

## اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افکار خودآیند منفی و انعطاف پذیری روان شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۰۸

### چکیده

**مقدمه:** اختلال افسردگی از آن دست اختلالاتی است که پردازش‌های شناختی، روان‌شناختی و هیجانی مبتلایان را تحت تاثیر منفی خود قرار می‌دهد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره انجام گرفت.

**روش کار:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مراجعان دارای اختلال افسردگی بودند که در فصول پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده بودند. در این پژوهش تعداد ۴۰ فرد دارای افسردگی از بین جامعه آماری با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (در هر گروه ۲۰ فرد). گروه آزمایش مداخله واقعیت‌درمانی (گلاس، ۲۰۱۳) را طی دو ماه و نیم در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسشنامه افکار خودآیند منفی (کندل و هولون، ۱۹۸۰) و پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی بر افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره تاثیر معنادار دارد ( $p < 0/001$ ). بدین صورت که این درمان توانسته بود منجر به بهبود کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره شود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که واقعیت‌درمانی با بهره‌گیری از فنونی همانند آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری و همچنین کم‌اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید بر کنترل درونی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** افسردگی، افکار خودآیند منفی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، واقعیت‌درمانی گروهی  
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سارا نداف<sup>۱</sup>

طیبه شریفی\*<sup>۲</sup>

احمد غضنفری<sup>۳</sup>

مریم چرامی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

<sup>۲</sup> دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

<sup>۴</sup> استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

Email: T.sharifi@iaushk.ir

## مقدمه

افسردگی از دسته اختلالات‌های خلقی محسوب می‌شود و آن را شیوه دید فرد از خود، از دیگران و از دنیا تعریف می‌کنند (۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلالات افسردگی را شامل اختلال کژتنظیمی خلقی ابدایی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مداوم، اختلال ملال پیش از قاعدگی، اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو، اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر، سایر اختلالات افسردگی معین و اختلال افسردگی نامعین مشخص کرده است (۲). افسردگی به عنوان یک اختلال خلقی، حالتی هیجانی است که با احساس‌های غمگینی شدید، بی‌ارزشی، گناه و نیز کناره‌گیری از دیگران، آشفتگی در خواب و اشتها به همراه کاهش میل جنسی و علاقه و لذت در فعالیت‌های معمول مشخص می‌شود. دو ویژگی اختصاصی افسردگی عبارتند از خلقی ناشاد و فقدان علاقه و لذت در تقریباً همه فعالیت‌های عادی و سرگرمی‌های فرد (۳). ویژگی مشترک تمام این اختلالات وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک‌پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردی فرد تاثیر منفی می‌گذارد. تفاوت آنها مربوط به زمان‌بندی یا علت احتمالی یا مدت اختلال است (۴). به عبارتی می‌توان گفت افسردگی یک حالت خلقی شامل بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است که می‌تواند بر روی افکار، رفتار، احساسات و خوشی و تندرستی یک فرد تأثیر بگذارد. افسردگی منجر به از کار افتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود (۵).

باید اشاره نمود که افراد دارای افسردگی دارای افکار خودآیند منفی هستند (۶). افکار خودآیند منفی، اظهارات منفی خودآیند درباره خود است، عقاید و باورهایی که بدون تلاش عمدی و بدون انتخاب به ذهن فرد خطور می‌کنند و معمولاً تحریف شده‌اند که منجر به پاسخ‌های هیجانی نامتناسب می‌شوند (۷). این افکار می‌توانند به صورت نگرش‌های بنیادی یا طرحواره‌های شناختی درونی سازمان یابند (۸). افکار خودآیند منفی، ارزیابی‌های کوتاه و مختصری از

شکست‌ها در افراد مبتلا به افسردگی است. در افرادی که مستعد افسردگی هستند، ذهن دائماً به سمت افکار ناراحت‌کننده و منفی گرایش پیدا می‌کند که این خود باعث تداوم بیشتر غم و افسردگی می‌شود. در اصل فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (۹).

