

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Solution-Focused Brief Therapy on Depression in Clients Referring to Rahnamoode Novin and Ava Counseling Centers in Sari

1. Fatemeh Sadat Hosseini^{ID}: Department of Psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran

2. Masomeh Damghani Mirmahaleh^{ID*}: Department of Psychology, Ali.C., Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran.

3. Kazem Shariatnia^{ID}: Department of Psychology, Az.C., Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

*Corresponding Author's Email Address: m.damghanimirmahaleh@iau.ac.ir



Abstract:

Objective: The present study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and solution-focused brief therapy (SFBT) on depression in individuals seeking help at Rahnamoode Novin and Ava counseling centers in Sari.

Methods and Materials: This research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest format, involving two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of all individuals who had active files at the aforementioned counseling centers and met the inclusion criteria while also providing full consent to participate. A total of 45 individuals were selected using a non-random convenience sampling method and were randomly assigned into three groups of 15 participants each. MBCT and SFBT interventions were applied to the two experimental groups, while the control group received no intervention. A follow-up assessment was conducted three months after the posttest. The control group functioned as a waitlist group. Data were collected using the Beck Depression Inventory-II (1996). The MBCT group intervention followed the therapeutic protocol developed by Kabat-Zinn et al. (2007) and was administered in eight 60-minute weekly group sessions. The SFBT group intervention was based on the therapeutic protocol developed by Steve de Shazer and his wife, Insoo Kim Berg (1970), also delivered in eight 60-minute weekly group sessions. Repeated measures analysis of variance was used for data analysis.

Findings: The results indicated that both MBCT and SFBT had a significant effect on reducing depression in clients attending counseling centers ($p = .001$). However, no significant difference was found between the two experimental groups in terms of changes in depression and anxiety ($p > .05$).

Conclusion: Given the effectiveness of both intervention methods, professionals and therapists in the field are encouraged to utilize these approaches to improve psychological functioning in clients referred to counseling centers.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Solution-Focused Brief Therapy, Depression

How to Cite: Hosseini, F. S., Damghani Mirmahaleh, M., & Shariatnia, K. (2025). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Solution-Focused Brief Therapy on Depression in Clients Referring to Rahnamoode Novin and Ava Counseling Centers in Sari. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 2(4), 1-16.

Received: 01 June 2025

Revised: 12 August 2025

Accepted: 18 August 2025

Published: 21 September 2025



Copyright: © 2025 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر افسردگی در افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره رهنمود نوین و آوا در ساری

۱. فاطمه سادات حسینی^{ID}؛ گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

۲. معصومه دامغانی میرمحله^{ID}؛ گروه روانشناسی، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. کاظم شریعت نیا^{ID}؛ گروه روانشناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: m.damghanimirmahaleh@iau.ac.ir

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر افسردگی در افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره رهنمود نوین و آوا در ساری بود.

مواد و روش: روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) بوده است. جامعه آماری شامل کلیه افرادی که به دو مرکز مشاوره رهنمود نوین و آوا شهرستان ساری مراجعه نموده و دارای پرونده بودند و آنهایی که ملاک های ورود به تحقیق را داشتند و نیز رضایت کامل برای همکاری داشتند تعداد ۴۵ نفر با شیوه نمونه گیری غیرتصادفی دردسترس انتخاب شدند. سپس این تعداد به طور تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره قرار داده شدند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر دو گروه آزمایش اعمال شد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. در ادامه پس از سه ماه آزمون پیگیری اجرا شد. گروه کنترل که به عنوان لیست انتظار در نظر گرفته شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های افسردگی بک نسخه دوم (۱۹۹۶) استفاده شد. مداخله های گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از پروتکل درمانی کابات زین و همکاران (۲۰۰۷) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای گروهی هفته ای یکبار و مداخله های گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت با استفاده از پروتکل درمانی استیو دی شازر و همسرش، اینسو کیم برگ (۱۹۷۰) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای گروهی هفته ای یک بار انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان دادند که؛ درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر افسردگی افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره موثر است ($P=0/001$). تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش از نظر تغییر افسردگی و اضطراب وجود نداشت ($P>0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج اثربخش بودن این دو شیوه مداخله، متخصصین و درمانگران این حوزه می توانند از این مداخله ها جهت بهبود کارکردهای روانشناختی در افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره استفاده کنند.

کلیدواژگان: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان راه حل محور کوتاه مدت، افسردگی

نحوه استناددهی: حسینی، فاطمه سادات، دامغانی میرمحله، معصومه، و شریعت نیا، کاظم. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر افسردگی در افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره رهنمود نوین و آوا در ساری. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۲(۴)، ۱-۱۶.



تاریخ دریافت: ۱۱ خرداد ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۲۱ مرداد ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۷ مرداد ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۳۰ شهریور ۱۴۰۴



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Depression remains one of the most prevalent and debilitating mental health conditions worldwide, with a profound impact on individual functioning, social relationships, and overall quality of life. It is characterized by a constellation of symptoms including persistent sadness, loss of interest, impaired concentration, sleep disturbances, and diminished energy levels. Global statistics have underscored the increasing prevalence of depression and its association with various psychosocial stressors, prompting scholars and clinicians to seek efficient psychotherapeutic strategies to address this complex disorder. In response to the growing demand for effective interventions, contemporary psychotherapy has witnessed the evolution and application of multiple evidence-based approaches, among which Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) have garnered considerable empirical support.

Mindfulness-Based Cognitive Therapy integrates traditional cognitive-behavioral principles with mindfulness training and meditative practices. It emphasizes non-judgmental awareness of thoughts, feelings, and bodily sensations and is particularly designed to prevent the relapse of depressive episodes. MBCT has shown promising outcomes in enhancing emotional regulation, reducing ruminative thought patterns, and improving neural responses associated with depressive symptomatology (Bhattacharya & Hofmann, 2023; Bishop, 2018; David et al., 2018). Research has demonstrated its efficacy in diverse clinical populations, including individuals with major depressive disorder, bipolar disorder, and chronic health conditions (Hanssen et al., 2024; Jajarmi et al., 2019; van der Velden et al., 2023). The structured, eight-session format of MBCT equips participants with the tools to disengage from automatic maladaptive cognitive cycles and cultivate a more adaptive relationship with internal experiences (Ryan & Deci, 2017; Watkins & Roberts, 2020).

