Clinical Psychology Achievements

https://jacp.scu.ac.ir/
ISSN (P): 2538-5755
ISSN (E): 2588-6126
Received: 25 May 2023
Accepted: 26 July 2023

Research Article

D10: 22055/jacp.2024.46929.1381

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Psychotherapy on Fear of Negative Evaluation and Rumination in Adolescents with Isolation Syndrome-Depression

Nazanin Nikpeik[1*], Mahdi Akbari[2]

1. MA, Department of Clinical Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran

Citation: Nikpeik, N. and akbari, M. (2024). The effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy on fear of negative evaluation and rumination in adolescents with isolation syndrome-depression. *Clinical Psychology Achievements*, *10*(2), 69-84

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy on fear of negative evaluation and rumination in adolescents with isolation syndrome-depression. Method: The present study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with a control group in terms of data collection and analysis. The statistical population of this study included all adolescents with IDS in a child and adolescent clinic located in the first quarter of 1401. The statistical sample of the present study was selected by voluntary sampling of 30 people (15 in the experimental group and 15 in the control group). In order to collect research data from the standard questionnaire scale, the standard questionnaire of the Fear of Negative Assessment Questionnaire (Watson and Friend,, 1969), the rumination questionnaire (Nolen Hooksma, 1991) and the Depression Questionnaire (Beck, 1961). Data analysis was performed using multivariate analysis tests and research hypotheses were analyzed using SPSS software. Findings: The results of multivariate analysis of covariance (Mankova) showed that with pre-test control, there was a significant difference between the mean scores of experimental and control groups in terms of fear of negative evaluation in the post-test. Therefore, participating in cognitive-behavioral therapy classes with pre-test score control is effective on the fear of negative evaluation in adolescents with withdrawn and depressed syndrome. Conclusion: According to the results of this study, the conclusion is that cognitive-behavioral therapy has a positive and direct effect on fear of negative evaluation and rumination in adolescents with withdrawal syndrome and depression.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy; Fear of negative evaluation; Rumination; Isolation and depression syndrome

* **Corresponding Author**: Nazanin Nikpeik
E-mail: nikpeik_nazanin@yahoo.com

© 2023 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

مقاله پژوهشی

https://jacp.scu.ac.ir/
ISSN (P): 2538-5755
ISSN (E): 2588-6126
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۰۴

Doi: 10.22055/jacp.2024.46929.1381

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی

نازنین نیک پیک[۱*]، مهدی اکبری[۲]

۱. کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی بالینی، واحد آیت‌الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران
۲. استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی شهرستان بروجرد بود. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه آماری پژوهش حاضر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه تعداد ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش یک،۱۵ نفر گروه آزمایش دو و ۱۵ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه استاندارد ترس از ارزیابی منفی، پرسشنامه نشخوار فکری و پرسشنامه افسردگی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل کواریانس صورت گرفته است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نمره‌ی ترس از ارزیابی منفی در پس‌آزمون وجود دارد. پس شرکت در کلاس‌های درمان شناختی رفتاری با کنترل نمره پیش‌آزمون، بر ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیر و افسرده اثربخش است. شرکت در کلاس‌های درمان شناختی رفتاری با کنترل نمره پیش‌آزمون، بر نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیر و افسرده اثربخش است. درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری و افسردگی تأثیر مثبت و مستقیمی دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، ترس از ارزیابی منفی، نشخوار فکری، گوشه‌گیری و افسردگی، نوجوان گوشه‌گیر

* **نویسنده مسئول**: نازنین نیک پیک
رایانامه nikpeik_nazanin@yahoo.com

مقدمه

افسردگی یکی از بیماری‌های شایع قرن جدید است و یکی از معروف‌ترین و شناخته شده‌ترین حالت بشر است و در تمامی جهان روندی فزاینده دارد شیوع اختلال افسردگی اساسی در یک سال در ایالت متحده تقریباً ۷٪ است، که با توجه به گروه‌های سنی تفاوت دارد، مثلاً میزان شیوع در افراد ۱۸ تا ۲۹ ساله سه برابر بالاتر از افراد ۶۰ ساله یا بالاتر است. زنان ۱/۵ تا ۳ برابر میزان بالاتر از مردان این اختلال را تجربه می‌کنند که معمولاً در اویل نوجوانی شروع می‌شود (Fisher & wells, 2005). دو نوع رویداد مهم در افسردگی شامل فقدان و شکست است افسردگی بر جنبه‌های هیجانی، رفتاری، شناختی، و فیزیکی فرد تأثیر می‌گذارد. سمپتوم‌های هیجانی و انگیزشی شامل تجارب هیجانی مانند غمگینی، نومیدی و... بی‌انگیزگی، عدم علاقه به کارها و عدم لذت، کاهش میل جنسی و... سمپتوم‌های شناختی شامل احساس بی‌فایدگی و تهی بودن و ناامیدی، باورهای بدبینانه، فکر کردن به خودکشی، ناتوانی تمرکز، تصمیم‌گیری و... علامت‌های رفتاری شامل آهستگی گفتار و رفتار، خستگی، کم تحرکی روانی حرکتی در اکثر افراد و گاهی برعکس پرتحرکی روانی حرکتی، شلخته و کثیف بودن و اهمیت ندادن به بهداشت و ... علامت‌های فیزیولوژیکی شامل کاهش یا افزایش اشتها و وزن، یبوست، اختلالات خواب که باعث کسلی می‌شود، کم‌خوابی یا پرخوابی، اختلال سیکل ماهیانه (افزایش دوره و عدم پریود شدن، کاهش حجم مایعات)، کاهش برانگیختگی جنسی است طول مدت دوره این اختلال حداقل دو هفته است و باید حداقل یکی از ملاک‌های خلق افسرده یا از دست دادن علاقه باید وجود داشته باشد خلق افسرده شامل غم و نومیدی یا غم و نومیدی و احساس خلأ می‌باشد خلق افسرده در کودکان ممکن است به شکل زودرنجی و تحریک‌پذیری نشان داده شود (راهنمای تشخیصی آماری، (translated by Rezaei, 2018).

