

مقایسه کنترل شده اثربخشی درمان حل مسأله خلاق و درمان شناختی رفتاری در افسردگی نوجوانان

سودابه ارشادی منش^۱

A controlled comparison of the efficacy of creative problem solving therapy and cognitive behavioural therapy in adolescent' depression

Soudabeh Ershadi Manesh¹

چکیده

زمینه: هر چند مطالعات علت‌شناسی افسردگی نوجوانان بر دلایلی همچون تجربه وقایع منفی زندگی، مشکلات بین‌فردی، کمبود مهارت‌های حل مسأله و کنار آمدن با چالش‌ها تأکید کرده‌اند، اما پیشینه درمان‌های بکار بسته در این حوزه به جای مجهز کردن آنان به مهارت‌های حل مسأله عمدتاً بر درمان‌های شناختی رفتاری با اصلاح باورهای ناکارآمد و منفی متمرکز بوده است. **هدف:** هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان حل مسأله خلاق و درمان شناختی رفتاری در افسردگی و خلق و احساس نوجوانان بود. **روش:** با استفاده از یک کارآزمایه کنترل شده تصادفی (RCT) از بین نوجوانان دختر مدارس متوسطه اول شهر تهران با روش تصادفی چندمرحله‌ای دو مدرسه انتخاب شدند و توسط پرسشنامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۹۶) مورد ارزیابی قرار گرفتند و در مرحله بعد مجدداً با پرسشنامه خلق و احساس (انگولد و همکاران، ۲۰۰۲) مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۹۶ نفر از آنها با افسردگی خفیف و متوسط شناسایی شدند و در سه گروه با شرایط مکانی و زمانی مشابه به صورت تصادفی گمارده شدند. نوجوانان گروه حل مسأله خلاق، در معرض تکنیک‌های حل مسأله خلاق با اقتباس از شکل گروهی پروتکل‌های آذربورن، ۱۹۵۶، ۱۹۷۵؛ اشتاین، ۱۹۷۵ و پارتز، ۱۹۷۹، در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، گروه دوم تکنیک‌های اصلاح شناختی رفتاری را با استفاده از شکل گروهی مونوز و میراندا (۲۰۰۰) در همان زمان مشابه دریافت کردند و گروه گواه هم دقیقاً در معرض همان مقدار زمان و جلسات با آزمایشگر اما بدون هیچگونه مداخله مرتبط با افسردگی قرار گرفتند. همه گروه‌ها مجدداً پس از پایان مداخلات و همچنین بعد از دو ماه مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج بهبود معناداری از تعامل بین درمان و زمان ($P = 0.001 < 0.05$) در نمره افسردگی و خلق و احساسات در هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشان داد. همچنین بین میانگین‌های افسردگی دو گروه آزمایشی درمان حل مسأله خلاق ۷/۳۷ با درمان شناختی رفتاری ۱۰/۷۸ تفاوت معناداری با برتری اولی مشاهده شد و این برتری را بعد از دو ماه پیگیری هم حفظ کرد ($P = 0.001 < 0.05$). **نتیجه‌گیری:** با ملاحظه علت‌شناسی افسردگی در نوجوانی درمان حل مسأله خلاق یک کارآمدی منطقی در این مطالعه نشان داد، تکرار در نمونه‌های بزرگتر قبل از اینکه در موقعیت‌های مشاوره و روانشناسی به کار برده شود مورد نیاز است.

واژه کلیدیها: افسردگی، خلق و احساس، نوجوانی، درمان حل مسأله خلاق، درمان شناختی رفتاری.

Background: Although aetiology and psychopathology of depression in adolescents emphasised the core factors for developing depression as experiencing negative life events, interpersonal problems and having deficiencies in skills of coping with challenges and problem solving skills, background of therapy shows instead of equipping them to problem solving skills, cognitive behavioural therapy (CBT) has been applied for depression in youth which mainly concentrates on modifying dysfunctional beliefs and negative thoughts. **Aims:** The aim of the study was to apply creative problem solving therapy (CPST) compare with CBT among mild and moderate depressed girl adolescents. **Method:** Using randomised control trials design, among all comprehensive state secondary girl schools in Tehran two schools were collected randomly based on two-stage sampling and all were tested by Beck's Depression Inventory, BDI, 1996 and in the next stage were assessed by Short Mood and Feeling Questionnaire (Munoz and Miranda 2000). 96 adolescents were identified as having mild and moderate depression and were randomly assigned in three experimental groups at the same time with the similar conditions. The adolescents within creative problem-solving group underwent a 12 session intervention consisting of creative problem solving techniques adapted from (Osborn 1956, 1979; Stein 1975; Parnes 1979) each session took place for 90 minutes. The second group received cognitive behavioural techniques based on the group manuals (Munoz and Miranda 2000) with the same amount of time. The control group experienced similar time and condition with the same experimenter without receiving any intervention related to depression. All groups were assessed again at session 12 and in two months following the study. The results were analysed using multivariate analysis of variance. **Results:** The results showed clinically significant improvement of the interaction between treatment and time $P = 0.001 < 0.05$ in overall depression and Mood and Feelings in both groups compared to the control group which showed no change over time in their scores on the two assessments. Significant differences were also found between CPST ($M = 7.37$ and CBT $M = 10.78$) favouring the former. The results from the two month follow-up indicated that the CPST group showed fewer symptoms of depression $M = 8.50$ compared with the CBT group $M = 12.22$. CPST represents a promising intervention for minor and mild depression in youth. **Conclusions:** Regarding aetiology of depression in youth, CPST showed reasonable evidence of efficacy in sample. Repetition with a larger sample is required before roll-out to counselling and clinical settings. **Key Words:** Depression, mood and feeling, adolescent, creative problem solving therapy, cognitive behavior therapy.

Corresponding Author: Sue.ershadi@gmail.com

^۱ عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران

¹ Member of Academic Board, Department of Psychology, Islamic Azad University, North Branch Tehran, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۰۰/۰۳/۰۸

دریافت: ۰۰/۰۱/۲۲

مقدمه

شناخت، رفتار و باورهای ناکارآمد^۹ بوده است، زیرا این نظریه‌ها علت عمده افسردگی را باورهای ناکارآمد منفی فرض کرده‌اند. این رویکردها با تمرکز بر دیدگاه بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹)، تفکرات منفی نوجوان را مورد هدف قرار داده‌اند تا شناخت منفی و باورهای ناکارآمد آنها کاهش یابد. با آنکه اخیراً طیف جدیدی از درمان‌های افسردگی از جمله مداخله‌های روانی اجتماعی، بین‌فردی و درمان حل مسئله تحول یافته است، اما هنوز تمرکز مداخلات در این درمان‌ها مقابله با باورهای منفی و ناکارآمد است. با آنکه اخیراً طیف جدیدی از درمان‌های افسردگی از جمله مداخله‌های روانی اجتماعی، بین‌فردی و درمان حل مسئله تحول یافته است، اما هنوز تمرکز این درمان‌ها بر هدف قرار دادن باورهای منفی و ناکارآمد است و علت‌شناسی افسردگی نوجوانان در بهبود مهارت‌های حل مسئله و کنار آمدن با مشکلات واقعی زندگی کمتر تأکید شده و یا نادیده گرفته شده است.

نگاهی به نظریات بک، (۱۹۶۷)، سه الگوی شناختی برای رشد افسردگی در افراد آسیب‌پذیر تعریف شده است. افراد آسیب‌پذیر شناختی^{۱۰} با داشتن الگوهای منفی شناختی نسبت به خود و نسبت به دنیا، خود را بی‌کفایت و بی‌ارزش ارزیابی می‌کنند و فکر می‌کنند در مورد تجربیات منفی زندگی هیچ کاری از دستشان بر نمی‌آید و نمی‌توانند این وضعیت را تغییر دهند. بر اساس این دیدگاه خطاهای شناختی و طرحواره منفی و سبک شناختی و آسیب‌پذیری شناختی به عنوان علل و منبع رشد افسردگی مطرح می‌شود. آنان معتقدند وقتی یک فرد با یک موقعیت مواجه می‌شود، طرحواره‌ای که بیشتر به موقعیت مرتبط است فعال می‌شود و در اینکه فرد چگونه در یک موقعیت خاص اطلاعات را دریافت، رمزگردانی و بازیابی می‌کند تأثیر می‌گذارد.

درحالی‌که نظریه شناختی بک مدعی بود که این افراد طرحواره افسرده زنی^{۱۱} دارند که باعث افسردگی می‌شود، اما در دیدگاه تجدید نظر شده (بک ۱۹۸۳)، عوامل بیرون از فرد هم مطرح گردید. بک با در نظر گرفتن موضوعات بین‌فردی و نگرش‌های منفی، پیش‌آمدگی‌های شخصیتی^{۱۲} را به عنوان اجتماع‌سو^{۱۳} و

مطالعات پیشین (لاگان و کینگ، ۲۰۰۲؛ مور و همکاران، ۲۰۰۷؛ گاربر و همکاران، ۲۰۰۹) نشان داده است که افسردگی نوجوانی^۱ اغلب تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شود. برای مثال، فقط یک نفر از چهار نفر فرد افسرده درمان دارویی و کمتر از ده درصد روان‌درمانگری دریافت می‌کنند. بر اساس مک لاگین، (۲۰۰۹) اختلال افسردگی نوجوانی از رایج‌ترین نوع آسیب‌شناسی روانی است که به علت ارتباط آن با مشکلات هیجانی در دوران بزرگسالی شرایط سختی را ایجاد می‌کند. علاوه بر این، پیشینه پژوهشی، بیانگر توسعه چندین مدل شناختی افسردگی شامل نگرش‌های ناکارآمد (بک، ۱۹۶۷)؛ نظریه درماندگی^۲ (آبرامسون و همکاران ۱۹۸۹، ۱۹۷۸)؛ مدل سبک پاسخ^۳ (نولن هوکسیما، ۱۹۹۱؛ نولن هوکسیما و هیلت، ۲۰۰۹؛ کول، ۱۹۹۰)؛ نظریه آمادگی‌های شخصیتی به افسردگی^۴ (بلت و همکاران، ۱۹۷۴؛ بک، ۱۹۸۳؛ بلت و زروف ۱۹۹۲) و شایستگی ادراک خود^۵ (کول ۱۹۹۰، ۱۹۹۱، کول و همکاران، ۲۰۰۱) بوده است. نظریه‌های مذکور بر ارتباط بین تجربه افسردگی و فعال‌کننده شناختی (یعنی اینکه نوجوانان محرک‌هایی دریافت می‌کنند، تشخیص می‌دهند، فکر می‌کنند، قضاوت می‌کنند و دلیل می‌آورند) تأکید دارند. به طور کلی، نظریه‌های شناختی، افسردگی را به عنوان یک خصیصه درونی ثابت فردی^۶ تعریف می‌کنند که فرد را آسیب‌پذیر و مستعد به افسردگی در نظر می‌گیرد. آنها عمدتاً با ارتباط بین فعالیت ذهنی انسان و تجربه نشانه افسردگی سروکار دارند. همچنین، نظریه درماندگی افسردگی (آبرامسون، ۱۹۸۹) یک نظریه شناختی حساسیت - استرس^۷ است که از علت‌های تعامل‌کننده در کنارهم تشکیل می‌شود که در به اوج رسیدن حالت نامیدی افسردگی عمل می‌کنند.

