴۳	.۰۰۰
خطا باقیمانده	۳۷/۹۲	۱۷	۲/۲۳		

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می شود، تحلیل کواریانس پس آزمون نمران افسردگی پس از تعدیل پیش آزمون نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر مداخله بر نمره های پس آزمون معنادار است. با توجه سطح معناداری ($P < .001$) با $df = 1/17$ و $F = 217/43$. به این ترتیب زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه ها حذف می شود، تفاوت بین گروه ها معنادار است و می توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی دختران موثر است.

فرضیه فرعی دوم: آموزش گروهی مبتنی بر رفتار متقابل (TA) در کاهش نشانگان افسردگی دختران موثر است.

جدول (۷) خلاصه تحلیل کواریانس برای بررسی اثر تحلیل رفتار متقابل بر افسردگی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
پیش آزمون	۵۴/۷۵	۱	۵۴/۷۵	۱۰۸/۸۹	.۰۰۰
اثر اصلی گروهها	۳۵۴/۲۸	۱	۳۵۴/۲۸	۷۴/۵۸	.۰۰۰
خطاباقیمانده	۸/۵۴	۱۷	.۵۰		

همان گونه که در جدول ۷ مشاهده می شود، تحلیل کواریانس پس آزمون نمران افسردگی پس از تعدیل پیش آزمون نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر مداخله بر نمره های پس آزمون معنادار است. با توجه سطح معناداری ($P < .001$) با $df = 1/17$ و $F = 74/58$. به این ترتیب زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه ها حذف می شود، تفاوت بین گروه ها معنادار است و می توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل بر کاهش افسردگی دختران موثر است.

نتیجه گیری از یافته ها

فرضیه های اصلی پژوهش:

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و تحلیل رفتار متقابل بر کاهش نشانگان افسردگی

دختران

تحلیل کواریانس پس آزمون نمران افسردگی پس از تعدیل پیش آزمون نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر مداخله بر نمره های پس آزمون معنادار است. با توجه سطح معناداری ($P < .001$) با $df = 2/26$ و $F = 178/95$. به این ترتیب زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه ها حذف می شود، تفاوت بین گروه ها معنادار است و می توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی دختران موثر است.

در سطح اطمینان ۹۵ درصد، بین دو گروه کنترل و گروه تحت آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ($P = .000$)، و گروه کنترل با گروه تحت آموزش با تحلیل رفتار متقابل ($P = .000$)، تفاوت معنی داری از نظر میزان افسردگی وجود دارد، ما بین دو گروه تحت آموزش گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه تحلیل رفتار متقابل، تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود ($P = .051$). و همچنین با توجه به آزمون تعقیبی میزان اثرگذاری آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد از آموزش گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل موثرتر می باشد.

در تبیین یافته های این قسمت می توان بیان کرد که اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از اوایل دهه ۱۹۸۰ مطرح شد، اما این درمان برای انواع مشکلات بالینی و انواع گروه ها مورد استفاده واقع شده است. برای کسانی که با رویکردهای سنتی روان درمانی آشنا هستند، جای تعجب است که یک رویکرد درمانی می تواند برای کاهش یا بهبود طیف وسیعی از بیماری ها

مانند: صرع، بیماران مبتلا به درد مزمن، کاهش مصرف سیگار، درمان افسردگی، اضطراب، وسواس و ... گردد (هیز، ۲۰۰۴). به زعم هیز و همکاران (۲۰۱۱) شاید دلیل موفقیت ACT با انواع گوناگون اختلالات بالینی و نیز گروه های مختلف افراد، این است که این رویکرد به جای تمرکز بر شکل یا فراوانی نشانه های که ویژگی یک اختلال هستند، بر فرآیند های کارکردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات رفتاری مختل وجود دارند. در حقیقت، آنچه ACT، هدف قرار می دهد، یک طبقه تشخیصی خاصی نیست، بلکه الگوهای رفتاری است که مانع زندگی موفق می شود. همین درمانگر ACT به جای تمرکز بر کاهش علائم، به همراه مراجعه روی بهبود کلی زندگی بیمار کار می کند.