گوشه‌گیری و تمایل به انزوا یکی از علائم افسردگی است که عوامل مختلفی می‌توانند در بروز آن نقش داشته باشند. از جمله این عوامل می‌توان به وجود مشکلاتی نظیر ناتوانی در لذت بردن از جمع، کاهش اعتماد به نفس، فقدان انرژی، بی‌حوصلگی و احساس غمگینی در اکثر اوقات روز اشاره کرد. در این شرایط هرچقدر افراد بیشتر به سمت تنهایی کشیده می‌شوند، علائم افسردگی نیز با شدت بیشتری در آن‌ها بروز می‌یابند؛ در نتیجه در سیکل معیوبی گرفتار می‌شوند. به‌طوری که هرچقدر افسردگی شدت می‌یابد، گوشه‌گیرتر می‌شوند و این گوشه‌گیری خود به افسردگی شدیدتر می‌انجامد. افسردگی در نوجوانی با عود زیاد در بزرگسالی ناتوان‌کننده است، اما مکانیسم پاتوفیزیولوژیک آن همچنان مبهم است. نوجوانی، آشفتگی همراه با عدم تعادل در بلوغ مغزی بین نواحی زیر قشری و جلوی مغز است (Casey, 2020). اختلال افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder)(MDD) در دوران نوجوانی با اختلال عملکردی شدید، خودکشی و میزان عود بالا در بزرگسالی همراه است (Thapar et al., 2018). افسردگی نوجوانان، یک مشکل مهم بهداشت عمومی است که کمتر شناخته‌شده و درمان‌نشده است. تنها ۵۰٪ موارد شناسایی می‌شوند، و از ۲ میلیون نوجوان آمریکایی که سالانه مبتلا به افسردگی تشخیص داده می‌شوند، تنها یک اقلیت (۳۸٪) درمان می‌شوند. افسردگی نوجوانان درمان‌نشده منجر به پیامدهای نامطلوب بسیاری از جمله خودکشی، سومین علت مرگ و میر در میان نوجوانان ایالات متحده می‌شود. شناسایی زودهنگام افسردگی فرصت مهمی برای پیشگیری از عوارض و مرگ و میر مرتبط با افسردگی و خودکشی است (Elis et al., 2020).

برخی از مطالعات نشان داده‌اند که اختلال اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Disorder) در نوجوانان با مسائل و مشکلات بی‌شماری از قبیل برانگیختگی‌های فیزیولوژیک و پاسخ‌های دستگاه قلبی- عروقی تفسیر سوگیرانه از موقعیت‌های اجتماعی مبهم نارسایی‌های عملکرد اجتماعی کنش‌وری اجتماعی ضعیف و ادراک‌های منفی رابطه دارد اختلال اضطراب اجتماعی را الگوی پایداری از ترس‌های اجتماعی می‌داند. اختلال اضطرابی اجتماعی اختلالی شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است. ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس آشکار و مستمر از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی است که شخص در معرض دید اشخاص ناآشنا، یا احتمالاً در معرض توجه دیگران قرار می‌گیرد. فرد از این واهمه دارد کاری انجام دهد که موجب تحقیر یا شرمندگی او شود. قرار گرفتن در معرض موقعیت‌های اجتماعی ترس‌آور

در آن‌ها تقریباً همیشه به اضطراب منجر می‌شود. ترس از ارزیابی منفی (Fear of negative evaluation)، به ترس و نگرانی نوجوانان درباره ارزیابی‌های منفی دیگران اشاره دارد. این در حالی است که اجتناب اجتماعی بیان‌کننده بازداری رفتاری در تعامل‌های اجتماعی و نقطه مقابل آرمیدگی اجتماعی به‌معنای تجربه آرامش برای مواجهه با دیگران در نظر گرفته می‌شود (Cited in Gharavand et al., 2011 ؛Engels et al., 2010 ؛Puklek & Videc, 2008).

یافته‌های پژوهش (Abbasi et al.,(2020، نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش آموزان منجر به افزایش مهارت‌های اجتماعی در دانش آموزان شده که برخورداری از این مهارت‌ها سبب کاهش رفتار سکوت کلاسی، ترس از ارزیابی منفی و کمرویی دانش آموزان در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود.

برخی افراد، برای رهایی از اضطراب به نشخوار فکری (Rumination) پناه می‌برند (Azargoon, 2009). از متغیرهای مرتبط با اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری است. این عامل در اختلال‌هایی مانند وسواس فکری- عملی (Obsessive-Compulsive Disorder (OCD))، افسردگی، اضطراب فراگیر (Generalized Anxity) و اختلال استرس پس از سانحه Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) بررسی شده است، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نمره‌های نشخوار فکری بر اساس مقیاس پاسخ‌های نشخواری، با میزان اضطراب و علائم مختلط اضطراب و افسردگی رابطه مستقیم دارد (Nolen-Hoeksema, 2000)، که منجر به رشد درمان‌های مبتنی بر نشخوار فکری و فراشناختی بر اختلال‌های اضطرابی شده است (Bahadori et al., 2011). نشخوار فکری به‌عنوان پاسخی به رویدادها تعریف شده است که شامل تمرکز منفعل و تکراری در نشانه‌های این رویداد و تلاش برای یافتن دلایل و پیامدهای این رویداد است (Lyubomirsky, 2008).

نشخوار فکری طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص و معمولی می‌گردد، بدون آنکه تقاضاهای محیطی فوری، وابسته به آن‌ها باشد و جنبه تکراری دارند؛ بر علل و نتایج علائم متمرکزند و مانع حل مسئله ناسازگارانه شده و به افزایش افکار منفی می‌انجامد. افکار ناخواسته یا مزاحم، مشکل اصلی افراد مضطرب است، زیرا احساس تهدید و هیجان منفی برای آن‌ها دائمی شده است. در سال‌های اخیر نشخوار فکری، به‌عنوان یک مؤلفه مهم در افسردگی به‌طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (Watkins & Baracaia, 2001).

یکی از شیوه‌های متداول روان‌درمانی برای درمان افسردگی و اضطراب، درمان شناختی- رفتاری است که امروزه، کاربرد وسیعی دارد و بسیاری از آن‌ها به مواردی مربوط می‌شوند که با استفاده از سایر روش‌ها نمی‌توان آن‌ها را به‌سادگی و به طرز مؤثری درمان کرد. این موارد عبارت از اختلال‌های اضطراب و افسردگی، اختلال‌های خورد و خوراک برخی از مسائل جسمی، جنبه‌هایی از ناتوانی‌ها در بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی مزمن و نیز مسائل جنسی و زناشویی است (Chahun, 2013). یکی از این مداخلات، روان‌درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری می‌باشد. درمان شناختی رفتاری بر اقدامات تنظیم شده و خیلی قاعده‌مند به شخص می‌آموزد که الگوهای نابهنجار عمل و رفتار را جستجو کرده و تشخیص داده و تحلیل کند و به‌محض اینکه این الگوهای بی‌فایده تشخیص داده شوند درمان‌کننده به بیمار می‌آموزد، چگونه با آن‌ها مبارزه کرده و افکار و رفتارشان را بازسازی کنند. در این روش با ارائه‌ی اطلاعات مناسب به بیماران و گسترش دانش مراجعان که می‌تواند به ارتباط بهتر زوجین و تغییر نگرش‌های آن‌ها کمک کند شامل موارد زیر یا دیگر جنبه‌های ضروری باشد (Feili et al., 2012).