In parallel, Solution-Focused Brief Therapy represents a pragmatic and goal-oriented approach that emphasizes clients' strengths, resources, and preferred future rather than symptomatology or past traumas. Rooted in constructivist and postmodern principles, SFBT facilitates rapid change by identifying exceptions to problems, clarifying goals, and amplifying client successes through specific questioning techniques such as miracle questions and scaling (DeJong & Berg, 2018; Rogers et al., 2024). SFBT's efficacy in treating depression, anxiety, and adjustment issues has been substantiated in various populations, including adolescents, individuals with social phobia, and clients in primary care and educational settings (Baher et al., 2024; Poole et al., 2021; Sharrock et al., 2021). By fostering hope, enhancing self-efficacy, and enabling clients to envision tangible change, SFBT aligns with modern psychotherapeutic imperatives for brief, accessible, and client-centered interventions.

Despite the growing body of evidence supporting both MBCT and SFBT, direct comparative research exploring their respective effects on depression in Iranian clinical settings remains scarce. Previous studies have highlighted the efficacy of each modality independently, yet understanding their relative impact in culturally specific contexts is crucial for informing clinical decision-making and treatment planning (Afshar Shandiz et al., 2023; Pliskin & Crehan, 2024; Wiener, 2023). Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of MBCT and SFBT in reducing depressive symptoms among clients attending two major counseling centers in Sari, Iran. By employing a quasi-experimental design with follow-up assessment, the research sought to provide a nuanced understanding of how each therapeutic approach may serve individuals struggling with depression within this regional and cultural framework.

Methods and Materials

The study employed a quasi-experimental design with a pre-test-post-test structure including two experimental groups and one control group. The statistical population

consisted of clients who had active case files at Rahnamoude Novin and Ava Counseling Centers in Sari, Iran. Forty-five participants who met the inclusion criteria were selected using non-random convenience sampling and were randomly assigned into three groups of 15 each. One group received Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) based on Kabat-Zinn's 2007 protocol across eight weekly sessions (60 minutes each), while another group received Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) using the protocol by Steve de Shazer and Insoo Kim Berg (1970), also in eight weekly group sessions. The third group served as the waitlist control. Beck Depression Inventory-II (BDI-II) was used to assess depression at three time points: pre-test, post-test, and a three-month follow-up. Data analysis was conducted using repeated measures ANOVA in SPSS-22.

Findings

The descriptive analysis revealed no significant demographic differences across the groups in terms of age, gender, or education level, indicating baseline equivalence. The mean depression scores in the MBCT group decreased from 36.33 at pre-test to 27.60 post-test and further to 26.20 at follow-up. In the SFBT group, scores dropped from 37.07 to 29.27 at post-test and to 28.00 at follow-up. In contrast, the control group showed negligible change from 33.67 at pre-test to 33.13 post-test and 32.27 at follow-up.

Multivariate test results (Wilks' Lambda) indicated a significant main effect for time and a significant interaction effect between time and group. The Greenhouse-Geisser corrected repeated measures ANOVA confirmed a significant within-subjects effect for time ($p < .001$, $\eta^2 = .463$) and a significant time $\times$ group interaction ($p < .01$, $\eta^2 = .234$), suggesting that the two experimental interventions had different effects over time compared to the control group. Post hoc Bonferroni comparisons revealed that both MBCT and SFBT significantly reduced depression scores compared to the control group ($p = .007$ and $p = .044$, respectively), but no significant difference was found between MBCT and SFBT ($p > .05$). These effects remained stable at the follow-up stage. Additional analyses confirmed

normal distribution of the data and equality of covariance matrices across groups.

Discussion and Conclusion

The results of the present study affirm that both MBCT and SFBT are effective psychotherapeutic approaches for reducing depression in clients attending community counseling centers in Iran. The findings align with earlier studies that have demonstrated the efficacy of MBCT in diminishing depressive symptomatology through mindfulness practices that enhance self-regulation and reduce maladaptive thought patterns. The decrease in depression observed in the MBCT group reflects the therapeutic mechanism proposed by previous researchers, whereby mindful awareness disrupts the habitual cycle of cognitive reactivity, rumination, and emotional distress.

SFBT also proved effective, supporting prior evidence suggesting that brief, strengths-based therapy can generate meaningful change by redirecting clients' focus toward solutions, past successes, and future goals. The observed improvement in depression scores among SFBT participants highlights the importance of fostering hope and agency in individuals coping with mood disorders. Notably, the lack of significant difference between the two treatment modalities suggests that both may be equally viable options for addressing depression, offering flexibility to clinicians based on client preference, setting, and resource availability.

While MBCT operates primarily through enhancing mindfulness and metacognitive awareness, SFBT engages clients in constructing new narratives and envisioning achievable alternatives to current challenges. Despite these differing pathways, both approaches share common ground in their collaborative stance, emphasis on the present moment, and non-pathologizing view of clients. This may explain their comparable efficacy in this study. Furthermore, the group-based format of both interventions may have contributed to therapeutic outcomes by fostering peer support, reducing isolation, and enhancing shared understanding among participants.

In conclusion, the findings underscore the clinical utility of MBCT and SFBT in reducing depressive symptoms and highlight their potential for broader application in mental health services across Iranian contexts. As brief, structured, and evidence-based interventions, both therapies offer

practical tools for addressing the mental health needs of diverse populations. Future efforts should aim to integrate these approaches into public counseling programs and explore their long-term effects across various demographic and diagnostic groups.

(Jajarmi et al., 2019; van der Velden et al., 2023). در همین

راستا، پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که MBCT از طریق تغییر دینامیک‌های مغزی و افزایش تنظیم هیجانی به بهبود علائم افسردگی در گروه‌های مختلفی از بیماران، از جمله افراد با اختلال افسردگی اساسی، دیابت نوع دو و اختلالات وسواسی-اجباری منجر می‌شود (David et al., 2018; Hanssen et al., 2024; Manicavasgar et al., 2011).