از تبیین های دیگری که می توان برای این تفاوت بین رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل می توان بیان کرد این است که رویکرد مبتنی تعهد و پذیرش به فرآیند های مانند پذیرش هیجانات و افکار، یعنی آگاهی از تجارب درونی (افکار، احساسات، خاطرات و علائم بدنی) و پذیرش فعال آنها، بدون اقدامی برای کاهش آن، انعطاف پذیری روان شناختی، مقابله با اجتناب تجربه ای و تاکید زیادی به ارزشها و عمل متعهدانه و رفتاری به این ارزشها می پردازد، اثرگذاری این رویکرد را بیشتر کرده است.

فرضیه فرعی اول: آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانگان افسردگی دختران موثر است.

جامعه آماری در پژوهش حاضر، شامل زنان افسرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه شهر اراک بود که پس از کسب رضایت شرکت کنندگان و بررسی پرونده بیماران و انجام مصاحبه بالینی و اجرای تست افسردگی بک، مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش مورد نظر مشخص گردیده و بر اساس روش نمونه گیری در دسترس هدفمند از بین جامعه مورد نظر ۳۰ نفر انتخاب و به صورت گزینش تصادفی به سه گروه ۱۰ نفره تقسیم و در ۲ گروه آزمایش و یک گواه قرار گرفتند.

تحلیل کواریانس پس آزمون نمران افسردگی پس از تعدیل پیش آزمون نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر مداخله بر نمره های پس آزمون معنادار است. با توجه سطح معناداری ($P < .001$) با $df = 1/17$ و $F = 217/43$. به این ترتیب زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه ها حذف می شود، تفاوت بین گروه ها معنادار است و می توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی دختران موثر است.

نتایج این تحقیق با پژوهش مریم حر و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر اثربخشی در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی بیماران دیابتی و ساجده رجبی و همکاران (۱۳۹۲) با تحقیقی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی زنان مبتلا به ام اس همسو می باشد. همچنین نتایج این پژوهش با تحقیق ایزدی و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وسواس، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی همسو می باشد. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش ویت برد و مکارانش (۲۰۰۹) مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به دیابت همسو و هماهنگ بود. از طرفی نیز نتایج این پژوهش، با پژوهش گریگ و همکاران (۲۰۰۷) که اثربخشی درمان ACT در مدیریت بیماری قند و مهارت های پذیرش و آگاهی کنترل افکار و احساسات منفی مربوط به دیابت را موفق ارزیابی کرده بود، همسو می باشد و نیز نتایج نشان داده است که استفاده از روش ذهن آگاهی موجب کاهش بازگشتحمله های افسردگی می شود.

در تبیین نتایج این پژوهش می تواند بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند. در درمان ACT انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، بخواهند به شیوه ای عمل نمایند که منطبق با ارزش های انتخاب شده شان باشد (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۲).

در این درمان تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی در دختران مبتلا به افسردگی می شود (هیز، ۲۰۰۴). در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزار دهنده شان

را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ دادن به آن، به آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. این رویکرد همان طوری که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معناداری در افسردگی این افراد شد (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). در واقع فرآیند های مرکزی ACT به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساساتشان را بپذیرند، تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزش هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند (هیز و همکاران، ۲۰۰۵).

فرضیه فرعی دوم: آموزش گروهی مبتنی بر رفتار متقابل (TA) در کاهش نشانگان افسردگی دختران موثر است.

تحلیل کواریانس پس آزمون نمران افسردگی پس از تعدیل پیش آزمون نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر مداخله بر نمره های پس آزمون معنادار است. با توجه سطح معناداری ($P < .001$) با $df = 1/17$ و $F = 74/58$. به این ترتیب زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه ها حذف می شود، تفاوت بین گروه ها معنادار است و می توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل بر کاهش افسردگی دختران موثر است.

