

## اثربخشی الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر ارتقای کارکردهای اجرایی و کاهش افسردگی

بیماران افسرده

\*علیرضا پیرخانی<sup>۱</sup>

دانشیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گرمسار، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۷/۱۰/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۲۰)

**The Effectiveness Clinical Creativity Therapy Model on improvement of executive functions and decrease of depression in the depressed patients**\*Alireza Pirkhaefi<sup>1</sup>

Associate Prof of Psychology, Islamic Azad University, Garmsar Branch, Garmsar, Iran.

(Received: Dec. 28, 2018 - Accepted: Jan. 10, 2019)

**Abstract:****چکیده**

**Aim:** The aim of this research was to determine the effectiveness of Clinical Creativity Therapy Model on improvement of executive function and decrease of depression in the depressed patients. **Method:** The research method was semi-experimental and study conducted in the form of a pretest-posttest with control group design and follow-up. The population was included the whole of Tehran depressed patients that refer to a psychiatric consultation centers in ۱۳۹۴ and have document folder. 30 women and 20 men suffered from depression was randomly selected and replaced into treatment and control group. Research instruments were concluded Beck depression inventory (BDI-II), Torrance test of creativity thinking (Figural form), N-Back and Stroop test. A course of 20 include 10 session (2-hour-length session) was conducted of creativity therapy duration 4 weeks. **Result:** Analysis of covariance show that executive function and depression between treatment and control group is significant and effectiveness Clinical Creativity Therapy Model was stable in follow-up. **Conclusion:** results research show that Instrument of Clinical Creativity Therapy Model can improve the executive functions and decrease depression in the depressed men and women patients. Thus it is suggested that this model be use to improve the status depressed patient. The clinical creativity therapy model is useful and practical technique for psychologist and mental health specialists.

**Keywords:** Creativity Therapy, depression, executive functions.

**هدف:** پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر ارتقای کارکرد اجرایی و کاهش افسردگی بیماران افسرده انجام شد. **روش:** روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی بود و مطالعه در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری اجرا گردید. جامعه آماری شامل بیماران افسرده‌ای بود که در سال ۱۳۹۴ به یکی از مراکز روان‌پزشکی شهر تهران مراجعه و دارای پرونده بودند. ۳۰ زن و ۲۰ مرد مبتلا به افسردگی به صورت تصادفی از بین جامعه آماری انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، فرم B (تصویری) آزمون خلاقیت تورنس، آزمون N-Back و آزمون استروپ بود. برنامه مداخله‌ای شامل یک دوره آموزشی ۲۰ ساعته خلاقیت درمانی بود که به صورت ۱۰ جلسه ۲ ساعته در طی ۴ هفته برگزار شد. یافته‌ها: تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در کارکردهای اجرایی و نشانگان افسردگی تفاوت معناداری وجود داشته و اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت درمانی برای گروه آزمایش در طول زمان پایدار ماند. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که آموزش الگوی بالینی خلاقیت درمانی می‌تواند موجب ارتقای کارکردهای اجرایی و کاهش افسردگی در زنان و مردان افسرده شود.

**واژگان کلیدی:** خلاقیت درمانی، کارکردهای اجرایی، افسردگی

معصومی، کرامت، پورالاجل و شبیری ۲۰۱۳، ربیعی، غله‌ای‌ها، حسینی، نیکوسرشت، ظهیرنیا، ۲۰۱۵). ریشه‌های افسردگی پیچیده بوده و از فردی به فرد متفاوت هستند. وقایع زندگی، راهبردهای مقابله، عوامل ژنتیکی و سبک‌های شخصیت همگی دال بر این نکته هستند که افسردگی برآمده از تجارب فردی است (بولوچ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). الگوهای فکری خاص و سبک‌های مقابله با استرس نیز می‌توانند در شروع و یا تداوم این بیماری نقش داشته باشند (آسانو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). معمولاً افسردگی بر توانایی فرد برای انجام موفقیت‌آمیز کارها اثر می‌گذارد. افراد افسرده تمایل دارند که کندتر کار کنند و کمتر مولد باشند (دیتریچ، مرگل، رومل-کلوگ، ۲۰۱۴). آثار افسردگی بر روابط درون‌خانوادگی (موریرا و تلزر، ۲۰۱۵)، فقدان علاقمندی و انگیزشی، پاسخ‌های هیجانی نامناسب و تکراری، ناتوانی در حل مشکلات خانوادگی، ناکارآمدی در ایجاد روابط نوین و موثر با دیگران از جمله مواردی هستند که با کاهش یا ناکارآمدی در توان مولدگری افراد افسرده ارتباط دارد (هوگز، پاور، لیو، شارپ و نیکلاس، ۲۰۱۵).

اختلال درکارکردهای اجرائی مغز معمولاً در افسردگی‌های بلندمدت که منجر به ناتوانی و مقاومت نسبت به درمان می‌گردد دیده می‌شود. به طور تقریبی ۴۰ درصد از بیماران مسن مبتلا به

افسردگی به دلیل شیوع نسبتاً بالا و تأثیرات منفی و مستقیمی که بر زندگی افراد می‌گذارد همیشه مورد توجه متخصصان و درمانگران بالینی بوده است. رویکردهای مختلف درمانی هر کدام روش‌های خاصی را برای درمان این بیماری پیشنهاد کرده‌اند. از نظر همه‌گیرشناسی بین زنان و مردان تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود اما اغلب آنانی که در پی درمان برنمی‌آیند به تدریج کارکردهای عادی خود را در زندگی از دست داده و در حالت بیمارگونه خود بیش‌تر فرو می‌روند (نولن-هکسما و هیلت، ۲۰۱۳). افسردگی نقش مهمی در کاهش سلامت روان ایفا می‌کند. طی ۴۰ سال گذشته تشخیص افسردگی به طور پیوسته افزایش یافته است. شیوع افسردگی شدید در یک سوم میانی قرن بیستم کمتر از یک در هزار بود. این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی در سال (۲۰۱۸) بیش از ۳۰۰ میلیون نفر را به شکل کوتاه تا بلندمدت درگیر افسردگی دانسته است. متأسفانه بین ۱۰ تا ۳۰ درصد از مبتلایان به اختلالات خلقی خود را از بین می‌برند (میشل، ۲۰۱۳). گزارش‌های داخلی درباره وضعیت سلامت روان مردم ایران نیز نشان می‌دهد که بین ۵۰ تا ۸۰ درصد از بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در یک یا چند دوره درمان روانی اجتماعی از جمله درمان افسردگی شرکت داشته‌اند. در سال ۱۳۹۱ میزان متوسط اختلال افسردگی در کشور ۲۷/۲ درصد برآورد شده که ۱۶/۵ درصد آن مربوط به زنان و ۱۰/۷ درصد مربوط به مردان بوده است (موسوی،

1. Bulloch et al.  
2. Asano et al

افراد افسرده عملکرد ضعیف‌تری در مقایسه با افراد غیرافسرده در تکلیف حافظه کاری دارند. این افراد معمولاً به محرک‌های مثبت به طور معناداری کمتر از افراد غیرافسرده پاسخ صحیح می‌دهند (بهجتی و خباز، ۱۳۹۱). فورگیر (۲۰۱۱). نتایج نشان داد که افراد با میزان کمتر افسردگی، نوشته‌های خلاقانه‌تری را زیر تصاویر نوشتند و نوشته‌های غیرخلاقانه بیشتر مربوط به افرادی بود که در معرض القاء احساسات منفی بودند. نتایج پژوهش دسوزا و همکاران (۲۰۱۰) نیز بیانگر ارتباط خلاقیت پایین با آسیب لوب پیشانی بود. بیماران دارای این آسیب در انجام امور مختلف دچار مشکل بودند.