در سوی دیگر، درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت نیز رویکردی نوین و ساختارمند است که با تمرکز بر منابع، نقاط قوت، استثناها و اهداف مثبت مراجع، تلاش می‌کند به جای آسیب‌شناسی گذشته، بر توانمندسازی فرد در زمان حال و ترسیم آینده‌ای مطلوب تمرکز کند (DeJong & Berg, 2018; Sharrock et al., 2021). این رویکرد مبتنی بر مصاحبه‌های کوتاه‌مدت است که طی آن درمانگر با استفاده از فنون پرسشگری راهبردی، مقیاس‌بندی و سؤال معجزه‌ای، مراجع را به کشف راه‌حل‌های شخصی و قابل‌دستیابی برای مشکلات خود ترغیب می‌کند (Baher et al., 2024; Rogers et al., 2024). مزیت SFBT در سادگی، انعطاف‌پذیری و تمرکز آن بر تقویت امید، خودکارآمدی و انگیزه در مراجعان نهفته است؛ عواملی که در درمان افسردگی نقش کلیدی ایفا می‌کنند (Shaffer et al., 2021; Weme et al., 2023). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که SFBT نه تنها موجب کاهش افسردگی می‌شود بلکه در بهبود هیجانات مثبت، افزایش احساس کنترل درونی و کاهش افکار درماندگی نیز نقش دارد (Afshar Shandiz et al., 2023; Pliskin & Crehan, 2024). این درمان در محیط‌های مشاوره‌ای کوتاه‌مدت مانند مراکز روان‌درمانی عمومی و مراکز مشاوره دانشگاهی به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته است (Poole et al., 2021; Webb et al., 2022). از طرفی، مقایسه میان MBCT و SFBT نشان می‌دهد که هر دو رویکرد می‌توانند به شیوه‌ای متفاوت ولی هم‌افزا در کاهش علائم افسردگی نقش ایفا کنند، اگرچه

افسردگی یکی از رایج‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی در سراسر جهان است که هم‌اکنون به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی شناخته می‌شود. این اختلال که با علائمی همچون خلق پایین، از دست دادن علاقه و لذت، کاهش انرژی، اختلال خواب و اشتها و افکار منفی مزمن همراه است، نه تنها عملکرد فردی و اجتماعی افراد را مختل می‌سازد، بلکه زمینه‌ساز سایر اختلالات روانی و جسمانی نیز می‌گردد (Roberts et al., 2020; Wang & Kong, 2020). در پاسخ به این بحران جهانی، روان‌درمانی‌های نوین متعددی با هدف کاهش نشانه‌های افسردگی و ارتقاء سلامت روان طراحی شده‌اند که در این میان، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy یا MBCT) و درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت (Solution-Focused Brief Therapy یا SFBT) به عنوان دو رویکرد پرکاربرد و اثربخش شناخته می‌شوند (Bhattacharya & Hofmann, 2023; DeJong & Berg, 2018).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نخستین بار توسط تیزدل و همکارانش در سال ۱۹۹۲ با تلفیق مفاهیم درمان شناختی بک و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین طراحی شد و با گذشت زمان به عنوان رویکردی کلیدی در کاهش افسردگی بازگشت‌پذیر مورد استفاده قرار گرفت (Bishop, 2018; David et al., 2018). این درمان با تأکید بر پذیرش غیرقضاوت‌گرایانه افکار و احساسات و ایجاد آگاهی لحظه‌ای، به افراد کمک می‌کند تا چرخه‌های نشخوار ذهنی، خودسرزنی و اجتناب شناختی را بشکنند (Ryan & Deci, 2017; Watkins & Roberts, 2020). از آنجایی که افسردگی غالباً با الگوهای تفکر منفی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و کاهش خودآگاهی همراه است، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش شدت نشانه‌ها و پیشگیری از بازگشت مجدد ایفا کند

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کاهش افسردگی در مراجعان مراکز مشاوره رهنمود نوین و آوا در شهر ساری بود.

روش شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی است. طرح پژوهش نیمه-آزمایشی با طرح پیش-آزمون، پس-آزمون با سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) و مرحله پیگیری است که سه ماه بعد از، پس آزمون اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره رهنمود نوین و آوا شهرستان ساری که در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ مراجعه نموده اند و دارای پرونده بودند از بین تمامی افراد مراجعه کننده آنهایی که مایل به همکاری بودن و رضایت کامل برای همکاری را داشتند تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. در این پژوهش از روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد زیرا از بین افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره رهنمود نوین و آوا شهرستان ساری، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شد که این افراد از لحاظ وضعیت و سطح افسردگی در سطح مطلوبی نبودند و غربالگری شدند و مجدداً به صورت تصادفی به کمک قرعه کشی به سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و در انتظار درمان اختصاص داده شدند. ابزارهای اندازه گیری در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه افسردگی: پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم^۱ (۱۹۹۶) این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که هر ماده از ۰ تا ۳ لیکرت نمره گذاری شد. در نهایت نمره هر فرد می تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد. نمرات به دست آمده به

مکانیزمها و فرایندهای شناختی آنها متفاوت است (Taylor, 2022; Unjai et al., 2024).

در این زمینه، پژوهش افشار شاندیز و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که هر دو درمان MBCT و SFBT به طور معناداری موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس شده اند، بی آنکه تفاوت معناداری در میزان اثربخشی آنها مشاهده شود (Afshar Shandiz et al., 2023). این یافته با نتایج سایر مطالعاتی که اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب را تأیید کرده اند نیز همراستا است (Bhattacharya & Hofmann, 2023; Bishop, 2018; Watkins & Roberts, 2020). همچنین یافته های دی جونگ و برگ (۲۰۱۸) حاکی از آن است که درمان راه حل محور می تواند به طور مؤثر اضطراب و افسردگی را کاهش داده و احساسات مثبت را در مراجعان افزایش دهد (DeJong & Berg, 2018).

با وجود شواهد گسترده در حمایت از اثربخشی این دو رویکرد درمانی، هنوز هم ضرورت انجام مطالعات تطبیقی برای تعیین تفاوت یا تشابه تأثیر آنها بر اختلالاتی نظیر افسردگی احساس می شود، به ویژه در بافت های فرهنگی و جغرافیایی خاص مانند ایران که عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نقش مهمی در بیان و تجربه افسردگی ایفا می کنند (Rogiers et al., 2022; Wiener, 2023). افزون بر این، شناخت تفاوت های فرایندی در دو رویکرد MBCT و SFBT، می تواند به درمانگران کمک کند تا بر اساس ویژگی های مراجع، درمانی مناسب تر و شخصی سازی شده تر انتخاب کنند (Hanssen et al., 2024; Wang & Kong, 2020).