بروز افسردگی می‌تواند پردازش‌های روان‌شناختی همچون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۱</sup> مبتلایان را نیز متاثر سازد. چنانکه نتایج پژوهش‌های صفری موسوی، ندری، امیری، رادفر و فرخچه (۱۰) نشان داده است که بروز افسردگی با کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همراه است. به گزارش کانگاسنمی، لاپالاین، کانکانپا و تاملین (۱۱) انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی گفته شده و توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای مجموعه رفتارهایی است که فرد در راستای ارزش‌هایش انجام می‌دهد. همچنین دارا بودن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سبب می‌شود که فرد علاوه بر رفتارهای ارزشمندانه، دارای تعهد در عمل نیز باشد (۱۲). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یکی از مولفه‌های اصلی کارکرد اجرایی می‌باشد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و با افسردگی، اضطراب و پریشانی‌های روان‌شناختی رابطه منفی دارد (۱۳-۱۴). روش‌های درمانی مختلفی برای افراد دارای اختلال افسردگی بکار گرفته شده است تا از طریق آن مولفه‌های روان‌شناختی آسیب‌زای آنها کاهش یابد. یکی از این روش‌ها واقعیت‌درمانی<sup>۲</sup> است که نتایج پژوهش‌های پیشین نشان از کارآیی این درمان داشته است (۱۵-۲۴). گلاسر (۲۵) مبتکر نظریه واقعیت‌درمانی، معتقد است که هدف این نظریه آن است که با آموزش مسئولیت‌پذیری، نحوه کنترل انتخاب‌ها و کمک به ارضای صحیح نیازهای عاطفی از جمله: مبادله عشق و

<sup>۱</sup> Psychological flexibility

<sup>۲</sup> Reality Therapy

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره بود.

### روش کار

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مراجعان دارای اختلال افسردگی بودند که در فصول پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده بودند. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا افراد مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز مورد شناسایی قرار گرفتند (با توجه به حجم بالای مراکز مشاوره شهر اهواز، تعداد ۳ مرکز انتخاب شد). سپس با پخش فرم‌های حضور در پژوهش به شکل داوطلبانه در بین افراد با تشخیص افسردگی پخش شد. سپس پرسشنامه افسردگی به آنها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه افسردگی و نمره‌گذاری آن، افرادی که نمره بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه افسردگی کسب کرده‌اند، انتخاب شدند. در گام بعد افراد شناسایی شده تحت مصاحبه بالینی نیز قرار گرفتند. در گام آخر ۴۰ نفر از این افراد که تشخیص افسردگی را دریافت کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) گماشته شدند. در نهایت واقعیت‌درمانی گروهی طی ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد ولی گروه گواه این مداخلات را دریافت نکرده و به روند درمانی معمول خود در مراکز مشاوره ادامه داد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

### ابزار پژوهش

#### پرسشنامه افسردگی

نسخه نهایی پرسش‌نامه افسردگی توسط بک، اپستین، براون و استیر در سال ۱۹۹۶ تدوین شد. ماده‌های آزمون در مجموع از

محبت و نیاز به احساس ارزشمندی، بتوان افراد را در کسب هویت موفق و در نهایت تامین سلامت روانی و شادی بیشتر مساعدت کرد. واقعیت‌درمانی گروهی بنا بر پژوهش فرشچی، کیانی و چیستی ۲۶ موجب کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود. این درمان به صورتی که گلاسر شرح داده است، بر نظریه انتخاب استوار است. واقعیت‌درمانگران با تأکید بر وجود رابطه ناخوشایند در افراد افسرده بیان می‌کنند که مشکل اساسی اغلب افراد یکی است و به رابطه آنها برمی‌گردد (۲۷). مطابق با این رویکرد واقعیت‌درمانگران معتقدند که افراد رفتارهایی را نشان می‌دهند که راهی برای حل ناکامی ناشی از رابطه ناخوشایند است و بنابراین اگر کسی قصد استفاده از واقعیت‌درمانی را داشته باشد باید ابتدا با نظریه انتخاب آشنا باشد. واقعیت‌درمانی بیشتر بر این مسأله تأکید می‌کند که دسترسی به هویت موفق، بر اثر انجام کار موفقیت‌آمیز حاصل می‌شود و قدرت انتخاب فرد، عامل مهمی در سلامت روان او می‌باشد. عوامل ایجاد‌کننده شکاف بین افراد سالم و غیرسالم عبارتند از: پذیرش مسئولیت، زندگی در زمان حال، انتخاب آگاهانه و درست، قدرت کنترل مسائل و آگاهی از نیازهای واقعی (۲۸).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود که اختلال افسردگی پیامدهای نامطلوب شناختی، روان‌شناختی و هیجانی برای افراد مبتلا در پی داشته و تاثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی، اجتماعی و شغلی افراد روشن است. این فرایند می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی و شغلی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد، بر این اساس ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان افراد مبتلا به اختلال افسردگی صورت گیرد تا از پیشروی این اختلال و تبدیل آن به اختلال‌های بالینی دیگر در آینده جلوگیری گردد. از طرف دیگر می‌توان اشاره نمود که افکار خودآیند منفی و ضعف در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از فرایندهایی هستند که همراه با اختلال افسردگی اتفاق می‌افتند (۶) که تحت تاثیر قرار دادن آنها با استفاده از واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند به کاهش علائم افسردگی نیز یاری رساند. بنابراین با توجه به موضوعات مطرح شده و تحقیقات انجام یافته در مورد تاثیر واقعیت‌درمانی گروهی بر بهبود مشکلات روانی و رفتاری، و از سوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهشی مشابه،

