

## اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری و اختلال افسردگی در نوجوانان

رضا رهبران<sup>۱</sup>، رعنا کریمی<sup>۲</sup>

و مهسا شاه محمدی<sup>۳</sup>

در سال‌های اخیر مطالعه‌ی الگوهای تفکر در اختلالات افسردگی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یکی از این الگوهای تفکر، نشخوار فکری است. دیدگاه فراشناختی در مورد اختلال افسردگی، نشخوار فکری را از مولفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری و اختلال افسردگی در نوجوانان شهرستان خوی بود. برای این منظور، ۳۰ دانش آموز با نمرات بالای افسردگی پس از ارزیابی بالینی و احراز شرایط پژوهش، انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه درمان فعالسازی رفتاری (۱۵ نفر) و یا کنترل (۱۵ نفر) کاربندی شدند. گروه آزمایشی ۱۲ جلسه متوالی درمان فعالسازی رفتاری را دریافت کرد. دو گروه آزمایشی و کنترل قبل و بعد از انجام پژوهش، از نظر افسردگی و نشخوار فکری مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری بطور معناداری موجب کاهش نمرات نشخوار فکری و افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود. این پژوهش از تاثیر درمان فعال سازی رفتاری در بهبود علائم نشخوار فکری و افسردگی حمایت می‌کند.  
واژه‌های کلیدی: درمان فعالسازی رفتاری، نشخوار فکری، افسردگی

### مقدمه

در چرخه‌ی تحول روانی، بین مرحله کودکی و بزرگسالی، دوره‌ی بسیار مهم نوجوانی قرار دارد. این مرحله انتقالی از ۱۱-۱۰ سالگی آغاز و در حدود ۲۲-۱۸ سالگی تمام می‌شود. نوجوانی دوره تغییرات عمیقی است که کودک را از بزرگسالان جدا می‌کند. این مرحله رشد زیستی، اجتماعی، هیجانی و شناختی را شامل می‌شود و به معنای واقعی کلمه دوره تغییر و دگرگونی است (نیومن و نیومن، ۲۰۰۹).

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسول) r.rahbaran@gmail.com

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳. دپارتمان روان شناختی شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

افسردگی و به دنبال آن نشخوار فکری از شایع ترین مشکلات هیجانی این دوره است (نیکلسن، ۲۰۰۴). یکی از این الگوهای فکری در افسردگی، نشخوار فکری است. دیدگاه فراشناختی در مورد اختلال افسردگی، نشخوار فکری را از مولفه های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می داند (کانوی، سانک، هلم، بلیک، ۲۰۰۰). نشخوار فکری عبارت است از فرایند تکرار شونده و غالباً اجتناب ناپذیر فکر کردن در مورد تجربه های گذشته، که اغلب با افکار منفی مرتبط بوده و مانع از سبک های حل مساله به شیوه سازگارانه می شود (بشارت، ۲۰۱۰). نشخوار به صورت یک صفت یا ویژگی پایدار خصیصه ای است که افراد را به سمت الگوهای نسبتاً ثابتی از فکر کردن و رفتار کردن در طول موقعیت ها و زمانهای مختلف، مستعد می سازد (باربر، ۲۰۰۷). سبک پاسخگویی نشخوار موجب تشدید حالات هیجانی منفی شده و ارتباط بسیار نزدیکی با افسردگی دارد. در میان نوجوانانی که افسرده اند معلوم گردیده نشخوار فکری باعث تشدید علایم افسردگی می شود (پارک، گودیر، تیزدل، ۲۰۰۴).