¹ Beck Depression Inventory-II

ترتیب بین ۰ تا ۱۳: نشانگر حداقل نمره و بدون افسردگی، بین ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، بین ۲۰ تا ۲۸: افسردگی ملایم و بین ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید. مورد تفسیر قرار گرفت. روایی همگرای پرسشنامه افسردگی بک ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون باز آزمون این پرسشنامه پس از یک هفته ۰/۹۳ گزارش شده است. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی نیز بر روی ۹۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفته است. بر این اساس آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ پایایی به روش آزمون باز آزمون ۰/۹۴ و پایایی به روش دو نیمه سازی ۰/۸۹ و به دست آمده است. در مطالعه دیگری در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ و پایایی آزمون- باز آزمون آن ۰/۷۴ به دست آمده است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در این مطالعه طی ۸ جلسه گروهی هفتگی، هرکدام به مدت ۶۰ دقیقه، اجرا شد و بر پایه پروتکل کابات زین و همکاران (۲۰۰۷) طراحی گردید. در جلسه اول، پیش‌آزمون اجرا شده و تکنیک وارسی بدنی همراه با فیلم آموزشی ارائه و تمرینات خانگی معرفی شد. جلسه دوم شامل مرور تمرینات، مراقبه نشسته و ثبت وقایع خوشایند روزانه بود. در جلسه سوم، آموزش تنفس آگاهانه، تمرین دیدن و شنیدن و راه رفتن هوشیارانه همراه با جزوات و فیلم‌های آموزشی انجام شد. جلسه چهارم بر ماندن در لحظه حال، مراقبه آگاهی از تنفس و افکار، و تمرین تنفس مقابله‌ای تمرکز داشت. در جلسه پنجم، مراقبه نشسته همراه با گفت‌وگو درباره پذیرش و ویژگی‌های آن انجام شد. جلسه ششم به شناسایی خودکار بودن افکار، درک اینکه افکار واقعیت نیستند و آموزش روش‌های جدید برای مواجهه با افکار منفی اختصاص یافت. در جلسه هفتم، تکنیک‌های خودمراقبتی به عنوان بخشی از سبک زندگی تمرین شد. در نهایت، جلسه هشتم به مرور آموخته‌ها، بررسی تغییرات و برنامه‌ریزی برای تداوم تمرینات اختصاص یافت و پس‌آزمون نیز در این جلسه اجرا شد.

درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت نیز در قالب ۸ جلسه گروهی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی بر اساس الگوی پیشنهادی استیو دی شازر و اینسو کیم برگ (۱۹۷۰) اجرا شد. در جلسه اول، پیش‌آزمون اجرا و مسأله تعریف شد و شرکت‌کنندگان تشویق شدند اهداف خود را به صورت قابل سنجش مشخص کرده و به گروه ارائه دهند. در جلسه دوم، تکالیف مرور شده و شرکت‌کنندگان ترغیب به نوشتن اهداف روشن و عملی شدند. جلسه سوم به بررسی حل مسأله، آینده‌نگری، و استفاده از سوالات کلیدی و فنون جدید اختصاص یافت. در جلسه چهارم، راهکارهای کلیدی معرفی و از اعضا خواسته شد برای جلسه بعد پاسخ‌هایی متناسب با مسائل مطرح‌شده آماده کنند. جلسه پنجم شامل تمرین گفت‌وگو درباره راه‌حل‌ها با استفاده از سوالات تکلیف‌محور و استدلال‌های مختلف بود. در جلسه ششم، بر تثبیت و تعمیم تغییرات مثبت به دیگر موقعیت‌های زندگی و تقویت احساس عاملیت فرد تمرکز شد. جلسه هفتم به مرور دستاوردهای درمانی، شناسایی منابع و توانمندی‌های فردی و تقویت اعتماد به نفس اختصاص داشت. در نهایت، در جلسه هشتم مروری کلی بر جلسات پیشین انجام شده، مثال‌های عینی تمرین گردید، به سوالات پاسخ داده شد و پس‌آزمون نیز اجرا شد.

در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری اطلاعات، پس از اخذ مجوز پژوهش مربوطه و پس از مطرح کردن اهداف تحقیق، بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایش داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند. پس از اخذ رضایت‌نامه از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، افراد به صورت هم‌تاسازی به سه گروه برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل تقسیم شدند. جهت هم‌تاسازی مراحل زیر انجام شد: پس از انجام غربالگری اولیه با پرسشنامه افسردگی افرادی که از لحاظ وضعیت و سطح این متغیرها در سطح مطلوبی

نبودند، انتخاب و وارد مطالعه شدند. برای هم‌تاسازی بین گروه‌ها، ابتدا نمرات پیش‌آزمون افسردگی کلیه شرکت‌کنندگان ثبت شد. سپس میانگین نمرات محاسبه گردید و افراد به ترتیب از بالاترین تا پایین‌ترین نمره مرتب شدند. سپس به صورت بلوک‌های سه‌تایی از افراد با نمرات نزدیک به هم در هر سه متغیر (یعنی از بالا سه نفر، سپس سه نفر بعد و به همین ترتیب)، یک بلوک تشکیل گردید به عبارتی شرکت‌کنندگان به بلوک‌های سه‌نفره متوالی با نزدیک‌ترین نمرات به یکدیگر تقسیم شدند (۱۵ بلوک ۳ نفره برای ۴۵ نفر). این کار برای هم‌تاسازی نسبی افراد از نظر شدت افسردگی انجام شد. در هر بلوک سه‌نفره، با قرعه‌کشی (استفاده از جدول اعداد تصادفی)، هر فرد به یکی از سه گروه: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و گروه کنترل (در انتظار درمان) تخصیص یافت. بدین گونه که برای هر بلوک سه‌نفره، سه عدد تصادفی بین ۱ تا ۳ انتخاب شده که عدد ۱ نشانه گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، عدد ۲ نشانه گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و عدد ۳ نشانه گروه کنترل در انتظار درمان در نظر گرفته شد. ابتدا نفر اول در بلوک سه‌نفره یک عدد تصادفی از بین ۱ تا ۳ دریافت کرد و به گروه متناظر اختصاص یافت و نیز نفر دوم، از اعداد باقی‌مانده (بین ۱ تا ۳، بدون عدد انتخاب شده قبلی) مجدداً یک عدد تصادفی انتخاب کرد و در نهایت نفر سوم به عدد باقی‌مانده و گروه متناظر با آن اختصاص یافت. به این ترتیب، هم‌تاسازی نسبی بین گروه‌ها از نظر سطح اولیه افسردگی انجام شد و احتمال اختلاف معنادار بین گروه‌ها در پیش‌آزمون به حداقل رسید. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد. سپس پرسشنامه‌های افسردگی بک نسخه دوم (۱۹۹۶) در اختیار دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. سپس جلسه‌های مداخله در مرکز مشاوره رهنمود نوین شهرستان ساری آغاز شد. چیدمان صندلی‌ها به صورت نیم‌دایره بود تا