افزون بر موارد فوق، باید توجه داشت که علت‌شناسی افسردگی^۸ نوجوانان متفاوت از بزرگسالان است. با وجود شناسایی چندین عامل مختلف، بسیاری از مداخله‌ها فقط متمرکز بر اصلاح

1. Adolescent depression

2. helplessness theory

3. response styles theory

4. personality traits

5. self perception competence

6. Stable internal traits

7. cognitive diathesis-stress theory

8. aetiology of depression

9. Maladaptive believes

10. Cognitive vulnerability

11. depressogenic schema

12. personality predisposition

13. sociotropy

نشان می‌دهد که تجربه وقایع منفی زندگی^۲ نوجوانان به همراه ارتباطات سازش‌نا یافته و چالش‌ها در زندگی واقعی نوجوان در آسیب‌پذیری به افسردگی^۳ آنان نقش دارند. نوجوانان افسرده همچنین در مهارت‌های حل مسأله و مهارت‌های بین‌فردی ناکارآمد هستند و در موقع مواجهه با فشارهای بین‌فردی پاسخ‌های سازش‌نا یافته^۴ بروز می‌دهند. برای مثال در پاسخ به یک وضعیت دشوار، نوجوانان افسرده در مقایسه با نوجوانان غیرافسرده رفتار اجتماعی کم‌تر مناسب و پاسخ‌های متقاعد کننده^۵ ضعیف‌تری را نشان می‌دهند (رادولف، ۱۹۹۴). در شرایط فشارهای بین‌فردی مانند مشکل با دوستان یا خانواده، نوجوانان افسرده سطح فعالیت متمرکز بر مشکل کمتر، سطح کنارآمدن با مشکل ضعیف‌تر، و تفکر مثبت ضعیف‌تر را بروز داده‌اند (کانر، اسمیت و همکاران، ۲۰۰۰) و همچنین پاسخ‌های غیرارادی مثل نشخوار^۶ فکری و بی‌عملی به برانگیختگی هیجانی^۷ (جیر و همکاران ۲۰۰۵) از خود نشان داده‌اند.

برای حمایت از دیدگاه کمبودهای فرآینده، رویارویی با وقایع منفی زندگی، مشکلات بین‌فردی و عدم پاسخ‌های سازش‌نا یافته به فشار بین‌فردی، مطالعات آشکار می‌کند که نوجوانان افسرده زمانی که با یک چالش اجتماعی روبرو می‌شوند، مهارت‌های مذاکره ضعیف و فقدان نظم‌جویی هیجانی^۸ را از خود نشان می‌دهند. علاوه بر این، در برخورد با چالش‌ها، معلمان، نوجوانان افسرده را در مقایسه با نوجوانان غیرافسرده درمانده و فاقد ابتکار توصیف می‌کنند (رادولف و همکاران، ۲۰۰۱). مشاهدات درباره نوجوانان افسرده در زمینه تعامل خانوادگی دریافته است که آنان بیش از نوجوانان غیرافسرده مشکلات را به شکل ناکارآمد و غیر مؤثر حل می‌کنند. آنها رفتارهای ضعیفی از ساده‌ترین تبادلات اجتماعی مانند تصدیق و راهنمایی مثبت به دیگران نشان می‌دهند و رفتارهای انفرادی بیشتر و واکنش‌های مثبت کمتری به دیگران دارند. در مجموع آنها نقص کلی در رفتار مثبت بین‌فردی با والدین دارند و ابراز نظر مستقل کمتری نسبت به نوجوانان غیر افسرده در تعامل با والدین از خود

خودسوا^۱ معرفی می‌کند و این خصایص را به عنوان عوامل خطر بین‌فردی در آسیب‌پذیری به افسردگی معرفی می‌کند. افرادی که اجتماع‌سویی و وابستگی بالایی دارند با موضوعات بین‌فردی بیرونی روبرو هستند و نیاز دارند که از دیگران حمایت دریافت کنند تا احساس سلامتی کنند و اگر این حمایت را دریافت نکنند، باعث گسترش افسردگی در آنها می‌شود. آنها زمانی که از روابط با دیگران شکست می‌خورند یا روابط بین‌فردی را از دست می‌دهند یا از نظر اجتماعی طرد می‌شوند، افسرده می‌شوند. در مقابل آنها که در سطوح بالایی از استقلال هستند، خود را سرزنش می‌کنند یا نگران مواردی همچون پیشرفت خود هستند و نیاز دارند که استانداردهای خود یا دیگران را بیابند. بنابراین با پیش‌فرض‌های ذکر شده، در درمان افسردگی تکنیک‌های اصلاح شناخت بک به همراه تکنیک‌های رفتاری تحت عنوان درمان شناختی رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد.

حال آنکه بسیار اهمیت دارد که با توجه به علت‌شناسی افسردگی نوجوانی مدل مداخله‌ای درمانگری مستقلی اقتباس و مورد آزمایش قرار گیرد. مطالعات درباره علت‌شناسی افسردگی نوجوانی نشان داده است نداشتن مهارت‌های حل مسأله و کمبود مهارت‌های رفتار فردی اجتماعی در رفتار آنان اهمیت دارد. علاوه بر این، در مداخلات افسردگی نوجوانان بر مهارت‌های حل مسأله و کنارآمدن با مشکلات واقعی زندگی کمتر تأکید شده و یا نادیده گرفته شده است. بسیاری از مطالعات اخیر حل مسأله اجتماعی نوجوانان، جهت‌گیری بر حل مشکل است، برای مثال، بکرویدمن و همکاران (۲۰۱۰) دریافته‌اند که جهت‌گیری منفی حل مسأله و جهت‌گیری مثبت حل مسأله به عنوان میانجی‌گر نتایج درمان عمل می‌کنند. تحقیقات همچنین نشان داده است که نوجوانان افسرده نسبت به نوجوانان غیر افسرده مشکلات بیشتری نظیر کمبودهای رفتاری اجتماعی، زمینه‌های بین‌فردی و خانوادگی مشکل دار را تجربه می‌کنند. همچنین آنها قادر نیستند تعارض خود را حل کنند، یا حمایت عاطفی مؤثری برای همسالان خود فراهم کنند و در نتیجه کمتر قادر هستند برای خود دوستانی داشته باشند (هامن و همکاران، ۲۰۰۴؛ رادولف و کلارک، ۲۰۰۱). همچنین پژوهش‌ها و مطالعه دیگر (رادولف، ۲۰۰۹) بیشتر بر نقش تجربیات محیطی تأکید می‌کند و

2. Negative life events

3. vulnerability to depression.

4. Maladaptive responses

5. assertive responses

6. rumination

7. emotional arousal inaction

8. lack of emotion regulation

1. autonomy

های بیشتری ایجاد شود به راه‌حل‌های زیاده‌تر و مؤثرتری منجر می‌شود. با در نظر گرفتن اصول ذکر شده، آزمون یک مدل سه مرحله‌ای اساسی و دو زیر مرحله پیشنهاد کرد که شامل تعریف مشکل^۴ و آمادگی است که بعداً تحت یک مرحله به نام یافتن مسأله نام‌گذاری شد.

از مشارکت‌کنندگان دیگر این دانش (پارنز و نولر، ۱۹۷۲ و ۱۹۷۳؛ پارنز و همکاران، ۱۹۷۷؛ پارنز، ۱۹۹۲؛ پارنز، ۱۹۹۷)، معتقد بود نه تنها باید زمان بیشتری به مرحله‌ی کشف مسأله اختصاص یابد بلکه مسأله تعریف و به اجزا کوچک‌تری خرد شود. مراحل سوم و چهارم به ترتیب عبارت است از پیدا کردن اطلاعات واقعی درباره مشکل که این مرحله به یافتن حقایق معروف شده است. مرحله بعد تولید ایده با استفاده از تکنیک بارش مغزی است که روی ایجاد و خلق ایده به هر مقدار و تا جایی که امکان دارد تمرکز می‌شود. در نهایت مرحله آخر پیدا کردن راه‌حل^۵ اصلی مطرح است، که در این مرحله تمام ایده‌های ایجاد شده ارزیابی می‌شوند تا آن ایده و راه حل که پتانسیل بیشتری برای موفقیت دارد توسط فرد انتخاب شود. علاوه بر این، (پارنز، ۱۹۹۲) سهم بزرگ دیگری از این دانش دارد. تأکید او به رسمیت شناختن فعالیت‌های تفکر همگرا و واگرا^۶ و مشارکت دادن این تکنیک‌ها به هر مرحله از فرآیند است. او همچنین مرحله دیگری به نام پیدا کردن پذیرش و مقبولیت به این فرآیند اضافه کرد که در مرحله پیدا کردن راه‌حل قرار دارد.

مطالعات شناختی (آبرامسون و همکاران ۱۹۸۸ و آلوی و همکاران ۱۹۸۸) با این ایده توافق دارند که افسردگی زمانی ایجاد می‌شود که نوجوان آسیب‌پذیر وقایع منفی و چالش‌های زندگی را تجربه می‌کند. رادولف (۲۰۰۹) تأکید می‌کند، کمبودهای اجتماعی به وسیله خودنظم‌جویی ضعیف و ترک روابط در پاسخ به چالش‌هایی که در زندگی تجربه شده نوجوان را به سمت آسیب‌پذیری به افسردگی هدایت می‌کند. در مطالعات خود بل و دزوریل، (۲۰۰۹) دریافتند که درمان حل مسأله مؤثرترین درمان برای افسردگی است، زیرا روی جهت‌گیری مثبت به حل مسأله تأکید دارد و مهارت‌های حل مشکل را که شامل تعریف مشکل و تفکر درباره جایگزین یا شق دیگر در تصمیم‌گیری و بکاربردن راه است حل تأکید دارد. به

نشان می‌دهند (رادولف و همکاران، ۲۰۰۶؛ رادولف، ۲۰۰۹). بنابراین، نقص و کمبود تکنیک‌های حل مسأله^۱ و رفتارهای سازش‌نا یافته و ناکارآمد در نوجوانان افسرده ضرورت تجهیز این نوجوانان را به مهارت‌های شناختی و حل مسأله هویدا می‌سازد.

نظریه حل مسأله خلاق به عنوان یک مجموعه از توانمندی‌ها تعریف می‌شود که شخص را قادر می‌سازد تا به طرق سازش‌یافته و جدید در آن زمینه رفتار کند و برای کنار آمدن با چالش‌های زندگی و بقا در دنیای پیچیده آماده شود (گاردنر، ۱۹۹۳؛ لوبارت، ۱۹۹۴؛ لوبارت و لوتری، ۱۹۹۸؛ تورنس، ۱۹۷۴؛ تورنس و سافتر، ۱۹۹۹؛ پوکیو و مورداک، ۲۰۰۱).