شخصی و تمایل به تغییر (سوالات ۷، ۱۰، ۱۴، ۲۰، ۲۶)، خودپنداشت منفی و انتظارات منفی (سوالات ۲، ۳، ۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۸)، اعتماد به نفس پایین (سوالات ۱۷ و ۱۸) و درماندگی (سوالات ۲۹ و ۳۰) را می‌سنجد. اعتبار این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای ۰/۹۷ برخوردار است (۳۱). کندال و هولون (۳۱)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش مقتدر (۳۲) روایی همگرایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. همچنین این پژوهشگر پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه افکار خودآیند منفی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

### پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است (۳۳). این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می‌باشد و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود و دارای سه زیرمقیاس جایگزین‌ها (شامل ۱۰ سوال)، کنترل (شامل ۸ سوال) و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی (شامل دو سوال) است. این پرسشنامه براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است که از امتیاز کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۷ درجه‌بندی شده است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۴۰ است. نمره‌های بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. در پژوهش دنیس و واندروال (۳۳) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بدست آوردند. ماسودا و تالی (۳۴) نیز میزان پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۲ محاسبه کرده‌اند. در ایران شاره، سلطانی بحرینیان و فرمانی ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۸۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند (۳۵). آلفای

۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است (۲۹). با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی (نمره صفر تا ۱۳)، افسردگی خفیف (نمره ۱۴ تا ۲۴)، افسردگی متوسط (نمره ۲۵ تا ۳۵)، افسردگی شدید (نمره ۳۶ تا ۴۶). بک و همکاران (۲۹)، روایی همزمان این پرسشنامه را ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کردند. همچنین ضریب بازآزمایی برای بیماران روانی ۰/۸۶ و برای بیماران غیر روانی ۰/۸۱ گزارش شده است (۳۰). گودرزی اعتبار پرسشنامه بک را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش تصنیف را ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سوالی و فرم ۲۱ سوالی آن بر اساس گزارش گودرزی، ۰/۷۴ می‌باشد که حاکی از روایی مناسب پرسشنامه جهت استفاده در ایران می‌باشد (۳۰). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

### پرسشنامه افکار خودآیند منفی

پرسشنامه افکار خودآیند منفی، آزمونی است برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودآیند درباره خود که به وسیله هولون و کندال (۳۱) به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است و دارای ۳۰ سوال است. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت است، به این ترتیب که گزینه‌های هرگز، گاهی، معمولاً اغلب و همواره به ترتیب نمره‌های ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. نمره کل هر فرد بین ۳۰ تا ۱۵۰ می‌باشد. نمرات بیشتر نشان دهنده افکار خودآیند منفی بالاتر است. نمرات ۷۰-۳۰ افکار خودآیند منفی با شدت کم؛ ۱۰۹-۷۱ متوسط و ۱۵۰-۱۱۰ نشانگر افکار خودآیند منفی شدید است. پرسشنامه افکار خودآیند منفی چهار جنبه از این افکار خودآیند شامل ناسازگاری

1. Alternatives

2. Control

3. Alternatives to human behavior

کروناخ داده‌های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران (۳۵) ۰/۷۵ به دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کروناخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

### روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، افراد دارای اختلال افسردگی انتخاب شده (۴۰ نفر) به

شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله واقعیت‌درمانی گروهی را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۱۰ جلسه دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند.

