

تحلیل رفتار متقابل بر ناامیدی ذهنی نوجوانان

محدثه جلالی^۱، هادی رشیدی^۱

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی.

نام نویسنده مسئول:

محدثه جلالی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تحلیل رفتار متقابل بر ناامیدی ذهنی نوجوانان افسرده انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان افسرده غیر بالینی منطقه ۴ شهر تهران بود. نمونه پژوهش به روش در دسترس انتخاب شدند که این تعداد در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش نیز پرسشنامه های ناامیدی بک (BHS) و نشخوار ذهنی نولن هوکسما (RRS) بود. افراد گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه تحت آموزش برنامه تحلیل رفتار متقابل اریک برگ قرار گرفت. روش تجزیه و تحلیل به روش تحلیل کوواریانس (Ancova) اجرا شد. در این پژوهش از برنامه نرم افزاری کامپیوتری SPSS استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش ناامیدی ($p < 0/001$) و نشخوار ذهنی ($p < 0/001$) نوجوانان افسرده غیر بالینی موثر است. نتیجه گیری: آموزش تحلیل رفتار متقابل با پیروی از اهداف خود مبنی بر افزایش آگاهی فرد از پویاییها موجب بهبود ناامیدی نوجوانان می شود.

واژگان کلیدی: تحلیل رفتار متقابل، ناامیدی، نوجوانان افسرده.

مقدمه

افسردگی^۱ یک اختلال خلقی است که هم در اثر عوامل تنش زای محیطی- اجتماعی و هم به علت وجود بیماری های مختلف جسمی به وجود می آید (هین، کوکا و هاگر^۲، ۲۰۱۵). همچنین تغییرات برخی از ترکیبات شیمیایی مانند سرتونین^۳ در دستگاه عصبی نیز در بروز این اختلال مؤثر تشخیص داده شده است. ضمن آنکه ابتلای فرد به سایر بیماری های روانی معمولاً با ظهور نشانه های افسردگی همراه است (مارتینسن، کندال، استارک و نیومر^۴، ۲۰۱۶). بنابراین می توان نتیجه گرفت که عوامل وسیعی در بروز این بیماری دخالت دارند و درست به همین علت است که میزان شیوع آن گسترش یافته است. عملاً چهار مجموعه نشانه در افسردگی وجود دارد: نشانه های هیجانی مانند احساس اضطراب و غم (که برجسته ترین و فراوان ترین نشانه هیجانی در افسردگی است)؛ نشانه های شناختی مانند نظر منفی نسبت به خود، دنیا و آینده؛ نشانه های انگیزشی مانند کندی روانی حرکتی و فلج شدن اراده و نشانه های جسمانی مانند از دست دادن اشتها، اختلال خواب، تغییرات وزنی، کاهش میل جنسی و آمادگی ابتلا به بیماری های جسمانی می باشد (ویرسینگ، شمسالدین، گاربر، هولون، کلارک و همکاران^۵، ۲۰۱۶).

توجه به این نکته حائز اهمیت است که رشد جسمی با رشد روانی، شناختی، اجتماعی همراه است. در واقع، تمامی جنبه های رشدی انسان در هم تأثیرگذارند. بدین معنی که، شناخت بر روان تأثیر گذاشته و هر دوی اینها با تأثیر از اجتماع بر سلامت جسمی اثرگذار هستند (پنانت، لوکاس، وایتینگتون، کرسول، فونگی و همکاران^۶، ۲۰۱۵). کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی غالباً تحریک پذیر، کناره گیری از خانواده ها و همتاهایشان و همچنین افت پیشرفت تحصیلی نشان می دهند که منجر به انزوای اجتماعی و برانگرمی گردد (چرخنده، ابوطالبی و جان هانت^۷، ۲۰۱۶). در علائم هسته ای افسردگی اساسی در میان نوجوانان و بزرگسالان شباهت های چشمگیری وجود دارد، هر چند عوامل رشدی در شکل بالینی آن تأثیر می گذارند (موسوی زاده و پزشک، ۱۳۹۱). اکثر کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی، رفتارهای خودکشی نشان نمی دهند. دو ملاک برای اختلالات خلقی در کودکی و نوجوانی عبارتند از: ۱- آشفتگی خلق^۸، نظیر افسردگی یا نشئه و ۲- تحریک پذیری^۹ (مرادی، شکری و دانشپور، ۱۳۹۶). افسردگی احساس غمگینی، ناکامی^{۱۰} و ناامیدی^{۱۱} در مورد زندگی همراه با از دست دادن علاقه به اغلب فعالیت ها و آشفتگی در خواب، اشتها، تمرکز و انرژی- شایع ترین مشکل روان شناختی نوجوانی است. تقریباً ۱۵ تا ۲۰ درصد نوجوانان یک یا چند دوره افسردگی اساسی داشته اند (عباسپور و پورسردار، ۱۳۹۴).