نشخوار فکری تمرکز اجبارگونه ی توجه یک فرد، بر علایم و علل یک پریشانی و توجه به دلایل آن و نتایجش، به جای تمرکز بر راه های حل آن تعریف شده است. این سبک شناختی بیمارگونه مشابه نگرانی است، با این تفاوت که نشخوار فکری بر احساسات بد و تجارب گذشته تمرکز دارد، در حالی که توجه نگرانی بر امکان بالقوه وقوع حوادث ناگوار در آینده است (اسمیت، الوی، ۲۰۰۸). نشخوار فکری زیر بنای شناختی بیماران افسرده را مختل کرده و با ناسازگاری شناختی و افزایش خشم و فشار روانی رابطه دارد (ونزولف، ونر، ۲۰۰۰). پاسخ نشخوار فکری به تجارب آزاردهنده باعث تشدید و افزایش طول دوره های افسردگی شده، تفکر افراد را به طور منفی جهت دار کرده و منجر به ناتوانایی در حل مساله موثر می گردد (نولن هوکسما، ویسکو، لیوبو میراسکای، ۲۰۰۸).

تاکنون روش های درمانی متعددی برای درمان افسردگی و نشخوار فکری نوجوانان به کار رفته است (هتریک و همکاران، ۲۰۱۵؛ ماریا، موفسون، ویسمن، کلرمن، ۱۹۹۱؛ پننات و همکاران، ۲۰۰۷؛ مارچ و همکاران، ۲۰۰۷). هرچند این درمانها اثربخش بوده اند، اما درمیان آنها تفاوت هایی از نظر میزان اثرمندی و با صرفه بودن وجود دارد (جاکوبسون، ۱۹۹۶). درمان فعالسازی رفتاری نوعی رفتاردرمانی محض است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است (مارتل، آدیس، جاکوبسون، ۲۰۰۱). اثربخشی این درمان در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است و نسبت به شناخت درمانی و دارودرمانی در درمان بیماران افسرده برتری دارد (دیمیدجاین و همکاران، ۲۰۰۶). طبق نظریه فعالسازی رفتاری، علایم افسردگی بوسیله رفتارهای اجتنابی ایجاد شده یا تداوم می یابند (زیسچل، رامیرز، ۲۰۱۱). مدل فعالسازی رفتاری، همچنین بر نقش نشخوار فکری در ایجاد و

تداوم افسردگی تاکید می‌ورزد. درمان فعالسازی رفتاری آشکارا بر کاهش نشخوار فکری از دیدگاه کارکردی تحلیلی تمرکز می‌کند (آدیس، مارتل، ۲۰۰۴). درمانگران فعالسازی رفتاری به جای محتوای نشخوار فکری، فرایند آن را مورد هدف قرار می‌دهند (مارتل، دیمیدجان، هرمان-دان، ۲۰۱۰). درمان فعالسازی رفتاری در مطالعات و گروههای تحقیقاتی متعدد اثربخشی خود را به اثبات رسانده است (کوچپرس، ون استراتن، آندرسون، ون اپن، ۲۰۰۸ و اکرس، ریچاردز، گیلبدی، ۲۰۰۳). به عنوان مثال، این رویکرد درمانی، به خاطر تکنیک‌های عینی و اجرای آسان، در مراکز بهداشت روان (کنتر، سانتیگو-ریورا، راج، بوش، ۲۰۱۰)، مراکز بستری (هوپکو، لجزو، لیچ، هوپکو، امسی نیل، ۲۰۰۳)، مراکز ترک اعتیاد (داوترز و همکاران)، مراکز سرپایی (دیمیدجان و همکاران، ۲۰۰۶)، و مراکز مشاوره دانشجویی (گاوری سیاک، نیکولاس، هوپکو، ۲۰۰۹). این درمان به صورت گروهی و یا انفرادی مورد آزمایش قرار گرفته است (باروچ، کاتر، باو، فیننگ، ۲۰۱۱). چپو و همکاران (۲۰۰۹) درمان فعالسازی رفتاری گروهی را همراه با تکنیک‌های مواجهه سازی بر روی نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی و اضطرابی به کار بردند و کاهش معناداری را در علائم افسردگی و اضطراب نشان دادند. همچنین هپکو و همکاران (۲۰۰۴) درمان فعالسازی رفتاری را در اختلال‌های افسردگی و اضطرابی به کار بردند. با توجه به آنچه گفته شد هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری در افسردگی نوجوانان بود.