پژوهش‌های جوادی، گل پرور، ایزدی (۲۰۲۰) نشان داد که درمان‌های غیرفعال سازی حالت خانواده محور، شناختی- رفتاری و پذیرش تعهد از زمره درمان‌هایی هستند که می‌توانند افسردگی و اضطراب نوجوانان را درمان کنند. تفکر افسردگی‌زای بیماران، آن‌ها را از حل مسائل باز می‌دارد، هدف اصلی درمان پیدا کردن راه‌حل‌هایی برای مسائل بیمار با استفاده از راهبردهای شناختی- رفتاری است نه اینکه صرفاً به بیمار کمک شود و دارای تفکر منطقی گردد. لذا درمان شناختی- رفتاری را می‌توان نوعی حل مسأله در نظر گرفت که هدف کوتاه مدت آن تسکین نشانه‌های افسردگی و هدف دراز مدت آن استفاده از راهبردهای حل مسائل برای حل مشکلات زندگی و کاهش برهه‌های افسردگی در آینده است.

مرور پیشینه پژوهشی در ایران نشان می‌دهد که مداخلات شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی در ایران و خارج از کشور تأثیر متفاوتی داشته است و نتایج کمی ابهام دارد. برخی مطالعات در ایران گزارش دادند که مداخلات شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی تأثیر کمی داشته است (Alaedini et al., 2016؛ Aghaei et al.,2012). برخی مطالعات خارجی همانند نتایج مطالعه فرا تحلیل (Li et al., 2022) اندازه اثر بالا را گزارش کردند. برخی مطالعات دیگر نیز اندازه اثر متوسط (Yousefi et al., 2008؛ Dehghani et al., 2020؛ و برخی مطالعات اندازه اثر بالایی را گزارش کردند (Ebrahimi, 2007؛ asl fatahi et al., 2014؛ Moayedfar et al., 2020؛ Soleymani et al., 2012، ۱۳۹۰؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ Kamarzarin, 2012؛ Aghaei, 2017؛ Dastani et al.,2022).

پژوهشی دیگر توسط Ershadi Manesh (2021) به‌منظور مقایسه کنترل شده اثربخشی درمان حل مسأله خلاق و درمان شناختی رفتاری در افسردگی نوجوانان انجام گرفته است. یافته‌های پژوهش بیانگر بهبود معناداری در کاهش افسردگی و خلق و احساس بعد از مداخله در نوجوانان افسرده بود.

پژوهشی دیگر توسط Robert et al. (2018) به منظور درمان رفتاری شناختی خانواده محور گروهی برای اختلال وسواس فکری عملی در کودکان انجام گرفته است. این پژوهش نشان می‌دهد GF-CBT به شکلی معنادار طیف گسترده‌ی دامنه‌های کودک و نوجوان/ خانواده‌ها را بهبود می‌دهد که فراتر از شدت علائم OCD هستند و از تکالیف خانگی به عنوان بخشی از درمان اصلی حمایت می‌کند.

پروتکل درمان شناختی رفتاری برای افسردگی شامل آموزش روان‌شناختی بیمار، بازسازی شناختی افکار منفی و غیرواقع‌بینانه در مورد خود، زندگی و آینده و استفاده از تکنیک‌های رفتاری برای افزایش سطح فعالیت بیمار، آموزش مهارت‌های حل مسئله و بهبود روابط بین فردی است. در این درمان روی شیوه تفکر افراد که ممکن است در بروز و تداوم افسردگی نقش داشته باشد، کار می‌شود چون تحقیقات نشان می‌دهد شیوه‌ای که ما در مورد اتفاقات مختلف و حوادث زندگی فکر می‌کنیم روی احساسات و رفتار ما اثر می‌گذارد؛ و علاوه بر آن مهارت‌هایی به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا بتوانند سطح فعالیت خود را افزایش دهند و مشکلات و استرس‌های زندگی را به‌صورت مؤثری حل کنند (Biatiani, 2019).

بنابراین، با توجه به شیوع بالا و پیامدهای منفی افسردگی و اضطراب در نوجوانان در روابط شخصی، اجتماعی، تحصیلی و ... که به بی‌تعادلی روانی و رفتاری در فرد مبتلا منجر می‌شود، لازم و ضروری است که با یک شیوه‌ی درمانی مناسب و مفید درمان شود. با توجه به مطالب بیان شده، همچنین از آنجایی که تاکنون در کشور پژوهشی که به صورت همزمان به بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی پرداخته نشده است. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گری

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابراست؛ زیرا پژوهش از نوع طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون یکی از روش‌های تحقیق تجربی (نیمه آزمایشی) است که تفاوت میان دو گروه (کنترل و آزمایش) از جامعه مورد مطالعه را بر اساس اثربخشی یک متغیر آموزشی بررسی می‌کند.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان مبتلا به سندروم گوشه‌گیری- افسردگی کلینیک کودک و نوجوان واقع در شهرستان بروجرد در سه ماهه اول سال ۱۴۰۱ است. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به‌صورت روش نمونه‌گیری داوطلبانه است. به شکلی که ابتدا غربالگری برای تشخیص افسردگی صورت گرفت و بعد از آن پژوهشگر به تعیین حجم نمونه پرداخت. با استناد به سوابق پژوهشی قبلی و کنترل عامل تهدیدکننده افت آزمودنی‌ها، نمونه مطالعه حاضر تعداد ۴۵

نفر نوجوان می‌باشند که به‌صورت تصادفی در دو گروه جایگزینی شدند. در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شده است. در این پژوهش به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (Fear of Negative Evaluation): این پرسشنامه ترس توسط واتسون و فرند، (۱۹۶۹) ساخته و شامل ۱۲ سؤال می‌باشد. در پژوهش صفاری‌نیا و قاسمی (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۷۶ به دست آمد که میزان مطلوبی است. همچنین نتایج پژوهش جهت تعیین روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصان حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه و تحلیل عاملی اکتشافی آن انجام شده است. در پژوهش شیروانی و همکاران (۱۳۹۶)، به‌وسیله بازآزمایی ۰/۷۱ به دست آمده است. این پرسشنامه از ۱۲ سؤال تشکیل شده است که ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۸۳/ است. نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مشارکت‌کنندگان مضطرب را از مشارکت‌کنندگان غیر مضطرب جدا می‌کند. پایایی در نمونه بالینی بسیار خوب بود (α=۰/۹۷) و همبستگی آزمون بازازمون ۰/۹۴ به دست آمد (Collins et al., 2005).

پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما (Nolen Hoeksma Rumination Questionnaire): این مقیاس خودگزارش‌دهی توسط نولن – هوکسما و مورو، (۱۹۹۱) ساخته شده است. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. این پرسشنامه ۲۲ عبارت ۴ گزینه‌ای لیکرت دارد و برای دست‌یابی به نشخوار فکری طراحی شده است. نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که RRS می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنار متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی کند. این پرسشنامه از ۲۲ سؤال تشکیل شده که شامل سه مقیاس است. مقیاس اول، بروز دادن یا بازتاب که شامل سؤالات ۷،۱۱،۱۲،۲۰،۲۱ است ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۹ است. مقیاس دوم، در فکر فرو رفتن که شامل سؤالات ۵،۱۰،۱۵،۱۶ می‌باشد که ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۱ است. مقیاس سوم، افسردگی که شامل سؤالات ۱ تا ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۲ می‌باشد که ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۶ است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۷۸ است.