متأسفانه گرایش به بروز اولین وقوع افسردگی در سنین پایین تر گسترش یافته و درصد بالای نوجوانان مبتلا به افسردگی شدید، نگران کننده است (رحمانی و هاشمیان، ۱۳۹۵). در مقابل ناامیدی همان نگرش منفی نسبت به خود، دنیا و آینده است (ونگ^{۱۲}، ۲۰۰۸). پیامدهای ناامیدی در افراد مختلف متفاوت است اما به نظر می رسد تحمل ناامیدی برای کودکان و نوجوانان به مراتب دشوارتر باشد زیرا آنها توانایی کمتری در خلق یک دورنما دارند (نیگار و درمن^{۱۳}، ۲۰۱۰). کودک و نوجوان ناامید برای چالش با محیط تلاش نمی کند و در شرایط معین دچار ترس و اضطراب می شود (ویلیامز^{۱۴}، ۲۰۰۸). کودک و نوجوان ناامید اشتیاق اندکی دارد و از بی حسی، نقایص شناختی- اجتماعی، افسردگی، رفتار پرخاشگرانه، درماندگی و خودکنترلی اندک رنج می برد (زیمرمن^{۱۵}، ۲۰۰۸). تغییراتی که کارکرد خانواده را هدف می گیرند مانند طلاق یا فوت والدین می تواند فقدان ها و ناامیدی هایی را به همراه داشته باشد که بر زندگی کودکان اثراتی پایدار خواهد داشت (کرتنی، جانسون و آلبی^{۱۶}، ۲۰۰۸).

نگرانی پدیده شناختی طبیعی است که همه افراد آن را در وهله خاصی از زندگی تجربه می کنند (پاپاگئورگیو و ولز^{۱۷}، ۲۰۱۱). افزون بر این، نشخوار ذهنی طبقه ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص می گردد و بدون وابستگی به تقاضای محیطی، این افکار