## روش

این پژوهش یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل با پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری مطالعه‌ی حاضر شامل دانش آموزان شهرستان خوی در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود. از این جامعه ۸۹ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۳۰ دانش آموز که بیشترین میزان افسردگی را داشتند بعد از اخذ رضایت به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از ارایه درمان فعال سازی با پرسشنامه‌های افسردگی بک<sup>۱</sup> و نشخوار فکری<sup>۲</sup> مورد ارزیابی قرار گرفتند.

از جمله ملاک‌های ورود جهت شرکت در پژوهش به قرار زیر بود: کسب نمره ۱۶ به بالا در پرسشنامه افسردگی بک، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی (حداقل از یک سال قبل از ورود به پژوهش) داشتن حداقل ۱۶ و حداکثر ۲۲ سال، تشخیص قطعی اختلال افسردگی و داشتن علائم شایع

1. Beck Depression Inventory

2. Ruminative Response Scale

این اختلال بر اساس راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی DSM-5، ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از سابقه سومصرف مواد و الکل، ابتلا به سایر بیماری‌های جسمانی و روانی از جمله سابقه‌ی ضربه مغزی، افسردگی شدید با خصوصیات روان پریشی، اضطراب، احتمال ابتلای دانش آموزان به اختلال بیش فعالی و نقص توجه، ناراحتی‌های قلبی و داشتن فاز فعال در اختلالات روان پریشی مانند اسکیزوفرنی و اختلالات دوقطبی، داشتن افکار جدی در مورد خودکشی و غیبت بیش از دو جلسه در طول برنامه مداخله‌ای.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه، از ۲۱ ماده تشکیل شده و از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌های خود را روی یک مقیاس لیکرت از صفر تا سه درجه بندی کنند (بک، استیر، براون، ۱۹۹۶). مطالعات انجام شده روی پرسشنامه‌ی افسردگی بک، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده است (فتا، بی رشک، عاطف وحید، دویسن، ۲۰۰۵).

پرسشنامه نشخوار فکری توسط نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) ساخته شده که مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است و ماده‌های آن روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می‌شود و دامنه‌ای بین ۲۲ تا ۸۸ را در برمی‌گیرد (نولن-هوکسما، مورو، ۱۹۹۱). این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ دارد که نشان دهنده همسانی درونی بالای آن است. آلفای کرونباخ در نمونه‌های ایرانی ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ گزارش شده است (لطفی‌نیا، ۲۰۰۶).

### شیوه ی اجرا

قبل از شروع هرگونه برنامه مداخله‌ای، جلسه‌ای توجیهی برای والدین این ۳۰ نفر دانش آموز برگزار و توضیحاتی در مورد مداخله داده شد همچنین بعد از تکمیل فرم رضایت نامه توسط والدین، برای تمامی آزمودنی‌ها نیز جلسه‌ای توجیهی تشکیل شد و آنها نیز فرم رضایت نامه را پر کردند و نسبت به رازداری و عدم افشای اطلاعات به آنان اطمینان خاطر کامل داده شد. سپس پروتکل درمانی و برنامه مداخله‌ای فعالسازی رفتاری در ۱۲ جلسه متوالی و ۱ روز در هفته به مدت ۴۵ دقیقه بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایشی اجرا شد. در جدول ۱ پروتکل مداخله‌ی درمانی با استفاده از رویکر فعال سازی رفتاری ارائه شده است.