خلاقیت یک مفهوم پیچیده شناختی هیجانی است. از آنجا که خلاقیت در تغییرات شناختی نقش مهمی ایفا می‌کند احتمال دارد که کارکردهای اجرایی در افسردگی با کارکردهای خلاقیت ارتباط داشته باشد (سوئیرو- دسوزا، دیاس، بیو، پست و مورنو، ۲۰۱۱). هرچند سنت روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی خلاقیت را با برخی مشکلات روان‌شناختی مرتبط می‌داند ولی با آغاز روان‌شناسی انسان‌گرایانه و خیز موج روان‌شناسی مثبت‌گرا نه تنها دیگر خلاقیت یک آسیب روانی به شمار نمی‌آید که نشانه مهم از سلامت روان - خود شکوفایی و به زیستی فردی و اجتماعی - قلمداد می‌شود (سیمونتون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲، معین‌الغرابایی و همکاران، ۱۳۹۳).

افسردگی دارای اختلال در برخی کارکردهای اجرایی مغز هستند. بدکارکردی سیستم فرونتال مغز که برای ایجاد یکپارچگی در وظایف اجرایی ضروری است در مبتلایان به افسردگی به وفور دیده می‌شود. افراد با اختلال کارکرد اجرایی مشکلاتی در تعیین هدف، برنامه‌ریزی، رفتار آغازین و تعیین توالی<sup>۱</sup> دارند. مطالعات تصویربرداری عصبی<sup>۲</sup> نیز نشان داده که اختلال در کارکرد اجرایی یکی از علائم افسردگی است و زمینه‌ای برای پیش‌بینی واکنش آهسته، ضعیف و بی‌ثبات در این افراد است (الکسوپولوس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱، ارجمندنی و همکاران، ۱۳۹۴).

یامادا و همکاران (۲۰۱۲) تأیید کردند که پاسخ‌های همودینامیک لوب پیشانی مغز در هنگام فعالیت حافظه کاری به عنوان نشانه‌ای از عملکرد اجتماعی محسوب می‌شود. به‌علاوه افسردگی موجب آسیب در عملکرد حافظه آشکار می‌گردد. در واقع نوعی سوگیری هماهنگ با خلق در عملکرد حافظه آشکار افراد افسرده نسبت به واژه‌های دارای بار عاطفی منفی وجود دارد. معمولاً بهبود افسردگی موجب بهبود عملکرد حافظه آشکار می‌گردد (فرهنگی، احدی، جمهری و فرخی، ۱۳۹۲). از نظر توجه انتخابی و توجه انتقالی نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین افسرده‌ها و غیرافسرده‌ها وجود دارد. افسردگی می‌تواند منجر به تخریب کارکردهای اجرایی به ویژه توجه پایدار شود (آجیل‌چی، احدی، نجاتی و دلاور، ۱۳۹۲).

1. initiating and sequencing behavior
2. neuroimaging studies
3. Alexopoulos et al

4. Simonton

خلاقیت در طول دوران رشد و تحول یا حتی پس از آن تحت تاثیر ناملايمات و فشارهای روانی قرار گرفته و دچار آسیب شود. در چنین شرایطی است که فرد یکی از توانایی‌های کارآمد خود را از دست داده و از ذهن و شخصیتی شکننده در برابر فشارهای درون و برون روانی برخوردار می‌شود. معمولاً ذهن و روان کارآمد از ویژگی‌های خلاقه برخوردار است و می‌تواند به انطباق موثر و مفید با شرایط دست بزند. از دست رفتن تدریجی خلاقیت باعث می‌گردد تا به تدریج ذهن و شخصیت دچار رکود شده و زمینه‌های بروز افسردگی پدید آید. خلاقیت‌درمانی<sup>۱</sup> با تکیه بر مبانی پدیدآیی افسردگی (شواهد عصب‌روانشناختی و روانشناسی شناختی) به دنبال افزایش توانایی‌های خلاقه، ارتقای خودکارآمدی و موثر کردن شیوه‌های کنارآمدن با فشارهای روانی در بیماران افسرده است. تحلیل‌های روابط ساختاری در پژوهش پیرخانفی (۱۳۸۸) نشان داد که هر سه متغیر خلاقیت، خودکارآمدی و روش کنار آمدن با فشار روانی پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری برای سلامت روان هستند.

الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی روشی کاربردی برای استفاده از خلاقیت در زمینه‌های بالینی بوده و شامل ۵ سطح مؤلفه‌ای و ۱۶ سطح عملیاتی است. هدف الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی پویاسازی ذهن و شخصیت به منظور ارتقای خودکارآمدی خلاق<sup>۲</sup> و انطباق خلاق روانی<sup>۳</sup> است.

1. Creativity therapy
2. Creative self-efficacy
3. Creative coping

تلفیق ویژگی خودکارآمدی و انطباق خلاق می‌تواند نگهدارنده مناسبی برای سلامت روان باشد (پیرخانفی، ۱۳۹۳). در این الگو فعال شدن خلاقیت باعث می‌شود فرد به کارایی بالاتری در سطح تفکر، طراحی و هدایت مؤثر موقعیت‌ها و پدیده‌های روانی و اجتماعی برسد. با پویایی ذهن و شخصیت، خودکارآمدی فرد در اتحاد با قابلیت‌های مقابله‌ای به شکلی خلاق و نوین برای رویارویی با مشکلات و نیازها به کار گرفته می‌شود. الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی در سطح مولفه‌های فراشناختی بر توانایی‌هایی که باعث فعال و پویاسازی سطوح کارآمدی ذهن می‌شوند تاکید دارد. در سطح مولفه‌های زبانی بر توانایی‌ها و مهارت‌های زبانی - کلامی که منجر به شکل‌گیری الگوهای محاوره‌ای و ارتباطی نوین می‌گردد تاکید می‌شود. در سطح مولفه‌های شخصیتی بر توانایی‌هایی که رشد شخصیت خلاق را تسهیل می‌کنند و در سطح مولفه‌های انگیزشی به حرکت درآوردن افکار خلاقانه و ترغیب فرآینگیزه (یا پشتکار) تاکید می‌گردد. و در نهایت در سطح مولفه‌های زبان بدنی به سازی و شکل‌دهی رفتارهای حرکتی مطلوب و خلق زبان بدنی مناسب مورد توجه قرار می‌گیرد. (پیرخانفی، ۱۳۹۳). از آنجا که الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی روشی نوین در حوزه درمانگری بالینی است شواهد کنونی موید اثربخشی آن است. برای مثال، پژوهش دهقانی‌اشکذری (۱۳۹۴) با عنوان اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر کاهش افسردگی و رفتارهای پرخطرگراانه نشان داده که

پژوهش به منظور تعیین اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر کاهش افسردگی و ارتقای کارکردهای اجرائی مغز در بیماران افسرده اجرا شد.