لازم به توضیح است که کاربرد استفاده این نظریه در درمان افسردگی در پیشینه آشکار می‌کند که فقط از فرآیندهای معمولی حل مسأله و بدون استفاده از تکنیک‌های حل مسأله خلاق استفاده شده است. در این پژوهش محقق ضمن اقتباس از مدل اصلی نظریه حل مسأله قصد دارد از تکنیک‌های نظریه خلاقیت (آزمون، ۱۹۵۶)، و تکنیک‌های خلاقیت پارنز و تکنیک شش نوع تفکر را به مراحل حل مسأله اضافه و تحت عنوان درمان حل مسأله خلاق برای افسردگی نوجوانان در مطابقت با علت‌شناسی افسردگی نوجوانان در تمام مراحل بکار برد، و ضمناً این مداخله را برای اولین بار در درمان افسردگی نوجوانی آزمون نماید.

آزمون با علاقه وسیعی که در حیطه خلاقیت داشت، در گسترش این دانش نقش اساسی دارد. بر اساس نظر آزمون یکی از اساسی‌ترین مراحل حل مشکل که زمان زیادی را به خود اختصاص می‌دهد یافتن و پیدا کردن مسأله اصلی توسط فرد است. سهم دیگر آزمون توسعه تکنیک بارش مغزی^۲ است و برای همین پدر بارش مغزی نام گرفت. آزمون همچنین معتقد بود ارزشیابی یک ایده با قضاوت همزمان موجب سرکوب قسمت خلاق مغز و ایده‌های خلاق شده و مانع بیان و ایجاد ایده‌های نو می‌شود. بنابراین او پیشنهاد داد یافتن ایده باید از ارزشیابی ایده مجزا شود و او این اصل را با نام به تأخیر انداختن قضاوت^۳ تحت عنوان یک اصل قرار داد. علاوه بر این، آزمون بیان کرد که کمیت ایده‌ها اثر بهتری در کیفیت حل مشکل دارد، یعنی هر چقدر برای حل مسأله‌ای، ایده

4. Problem definition

5. Problem finding

6. Convergent divergent thinking

1. Problem solving techniques deficits

2. Brain storming

3. Delaying judgment

حل مسأله خلاق از طریق کمک به نوجوان افسرده برای تعریف مشکل و آمادگی و یافتن حقایق در باره آن مشکل و در نهایت یافتن و پیدا کردن مسأله با استفاده از تولید هر چه بیشتر و مؤثرتر ایده با استفاده از تکنیک بارش مغزی و خلق ایده بدون قضاوت و همچنین بکار بستن تفکر واگرا و همگرا با به تاخیر انداختن قضاوت و در نهایت ارزیابی ایده‌های خلق شده تا یافتن بهترین ایده و پذیرش و مقبولیت آن ایده برای راه‌حل است. همچنین مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری که عمدتاً متمرکز بر اصلاح تفکر و باورهای ناکارآمد منفی است و همچنین مقایسه با گروه کنترل است. یعنی آیا درمان گروهی حل مسأله خلاق در مقایسه با درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل در بهبود افسردگی و خلق و احساس در نوجوانان دختر افسرده ملایم و متوسط مؤثر است؟ آیا این درمان در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بهتر عمل می‌کند؟

روش

روش تحقیق در این پژوهش، کارآزمایه تصادفی کنترل شده^۱ RCT است. در این مطالعه با اقتباس از چند نظریه، درمان حل مسأله خلاق پیشنهاد شده و فرض بر این است که توانایی فکری نوجوانان افسرده را در مواجهه با مشکلات و چالش‌ها بهبود می‌بخشد. بنابراین، به نظر می‌رسد مجهز کردن توانایی فکر کردن و حل مسأله به شکل خلاقانه از طریق مراحل CPST ممکن است نشانگان افسردگی و خلق و احساس نوجوانان را بهبود بخشد.

جامعه و شیوه نمونه‌برداری

جمعیت هدف شامل کلیه مدارس راهنمایی دخترانه دولتی شهر تهران بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ ثبت‌نام کرده بودند. بعد از اخذ مجوز از سازمان آموزش و پرورش شهر تهران، لیست تمام نواحی و مدارس هر ناحیه اخذ شد. سیاهه افسردگی بک به عنوان ابزار اصلی و هدف نتایج برای محاسبه اندازه نمونه انتخاب شد. مطالعه با ۸۰ درصد قدرت شانس پیدا کردن نتایج اولیه با سطح معناداری ۵ درصد به منظور پیدا کردن یک تفاوت حداقلی از ۲/۷۵ در نمره‌های پیش‌آزمون بین گروه‌های CBT و CPST و گواه در یک قدرت سطح ۸۰ درصد، با استفاده از نرم‌افزار مینی، تحقیق نیاز به ۳۳ نفر در هر گروه در سطح آلفای ۰/۰۵ وجود داشت. بنابراین،

نظر می‌رسد کاربرد تکنیک‌های حل مسأله خلاق در برخورد با چالش‌ها بتواند به نوجوانان کمک کند. زمانی که نوجوان در حال تجربه وقایع و رویدادهای منفی در زندگی واقعی است به جای منفعل شدن نیاز دارد تفکر خود را به سمت شناسایی مشکل و پیدا کردن ایده‌های مناسب برای حل آن سوق دهد. بنابراین، پیشگیری از افسردگی و کاهش افسردگی از طریق فراگیری تکنیک‌های اقتباس شده حل مسأله خلاق بر روی نوجوانان افسرده، منطبق انجام این تحقیق است.

به طور خلاصه، آیا درمان حل مسأله خلاق به عنوان یک راهبرد متمرکز برهدف می‌تواند ذهن دانش‌آموزان نوجوان را بر حل مسأله متمرکز نماید تا در تجربه فشار به صورت مناسبی پاسخ دهند و در نتیجه بتوانند به شکل موفقیت‌آمیزی به چالش‌های زندگی نگاه کنند که نهایت به کاهش افسردگی آنها بیانجامد. تحقیقات به وسیله کامپس و همکاران (۲۰۰۹) بحث می‌کنند که نوجوانان افسرده زمانی که غرق در هیجانات هستند پاسخ‌های غیرارادی بروز می‌دهند. بنابراین فرض اصلی این پژوهش این است که این نوجوانان با مجهز شدن به تکنیک‌ها و تمرین‌های حل مسأله خلاق قضاوت خود را به تأخیر انداخته و پاسخ‌های پر زحمت را یاد بگیرند و قادر شوند هیجانات خود را در زمان چالش کنترل نمایند. فرض بر این است آنان یاد می‌گیرند در مواجهه با مشکل به جای رفتار انفعالی به شکل خودکار ذهنشان بر پیدا کردن مشکل و حل آن متمرکز می‌شود. انتظار این است فراگیری این فرآیندها به بهبود افسردگی منجر شود، زیرا این تکنیک‌ها ذهن آنان را در مسیر هدفمند و دارای قصد مدیریت می‌کند. همچنین فرض بر این است با انجام این فرآیندها کنجکاوی و پرسش کردن این نوجوانان را بتوان تحریک کرد تا به جای رفتار منفعل، هیجانی و غیرارادی، تفکر به سمت شناخت مشکل و ایده‌پردازی متمرکز شود.

در این پژوهش محقق همچنین قصد دارد علاوه بر این مراحل تکنیک گشودگی به تجربیات را در هر مرحله اضافه کند. نوجوانان در مواجهه با چالش و مشکل هر جا که لازم است شش نوع تفکر خنثی، انتقادی، مثبت، هیجانی، خلاق، و منفی ادوارد دبنو را تمرین کرده و مشکل را با تفکرات مختلف تجربه کنند. بر اساس (پارسونز، ۱۹۹۲؛ نزو و همکاران، ۲۰۰۹؛ نزو و نزو، ۲۰۱۰)، نداشتن مهارت‌های حل مسأله در رویارویی با مشکلات می‌تواند به تفکر افسردگی منجر شود. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان

^۱ Randomized control trial

حجم نمونه ۳۲ نفر برای هر گروه درون محدوده مورد انتظار خوب فرض شد (تصویر ۱).

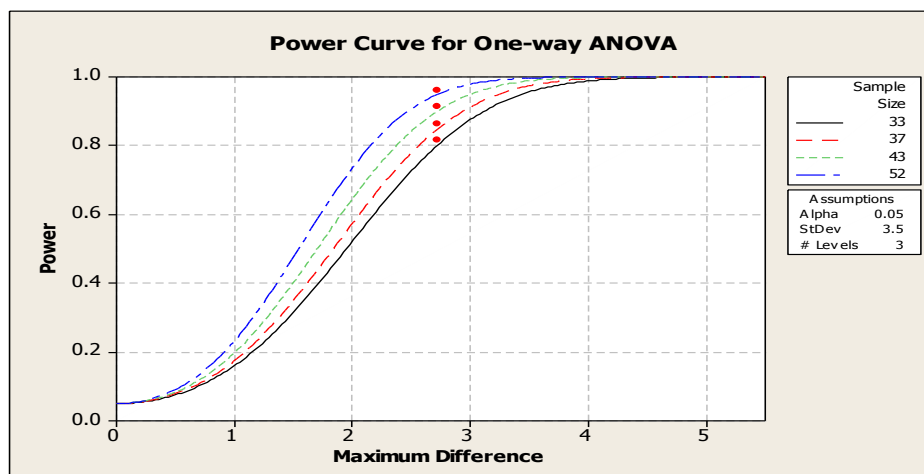


Figure (1) shows the power curve for one-way ANOVA from Minitab

Figure 1 Power curve one-way ANOVA

دانش آموز با میانگین سنی ۱۳/۰۴ با نمرات بین ۱۴ تا ۲۸ یعنی افسردگی ملایم و معتدل شناسایی شدند. تعدادی از دانش آموزان با افسردگی شدید نیز شناسایی شدند که با هماهنگی مدیر مدرسه برای آنان جلسه‌ای گذاشته شد و از آنان اجازه گرفته شد که با خانواده آنان صحبت شود. مدیر مدرسه با هماهنگی با محقق و بدون ذکر برچسب افسرده این دانش آموزان را به مرکز درمان منطقه معرفی تا با بررسی بیشتر حمایت دریافت نمایند. و همچنین چنانچه تمایل داشتند خود و یا اولیا آنان با هماهنگی قبلی در اتاق مشاوره با محقق برای مشاوره صحبت کنند. برای گروه نمونه مورد مطالعه از اولیا آنان دعوت شد و بعد از ارائه توضیحات فرم رضایت نامه برای شرکت در درمان اخذ گردید. مجدداً با برنامه‌ریزی قبلی آزمون دوم یعنی مقیاس خلق و احساس توسط محقق در اتاق مشاوره انجام گردید. بعد از ارزیابی تست‌ها، تعداد ۹۶ نفر که نمرات ۸ و بالاتر داشتند برای ورود به مطالعه انتخاب شدند و تعدادی که در تست قبلی نمره مرزی و در این تست زیر ۸ اخذ کرده بودند بدون علامت تشخیص داده شدند و از مطالعه حذف شدند. (در ادامه مطالعه نیز مطالعه ۵ نفر از گروه گواه از مطالعه خارج شدند و ۹۱ نفر تا آخر باقی ماندند).