1. depression

2. Hein, Koka & Hagger

3. serotonin

4. Martinsen, Kendall, Stark & Neumer

5. Weersing, Shamseddeen, Garber, Hollon, Clarke, Beardslee, et al.

6. Pennant, Loucas, Whittington, Creswell, Fonagy, Fuggle, et al.

7. Charkhandeh, Abu Talib & Jane Hunt

8. mood turmoil

9. Irritability

10. Frustration

11. despair

12. Wong

13. Nigar & Derman

14. Williams

15. Zimmerman

16. Courtney, Johnson & Alloy

17. Papageorgiou & Wells

تکرار می شوند. نشخوار ذهنی مجموعه ای از افکار منفعلانه هستند که جنبه تکراری دارند، و مانع حل مسئله سازگارانه شده و به افزایش عاطفه منفی می انجامد. این نوع تفکر در برخی اختلالات هیجانی نظیر وسواس اجباری و اضطراب فراگیر مشاهده می شود (نولن- هوکسما و دیویس^{۱۸}، ۲۰۰۰). افسردگی علاوه بر اینکه با شناخت های ناکارآمد در ارتباط است با نشخوار ذهنی نیز در ارتباط است (آدرگون و کجافت، ۱۳۸۶). بسیاری از پژوهش های همبستگی، آزمایشی و طولی نشخوار ذهنی را به دوره های طولانی مدت خلق افسرده ربط داده اند (ریپر^{۱۹}، ۲۰۱۵). در میان دیدگاه های مختلف روان شناسی، تحلیل رفتار متقابل از نظر عمق تئوری و کاربرد وسیع و متنوع آن بسیار برجسته می باشد (فتحی پور، ابراهیمی نژاد، خسروی، رضائیان و همکاران، ۱۳۸۹). رویکرد درمانی تحلیل رفتار متقابل توسط اریک نرن پایه گذاری شده و از نظر عملی بهترین شیوه گروه درمانی دانسته شده است (کازمکی، نشاط دوست و کجافت، ۱۳۹۱). این روش در درمان مسائل خانوادگی و ارتباطی و مسائل والدین یا نوجوانان، مشاجرات گروهی، منحرفان رفتاری و مبتلایان به الکل و مواد مخدر و بزهکاران نتایج سودمندی به همراه آورده است (کری^{۲۰}، ۲۰۱۵). گروه درمانی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل در یک زمینه گروهی که در آن اعضا می توانند طرح و دستورعمل زندگی خود را که از خاطرات اولیه شان نشات میگیرد در تعامل با یکدیگر تجربه کنند، بهترین درمان انتخابی برای این افراد است (علیپور، آفایوسفی و ادب دوست، ۱۳۸۸). یکی از قویترین استدلالها در تحلیل رفتار متقابل این است که گروه تجربه زنده ای را فراهم می آورد که اعضا، آن را با خود به خانواده، دوستان و جامعه ای که در آن زندگی می کنند، انتقال می دهند (نوبی نژاد، ۱۳۹۳). در مورد اثربخشی آموزش تحلیل رفتار متقابل^{۲۱} پژوهش متعددی انجام شده از جمله آن شوشتری همکاران (۱۳۹۵) به این نتایج دست یافتند که آموزش رفتار متقابل موجب بهبود تنظیم هیجانی، باورهای فراشناختی و همچنین کاهش نشخوار ذهنی در زنان گردید. همچنین کازیلو^{۲۲} (۲۰۰۶) در پژوهشی تحت عنوان کارکرد تحلیل رفتار متقابل در موقعیتهای کلینیکی و روانی به این نتیجه رسید که می توان از طریق تعلیم ارتباط متقابل به مراجعان در یک زمان کوتاه، در بهبود ارتباطات کمک کرد و همچنین می توان به کارایی افراد در موقعیتهای زندگی خانوادگی کمک نمود. همچنین ویدوسون^{۲۳} (۲۰۱۴) در بررسی اثر تحلیل رفتار متقابل بر روی افرادی که همزمان مبتلا به اضطراب^{۲۴} و افسردگی هستند، نشان داد که تحلیل رفتار متقابل میتواند نتایج درمانی اثربخشی داشته باشد. شفیع آبادی و سودانی (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که آموزش گروهی مبتنی بر تحلیل ارتباط متقابل موجب کاهش خشم و عصبیت دانش آموزان دختر پایه اول دبیرستان شد. با توجه به اهمیت رویکرد تحلیل رفتار متقابل در بهبود مهارتهای درون فردی و بین فردی افراد، پژوهشگران حاضر در پی پاسخ این سوال هستند که آیا آموزش گروهی تحلیل رفتار متقابل در ناامیدی و نشخوار ذهنی نوجوانان افسرده غیر بالینی تأثیر می گذارد؟

روش

در این پژوهش از روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان افسرده غیر بالینی بین سن ۱۶ تا ۱۸ منطقه ۴ شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۰ نفر از نوجوانان افسرده غیر بالینی منطقه ۴ شهر تهران بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای استفاده شد. به این صورت که از بین کلینیک های تخصصی و مراکز مشاوره واقع در منطقه ۴ شهر تهران به صورت تصادفی یک مرکز مشاوره انتخاب شد و پس از انتخاب نمونه افراد در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. افراد نمونه با تشخیص متخصص مربوطه کلینیک و بعد از سنجش میزان افسردگی و در صورت کسب حداقل نمره افسردگی (پرسشنامه افسردگی بک BDI-II^{۲۵} را در اختیار نوجوانان قرار گرفت و به منظور همگن و همسطح بودن نوجوانان از نظر میزان افسردگی، تنها نوجوانانی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که وضعیت افسردگی آنها در سطح جزئی (نمره ۰ تا ۱۳) تعیین گردید) و در صورت رضایت افراد به عنوان نمونه انتخاب شدند. میزان ناامیدی در پژوهش حاضر به وسیله پرسشنامه ناامیدی بک (BHS)^{۲۶} مورد سنجش قرار گرفت که توسط آرون تی بک ساخته شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۰ سوالی است که فرد باید با خواندن هر آیتیم پاسخ درست یا غلط به آن بدهد. این پرسشنامه سه بعد ناامیدی فرد را می سنجد: احساس فرد نسبت به آینده، بی انگیزگی یا از دست دادن انگیزه و انتظارات. این پرسشنامه برای افراد ۱۷ تا ۸۰

18. Nolen_Hoeksema & Davis

19. Rippere

20. Corey

21. transactional analysis theory

22. Kazuko

23. Widdowson

24. Anxiety

25. Beck Depression Inventory

26. Back Hopelessness questionnaire

ساله طراحی شده است و نمره کسب شده در آن بین ۰ تا ۲۰ است که نمره بالاتر نشانه ناامیدی بیشتر است. بیرامی و قلی زاده (۱۳۹۱) در تحقیق خود با استفاده از روش آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه را برابر با ۰/۸۸ محاسبه کرده است.