### روش

روش پژوهش شبه‌آزمایشی بود. طرح پژوهش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل با انتخاب تصادفی و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران افسرده‌ای بود که از ابتدای سال ۱۳۹۴ تا پایان مردادماه همان سال به مرکز مشاوره روان‌پزشکی روان‌پویا شهر تهران مراجعه نموده و دارای پرونده بودند. از جامعه پژوهش ۳۰ زن و ۲۰ مرد انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، سپری شدن حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص افسردگی، نداشتن هر گونه بیماری جسمی مزمن و عدم مصرف مستمر داروهای خاص به ویژه داروهای روان‌پزشکی، عدم ابتلاء به اختلالات روانی و شخصیتی دیگر به جز افسردگی، کسب نمره بالای ۲۰ در آزمون افسردگی، کسب نمره پایین ۱۵ در آزمون N-Back، کسب نمره پایین ۴۰ در آزمون استروپ بود. پس از کسب رضایت از نمونه (۲۵ نفر شامل ۱۵ زن و ۱۰ مرد در گروه آزمایش و ۲۵ نفر دیگر شامل ۱۵ زن و ۱۰ مرد در گروه کنترل) با گمارش تصادفی تخصیص یافتند. ابزار به‌کار گرفته شده در این پژوهش به شرح ذیل است:

**الف) پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)**  
توسط بک و همکاران (۱۹۹۶)، به منظور سنجش

الگو در کنترل نشانگان افسردگی و پرخاشگری موثر است. پژوهش نجفی (۱۳۹۴) نیز با عنوان اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر کاهش اضطراب، وسواس و تنظیم هیجانی دختران دبیرستانی نشان داد که الگو در کاهش نشانگان اضطراب و وسواس و ارتقای تنظیم هیجانی تاثیرگذار است. پژوهش حقیری (۱۳۹۴) نیز درباره اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی پس از زایمان در زنان باردار نیز موید همین نتیجه است. حمزه نیکان (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی با عنوان اثربخشی الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر کنترل خشم و احساس خودفربیی بیماران دارای پرفشاری خون نشان داد که الگو در کنترل نشانگان خشم و خودفربیی گروه آزمایش موثر عمل کرده است. در طیفی دیگر از بررسی‌ها مطالعه سجادی منزله (۱۳۹۳) با عنوان اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان نشان داد که الگو در ارتقای انگیزه درونی و عملکرد تحصیلی گروه آزمایش کارآمد عمل کرده است. پژوهش میرزازاده (۱۳۹۳) نیز با عنوان اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر افزایش امید و شادکامی بیماران سرطانی و سلمانی‌پور نقله‌بری (۱۳۹۳) با عنوان اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر تعارضات زناشویی نشان دادند که الگوی خلاقیت‌درمانی در افزایش امید و شادکامی بیماران سرطانی و کاهش نشانگان تعارض گروه آزمایش موفق بوده است. با عنایت به مبانی فوق این

اندازه‌گیری می‌کنند. نمره‌گذاری فرم B این آزمون به صورت نشانه‌های صحیح و غلط بوده و دارای ۴ خرده مقیاس سیالی، انعطاف‌پذیری، بسط و ابتکار است. مواد این آزمون ۳ فعالیت عمده را در بر می‌گیرد. در فعالیت اول (تصویرسازی) لازم است فرد درباره تصویربرداری که به شکل یک تکه کاغذ رنگی ارائه شده فکر کند. تولید بر مبنای ابتکار و بسط دادن ارزیابی می‌شود. فعالیت دوم (تکمیل تصاویر) شامل ۱۰ تصویر ناقص است که در محدوده ۱۰ دقیقه‌ای توسط فرد کامل می‌شود. تولیدات این فعالیت بر مبنای سیالی، انعطاف‌پذیری، بسط و ابتکار برای هر تصویر ارزیابی می‌شود. فعالیت سوم (تصاویر تکراری) شبیه فعالیت اشکال ناقص است. مواد محرک در این فعالیت شامل ۳۶ دایره است. تصاویر ناقص و خطوط موازی مستلزم توانایی برای ساخت‌بندی و کامل کردن است، اما دایره‌ها مستلزم توانایی برای در هم شکستن یا ویرانی اشکال کامل است. تورنس برای اطمینان دادن از اعتبار محتوای آزمون‌ها، دستورالعمل‌ها و رویه‌های نمره‌گذاری را بر مبنای بهترین تحقیقات و نظریه‌های موجود صورت داد. هانورتون<sup>۲</sup> (۱۹۶۷) با یک نمونه ۲۶ نفری از دانش‌آموزان سال‌های پائین دبیرستان توانست به یک ضریب همبستگی ۰/۵۲ بین پرسشنامه انگیزش خلاق و آزمون تفکر خلاق برسد. این دو ضریب در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. مطالعه بیشی<sup>۳</sup> (۱۹۷۴) نیز که با استفاده از

بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. ضریب آلفای کرنباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده و یافته‌ها حاکی از اعتبار رضایت‌بخش پرسشنامه افسردگی بک است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل شناختی-عاطفی و نگرش منفی نشانه‌های بدنی را نشان داده است (رجبی و کارجو کسمائی، ۱۳۹۱). هایدن، براون، برنان و اوبراین<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) نشان دادند که نتایج به دست آمده توسط پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) با مصاحبه ساختاریافته مبتنی بر DSM-IV به عنوان یک ملاک معتبر همخوانی داشته و افرادی که در مصاحبه تشخیص افسردگی می‌گرفتند نمرات بالایی در پرسشنامه افسردگی بک داشتند.

### ب) فرم B (تصویری) آزمون خلاقیت

تورنس: به منظور سنجش تفکر خلاق توسط تورنس در سال (۱۹۷۴) ساخته شد و دارای دو فرم A و B است. فرم A تفکر خلاق را به صورت کلامی و فرم B آن را به صورت تصویری

2. Hanoverton  
3. Bishi

1. Hayden, Brown, Brennan, & O'Brien

مطالعه کاربردی ERPS تحت عنوان زیرفرآیندهای حافظه کاری در این آزمون. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش بهجتی، حاتمی، رستمی و خمایی (۱۳۹۱) تأیید شده است.

د) آزمون استروپ: در سال ۱۹۳۵ توسط استروپ<sup>۳</sup> برای ارزیابی توجه اختصاصی و انعطاف‌پذیری شناختی ابداع شد. تعداد محرک بین بیست مورد تا بیش از ۱۵۱ مورد متفاوت است (ارگن و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). در این آزمون نام یک رنگ (مثلاً سبز) با جوهر متفاوت (مثلاً قرمز) نوشته و از فرد خواسته می‌شود به جای خواندن کلمه، رنگ آن را بگوید. کرومپینگر و سیمونز<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) در پژوهش خود دوره‌های زمانی و نشانه‌های عصب‌شناختی کارکردهای اجرائی ناکارآمد در افراد افسرده را به وسیله آزمون استروپ بررسی کردند. شواهد پژوهش نشان داد که بین گروه افسرده و سالم به لحاظ کارکرد توجه و عملکرد در آزمون استروپ متفاوت هستند و آزمون از روایی افتراقی برای بیماران افسرده برخوردار است. این آزمون برای کاربران فارسی‌زبان توسعه داده شده و اعتباریابی شده است. قرایی‌پور، عاطف وحید، نصر اصفهانی و اصغرنژاد فرید (۱۳۸۵) اعتبار این آزمون را با آلفای کرونباخ در ایران ۰/۹۳ گزارش کرده است (صالحی فدردی و ضیایی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر از نوع کامپیوتری آزمون استروپ استفاده شد.

آزمون‌های خلاقیت و آزمون‌های پیشرفت کالیفرنیا انجام شده است به ضریب همبستگی ۰/۳۶ تا ۰/۴۲ اشاره داشت. تورنس (۱۹۷۴) ضریب پایایی بازآزمایی را برای این آزمون بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۷ بیان می‌کند (پیرخانگی، ۱۳۷۳). محمد داوودی و مقیمی (۱۳۹۲) ضریب پایایی بازآزمایی را بر روی ۳۰ دانش‌آموز به فاصله دو هفته ۰/۸۷ گزارش کردند.