با توجه به رسیدن سائز نمونه مورد نیاز، فرآیند نمونه‌گیری پایان یافت. در هر مدرسه به اسامی هر یک از دانش آموزان کد داده شد و به تصادف در سه گروه آزمایشی انتخاب شدند و توضیحات مورد نیاز به مشارکت کنندگان هر گروه جداگانه داده شد.

در مرحله بعد، روند نمونه‌گیری باید مدرسه به مدرسه پیش رفت تا جایی که حجم نمونه مورد نظر بدست بیاید. از طریق نمونه‌گیری تصادفی دو مرحله‌ای ابتدا از بین لیست کلیه مناطق دو منطقه به تصادف انتخاب شد و لیست تمام مدارس دولتی آن دو ناحیه از آموزش و پرورش استخراج گردید و بعد از حذف مدارس نمونه مردمی و هیئت امنایی که به واسطه قدرت مالی والدین به نوعی حمایت و کمک مالی دریافت می‌کردند، به باقیمانده مدارس در هر منطقه کد اختصاص داده شد و یک مدرسه از هر لیست به تصادف انتخاب گردید. برای کنترل بیشتر بر متغیرهای بیرونی، (کرلینگر و لی، ۲۰۰۰) جنسیت، پیشینه آموزشی، طبقه اجتماعی، مدارس خصوصی و غیرانتفاعی، و مدارس نمونه دولتی حذف شدند که تا جایی که امکان داشت مشابه شوند (نزو و همکاران، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴). در نهایت دو مدرسه که یکی در غرب و دیگری در جنوب واقع شده بود به تصادف انتخاب شدند. مدرسه که در غرب قرار داشت در محله‌ای واقع بود که از نظر طبقه اجتماعی ضعیف و از نظر امکانات مشابه با مدرسه جنوب و کیفیت و فضای هر دو مدرسه زیر متوسط بود. دانش آموزان هر دو مدرسه متعلق به خانواده‌هایی کم درآمد بودند که قادر نبودند فرزندان خود را به مدارس غیر انتفاعی و نمونه بفرستند.

همه دانش آموزان دو مدرسه با هماهنگی قبلی با مدیر و ارسال نامه و کسب اجازه از اولیا در زمان صبح کلاس به کلاس با ابزار (بک و همکاران، ۱۹۹۶) توسط محقق مورد ارزیابی قرار گرفتند. بعد از ارزیابی و نمره‌گذاری تست‌ها در هر دو مدرسه تعداد ۱۰۲

ابزار

سیاهه افسردگی بک^۱: نسخه اصلاح شده مقیاس افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) با معیارهای DSM-IV برای افسردگی همسان شده و میزان و شدت افسردگی را مشخص می‌کند. این مقیاس در سراسر دنیا از جمله ایران برای سنین ۱۳ به بالا انجام شده و روایی خوبی داشته و نسخه ترجمه شده فارسی آن در دسترس است. این ابزار ۲۱ آیتمی خودگزارش‌دهی، برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان استفاده شده است. ارزش به هر پاسخ می‌تواند ۰، ۱، ۲، و ۳ و بر اساس حال دو هفته گذشته است. ابزارهای دیگری برای افسردگی نوجوانان از جمله (رینولدز، ۱۹۸۶) وجود دارد اما از آنجایی که این ابزار با معیار DSM-IV همسان شده است انتخاب گردید (انجمن روانشناسان آمریکایی^۲، ۲۰۰۴ و ۱۹۹۴).

نمره‌ها از ۰ تا ۱۳ حال فرد را از بهنجار تا افسردگی خیلی کم ارزیابی می‌کند؛ نمره‌های ۱۴ تا ۱۹ به عنوان افسردگی معتدل، و نمرات ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط ارزیابی می‌شود. در نهایت نمرات ۲۹ تا ۶۳ به عنوان افسردگی اساسی یا شدید تشخیص داده می‌شود. در این پژوهش از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه چهارم^۳ DSM-IV نشانگان افسردگی تبعیت گردید. در این معیار اصطلاح افسردگی معتدل زمانی است که بیمار دوتا از نشانگان کلیدی را همزمان باهم تجربه می‌کند. برای افسردگی متوسط تعداد نشانگان کلیدی ۵ یا ۶ و برای شرایط افسردگی شدید بیمار ۷ نشانه یا بیشتر را تجربه می‌کند. نشانه‌های کلیدی شامل اختلال آشفتگی خواب، اختلال آشفتگی اشتها، تمرکز ضعیف، احساس تقصیر، افکار خودکشی، ناتوانی از لذت بردن، کندی روانی حرکت و خستگی است. این پرسشنامه ظرف ۱۵ دقیقه حدوداً تکمیل می‌شود و یک پرسشنامه مختصر و با زیر بنای خوب که به بسیاری از زبان‌ها ترجمه شده است و استفاده می‌شود. یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی با استفاده گسترده اندازه‌گیری و تشخیص افسردگی نوجوانان است (آرچر و همکاران، ۱۹۹۱). چندین مطالعه همسانی درونی قابل قبول، قابلیت اعتماد با تست

مجدد، و روایی درونی با نوجوانان را نشان داده است (رینولدز، ۱۹۹۴).

خصایص روان‌سنجی این ابزار در انواع جمعیت بالینی و غیربالینی نوجوانان تحقیق شده است (استر و همکاران، ۱۹۹۸). بنابراین این ابزار به نظر می‌رسد که اندازه خوبی از تغییرات شناختی را با مداخلات حاضر پیش‌بینی کند. همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای مراجعین به بیمارستان و ۰/۹۳ برای دانش‌آموزان نشان داده است. همبستگی کلی در نمره‌های نمونه‌های دو گروه بالا و در همه آیتم‌ها معناداری در سطح ۰/۰۵ به دست آمده است. اما در یک مطالعه در آیتم از دست دادن علاقه جنسی برای نمونه دانش‌آموزان همبستگی کلی ۰/۲۷ گزارش شده است (آربی‌سی، ۲۰۰۱). این در حالی است که محققین دیگر (استیروکلارک، ۱۹۹۷؛ وایس من و همکاران، ۲۰۰۰؛ وایت و پنلی، ۲۰۰۵) همبستگی بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ را بدست آوردند. همچنین روایی درونی طوری طراحی شده که همه جنبه‌های افسردگی را بر اساس DSM-IV در بر می‌گیرد. همچنین قابلیت اعتبار این مقیاس توسط قاسم‌زاده و همکاران در ۲۰۰۵ با نوجوانان ایرانی ۰/۷۴ گزارش شده است و ثبات درونی و آلفای کرونباخ ۰/۸۷=۰ بدست آمده است.

پرسشنامه خلق و احساس (SMFQ)^۴: یک مقیاس مختصر برای استفاده و اندازه‌خودگزارشی برای افسردگی کودکان و نوجوانان است (شارپ و همکاران، ۲۰۰۶) و برای ارزیابی سریع از نشانه‌های افسردگی و مطالعات همگانی نوجوان ۸ تا ۱۸ ساله است. نسخه کوتاه SMFQ شامل ۱۳ آیتم از بالاترین وزن نسخه MFQ استخراج شده و در ۲ تا ۳ دقیقه تکمیل شده و برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی کودکان و نوجوانان در مطالعات همگانی است (آنکولد و همکاران، ۱۹۹۵). اخیراً SMFQ به عنوان قسمتی از فرآیندهای ارزیابی عمومی به بهترین حالت انجام شده (نایس، ۲۰۰۵، ص ۲۴).

آیتم‌های این مقیاس از معیارهای تشخیص افسردگی و افسردگی دائمی و افزایش عواطف دلتنگی و جنبه‌های خودکشی افسردگی که در DSM-3 را پوشش داده است. شکل پاسخنامه خیلی مستقیم است و پاسخ‌ها به صورت 'درست نیست'، 'بعضی مواقع درست است' و 'درست است' حس و حال دو هفته گذشته

1. Beck depression questionnaire

2. American psychological association (APA)

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM-IV

4. Mood and feeling questionnaire (SMFQ)

از مطالعه بیرون نرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با استفاده از SPSS-19 انجام شد.

درمان CBT

در این مطالعه درمان شناختی رفتاری^۱ گروهی براساس راهنمای درمان (مونزو و میراندا، ۲۰۰۰) که شامل تکلیف‌های شناختی و رفتاری بود انجام شد. این راهنمای درمان حاوی دستورالعمل‌های عملی و چک لیست کاربردی اجرایی برای محقق است که فرآیندهای عینی درمان را در اجرای مداخله تضمین می‌کند. این منوال براساس نظریه بک با بیماران افسرده ساخته شده است. این مداخله قبل از آزمایش اصلی به شکل مطالعه مقدماتی روی ۱۵ نفر در مدرسه دیگری انجام شد تا در مورد قابلیت اجرا بر روی گروه‌های سنی نوجوانان اطمینان به عمل آید. تعداد جلسات قابل مقایسه با مطالعات مشابه برای نوجوانان و همچنین برای جمعیت‌های دیگر و گروه‌های کوچکتر نتایج خوبی را نشان داده است (آرایا و همکاران، ۲۰۰۸). یک جلسه مقدمه و معرفی و توضیح در مورد درمان، پنج تا هفت جلسه مرتبط با افکار و دوباره ساختن فکر، یک جلسه شناخت هیجان، یک جلسه حل مسأله و یک جلسه تجدید نظر در مورد یادگیری و برنامه‌ریزی برای آینده است. نکات کلیدی در هر جلسه و اهداف درمان در جدول ۱ نشان داده شده است.

بیان می‌شود. قابلیت اعتماد این تست و بعد از سه هفته تست مجدد ۰/۸۴ و بعد از سه ماه ۰/۸۰ بدست آمده است (آنکولد و همکاران، ۱۹۹۵؛ ساند و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین توافق خوبی از این تست با مصاحبه‌های تشخیص افسردگی استاندارد بدست آمده است (وود، ۱۹۹۵؛ کنت و وستاین، ۱۹۹۷)، همبستگی $r=0.91$ با تست افسردگی بک و با مقیاس باند و همکاران ۲۰۰۱ بدست آمده است. در تحلیل عامل، ارزیابی قابلیت اعتماد و تحلیل همبستگی دو نیمه، آلفای کرونباخ برای MFQ و SMFQ به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۷ بدست آمده است (آنکولد و همکاران، ۱۹۹۹ و ۲۰۰۲). این نتایج نشان می‌دهد که آیت‌های ۱۳ تایی SMFQ مناسب بودند. در مطالعه حاضر این پرسشنامه به شکل موازی با BDI-II استفاده شده است. همچنین فرم بلند این مقیاس توسط پژوهشگران ایرانی مانند نشاط دوست (۲۰۰۵) روی ۱۶۴۵ نوجوان انجام شده و قابلیت اعتماد آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است ($p < 0.001$ MFQ).