### جدول ۱- خلاصه جلسات آموزش واقعیت‌درمانی (۳۶)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معارفه اعضا گروه به یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه؛ مروری بر قوانین گروه، ساختار و اهداف جلسات، ارائه دورنمایی از برنامه جلسات آتی
جلسه دوم	تمرکز بر زمان حال و اجتناب از بحث کردن درباره گذشته، چرا که عامل تمامی مشکلات فرد مسائل نارضایت‌مند/ ناخشنود کنونی اوست.
جلسه سوم	اجتناب از بحث و گفتگو کردن درباره نشانه‌ها و مشکلات تا جای ممکن، چرا که این نشانه‌ها و مشکلات راه‌هایی است که فرد برای کنار آمدن با مسائل ناخشنود خود انتخاب کرده است.
جلسه چهارم	فهم درست مفهوم «رفتار کلی» یعنی تمرکز بر آنچه مراجع می‌تواند مستقیماً انجام دهد - فکر و عمل - و اختصاص وقت کمتری بر آنچه که او نمی‌تواند بطور مستقیم انجام دهد، یعنی تغییر احساس و فیزیولوژی. البته احساس و فیزیولوژی تغییر می‌کنند، اما زمانی که در فکر و عمل تغییر ایجاد شود.
جلسه پنجم	اجتناب از انتقاد کردن، سرزنش کردن یا غرغر و شکایت کردن و به مراجع نیز کمک کنیم که از آنها در روابط تحصیلی و اجتماعی خود اجتناب کند. با انجام این کار آنها یاد می‌گیرند که از این رفتارهای شدید آزاددهنده کنترل بیرونی که روابط انسانی را تخریب می‌کنند، پرهیز کنند.
جلسه ششم	همواره بدون قضاوت و یا بکارگیری زور و اجبار عمل کرده و مسائل را با استفاده از این اصل بدیهی تئوری انتخاب که: آیا کاری که می‌کنم مرا به هدفی که می‌خواهم نزدیکتر می‌کند یا دورتر؟ اگر رفتار انتخابی، افراد را به هدفش نزدیک نمی‌کند، آنگاه مشاور تلاش می‌کند تا به مراجع کمک کند تا رفتارهای جدیدی که به هدف منتهی شود را بیابد.
جلسه هفتم	به مراجع آموزش داده می‌شود که هرگونه عذر و بهانه، حال چه مشروع و موجه و چه ناموجه - مانع اصلی در راه رسیدن به هدف مورد نظرشان خواهد بود.
جلسه هشتم	به موارد مشخص تمرکز می‌کند. در اسرع وقت تلاش می‌کند تا دریابد که اکنون مشکل مراجع در زمینه تحصیلی‌اش بیشتر حول چه زمینه ای است و با او کار می‌کند تا دست به انتخاب‌هایی بزند تا به بهبود این زمینه‌ها یاری برساند.
جلسه نهم	کمک به مراجع تا برای پیشرفت و بازدهی بیشتر در زمینه تحصیلی یک طرح عملی خاص و واقع‌گرایانه ارائه دهند و آنگاه به او کمک می‌کند تا طرح را دنبال کرده و پیشرفت خود را گام به گام ارزیابی کند. براساس تجربه خود، گاهی ممکن است مشاور طرح‌هایی را به مراجع پیشنهاد کند، ولی نباید این پیام را بدهد که فقط یک طرح عملی یا راه وجود دارد. طرح پیشنهادی مشاور فقط یک پیشنهاد است و مراجع همواره می‌تواند آن را رد کرده یا در آن تجدیدنظر کند.
جلسه دهم	بررسی تکالیف، دریافت بازخورد از اعضا، بررسی پیشرفت‌ها و دستاوردهای به دست آمده، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، گفتگو در مورد

تعمیم یافته ها و کاربرد مباحث در زندگی، اجرای پس آزمون

گروه نیز (معادل ۳۵ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در گروه گواه نیز ۱ نفر (معادل ۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم، ۷ نفر (معادل ۳۵ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۸ نفر از این گروه نیز (معادل ۴۰ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در نهایت در گروه آزمایش ۱۰ نفر (معادل ۵۰ درصد) دارای سن بین ۲۵ تا ۳۰ سال سن، ۹ نفر (معادل ۴۵ درصد) دارای سن بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۱ نفر (معادل ۵ درصد) دارای سن بین ۳۶ تا ۴۰ سال سن بودند. در گروه گواه نیز ۱۰ نفر (معادل ۵۰ درصد) دارای سن بین ۲۵ تا ۳۰ سال سن، ۴ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای سن بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۶ نفر (معادل ۳۰ درصد) دارای سن بین ۳۶ تا ۴۰ سال سن بودند. حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که در گروه آزمایش تعداد ۱۰ مرد (۵۰ درصد) و ۱۰ زن (۵۰ درصد) بودند. در گروه گواه نیز تعداد ۱۰ مرد (۵۰ درصد) و تعداد ۱۰ زن (۵۰ درصد) بودند. علاوه بر این در گروه آزمایش ۲ نفر (معادل ۱۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم، ۷ نفر (معادل ۳۵ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۷ نفر از این

### جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
افکار خودآیند منفی	گروه آزمایش	۱۰۹/۴۵	۲۲/۰۵	۷۶/۳۰
	گروه گواه	۱۰۷/۲۰	۱۳/۷۹	۱۰۰/۲۵
انعطاف‌پذیری	گروه آزمایش	۵۷/۳۰	۱۰/۸۲	۸۳/۲۵
	گروه گواه	۵۸	۷/۹۳	۶۲/۲۰
روان‌شناختی	گروه آزمایش	۸۳/۶۵	۸/۹۲	۶۲/۱۰
	گروه گواه	۸۴/۸۵	۱۵/۳۲	۱۶/۲۶
انحراف معیار				
		۱۶/۵۵	۱۶/۲۶	۸/۷۹
		۶۲/۹۳	۶۲/۱۰	۶/۹۳

پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رعایت نشده است ( $p < 0/05$ ). بر این اساس با برآورده نشدن پیش فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ( $p > 0/05$ ). همچنین

امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هاوس- گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

### جدول ۳- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای افکار خودآیند منفی و

#### انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات				آزمون
افکار خودآیند	۱۵۴۷۴/۷	۱/۲۴۲	۱۲۴۶۰/۰۱	۳۲/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۵	۱
منفی	۴۰۳۳/۰۸	۲/۴۸۴	۱۶۲۳/۶	۱۴/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۲	۰/۹۸
	۱۷۸۲۵/۵	۷۰/۷۹	۲۵۱/۸				
انعطاف‌پذیری	۲۱۶۲۳/۸	۱/۴۲۴	۱۵۱۸۱/۶	۱۹۵/۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۴	۱
روان‌شناختی	۹۲۸۴/۱	۲/۸۴۹	۳۲۵۹/۰۹	۴۱/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۵	۱
	۶۳۰۷/۳	۸۱/۱	۲۵/۹۲				

گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن بود که واقعیت درمانی گروهی با تعامل مراحل نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده داشته است. همچنین نتایج نشان داد که ۳۱ و ۵۹ درصد از تغییرات متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده در گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده فارغ از تاثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (واقعیت درمانی گروهی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده تاثیر معنادار داشته است. بدین معنا که اثر واقعیت درمانی گروهی در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و

### جدول ۴- آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
افکار خودآیند منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۱/۳۵	۲/۸۴	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱۷/۳۸	۲/۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۹۶	۱/۱۳	۰/۱۷
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۳/۶	۱/۵۵	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲۲/۸	۱/۵۶	۰/۰۰۰۱

در طی این جلسات، براساس رویکرد واقعیت درمانی به افراد مبتلا به افسردگی آموزش داده شد تا نیازهای اساسی شان را شناخته و به طور صحیحی برآورده کنند، زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوه صحیح، سبب کاهش میزان اضطراب و افزایش رضایت درونی و بیرونی در افراد می شود. همچنین در این رویکرد بر تقویت منبع کنترل درونی تأکید می شود. اینکه افراد بتواند موفقیت ها را به خودشان نسبت دهند و معتقد شوند که تفکر، رفتار و احساسی که تجربه می کنند تحت کنترل خودشان است و چنانچه به این نتیجه رسیدند که رفتارشان، آن ها را در جهت ارضاء نیازهایشان سوق نمی دهد رفتار دیگری را انتخاب و پذیرای مسئولیت پیامد انتخاب خود باشند. این فرایند منجر به احساس توانمندی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی شده و در نتیجه آنها میتوانند بر پایه ادراک خود کارآمدی بالاتر، پردازش های شناختی تصحیح شده تری را تجربه نمایند. نتیجه این فرایند کاهش افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی است.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که واقعیت درمانی گروهی بر انعطاف پذیری روان شناختی مراجعین افسرده تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود انعطاف پذیری روان شناختی مراجعین افسرده شود. همسو با نتایج پژوهش حاضر بنبو و اندرسون (۲۳) در فراتحلیلی به بررسی تاثیر واقعیت درمانی بر درمان اختلال های اضطرابی پرداختند. نتایج نشان داد که واقعیت درمانی بر درمان اختلال های اضطرابی تاثیر معنادار دارد. همچنین فرشچی و همکاران (۲۶) دریافتند که واقعیت درمانی گروهی در کاهش افسردگی و اضطراب موثر است. اسمخانی اکبری نژاد و همکاران (۱۹) در نتایج پژوهش خود نشان دادند واقعیت درمانی گروهی به طور معناداری به کاهش اضطراب زنان منجر شده است. در تبیین یافته حاضر ابتدا نیاز است که گریزی به تاثیر گروه درمانی زده شود. اعتقاد بر این است که گروه درمانی در بیشتر مشکلات روان شناختی موثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می شود، ضمن این که تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می گیرد، با افراد جدید آشنا شده، احساس قدرت می کند و اعتماد به نفس او بالا می رود

