



## بررسی مکانیسم اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری از طریق انعطاف پذیری شناختی و انعطاف پذیری هیجانی بر علائم زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

سهیلا تیمورپور: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

\*مهدی اکبری: (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. akbari.psy@gmail.com

جعفر حسینی: دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۰۷

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی مکانیسم اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری (BA) بر علائم زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از طریق انعطاف پذیری شناختی و انعطاف پذیری هیجانی بود. این مطالعه در چارچوب طرح تک آزمودنی بود. نمونه پژوهش شامل پنج زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که با استفاده از پرسش نامه های افسردگی بک- نسخه دوم (BDI-II)، انعطاف پذیری شناختی (CFI) و انعطاف پذیری هیجانی (EFI) در مرحله خط پایه و طی درمان ارزیابی شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های تغییر روند، شیب، بازبینی نمودارها و برای تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، اندازه اثر و شاخص کوهن استفاده شد. یافته های پژوهش نشان داد که ضرب آهنگ کاهش علائم افسردگی در درمان فعال سازی رفتاری همزمان با افزایش انعطاف پذیری شناختی و انعطاف پذیری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه بود. به طور کلی، نتایج پژوهش حاکی از سودمندی درمان فعال سازی رفتاری در کاهش علائم زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از طریق انعطاف پذیری شناختی و انعطاف پذیری هیجانی بود.

**کلیدواژه ها:** اختلال افسردگی اساسی، درمان فعال سازی رفتاری، انعطاف پذیری شناختی، انعطاف پذیری هیجانی.

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 6, No. 4, Winter 2019

## The evaluation of mechanism of Efficacy of Behavioral Activation Therapy through Cognitive Flexibility and Emotional Flexibility on Symptoms of Women with Major Depressive Disorder

Teymoorpur, S. MSc of Clinical Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran.

\*Akbari, M. (Corresponding author) Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. akbari.psy@gmail.com

Hasani, J. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

### Abstract

The purpose of this study was to investigate the mechanism of the effect of behavioral activation therapy through cognitive flexibility and emotional flexibility on the symptoms of women with major depressive disorder. This study was based on the single-subject design. The research sample consisted of five women with major depressive disorder (BDI-II), Cognitive Flexibility (CFI) and Emotional Flexibility (EFI) at baseline and during of depression treatment stage was evaluated. To analyze the data, trend, slope, and charts were used to determine the clinical significance of the percentage of recovery, percent reduction, effect size and Cohen index. The findings indicated that temp of reducing symptoms of depression in the treatment of behavioral activation were accompanied by increased cognitive flexibility and emotional flexibility in patients with major depressive disorder. In general, the results of the research indicated that the benefits of behavioral activation treatment as an effective intervention were used to increase the cognitive flexibility and emotional flexibility of women with major depressive disorder.

**Keywords:** Major depressive disorder, Behavioral activation, Cognitive flexibility, Emotional flexibility.

## مقدمه

اختلال افسردگی اساسی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است (سرانو/ بلانکو، پالو، لوسیانو، پینتو/ مزا، لوجان و همکاران، ۲۰۱۰) که تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (برلیم، مک‌گیر و فلک، ۲۰۰۸). تقریباً ۱۵ درصد کل جمعیت در مقطعی از زندگی خود، یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). در این راستا، یافته‌های همه‌گیرشناسی درصد شیوع افسردگی در زنان را ۲/۷ برابر بیشتر از مردان گزارش کرده‌اند (گابیلوندو، روجاس/ فراراس، ویلاکت، هارو، فرناندز و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی از خصیصه‌های بنیادی افسردگی نشخوار فکری است. نشخوار فکری موجب می‌شود که بیماران افسرده با خزیدن در دنیای درونی خود، افسردگی را تقویت کنند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که افراد فاقد انعطاف‌پذیری شناختی هنگام احساس غم به سوی نشخوار فکری گرایش می‌یابند (داویس و نولن‌هوکسما، ۲۰۰۰). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (دیکستین، نلسون، مک‌کلور و گریملی، کنوپف و همکاران ۲۰۰۷). به‌طور کلی توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های محیطی متغیر، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (دنيس و واندروال، ۲۰۱۰). در این راستا، برخی از پژوهش‌ها بیانگر رابطه انعطاف‌پذیری شناختی و نشانگان افسردگی هستند (هینکلمان، موریتز، بوتزنهارت، ریدسیل، ویدرمان و همکاران، ۲۰۰۹؛ بروکس و همکاران، ۲۰۱۰؛ میران، دیاموند، تودر و نمس ۲۰۱۱). علاوه بر این، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که بین شدت افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی، نقایص شناختی در توجه، سرعت پردازش و حافظه کلامی طولانی‌مدت، رابطه وجود دارد (دیکستین و همکاران، ۲۰۰۷). در مجموع می‌توان ادعان کرد که انعطاف‌ناپذیری شناختی یکی از همبسته‌های کلیدی افسردگی است.