## جدول ۱. مداخلات درمانی انجام شده در زمان برگزاری جلسه‌های درمانی

جلسات	موضوع
جلسات ۲ و ۱	درمان فعالسازی رفتاری مرور ساختار درمان ( محرمانه بودن اطلاعات، نقش‌ها، استفاده از مقیاس‌های خود گزارش دهی برای تشخیص علائم بیماری و نیاز به تمرینات خارج از جلسات درمان)، مرور تاریخچه پروتکل درمانی با نوجوان و والدین شان برای استفاده از درمان فعالسازی رفتاری، معرفی افسردگی و درمان فعالسازی رفتاری، نظارت بر فعالیت شرکت کنندگان، بررسی تاثیر روابط و فعالیت‌ها بر خلق و خوی، معرفی مدل وضعیت-فعالیت-حالت برای نوجوانان، ارایه اطلاعات روان‌شناسی به والدین در مورد افسردگی نوجوانان
جلسات ۳ و ۴	معرفی نقش فعالسازی رفتاری در مدیریت خلق و خو- رفتار هدف محور در مقابل رفتار خلق و خو محور، نظارت بر فعالیت و خلق خو، صحبت با والدین در مورد تجربیات و نگرانی‌های آنان به عنوان والدین نوجوان افسرده، معرفی تحلیل عملکردی و نقش تقویت کننده در حفظ رفتار، معرفی پیامدهای کوتاه مدت در مقابل پیامدهای طولانی مدت انتخابهای رفتاری، استفاده از احساسات خوب
جلسات ۵ و ۶	بررسی و معرفی نقش استرس به عنوان یک عامل مهم برای افسردگی، معرفی راه حل مشکل به عنوان راهی برای کشف آنچه در شرایط استرس‌زا باید انجام داد، معرفی مهارت‌های ارتباطی به والدین و ایجاد ارتباطات مناسب و اثربخش، معرفی و ارایه‌ایده‌های هوشمند از طریق تنظیم هدف های موثر، تعیین و تخصیص اهداف جزئی و کوتاه مدت برای رسیدن به اهداف بزرگتر، تنظیم اهداف برای تمرین در طول هفته، ارایه راه‌هایی برای والدین به منظور حمایت از نوجوانانشان.
جلسات ۷ و ۸	نشان دادن اهمیت شناسایی موانع داخلی و خارجی موجود در راه رسیدن به اهداف، معرفی استراتژی‌های رفتاری هدفمند برای غلبه بر موانع، تمرین اهداف از پیش تعیین شده، حمایت از نوجوانان و والدین برای شناسایی ایده‌ها و نظارت والدین بر رفتار خود، نشان دادن اهمیت اجتناب به عنوان یک مانع داخلی مشترک و درک الگوی تکرار، پاسخ، اجتناب (TRAP).
جلسات ۹ و ۱۰	بررسی وضعیت نوجوانان و شناسایی آنچه که او میخواهد در بقیه جلسات درمان انجام دهد، بررسی مهارت‌های کلیدی برای کمک به نوجوانان برای وصول به اهداف خود، ارایه راه‌هایی برای فعال شدن ایده‌ها و اهداف و بیشترین استفاده از احساسات خوب، تنظیم هدف، شناخت موانع و اجتناب، همکاری با نوجوانان برای برنامه ریزی و تعیین یک برنامه عملی برای ارزیابی اولویت‌ها، اهداف و فعالیت‌های که برای تمرین در جلسات درمان بعدی لازم می‌باشد، حمایت از نوجوان و مرور اهمیت حفظ تمرکز بر روی برنامه و اهداف، تلاش برای بهبود حالت خلقی افسرده ساز.
جلسات ۱۱ و ۱۲	مرور و به روز کردن برنامه‌های تعیین شده در جلسات قبلی، ایجاد یک برنامه شخصی برای پیشگیری از تشدید بیماری برای کمک به نوجوانان و مدیریت عوامل افسرده ساز و علائم آن.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. داده‌ها با بیتمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در جدول ۲ مولفه‌های توصیفی متغیرها در گروه‌ها ارایه شده است.

## جدول ۲. مولفه‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک در گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
نشخوار فکری	M	۲۸/۷۷	۱۵/۳۸	۲۹/۲۱
	sd	۳/۳۷	۲/۲۵	۳/۴۲
افسردگی	M	۲۵/۵۴	۱۶/۳۰	۲۴/۹۲
	sd	۳/۳۵	۲/۰۹	۲/۸۴

برای انجام تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض های آن بررسی شد. با توجه به تایید وجود مفروضه‌های تحلیل، از روش تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نتایج تحلیل حاکی از اثر بخشی متغیر مستقل (پروتکل فعالسازی رفتاری) حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته (نشخوار فکری و افسردگی) بود. در پژوهش‌ها معمولاً نتایج آزمون لامبدای ویلکز گزارش می‌شود که با توجه به نتایج آن تفاوت بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته معنادار است ( $F=91/09, P<0/001$ ). با توجه به معنادار بودن نتایج آزمون چندمتغیری و برای بررسی اینکه اعمال پروتکل فعالسازی رفتاری بر کدام یک از متغیرهای وابسته تاثیر معنی داری داشته، از نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد.