همچنین میزان نشخوار فکری در پژوهش حاضر به وسیله پرسشنامه نشخوار ذهنی نولن هوکسما (۱۹۹۱) مورد سنجش قرار گرفت. این پرسشنامه که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می دهد. پرسشنامه سبک های پاسخ از دو مقیاس پاسخ های نشخواری و مقیاس پاسخ های منحرف کننده حواس تشکیل شده است. پرسشنامه نشخوار ذهنی نولن هوکسما ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند (تریتر، گتزالز و نولن هوکسما^{۲۷}، ۲۰۰۳). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰,۸۸ تا ۰,۹۲ قرار دارد. پژوهش های مختلف نشان می دهند همبستگی بازآزمایی برای پرسشنامه نشخوار ذهنی نولن هوکسما، ۰,۶۷ است (لامیت^{۲۸}، ۲۰۰۴).

روش مداخله آموزش گروهی تحلیل ارتباط متقابل، در این طرح عبارت بود از دوره های مشتمل بر ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هر هفته ۱ جلسه) با برنامه از پیش تعیین شده در قالب اصول و مفاهیم اساسی نظریه تبادلی و مأخذ از منابع معتبر که از کتاب (برن^{۲۹}، ترجمه فصیح، ۱۳۹۴) برنامه ریزی شده بود به گروه آزمایشی ارائه گردید.

پروتکل درمانی آموزش تحلیل رفتار متقابل

جلسات	شرح جلسه
اول	فرآیند معارفه و آشنایی اعضای گروه، آشنایی با روش خود واقعی، سبک زندگی و خود آرمانی، ضرورت و اهمیت خود شناسی در تصمیم گیری شغلی و تحصیلی، کسب مهارت ها و فراگیری موضوعات روانشناختی و سایر تصمیمات مهم زندگی
دوم	صحبت در مورد اولین بعد شخصیتی در تحلیل رفتار متقابل (من کودک)، اریک برن معتقد بود انسانها از هر جنس، نژاد و قوم، فرهنگ و ملیت که باشند وجودشان شامل سه بعد می باشد سه بخشی که باهم رابطه دارند دو بخش از این ابعاد در اثر ارتباط با عوامل بیرونی و تربیت شکل می گیرد و محتوای آنها کاملاً انفعالی دریافت می شود و فرد برای شکل دهی آنها اراده و اختیاری از خود ندارند و نسبت به محتوی آن آگاهی ندارند و این دو بخش ناهشیار ما را شکل می دهند. جنس اینها ناآگاهی است و ما نسبت به آنها شعور و وقوف نداریم. با نشان دادن علائم، نشانه ها و راهنمای های زیادی وجود دارد که به ما کمک می کند تا این بخش از وجود خود را بشناسند و این سرخ ها به شکل کلمات و جملات هستند یا به صورت غیر کلامی و افراد یاد میگیرند. هر قدر از ناهشیار به سمت هوشیار برویم، نقش نمادهای آگاهانه مانند کلام بیشتر و پررنگ تر می شود.
سوم	صحبت در مورد (من والد) حمایت کننده، کنترل کننده، سرزنش کننده، تغذیه کننده و رویدادهای ضبط شده در مغز آشنایی با فرآیند سازو کار این رشد، عوامل موثر، زیر ساختها و نحوه شک لدهی و «بالغ شخصیت و رشد بالغ».
چهارم	صحبت در مورد مدیریت آنها و نیز مبانی تصمیم گیری یا نظام ارزش ها، آشنایی با عشق بالغانه.
پنجم	صحبت در مورد بیماریهای شخصیت طرد، تسلط، آلودگی و ارائه راهکارهای برون رفت.
ششم	بررسی چهار وضعیت زندگی.
هفتم	بررسی انواع روابط موزی، متقاطع، پنهان.
هشتم	بررسی رابطه سالم و چگونگی رسیدن به آن، بررسی مفهوم «نوازش».
نهم	بررسی بازدارند هها در رویکرد تحلیل رفتار متقابل.
دهم	بررسی سوق دهند هها در رویکرد تحلیل رفتار متقابل.
یازدهم	بررسی مفهوم «ردیابی» و چگونگی انجام آن.
دوازدهم	بررسی شیوه های ابراز احساسات و انجام پس آزمون.