افزون بر موارد فوق، یکی دیگر از سازه‌های اساسی دخیل در طیف وسیعی از اختلال‌های هیجانی به‌ویژه اختلال‌های افسردگی و اضطرابی انعطاف‌پذیری هیجانی است (بونانو و همکاران، ۲۰۰۴؛ واق و همکاران، ۲۰۰۸؛ وستفال و همکاران، ۲۰۱۰؛ آلدانو و همکاران، ۲۰۱۵؛ بونانو و بورتون،

۲۰۱۳). انعطاف‌پذیری هیجانی ظرفیت تولید پاسخ‌های هیجانی وابسته به موقعیت به وقایع مثبت و منفی زندگی است (گوپتا و بونانو، ۲۰۱۱). به‌علاوه، افراد دارای مهارت‌های تنظیم هیجانی بهتر، ناراحتی کمتر و نشانه‌های افسردگی کمتری را بعد از فاجعه تجربه می‌کنند (کویفمن و بونانو، ۲۰۱۰؛ چاو، کانگ و لی، ۲۰۱۷). به‌طور ویژه، افراد دارای انعطاف‌پذیری هیجانی، زمانی که آمادگی مواجهه با هیجان‌های منفی را دارند، می‌توانند آنها را انتخاب و تجربه کنند و زمانی که این کار قابل اجرا نباشد، از بیان و ابراز هیجان‌های خود جلوگیری می‌کنند. همچنین افراد با انعطاف‌پذیری بالا، زمانی که در یک خلق منفی گرفتار می‌شوند، می‌توانند از دیگران کمک بگیرند و به همین ترتیب زمانی که در خلق مثبت هستند، افراد اطرافشان این را درک کرده و تحت تأثیر هیجان‌های مثبت آنها قرار می‌گیرند. یک فرد دارای انعطاف‌پذیری هیجانی می‌داند که چه موقع هیجان مثبت ایجاد کند و چه موقع از آن اجتناب نماید و همچنین چه زمانی آن را ابراز یا سرکوب کند (چاو و همکاران، ۲۰۱۷). در همین راستا یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، پاسخ‌های هیجانی نامناسبی را به هر دو محرک منفی و مثبت نشان می‌دهند و این باعث افسردگی آنها می‌شود. همچنین آنها قادر به بازگشت سریع به سطح خط پایه و اولیه هیجان بعد از تجربه نوسانات خلقی نیستند (بیلسما، موریس و روتنبرگ، ۲۰۰۸).

در سال ۱۹۹۵، انجمن روان‌شناسی آمریکا، گروهی را مأمور کرد به بررسی مداخلات روان‌شناختی بپردازند که از پشتوانه تجربی محکمی برخوردارند. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری، جزو درمان‌های تثبیت شده برای اختلال‌های هیجانی به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است و درمان انتخابی این اختلال‌ها محسوب می‌شوند (بارلو و هافمن، ۱۹۹۷). علیرغم حمایت تجربی بی‌شماری از اثربخشی درمان شناختی رفتاری، جیکبسون و همکارانش (۱۹۹۶) در طی یک پژوهش تحلیل مؤلفه‌ای به مکانیسم اثربخشی شناخت درمانی برای افسردگی پرداختند. در این پژوهش سه موقعیت درمانی با یکدیگر مقایسه شدند: (۱) مؤلفه فعال‌سازی رفتاری؛ (۲) مؤلفه بازسازی شناختی افکار خودآیند به‌اضافه فعال‌سازی رفتاری؛ و (۳) بسته شناخت درمانی کامل، شامل فعال‌سازی رفتاری، بازسازی شناختی افکار خودآیند و بازسازی شناختی باورهای بنیادین. نتایج تفاوت معناداری بین این موقعیت‌ها، چه در درمان مرحله حاد افسردگی و چه در پیشگیری از عود، آن هم در پیگیری ۲

1. Major Depression Disorder (MDD)

مطالعه‌ای که تا کنون در زمینه مقایسه اثربندی درمان‌های افسردگی انجام شده است (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶)، مشخص شد که درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان بیماران افسرده شدید نسبت به دارودرمانی و درمان شناختی نتایج بهتری داشته است. همچنین این درمان باعث کاهش معنی‌دار افسردگی و نشخوار فکری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شد. به‌طور مفهومی، این شیوه درمانی به عنوان یک مداخله بین تشخیصی، ثابت کرده که از تناسب قابل انتظار برای پرداختن به افسردگی و اضطراب برخوردار است (چو و همکاران، ۲۰۰۹).