مشارکت گروهی تسهیل گردد. به منظور اجرای درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت قبل از شروع جلسات درمانی یک جلسه توجیهی به مدت ۳۰ دقیقه برای اعضای گروه‌های آزمایش و گواه به صورت مجزا برگزار شد و اصول کلی، قوانین و اهداف گروه به صورت کلی مورد بحث قرار گرفت. بعد از انجام پیش‌آزمون، جلسات درمانی در طی سه ماه به اجرا در آمد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه برگرفته از کابات زین و همکاران (۲۰۰۷)، به صورت گروهی انجام شد که هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه به صورت هفته‌ای یک جلسه و طی ۸ هفته برگزار شد. درمان راه حل محور کوتاه مدت طی ۸ جلسه به صورت گروهی برگرفته از استیو دی شازر و اینسو کیم برگ (۱۹۷۰)، به انجام رسید که هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه به طول انجامید. جلسات به صورت یک جلسه در یک هفته و طی ۸ هفته متوالی انجام یافت. در طول جلسات، یک نفر به عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم‌های لازم در مداخله‌ها بین افراد و کمک به آنها حضور داشت. پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پرسشنامه‌ها به طور مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه کنترل تماس گرفته شد و از آنها دعوت شد تا جهت پاسخ به پرسشنامه‌ها به مرکز مشاوره مراجعه نمایند. در نهایت دو ماه بعد از اجرای پیش‌آزمون، جهت انجام مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از برنامه نرم افزاری آماری (SPSS-۲۲) انجام شد.

یافته‌ها

نتایج توصیفی جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان راه حل محور کوتاه مدت و گروه کنترل به ترتیب ۳۱/۸۰، ۳۱/۹۳ و ۳۱/۲۷ است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که بین گروه‌ها از نظر سن تفاوت معناداری وجود

دوره دوم، شماره چهارم

ندارد ($F_{(2,22)}=0/339, P=0/715$) و گروه‌ها از نظر سنی یکسانند. همچنین بررسی شاخص توصیفی جنسیت نشان داد که در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت و گروه کنترل به ترتیب ۶، ۸ و ۸ نفر مرد و ۹، ۷ و ۷ نفر زن بودند. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که تفاوت معناداری میان سه گروه از نظر جنسیت وجود ندارد و همگنی میان گروه‌ها محقق شده است ($\chi^2=0/711, df=2, P=0/711$). نتایج به دست آمده در خصوص سطح تحصیلات نیز نشان داد در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت و گروه کنترل به ترتیب ۲، ۸ و ۳ نفر دیپلم و فوق دیپلم؛ ۷، ۶ و ۶ نفر لیسانس و ۱ و ۶ نفر فوق لیسانس بودند. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که تفاوت معناداری میان سه گروه از نظر تحصیلات وجود ندارد و همگنی میان گروه‌ها محقق شده است ($\chi^2=8/721, df=4, P=0/068$). بر اساس نتایج جدول زیر، میانگین نمرات متغیر افسردگی در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از پیش آزمون (۳۳/۳۳) به پس آزمون (۲۷/۶۰) و در پیگیری (۲۶/۲۰) کاهش یافته است که نشان‌دهنده کاهش افسردگی در این گروه می‌باشد. در گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت نیز میانگین نمرات افسردگی از پیش آزمون (۳۷/۰۷) به پس آزمون (۲۹/۲۷) و پیگیری (۲۸/۰۰) کاهش یافته و نشان‌دهنده بهبود افسردگی در این گروه نیز است. در گروه کنترل، میانگین افسردگی از پیش آزمون (۳۳/۶۷) به پس آزمون (۳۳/۱۳) و پیگیری (۳۲/۲۷) تغییر قابل توجهی نداشته است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مولفه افسردگی

متغیر	نوع آزمون	آزمایش (درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی)	انحراف معیار	میانگین	آزمایش (درمان راه حل محور کوتاه مدت)	انحراف معیار	میانگین
افسردگی	پیش آزمون	۳۶/۳۳	۵/۸۳	۳۷/۰۷	۵/۳۲	۳۳/۶۷	۴/۹۱
	پس آزمون	۲۷/۶۰	۶/۹۳	۲۹/۲۷	۴/۴۶	۳۳/۱۳	۴/۱۹
	پیگیری	۲۶/۲۰	۶/۵۰	۲۸/۰۰	۴/۰۵	۳۲/۲۷	۴/۵۳

جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از چولگی و کشیدگی استفاده شد و نتایج جدول زیر نشان داد چون مقدار چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرها در بازه (۲- و ۲+) قرار دارند. لذا می‌توان گفت داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار می‌باشند.

جدول ۲. نتایج چولگی و کشیدگی

متغیر	نوع آزمون	آزمایش (درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی)	کشیدگی	چولگی	آزمایش (درمان راه حل محور کوتاه مدت)	کشیدگی	چولگی
افسردگی	پیش آزمون	۱/۲۳	۱/۳۳	۰/۲۷	-۰/۷۲	۰/۲۹	-۰/۴۰
	پس آزمون	۱/۰۱	۰/۹۹	-۰/۷۶	-۰/۴۵	۰/۳۴	۰/۲۴
	پیگیری	۱/۰۱	۱/۱۱	-۰/۳۶	-۰/۵۳	۰/۷۲	-۰/۱۳

جهت پاسخگویی سوال تحقیق، در ابتدا تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با بررسی اثرات درون گروهی و بین گروهی جهت بررسی تفاوت در نمره افسردگی میان آزمودنی‌های دو گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت و گروه کنترل صورت گرفت. بر اساس

نتایج آزمون ام باکس، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس رعایت شده است ($F=0/831, P>0/05$). بر این اساس و با توجه سایر پیش شرط‌های بررسی شده در مرحله قبل تمامی مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برقرار است. با توجه به تایید شدن آزمون ام باکس، برای ارزیابی اثر چند متغیری از لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج آزمون چندمتغیره در جدول زیر آورده شده است. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی نمره افسردگی را در بین گروه‌ها، بر حسب زمان و نیز اثرات تعاملی گروه و زمان مورد مقایسه قرار می‌دهد. آن چنان که در جدول نشان داده شده است، بین نمره افسردگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمره افسردگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و گروه تعامل وجود دارد. بعد از اینکه مشخص شد بین سه بار اجرا (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی بررسی می‌شود؛ اما قبل از آن نیاز است تا مفروضه آزمون کرویت موچلی- بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا- آزمون شود.