با توجه به جدول ۴ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف پذیری روان شناختی تفاوت معناداری دارند که حکایت از اثربخشی درمان در مرحله پس آزمون بوده است، ولی نمرات پس آزمون با مرحله پیگیری تفاوت معناداری ندارد که نشان می دهد نمره متغیرهای افکار خودآیند منفی در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت مانده و اثر دوره ی درمان همچنان ماندگار است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افکار خودآیند منفی و انعطاف پذیری روان شناختی مراجعین افسرده انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که واقعیت درمانی گروهی بر افکار خودآیند منفی مراجعین افسرده تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش افکار خودآیند منفی مراجعین افسرده شود. نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش حاضر شاملی و حسنی (۱۷) بود. این پژوهشگران نشان دادند که واقعیت درمانی می تواند منجر به بهبود تاب آوری افراد شود. علاوه بر این صرامی (۱۵) نشان داده که واقعیت درمانی گروهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و بار روانی مادران تاثیر گذار است. همچنین توزنده جانی و همکاران (۲۰) نیز بیان کرده اند که واقعیت درمانی در کاهش افسردگی زنان موثر بوده است. علاوه بر این لوکاس و همکاران (۲۴) با بررسی اثر درمان واقعیت درمانی بر علائم استرس نشان داد که واقعیت درمانی می تواند منجر به بهبود مولفه های روان شناختی افراد با استرس شود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افکار خودآیند منفی مراجعین افسرده باید گفت در این رویکرد تلاش می شود تا فرد اهداف کوتاه مدت و درازمدت زندگی خود را بشناسد. با صراحت آنها را تعریف کند. راه های رسیدن به اهدافش را ارزیابی نماید. از بین آنها روش هایی را که به نتایج مطلوب تری خواهد انجامید انتخاب کند و احساس مثبت تری را نسبت به خود تجربه نماید (۲۳).



(۲۶). با کسب این مهارت‌ها می‌توان انتظار داشت که ادراک خودکارآمدی افراد مبتلا به اختلال افسردگی افزایش یافته و از این طریق، فرد بتواند پردازش شناختی بهنجارتری را از خود به نمایش گذارد. بهبود پردازش شناختی نیز با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همراه است. از طرفی دیگر باید اشاره کرد پذیرش مسئولیت رفتار، نشانه‌ای مهم از سلامت روانی است. انسان مسئول، منطبق با واقعیت رفتار می‌کند، ناکامی را به دلیل نیل به احساس ارزش متحمل می‌شود، نیازهایش را طوری برآورده می‌کند که مانع ارضای نیازهای دیگران نشود و به وعده‌هایش وفادار است (۲۴). از آن جا که تمرکز بر بعد مسئولیت، هسته اصلی کار در واقعیت‌درمانی است، بنابراین واقعیت‌درمانی می‌تواند در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد موثر باشد و در نتیجه از بروز آسیب‌های روان‌شناختی جلوگیری کرده و در عوض منجر به بهبود مولفه‌های روان‌شناختی همچون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به مراجعان دارای اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز؛ عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذار بر افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده، عدم تمایل بعضی از افراد جهت شرکت در پژوهش حاضر و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش

حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری (همانند افراد مبتلا به اختلال اضطراب، استرس و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود واقعیت‌درمانی گروهی به درمانگران و مشاوران مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی معرفی شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی، جهت کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده گامی عملی برداشته باشند.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی سارا نداف در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنها و مسئولین مراکز مشاوره که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