اما سؤال اساسی این است که آیا درمان فعال‌سازی رفتاری که از حمایت تجربی بسیار خوبی در کاهش علائم افسردگی برخوردار است و صرفاً بر مؤلفه‌های رفتاری برای این اثرگذاری تمرکز دارد، بر سایر مؤلفه‌های شناختی و هیجانی به عنوان ابعاد مهم آسیب‌شناسی روانشناختی اختلال افسردگی اساسی تأثیرگذار است یا خیر؟ پاسخ‌گویی به این سؤال در چارچوب پژوهش‌های فرآیندمحور می‌تواند برای شفاف‌سازی مکانیسم اثربخشی چندجانبه درمان فعال‌سازی رفتاری حائز اهمیت باشد، چرا که زمانی یک مداخله می‌تواند منجر به تغییرات پایداری در بیماران شود که همزمان به جنبه‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی آن اختلال بپردازد. درمان فعال‌سازی رفتاری مدعی است که اگرچه در این درمان بر ابعاد شناختی و هیجانی اختلال افسردگی اساسی نمی‌پردازد ولی می‌تواند به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به این اختلال منجر شود که تمرکز اصلی پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این ادعا است.

در امتداد این مسیر، هیز و هافمن (۲۰۱۸، ۲۰۱۷) معتقدند که با افزایش دانش نسبت به مؤلفه‌هایی که درصدد تغییر فرآیندهای درمان هستند، پژوهشگران قادر به شناسایی فرایندهای بنیادی تغییر در روان‌درمانی و مداخلات روان‌شناختی خواهند بود. درحقیقت هدف از شناسایی مکانیسم‌های تغییر و فرایندهای اثربخشی، اشراف بر آن دسته از فرآیندهای زیستی روانی اجتماعی بنیادی است که باید در یک درمانجوی معین (که دارای هدفی معین بوده و در موقعیت معینی قرار دارد) هدف قرار گیرد تا به واسطه آن روش‌های احتمالی تغییر دهنده فرایندهای مذکور شناسایی شود (هیز و هافمن، ۲۰۱۸). پژوهش حاضر مبتنی بر مداخلات فرآیندمحور سعی دارد به دو سؤال اساسی پاسخ دهد: آیا درمان فعال‌سازی رفتاری که متمرکز بر مؤلفه‌ی رفتاری است بر سایر عوامل شناختی و هیجانی که به صورت

ساله، نشان نداد (جیکسون و همکاران، ۱۹۹۶؛ گورتنر، گالن، دابسون و جیکسون، ۱۹۹۸). این نتایج شگفتی عده بسیاری را برانگیخت و تأیید این مفروضه را که تغییر شناختی، شرط لازم درمان افسردگی و پیشگیری از عود آن است، به چالش کشید.

درمان فعال‌سازی رفتاری که جزء درمان‌های موج سوم رفتاری محسوب می‌شود، نوعی رفتار درمانی خالص است که تکنیک‌های عینی و راحت‌الاجرا برای درمان افسردگی ارائه می‌دهد و به علت کوتاه‌مدت بودن طول دوره درمان، مقرون به صرفه است (هوپکو، لجویز و هوپکو، ۲۰۰۴). این شیوه درمان‌گری در درمان افسردگی اساسی تاریخچه‌ای طولانی دارد. درمان فعال‌سازی رفتاری، فرآیندی درمانی است که به طور ساختاریافته باعث افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۴). از آنجایی که اجتناب در کوتاه‌مدت موجب راحتی و آرامش سریع بیمار می‌شود، اما در بلندمدت فرد را از منابع تقویتی محروم می‌کند؛ بنابراین در این روش درمانی به بیمار آموزش داده می‌شود که به جای اجتناب، از الگوی مقابله‌ای جایگزین و سازگار استفاده کند (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۱۱). این رویکرد درمانی بیماران افسرده را تشویق می‌کند تا با وجود احساس خستگی و غمگینی فعال‌تر شوند و یا سعی کنند تا تکالیف رفتاری مرتبط با فرآیند درمان را انجام دهند. حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن این کار نداشته باشند. چنین فرایندهایی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن باعث بهبود خلق افراد افسرده می‌شوند (کانتر و همکاران، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های زیادی به ارزیابی فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی پرداخته‌اند (دابسون و همکاران، ۲۰۰۸). فراتحلیل‌ها نشان دادند که فعال‌سازی رفتاری به اندازه سایر درمان‌های شناخته‌شده در درمان افسردگی اثربخش است (کویچرس، وان‌استارتن و وارمردام، ۲۰۰۷). در سایر پژوهش‌ها اثربخشی فعال‌سازی رفتاری در کاهش افسردگی (فارچيون، بوسول و ویلنر، ۲۰۱۲)، کاهش افسردگی و چاقی (چارتر و بروونچر، ۲۰۱۳)، پیشگیری از عود و بازگشت افسردگی اساسی (هوپکو و همکاران، ۲۰۱۱)، افزایش بهزیستی (مازوکچیلی، ۲۰۱۰)، پیشگیری از رفتارهای خودکشی (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳)، نگرانی بیش از حد (چن، لیو، راپی و پیلای، ۲۰۱۳) و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت (مرادویسی، ۲۰۱۳) مشخص شده است. در بزرگترین

حسابداری، با تشخیص اختلال افسردگی اساسی می باشد. دو فرزند دارد که با خانواده شوهرش زندگی می کنند. مراجع پنجم، خانم ۳۹ ساله، مطلقه و دارای مدرک کاردانی هنر، با تشخیص اختلال افسردگی اساسی است. حدود ۹ سال است که از همسرش جدا شده است.