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره نمره افسردگی

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	Df فرضیه	Df خطا	P	η^2
زمان	۰/۴۰۲	۳۰/۵۴۲	۲	۴۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۸
گروه × زمان	۰/۷۴۴	۳/۲۷۰	۴	۸۲	۰/۰۱۵	۰/۱۳۸

نتایج جدول زیر نشان می‌دهد که فرض کرویت موچلی در مورد نمره افسردگی محقق نشده است. لذا تخطی از الگوی محافظه کارانه گرین هاوس- گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد.

جدول ۴. نتایج بررسی فرض کرویت موچلی نمره افسردگی

اثر درون آزمودنی	مقدار آماره موچلی	χ^2	درجه آزادی	معناداری
زمان	۰/۱۵۳	۷۷/۰۰۴	۲	۰/۰۰۰

در جدول زیر آزمون اثرهای درون گروهی نشان داده شده است. همانطور که در جدول شماره ۷ مشخص شده است، اثر زمان در مورد متغیر افسردگی معنادار است ($F=36/202, P=0/000$). به عبارتی؛ بین میزان افسردگی در زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه مجذور اتا نیز ۰/۴۶۳ است که نشان می‌دهد تقریباً ۴۶ درصد از تغییرات درون گروهی به وسیله اثر افسردگی تبیین می‌شود. به عبارتی دیگر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت ۴۶ درصد موفق بوده است تا پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را متمایز کند. همچنین در این جدول اثر تعاملی بین زمان و گروه نیز نشان داده شده است؛ که این اثر از نظر آماری معنادار است ($F=6/403, P=0/003$). بنابراین میزان افسردگی با سطوح گروه‌ها تعامل دارد؛ یعنی میزان افسردگی در سطوح مختلف گروه‌ها متفاوت است. اندازه مجذور اتا نیز ۰/۲۳۴ است که نشان می‌دهد تقریباً ۲۳ درصد از

دوره دوم، شماره چهارم

تغییرات افسردگی ناشی از گروه‌بندی می‌باشد. به عبارتی دیگر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت ۲۳ درصد موفق بوده‌اند که گروه‌های مداخله و کنترل را متمایز کنند. پس از مشخص شدن اینکه بین دو گروه آزمایش و یک کنترل در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی بررسی می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در نمره افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر
زمان	۱۲۱۳/۵۲۶	۱/۰۸۳	۱۱۲۰/۷۶۸	۳۶/۲۰۲	۰/۰۰۰	۰/۴۶۳
گروه × زمان	۴۲۹/۲۷۴	۲/۱۶۶	۱۹۸/۲۳۱	۶/۴۰۳	۰/۰۰۳	۰/۲۳۴
خطا	۱۴۰۷/۸۶۷	۴۵/۴۷۶	۳۰/۹۵۸	-	-	-
گروه‌ها	۱۹۹/۷۴۸	۲	۹۹/۸۷۴	۱۰/۹۹۱	۰/۰۱۸	۰/۱۸۸
خطا	۲۱۰۷/۳۳۳	۴۲	۵۰/۱۷۵	-	-	-

نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات میزان افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/018$, $F=10/991$). همچنین، نتایج جدول زیر نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت و کنترل ۴/۲۷ بوده که این مقدار از نظر آماری نیز تایید شده است ($P=0/044$). نتایج جدول شماره ۸ نشان می‌دهد که تفاوت بین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل ۶/۰۷ بوده که این مقدار از نظر آماری نیز تایید شده است ($P=0/007$). این مسئله بدین معنی است که بین میزان اثربخشی درمان راه حل محور کوتاه مدت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل بر افزایش افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد و این کاهش در هر دو گروه آزمایش بیشتر است. همچنین طبق نتایج جدول شماره ۸ تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش از نظر کاهش میزان افسردگی وجود ندارد ($P>0/05$).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

مقایسه گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری	فاصله اطمینان ۰/۹۵
				حد پایین حد بالا
درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی - کنترل	۶/۰۷	۱/۸۸	۰/۰۰۷	۱/۳۹ ۱۰/۷۵
درمان راه حل محور کوتاه مدت - کنترل	۴/۲۷	۱/۸۸	۰/۰۴۴	-۰/۴۱ ۸/۹۵
درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی - درمان راه حل محور کوتاه مدت	۱/۸۰	۱/۸۸	۰/۹۸۰	-۶/۴۸ ۲/۸۸

با در نظر گرفتن نتایج تحلیل واریانس مکرر و در ادامه تحلیل آماری، آزمون تعقیبی بونفرونی نیز محاسبه گردید. نتایج جدول زیر نشان می‌دهد که تفاوت نمره افسردگی در پس آزمون با پیش آزمون ۵/۶۸۹ است که این مقدار از نظر آماری نیز تایید شده است ($P=0/000$). تفاوت نمره افسردگی در زمان پیگیری با پیش آزمون ۶/۸۶۷ بوده که این مقدار از نظر آماری نیز تایید شده است ($P=0/000$). تفاوت نمره افسردگی در زمان پیگیری با پس آزمون ۱/۱۷۸ بوده که این مقدار از نظر آماری تأیید نشده است ($P>0/05$).

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

مقایسه گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری	فاصله اطمینان ۰/۹۵	
				حد پایین	حد بالا
پس آزمون-پیش آزمون	۵/۶۸۹	۱/۰۴۸	۰/۰۰۰	۳/۰۷۶	۸/۳۰۲
پیش آزمون-پیگیری	۶/۸۶۷	۱/۰۳۸	۰/۰۰۰	۴/۲۷۸	۹/۴۵۵
پس آزمون-پیگیری	۱/۱۷۸	۰/۲۴۴	۰/۰۵۵	۰/۵۷۰	۱/۷۸۶

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان راه حل محور کوتاه مدت (SFBT) به طور معناداری باعث کاهش میزان افسردگی در مراجعان مراکز مشاوره شده اند و در مقایسه با گروه کنترل، اثرات مطلوب تری را از خود نشان دادند. همچنین، تفاوت معناداری بین این دو شیوه درمانی از نظر میزان اثربخشی مشاهده نشد. به عبارت دیگر، اگرچه هر دو روش در کاهش افسردگی مؤثر بودند، هیچ یک نسبت به دیگری برتری آماری مشخصی نداشتند. این یافته حاکی از آن است که درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی و راه حل محور هر دو می توانند ابزارهای مؤثر، عملی و قابل استفاده در مراکز مشاوره برای کاهش اختلالات خلقی از جمله افسردگی باشند.