²⁷ Treynor, Gonzalez & Nolen_Hoeksema

²⁸ Luminet

²⁹ Berne

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از پژوهش، علاوه بر روشهای آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره ها، از آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه، روشهای آلفای کرونباخ و توصیفی جهت محاسبه ضرایب پایایی ضمناً داده های پژوهشی توسط برنامه کامپیوتری SPSS³⁰ نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نشخوار و ناامیدی در گروه های مورد مطالعه

متغیر	گروه	تعداد	زمان	میانگین	انحراف معیار
نشخوار ذهنی	گواه	۱۵	پیش آزمون	43.80	1.656
		۱۵	پس آزمون	43.00	1.772
	آزمایش	۱۵	پیش آزمون	44.26	3.494
		۱۵	پس آزمون	40.00	3.644
ناامیدی	گواه	۱۵	پیش آزمون	25.80	1.407
		۱۵	پس آزمون	25.26	1.579
	آزمایش	۱۵	پیش آزمون	26.60	1.454
		۱۵	پس آزمون	23.26	1.907

چنانچه در جدول (۱) مشاهده می شود میانگین نشخوار پیش آزمون گروه گواه ۴۳/۸۰، پس آزمون گواه ۴۳/۰۰، پیش آزمون گروه آزمایش ۴۴/۲۶ و پس آزمون گروه آزمایش ۴۰/۰۰، میانگین ناامیدی پیش آزمون گروه گواه ۲۵/۱۳، پس آزمون گواه ۲۴/۲۶، پیش آزمون گروه آزمایش ۲۶/۶۰ و پس آزمون گروه آزمایش ۲۳/۲۶، است.

جدول ۲ نتایج آزمون لوین جهت تعیین برابری واریانس ها در متغیر ناامیدی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
ناامیدی	0/۳۶۲	۱	۲۸	۰/۵۵۰

طبق نتایج جدول (۲) سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس ها ($p > 0/05$) نشان می دهد که واریانس ها برابر هستند.

جدول ۳ خروجی اصلی تحلیل کوواریانس و میزان اثر برنامه مداخله بر ناامیدی در گروه ها

متغیر وابسته: پس آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	45.485	1	45.485	30.412	.000	.530
گروه	31.134	1	31.134	20.817	.000	.435
خطا	40.382	27	1.496			

جدول (۳) مقدار F تاثیر کوواریانس را نشان می دهد. ۲۰,۸۱۷ این مقدار F معنا دار است چون احتمال آن از سطح معنی داری ۰,۰۱ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می توان گفت که آموزش تحلیل رفتار متقابل بر روی ناامیدی نوجوانان موثر بوده است با میزان اثر ۴۳ درصد که به نسبت قابل قبول می باشد.

30. Statistical Package For Social Science

جدول ۴ نتایج آزمون لوین جهت تعیین برابری واریانس ها در متغیر نشخوار ذهنی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
نا امیدي	0/۲۲۲	۱	۲۸	۰/۶۴۱

طبق نتایج جدول (۴) سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس ها ($p > ۰/۰۵$) نشان می دهد که واریانس ها برابر هستند.

جدول ۵ خروجی اصلی تحلیل کوراریانس و میزان اثر برنامه مداخله بر نشخوار ذهنی در گروه ها

متغیر وابسته : پس آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	206.675	1	206.675	239.240	.000	.899
گروه	89.282	1	89.282	103.350	.000	.793
خطا	23.325	27	.864			

جدول (۵) مقدار F تاثیر کوراریانس را نشان می دهد. $۱۰۳,۳۵۰$ این مقدار F معنا دار است چون احتمال آن از سطح معنی داری $۰,۰۱$ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می توان گفت که آموزش تحلیل رفتار متقابل بر روی نشخوار ذهنی نوجوانان موثر بوده است با میزان اثر ۷۹ درصد که به نسبت قابل قبول می باشد.