درمان‌ها

همه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه همکاری و مشارکت بالایی نشان دادند اگرچه تعداد ۵ دانش‌آموز در جمعا در دو مدرسه از گروه کنترل قطع همکاری کردند. از ۲۷ نفر در گروه کنترل دقیقاً با همان زمان و با حضور محقق خواسته شد که تکالیفشان را انجام دهند و هر کمکی لازم دارند و فعالیت‌هایی که دوست دارند انجام دهند، مانند پازل و نقاشی کشیدن و در مواردی که سؤال دارند به سؤالات پاسخ داده شود با همکاری دبیران تلاش گردید درس‌های همان ساعت با زمان کوتاه همراه با استراحت زیر نظر محقق انجام شود. با توجه به تعداد کم در یک گروه در هر مدرسه زمان اختصاص داده شده به گروه کنترل باعث اتلاف زمان درس آنها نشد زیرا هر کدام به مطالعه فردی زیر نظر محققان پرداختند و هر نیم ساعت درس یک ربع زمان بازی مانند منج و پازل که از قبل برایشان آماده شده بود اختصاص یافت و معلم از پیشرفت درسی آنها رضایت داشت. محقق سعی کرد سؤالات آنها در زمینه مشکل افسردگی را با توضیح حداقل پاسخ دهد در عوض به آنها تمرکز و بررسی و یادآوری برای مشاوره در پایان ترم درسی را یادآوری نماید. در گروه‌های آزمایشی فعالیت‌ها برایشان بسیار لذت بخش بود به صورتی که هر کدام آرزو می‌کردند این دوره تمام نشود و دانش‌آموزان در هر دو گروه از بودن در دوره لذت می‌بردند، مداخله‌ها برای همه آنها لذت‌بخش بود، هیچکس غیبت نداشت و

1. Cognitive behavioral therapy (CBT)

جدول ۱. نکات کلیدی درمان گروهی شناختی رفتاری CBT در هر جلسه		
اهداف	پیام کلیدی	جلسات
معرفی هر مشارکت کننده به دیگر اعضا گروه، اهمیت اعتماد داشتن اعضا گروه به هم و به تسهیل گر و اعتماد به همدیگر و رازداری، توضیح جلسات درمانی گروهی و ساختار جلسات و تکالیف یادگیری درباره افسردگی، یاد گرفتن طرق مفید فکر کردن درباره افسردگی، یاد گرفتن اینکه چگونه افکار بر احساس نا نفوذ و تأثیر دارد	تمرین فعالیت انفرادی و گروهی تأثیر افکار بر احساسات و عمل CBT چیست	۱ معرفی و شناخت همدیگر ما چگونه به افسردگی فکر می کنیم ۲ معرفی کلی درمان شناختی رفتاری و اهداف
یادگیری از طریق تمرین برای افزایش تعداد افکار مثبت و ایجاد یک خلق بهتر و شناسایی قوت ها	فهم و درک افکار مثبت و منفی شناسایی نیروهای بالقوه فردی	۳ شناخت تفکر منفی راه های بهبود تفکر کردن و سالم و تمرین عملی ۴ بهبود احترام به خود
فهمیدن اینکه چگونه افکاری را که حس ما را بد می کنند کاهش بدهیم یاد گرفتن اینکه چگونه با افکارمات صحبت کنیم فهمیدن اینکه چگونه افکار معمولی ما را افسرده می کند فهمیدن درباره فعالیت های لذت بخش فهمیدن نیاز به داشتن مقدار و سطح مناسب فعالیت های لذت بخش انجام دادن فعالیت های لذت بخش بدون نیاز به صرف پول زیاد و هزینه فهمیدن پیش بینی لذت قرارداد و پیمان بستن	شناخت فعالیت های لذت بخش چگونه گره های بدنی ما و تأثیر خود گوئی ها شناخت فکر و احساس	۵ هر چقدر فعالیت های لذت بخش کمتر انجام شود بیشتر احساس افسردگی می کنیم ۶ تمرین های فکر و احساس و عمل
خود گوئی ها بر احساس و رفتار ما تأثیر می گذارد یادگیری تکنیک های فائق آمدن بر افسردگی تکنیک های مدیریت استرس و خشم و یاد گرفتن مدیریت زمان شناسایی هدف های واضح و شفاف و غیر شفاف یاد گرفتن برنامه ریزی برای آینده یاد گرفتن برنامه ریزی برای نوشتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت	شناخت فعالیت های روزانه حل مسأله	۷ تمرین تفکر و احساس برنامه ریزی عملی در زندگی و مدرسه برای فائق آمدن بر تفکر و احساس منفی و کنترل افسردگی و مهارت های حفظ آرامش
یادگیری سه قسمت برای تمرکز برای اینکه حس بهتر داشته باشیم یاد گرفتن افکاری که به احساس راحتی با دیگران کمک می کند، یاد گرفتن راهبردهای مدیریت تعارض، یاد گرفتن اینکه چگونه چطور دیگران را متقاعد کنیم فهمیدن اینکه چگونه احساس کنیم وقتی که ارتباط خوب برقرار نمی شود یاد گرفتن اینکه چگونه بتوانیم متقاعد کردن را تمرین کنیم یاد گرفتن اینکه چگونه در مهارت های گوش دادن فعال باشیم اجتناب از سرزنش خود حفظ صلح و دوستی با دیگران	ارتباط بین فکر و عمل و احساس ارتباط سالم با دیگران برقرار کنیم	۸ تمرین تفکر و احساس فعالیت های حل مشکل ۹ تمرین تفکر احساس چگونه ارتباط با دیگران بر خلق اثر می گذارد ۱۰ تمرین تفکر و احساس مدیریت ارتباط با دیگران ۱۱ تمرین تفکر و احساس، مردم برای خلق ما اهمیت دارند ۱۲ تمرین تفکر و احساس فهمیدن درباره شبکه های حمایت

درمان CPST

درستی درمان و کاربرد آن روی گروه مورد نظر اطمینان حاصل شود. تعداد جلسات بکار رفته قابل مقایسه با مطالعات مشابه با نوجوانان در گروه های کوچکتر نتایج خوبی بدست آمده است (نزو و همکاران، ۲۰۰۹).

دستورالعمل فارسی این مداخله برای عینیت دادن به درمان آماده شد و جلسات در اتاق مشاوره و در طی ساعات درسی انجام شد. مشارکت کنندگان هم به شکل فردی و هم در گروه تکالیف و کارهای لازم را طبق راهنمایی انجام می دادند. حدود نکات کلیدی این درمان در هر جلسه با اهداف درمان در جدول ۲ نشان داده شده است.

درمان حل مسأله خلاق متشکل از فرآیندهای حل مسأله به همراه تکنیک های خلاق است. این نوع درمان از نظرات آذربورن ۱۹۵۶؛ ۱۹۷۹؛ استاین، ۱۹۷۴، ۱۹۷۵؛ پارتز، ۱۹۹۷ و استرنبرگ، ۲۰۰۶ اقتباس شده است و از چندین تکنیک خلاقیت مانند حل مسأله، تفکر همگرا و واگرا، بارش مغزی به تأخیر انداختن قضاوت، و تکنیک شش نوع تفکر تشکیل شده است. دستورالعمل براساس کار آذربورن و پارتز ساخته شد و ابتدا روی ۱۵ نفر در یک مدرسه در دسترس با نوجوانان افسرده به شکل پایلوت اجرا شد تا قابلیت اجرای آن روی گروه نوجوانان افسرده معتدل آزمایش شود یک جزوه با جزئیات چک لیست و نحوه عمل محقق آماده شد تا از

جدول ۲. نکات کلیدی درمان گروهی حل مسأله خلاق CPST در هر جلسه		
اهداف و پیام های کلیدی	اهداف دانستن، فهمیدن	جلسات
دیگران برای ما مهم و ما برای هم مهم هستیم رازداری و احترام به هم مشکلات هر کسی برای همه مهم است قوانین گروهی و مشارکتی در گروه حل مسأله خلاق چگونه می توان از مشکلات آگاه شد شناسایی رفتارهای هیجانی در مقابل رفتارهای خلاقانه یادگیری تکنیک ها و طراحی آنها در مغز تعریف دوباره مشکل بدون بیانات قضاوتی، تأخیر در قضاوت، شرح دوباره مشکل برای بیان بهرتر مشکل شش نوع تفکر مختلف	چگونه نگرش ها و عادات فکری مانع دیده شدن مشکل و مسأله می شود اینکه چگونه پیدا کردن مشکل واقعی به راه حل می انجامد و اینکه چگونه در برخورد با مشکلات و چالش ها می توان به خلق راه حل های خلاقانه پرداخت چگونه نشانگان هیجانی به وسیله مشکلات بوجود می آید	۱ معرفی اعضا به همدیگر ۲ فهمیدن در مورد دانش و درمان حل مسأله خلاق
یادگیری انعطاف پذیری، روانی، ابتکار، خلق ایده- های نو و بکر، یادگیری جدا کردن پندار و تصور و تخیل از قضاوت کردن برای اینکه به فهم بهتری از مشکل برسیم	چگونه عادات یکنواخت و چارچوب های فکری گذشته چرا باید قضاوت را به تأخیر انداخت زیرا قضاوت اشتباه باعث عدم حل مشکل می شود، و چگونه پیچیدگی و عدم فهم مشکل و پاسخ های سخت به موقعیت ها باعث می شوند ما از پاسخ های خلاق و بالقوه چشم پوشی کنیم مهارت های یادگیری مسلط شدت بر پاسخ های بالقوه خلاق از طریق تکنیک های خلاق	۳ فهمیدن عادات ۴ نگاه به مشکل با شش نوع تفکر
ارتباط نیرومند بین دو مفهوم غیر مرتبط برای یافتن یک راه حل نو و بدیع	یاد گرفتن اینکه ارتباط نیرومند بین دو مفهوم غیر مرتبط مهم است و چرا بارش مغزی در حل مشکل مهم است و اینکه چگونه ایده های مضحک و خنده دار ممکن است ما را به سمت ایده های خلاق با ارزش هدایت کند، چرا فهم تفکر همگرا و واگرا مهم است	۵ تعریف دوباره مشکل، به تأخیر انداختن قضاوت ۶ فهم تفکر همگرا و واگرا در حل مشکل مهارت ها و نکات کلیدی حل مسأله خلاق
ارزیابی ایده ها و تکنیک های پذیرش راه حل	چرا بعد از خلق ایده ها، متوقف کردن خلق ایده ها هم مهم استو معیار ارزیابی ایده و پذیرش برای اینکه قادر شویم آنها را ارزیابی کنیم و چرا باید مقبولیت راه حل مورد پذیرش قرار گیرد	۷ تمرین های کل فرآیند به صورت گروهی و عملی در مواجهه با مشکل و تفکر به سمت حل مسأله با استفاده و تحریک و برانگیختن مهارت های خلاق در حل مشکل پیدا کردن راه حل و پذیرش ۸ تمرین های عملی کل فرآیند با کاربرد تکنیک های بارش مغزی، شش نوع تفکر، تفکر همگرا و واگرا در حل مشکل
انجام کل فرآیند در مواجهه با مشکل	چرا باید بتوان در رویارویی با یک مشکل تمام مهارت ها را برای حل آن بکار برد و انجام همه مراحل با تکنیک ها در مواجهه با یک مشکل واقعی بهبود حرمت خود	۹ ارزیابی و پیدا کردن راه حل و پذیرش ۱۰ تمرین کلی در یک مشکل بیرونی و حل آن در گروه با تکنیک های مختلف خلاق ۱۱ انجام فرآیند کلی حل مسأله خلاق در مسائل واقعی فردی و گروهی ۱۲ تمرینات فردی و گروهی در استفاده در حل مشکل

یافته ها

خلق و احساس سه گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درج شده است.