نتایج این پژوهش با تحقیق احراری رودی (۱۳۹۲) که به بررسی مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی و تحلیل رفتار متقابل به افسردگی مادران داری کودکان کم توان ذهنی پرداخت همسو می باشد. همچنین با نتایج تحقیق عالی (۱۳۹۳) که به مقایسه اثربخشی گروه درمانی معنوی و مذهبی و تحلیل رفتار متقابل بر افسردگی و سبک های اسنادی سوء مصرف کنندگان مواد پرداخت همسو می باشد. نتایج این تحقیق نشان داد که تحلیل رفتار متقابل باعث کاهش افسردگی در گروه آزمایش شده است. همچنین نتایج این تحقیق با یافته های می (۲۰۱۰)، سیوکارت و پیروت (۲۰۱۱) همسو می باشد.

به اعتقاد سیو کارت و پیروت (۲۰۱۱) تحلیل رفتار متقابل، یکی از موثرترین نظریه های روانشناختی است که با کمک به حل مشکلات موجود در روابط انسانی به روند رو به رشد شادمانی و کاهش افسردگی در افراد کمک می کند. به نظر می رسد آموزش TA من "والد" که در روابط بین فردی موجبات تعارض را فراهم می آورد، توسط من "بالغ" تجزیه و تحلیل شده، این بازسازی باعث جهت گیری صحیح تر در زندگی می شود که در رفتارهای کلامی و غیرکلامی افراد تاثیر مثبت می گذارد و آرامش را به ارمغان می آورد، افراد لذت بیشتری را از زندگی تجربه می کنند. همان گونه که اندرومیکو (۱۹۸۵) در پژوهش های خود اذعان می دارد، با بازسازی من "والد" میزان انتقاد در افراد و روابط آنها کمتر می شود و می توانند مشکلات را با "بالغی" تقویت شده حل کنند که عزت نفس را به ارمغان داشته باشد. می توان به این نکته توجه داشت که پژوهش ها راه هایی برای کاستن اثرهای زیانبار منازعه و مجادله که "بالغی" نا کارآمدی باشد، مطرح کرده اند که یکی از راه های کنترل هیجان های خود است که با آموزش TA در مبحث من "کودک" به این مهم می رسیم و قابل ذکر است که کاهش منازعه و مجادله های بین فردی باعث افزایش شادکامی و کاهش افسردگی بین افراد افسرده خواهد شد. با آموزش TA مهارت و نظارت بالغ بیشتر خواهد شد و "والد" از حالت منفی بودن خارج می شود و کودک سالم و شاد می شود و همین امر باعث افزایش کیفیت زندگی افراد افسرده خواهد شد و بهبود کیفیت زندگی با احساس کنترل و کارآمدی و نهایتاً افزایش شادکامی در فرد خواهد شد.

از طرفی چون درمان TA، مشکلات کنونی مراجع را به الگوهای دراز مدت زندگی ربط می دهد و بخش عمده جلسات درمانی، تحلیل چهار زمینه شخصیت، رفتار متقابل، بازی ها و پیش نویس و وضعیت اتخاذ شده در زندگی می باشد؛ و به مشکلات

مخصوصاً مشکلات بین فردی به صورت عمیق می پردازد و مراجع با آموزش هایی که در جلسات درمانی از طرف درمانگر دریافت کرده، با افزایش توانمندی در مهارت های ارتباطی، رها کردن پیش نویس های مخرب، مسئولیت پذیری، بهبود مهارت های حل مسئله، مهارت هیجانی و در عین حال افزایش تفرد و تحقق خویشتنی دیگر، و انتخاب وضعیت وجودی سالم زندگی در طی یک فرآیند اصلاح درون فردی_ بین فردی، فرایند ناامیدی و پیامدهای افسردگی را به خوبی حل و فصل می کند.

از طرفی دیگر آموزه های TA درباره تجدید نظر در پیش داوری ها (آلودگی بالغ_ والد، بالغ_ کودک)، باید و نباید های غیر منطقی و احکام آزار دهنده ی "والد" و نیز کنترل تکانشگری ها و احساس غیر خوب بودن "کودک" به وسیله تقویت "بالغ" می تواند منجر به نوعی بازسازی شناختی و مانع از تاثیرات سوء این عوامل از جمله سرزنش خود، سردرگمی، افسردگی، اضطراب شود.