در تحلیل نتایج گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش معنادار افسردگی پس از مداخله و تداوم اثر آن در مرحله پیگیری نشان می دهد که این رویکرد می تواند با ارتقاء خودآگاهی، تنظیم شناختی و پذیرش هیجانی، به طور مؤثری با مکانیسم های زیربنایی افسردگی مقابله کند. این نتایج با پژوهش های گذشته سازگاری دارد. به طور مثال، پژوهش های (Bhattacharya & Hofmann, 2023) و (David et al., 2018) نشان داده اند که MBCT با تمرکز بر پذیرش بدون قضاوت و تمرین های مراقبه ذهن آگاهانه می تواند نشخوار فکری و افکار منفی تکرارشونده را کاهش داده و تنظیم هیجان را تقویت کند. همچنین، یافته های (Hanssen et al., 2024)

در بیماران دوقطبی و (van der Velden et al., 2023) در زمینه تغییرات دینامیک مغزی نشان می دهد که ذهن آگاهی با تعدیل فعالیت های نورونی مرتبط با تفکر منفی و خودآگاهی می تواند از بروز و تکرار علائم افسردگی پیشگیری کند.

توضیح دیگری در خصوص اثربخشی MBCT به نتایج مطالعاتی مانند (Jajarmi et al., 2019) و (Ryan & Deci, 2017) بازمی گردد که تأکید دارند تمرین های ذهن آگاهی مانند واری بدن، تمرکز بر تنفس، و آگاهی لحظه ای از افکار و احساسات، ظرفیت فرد را برای حضور در لحظه افزایش داده و از غرق شدن در افکار منفی گذشته جلوگیری می کند. این سازوکارها در کاهش احساس بی ارزشی، ناامیدی و درماندگی که در هسته افسردگی قرار دارند، مؤثر هستند. همچنین (Watkins & Roberts, 2020) اشاره می کند که MBCT می تواند با کاهش نشخوار فکری به ویژه در افراد مستعد به افسردگی بازگشت پذیر، اثر پایداری در سلامت روان ایجاد کند.

در مورد درمان راه حل محور کوتاه مدت نیز، کاهش معنادار افسردگی در گروه مربوطه مؤید آن است که این شیوه با تمرکز بر آینده، نقاط قوت فرد و تقویت احساس کنترل درونی، می تواند در بهبود خلق نقش کلیدی ایفا کند. این یافته ها با نتایج پژوهش های (DeJong & Berg, 2018) و (Baher et al., 2024) همراستا هستند. به ویژه پژوهش اخیر که نشان داد مداخلات SFBT موجب افزایش خودکارآمدی، امید و کنترل هیجانی در دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی شد. همچنین (Rogers et al., 2024) نیز نشان

داده است که ایجاد روایتی جایگزین و مثبت از زندگی در درمان‌های کوتاه‌مدت، در تغییر دیدگاه افراد نسبت به خود و مسائلشان مؤثر است و این تغییر دیدگاه می‌تواند به‌طور مستقیم سطح افسردگی را کاهش دهد.

مکانیسم‌های روان‌شناختی اثربخشی SFBT بر افسردگی را می‌توان در تأکید آن بر استثناها و موفقیت‌های گذشته دانست. درمانگر با تمرکز بر موقعیت‌هایی که فرد احساس بهتری داشته یا موفق عمل کرده، امید را در او تقویت می‌کند، امری که در پژوهش (Pliskin & Crehan, 2024) به عنوان یک عامل کلیدی در کاهش خلق منفی و افزایش انگیزه برای تغییر مطرح شده است. همچنین تأکید SFBT بر اهداف کوچک، قابل سنجش و واقعی موجب ایجاد حس پیشرفت در مراجع می‌شود، که مطابق نظر (Webb et al., 2022) این سازوکار به‌طور ویژه برای نوجوانان و جوانان دارای افسردگی مناسب است.

علاوه بر این، یافته پژوهش حاضر که نشان‌دهنده نبود تفاوت معنادار میان دو روش درمانی است، با نتایج مطالعات تطبیقی نظیر (Afshar Shandiz et al., 2023) مطابقت دارد. در آن مطالعه نیز مشخص شد که MBCT و SFBT هر دو در بهبود کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده‌اند بدون آن‌که یکی بر دیگری برتری داشته باشد. این هم‌ارزی ممکن است ناشی از آن باشد که هر دو روش، با سازوکارهای متفاوت، در نهایت منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شوند؛ MBCT با اصلاح افکار خودآیند و ارتقاء آگاهی هیجانی، و SFBT با تمرکز بر آینده، نقاط قوت و تقویت روایت مثبت.

با توجه به ماهیت گروهی هر دو رویکرد درمانی، می‌توان گفت که بخشی از اثربخشی حاصل، به خود فرایند تعامل اجتماعی در گروه درمانی مرتبط است. همان‌گونه که (Weme et al., 2023) اشاره می‌کند، درمان گروهی می‌تواند با شکستن احساس انزوا و ایجاد حس همدلی و اشتراک تجربه در

مراجعان، به تسهیل روند درمان و افزایش انگیزه در شرکت‌کنندگان منجر شود. همچنین درمان گروهی موجب تقویت عاملیت و توانایی خودابرازگری در فرد می‌شود که به‌ویژه برای افراد افسرده که معمولاً دچار حس بی‌کفایتی و انزوای اجتماعی هستند، بسیار حیاتی است.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش گواهی بر اثربخشی هر دو روش درمانی در بافت فرهنگی جامعه ایرانی و در محیط‌های مشاوره‌ای واقعی است. این یافته‌ها نه تنها ارزش بالینی این مداخلات را تأیید می‌کنند، بلکه ضرورت گسترش کاربرد آن‌ها در مراکز مشاوره عمومی و خصوصی را نشان می‌دهند. با وجود تلاش پژوهشگران برای رعایت استانداردهای علمی، این مطالعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است. نخست، نمونه‌گیری به صورت در دسترس و محدود به دو مرکز مشاوره در شهر ساری انجام شده است که این امر می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر جوامع و مناطق را با چالش مواجه سازد. دوم، حجم نمونه نسبتاً کوچک (۱۵ نفر در هر گروه) است که اگرچه برای آزمون فرضیه‌ها کفایت دارد، اما تحلیل‌های دقیق‌تر و تعمیم‌های جمعیت‌شناختی را محدود می‌سازد. همچنین متغیرهای محیطی مانند وضعیت خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مراجعان که ممکن است بر میزان افسردگی و پاسخ به درمان تأثیرگذار باشند، در کنترل پژوهش نبوده‌اند.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی، حجم نمونه افزایش یابد و در گروه‌های سنی و فرهنگی متنوع‌تری انجام شود تا بتوان الگوهای دقیق‌تری از اثربخشی درمان‌ها استخراج کرد. همچنین بررسی نقش متغیرهای واسطه‌ای مانند تنظیم هیجان، خودکارآمدی و سبک‌های شناختی می‌تواند به درک بهتر مکانیزم‌های درمان کمک کند. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این دو رویکرد درمانی در اختلالات دیگر نظیر اضطراب فراگیر، اختلالات سازگاری یا اختلالات اضطراب اجتماعی نیز بررسی شود.