بحث و نتیجه گیری

در فرضیه اول آموزش تحلیل رفتار متقابل بر خرده مؤلفه های ناامیدی نوجوانان افسرده غیر بالینی تأثیر دارد. نتایج نشان داد مقدار F تاثیر کوراریانس را نشان می دهد. $۲۰,۸۱۷$ این مقدار F معنا دار است چون احتمال آن از سطح معنی داری $۰,۰۱$ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می توان گفت که آموزش تحلیل رفتار متقابل بر روی ناامیدی نوجوانان موثر بوده است با میزان اثر ۴۳ درصد که به نسبت قابل قبول می باشد. این یافته با نتایج پژوهشهای شفیع آبادی و سودانی (۱۳۹۶) شوشتری همکاران (۱۳۹۵)، ویدوسون (۲۰۱۴) و کازیلو (۲۰۰۶) همسو می باشد. در تبیین یافته می توان گفت کارکرد تحلیل رفتار متقابل در آن است که افراد را به نقطه ای هدایت می کند تا با نگاهی نو به تجارب ناخوشایند گذشته شان بتوانند رفتارشان را اصلاح کرده یا تغییر دهند تا به این طریق به خود کمک کرده و به یک برنده تبدیل شوند. تحلیل رفتار متقابل راهی است برای آنکه ببینیم بین مردم و درون آنها چه می گذرد. با این روش می توان روشن کرد که در لایه های زیرین ارتباطات جاری بین انسانها به واقع چه چیزی در حال رخ دادن است. ناامیدی عبارت است از این که انسان نسبت به ارزش مندی خود، آینده و جهان احساس تردید داشته باشد. همچنین ناامیدی به حالتی اطلاق می شود که فرد انگیزه خود را برای پیشرفت، حل مساله، روابط اجتماعی، موفقیت، تحول، یادگیری، دستیابی به اهداف زندگی و به طور کلی جنبه های مثبت از دست می دهد چنین ویژگی هایی در افراد افسرده به دلیل شرایط روانی و عوامل بیولوژیکی که در مغز اتفاق می افتد بیشتر دیده می شود و با روش درمانی بکار گرفته شده در پژوهش حاضر می توان آنها را کاهش داد و موجب افزایش ناامیدی شد. همچنین حسین زاده و زهراکار (۱۳۹۱) گزارش کردند اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معناداری بر کاهش ناامیدی مؤثر است. ولی زاده و همکاران (۱۳۸۹) گزارش کردند آموزش مهارت های مقابله، سطح استرس و ناامیدی افراد نمونه را کاهش داده است. تمامی پژوهش ها نشان دهنده این است که درمانهای روانشناختی ناامیدی افراد را کاهش می دهد.

در فرضیه دوم آموزش تحلیل رفتار متقابل بر خرده مؤلفه های نشخوار ذهنی نوجوانان افسرده غیر بالینی تأثیر دارد. مقدار F تاثیر کوراریانس را نشان می دهد. $۱۰۳,۳۵۰$ این مقدار F معنا دار است چون احتمال آن از سطح معنی داری $۰,۰۱$ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می توان گفت که آموزش تحلیل رفتار متقابل بر روی نشخوار ذهنی نوجوانان موثر بوده است با میزان اثر ۷۹ درصد که به نسبت قابل قبول می باشد. این یافته با نتایج پژوهشهای شوشتری همکاران (۱۳۹۵)، کاظمی، نشاط دوست و کجافت (۱۳۹۱) و آذرگون و همکاران (۱۳۸۸) همسو می باشد. در تبیین یافته می توان گفت نشخوار ذهنی به عنوان افکاری مقاوم و عود کننده تعریف می شود که گرد یک موضوع معمول دور می زند. این افکار به طریق غیر ارادی، وارد آگاهی می شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می سازند. مطالعات بسیاری از رابطه تنگاتنگ بین افکار نشخواری و انواع