### ابزارهای پژوهش

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV (SCID-I):** این نسخه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR تنظیم شده است و برای تشخیص‌گذاری اختلالات محور I از آن استفاده می‌شود. این فهرست وارسی، ابزاری برای تشخیص اختلال‌ها بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV است (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). این ابزار دارای دو نسخه بالینی و پژوهشی است: نسخه بالینی (SCID-I) که بیشتر تشخیص روان پزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و دیگر نسخه پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر آن (SCID-I/R) است که همه تشخیص‌ها و نیز زیرنوع‌های آنها و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را پوشش می‌دهد.

**پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II):** این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده بود (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و همانند BDI، BDI-II، ۲۱ گویه دارد و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱). پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته (۰/۹۳) گزارش کرده‌اند. فتی، بیرشک، عاطف‌وحید و دابسون (۱۳۸۴) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

**پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۲</sup> (CFI):** این پرسش‌نامه دنیس و ون‌روال (۲۰۱۰) معرفی شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه بیست سؤالی می‌باشد که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است،

مستقیم در این مداخله مورد هدف قرار نمی‌گیرد تأثیر دارد؟ آیا روند تغییر یا ضرب آهنگ تغییر علائم افسردگی در فعال‌سازی رفتاری با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی به‌عنوان مکانیسم‌های تغییر بنیادین همراه است؟

### روش

#### طرح پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه تجربی با طرح تک‌آزمودنی چند خط پایه‌ای می‌باشد.

#### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه‌ی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تشکیل می‌دهند که در تابستان سال ۱۳۹۷ به کلینیک راه خرد (وابسته به سازمان بهزیستی البرز) مراجعه کردند. پنج خانم مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، از بین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک راه خرد (وابسته به سازمان بهزیستی البرز) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود نمونه به پژوهش شامل: (۱) تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-5 (SCID-5)؛ (۲) جنسیت مونث؛ (۳) دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال؛ (۴) داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم؛ (۵) موافقت برای شرکت در پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی؛ (۶) داشتن حداقل توانایی جسمانی و شناختی جهت شرکت در جلسات مداخله؛ (۷) عدم سابقه‌ی دریافت مداخله‌های روان‌شناختی؛ و معیارهای خروج نمونه از پژوهش شامل: (۱) سابقه دریافت هر گونه مداخله روان‌شناختی؛ (۲) ابتلای هم‌زمان به اختلال‌هایی نظیر اختلال‌های روان‌پریشی، سوءمصرف مواد، عقب‌ماندگی ذهنی و هرگونه شرایط وخیم روان‌پزشکی؛ (۳) سوءمصرف و وابستگی به مواد بود. مراجع اول، خانم ۳۸ ساله، مطلقه، با تحصیلات دیپلم و تشخیص افسردگی اساسی بود که حدود ۵ سال از آغاز علائم بیماری وی می‌گذشت و این اولین باری است که برای درمان اقدام کرده بود. مراجع دوم، خانم ۳۵ ساله، مطلقه و دارای مدرک فوق دیپلم ریاضی است. حدود ده سال است که از همسرش جدا شده است و تشخیص افسردگی اساسی را دریافت می‌کند. در طی این مدت به روانشناس مراجعه نکرده و تحت درمان‌های روان‌شناختی قرار نگرفته است. مراجع سوم، خانم ۲۸ ساله، متأهل، دارای مدرک دیپلم تجربی و یک فرزند دختر، با تشخیص افسردگی اساسی است. با همسرش اختلافات زیادی دارد. مراجع چهارم، خانم ۳۰ ساله، بیوه و دانشجوی سال آخر رشته

<sup>۱</sup>. Structured Clinical Interview for DSM-5

<sup>۲</sup>. Cognitive flexibility Inventory (CFI)

تقاضاهای درون فردی یا بین فردی آن اشاره دارد و عامل سوم ارتباطات هیجانی است که با سرایت هیجانی بین دو شخص ارتباط دارد (بونانو و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش قزلو و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در جمعیت ایرانی ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی چهار هفته‌ای ۰/۹۳ می‌باشد.