همچنین در مشاوره گروهی مراجع بر اثر تعامل با اعضای گروه مشاوره، نسبت به رفتار و احساسات خود بصیرت تازه ای پیدا می کند، مفهوم خود در او از این بصیرت تاثیر می پذیرد. ارزش تغییرات مثبتی که بر اثر بصیرت های ناشی از تجربه های مشاوره گروهی در مفهوم خود پیدا می شود، با توجه به نفوذ گستره مفهوم خود سازگاری شخصی_ اجتماعی و تصمیمات تحصیلی و شغلی، ملموس و آشکار می گردد (پروچسکا، ۲۰۰۶). در پایان نتیجه می گیریم که چون در درمان TA، روی نوازش های مثبت برای افزایش عزت نفس، روند سیستم تخریب، بازهای روانی، قطع همزیستی روانی کار می شود و درمانگر نقش فعالی را در باز تصمیم گیری و تغییر موفقیت آمیز پیش نویس بیمار ایفا می کند، به جای پرداختن به ارائه تفسیرهای متعدد، توجه خود را بر روی فراخواندن احساسات بیمار معطوف می سازد. بیمار به تجربه دوباره وقایع دردناک گذشته ترغیب می کند و سپس فضای حمایتی لازم را برای آنکه بیمار به کار بر روی خود بپردازد، بوجود می آورد (ولف و کوتاش، ۱۳۸۷).

پیشنهادهای

الف: پژوهشی:

- ۱- آموزش این دور رویکرد بخصوص رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی دیگر بیماریها مثل اضطراب و وسواس و غیره...
۱. استفاده از رویکرد تحلیل رفتار متقابل در بهبود و ارتقاء روابط به جوانان و نوجوانان

ب: کاربردی:

- ۱- استفاده از این دو رویکرد برای درمان فردی بیماری های روانی
- ۲- استفاده از رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش توانمندی ارتباطی افراد.

منابع:

- آدرین؛ و. (۲۰۱۰). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. شهرام محمد خانی، مترجم. تهران: انتشارات وراى دانش؛ ۱۳۸۸.
- آذرگون، ح؛ کجباغ، م؛ مولوی، ح؛ عابدی، م. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. مجله دانشور رفتار، سال شانزدهم، شماره ۳۴.
- ابراهیمی ثانی، ا؛ هاشمیان، ک؛ دوکانه ای، ف. (۱۳۹۱). روان درمانی گروهی تحلیل رفتار متقابل در افزایش عزت نفس سربازان خدمت کننده در زندان های خراسان شمالی. مجله طب نظامی، دوره ۱۴، شماره ۳، ص ص ۲۲۰-۲۱۴.
- اتکینسون و همکاران. (۱۹۹۶). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه رفیعی و همکاران. (۱۳۸۰). تهران، انتشارات ارجمند.