ج) آزمون N-Back به منظور اندازه‌گیری عملکرد حافظه کاری استفاده می‌شود. این آزمون به وسیله کامپیوتر و با افزایش تدریجی وظایف در سه سطح 1-Back 2-Back 3-Back انجام می‌شود. شرکت‌کننده‌ها با نگاه کردن به صفحه نمایشگر کامپیوتر در کادرهایی که در مقابل دید آن‌ها قرار می‌گیرد، تعدادی تصویر متحرک و متغیر را به خاطر سپرده سپس با نمایش دوباره این تصاویر با فشردن کلیدی پاسخ می‌دهند. بر اساس تحلیل منطقی، مواد آزمون N-Back مشتمل بر سه فرآیند مطابقت، جایگزینی و انتقال هستند. فورنز و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) کاربرد این آزمون را در مطالعات همه‌گیرشناسی عصب‌روانشناختی بررسی کرده و به کارایی مفید آن اشاره داشتند. اوون و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۵)، در یک مطالعه فراتحلیل مطالعات مختلفی بررسی شد از جمله: کارکردهای تصویربرداری عصبی در مورد پارادایم حافظه کاری N-Back، در زمینه فعالیت اختصاصی و غیر اختصاصی مغز در پارامترهای آزمون N-Back،

3. Stroop  
4. Ergen et al.  
5. Krompinger & Simons

1. Forns et al.  
2. Owen & et al.

موفه‌ای خلاقیت‌درمانی به شکل فرم کوتاه استفاده شد. تمامی مراحل مداخله توسط پژوهشگران اجرا گردید. جلسات درمانی برای مردان و زنان گروه آزمایشی به صورت گروهی برگزار شد که در پایان دوره پس‌آزمون بر روی مردان و زنان هر دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا گردید. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

برنامه مداخله‌ای پژوهش پس از اجرای مرحله پیش‌آزمون (برای گروه آزمایش و کنترل) طی یک دوره ۲۰ ساعته که به صورت ۱۰ جلسه ۲ ساعته در طی ۴ هفته بود بر اساس پروتکل طراحی شده انجام شد. پروتکل خلاقیت‌درمانی براساس الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی (پیرخائفی، ۱۳۹۳) تنظیم و برای گروه بیماران افسرده تناسب‌سازی شد. در پروتکل مداخله‌ای از تمامی ۵ سطح

جدول ۱. خلاصه جلسات خلاقیت‌درمانی

ردیف	موضوع	روش
۱	معرفی دوره و آشنایی شرکت‌کننده‌ها با اهداف آن	توضیح درباره افسردگی، انواع آن، عوامل تأثیرگذار بر آن و مبانی الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی و راهکارهای دستیابی به سلامت روان و مقابله با افسردگی.
۲	آموزش مؤلفه فراشناختی (سطوح سیال‌سازی و انعطاف‌پذیری)	نام بردن موارد استفاده معمول و غیرمعمول و ساختن اشکال مورد نظر با استفاده از ۳۰ عدد چوب کبریت.
۳	آموزش مؤلفه فراشناختی (طراحی ذهنی، بهسازی فکری/ادراکی و ترکیب‌سازی ذهن)	مرور کردن نحوه ساخت اشکال در ذهن، توجه به جنبه‌های غیرمعمول اشکال و ترکیب شکل‌هایی که تا کنون ساخته شده‌اند.
۴	آموزش مؤلفه فراشناختی (راه حل‌یابی و توانایی تصمیم‌سازی)	در نظر گرفتن راه‌حلهای موجود برای مقابله با افسردگی و انتخاب بهترین راه حل با ذکر دلایل معقول.
۵	پیگیری تمرینات فراشناختی	عمل کردن به شیوه‌های خلاقانه در انجام تمرینات و پاسخگویی به دو سؤال ساده و پیچیده.
۶	پیگیری آموزش مؤلفه فراشناختی با حضور اعضاء خانواده شرکت‌کننده‌ها	ساخت اشکال مورد نظر به ترتیب با ۲۰، ۳۰، ۴۰ و ۱۰ چوب کبریت، همچنین در نظر گرفتن مشکلات ناشی از افسردگی و ارائه راه حل درباره آن و انتخاب بهترین راه حل با توجه به مزایا و معایب آن.
۷	آموزش مؤلفه زبانی (سطوح ادراک کلامی، بهسازی و توسعه ادراک کلامی، نظام استعاره‌ای و الگوهای کلامی بین فردی)	یادداشت نشانه‌های کلامی کارآمد و ناکارآمدی مورد استفاده، صحبت پیرامون مشکلات شخصی ایجاد شده در اثر افسردگی، نوشتن داستانی کوتاه درباره یک افسرده و جایگزینی کلمات منفی با کلمات مثبت.
۸	آموزش مؤلفه انگیزشی (سطوح جهت‌دهی انگیزشی و پشتکار)	بیان انتظارات شرکت‌کننده‌ها از درمان افسردگی، پیش‌بینی مثبت از ده سال آینده و خلاصه کردن ۵ متن یک صفحه‌ای درباره پیامدهای مثبت درمان.
۹	آموزش مؤلفه شخصیتی (اعتماد به نفس، جرأت ورزی و ریسک‌پذیری)	ترغیب علاقه مندی، آموزش جرأت ورزی و پایان‌بندی ده موقعیت چالش‌برانگیز.
۱۰	آموزش مؤلفه زبان بدن (بهسازی و شکل‌دهی رفتارهای حرکتی مطلوب و زبان بدنی)	نام‌گذاری هیجانات ارائه‌شده در تصاویر، توضیح در مورد هیجانات، ترسیم هیجانات تصاویر بدون چهره، تفسیر موقعیت‌های مختلف تصویری و سخنرانی در جمع.



## یافته‌ها

برای ارزیابی داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید. معمولاً در طرح‌های پیش‌آزمون/ پس‌آزمون با میانگین‌های متفاوتی در مرحله پیش‌آزمون روبرو هستیم که این نوع تحلیل برای اصلاح تفاوت‌های پیش‌آزمون به کار گرفته می‌شود. پیش از انجام تحلیل کتوواریانس پیش‌فرض‌های مورد نیاز (شامل برابری واریانس‌ها و شیب خط رگرسیون) ارزیابی شد. در ادامه مقاله مراحل اجرایی تحلیل داده‌ها توصیف شده است. شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	۴۴/۲۴	۲/۰۲	۴۳/۰۸	۱/۴۱	۳۶/۰۰	۲/۳۰
حافظه کاری	۱۴/۹۶	۲/۶۰	۲۶/۸۴	۲/۶۲	۲۴/۹۷	۲/۷۲
توجه	۸۴/۶۴	۲/۲۱	۸۴/۵۲	۲/۳۲	۹۴/۹۶	۲/۶۳
سیالی	۶/۶۱	۰/۶۷	۷/۰۱	۰/۶۷	۹/۲۵	۰/۵۲
انعطاف‌پذیری	۳/۱۶	۰/۷۲	۳/۴۶	۰/۶۷	۷/۴۶	۰/۹۷
ابتکار	۹/۳۲	۱/۴۷	۸/۹۷	۱/۳۲	۱۳/۲۱	۲/۴۳

داشته و افسردگی در حدود ۸ نمره کاهش را نشان می‌دهد. تغییرات مثبت به وجود آمده در گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین حافظه کاری، توجه، سیالی، انعطاف‌پذیری و ابتکار گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون افزایش محسوسی (بین ۲ تا ۱۰ نمره)