### شیوه اجرای پژوهش

به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش، ابتدا به سازمان بهزیستی البرز مراجعه شد و پس از کسب معرفی‌نامه به کلینیک راه خرد (وابسته به سازمان بهزیستی البرز) مراجعه و یک جلسه توجیهی اهداف پژوهش برای متخصصین کلینیک، از بین افراد ارجاع داده شده از سوی کلینیک، ۵ نفر از بیمارانی که ملاک‌های ورود و خروج پژوهش را احراز کرده بودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. لازم به ذکر است قبل از ورود آزمودنی‌ها به پژوهش، رضایت کتبی اخذ گردید. این برنامه درمانی طی ده جلسه یک ساعته به صورت هفتگی، ارائه شد که محتوای جلسات به صورت خلاصه در جدول ۱ آورده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از مؤلفه‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و همچنین بازبینی نمودارها و شاخص‌های تغییر روند و شیب استفاده شد. افزون بر این، به منظور تعیین معناداری بالینی از

به کار می‌رود که براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. اعتبار همزمان این پرسش‌نامه با افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود (دنيس و اندروال، ۲۰۱۰). در ایران شماره و همکاران (۲۰۱۶) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند.

**پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری هیجانی<sup>۱</sup> (EFI):** مقیاس انعطاف‌پذیری هیجانی شامل ۱۰ آیتم است که برای ارزیابی توانایی تنظیم هیجان مثبت و منفی بر اساس موقعیت طراحی شده است. مقیاس پاسخگویی به سوالات لیکرت هفت درجه‌ای است، به هر سوال نمره ۱ به گزینه (هرگز درست نیست) تا نمره ۷ به گزینه (همیشه درست است)، تعلق می‌گیرد. این مقیاس دارای سه عامل است: تنظیم هیجان منفی که با تجربه یا ابراز هیجانات منفی بر اساس تقاضاهای درون فردی و بین فردی مرتبط است. تنظیم هیجان مثبت که به تجربه یا ابراز هیجانات مثبت بر اساس

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات فعال‌سازی رفتاری برای درمان اختلال افسردگی اساسی

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی/ مقدمه، تشریح افسردگی، معرفی منطق درمان: از ضربه (آسیب) و فقدان در زندگیتان چه اطلاعی دارید؟ چرا حضور در همه جلسات درمانی اهمیت دارد؟ معرفی فرم بازبینی روزانه (فرم ۱): درجه بندی لذت و اهمیت، تکلیف: انجام فرم بازبینی روزانه
دوم	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱) و رفع اشکال، منطق درمان: بررسی تکلیف، نکات مهم در مورد ساختار درمان: بررسی تکلیف، اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)، تکالیف: تکمیل فرم بازبینی روزانه (فرم ۱)، بررسی سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)
سوم	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱)، سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: بررسی تکلیف (فرم ۲)، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها (فرم ۳)، تکالیف: بازبینی روزانه (فرم ۱) و ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)، بررسی و تغییر انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها
چهارم	بازبینی روزانه: بررسی تکالیف (فرم ۱)، بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (فرم ۱)، تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
پنجم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)، قراردادهای (فرم ۴)، بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن/ اصلاح قراردادهای (فرم ۴)
ششم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)، قراردادهای: بررسی تکلیف (فرم ۴)، بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن/ تغییر قراردادهای (فرم ۴)
هفتم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)، سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۲)، تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) و تداوم افزودن/ تغییر قراردادهای (فرم ۴)
هشتم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳)، بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) - تداوم افزودن/ تغییر قراردادهای (فرم ۴)، تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن/ تغییر دادن قراردادهای (فرم ۴)
نهم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳)، بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن/ تغییر دادن قراردادهای (فرم ۴)
دهم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)، بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، آمادگی برای خاتمه (پایان‌دهی)، تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن/ تغییر دادن قراردادهای (فرم ۴)



MPI=-) انعطاف‌پذیری شناختی ( $r=0/92$ ; MPI=106/6) و انعطاف‌پذیری هیجانی ( $r=-0/93$ ; 15/98 MPI=-) و انعطاف‌پذیری هیجانی ( $r=-0/90$ ; 21/15) نتیجه‌گیری نمود. در رابطه با علامت منفی این ضرایب باید اظهار داشت که این علامت نشانه این است که نمره آزمودنی روند افزایشی داشته و شیب نمودار نمرات حاصله مثبت بوده است. افزون بر این، بیشترین میزان اثربخشی در مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی با اندازه اثر  $0/93-$  در دوره مداخله بوده است. به طور کلی، از آنجایی که درصد بهبودی بالای  $50$  و اندازه اثر بالای  $0/8$  اثربخشی درمان را نشان می‌دهد، می‌توان نتیجه گرفت که بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی مطلوبی داشته است.