- احراری رودی، ع؛ قنبری هاشم آبادی، ب؛ غنایی چمن آبادی، ع (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمان وجودی و تحلیل رفتار متقابل بر افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی. دانشگاه فردوسی مشهد - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. کارشناسی ارشد.
- احمدی، ا. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر تحلیل رفتار بر عزت نفس دانش آموزان مدرسه امام خمینی. دانشگاه الزهرا: تهران.
- ایزدی، ر؛ عسگری، ک؛ نشاط دوست، ح.م؛ عابدی، م.ر. (۱۳۹۲). گزارش موردی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراوانی و شدت نشانه های اختلال وسواس جبری. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان. ۱(۲۲): ۲۰-۲۶.
- پور فرج، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۲.
- پروچسکا، ج؛ نورکراس، ج. (۱۳۸۳). نظریه های روان درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات رشد.
- پاتاکس، الکس. (۲۰۰۴). در اسارت اندیشه های خود. ترجمه گودرزی و احمدی (۱۳۸۸). تهران. انتشارات رسا.
- ترخان، م. (۱۳۹۰). اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر افسردگی و پرخاشگری افراد وابسته به مواد. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، سال ششم، شماره ۲۴، صص ۲۶-۴۵.
- ترکان، ه، کلانتری، م؛ مولوی، ح. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه تحلیل تبدالی بر رضایت زناشویی. خانواده پژوهی، ۲(۸)، ۳۸۳-۴۰۳.
- رجبی، س؛ یزد خواستی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روانشناسی بالینی، سال ششم، شماره ۱ (پیاپی ۲۱).
- عالی، ه؛ حسن آبادی، ح؛ اصغری ابراهیم آبادی، م.ا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی گروه درمانی معنوی مذهبی و تحلیل رفتار متقابل بر افسردگی و سبک های اسناد سوء مصرف کنندگان مواد. پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- جونز، ن؛ استوارت، ی. (۱۳۸۵). روش های نوین در روان شناسی تحلیل رفتار متقابل. ترجمه دادگستر. بهمن چاپ چهارم. تهران: نشر دایره.
- جیمز دبلیو جفرسون. (۲۰۰۰). افسردگی و درمان آن. ترجمه، مهدی قره چه داغی (۱۳۸۴). تهران، انتشارات قطره
- جیمز سادوک، آلکوت سادوک. (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی. ترجمه: رفیعی، حسن و سبحانیان، خسرو. (۱۳۸۲). تهران. انتشارات ارجمند.
- جونز، و؛ استوارت، ی. (۱۳۸۸). تحلیل رفتار متقابل. ترجمه بهمن دادگستر. تهران: انتشارات دایره.
- جهان بخش، م؛ امیری، ش؛ بهادری، م؛ مولوی، ح؛ جمشیدی، آ. (۱۳۹۰). عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر دل بستگی بر علایم افسردگی در دختران دارای مشکلات دل بستگی. تحقیقات علوم رفتاری / دوره نهم / شماره ۴.
- جورج، ر، ال؛ کریستیانی، ت، اس. (۱۳۸۳). روان شناسی مشاوره: نظریه ها، اهداف و فرایندهای مشاوره و روان درمانگر، ی ترجمه رضافلاحی و محسن حاجی لو، تهران: انتشارات رشد.
- حر؛م؛ آقای، ا؛ عابدی، ا؛ عطاری، ع. (۱۳۹۲). تاثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله تحقیقات علوم رفتاری؛ ۱۱(۲): ۱۲۱-۱۲۸.
- ریموند کوکرین (۱۳۷۶). مبانی اجتماعی بیماری های روانی. ترجمه: براتی و نجاریان. منتشره در سال ۱۳۷۶، تهران. انتشارات رشد.
- دانش، ع (۱۳۸۳). تاثیر روش تحلیل ارتباط محاروه ای بر خود شناسی و سازگاری زناشویی، مجله پژوهشکده حوزه و دانشگاه و معاونت پژوهشی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۷۷) مشاوره و روان درمانی، نظریه ها و راهبردها. تهران: نشر ویرایش.