ابزار افسردگی (Depression Questionnaire): پرسش‌نامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. به این ترتیب که ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی ای. تی. بک A. T. Beck، وارد مندلسونWard Mendelson، Mock و Erbaugh معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. به عبارت دیگر این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال و سه مقیاس است. مقیاس اول، علائم جسمانی که شامل سؤالات ۸-۱ می‌باشد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۸ است. مقیاس دوم، علائم رفتاری که شامل سؤالات ۱۶-۹ می‌باشد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۱ است. مقیاس سوم، علائم شناختی که شامل سؤالات ۲۱-۱۷ می‌باشد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۹ است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۲ است. Alipoor et al. (2006) نشان دادند که پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی به فاصله دو ماه با ۵۰ آزمودنی با همبستگی بین دو بار اجرا ۰/۷۲ بود.

پروتکل درمانی شناختی- رفتاری

مداخله شناختی- رفتاری طی ۱۶ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای به صورت دو جلسه در هفته طی ۸ هفته برای گروه آزمایش صورت خواهد گرفت. در گروه کنترل مداخله‌ای رایج اجرا خواهد شد. پس از گذشت یک ماه نیز مجدداً پس‌آزمون پیگیرانه (Followup) از هر دو گروه به عمل خواهد آمد.

جدول ۱. جلسات روان‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری

جلسه	رئوس محتوا (سرفصل مطالب)	نوع محتوا	اهداف	روش‌های تدریس	وسایل کمک‌آموزشی	روش ارزشیابی
جلسه اول	معرفی خود و معرفی اعضا به یکدیگر و توضیحات کوتاهی در مورد آشنایی با درمان شناختی- رفتاری	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه دوم و سوم	فعال‌سازی رفتاری	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه چهارم و پنجم	آموزش A-B-C و خطاهای شناختی	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه ششم و هفتم	آموزش مهارت‌های خودپاداشی و خودمراقبتی و دیگر پاداشی	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه هشتم و نهم	آموزش مهارت‌های ارتباطی- اجتماعی	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه دهم	چالش‌ورزی با خطاهای شناختی	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه یازدهم	شناسایی و چالش با مفروضه‌ها	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه دوازدهم و سیزدهم	مهارت حل مسأله	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه چهاردهم	کاهش نشخوار فکری	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه پانزدهم	شناسایی و چالش با باورهای مرکزی	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه
جلسه شانزدهم	آماده‌سازی برای اختتام درمان	عملی	اهداف آگاهی، فراهم کردن اطلاعات (پاسخ‌های گوشه‌گیری- افسردگی)	بحث‌های گروهی	پروتکل درمان شناختی- رفتاری- پاورپوینت	پرسشنامه

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش حاضر از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی‌داری مطالعه نیز (α = ۰/۰۵) است.

یافته‌ها

با توجه به نتایج جدول ۲، در آزمون‌های پیلایی (F=۱۱/۵۰۵)، ویلکلز (F=۱۱/۵۰۵)، هتلینگ (F=۱۱/۵۰۵) و بزرگترین ریشه روی (F=۱۱/۵۰۵)، در سطح P<۰/۰۵ معنادار شده‌اند. این یافته‌ها حاکی از آنند آزمودنی‌ها دست کم در یکی از

متغیرهای ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری با یکدیگر متفاوت هستند. بررسی نتایج در جدول ۴-۶ نشان می‌دهد که گروه یعنی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی، تأثیر معناداری داشته است (Hotelling's $F_{3,33}$= ۱۱/۵۰۵ ،P= ۰/۰۰۱).

جدول ۲. تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی تفاوت بین گروهی میانگین ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	ترس از ارزیابی منفی	۱۴۶۶/۵۳۴	۱	۱۴۶۶/۵۳۴	۱۹/۸۲۸	۰/۰۰۱*
	نشخوار فکری	۳۲۷/۳۹۱	۱	۳۲۷/۳۹۱	۱۰/۸۸۶	۰/۰۰۲*
خطا	ترس از ارزیابی منفی	۲۵۸۸/۷۰۳	۳۵	۷۳/۹۶۳		
	نشخوار فکری	۱۰۵۲/۵۶۳	۳۵	۳۰/۰۷۳		

*P ≤ ۰/۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) نشان داده است که با کنترل پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نمره‌ی ترس از ارزیابی منفی در پس‌آزمون وجود دارد (P= ۰/۰۰۱ و F1,35=۱۹/۸۰۸). پس شرکت در کلاس‌های درمان شناختی رفتاری با کنترل نمره پیش‌آزمون، بر ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی اثربخش بوده است و باعث کاهش علائم ترس از ارزیابی منفی شده است.

با کنترل پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نمره‌ی نشخوار فکری در پس‌آزمون وجود دارد (P= ۰/۰۰۲ و F1,35=۱۰/۸۸۶). پس شرکت در کلاس‌های درمان شناختی رفتاری با کنترل نمره پیش‌آزمون، بر نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی اثربخش است.

بنابراین، با اطمینان ۹۵ درصد فرضیه اصلی محقق تأیید می‌شود یعنی درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی تأثیر مثبت و مستقیمی دارد.

با توجه به نتایج جدول ۲، مشاهده شد که در گروه آزمایش، پیش‌آزمون ترس از ارزیابی منفی دارای میانگین ۵۷/۴ و انحراف استاندارد ۱۳/۲۱، پس‌آزمون ترس از ارزیابی منفی دارای میانگین ۴۳/۶۵ و انحراف استاندارد ۱۲/۳۲ می‌باشد. در گروه کنترل، پیش‌آزمون ترس از ارزیابی منفی دارای میانگین ۵۵/۶ و انحراف استاندارد ۱۲/۳۴، پس‌آزمون ترس از ارزیابی منفی دارای میانگین ۵۴/۵ و انحراف استاندارد ۱۵/۳۱ می‌باشد. لذا درمان شناختی رفتاری باعث بهبود ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایش شده است. ولی در گروه کنترل، از آنجایی که در کلاس‌های درمان شناختی رفتاری شرکت نداشته‌اند لذا بهبودی در ترس از ارزیابی منفی در پس‌آزمون حاصل نشده است.

حال که پیش فرض برای آزمون تحلیل کوواریانس برقرار شد به بررسی فرضیه می‌توان پرداخت:

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره روی میانگین نمرات پس‌آزمون نشخوار فکری و ترس از ارزیابی منفی دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	اندازه اثر
ترس س از ارزیابی منفی	گروه	۱۵۳۲/۸۳۵	۱	۱۵۳۲/۸۳۵	۲۱/۳۵۴	۰/۰۰۱*	۰/۳۶۶	٪۳۶/۶
	خطا	۲۶۵۵/۸۸۱	۳۷	۷۱/۷۸۱				
نشخوار فکری	گروه	۴۰۴/۴۱۴	۱	۴۰۴/۴۱۴	۱۲/۳۷۲	۰/۰۰۱*	۰/۲۵۱	٪۲۵/۱
	خطا	۱۲۰۹/۴۰۵	۳۷	۳۲/۶۸۷				

*P ≤ ۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نمره ترس از ارزیابی منفی در پس‌آزمون وجود دارد (Partial η2=۰/۳۶۶، P= ۰/۰۰۱ و F1,37=۲۱/۳۵۴)؛ بنابراین فرضیه معنادار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون پس از حذف احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود؛ بنابراین فرضیه معنادار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون پس از حذف احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. میزان تأثیر برابر با ۰/۳۶۶ می‌باشد، یعنی ۳۶/۶٪ شرکت در کلاس‌های درمان شناختی رفتاری با کنترل نمره پیش‌آزمون، باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری و افسردگی شده است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرضیه فرعی اول محقق تأیید می‌شود یعنی درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی مؤثر است.