مختلف اختلالات هیجانی حکایت می کند. با وجود این، رابطه افکار نشخواری با افسردگی نقطه شروع مهمی برای پرداختن به مفهوم نشخوار ذهنی بوده است. سبک پاسخی نشخواری، در مقایسه با سبک پاسخی منحرف کننده حواس، با افزایش در خلق افسرده رابطه دارد. افرادی که با پاسخ های نشخواری با خلق افسرده مواجه می شوند، نسبت به افرادی که با پاسخ های منحرف کننده حواس به خلق افسرده خود واکنش نشان می دهند، خلق افسرده طولانی تری را تجربه خواهند کرد. نشخوار ذهنی یعنی اینکه فرد به دنبال حالت افسردگی و غمگینی رفتارها و افکاری را نشان می دهد که توجه او را به سمت علائم و معنای علائم افسردگی جلب می کند. اینگونه سبک پاسخ به افسردگی باعث به طول انجامیدن نشانه های افسردگی و شدت یافتن آنها می شود. این نوع سبک مقابله از دیدگاه روانشناسان سبک مقابله ای ناکارآمد و ناسازگار است. زیرا به حل مشکل کمک نمی کند و باعث بدتر شدن اوضاع روانی و خلقی فرد می شود. نتایج پژوهش پاپا جورجیو و لز در سال (۲۰۱۱) نشان دادند که افکار خودآیند منفی، ارزیابی های کوتاه و مختصری از شکست ها در بیماران افسرده اند، در حالی که نشخوار ذهنی زنجیره ای طولانی از افکار تکراری، چرخان وجود متمرکز و پاسخی به افکار منفی اولیه است. نشخوار ذهنی، بهبودی افسردگی اساسی را در درمان های رفتاری شناختی به تأخیر می اندازد. خلق منفی نتیجه نشخوار ذهنی ملال آور است و این امر در پژوهش های گسترده ثابت شده است. پژوهش ها نشان می دهند که پاسخ نشخوار ذهنی به تجربه ملال آور، دوره های خلق افسرده را طولانی تر و شدیدتر می کند. همچنین نشخوار، تفکر افراد را به طور منفی جهت دار کرده، این افراد نسبت به بقیه از توان حل مسأله ضعیف تری برخوردارند. به طور کلی می توان گفت نشخوار ذهنی را می توان با روان درمانی های مختلف کاهش داد و همچنین استنباط می شود نشخوارهای ذهنی محصول ذهن فرد هستند و در واقعیت وجود ندارد و از طریق درمانهای روانشناختی مختلف می توان آنها را کاهش داد. با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که آموزش تحلیل رفتار متقابل با پیروی از اهداف خود مبنی بر افزایش آگاهی فرد از پویاییها موجب بهبودنشخوار ذهنی و ناامیدی نوجوانان افسرده غیر بالینی می شود. به دلیل برخی محدودیتها از جمله محدودیت زمانی به منزله عدم امکان پیگیری و استفاده از پرسشنامه به عنوان تنها ابزار سنجش میزان ناامیدی و نشخوار ذهنی در تعمیم داده ها و نتایج این پژوهش باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین پیشنهاد می شود درمانهای روانشناختی به افراد افسرده در جهت جلوگیری از نشخوار ذهنی شان ارائه گردد و همچنین تداوم آموزشها و پیگیری وضعیت روانی نوجوانان در جهت جلوگیری از به وجود آمدن سایر اختلالهای وابسته از جمله افکار خودآیند منفی.