## جدول ۳. خلاصه تحلیل نتایج کوواریانس برای نمرات نشخوار فکری و افسردگی به تفکیک گروه

eta	Sig.	F	MS	df	SS	
۰/۵۴۰	۰/۰۰۱	۴۳/۵۰	۹۵/۷۰	۱	۹۵/۷۰	پیش آزمون
۰/۶۱۳	۰/۰۰۱	۵۸/۶۱	۱۲۸/۹۴	۱	۱۲۸/۹۴	گروه
			۲/۲۰	۳۷	۸۱/۳۹	خطا
۰/۲۱۹	۰/۰۰۳	۱۰/۱۸	۹/۵۶	۱	۹/۵۶	پیش آزمون
۰/۶۱۵	۰/۰۰۱	۵۹/۱۵	۵۵/۵۴	۱	۵۵/۵۴	گروه
			۰/۹۳۹	۳۷	۱/۴۷	خطا

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای نشخوار فکری ( $F=58/61, P<0/001$ ) و افسردگی ( $F=59/15, P<0/001$ ) در مرحله پس آزمون معنادار می‌باشد. مجذور اتا نیز

نشان می‌دهد که ۶۱/۳ درصد واریانس نشخوار فکری و ۶۱/۵ درصد واریانس افسردگی، به وسیله متغیر مستقل یعنی فعالسازی رفتاری تبیین می‌شود. بنابراین بر اساس یافته‌های پژوهش، تاثیرات ۱۲ جلسه درمان فعالسازی رفتاری بر متغیرهای نشخوار فکری و افسردگی معنادار به دست آمد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی در نوجوانان دارای اختلال افسردگی شهرستان خوی بود. برای پاسخگویی به این هدف میزان تغییرات نمرات اکتسابی متغیرهای نشخوار فکری و افسردگی که به ترتیب با پرسشنامه‌های نولن هوکسما و مارو و بک سنجیده شده بود، در مراحل پیش و پس آزمون باهم مقایسه شد. نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که تفاوت تغییرات بین مرحله پیش آزمون و پس آزمون معنادار است. بدین معنی که ۱۲ جلسه پروتکل درمانی فعال سازی رفتاری علائم نشخوار فکری و افسردگی را در مقایسه با قبل از شروع درمان به شکل معناداری کاهش داده است. بهبودی بالینی مشاهده شده در این مطالعه با مطالعات قبلی که اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری را در نمونه‌های دارای نشخوار فکری و افسرده نشان دادند (جلیلی، ۲۰۰۶؛ هاگتن، ۲۰۱۱؛ بوتوناری، رابرتز، توماس و رید، ۲۰۰۸؛ هاپکو و همکاران، ۲۰۰۵؛ پورتر، اسپات و اسمیت، ۲۰۰۴) هماهنگ است. در ارتباط با اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر علائم افسردگی می‌توان گفت که نظریه‌ی رفتاری افسردگی پیشنهاد می‌کند که این درمان به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می‌گردد. هدف فعالسازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه انتخابی) باشند. این افزایش پاداش‌ها به بهبود خلق بیمار کمک می‌کنند (لثاهی، هولند، ام سی جین، ۲۰۱۲). چنین فرایندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد (مازوس چلی، کین، ریس، ۲۰۰۹). مارتل، آدیس و دمیجیان (۲۰۰۴) نیز پیشنهاد کرده اند که علت اثربخشی این درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان، افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی شان را عوض کنند و قانون جدیدی را در زندگی شان دنبال کنند. یعنی به جای اینکه "هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، خاموش شوند"، هنگامیکه احساس غمگینی می‌کنند، فعال شوند". در خصوص اثر بخشی این درمان بر روی نشخوار فکری نیز می‌توان گفت که یکی از اهداف فعالسازی رفتاری، کاهش نشخوار فکری افسرده ساز از طریق تمرکز بیمار بر فعالیت‌های محیطی می‌باشد (ریتسچل، رامیرز، کراگید، ۲۰۱۱). طبق نظریه‌ی