### Reference

1. Park S, Kim D. The Centrality of Depression and Anxiety Symptoms in Major Depressive Disorder Determined Using a Network Analysis. [Journal of Affective Disorders](#), 2020; 271: 19-26.
2. Richardson L, Adams S. Cognitive Deficits in Patients With Depression. [The Journal for Nurse Practitioners](#), 2018; 14(6): 437-443.
3. Mamun MA, Hossain S, Siddique AB, Sikder T, Kuss DJ, Griffiths MD. Problematic internet use in Bangladeshi students: The role of socio-demographic factors, depression, anxiety, and stress. [Asian Journal of Psychiatry](#), 2019; 44: 48-54.
4. Fawzy M, Hamed SA. Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. [Psychiatry Research](#), 2017; 255: 186-194.
5. Wenjuan G, Siqing P, Xinqiao L. Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. [Journal of Affective Disorders](#), 2020; 263: 292-300.
6. Du X, Luo W, Shen Y, Wei D, Xie P, Zhang J, Zhang Q, Qiu J. Brain structure associated with automatic thoughts predicted depression symptoms in healthy individuals. [Psychiatry Research: Neuroimaging](#), 2015; 232(3): 257-263.
7. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJ, Partridge K. Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive therapy and research*, 2008; 32(6): 758-774.

8. Clarke D, Goosen T. The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. [Personality and Individual Differences](#), 2009; 46(4): 460-464.
9. Arpin-Cribbie CA, Cribbie RA. Psychological correlates of fatigue: Examining depression, perfectionism, and automatic negative thoughts. [Personality and Individual Differences](#), 2007; 43(6): 1310-1320.
10. Safari Mousavi SS, Nadri M, Amiri M, Radfar F, Farokhcheh M. The predictive role of psychological flexibility and cognitive emotion regulation strategies on depression, anxiety and stress in type 2 diabetic patients. MEJDS. 2019; 9: 50-50. (In Persian).
11. Kangasniemi A, Lappalainen R, Kankaanpää A, Tammelin T. Mindfulness skills, psychological flexibility, and psychological symptoms among physically less active and active adults. *Mental Health and Physical Activity*, 2014; 7(3):121-127.
12. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behavior Therapy*, 2016; 47(6): 869-85.
13. Esmkhani Akbarinejad H, Etemadi A, Nasirnejad F. The effectiveness of group reality therapy on women's anxiety, *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 2014; 10(2): 73-88. (In Persian).
13. Waldeck D, Tyndall I, Riva P, Chmiel N. How do we cope with ostracism? Psychological flexibility moderates the relationship between everyday ostracism experiences and psychological distress. [Journal of Contextual Behavioral Science](#), 2017; 6(4): 425-432.
14. Denckla CA, Consedine NS, Chung WJ, Stein M, Roche M, Blais M. A double-edged sword? Sub-types of psychological flexibility are associated with distinct psychiatric disorders. [Journal of Research in Personality](#), 2018; 77: 119-125.
15. Sarram Z. The effectiveness of group reality therapy on depression, anxiety, stress and psychological burden of mothers with children with mental retardation in Isfahan, M.Sc. Thesis, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan). 2019. (In Persian).
16. Monsefi S, Ahadi H, Hatami H. Investigate the effectiveness of supportive group reality therapy on the hope and responsibility of divorced women of victim of domestic violence. *Journal of Psychological Sciences*, 2018; 17(69): 567-574. (In Persian).
17. Shamli R, Hassani F. The effectiveness of reality therapy on resilience of mothers with children with cancer, *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2017; 11(43): 77-86. (In Persian).
18. Shishehfar S, Kazemi F, Physician SH. The Effectiveness of Reality Therapy on the Happiness and Responsibility of Mothers of Autistic Children, *Journal of Exceptional Psychology*, 2017; 7(27): 55-73. (In Persian).
20. Tozandehjani H, Soltan zadeh Mazraji H. Efficacy of group reality therapy on depression in infertile women before. *RBS*. 2014; 1(2): 184-193. (In Persian).
21. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, Pogue JR, Rothbaum B, Emmelkamp P, Asmundson GJG, Carlbring P, Powers M. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. [Journal of Anxiety Disorders](#), 2019; 61: 27-36.
22. Miloff A, Lindner P, Dafgård P, Deak S, Garke M, Hamilton W, Heinsoo J, Kristoffersson G, Rafi J, Sindemark K, Sjölund J, Zenger M, Reuterskiöld L, Andersson G, Carlbring P. Automated virtual reality exposure therapy for spider phobia vs. in-vivo one-session treatment: A randomized non-inferiority trial. [Behaviour Research and Therapy](#), 2019; 118: 130-140.
23. Benbow AA, Anderson PL. A meta-analytic examination of attrition in virtual reality exposure therapy for anxiety disorders. [Journal of Anxiety Disorders](#), 2019; 61: 18-26.
24. Loucks L, Yasinski C, Norrholm SD, Keller JM, Post L, Zwiabach L, Fiorillo D, Goodlin M, Jovanovic T, Rizzo AA, Rothbaum BO. You can do that?: Feasibility of virtual reality exposure therapy in the treatment of PTSD due to military sexual trauma. [Journal of Anxiety Disorders](#), 2018; 61: 56-63.
25. Glasser W. Counseling with choice theory: The new reality therapy. New York: Harper Collins. 2000.