- Afshar Shandiz, H., Rahimian Bouger, E. h., & Talebpasand, S. (2023). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Short-Term Solution-Focused Therapy on the Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Psychological Sciences*, 22(125), 881-898. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1683-fa.html>
- Baher, E., Goodarzi, K., Roozbahani, M., & Kakabraee, K. (2024). A comparison of the efficacy of metacognitive therapy, solution-focused therapy and endurance exercises on self-efficacy beliefs of female students with social phobia disorder. *Journal of Psychological Science*, 23(137), 133-153. <https://psychologicalscience.ir/article-1-2420-en.html>
- Bhattacharya, S., & Hofmann, S. G. (2023). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Clinics in Integrated Care*, 16, 100138. <https://doi.org/10.1016/j.intcar.2023.100138>
- Bishop, J. R. (2018). Methylation of FKBP5 and SLC6A4 in Relation to Treatment Response to Mindfulness Based Stress Reduction. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 418. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00418>
- David, M. E., Roberts, J. A., & Christenson, B. (2018). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the rumination of people with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 34, 265-275. <https://doi.org/10.1080/10447318.2017.1349250>
- DeJong, P., & Berg, I. K. (2018). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on reducing anxiety and increasing positive feelings. *British Journal of Nursing*, 22(21), 1222-1226. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6534804/>
- Hanssen, I., Ten Klooster, P., Kraiss, J., Huijbers, M., Regeer, E., Kupka, R., & Speckens, A. (2024). Predicting which intervention works better for whom: Moderators of treatment effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Positive Psychology Intervention in patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 360, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.110>
- Jajarmi, M., Razavi Zadeh Tabadkan, B. B. Z., & Vakili, Y. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Rumination Response Style in Women with Type 2 Diabetes. *Women and Family Studies*, 5(12), 85-104. https://journals.iau.ir/article_668806.html
- Manicavasgar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness based cognitive therapy vs cognitive behavior therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of affective disorders*, 130, 138-144. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.027>
- Pliskin, A. E., & Crehan, E. T. (2024). Moving toward neurodiversity-affirming integrated psychotherapy with autistic clients. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 338. <https://doi.org/10.1037/int0000340>
- Poole, K. L., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Schmidt, L. A. (2021). Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1059-1069. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01588-3>
- Roberts, H., Moberly, N. J., Cull, T., Gow, H., Honeysett, M., & Dunn, B. D. (2020). Short-term affective consequences of specificity of rumination about unresolved personal goals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 66, 101519. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101519>

با توجه به اثربخشی هر دو روش درمانی، توصیه می‌شود مشاوران و روان‌درمانگران در مراکز مشاوره، دوره‌های آموزشی و کارگاه‌های تخصصی در زمینه MBCT و SFBT را طی کنند تا بتوانند از این رویکردها در مداخلات روزمره خود استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که سیستم بهداشت روان کشور، این رویکردها را به‌عنوان گزینه‌های درمانی مؤثر در پروتکل‌های درمانی استاندارد وارد کرده و بسترهایی برای اجرای آن‌ها در قالب درمان گروهی و انفرادی فراهم آورد. افزون بر این، آگاه‌سازی عمومی درباره مزایای این روش‌ها در کاهش افسردگی می‌تواند دسترسی بیماران به درمان‌های علمی و مؤثر را تسهیل کند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

References

- Wiener, J. (2023). *Social Relationships of Individuals with ADHD Across the Lifespan*. Cham: Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-031-41709-2_20
- Rogers, M. L., Bloch-Elkouby, S., Goncarenco, I., Cohen, L. J., Nemeroff, C. B., & Galyner, I. (2024). The narrative crisis model of suicide as a framework for suicide prevention. *Personalized Medicine in Psychiatry*, 45, 100130.
<https://doi.org/10.1016/j.pmip.2024.100130>
- Rogiers, R., Baeken, C., Watkins, E. R., van den Abbeele, D., Remue, J., De Raedt, R., & Lemmens, G. M. (2022). A psychoeducational CBT-based group intervention ("drop it") for repetitive negative thinking: theoretical concepts and treatment processes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 72(3), 257-292.
<https://doi.org/10.1080/00207284.2022.2066535>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on behavioral regulation and anxiety reduction. *J Am Psychol*, 55(1), 68-78.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Shaffer, V. N., Kim, D., & Yoon, K. L. (2021). Physiological sensation word usage in social anxiety disorder with and without comorbid depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 71, 101638.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101638>
- Sharrock, M. J., Mahoney, A. E., Haskelberg, H., Millard, M., & Newby, J. M. (2021). The uptake and outcomes of Internet-based cognitive behavioural therapy for health anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of anxiety disorders*, 84, 102494.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102494>
- Taylor, H. (2022). Can a little bit of mindfulness do you good? An exploration into the safety and effectiveness of unguided mindfulness based self-help interventions.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102078>
- Unjai, S., Forster, E. M., Mitchell, A. E., & Creedy, D. K. (2024). Interventions to promote resilience and passion for work in health settings: A mixed-methods systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100242.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100242>
- van der Velden, A. M., Scholl, J., Elmholt, E. M., Fjorback, L. O., Harmer, C. J., Lazar, S. W., & Kuyken, W. (2023). Mindfulness training changes brain dynamics during depressive rumination: A randomized controlled trial. *Biological Psychiatry*, 93(3), 233-242.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.06.038>
- Wang, K., & Kong, F. (2020). Linking trait mindfulness to life satisfaction in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Indicators Research*, 13, 321-335.
<https://doi.org/10.1007/s12187-019-09698-4>
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Webb, C. A., Swords, C. M., Lawrence, H. R., & Hilt, L. M. (2022). Which adolescents are well-suited to app-based mindfulness training? A randomized clinical trial and data-driven approach for personalized recommendations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 90(9), 655.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000763>
- Weme, A. V., Sørensen, K. D., & Binder, P. E. (2023). Agency in avoidant personality disorder: a narrative review. *Frontiers in psychology*, 14, 1248617.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1248617>