است. میانگین وضعیت‌های مورد اشاره در گروه کنترل تغییر محسوس و برجسته‌ای را نشان نداد. مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش از طریق شاخص‌های کجی و کشیدگی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های کجی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	آزمایش		کنترل		آزمایش	
	کجی	کشیدگی	کجی	کشیدگی	کجی	کشیدگی
افسردگی	۰/۴۹	۱/۹۲	-۰/۰۵	-۰/۰۳	-۰/۴۱	-۰/۴۴
حافظه کاری	۰/۰۴	۰/۲۰	۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۰۵	۰/۲۲
توجه	۰/۱۲	۰/۵۵	۰/۱۰	۰/۱۵	۰/۰۴	۰/۲۰
سیالی	۰/۰۴	-۰/۶۰	۰/۱۳	-۰/۲۵	۰/۱۵	۰/۹۸
انعطاف‌پذیری	۰/۱۸	-۰/۹۷	۰/۲۶	-۰/۹۴	۰/۰۴	-۰/۶۰
ابتکار	۰/۰۰۱	-۰/۷۵	۰/۵۲	-۰/۳۴	۰/۰۲	-۰/۸۴

سیالی زنان ( $P=0/21$  و  $F_{1, 28}=1/72$ ) و سیالی مردان ( $P=0/12$  و  $F_{1, 18}=1/31$ )، انعطاف‌پذیری زنان ( $P=0/15$  و  $F_{1, 28}=1/16$ ) و انعطاف‌پذیری مردان ( $P=0/13$  و  $F_{1, 18}=1/24$ )، ابتکار زنان ( $P=0/09$  و  $F_{1, 28}=1/65$ ) و ابتکار مردان ( $P=0/08$  و  $F_{1, 18}=1/79$ ) بود که حکایت از همگنی واریانس‌های دو گروه داشت. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) در مورد هر متغیر در جدول ۴، ۵، ۶، ۷ گزارش شده است.

مطابق جدول ۳ میزان کجی و کشیدگی توزیع تمام متغیرها بین (-۲ و +۲) قرار دارد. در واقع می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات به توزیع نرمال نزدیک است. همچنین مفروضه همگنی واریانس‌های دو گروه توسط آزمون لوین سنجیده شد که در مورد افسردگی زنان ( $P=0/10$  و  $F_{1, 28}=1/42$ ) و افسردگی مردان ( $P=0/11$ ) و  $F_{1, 18}=1/46$ )، حافظه کاری زنان ( $P=0/001$ ) و  $F_{1, 18}=1/75$ ) و حافظه کاری مردان ( $P=0/19$ ) و  $F_{1, 18}=1/83$ )، توجه زنان ( $P=0/94$  و  $F_{1, 18}=0/05$ ) و  $F_{1, 18}=0/23$ ) و توجه مردان ( $P=0/63$ ) و  $F_{1, 18}=0/23$ )،

جدول ۴. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در مورد زنان

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	مجزور سهمی ایتا
افسردگی	۳۴۴/۶۷	۱	۳۴۴/۶۷	۳۲/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹
حافظه کاری	۱۳/۳۶	۱	۱۳/۳۶	۶/۳۰	۰/۰۴	۰/۱۶
توجه	۸۹۲/۲۸	۱	۸۹۲/۲۸	۳۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰
سیالی	۲۹/۶۱	۱	۲۹/۶۱	۱۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹
انعطاف‌پذیری	۲۸/۷۱	۱	۲۸/۷۱	۱۰/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷
ابتکار	۱۸۳/۸۰	۱	۱۸۳/۸۰	۱۸/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸

سطح ۰/۰۱ ( $P=0/01$  و  $F=18/20$ ) تفاوت معناداری دارد. بدین ترتیب در زنان ۵۹ درصد از واریانس افسردگی، ۱۶ درصد از واریانس حافظه کاری، ۶۰ درصد از واریانس توجه، ۸۹ درصد از واریانس مؤلفه سیالی، ۸۷ درصد از واریانس انعطاف‌پذیری و ۴۸ درصد از واریانس مؤلفه ابتکار توسط مداخلات تبیین شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در زنان میزان افسردگی در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$ ) و میزان حافظه کاری در سطح ۰/۰۵ ( $F=32/66$ ،  $P=0/04$ )، میزان توجه در سطح ۰/۰۱ ( $F=32/97$  و  $P=0/001$ )، میزان مؤلفه سیالی در سطح ۰/۰۱ ( $F=11/00$  و  $P=0/001$ )، میزان مؤلفه انعطاف‌پذیری در سطح ۰/۰۱ ( $F=10/00$  و  $P=0/001$ ) و میزان مؤلفه ابتکار در

جدول ۵. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در مورد مردان

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	مجزور سهمی ایتا
افسردگی	۲۹۰/۸۱	۱	۲۹۰/۸۱	۵/۰۹	۰/۰۴	۰/۲۹
حافظه کاری	۱۲/۲۱	۱	۱۲/۲۱	۳/۱۱	۰/۰۴	۰/۱۷
توجه	۴۷۰/۱۰	۱	۴۷۰/۱۰	۴/۰۵	۰/۰۴	۰/۰۹
سیالی	۱۹/۰۵	۱	۱۹/۰۵	۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸
انعطاف‌پذیری	۱۸/۱۶	۱	۱۸/۱۶	۷/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
ابتکار	۱۱۹/۴۳	۱	۱۱۹/۴۳	۶/۱۲	۰/۰۲	۰/۳۳

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در مردان میزان افسردگی در سطح ۰/۰۵ ( $P=0/04$ ) و میزان حافظه کاری در سطح ۰/۰۵ ( $F=5/09$ )، میزان توجه در سطح ۰/۰۵ ( $P=0/04$  و  $F=3/11$ )، میزان مؤلفه سیالی در در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$  و  $F=9/01$ )، میزان انعطاف‌پذیری در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$ ) و میزان مؤلفه ابتکار در سطح ۰/۰۵ ( $F=7/02$ ) تفاوت معناداری دارد. بدین ترتیب ۲۹ درصد از واریانس افسردگی، ۱۷ درصد از واریانس حافظه کاری، ۹ درصد از واریانس توجه، ۸۸ درصد از واریانس مؤلفه سیالی، ۸۶ درصد از واریانس مؤلفه انعطاف‌پذیری و ۳۳ درصد از واریانس مؤلفه ابتکار توسط مداخلات تبیین شده است.

نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها در مورد زنان

جدول ۶. نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها در مورد زنان

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور سهمی اینتا
افسردگی	۱۹۲۵/۳۳	۲	۹۶۲/۶۶	۲۹۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵
حافظه کاری	۲۸۰۰/۷۶	۲	۱۴۰۰/۳۸	۱۱۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
توجه	۲۹۸۴/۹۰	۲	۱۴۹۲/۴۵	۱۶۷/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸
سیالی	۳۵۰/۰۰	۲	۱۷۵/۰۰	۱۷/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹
انعطاف‌پذیری	۴۵۰/۰۰	۲	۲۲۵/۰۰	۱۲۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷
ابتکار	۱۲۵۰/۰۰	۲	۶۲۵/۰۰	۶/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در زنان تغییرات افسردگی در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$ ) و تغییرات حافظه کاری در سطح ۰/۰۱ ( $F=291/03$ )، تغییرات توجه در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$  و  $F=113/81$ )، تغییرات مؤلفه سیالی در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$  و  $F=167/42$ )، تغییرات مؤلفه سیالی در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$ ) و تغییرات مؤلفه انعطاف‌پذیری در سطح ۰/۰۱ ( $F=121/06$ )، تغییرات مؤلفه ابتکار در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$ ) و ۷۵ درصد از واریانس افسردگی، ۶۲ درصد از واریانس حافظه کاری، ۵۸ درصد از واریانس توجه، ۲۹ درصد از واریانس تغییرات مؤلفه سیالی، ۲۷ درصد از واریانس مؤلفه انعطاف‌پذیری و ۲۸ درصد از واریانس ابتکار توسط مداخلات تبیین شده است.

نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها در مورد زنان

جدول ۷. نتایج آزمون‌های اثرات درون‌آزمودنی‌ها در مورد مردان

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور سهمی ایپتا
افسردگی	۱۴۷۶/۶۰	۲	۷۳۸/۳۰	۲۱۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵
حافظه کاری	۲۲۰۰/۹۷	۲	۱۱۰۰/۴۸	۲۴۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
توجه	۲۱۸۰/۴۲	۲	۱۰۹۰/۲۱	۱۹۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷
سیالی	۴۰۰/۰۰	۲	۲۰۰/۰۰	۱۶/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰
انعطاف‌پذیری	۴۱۰/۰۰	۲	۲۰۵/۰۰	۷/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶
ابتکار	۱۲۰۰/۰۰	۲	۶۰۰/۰۰	۱۲۱/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲

خلاقیت گروه آزمایش و کنترل به دلیل مداخله صورت گرفته تفاوت معناداری ایجاد شده بود. به طور کلی این یافته در میان پژوهش‌های داخلی با یافته‌های پژوهش‌های رضایی و بیگدلی (۱۳۹۳)، میرزازاده (۱۳۹۳)، سجادی منزله (۱۳۹۳)، قنبری (۱۳۹۳)، دهقانی، دهقانی و مظاهری تهرانی (۱۳۹۲)، کلانتر قریشی، عین‌آزادگان و رضایی کارگر (۱۳۹۱)، دستغیب (۱۳۸۹)، پیرخانی (۱۳۸۸) و خمسه (۱۳۸۲) و در میان پژوهش‌های خارجی با یافته‌های پژوهش‌های سیموندز و همکاران (۲۰۱۴)، یامادا و همکاران (۲۰۱۲)، فورگیرد (۲۰۱۱) و دسوزا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) همسویی دارد. در حقیقت پژوهش‌ها بیانگر وجود رابطه مثبت بین خلاقیت و ارتقای سلامت روانی و افزایش توانایی‌های فراشناختی خلاقیت است.

نتایج نشان داد که بین پس‌آزمون افسردگی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود

در مردان، تغییرات افسردگی در سطح ۰/۰۵ ( $F=212/76$  و  $P=0/001$ )، تغییرات حافظه کاری در سطح ۰/۰۱ ( $F=247/21$  و  $P=0/001$ )، تغییرات توجه در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$ ) و تغییرات مؤلفه سیالی در سطح ۰/۰۱ ( $F=191/98$  و  $P=0/001$ )، تغییرات مؤلفه انعطاف‌پذیری در سطح ۰/۰۱ ( $P=0/001$ ) و تغییرات مؤلفه ابتکار در سطح ۰/۰۱ ( $F=7/07$ ) و تغییرات مؤلفه انعطاف‌پذیری و ۲۲ درصد از واریانس مؤلفه ابتکار توسط مداخلات تبیین شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده بین میزان افسردگی، حافظه کاری، توجه و مؤلفه‌های

1. De souza et al

با استرس‌ها و شرایط ناامیدکننده به وجود آورند (یامادا و همکاران، ۲۰۱۲).

حافظه کاری و توجه در میان گروه آزمایش افزایشی تقریباً ۱۰ نمره ای را ناشی از مداخله خلاقیت درمانی نشان داد که با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت. خوشبختانه اثرات این آموزش در طول دوره پیگیری نیز پایدار مانده بود. این یافته در میان پژوهش‌های داخلی با یافته‌های پژوهش‌های همسوزا و همکاران (۱۳۸۲) و در میان پژوهش‌های خارجی با یافته‌های پژوهش‌های فورگیر (۲۰۱۱) و دسوزا و همکاران (۲۰۱۰) همسو بود. کارکردهای اجرائی مجموعه‌ای از مهارت‌های عالی در مغز هستند که به ما اجازه برنامه‌ریزی، سازماندهی، تصمیم‌گیری، مدیریت زمان، توجه و تمرکز مناسب را می‌دهد. حافظه کاری ظرفیتی یکپارچه کننده در مغز است که اجازه می‌دهد اطلاعات زبانی - شناختی / هیجانی - انگیزشی در مغز برای حل مسائل یا در پاسخ به نیازها هم آمیزی و برای تصمیم‌گیری آماده شوند (فورگیر، ۲۰۱۱). پژوهش در بزرگسالان نشان داده که خلاقیت می‌تواند کارکردهای اجرائی (که به طور معمول با افزایش سن رو به زوال می‌رود) مانند توانایی توجه و تمرکز و فعالیت حافظه کاری را ارتقاء دهد (دسوزا و همکاران، ۲۰۱۰). فعالیت‌ها و تکالیف سیال سازی و منعطف سازی ذهن را می‌توان تمرین‌های برای پلاستیسیته مغز دانست که باعث می‌گردد تا نرون‌های عصبی از کارآمدی و انعطاف مناسب برای رویارویی با محرک‌ها و شرایط

دارد. در واقع نتایج اثربخشی آموزش خلاقیت درمانی را بر کاهش افسردگی تأیید کرد. این یافته در میان پژوهش‌های داخلی با یافته‌های پژوهش‌های رضایی و بیگدلی (۱۳۹۳)، میرزازاده (۱۳۹۳)، دهقانی، دهقانی و مظاهری تهرانی (۱۳۹۲)، کلانتر قریشی، عین‌آ...زادگان و رضایی کارگر (۱۳۹۱) و پیرخائفی (الف، ۱۳۸۸) و در میان پژوهش‌های خارجی با یافته‌های پژوهش‌های سیموندز و همکاران (۲۰۱۴) و یامادا و همکاران (۲۰۱۲) همسویی دارد. در واقع فعال شدن خلاق ذهن و شخصیت در بیماران افسرده در قالب فعالیت‌های مولفه‌ای خلاقیت باعث گردیده بود تا این بیماران بتوانند تجربه جدیدتری از فکرکردن، تعامل و ارتباط برقرار کردن، تمایل به تغییر یافتن، خودباوری و انجام رفتارها و حرکات متفاوت را لمس کنند. تجربه خلاقیت درمانی برای بیماران یک تجربه جدید بوده که با زندگی روتین و عادی آنان فرق دارد. به همین دلیل آنان به شکل کاملاً عینی و واقعی متفاوت و موثر بودن را تجربه می‌کنند. آنان در کسب چنین تجربه‌ای به توانایی تصمیم‌گیری مناسب، احساس خوب بودن، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به نفس، هدف‌مندی، ارزش‌های شخصی، انعطاف‌پذیری و گشودگی نسبت به تجربه‌های نوین، باور و احساس کارآمدی، یافتن راه‌های جدید و سازنده، احساس ارزشمندی درباره خود دست می‌یابند. ویژگی‌های مورد اشاره می‌توانند سپر حمایتی را برای ذهن و شخصیت فرد در رویارویی خلاق

فراشناختی باعث می‌شود تا بیماران افسرده از رکود ذهنی خارج شده و به دنیای معمولی مجدداً بازگردند و بتوانند تعامل زبانی - شناختی تازه‌تری را به وجود آورند (پیرخائفی، ۱۳۸۸).