(۲) بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش میزان انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی آزمودنی دوم شده و میزان افسردگی و اضطراب نیز به صورت معناداری کاهش یافته است. این مسأله را می‌توان بر اساس شاخص بهبودی و اندازه اثر بدست آمده در متغیرها به ترتیب در افسردگی ( $r=0/77$ ; MPI=66/4)، اضطراب ( $r=0/86$ ; MPI=95/65) و انعطاف‌پذیری هیجانی ( $r=-0/84$ ; MPI=-4/56) و انعطاف‌پذیری هیجانی ( $r=-0/71$ ) و علامت منفی این ضرایب باید اظهار داشت که این علامت نشانه این است که نمره آزمودنی روند افزایشی داشته است و شیب نمودار نمرات حاصله مثبت بوده است. افزون بر این، بیشترین میزان اثربخشی در اضطراب با اندازه اثر  $0/86$  در

شاخص‌های درصد بهبودی (MPI)، درصد کاهش نمرات (MPR)، ضریب کوهن و اندازه اثر به شرح فرمول‌های زیر، برای هر بیمار استفاده شد و روند تغییر نمرات در طی جلسات بر روی نمودارها به طور جداگانه نشان داده می‌شود.

میانگین مداخله / میانگین - میانگین خط پایه)  $MPI = [100 * \text{مداخله}$

میانگین خط / میانگین مداخله - میانگین خط پایه)  $MPR = [100 * \text{پایه}$

Cohen's  $d = M1 - M2 / \text{Spooled}$

Where  $\text{spooled} = [(s1^2 + s2^2) / 2]$

(Effect size)  $R_{yi} = d / (D < \sup > 2 < / \sup > + 4)$

## یافته‌ها

در جدول ۲ ریز نمرات بیماران در درمان فعال‌سازی رفتاری در مقیاس‌های مختلف و در مراحل مختلف درمان ارائه شده است.

تفسیر یافته‌های جدول ۲ برای هر یک از آزمودنی‌ها به شرح زیر است:

(۱) بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش میزان، انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی آزمودنی اول شده و میزان افسردگی و اضطراب نیز به صورت معناداری کاهش یافته است. این مسأله را می‌توان بر اساس شاخص بهبودی و اندازه اثر بدست آمده در متغیرها به ترتیب در افسردگی ( $r=0/88$ ; MPI=77/36)، اضطراب

جدول ۲- شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات آزمودنی‌ها در افسردگی، انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی

آزمودنی	متغیر	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر (r)	تغییرپذیری کوهن
۱	افسردگی	۴۷	۲۶/۵	۷/۷۰	۷۷/۳۶	۴۳/۶	۰/۸۸	۳/۷۳
	انعطاف‌پذیری شناختی	۷۱	۸۴/۵	۳/۶۴	-۱۵/۹۸	-۱۹/۰۱	-۰/۹۳	-۵/۰۶
	انعطاف‌پذیری هیجانی	۴۱	۵۲	۳/۶۷	-۲۱/۱۵	-۲۶/۸۳	-۰/۹۰	-۴/۰۹
۲	افسردگی	۵۲	۳۱/۲۵	۱۲/۰۲	۶۶/۴	۳۹/۹	۰/۷۷	۲/۴۳
	انعطاف‌پذیری شناختی	۶۸	۷۱/۲۵	۱/۰۸	-۴/۵۶	-۴/۷۸	-۰/۸۴	-۳/۱۲
	انعطاف‌پذیری هیجانی	۳۳	۴۱/۲۵	۵/۷۲	-۲۰	-۲۵	-۰/۷۱	-۲/۰۰۹
۳	افسردگی	۳۸	۲۵/۵۷	۸/۸۴	۴۷/۶	۲۳/۲۳	۰/۶۹	۱/۹۵
	انعطاف‌پذیری شناختی	۹۲	۱۰۰/۵۰	۵/۵۷	-۸/۴۶	-۹/۲۴	-۰/۷۲	-۲/۰۵
	انعطاف‌پذیری هیجانی	۴۰	۵۳/۲۵	۵/۴۷	-۲۴/۸۹	-۳۳/۱۲	-۰/۸۶	-۳/۳۷
۴	افسردگی	۵۶	۳۵/۷۵	۱۱/۲۳	۵۶/۶۴	۳۶/۱۶	۰/۷۸	۲/۵۴
	انعطاف‌پذیری شناختی	۴۱	۴۹/۵۰	۵/۹۴	-۱۷/۱۷	-۲۰/۷۳	-۰/۷۱	-۱/۹۹
	انعطاف‌پذیری هیجانی	۳۴	۴۷/۵۰	۶/۵۸	-۲۸/۴۲	-۳۹/۷۰	-۰/۸۲	-۲/۸۷
۵	افسردگی	۴۵	۲۵/۷۵	۹/۲۸	۷۴/۷۵	۴۲/۷۸	۰/۸۲	۲/۹۱
	انعطاف‌پذیری شناختی	۸۲	۹۱	۳/۷۴	-۹/۹	-۱۰/۹۷	-۰/۸۵	-۳/۲۹
	انعطاف‌پذیری هیجانی	۵۱	۵۶	۱/۵۸	-۸/۹	-۹/۸۰	-۰/۸۸	-۳/۷۸

۰/۷۱- کمترین میزان اثربخشی را داشته است. با توجه نتایج کسب شده، بیمار در افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی از بهبودی متوسطی برخوردار بوده است. اما در دو مقیاس اضطراب و انعطاف‌پذیری هیجانی بهبودی نسبتاً بالایی را کسب کرده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی مطلوبی داشته است.