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی و

جدول ۳. میانگین، و انحراف استاندارد، نمره‌های افسردگی و خلق و احساس سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری							
گروه	تعداد	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
			انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
CBT	۳۲	افسردگی	۳/۹۲۴	۲۴/۳۴	۳/۵۶۴	۲۴/۳۷	۱/۸۱
CPS	۳۲		۳/۲۸۰	۲۴/۸۷	۱/۸۰۹	۱۰/۷۸	۱/۹۸
Control	۲۷	خلق و احساس	۳/۴۸۷	۲۳/۸۱	۱/۹۸۰	۷/۳۷	۲/۹۱
CBT	۳۲		۱/۴۷۸	۱۴/۵۹	۱/۶۴۱	۵/۸۸	۲/۰۲۶
CPS	۳۲	۱/۹۸۳	۱۵/۰۶	۱/۵۰۵	۴/۸۴	۱/۴۱۳	
Control	۲۷	۱/۷۵۱	۱۴/۸۳	۱/۶۴۶	۵/۳۶	۲/۱۱۵	

در بخش یافته‌های استنباطی برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مختلط (اثرات درمان افسردگی را در ارزیابی زمان‌های مختلف) استفاده شد. برای این منظور ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف به دست آمد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به منظور بررسی

پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت موخلی استفاده شد. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به‌طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. در نهایت همگی این پیش‌فرض‌ها مورد تأیید قرار گرفت. در جدول ۴ نتایج آزمون‌های چند متغیری نشان داده شده است

جدول ۴. نتایج آزمون‌های چند متغیری واریانس برای بررسی تعامل زمان و گروه						
Sig.	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	ارزش	آزمون‌های چند متغیری اثر	
۰/۰۰۰	۸۸	۱	۱۱۵۳/۹۷۷	۰/۹۲۹	افسردگی	
۰/۰۰۰	۸۸	۱	۱۱۵۳/۹۷۷	۰/۰۷۱		اثر پیلایی
۰/۰۰۰	۸۸	۱	۱۱۵۳/۹۷۷	۱۳/۱۱۳		لامبدای ویلکز
۰/۰۰۰	۸۸	۱	۱۱۵۳/۹۷۷	۱۳/۱۱۳		اثر هتلینگ
۰/۰۰۰	۸۸	۱	۱۱۵۳/۹۷۷	۱۳/۱۱۳		بزرگ‌ترین ریشه روی
۰/۰۰۰	۸۸	۲	۱۶۹/۸۸۵	۰/۷۹۴		اثر پیلایی
۰/۰۰۰	۸۸	۲	۱۶۹/۸۸۵	۰/۲۰۶	خلق و احساس	
۰/۰۰۰	۸۸	۲	۱۶۹/۸۸۵	۳/۸۶۱		لامبدای ویلکز
۰/۰۰۰	۸۸	۲	۱۶۹/۸۸۵	۳/۸۶۱		اثر هتلینگ
۰/۰۰۰	۸۸	۲	۱۶۹/۸۸۵	۳/۸۶۱		بزرگ‌ترین ریشه روی
۰/۰۰۰	۸۸	۱	۶۱۵/۴۱۱	۰/۹۵۳		اثر پیلایی
۰/۰۰۰	۸۸	۱	۶۱۵/۴۱۱	۰/۰۴۷		لامبدای ویلکز
۰/۰۰۰	۶۱	۲	۶۱۵/۴۱۱	۲۰/۱۷۷	افسردگی	
۰/۰۰۰	۶۱	۲	۶۱۵/۴۱۱	۲۰/۱۷۷		اثر هتلینگ
۰/۰۰۰	۶۱	۲	۶۱۵/۴۱۱	۲۰/۱۷۷		بزرگ‌ترین ریشه روی
۰/۰۰۰	۶۱	۲	۱۱/۹۰۸	۰/۲۸۱		اثر پیلایی
۰/۰۰۰	۶۱	۲	۱۱/۹۰۸	۰/۷۱۹		لامبدای ویلکز
۰/۰۰۰	۶۱	۲	۱۱/۹۰۸	۰/۳۹۰		اثر هتلینگ
۰/۰۰۰	۶۱	۲	۱۱/۹۰۸	۰/۳۹۰	بزرگ‌ترین ریشه روی	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه در یکی از زمان‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. برای کشف این تفاوت‌ها از آزمون‌های تحلیل واریانس یک راهه و آزمون‌های تعقیبی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ذکر شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه در یکی از زمان‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. برای کشف این تفاوت‌ها از

جدو ۵. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس برای کشف منبع تفاوت‌ها						
متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	Sig
افسردگی	زمان	۵۷۲۷/۲۹۸	۱	۵۷۲۷/۲۹۸	۱۱۵۳/۹۷۷	۰/۰۰۰
	زمان*درمان	۱۶۸۶/۳۱۴	۲	۸۴۳/۱۵۷	۱۶۹/۸۸۵	۰/۰۰۰
خلق و احساس	خطا	۴۳۶/۷۵۲	۸۸	۴/۹۶۳	-	-
	زمان	۲۴۱۵/۱۲۵	۱	۲۴۱۵/۱۲۵	۷۲۴/۲۴۵	۰/۰۰۰
خطا	زمان*درمان	۰/۰۴۲	۱	۰/۰۴۲	-	۰/۸۶۹
	خطا	۹۳/۹۵۸	۶۲	۲/۳۵	-	-

گروه شناختی رفتاری ۲۴/۳۴ و بعد از پایان مداخله به ۱۰/۷۸ و در گروه حل مسأله خلاق این مقدار از ۲۴/۸۷ و بعد از پایان مداخله به ۷/۳۷ کاهش نشان داده است. در مرحله پیگیری نیز گروه حل مسأله خلاق افزایش افسردگی کمتری را نسبت به گروه دیگر نشان داده است. نتایج نشان می‌دهد تفاوت نمره خلق و احساس و افسردگی مشارکت‌کننده گروه CPST خیلی بهتر از گروه CBT در سطح معناداری $P = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ با اثر اندازه‌گیری مکرر است. این درحالی است که کنترل تغییر قابل ملاحظه‌ای نداشت در ولی در هر دو گروه افسردگی بهبود پیدا کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

فهم علت‌شناسی افسردگی نیاز به دنبال کردن مداخلاتی دارد که بتواند آن کاستی‌ها را مورد هدف قرار دهد یعنی دیدگاهی که به درمان بهتر مشکلاتی بپردازد که موجب افسردگی نوجوانان شده است. شناخت‌شناسی و علت‌شناسی افسردگی نوجوانان تجربه رویدادهای مکرر منفی و روبرو شدن مداوم آنان با مشکلات و رویدادهای زندگی به همراه نداشتن مهارت‌های حل مشکل تشخیص داده است. اما این در حالی است که عمده درمان‌های استفاده شده به جای تأکید بر مهارت‌های حل مسأله متمرکز بر اصلاح تفکرات و باورهای منفی نوجوانان بوده است. بنابراین نیاز به جستجوی دانشی احساس می‌شود که بتواند برای جبران کاستی‌ها و کمبودهای نوجوانان ارزنده باشد. از طرف دیگر، در حالی که در تحقیقات قبلی فقط فرآیندهای معمولی حل مسأله یعنی تعریف مسأله و پیدا کردن راه‌حل بدون ارائه تکنیک‌های خلاقیت بر روی افسردگی نوجوانان به صورت محدود انجام شده است، این مطالعه، دانش حل مسأله خلاق و تکنیک‌های خلاقیت را از پیشگامان این دانش اقتباس و آن را در درمان افسردگی نوجوانان بکار برده است. بنابراین، این مطالعه با توجه به کاستی‌های موجود در پیشینه قصد دارد به مطالعه و آزمایش کارآمدی درمان حل مسأله خلاق در

در مجموع نتایج نشان می‌دهد که اثر معناداری در تعامل بین درمان و زمان یا تغییر بین نمره‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. آزمون‌های دو حالت متغیر برای متغیرهای انتقالی زمان ۲ در جدول ۵ و ارزش هر دو آزمون‌های دو حالت و چند حالت معنادار هستند که تفاوت‌ها را در میانگین نمره‌های افسردگی در نمره‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون و داده طول زمان در گروه‌ها نشان می‌دهد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر معناداری $P = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ از تعامل بین درمان و زمان با نشان دان تغییرات بین نمره‌های پیش‌آزمون بعد از آزمون در متغیر وابسته افسردگی وجود دارد. علاوه بر این، کمترین بهبود در گروه گواه است که هیچ درمانی دریافت نکردند زمانی که گروه CPST بهترین بهبود را نشان می‌دهد و مشارکت‌کنندگان گروه CBT بعد از CPST بهترین بهبود را نشان دادند.

همچنین نتایج مشابهی در متغیر وابسته خلق و احساس به دست آمد که برای نشان دادن اثر معنادار تعامل بین درمان و زمان یا تغییر بین نمره‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون از طریق طرح بین و درون همزمان تحلیل چند متغیری تفاوت‌های سه گروه در بهبود خلق و احساس و دو ماه پیگیری اثر معنادار $P = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ نشان داد.