به‌طور کلی برپایه نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که الگوی بالینی خلاقیت درمانی چنانچه به خوبی مورد آموزش قرار گیرد قادر است با فعال سازی مولفه های فراشناختی خلاقیت تاثیر پایداری را در ارتقای کارکردهای اجرایی مغز در افراد افسرده و کاهش نسبی علائم افسردگی به وجود آورد. با این حال تحقیقات بیشتری نیاز است تا اثربخشی این الگو در بین انواع افسردگی نشان داده شود. یکی از محدودیت‌های مهم این تحقیق آموزش نسبتاً کوتاه آن بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از الگوی آموزشی تفصیلی‌تری استفاده شده و گروه‌های جنسیتی و فرهنگی متفاوت‌تری مورد ارزیابی قرار گیرند. پژوهشگران امیدوارند پژوهش‌های آینده بتواند راه را برای طراحی پروتکل‌های مداخله‌ای دقیق‌تر بر اساس الگوی بالینی خلاقیت درمانی هموار کند.

### تشکر و قدرانی

اکنون که نتایج این پژوهش به ثمر نشسته جای دارد از تمامی زحمات و همکاری‌هایی که بیماران، پرسنل و کادر تخصصی مرکز مشاوره و روانپزشکی پویا در تمامی مراحل اجرایی این پژوهش داشتند صمیمانه تشکر و سپاسگزاری گردد.

محیطی برخوردار شوند. اجرای مستمر و پایدار چنین تمرین‌هایی به فراخی و بسط بیشتر ظرفیت‌های نگهداری و یکپارچه سازی مناسب اطلاعات در حوزه پیش‌بینی مغز می‌انجامد. از طرف دیگر فعالیت‌ها و تمرین‌های ابتکاری سازی ذهنی باعث می‌شوند که یکپارچه‌سازی اطلاعات و قابلیت‌های گزینش دقیق اطلاعاتی ارتقاء پیدا کرده و مغز بهتر بتواند تصمیم بگیرد.

پس از آموزش خلاقیت درمانی، مؤلفه‌های خلاقیت در گروه آزمایش رشد معناداری نسبت به گروه کنترل داشتند و این رشد در طی زمان پایدار ماند. این یافته در میان پژوهش‌های داخلی با یافته‌های پژوهش‌های سجادی منز (۱۳۹۳)، قنبری (۱۳۹۳)، دستغیب (۱۳۸۹)، پیرخائفی (۱۳۸۸)، دستغیب (۱۳۸۹) و قنبری (۱۳۹۳) همسو بود. مؤلفه‌های فراشناختی و انگیزشی مهمترین ابعاد خلاقیت را شکل می‌دهند و بسیار تحت تأثیر عوامل محیطی قرار دارند. بیماران افسرده معمولاً از رکود ذهنی و انگیزشی در رنج هستند. زندگی بدون ایده و انگیزه بسیار سخت و طاقت‌فرسا است. از این رو یا فعالیتی انجام نمی‌شود و یا با روشی غیرخلاقانه و کم اثربخش انجام می‌گردد. در مورد مؤلفه فراشناختی باید اذعان کرد که انسان با استفاده از ایده‌ها فکر می‌کند و ایده‌ها می‌توانند تنوع و گوناگونی داشته و گاه بسیار متفاوت و تاثیرگذار باشند. ایده‌ها معمولاً یا حالت زبانی دارند و در قالب کلمات و گفتار ظاهر می‌شوند و یا حالت تصویر و تجسمی دارند. تحریک و تقویت مولفه‌های

## منابع

- آجیل چپی، ب، احدی، ح، نجاتی، و و دلآور، ع(۱۳۹۲). کارکردهای اجرائی در افراد افسرده و غیر افسرده. *روان شناسی بالینی*، سال ۵، شماره ۲، ص ۷۷-۸۸.
- ارجمندنیا، ع، رویتوند غیاثوند، ص و شریفی، ع(۱۳۹۴). بررسی رابطه کارکردهای اجرائی و باورهای منطقی در نوجوانان بزهکار و غیربزهکار، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان شناختی، شماره ۲، سال ششم، ص ۱-۱۴
- بهجتی، ز و خباز، م(۱۳۹۱). مقایسه حافظه کاری عاطفی در دو گروه زنان افسرده و غیرافسرده. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، سال ۳، شماره ۹، ص ۱-۲۱.
- بهجتی، ز، حاتمی، ج، رستمی، ر و خمایی، س(۱۳۹۱). مقایسه اثر ارجاع به خود در حافظه کاری عاطفی در دو گروه زنان افسرده و غیرافسرده. *روان‌شناسی بالینی*. سال ۴، شماره ۲، ص ۵۹-۵۱.
- پیرخائفی، ع(۱۳۷۳). بررسی رابطه هوش و خلاقیت در بین دانش‌آموزان پسر مقطع دوم نظری دبیرستان‌های شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- پیرخائفی، ع(۱۳۸۸). بررسی نقش آموزش خلاقیت در پیش‌بینی و تبیین سلامت روان به منظور تدوین مدل سلامت روانی براساس متغیرهای خلاقیت، خودکارآمدی و شیوه کنارآمدن با فشار روانی. رساله دکتری روان‌شناسی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- پیرخائفی، ع(۱۳۹۳). رساله‌ای در باب خلاقیت‌درمانی. تهران: کتاب مهربان. چاپ اول. ص ۵۰-۷۰
- خمسه، الف(۱۳۸۲). بررسی ارتباط بین حافظه معنایی و خلاقیت در دانش‌آموزان دختر تیزهوش و عادی: رویکرد نوروپسیکولوژیک. *مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان*. دوره ۱، شماره ۱، صص ۱۷۴-۱۵۱.
- دستغیب، م(۱۳۸۹). تاثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خلاقیت دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- دهقانی‌اشکذری، ز(۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر کاهش افسردگی و رفتارهای پرخاشگرانه دختران دبیرستانی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار.



- دهقانی، ی، دهقانی، م و مظاهری‌تهرانی، ف (۱۳۹۲). ارتباط خلاقیت با رضایت شغلی و سلامت روان در زنان پرستار. نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران). دوره ۲۶، شماره ۸. صص ۳۲-۴۶.
- رجبی، غ، کارجوکسمائی، س (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی. اندازه‌گیری تربیتی، دوره ۳، شماره ۱۰، صص ۱۵۸-۱۳۹.
- رضایی، م و بیگدلی، الف (۱۳۹۳). حافظه آشکار و پنهان بیماران بهبود یافته از افسردگی با دارودرمانی و مقایسه آن‌ها با افراد عادی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۴، شماره ۱۲۲، صص ۲۱۷-۲۲۶.
- سجادی‌منزه، ح (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر ارتقاء انگیزه و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار.
- سلمانی‌پورنقله‌بری، ر (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر تعارضات زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار.
- صالحی‌فرددی، ج و ضیایی، س (۱۳۸۹). فرآیندهای شناختی ضمنی و سوگیری توجه به سمت رفتارهای اعتیادی: معرفی، ساخت و کاربرد آزمون استروپ اعتیاد. اصول بهداشت روانی، دوره ۱۲، شماره ۱. صص ۳۸۹-۳۵۸.
- فرهنگی، ع، احدی، ح، جمهری، ف و فرخی، ن (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی بر افسردگی عمده و بهبود حافظه آشکار و حافظه ضمنی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، شماره ۱۲، سال ۳.
- قربایی‌پور، م، عاطف‌وحید، م، نصراصفهان‌ی، م، اصغرنژاد، ف، علی‌اصغر (۱۳۸۵). کارکردهای عصب - روانشناختی در اقدام کنندگان به خودکشی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران* (اندیشه و رفتار)، شماره ۴۷، صص ۲۵-۳۶.
- قنبری، فرزانه (۱۳۹۳). اثر آموزش توانمندسازی روانشناختی بر خلاقیت هیجانی و خلاقیت شناختی در دانش‌آموزان دخترپایه سوم دوره اول دبیرستان شهر ایوان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- کلاتر قریشی، منیر، عین ا... زادگان، رقیه و رضایی کارگر، فلور (۱۳۹۱). بررسی رابطه خلاقیت و سلامت عمومی در نوجوانان.