با توجه به نتایج جدول ۳، مشاهده شد که در گروه آزمایش، پیش‌آزمون نشخوار فکری دارای میانگین ۲۲/۴ و انحراف استاندارد ۶/۲۴، پس‌آزمون نشخوار فکری دارای میانگین ۱۶/۶ و انحراف استاندارد ۶/۲۴ می‌باشد. در گروه کنترل، پیش‌آزمون نشخوار فکری دارای میانگین ۲۱/۲ و انحراف استاندارد ۵/۷۵، پس‌آزمون نشخوار فکری دارای میانگین ۲۱/۹۵ و انحراف استاندارد ۸/۸۸ می‌باشد. لذا درمان شناختی رفتاری باعث بهبود نشخوار فکری در گروه آزمایش شده است. ولی در گروه کنترل، از آنجایی که در کلاس‌های درمان شناختی رفتاری شرکت نداشته‌اند لذا بهبودی در نشخوار فکری در پس‌آزمون حاصل نشده است.

همچنین با کنترل پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نمره نشخوار فکری در پس‌آزمون وجود دارد (Partial η2=۰/۲۵۱، P= ۰/۰۰۱ و F1,37=۱۲/۳۷۲)؛ بنابراین فرضیه معنادار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون پس از حذف احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. میزان تأثیر برابر با ۰/۲۵۱ می‌باشد، یعنی ۲۵/۱ درصد شرکت در کلاس‌های درمان شناختی رفتاری با کنترل نمره پیش‌آزمون، باعث کاهش نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی شده است. لذا با اطمینان ۹۵ درصد فرضیه فرعی دوم محقق تأیید می‌شود یعنی درمان شناختی رفتاری بر علائم نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری-افسردگی تأثیر مثبت و مستقیمی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر علائم ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی مؤثر است. نتایج به دست آمده از فرضیه اول با یافته‌های مطالعات Rezapoor et al. (2019)، Zehtab Najafi et al. (20116)، Maddahi (2012)، Nicholas et al. (1989)، Trumpeter et al. (2018) همخوانی دارد. Zehtab Najafi et al. (2016) نشان دادند مداخله رفتاری- شناختی در کاهش ترس از ارزیابی منفی در پس‌آزمون تأثیر مثبت و مستقیمی دارد. Maddahi (2012) نشان دادند رفتار درمانی منطقی- هیجانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به مشکلات اضطرابی، مؤثر است و به نظر می‌رسد افراد اضطرابی موقعیت‌های بی‌ضرر را تهدیدآمیز ارزیابی کرده است. Nicholas et al. (1989) نشان دادند درمان‌های شناختی- رفتاری بر اختلالات اضطرابی و افسردگی مؤثر است. Trumpeter et al. (2018) نشان دادند بین ترس از ارزیابی منفی و افسردگی مثبت وجود دارد و این ارتباط در بین دختران قوی‌تر است. برای تبیین این نتایج باید گفت که کاهش ترس از ارزیابی منفی به دنبال درمان‌های رفتاری و شناختی تغییری است که رخداد آن پیش‌بینی می‌شود، زیرا ترس از ارزیابی منفی یکی از مؤلفه‌های اصلی اختلال اضطراب اجتماعی است و گفته می‌شود که اختلال اضطراب اجتماعی تا اندازه‌ای گونه‌ای پاسخ به ارزیابی منفی توسط دیگران است که فرد مبتلا آن را درک می‌کند. سازه ترس از ارزیابی منفی، دربرگیرنده بخش‌هایی از جمله افکار، چشم‌داشت‌ها، داوری‌های اجتماعی منفی و رفتارهای شرم‌آور است و بنابراین کاهش آن در روند درمان می‌تواند یکی از نشانگرهای خوب برای میزان بهبود فرد مبتلا به علائم ترس از ارزیابی منفی باشد؛ بنابراین تغییر خودپنداره باعث تغییر اسنادهای دیگران خواهد شد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند خودپنداره را به خصوص با هدف قرار دادن عبارات خود انتقادی بهبود بخشد.

درمان شناختی رفتاری بر علائم نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری-افسردگی مؤثر است. نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعات Taheri Daghiyan et al. (2019)، Rezapoor et al. (2019)، Maddahi (2012)، و Sonja et al. (2011) همخوانی دارد. Dehghani et al. (2020) نشان دادند نشخوار فکری با افسردگی رابطه دارد و همچنین افسردگی از عوامل گوناگونی تأثیر می‌پذیرد که در این میان می‌توان به پذیرش و عمل، نشخوار فکری و تحمل پریشانی اشاره نمود. Taheri Daghiyan et al. (2019) نشان دادند درمان شناختی رفتار در کاهش میزان اضطراب و نشخوار فکری تاکید داشته‌اند. Rezapoor et al. (2019) نشان دادند درمان رفتاری بر کاهش نشخوار فکری زنان افسرده تأثیر معنی‌داری دارد. Maddahi (2012) نشان دادند رفتار درمانی منطقی- هیجانی بر میزان نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به مشکلات اضطرابی، مؤثر است؛ و Sonja et al. (2011) نشان دادند درمان مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری بر اختلالات اضطرابی کودک مؤثر است. برای تبیین این نتایج باید گفت که درمان شناختی رفتاری با تاکید بر مؤلفه‌های شناختی از جمله نگرش‌ها و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای بر جایگزین کردن ارزیابی‌های شناختی غیر واقع‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع نگرانه‌تر دارد. این جایگزینی به واسطه افزایش بینش و آگاهی فرد در درک ارتباط بین راه اندازنده‌های وابسته به موقعیت و شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش وری مناسب، است. همچنین این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار ناخواسته، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی شده است.