- سادوک، ج؛ سادوک، آ. (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی. ترجمه: رفیعی، حسن و سبحانیان، خسرو. (۱۳۸۲). تهران: انتشارات ارجمند.
- سیف، ف (۱۳۸۱). بررسی اثربخشی آموزش گروهی روابط انسانی به والدین بر بهبود تعامل آنان با فرزندان پسر ۱۰-۱۲ ساله دبستان پسرانه منطقه یک تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- شفیق آبادی، ع؛ ناصری، غ. (۱۳۸۰). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شولتس، دوان. (۲۰۰۰). روان شناسی کمال- الگوهای شخصیت سالم، ترجمه گیتی خوشدل (۱۳۸۸)، تهران: نشر پیکان.
- شفیق آبادی، ع؛ ناصری، غ. (۱۳۸۴). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- علی پور، ا؛ آقاییوسفی، ع؛ ادب دوست، ز. (۱۳۸۹). در تحقیق خود با عنوان تاثیر آموزش تحلیل رفتار متقابل بر هوش هیجانی دانشجویان. دانشگاه پیام نور تهران.
- عیسی زادگان، ع. (۱۳۸۵). بررسی پردازش معنایی اطلاعات هیجانی و نقش درمان استعاره‌هایی در تغییر آن در بین افراد با روان‌رجوی افسردگی و مقایسه آن با افراد دارای صفت شخصیتی بر روان گرایی. پایان نامه دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.
- فرهنگی، ف (۱۳۸۵). تاثیر روان درمانی گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر شیوه های رویایی با استرس نوجوانان. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه مشهد ۷(۲): ۴۱-۶۲.
- فرانکل، و، ا. (۱۳۹۰). مبانی و کاربردهای معنا درمانی. ترجمه مهین میلانی. (۱۳۹۰). تهران: انتشارات درسا.
- کاظمی، ز؛ نشاط دوست، ح؛ کجیاف، م؛ آقا محمدی، س. (۱۳۸۹). آموزش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه سه دختر فراری در شهر اصفهان. زن و مطالعات خانواده/ سال سوم/ شماره دهم/ ص ص ۱۲۹-۱۱۱.
- محمدی، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی معنادرمانی در افزایش شفقت خود و افسردگی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- محمدپور، ار. (۱۳۹۰). ویکتور فرانکل بنیانگذار معنا درمانی (فرا دیدی بر روانشناسی و روان درمانی وجودی). تهران: انتشارات دانژه.
- نجم آبادی، ج (۱۳۸۵). بررسی تاثیر گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر بحران هویت نوجوانان شهر قم. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه اصفهان.
- نشاط دوست، ح.ط. (۱۳۸۱). افسردگی نوجوانان و عوامل مرتبط فردی و خانوادگی. مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان ۲(۱۴): ۱۸۰-۱۵۷.
- نوایی نژاد، ش (۱۳۸۳). نظریه های مشاوره و روان درمانی گروهی. تهران: انتشارات سمت.
- هالفورد، د، ک (۱۳۸۴). زوج درمانی کوتاه مدت. ترجمه مصطفی تبریزی، مژده کاردانی و فروغ جعفری. تهران: انتشارات فراروان.
- هاوتون، کیت و همکاران (۱۳۸۰). رفتار درمانی شناختی. ترجمه: حبیب‌ا... قاسم‌زاده، تهران: انتشارات ارجمند.
- هریس، آ. (۱۳۷۹). وضعیت آخر. ترجمه فصیح، اسماعیل. تهران: نشر زریاب.
- ولف، ا؛ کوتاش، ا. (۱۳۸۷). نمونه های روان درمانی از روان شناسان بزرگ. ترجمه: رعنا برومند. تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.

Reference:

- Andromico, M. p. (1985). The chronologicalelevator , Aredecision model for both theTA therapist,westem institute for group &family therapy, *Journal of FamilyPsychology* , 32 (4) :731 – 802 .

- Arch .J. & Craske, M. G. (2008). An acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorder: Different treatment, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 263- 279.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford press.
- Batten, AV., Hayes, SC. (2005). *Anxiety and its disorder: the nature and treatment of anxiety and panic*. NEW YORK: Guilford press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Blumenthal, J.A. et al. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch. Intend. Med*: 10(3): pp: 234-56.
- Boholster, F .A. (2009). Effects of Transactional Analysis Group Therapy on Ego States and Ego State Perception. *Transactional Analysis Journal*, 33, 254-261.
- Ciucur, D, Pirvut, A.F. (2011). The effects of transactional analysis training programming happiness and quality of life in married people, *Procardia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 2012, 667-671.
- Cole, D. A. (۲۰۰۰). Hopelessness, social desirability, depression and parricide in two college student sample. *Journal of consulting and clinical psychology*: 56: pp: 131-136.
- Corey, G. (1995). *Theory and Practice In-group Counseling and Therapy*.4th ed. Ca: Brooks-Cole.
- Ciucur, D, Pirvut, A.F. (2011). The effects of a transactional analysis training programme on happiness and quality of life in married people, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 2012, 667-671
- Diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care*2003; 26(5): 1468-74.
- Dimidjian ,S. & Dobson, K. S. (2003). Processes of change in cognitive therapy. In m. A. Reinbeck & D. A. Clark (Eds). *Cognitive therapy across the lifespan: theory, research and practice* (PP.477- 506). Cambridge, UK: Cambridge University press.
- Eifert, G.H., Forsyth, JP. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Tree case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice*, 16, 368- 385.
- Forman EM, Herbert D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear. In: Donohue WT, Fisher, JE, editors. *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; p. 263-8.
- Gotlib.C, Hammen, F :(2001). *Hand book of depression*. 3rded. New York, Gilford press, 2001, pp: 21-45.
- Gregg JA, Callaghan G.M, Hayes S.C, Glenn-Lawson J.L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*; 75(2): 336-43
- Guadiana, AG. Herbert, JD., Hayes SC. (2010). Is it the symptom or the Relation to it? Investigating potential mediator of change in acceptance and commitment therapy for Psychosis. *Behavior therapy*, 41, 543-554.
- Herbert, j. D., & Forman, E. M (Eds.). (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy* Hoboken, NJ: Wiley.