- مبتلایان به اختلالات اضطراب منتشر، وسواس اجبار و افسرده‌خویی با افراد سالم. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان شناختی، شماره ۴، سال پنجم، ۱۳۱-۱۴۳
- نجفی، م (۱۳۹۴). عنوان اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر کاهش اضطراب، وسواس و تنظیم هیجانی دختران دبیرستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار.
- نیکان، ح (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر کاهش نشانگان خشم، خودفریبی و افزایش مقابله با فشار روانی بیماران دارای پرفشاری خون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار.
- Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., Kiesses, D. N., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Areán, P. A. (2011). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 33-41.
- Asano, T., Baba, H., Kawano, R., Takei, H., Maeshima, H., Takahashi, Y., . . . Arai, H. (2015). Temperament and character as predictors of recurrence in remitted patients with major depression: A 4-year prospective follow-up study.
- ابتکار و خلاقیت در علوم انسانی، دوره ۲، شماره ۱۳، صص ۴۵-۵۹.
- محمدداوودی، امیرحسین و مقیمی، منصوره (۱۳۹۲). ارزیابی مدل فعالیتهای یادگیری خلاقیت‌محور در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهرستان ساوه. فصلنامه رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، سال چهارم، شماره ۱، صص ۱۶۷-۱۸۲.
- میرزاده، ن (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی الگوی بالینی خلاقیت‌درمانی بر ارتقاء امید و شادکامی زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار.
- معین‌الغریبایی، ف، کرملو، س و نوفرستی، الف (۱۳۹۳). شیوه‌های حل مسئله در *Psychiatry research*, 225(3), 322-325.
- Bulloch, A. G., Fiest, K. M., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Berzins, S. A., Jetté, N., Patten, S. B. (2015). Depression—a common disorder across a broad spectrum of neurological conditions: a cross-sectional nationally representative survey. *General Hospital Psychiatry*.
- De souza, L. C., Volle, E., Bertoux, M., Czernecki, V., Funkiewiez, A., Allali, G. & Levy, R. (2010). Poor creativity in frontotemporal dementia: a window into the neural bases of the creative

- mind. *Neuropsychologia*, 48(13), 3733-3742.
- Dietrich, S., Mergl, R., & Rummel-Kluge, C. (2014). Personal and perceived stigmatization of depression: A comparison of data from the general population, participants of a depression congress and job placement officers in Germany. *Psychiatry research*, 220(1), 598-603 .
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153 .
- Ergen, M., Saban, S., Kirmizi-Alsan, E., Uslu, A., Keskin-Ergen, Y., & Demiralp, T. (2014). Time-frequency analysis of the event-related potentials associated with the Stroop test. *International Journal of Psychophysiology*, 94(3), 463-472.
- Forgeard, M. J. (2011). Happy people thrive on adversity: Pre-existing mood moderates the effect of emotion inductions on creative thinking. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 904-909.
- Forns, J., Esnaola, M., López-Vicente, M., Suades-González, E., Alvarez-Pedrerol, M., Julvez, J., Sunyer, J. (2014). The n-back Test and the Attentional Network Task as measures of child neuropsychological development in epidemiological studies. *Neuropsychology*, 28(4), 519 .
- Hayden, M. J., Brown, W. A., Brennan, L., & O'Brien, P. E. (2012). Validity of the Beck Depression Inventory as a screening tool for a clinical mood disorder in bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, 22(11), 1666-1675 .
- Hughes, S. O., Power, T. G., Liu, Y., Sharp, C., & Nicklas, T. A. (2015). Parent emotional distress and feeding styles in low-income families. The role of parent depression and parenting stress. *Appetite* .
- Krompinger, J. W., & Simons, R. F. (2011). Cognitive inefficiency in depressive undergraduates: Stroop processing and ERPs. *Biological psychology*, 86(3), 239-246.
- Mitchell, J. (2013). Understanding Depression: A Complete Guide to Its Diagnosis and Treatment. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 10(3), 257.
- Moreira, J. F. G., & Telzer, E. H.<sup>۳۸</sup> (2015). Changes in family cohesion and links to depression during the college transition. *Journal of adolescence*, 43, 72-82 .
- Mousavi, S. A., Masoumi, S. Z., Keramat, A., Pooralajal, J., & Shobeiri, F. (2013). Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: a systematic review. *Journal of reproduction & infertility*, 14(3), 110.

- Nigel, H. (2012). Methodological limitations of the RCT in determining the efficacy of psychological therapy for trauma. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment* .
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2013). *Handbook of depression in adolescents*: Routledge.
- Organization, W. H. (2018). Depression .*World Health Organization—Assessment Instrument for Mental Health Systems*.
- Owen, A. M., McMillan, K. M., Laird, A. R., & Bullmore, E. (2005). N-back working memory paradigm: A meta-analysis of normative functional neuroimaging studies. *Human brain mapping*, 25(1), 46-59.
- Pu, S., Yamada, T., Yokoyama, K., Matsumura, H., Mitani, H., Adachi, A., ... & Nakagome, K. (2012). Reduced prefrontal cortex activation during the working memory task associated with poor social functioning in late-onset depression: multi-channel near-infrared spectroscopy study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 203(2), 222-228.
- Rabiei, M. A. S., Ghaleiha, A., Hosseini, S. M., Nikooseresht, M., & Zahirnia, M. (2015). Depression Prevalence and Underlying Risk Factors in the Elderly of Hamadan, Iran. *Avicenna Journal of Neuro Psych Physiology*, 2(1).
- Simonton, D. K. (2012). Teaching Creativity Current Findings, Trends, and Controversies in the Psychology of Creativity. *Teaching of Psychology*, 39(3), 217-222 .
- Smith, M. T., Perlis, M. L., Park, A., Smith, M. S., Pennington, J., Giles, D. E., & Buysse, D. J. (2014). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *American Journal of Psychiatry* .
- Soeiro-de-Souza, M. G., Dias, V. V., Bio, D. S., Post, R. M., & Moreno, R. A. (2011). Creativity and executive function across manic, mixed and depressive episodes in bipolar I disorder. *Journal of affective disorders*, 135(1), 292-297 .
- Symonds, C. S., McKie, S., Elliott, R., McAllister-Williams, R. H., Ferrier, I. N., Deakin, W., & Anderson, I. M. (2014). P. 1. i. 009 Emotional and working memory in treatment resistant depression: a functional magnetic resonance imaging study. *European Neuropsychopharmacology*, (24), S301-S302.
- Zamanian Ardakani, Z., Kakooei, H., Ayattollahi, M., Karimian, S. M., & Nasle Seraji, G. (2008). Mental health survey on shift work nurses in shiraz province, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 5(4), 47-54.