نتایج جدول نشان می‌دهد بین میانگین ۳ گروه در متغیر وابسته خلق و احساس و افسردگی در طول زمان در پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد و در پایان درمان بین دو گروه CBT و CPST در خلق و احساس تفاوت معنادار وجود دارد. در متغیر وابسته خلق و احساس میانگین در گروه شناختی رفتاری که از ابتدا ۱۴/۵۹ بوده بعد از پایان مداخله به ۵/۸۸ و در گروه حل مسأله خلاق این مقدار از ۱۵/۰۶ به ۴/۸۴ کاهش نشان داده است. نکته مهمتر این است که در مرحله پیگیری گروه حل مسأله خلاق افزایش افسردگی کمتری ۴/۹۴ نسبت به گروه شناختی رفتاری ۷/۳۴ را نشان دادند. در متغیر وابسته افسردگی میانگین از ابتدا در

بین نوجوانان افسرده منجر می‌شود. اگر چه نزو فرآیند معمول حل مسأله را مورد استفاده قرار دادند. حتی در مطالعه قبلی خود نزو و رونان (۱۹۸۸) دریافته بودند که حل مسأله می‌تواند به عنوان میانجی گر نشانگان افسردگی مرتبط با استرس در نظر گرفته شوند و سپس نزو (۱۹۸۷) یک ارتباط بین حل مسأله با استرس و افسردگی یافته بود. تحقیقات نزو ادامه یافت و در تحقیقات اخیر نزو و همکاران (۲۰۰۹) یک ارتباط بین حل مسأله اجتماعی و افسردگی بین بیماران را پیدا کردند. نزو و نزو (۲۰۱۰) همچنین مهارت‌های حل مسأله برای بهبود افسردگی در بین نوجوانان را یافتند. اما مطالعات آنان همچنان بدون استفاده از دانش حل مسأله خلاق انجام گردیده است.

در زمینه درمان‌های مقایسه ای تحقیقات نشان می‌دهد بیشتر مقایسه‌ها روی مقایسه درمان‌های شناختی رفتاری با درمان دارویی و درمان مشکلات بین فردی متمرکز بوده است. این مطالعه به مقایسه یک درمان مشهور که مکرراً استفاده شده را با درمانی مقایسه کند که در تطابق با علت‌شناسی افسردگی نوجوانان است. براساس کاری که بک و همکاران در سال ۱۹۷۹ انجام دادند آنها بر اساس یک پروتکل مبتنی بر اصلاح باورهای سازش نایافته و تفکرات منفی به مداخله پرداختند. کارآمدی این درمان در یک آزمایش تصادفی کنترل شده RCT در مقایسه با درمان خانوادگی رفتاری منظم (SBFT) و درمان غیرمستقیم حمایتی (NST) در درمان بالینی افسردگی نوجوانان مقایسه شد. نتایج نشان داد، نوجوانانی که مداخله CBT دریافت کردند میزان پیشگیری از بهبود افسردگی بهتری را نسبت به دو درمان دیگر نشان دادند. اما محتوای همه این درمان‌ها با علت‌شناسی افسردگی نوجوانان منطبق نیست.

نکته با اهمیت در یافته اصلی حاضر نشان داد نشانگان افسردگی و خلق و احساس در هر دو گروه آزمایش بهبود یافت اما دانش آموزان گروه حل مسأله خلاق نه تنها بهبود بهتری را نسبت به گروه شناختی رفتاری به نمایش گذاشتند، بلکه در مرحله پیگیری بهبود خلق را بهتر حفظ کردند. این یافته با یافته‌های مؤسسه ملی فضیلت سلامت و حمایت (NICE, 2004) همسان است. آنها اگر چه درمان حل مسأله در افسردگی را برای نوجوانان افسرده توصیه کردند اما همچنان مهارت‌های خلاقیت در مداخلاتشان مورد غفلت قرار گرفته است.

حتی در مطالعات مقایسه‌ای درمانی حل مسأله نیز مقایسه‌ها با

مقایسه با درمان شناختی رفتاری پرداخته و با استفاده از دانش حل مسأله خلاق و اضافه کردن تکنیک‌های خلاقیت به ارزش مداخلات قبلی افزوده و به گسترش دانش در زمینه افسردگی نوجوانان کمک کرده است. اگرچه یافته‌های این تحقیق همسان با تحقیقات قبل نقش بامعنایی در بهبود سلامت ذهنی نوجوانان دارد، اما هدف از این مطالعه بررسی اثرات درمان حل مسأله خلاق و بکار بردن تکنیک‌های خلاقیت برای بهبود افسردگی در بین نوجوانان بوده که از طریق کاربرد فرآیندهای حل مسأله خلاق و تکنیک‌های خلاق برای پیدا کردن مشکل واقعی، تعریف آن و تلاش برای خلق راه‌حل انجام گرفت. این مطالعه تکنیک‌های بارش مغزی، تولید ایده، یافتن مشکل، از طریق تفکر واگرا و تفکر همگرا، تأخیر قضاوت، سیالی، تصمیم‌گیری و پذیرش، انعطاف‌پذیری و ابتکار و اصالت را در اجرای فرآیند بکار برد.

به طور کلی یافته‌های این تحقیق همسان با تحقیقات قبلی مثل (نزو ۱۹۸۶؛ وارشوفسکی ۱۹۹۹؛ بیکز ویدین و همکاران ۲۰۰۹؛ گروور و همکاران ۲۰۰۹) که همگی ارتباط بین فقدان مهارت‌های حل مسأله و آسیب‌شناسی روانی را آشکار کرده‌اند.

در حالی که سال‌ها پیش تحقیقات تأثیر مثبت خلاقیت در ایده پردازی بر خلق را نشان داده است، اما کاربرد آن کم‌رنگ پیده است. برای مثال در تحقیقات خود (کلافام، ۱۹۹۷) دریافت که انجام فرآیندهای حل مسأله تأثیر مثبت بر خلق دارد و می‌تواند ایده پردازی به سمت حل مشکل را افزایش دهد در صورت نداشتن این مهارت‌ها خلق فرد منفی و مضطرب می‌شود و دوباره این خلق منفی و اضطراب می‌تواند تأثیر منفی بر روی حل مشکل و ایده‌پردازی برای حل مشکل داشته باشد. تحقیقات آنان نشان می‌دهد حل مسأله انگیزه مشارکت‌کنندگان را بالا برده و موجب بهبود خلق آنها می‌شود زیرا مشارکت‌کنندگان با به دست آوردن مهارت‌های خلاقیت در ایده‌پردازی انگیزه و ادراک از خودشان بهبود یافت و باعث کاهش اضطراب و افسردگی‌شان گردید. وارشوفسکی نیز در ۱۹۹۹ نشان داد که مهارت‌های حل مسأله منجر به افزایش روان‌درستی و سلامت ذهنی خوب می‌شود.

یافته‌های این تحقیق همچنین بهبود معناداری در کاهش افسردگی و خلق و احساس بعد از مداخله نشان داد. این یافته‌ها منطبق با تحقیقات قبلی به وسیله نزو و همکاران (۲۰۰۴) بود که آنها دریافتند حل مسأله اجتماعی به کاهش استرس و احساسات منفی در

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., and Metalsky, G. I., 1988. The cognitive diathesis-stress theories of depression: Toward an adequate evaluation of the theories' validities. *In*. L. B. Alloy ed., *Cognitive Processes in Depression* New York: Guilford Press, 3-30.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., and Alloy, L. B., 1989, Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.
- Alloy, L. B., Hartlage, S., and Abramson, L. Y., 1988. Testing the cognitive diathesis- stress theories of depression: Issues of research design, conceptualization, and assessment. *In*. L. B. Alloy ed. *Cognitive Processes in Depression*. New York: Guilford Press, 31-73.
- American Psychiatric Association., 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed.* Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association., 2004. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*, 2nd edn. American Psychiatric Association, Arlington, VA.
- Angold, A., Costello, E. J., and Erkanli, A., 1999, Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40 (1), 57-87.
- Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E. M., Fairbank, J. A., Burns, B. J., Keeler, G., and Costello E. J., 2002, Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Archives of General Psychiatry*, 59 (10), 893-901.
- Araya, R, Hu K, Heron J, et al. Effects of stressful life events, maternal depression and 5-HTTLPR genotype on emotional symptoms in pre-adolescent children [published online ahead of print November 14, 2008]. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr* Genetdoi:10.1002/ajmg.b.30888
- Arbisi, P.A. (2001). Review of the Beck Depression Inventory-II, in Plake, B. S., & Impara, J. C. (Eds.). (2001). *The Fourteenth Mental Measurements Yearbook*. Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements.
- Beck, A. T., 1967. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Haper & Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G., 1979. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., 1983. Cognitive therapy of depression: New perspectives. *In*. P. J. Clayton and J. E. Barrett eds. *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press, 265-290.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G., 1996. *Beck Depression Inventory*. 2nd. San
- Becker-Weidman, E. G., Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Silva, S. G. and March, J. S., 2010, Social problem-solving among adolescents treated for depression. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 48, 11-18.
- درمان‌های دیگر به جز درمان شناختی رفتاری انجام شده است. برای مثال لاورنس و همکاران (۲۰۰۰) سه روش درمان حل مسأله، درمان شخص محور و درمان داروی ضد افسردگی را در ۱۲ جلسه درمانی با هم مقایسه کردند و نتایج گرفتند درمان حل مسأله بسیار مؤثرتر از شخص محور برای اختلال افسردگی در مراقبت ابتدایی است. آنها همچنین نتیجه گرفتند درمان حل مسأله جهت گیری به سمت هدف و درمان همکاری جویانه است.
- در حالی که نتایج مطالعه (NICE 2004) اهمیت مهارت‌های حل مسأله را مورد تأکید قرار می‌دهد اما مداخلات پیشگیری کمی بر روی نوجوانان انجام شده است. علائم ملایم و متوسط افسردگی نوجوانان در مدارس کمتر توجه کی شود و نوجوانان در صف طولانی درمان فردی باقی می‌مانند و این علائم به تدریج به افسردگی شدید تبدیل می‌شود در حالی که مؤسسه ملی فضیلت سلامت و حمایت^۱ (NICE, ۲۰۰۴) توصیه کرده است که این اخلاقی نیست نشانگان افسردگی خفیف نادیده گرفته شود.
- با وجود درمان منطبق با علت شناسی افسردگی نوجوانی، نادیده گرفتن نشانگان خفیف و متوسط افسردگی برای جامعه سودمند نیست در حالی که درمانگران می‌توانند دوره های درمان گروهی حل مسأله خلاق را در مراکز درمان هر منطقه با همکاری مدارس انجام دهند و بدین ترتیب از افسردگی آنان در موقع مناسب پیشگیری نمایند، اما ضمناً با توجه به محدودیت‌های موجود و انجام تحقیق فقط در دو مدرسه، بنابراین تحقیقات گسترده‌تری با درمانگران دوسو ناشناس پیشنهاد می‌شود.