۵) بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش میزان انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی آزمودنی پنجم شده و میزان افسردگی و اضطراب نیز به صورت معناداری کاهش یافته است. این مسأله را می‌توان بر اساس شاخص بهبودی و اندازه اثر بدست آمده در متغیرها به ترتیب در افسردگی ( $r=0/82$ ;  $MPI=74/75$ )، اضطراب ( $r=0/82$ ;  $MPI=85/71$ )، انعطاف‌پذیری شناختی ( $MPI=-0/9$ ;  $r=0/85$ ) و انعطاف‌پذیری هیجانی ( $MPI=-0/88$ ;  $r=0/88$ ) نتیجه‌گیری نمود. در رابطه با علامت منفی این ضرایب باید اظهار داشت که این علامت نشانه این است که نمره آزمودنی روند افزایشی داشته و شیب نمودار نمرات حاصله مثبت بوده است. افزون بر این، بیشترین میزان اثربخشی در انعطاف‌پذیری هیجانی با اندازه اثر ۰/۸۸- در دوره مداخله بوده است. با توجه نتایج کسب شده، بیمار در تمام متغیرها از میزان بهبودی نسبتاً بالایی برخوردار بوده است. بطور کلی، از آنجایی که درصد بهبودی بالای ۵۰ و اندازه اثر بالای ۰/۸ اثربخشی درمان را نشان می‌دهد، می‌توان نتیجه گرفت که بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی مطلوبی داشته است.

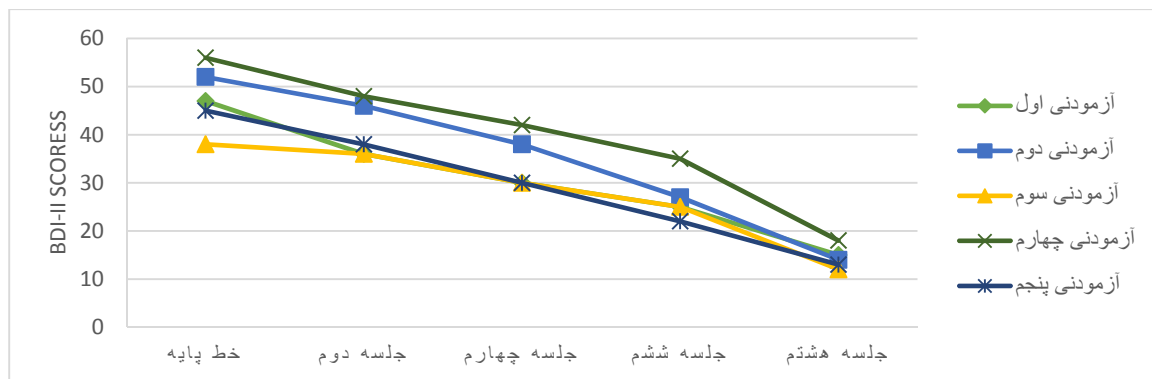
در ادامه و به منظور تجزیه و تحلیل دقیق تر هر بیمار از نمودار برای تحلیل دیداری متغیرهای پژوهش بهره گرفته شد.

نمودار ۱ تغییرات نمرات پنج بیمار، طی پنج جلسه ارزیابی در مقیاس افسردگی را نشان می‌دهد. در این متغیر کاهش نمرات بیماران شاخصی از تأثیرپذیری از درمان در نظر گرفته می‌شود. همانطور که مشاهده می‌شود، طراز نمرات افسردگی برای آزمودنی اول در دو جلسه اول ۱۱ واحد افت داشته است. که نسبت به سایر مراحل ارزیابی بیشتر و چشم‌گیرتر است. در مجموع، طراز بیمار اول در انتهای درمان ۳۲ واحد نسبت به خط پایه افت داشته است. طراز نمرات افسردگی برای بیمار دوم نیز در جلسه ششم تا پایان درمان ۱۳ واحد افت داشته که این بیشترین میزان در مقایسه با سایر جلسات است. همچنین کمترین افت آن نیز در پایان جلسه دوم با ۶

دوره مداخله بوده و در انعطاف‌پذیری هیجانی با اندازه اثر ۰/۷۱- کمترین میزان اثربخشی را داشته است. با توجه نتایج کسب شده، بیمار در افسردگی و انعطاف‌پذیری هیجانی از بهبودی متوسطی برخوردار بوده است. اما در اضطراب و انعطاف‌پذیری شناختی بهبودی نسبتاً بالایی را کسب کرده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی مطلوبی داشته است.