نتایج کلی پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری و افسردگی مؤثر است. نتایج به دست آمده از فرضیه اصلی پژوهش با یافته‌های مطالعات Dehghani et al. (2020)، Taheri Daghiyan et al. (2019)، Zehtab Najafi et al. (2016)، Maddahi (2012)، Nicholas et al. (1989)، Trumpeter et al. (2018) و Sonja et al. (2011) همخوانی دارد. Dehghani et al. (2020) نشان دادند نشخوار فکری با افسردگی رابطه دارد و همچنین افسردگی از عوامل گوناگونی تأثیر می‌پذیرد. Taheri Daghiyan et al. (2019)، نشان دادند درمان شناختی رفتار در کاهش میزان اضطراب و نشخوار فکری تاکید داشته‌اند. Rezapoor et al. (2019) نشان دادند درمان رفتاری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری زنان افسرده تأثیر معنی‌داری دارد. Zehtab Najafi et al. (2016) نشان دادند مداخله رفتاری- شناختی در کاهش اضطراب صفت نشان داد، همچنین در کاهش ترس از ارزیابی منفی تفاوت معناداری را نشان داد. Maddahi (2012) نشان دادند رفتار درمانی منطقی- هیجانی بر میزان افسردگی و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به مشکلات اضطرابی، مؤثر است و به نظر می‌رسد افراد اضطرابی موقعیت‌های بی‌ضرر را تهدیدآمیز ارزیابی کرده است. Nicholas et al. (1989) نشان دادند درمان‌های شناختی- رفتاری بر اختلالات اضطرابی و افسردگی مؤثر است. Trumpeter et al. (2018) نشان دادند بین ترس از ارزیابی منفی و افسردگی مثبت وجود دارد و این ارتباط در بین دختران قوی‌تر است. Sonja et al. (2011) نشان دادند درمان مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری بر اختلالات اضطرابی کودک مؤثر است. برای تبیین این نتایج باید گفت که اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر اضطراب، ترس و نشخوار فکری در نوجوانانی که دارای افسردگی موجب کاهش علائم از سطح شدید به سطح خفیف اختلالات شده است. همچنین در تبیین این نتایج می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری، دستیابی به ثبات رفتاری و پردازش، یک روش غیر دارویی و مجموعه‌ای از فنون برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر، نحوه زندگی و تغییر رفتار است. همچنین در این خصوص اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر روی نشخوار فکری و ترس از ارزیابی منفی نیز می‌توان گفت که یکی از اهداف این درمان، کاهش نشخوار فکری افسرده‌ساز از طریق تمرکز فرد بیمار بر فعالیت‌های محیطی و کاهش اضطراب و ترس از افکار منفی می‌باشد.

فرض اساسی درمان شناختی و رفتاری این است که تغییر دادن هیجان‌ها به‌طور مستقیم دشوار است، پس CBT با تغییر افکار و رفتارهایی که هیجان‌های ناراحت‌کننده را به بار می‌آورند، هیجان‌ها را هدف قرار می‌دهد. CBT، مجموعه‌ای از مهارت‌ها به وجود می‌آورد که فرد را قادر می‌کند تا از افکار و هیجان‌ها آگاه باشد؛ تشخیص دهد که چگونه موقعیت‌ها، افکار و رفتارها بر هیجان‌ها اثر می‌گذارند؛ و از طریق تغییر افکار و رفتارهای ناکارآمد، احساسات را اصلاح کند. فرایند

کسب مهارت در CBT، مشارکتی است. کسب مهارت و محول کردن تکلیف خانگی، چیزهایی هستند که CBTرا از «درمان‌های گفت و گویی» جدا می‌کنند. درمانگر باید از زمان جلسه برای آموزش مهارت‌هایی که هدفشان مشکل فعلی است استفاده کند و نه فقط برای بحث با بیمار درباره‌ی موضوع و یا نصیحت کردن او. علائم نشخوار فکری و ترس از ارزیابی منفی جزو مشخصه‌های بدکارکردی ذهن است که مستقیماً با مبنای نظری رویکرد درمان شناختی و رفتاری ارتباط دارد. از طرف دیگر درمان شناختی و رفتاری نوعی درمان است که به تغییر تحریف شناختی می‌پردازد. در درمان شناختی رفتاری تأثیر افکار بر اعمال مورد توجه قرار می‌گیرد و زمینه تغییر را برای رویکرد سالم‌تر و بهبود وضعیت زندگی نوجوانان را فراهم می‌کند (E. Cooley, & L.Tetten, 2015).

در پروتکل جلسات درمان شناختی_رفتاری این تحقیق محقق در جلسه اول، با تعیین اهداف درمانی و ارائه توضیح کلی درباره درمان شناختی_رفتاری درمان را شروع می‌کند. در جلسه دوم و سوم یعنی فعال‌سازی رفتاری، شناسایی آماج‌های رفتاری صورت می‌گیرد که مراحل اجرای آن شامل آشنایی با انواع فعالیت‌های روزانه نرمال، کمبودها و بیش بودهای رفتاری، جداسازی رفتار از هیجان و تشویق بیمار برای افزایش رفتارهای مؤثر و برآمده از ارزش‌ها می‌شود. در جلسه چهارم و پنجم آموزش A-B-C که محقق بیمار را از سه بعد رفتاری، فیزیولوژیکی و عاطفی مورد سنجش قرار می‌دهد و همچنین شناسایی خطاهای شناختی صورت می‌گیرد. بعد از جلسه پنجم به بیمار تکلیف خانگی داده می‌شود از جمله: ثبت افکار و خلق، دسته‌بندی افکار خودآیند، شروع به برنامه‌ریزی پاداش و زمان‌بندی فعالیت، افزایش خود پاداش‌دهی. در جلسه ششم و هفتم آموزش مهارت‌های خود پاداشی به صورت کلامی و غیر کلامی، مهارت‌های خود مراقبتی به صورت بهداشتی-آرایشی-سلامتی و مهارت‌های دیگر پاداشی به صورت فیدبک مثبت به دیگران و کاهش عیب‌جویی انجام می‌شود. در جلسه هشتم و نهم با آموزش مهارت‌های ارتباطی-اجتماعی به بیمار همدلی، گوش کردن فعال، جرأت ورزی، مهارت‌های ایجاد ارتباط، تداوم ارتباط و اختتام ارتباط صورت می‌گیرد. در جلسه دهم به بیمار چالش ورزی با خطاهای شناختی از طریق چندین تکنیک مانند تکنیک پیوستار و سود و زیان آموزش داده می‌شود. در جلسه یازدهم به بیمار تکنیک‌های چالش ورزی مثل چالش با باید اندیشی (نباید هیچ اشتباهی بکنم)، تکنیک تمایز پیشرفت گرایی از کمال‌گرایی و تکنیک زمینه‌یابی (بررسی نظر دیگران در مورد قواعد، نگرش و بایدها) نشان داده می‌شود. در جلسه دوازدهم و سیزدهم برای حل مسئله ابتدا تعرف مسئله سپس ایجاد راه‌حل‌های مختلف و بعد تصمیم‌گیری درباره‌ی مناسب‌ترین راه‌حل و در آخر اجرای راه‌حل انتخابی و ارزیابی نتیجه صورت می‌گرد. در جلسه چهاردهم برای کاهش نشخوار فکری بیمار، ابتدا شناسایی نشخوار فکری سپس چالش ورزی با آن و استفاده از تکنینک هایی مثل سود و زیان و شوخی با نشخوار فکری و در آخر هم جایگزین کردن نشخوار فکری با فعال‌سازی رفتاری صورت می‌گیرد. در جلسه پانزدهم شناسایی طرحواره‌ها، چالش‌ورزی با طرحواره ها (تکنیک‌های شناختی و تجربه‌ای) مثل ارتباط مشکل فعلی با طرحواره‌ها و در آخر کمک به بیمار برای ایجاد و توسعه طرحواره های واقع بینانه به بیمار آموزش داده می‌شود. در جلسه شانزدهم بیمار را برای اختتام درمان آماده میکیم یعنی به بیمار برای تهیه منشور حقوقی خود کمک می‌کنیم، همچنین کمک به بیمار برای شناسایی مداخلات مؤثر و مداخلات بی‌تأثیر از دیدگاه او و تأکید بر درمان ضد نشخوار فکری و ضد ترس از ارزیابی منفی و پیگیری برای ادامه فعال‌سازی رفتاری از جمله اقدامات جلسه آخر درمان می‌باشد. با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری و افسردگی بود و با توجه به این که مطابق گستره‌ی نظری این پژوهش مشخص شد که یکی از علل گوشه‌گیری و افسردگی نوجوانان، ترس از ارزیابی منفی در آن‌ها است به مشاوران، روانشناسان و مددکاران اجتماعی پیشنهاد می‌گردد در مواجه با افراد خصوصاً نوجوانانی که دارای ترس از ارزیابی منفی تشخیص داده می‌شوند از روش‌های درمان شناختی رفتاری برای کنترل و درمان این عامل استفاده نمایند. با توجه به تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری در نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی پشنهاد می‌گردد ضمن توجه به بروز نشخوار فکری در موارد مواجهه با نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیر و افسرده، درمان شناختی رفتاری را برای آن‌ها اعمال نمایند.