منابع و مراجع

- [۱] آذرگون، حسن. کجیافت، محمد باقر (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان، فصلنامه دانشور رفتار، ۱۶(۳۴)، ۲۱-۱۳.
- [۲] برن، اریک. (۱۳۹۴). تحلیل رفتار متقابل، ترجمه اسماعیل فصیح. تهران: نشر فاخته.
- [۳] بیرامی، منصور. قلی زاده، حسین. (۱۳۹۱). تعامل عامل های شخصیتی با علایم افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در بین دانشجویان، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۴(۱)، ۲۸-۳۴.
- [۴] پروچسکا، جیمز. نورکراس، جان. (۲۰۰۷). نظریه های روان درمانی (نظامهای روان درمانی)، ویرایش ششم. ترجمه: سیدمحمدی، یحیی (۱۳۹۳) تهران: انتشارات روان.
- [۵] حسین زاده، احمد. زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی بر کاهش ناامیدی در زندگی، فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۸(۱)، ۶۷-۹۴.
- [۶] رحمانی، فریبا. هاشمیان، کیانوش. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه تنظیم شناختی هیجان بر علائم اضطراب و افسردگی نوجوانان دختر، فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۱۲(۳)، ۴۷-۶۲.
- [۷] شفیق آبادی، عبدالله. سودانی، منصور. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر تحلیل ارتباط متقابل بر کاهش خشم و عصبیت دانش آموزان دختر پایه اول دبیرستان شهر رشت. فصلنامه رویش روان شناسی، ۶(۴)، ۱۰۹-۱۲۴.
- [۸] شوشتری، آزاده. رضایی، محمدعلی. طاهری، الهام. (۱۳۹۵). اثربخشی تحلیل رفتار متقابل بر تنظیم هیجانی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۸(۶)، ۳۲۱-۳۲۸.
- [۹] عباسپور، ذبیح اله. پورسردار، فیض اله. (۱۳۹۴). اثربخشی روان درمانی بین فردی خانواده محور بر علایم افسردگی نوجوانان، فصلنامه روانشناسی خانواده، ۲(۲)، ۶۷-۷۸.
- [۱۰] علیپور، احمد؛ آقاییوسفی، علیرضا و ابدوست، زهرا (1388). تأثیر آموزش تحلیل رفتار متقابل بر هوش هیجانی دانشجویان دختر دانشگاه تهران، فصلنامه تحقیقات روانشناختی، ۱۱(۲)، ۵۹-۴۹.
- [۱۱] فتحی پور، مریم؛ ابراهیمی نژاد، غلامرضا؛ خسروی، صدراله؛ رضاییان، محسن و پورشانظری، علی اصغر (۱۳۸۹). تأثیر آموزش تحلیل ارتباط محاوره ای Berne بر بهبود عملکرد والدین دانش آموزان پسر دوره متوسطه شهر رفسنجان. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۹(۱)، ۴۷-۵۸.
- [۱۲] کاظمی، زینب؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ کجیافت، محمدباقر. (1391). اثربخشی آموزش تحلیل رفتار متقابل بر صمیمیت اجتماعی دختران فراری (شهر اصفهان: یک پژوهش مورد - منفرد). مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، ۱۰(۳)، ۱۳۹-۱۶۲.
- [۱۳] مرادی، علی. شکری، اکبر. دانشورپور، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر روان درمانی بین فردی بر درمان افسردگی نوجوانان: مطالعه موردی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱(۳)، ۵-۲۸.
- [۱۴] موسوی زاده، آزاده. پزشک، شهلا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری بر میزان افسردگی و ظرفیت حافظه فعال در نوجوانان دختر افسرده، فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۸(۳)، ۸۸-۶۷.
- [۱۵] نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۹۳). نظریه های مشاوره و روان درمانی گروهی. تهران: انتشارات سمت.
- [۱۶] ولی زاده، شیرین. داودی فر، آریتا. بردی اوزونی، رحمان. اعلائی، زهرا. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارتهای مقابله بر سطح استرس و ناامیدی مادران کودکان کم توان ذهنی. فصلنامه کودکان استثنایی. ۱۰(۳)، ۲۳۷-۲۴۴.
- [17] Charkhandeh, M., Abu Talib, M., & Jane Hunt, C. (2016). The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy and an alternative medicine approach in reducing symptoms of depression in adolescents. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.044>.
- [18] Corey, G. (2015). *Theory and practice in group counseling and therapy*. 4th ed. Ca: Brooks-Cole.
- [19] Granö, N., Karjalainen, M., Ranta, K., Lindgren, M., & Therma, S. (2016). Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. *Psychiatry Research*, 237, 9-16.

- [20] Hein, V., Koka, A., & Hagger, M. S. (2015). Relationships between perceived teachers' controlling behavior, psychological need thwarting, anger and bullying behavior in high school students. *Journal of Adolescence*, 42,103-114.
- [21] Kazuko, N. (2006). How TA is applied in clinical psychiatry. *Journal of Social Work*, 1287(6): 168-172. Dol: 10.1016
- [22] Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the Trans diagnostic EMOTION program. *Cognitive and ehavioral Practice*, 23, 1-13.
- [23] Nigar P, Derman MT. (2010) The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. *Element Education Online*. 9(1):23-30.
- [24] Nolen_Hoeksema, S. & Davis, C. G. (2000) Thank for sharing that: Ruminators and their social support networks. *Journal of Psychology*, 77, 801_814.
- [25] Papageorgiou, C., & Wells, A. (2011) Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Journal of Behavior Therapy*, 32, 13-26.
- [26] Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., et al. (2015). omputerized therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 67, 1-18.
- [27] Rippere, V. (2015). what s the think to do when yours feeling depressed? a pilot study. *Behaviors research and therapy*, 15, 158_191.
- [28] Weersing, V. R., Shamseddeen, W., Garber, J., Hollon, S. D., Clarke, G. N., Beardslee, W. R., et al. (2016). Prevention of depression in at-risk adolescents: Predictors and moderators of acute effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55, 219-226.
- [29] Williams K. (2008). Childhood disappointment and the recession holidays. *Journal of Child Study Center*. 7(4):154-160.
- [30] Luminet, O. (2004). Measurment of Depressive Rumination and Associated Constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 187-215). New York: Wiley.
- [31] Wong. S. (2008).The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and irrational beliefs with test anxiety. *Journal of current psychology*. 27(3):177-91.
- [32] Zimmerman B. (2008). Orphan living situations in Malawi: A comparison of orphanages and foster homes. *Review of Policy Research*. Nov 1;22(6):881-917.