منابع

- Abela, J. R. Z., and Hankin, B. L., 2008. Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: developmental psychopathology perspective. *In*. J. R. Z. Abela and B. L. Hankin, eds. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press, 35-78.
- Abela, J. R. Z., and Hankin, B. L., 2009. Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: developmental psychopathology Perspective. *In*. S., Nolen-Hoeksema and L. M., Hilt, eds. *Handbook of Depression in Adolescents*. New York: Routledge.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., and Teasdale, J., 1978, Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

¹. The national institute for health and care excellence (NICE)

- of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory Second Edition: BDI-II-Persian. *Journal of Depression and Anxiety*, 21(4)185-192.
- Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., L. L., Monteith, Garza M. J., and Venta, A., 2009, Problem solving moderate the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviours in adolescents, *The Journal of Clinical Psychology*, Vol. 65(12), 1281-1290.
- Hamilton, M., 1967, Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*; 6(4):278-96.
- Hammen, C., Burge, D., Daley, S. E., Davila, J., Paley, B. and Rudolph, K. D., 1995, Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), 436-443.
- Jaser, S. S., Langrock, A. M., Keller, G., Merchant, M. J., Benson, M. A., Reeslund, K., Champion, J. E. and Compas, B. E., 2005, Coping with the stress of parental depression II: Adolescent and parent reports of coping and adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (1), 193-205.
- Kerlinger, F. and Lee, H. B., 2000. *Foundations of Behavioural Research*. 4th ed, United State: Harcourt College Publisher.
- Lawrence, D., Jablensky, A. V., Holman, C. D., et al., 2000, Mortality in Western Australian psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 341-347.
- Logan, D. E., and King, C. A., 2002, Parental identification of depression and mental health service use among depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(3), 296-304.
- Lubart, T. I., 1994, Creativity. In. R. J. Sternberg, ed. *Thinking and Problem Solving*. New York: Academic Press, 289-332.
- Lubart, T. I., & Lautrey, J., 1998. Family environment and creativity. XVth Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development (ISSBD). Bern, Switzerland.
- McLaughlin, K. 2009, Universal prevention for adolescent depression. In. S., Nolen-Hoeksema and L. M., Hilt, eds. *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge.
- Moor, S., Maguire, A., McQueen, H., Wells, J. E., Elton, R., Wrate, R. and Blair, C., 2007, Improving the recognition of depression in adolescence: Can we teach the teachers? *Journal of Adolescence*. 30(1), 81-95.
- Munoz, R., and Miranda, J., 2000, *Group Therapy Manual for the Cognitive Behavioural Treatment of Depression*, RAND: <http://www.rand.org>
- National Institute for Clinical Excellence, 2004. *Management of Depression in Primary and*
- Bell, A. C., and D'Zurilla, T. J., 2009, Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29 (4) 348-353.
- Bennett, D. S., and Bates, J. E., 1995, Prospective models of depressive symptoms in early adolescence: Attributional style, stress, and support. *Journal of Early Adolescence*, 15 (3), 299-315.
- Blatt, S. J., and Zuroff, D. C., 1992, Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Blatt, S. J., and Homann, E., 1992, Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- British Association for Counselling and Psychotherapy Professional Standards., 2005. BACP counsellor/psychotherapist accreditation scheme: Criteria for application. Available at: <<http://www.bacp.co.uk/accreditation>
- British Psychological Society, 2005. *Good Practice Guidelines for the Conduct of Psychological Research Whithin the NHS*. BPS: Leicester.
- Clapham, M. M., 1997, Ideational skills training: A key element in creativity training programs. *Creativity Research Journal*, 10 (1), 33-44.
- Cole, D. A., 1990, Relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (4), 422-429.
- Cole, D. A., Jacquez, F. M., and Maschman, T. L., 2001, Social origins of depressive cognitions: A longitudinal study of self-perceived competence in children. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 377-395.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H. and Saltzman, H., 2000, Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 976-992.
- Corsini, R., 2002. *Dictionary of Psychology*. London: Brunner-Routledge.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., and Maydeu-Olivares, A., 2002. *Manual for the Social Problem Solving Inventory-Revised*. North Tonawanda, NY: MHS.
- D'Zurilla, T. J., and Nezu, A. M., 2007, *Problem-Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention*. 3rd ed. New York: Spring Publishing Company.
- Garber, J., Webb, C. and Horowitz, J., 2009, Prevention of depression in adolescents: A review of selective and indicative programme. In. S., Nolen-Hoeksema and L. M., Hilt, eds. *Handbook of Depression in Adolescents*. New York: Routledge.
- Gardner, H., 1993. *Creating Minds: An Anatomy of Creativity Seen Through the Lives of Freud, Einstein, Picasso, Stravinsky, Eliot, Graham, and Gandhi*. New York: Basic Books.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabei, R., Karamghadiri, N. and Ebrahimkhani, N., 2005, Psychometric properties

- Nolen-Hoeksema, S., and Hilt, M. L., 2009, *Handbook of Depression in Adolescents*, Routledge, Taylor and Francis Group, London.
- Osborn, A. F., 1956. Ways to be more creative. *In*. The Meeting of the Education Committee, January 31, New York: Sales Executives Club of New York.
- Osborn, A. F., 1957. *Applied Imagination: Principles and Procedures of Creative Thinking* 2nd ed. New York: Charles Scribner Sons.
- Osborn, A. F., 1963. *Applied Imagination, Principles and Procedures of Creative Problem Solving*. New York: Scribner.
- Osborn, A. F., 1965. *The Creative Trend in Education*. Buffalo, New York: Creative Education Foundation.
- Osborn, A. F., 1967. *Applied Imagination: Principles and Procedures of Creative Thinking*. 3rd ed. New York: Charles Scribner Sons.
- Osborn, A., 1979. *Applied Imagination*. 3rd ed. New York: Lee Hastings Bristol.
- Parnes, S. J. and Noller, R. B. 1972, *Applied creativity: The creative studies project: Part II - Results of the two-year program*. *Journal of Creative Behavior*, 6 (3), 164-186.
- Parnes, S. J. and Noller, R. B., 1973, *Applied creativity: The creative studies project: Part IV - Personality findings and conclusions*. *Journal of Creative Behavior*, 7 (1), 15-36.
- Parnes, S., Noller, R. and Biondi, A., 1977. *Guide to Creative Action*. New York: Charles Schribner Sons.
- Parnes, S.J., ed., 1992. *Source Book for Creative Problem-Solving: A Fifty Year Digest of Proven Innovation Processes*. Buffalo, New York: Creative Education Foundation Press.
- Parnes, S.J., 1997. *Optimize the Magic of Your Mind*. Buffalo, New York: Creative Education Foundation Press.
- Puccio, G. J. and Murdock, M. C., 2001, *An essential life skill*. *In*. V. A. Alexandria, ed. *Developing Mind*. Plerandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development, 67-71. New York: Springer-Verlag, 375-395.
- Reynolds, W. M., 1986. *Reynolds Adolescent Depression Scale*. Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M., 1994. *Assessment of depression in children and adolescents by self-report questionnaire*, *In* W. M. Reynolds & H. F. Johnston, eds. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*, New York: Plenum Press, 209-234.
- Rudolph, K. D., Hammen, C. and Burge, D., 1994, *Interpersonal functioning and depressive symptoms in childhood: Addressing the issues of specificity and comorbidity*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (3), 355-371.
- Rudolph, K. D., Dennig, M. D. and Weisz, J. R., 1995, *Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: Conceptualization, Secondary Care. Clinical Guidelines*, London: NICE, Available at <http://www.nice.org.uk/CG023>.
- National Institute of Clinical Excellence, 2005. *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. National Clinical Practice Guideline. Leicester: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists, Available at <http://www.nice.org.uk/CG028>.
- National Institute for Clinical Excellence, 2005. *Suggested Actions for Implementing the NICE Clinical Guidelines on Depression in Children and Young People*. London, Department of Health.
- Neshat Doost, H. T., Nouri, N., Molavi, H., Kalantari, M. and Mehrabi, H. A., 2005, *Standardization of Mood and Feelings Questionnaire and investigation on the prevalence of depressive disorder in the Esfahan adolescents*. *Journal of Psychology*, 9 (4), 33-42.
- Nezu, A.M., 1986, *Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 196-202.
- Nezu, A. M., 1987, *A problem solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model*. *Clinical Psychology Review*, 7 (2), 121-144.
- Nezu, A. M. and Ronan, G. F., 1988, *Problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis*. *Journal of Counseling Psychology*, 35 (2), 134-138.
- Nezu, A. M., Nezu, C.M. and Lombardo, E., 2003. *Problem-solving therapy*. *In*. W. O'Donohue, J. E. Fisher, S. C. Hayes, eds. *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*, Hoboken, NJ: John Wiley & Son, 301-307.
- Nezu, A. M., Wilkins, V. M. and Nezu, C. M., 2004. *Social problem solving, stress, and negative affect*. *In*. E. C. Chang, T. J. D'Zurilla and L. J. Sanna, eds. *Social Problem Solving*. Washington, DC: American Psychological Association, 49-65.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Jain, D., & Lee, M., 2009. *Social problem solving and depression among patients with congestive Herat failure*. Presented to the Society of Behavioral Medicine, Montreal, Canada, April.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M., 2010. *Problem-solving training*. Paper presented to the Department of Veterans Affairs Mental Health Conference: Implementing a Public Health Model for Meeting the Mental Health Needs of Veterans, Baltimore, MD, July.
- Nolen-Hoeksema, S., 1991, *Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes*. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., 2001, *Gender differences in depression*. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (5), 173-176.

- review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118 (3), 328–357.
- Rudolph, K. D., and Clark, A. G. 2001. Conceptions of relationships in children with depressive and aggressive symptoms: Social-cognitive distortion or reality? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (1), 41–56.
- Rudolph, K. D., Kurlakowsky, K. D. and Conley, C. S., 2001, Developmental and social-contextual origins of depressive control-related beliefs and behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (4), 447–475.
- Rudolph, K. D., Hammen, C., & Daley, S. E., 2006, Mood disorders. In. D. A. Wolfe and E. J. Mash, eds. *Behavioural and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press, 300–342.
- Rudolph, K.D., 2009. The interpersonal context of adolescent depression. In. S., Nolen-Hoeksema and L. M., Hilt, eds. *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge.
- Sharp, C., Goodyer, I. M. and Croudace, T. J., 2006, The short mood and feelings questionnaire item response theory and categorical factor analysis of self-report ratings from a community sample of 7-through 11-year old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (3), 379-391.
- Stein, B.M., 1974. *Stimulating Creativity: Vol. 1. Individual Procedures*. New York: Academic Press.
- Stein, B.M., 1975. *Stimulating Creativity: Vol. 2. Group Procedures*. New York: Academic Press.
- Sternberg, R.J., 2006, Creating a vision of creativity: The first 25 years. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, S (1), 2-12.
- Stter, R. A., Kumar, G., Ranieri, W. F. And Beck, A., 1998, Use of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20 (2), 127-137.
- Torrance, E. P., 1974. *Norms and Technical Manual for the Torrance Test of Creative Thinking*. Bensenville, IL: Scholastic Testing Services.
- Torrance, E. P. and Safter, H. T., 1999. *Making the Creative Leap Beyond*. Buffalo, New York: Creative Education Foundation.
- Warshofsky, F., 1999. *Stealing Time: The New Science of Aging*. New York: TV Books.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C. and Klerman, G. L., 2000. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- WHO, Mental Health Department Web Page
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ Last visited WHO, Depression Fact Sheet.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/> World Health Organization. Last visited: 10-7-2009.