تنها نوجوانان در بازه سنی ۱۲ تا ۱۷ دارای سندروم گوشه‌گیری-افسردگی در این پژوهش شرکت داده شدند. فشرده‌سازی دوره برگزاری مداخله و طولانی بودن زمان هر جلسه درمان شناختی رفتاری بود. محدود بودن جامعه به نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری و افسردگی در کلینیک آرامش در شهرستان بروجرد بود که این محدودیت تعمیم‌پذیری این پژوهش را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و نمی‌توان نتایج حاصل از این پژوهش را به همه جوامع گسترش داد. مشکل در ارتباط برقرار کردن با نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری افسردگی برای اجرای پروتکل درمانی. جمع‌آوری داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه بود زیرا با توجه به محدود بودن پاسخ‌های پرسشنامه می‌تواند سبب سوگیری و غیر واقع‌گویی در افراد مورد آزمون گردد. عدم اطلاع محقق از میزان علاقه و انگیزه آزمودنی‌ها (نوجوانان دارای سندروم گوشه‌گیری- افسردگی) جهت شرکت در جلسات روان‌درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری. تعداد پژوهش‌های داخلی کم خصوصاً در زمینه ترس از ارزیابی منفی بود که کار محقق را برای تبیین نتایج و مطابقت نتایج با مطالعات پیشین دشوار کرده است.

پیشنهاد می‌گردد نتایج این پژوهش به‌صورت پمفلت یا بولتن در مراکز مشاوره و درمان شهرستان بروجرد توزیع گردد. با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری (CBT) یک روش درمانی است که می‌تواند با تغییر تفکر و رفتارتان، در مدیریت مشکلات به شما کمک کند. لذا پیشنهاد می‌شود با برگزاری جلسات درمانی CBT منجر به کاهش نشخوار فکری و بروز افکار منفی شد. پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی، پزشکان و انجمن‌های حمایت از کودکان و نوجوانان دارای افسردگی و گوشه‌گیری، ضمن توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب، ترس و همچنین بروز افکار منفی و نشخوار فکری، این‌گونه جلسات را به‌طور منظم در انجمن و مراکز درمانی تشکیل دهند.

از آنجایی که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به کودکان و نوجوانان کمک کند تا مواردی از جمله افکار منفی و خودشکن، تکانشگری، مبارزه‌طلبی، کج‌خلقی‌ها و واکنش‌های منفی را با روش‌های بهبود تصویر از خود، مکانیسم‌های جدید مقابله‌ای و مهارت‌های حل مسأله جایگزین کنند، لذا به مسئولین، کلینیک‌های روان‌درمانی و... پیشنهاد می‌شود برای افراد دارای سنین پائین (کودکان و نوجوانان) از روان‌درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری استفاده شود.

منابع

Abbasi M., Maleki M., Romanian S., & Aalipour K. (2020). Investigate the effect of social skills training on reducing classroom silence, fear of negative evaluation and shyness of female students. *Education Strategies in Medical Sciences*, *13*(4) , 306-315. (Persian)

Aghaei, E., Abedi, A., & Jamali Pa Ghalee, S. (2012). Meta-analysis of effectiveness of cognition-behaviour interventions on rate of depression symptoms. *Clinical Psychology and Personality*, *10*(1), 69-80. (Persian)

Alaedini, H., Cheraghi, F., & Ranjbar, L. (2017). The effect of mindfulness training on self-efficacy and fear of negative evaluation in female students. *Sports Psychology*, *2*(25), 18-30. (Persian)

Alipoor, A., & Nori, N. (2006). A study on reliability and validity of the Depression-Happiness Scale in justice's staff of Isfahan city. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *8*(32), 85-96. (Persian)

Asl fatahi, B., & najarpoor, S. (2014). Relationship between personality dimensions and identity styles with internet use among male and female students. *Journal of Educational Psychology Studies*, *11*(19), 23-44. (Persian)

Azargoon, H., Kajbaf, M., Molavi, H., & Abedi, M. (2009). The effectiveness of mindfulness in reducing depressive rumination and university students. *Journal of Behavior*, *16*(34), 13-20. (Persian)

Bahadori, M. H., Kalantari, M., Molav, H., & Jahanbakhsh, M. (2011). The Effect of Metacognitive Therapy on Symptoms of Fear of Negative Evaluation in Patients Afflicted with Social Phobia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, *21*(84), 122-129. (Persian)

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *The beck anxiety inventry manual*. San Antonio, TX, Psychological Corporation.

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 5-37.

Biatiani, Z. (2019). *A scientific guide to treating depressive disorders based on cognitive-behavioral principles*. Tehran: Avaye Noor. (Persian)

Buher, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the english version. *Journal of Behave Research Therapy*, *40*(8), 931–945.

Casey, B. J., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2020). Braking and accelerating of the adolescent brain. *Journal of Research on Adolescence, 21*, 21–33.

Chambless, T. F., & Ollendick, J. (2001). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. Journal of social and clinical psychology, 23(1), 89-103.

Collins, K. A, Westra, H. A Dozois, D. J. A., & Stewart, S. H, (2005). The validity of the brief version of the fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 345-359.