- Hayes SC., & Strosahl, HD. (2010). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Spring Science and business Media Inc.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. NEW YORK: Guilford press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behavioral Research and therapy, 44. 1- 28.
- Hayes. S. C. (2004). An acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Levin, M., Plump, J. (2011). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavioral therapy.
- Hayes, SC., & Smith, S. (2005). Get out of your mind and into your life. Oakland, CA: NEW Harboring.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther 2006; 44(1): 1-25.
- Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press; 2010.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006; 44(1):1-25.
- Kabat - Zinn, J. (1994). Wherever you go there you are. NEW YORK: Hyperion.
- Kanter, RC. Baruch, DE. Gaynor, ST.(2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for treatment of depression: description and comparison. The behavior analyst, 29, 161- 185.
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1989) toward motivational and structural theory of ruminative thought. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), Unintended thought (pp. 306-326). New York: Guilford Press.
- Mei, y. (2010). the relationship between teaching transactional analysis theory and college students happiness: an empirical research. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 1, 1, 412-453.
- Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. Int J Psychol & Psychol Ther. 2006; (6):397-416.
- Prochaska J O, Norcross C.(2006). Psychotherapy theories. 4 ed. New York: Springer publication.
- Rippere, V. (1997) what s the think to do when your s feeling depressed? a pilot study. Behaviors research and therapy, 15, 158_191.
- Stewart I. Transactional Analysis Counseling in Action (Counseling in Action series).3rd Ed, illustrated, revised. U.S.A.: SAGE Inc., 2007.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th edition, Lippincott, 2002.
- Teasdale JD, Barnard PJ. Affect cognition and change: Remodeling Depressive Thought .Hove: Erlbaum; 1993.

- Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, et al. Stages of change for healthy eating in
- Van Rijn, B. and Wild, C. (2013). Humanistic and integrative therapies for anxiety and depression: practice-based evaluation of transactional analysis, gestalt, and integrative psychotherapies and person-centered counseling. *Transactional Analysis Journal*, 43(2): 150-163.
- van Rijn, B., Wild, C. and Moran, P. (2011). Evaluating the outcomes of transactional analysis psychotherapy and integrative counseling psychology within UK primary care settings. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 2(2):34-43.
- Widson, M. (2014). Transactional Analysis Psychotherapy for a Case of Mixed Anxiety & Depression: A Pragmatic Adjudicated Case Study 'Alastair'. *International journal of transactional analysis research*.
- Widdowson, M. (2012a). TA treatment of depression - a hermeneutic single-case efficacy design study - 'Peter'. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 3(1): 3-13.
- Widdowson, M. (2012b). TA treatment of depression - a hermeneutic single-case efficacy design study - 'Denise'. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 3(2): 3-14.
- William, E. Kelly and et al(1999). Gender differences in depression among college student, college student journal, issue: March.
- Wyshak, G. (2001). Women's college physical activity and self – report of physician-diagnosed depression and of current symptoms of psychiatric distress, J. womens health gen. Based med. May: 10(4): pp: 363-370.
- National institute of mental health. (2003). internet, "talk listen". Org. statistics.
- Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ.(2009). Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes Spectr*; 22(4): 226-30.
- Wagner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34- 52.
- Wilson, K. G., & Hayes, S. C. (1996). Resurgence of derived stimulus relations. *Journal of the experimental Analysis of Behavior*, 66,267- 281.
- United Nations report. (2003). Global situation of youth shows chaning trend. Internet. UN. Org. event. Youth.