فعالسازی رفتاری، نشخوار فکری یک رفتار خصوصی است که جلوی درگیر شدن کامل در فعالیت‌های زندگی را می‌گیرد و بنابراین می‌تواند به عنوان نوعی اجتناب عمل کند. طبق این نظریه، نشخوار فکری منجر به دو شکل خاص می‌شود که در بهبود افسردگی آماج درمان قرار می‌گیرند: نخست، نشخوار فکری فرد را محیطش جدا می‌کند و به جای درگیری در فعالیت‌های آن لحظه، وی را بر افکار درونی متمرکز می‌کند. دوم، نشخوار فکری جلوی حل مساله‌ی ثمربخش را می‌گیرد (مارتل، دیمیدجان، هرمان-دان، ۲۰۱۰). از (درمان فعالسازی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های خاصی مانند برجسته ساختن پیامدهای نشخوار فکری، حل مساله، توجه دقیق به تجربه‌ی حسی، تمرکز مجدد بر تکلیف در دسترس، و برگرداندن توجه فرد از افکار نشخواری و مشکل ساز خارج شود. این تکنیک‌ها روشی فراهم می‌آورند که بدون درگیری در محتوای افکار، فرایند نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهند (مارتل، دیمیدجان، هرمان-دان، ۲۰۱۰). پیشنهاد شده است که تغییر رفتاری و به دنبال آن درمان فعالسازی رفتاری، ممکن است بیانگر روش بویژه موثر تغییر در شناخت واره‌ها باشد (مارتل، دیمیدجان، هرمان-دان، ۲۰۱۰).

درمان فعالسازی رفتاری گروهی و کوتاه مدت ممکن است درمان امیدوارکننده‌ای برای دانش آموزان مبتلا به نشخوار فکری و افسردگی باشد. به خاطر محدودیت‌های موجود در مراکز مشاوره‌ها (از جمله تعداد بالای مراجعین، محدودیت تعداد جلسات، طولانی بودن زمانهای وقت دهی بعدی و...) بسیاری از مراجعین در دریافت درمانهای مورد نیاز با مشکلاتی مواجه هستند. با در نظر گرفتن این موارد می‌توان نتیجه گرفت که درمان فعال سازی رفتاری می‌تواند برای مراجعینی که جهت دریافت درمانی اثربخش و مقرون به صرفه به این مراکز مراجعه می‌کنند گزینه مناسبی باشد.

بدین وسیله پژوهشگران از مدیران، معلمان، دانش آموزان و والدین ایشان و سایر دوستانی که در اجرای این پژوهش نقش داشته و روند اجرای آن را تسهیل نموده اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

#### References

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back*. New Harbinger Publications, Incorporated.
- Barber, J.A. (2007). *The relationship among trait rumination, verbal behavior, and blood pressure: a behavioral component of rumination*. (Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the ferkauf graduate school of psychology Yeshiva University New York).
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Bowe, W. M., & Pfennig, S. L. (2011). Improving homework compliance in career counseling with a behavioral activation functional assessment procedure: a pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(2), 256-266.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, 78*(2), 490-498.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2010). Perfectionism, anger, and anger rumination. *International Journal of Psychology, 45*(6), 427-434.



- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Thomas, S. N., & Read, J. P. (2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment-resistant depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(4), 376-386.
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(4), 408-419.
- Conway, M., Csank, P. A., Holm, S. L., & Blake, C. K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of personality assessment, 75*(3), 404-425.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(6), 909.
- Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S., & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *The Behavior Analyst Today, 7*(1), 151.
- Daughters, S. B., Braun, A. R., Sargeant, M. N., Reynolds, E. K., Hopko, D. R., Blanco, C., & Lejuez, C. W. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(1), 122.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(4), 658.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological medicine, 38*(5), 611-623.
- Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, M. K., & Dabson, K. S. (2005). Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology, 11*(3), 312-326.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 468.
- Hetrick, S. E., Cox, G. R., Fisher, C. A., Bhar, S. S., Rice, S. M., Davey, C. G., & Parker, A. G. (2015). Back to basics: could behavioural therapy be a good treatment option for youth depression? A critical review. *Early intervention in psychiatry, 9*(2), 93-99.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in Primary Care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(2), 236.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies, 3*(1), 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Lepage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior modification, 27*(4), 458-469.
- Houghton, S. (2011). Behavioural activation in the treatment of depression. *Mental Health Prac.*(14), 18-23.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., & et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304. Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001).
- Jalili, A. (2006). Effectiveness of group behavioral activation on decreasing of depression symptoms and effect of this treatment decreasing of dysfunctional attitudes. (M.A. Dissertation). Tehran University of Medical Sciences. [Persian].
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Rusch, L. C., Busch, A. M., & West, P. (2010). Initial outcomes of a culturally adapted behavioral activation for Latinas diagnosed with depression at a community clinic. *Behavior modification, 34*(2), 120-144.
- Leahy, R. L., & Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford Press.
- Lotfinia A. (2006). *Comparison of problem solving method in depression student with rumination distraction*. (Dissertation). Tehran: Tehran University of Medical Sciences. (Persian).
- March, J. S., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., ... & Severe, J. (2007). The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of general psychiatry, 64*(10), 1132-1144.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton and Corporation.

- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Martell, C., Addis, M., & Dimidjian, S. (2004). Finding the Action in Behavioral Activation: The Search for Empirically Supported Interventions and Mechanisms of Change.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 383-411.
- Moreau, D., Mufson, L., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1991). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: Description of modification and preliminary application. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 642-651.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2017). *Development through life: A psychosocial approach*. Cengage Learning.
- Nicolson, D., & Ayers, H. (2004). Adolescent problems: A guide for teachers, parents and counselors.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Park, R. J., Goodyer, I. M., & Teasdale, J. D. (2004). Effects of induced rumination and distraction on mood and overgeneral autobiographical memory in adolescent major depressive disorder and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(5), 996-1006.
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., ... & Group, E. A. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 67, 1-18.
- Porter, J. F., Spates, C. R., & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: a pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(3), 297.
- Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Jones, M., & Craighead, W. E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 281-299.
- Smith, Jeannette M., and Lauren B. Alloy. "A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct." *Clinical psychology review* 29.2 (2009): 116-128.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59-91.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 13 (No. 51), pp.17-26, 2019

### **The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Rhubarb and Depression Disorders in Adolescents**

Rahbaran, Reza

**Department of Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran**

Karami, Rana

**Department of Clinical Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.**

Shahmohammadi, Mahsa

**Department of Cognitive Psychology, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran.**

Received: 1.12.2018

Accepted: 21.02.2019

The women victims of domestic violence do not have a favorable situation in terms of psychological, emotional, marital and overall quality of life. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of cognition-based mindfulness therapy on social anxiety, resilience and emotion regulation in women victims of domestic violence. During a pilot study, 32 women victims of domestic violence with social anxiety were selected by using available sampling. They were randomly placed in experimental (16) and control (16) groups. Therapeutic intervention was performed for eight sessions of 90 minutes on the experimental group, and the control group don't have any training at this stage. The data were collected by questionnaires of domestic violence against women, emotional regulation, social anxiety and vibrational scales. Analysis of covariance showed that there is a significant difference between the mean post-test scores of the experimental and control groups ( $p < 0.01$ ). Cognition-based mindfulness therapy has reduced social anxiety, increased resilience and emotional adjustment in women victims of domestic violence ( $p < 0.01$ ). It seems that cognitive-mindedness has a useful effect on reducing the psychological and emotional problems in violent women. It is important to pay attention to this method of treatment for women victims of domestic violence.

**Keywords:** Mindfulness, Social anxiety, Resilience, Emotion regulation, Domestic violence.

*Electronic mail may be sent to: r.rahbaran@gmail.com*