Dastani, M., Abdoljabari, M., Jamshidi, M. A., Farhoush, M., & Farhoush, M. (2022). Effectiveness of religious cognitive-behavioral therapy in comparison with conventional cognitive-behavioral therapy in improving the affect and hope of patients with depression. *Journal of Pizhūhish Dar Dīn va Salāmat*, *8*(4), 113-128. (Persian)

E. Cooley, J., & L.Tetten, A. (2015). Therapists' guide to short-term cognitive behavioral therapy. Translated by Nasim Mousavi, Dr. Farid Barati Sadeh. Tehran: Roshd Publishing House. (Persian)

Ebrahimi, A., Molavi, H., Mousavi, G. H., Borna Manesh, A. R., & Yaghoubi, M. (2007). Psychometric properties, factor structure, clinical cut-off point, sensitivity and specificity of 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian patients with psychiatric disorders. *Journal of Research in Behavioral Sciences, 5*(1), 5-12. (Persian)

Ershadi Manesh S. (2021). A controlled comparison of the efficacy of creative problem solving therapy and cognitive behavioural therapy in adolescent' depression. *Journal of Psychological Science*, *20*(100), 485-501. (Persian)

Feili, A. R., Borjali, A., Sohrabi, F., & Farrokhi, N. (2012). The comparitive efficacy of cognitive–behavior therapy and teasdale mindfulness-based cognitive therapy of infertile depressed women's rumination. *Armaghane Danesh*, *17*(1), 14-21. (Persian)

Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive – compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Journal of Behavior Research and therapy, 43*(6), 821-829.

Gharavand, F., Shokri, O., Khodaei, A., Emraei, M., & Tolabi, S. (2011). Standardization, Validity and Reliability of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale for 12-18 Years Old Adolescents in Tehran. *Journal of Psychological Studies*, *7*(1), 65-96. (Persian)

Jamshidian QalehShahi, P., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2017). Comparing the effect of Iranian positive therapy and acceptance-commitment therapy on depression, anxiety and stress of infertile women in Isfahan city. *Journal of Health Promotion Management*, *6*(5), 8-16. (Persian)

Javadi, S., Golparvar, M., & Izadi, R. (2020). The effectiveness of family mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance-commitment therapy on depression and anxiety of adolescent girls with behavioral problems. *Ebnesina*, *2*(71), 4-14

Li, X., Laplante, D. P., Paquin, V., Lafortune, S., Elgbeili, G., & King, S. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 92*, 112-127

Lyubomirsky, N. (1993). Self-care properties of ruminating penetrating. Department of Psychology, Stanford University, California 94305-2130. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(2), 339-349.

Maddahi, M. E. (2012). Effectiveness of rational-emotional behavior therapy on depression and rumination in anxious individuals. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, *2*(4), 17-26. (Persian)

Mat, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., & Mayer, B. (2020). Mediating effects of Rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences, 39*, 1105-1111.

Moayedfar, H., Yaghubi, H., Hassan Abadi, H., & Mahdavian, A. (2020). Comparing the effects of rumination-focused cognitive-behavioral therapy and classic cognitive behavioral therapy on rumination and depression symptoms. *Journal of Disability Studies, 10* , 23-29. (Persian)

Nicholas, M. (1989). Self-efficacy and chronic pain. In *St Andrews: Annual Conference of British Psychological Society, 1989*.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/ depressive symptom. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504–511.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Re thinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400–424.

Porter-Vignola, E., Booij, L., Bossé-Chartier, G., Garel, P., & Herba, C. M. (2020). Emotional facial expression recognition and depression in adolescent girls:Associations with clinical feature. *Psychiatry Researc, 11*(3), 22-53.

Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16*(4), 233–248.

Rezaei, F. (2018). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).* Tehran: Arjmand. (Persian)

Rezapoor, Y. and zakeri, M. (2019). The effectiveness of holographic re-treatment on the meaning of life, fear of negative evaluation and rumination of depressed women. *Counseling Culture and Psycotherapy, 10*(39), 49-70. (Persian)

Robert, R., Selles, Laura Belschner, Juliana Negreiros, Sarah Lin, David Schubert, Katherine McKenney, Noel Gregorowski, Annie Simpson, Andrea Bliss, S.Evelyn Stewart. (2018). *Psychiatry Research, 260*(12), 116-122.

Soleymani, E., Zahed Babolan, A., Farzaneh, J., & Setoudeh, M.B.. (2012). A comparison of alexithymia and the social skills in students with and without learning disorders. *Journal of Learning Disabilities, 1*(1), 78-93. (Persian)

Sonja, I. (2011). Cognitive-behavioral therapy of patients with ptsd: Literature review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 165*(23), 208-216.

Srtang, A. G., & Chahun, S. (2013). Investigation effect of shift work on job burnout and depression, anxiety, stress scale in military personnel. *Iranian Journal of Health, Safety and Environment, 5*(3), 1077-1081.

State W.J.,Sagratti S.,Crawford C. (2019). Effects of Rumination and initial Severity on respons to cognitive therapy for depression. *Personality Psychology, 23*(3), 32-53

Taheri Daghiyan, A., Qasemi Motlagh, M., & Mehdian, H. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy on anxiety and rumination in depressed patients. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences, 62*, 264-274. (Persian)

Thapar, A. K. (2018). Depression in adolescence. The Lancet, 379(9820), 1056 1067. *Cognitive Thrapy and Research, 36*(4), 321-337.

Trumpeter, P., do Céu Salvador, M., Rijo, D., Santos, I. M., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2018). Measuring Evaluation Fears in Adolescence Psychometric Validation of the Portuguese Versions of the Fear of Positive Evaluation Scale and the Specific Fear of Negative Evaluation Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 49*(1), 46-62

Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy, 42*(23), 1037-1052.

Weimer, W. (1977). Aconceptual frame work for cognitive psychology: Motor theories of mind. In R. shaw & J. Branspord (Eds). Perceiving,acting and knowing (pp. 267-311). Hilladale, NJ: Eribaum.

Wells, A. (2009). *Meta cognitive Therapy for Anxiety and Depression.* New York: Guilford Press.

Westenberg, P. M., Gullone, E., Bokhorst, C. L., Heyne, D. A., & King, N. J. (2007). Social evaluation fear in childhood and adolescence: Normative developmental course and continuity of individual differences. *British Journal of Developmental Psychology, 25*(3), 471-483.

White, C. A. (2001). *Cognitive behavior therapy for chronic medical problems.* New York, Willy & Sons. pp: 33 -13.

Yousefi, Z., Bahrami, F., & Mehrabi, H. A. (2008). Rumination: beginning and continuous of depression. *International Journal Of Behavioral Sciences, 2*(1), 67-73. (Persian)

Zehtab Najafi, A. , Vaez Moosavi, S. M. K., & Taheri, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions on reducing competitive trait anxiety and fear of negative evaluation in athletes. *Sport Psychology Studies, 5*(18), 49-62. (Persian)

Zyromski, B. (2016). Utilizing Cognitive Behavioral Interventions to Positively Impact Academic Achievement in Middle School Students, thesis. North Carolina State University. *Journal of School Counseling, 12*(41), 22-35