26. Farshchi N, Kiani Q, Chiti H. Effectiveness of Group Therapy Reality in Reducing Depression, Anxiety and Increased Compliance to Treatment in Patients with Diabetic Type 1. *J Adv Med Biomed Res.* 2018; 26(117): 74-85. (In Persian).
27. Mason CP, Duba, JD. Using Reality Therapy in Schools :Its Potential Impact on the Effectiveness of the ASCA National Model. *International Journal of Reality Therapy*, 2009; 29(2): 5-12.
29. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 56: 893-897.
30. Fathi A, Hatami Varzaneh A, Asli Azad M, Farhadi T. The effect of self-forgiveness group training based on Quranic concepts on depression in male high school students, *New Educational Thoughts*, 2015; 12(3): 110-130. (In Persian).
31. Hollon SD, Kendall P. Development of an automatic thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 1980; 4: 383-395.
32. Moghtader L. the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing rumination, dysfunctional attitude and negative automatic thoughts in patients with generalized anxiety disorders. *Stud Med Sci.* 2016; 27(9): 825-835. (In Persian).
33. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity, *Cognitive Therapy Research*, 2010; 34: 241-253.
34. Masuda A, Tully EC. The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 2012; 17(1): 66-71.
35. Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi Sheikhooshbani SA. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on cognitive flexibility in depressed people, *Journal of Thought and Behavior*, 2014; 9(34): 27-36. (In Persian).
36. Glasser W. *Counseling with choice theory: The new Reality Therapy.* New York: Harper Collins Publisher. 2013.
28. Wubbolding R. *Counselling with reality therapy.* Routledge. 2017

## Original Article

# Effectiveness of Group Reality Therapy on the Negative Automatic Thoughts and Psychological Flexibility of Depressed Clients at Consultation Centers

Received: 18/05/2020 – Accept: 29/07/2020

Sarah Nadaf<sup>1</sup>  
Tayyaba Sharifi<sup>\*2</sup>  
Ahmad Ghazanfari<sup>3</sup>  
Maryam Charami<sup>4</sup>

<sup>1</sup> PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran. (Author)

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

Email: T.sharifi@iaushk.ir

**Introduction:** depression is among those disorders that negatively influence cognitive, psychological and emotional process of the patients. Therefore, the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of group reality therapy on the negative automatic thoughts and psychological flexibility of depressed clients at consultation centers.

**Materials and Methods:** the present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group design and two-month follow-up stage. The statistical population of the present study included clients with depression who referred to consultation centers in the autumn and winter of 2019-2020 in the city of Ahvaz. 40 people with depression were selected from the statistical population through purposive sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control group (each group of 20). The experimental group received ten ninety-minute sessions of reality therapy (Glasser, 2013) during two and half months. The applied questionnaires in this study included depression questionnaire (Beck et.al, 1996), negative automatic thoughts questionnaire (Kendal and Holon, 1980) and psychological flexibility questionnaire (Denis and Wanderwal, 2010). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA.

**Results:** the results showed that group reality therapy has significant effect on the negative automatic thoughts and psychological flexibility of the depressed clients at consultation centers ( $p < 0.001$ ) in a way that this therapy succeeded in improving the decrease of negative automatic thoughts and improving psychological flexibility of depressed client at consultation centers.

**Conclusion:** the findings of the present study revealed that reality therapy can be applied as an efficient therapy to decrease negative automatic thoughts and improve psychological flexibility of the people with depression through employing techniques such as the members' familiarity with their responsibilities and helping acceptance and increasing accountability and also underplaying the past in the present behavior and emphasizing internal control.

**Keywords:** depression, negative automatic thoughts, psychological flexibility, group reality therapy

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.