۳) بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش میزان، انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی آزمودنی سوم شده و میزان افسردگی و اضطراب نیز به صورت معناداری کاهش یافته است. این مسأله را می‌توان بر اساس شاخص بهبودی و اندازه اثر بدست آمده در متغیرها به ترتیب در افسردگی ( $r=0/69$ ;  $MPI=47/6$ )، اضطراب ( $r=0/71$ ;  $MPI=40/35$ )، انعطاف‌پذیری شناختی ( $MPI=-0/86$ ;  $r=0/72$ ) و انعطاف‌پذیری هیجانی ( $MPI=-0/86$ ;  $r=0/86$ ) نتیجه‌گیری نمود. در رابطه با علامت منفی این ضرایب باید اظهار داشت که این علامت نشانه این است که نمره آزمودنی روند افزایشی داشته و شیب نمودار نمرات حاصله مثبت بوده است. افزون بر این، بیشترین میزان اثربخشی در انعطاف‌پذیری هیجانی با اندازه اثر ۰/۸۶- در دوره مداخله بوده است. با توجه نتایج کسب شده، بیمار در افسردگی، اضطراب و انعطاف‌پذیری شناختی از بهبودی متوسطی برخوردار بوده است. اما در انعطاف‌پذیری هیجانی بهبودی نسبتاً بالایی را کسب کرده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی مطلوبی داشته است.

۴) بهره‌گیری از درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش میزان انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی آزمودنی چهارم شده و میزان افسردگی و اضطراب نیز به صورت معناداری کاهش یافته است. این مسأله را می‌توان بر اساس شاخص بهبودی و اندازه اثر بدست آمده در متغیرها به ترتیب در افسردگی ( $r=0/78$ ;  $MPI=56/64$ )، اضطراب ( $r=0/80$ ;  $MPI=66/33$ )، انعطاف‌پذیری شناختی ( $MPI=-0/82$ ;  $r=0/71$ ) و انعطاف‌پذیری هیجانی ( $MPI=-0/82$ ;  $r=0/82$ ) نتیجه‌گیری نمود. در رابطه با علامت منفی این ضرایب باید اظهار داشت که این علامت نشانه این است که نمره آزمودنی روند افزایشی داشته و شیب نمودار نمرات حاصله مثبت بوده است. افزون بر این، بیشترین میزان اثربخشی در انعطاف‌پذیری هیجانی با اندازه اثر ۰/۸۲- در دوره مداخله بوده و در انعطاف‌پذیری شناختی با اندازه اثر

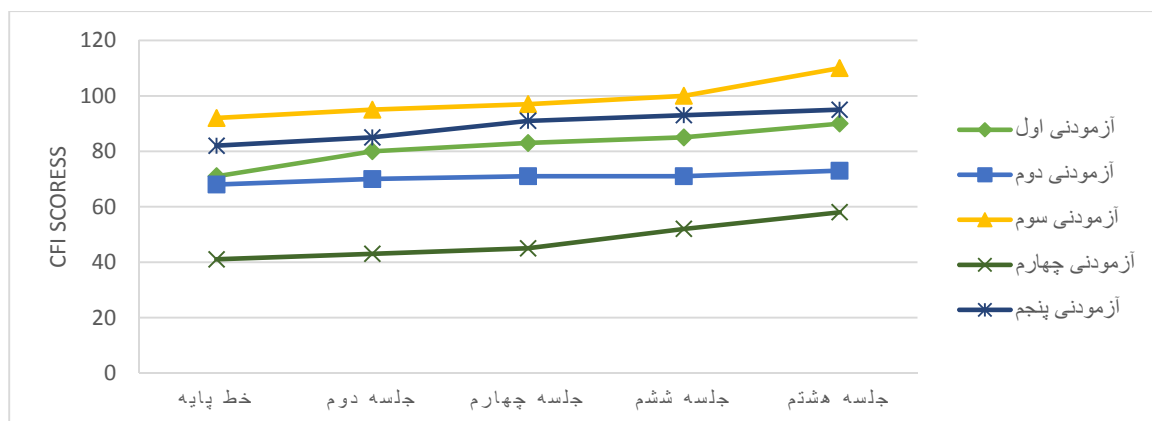


نمودار ۱- نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌ها در افسردگی

بطور کلی، روند نمرات هر پنج بیمار کاهش چشم‌گیری داشته است. روند کاهش نمرات در ابتدا برای بیماران دارای شیب کُند و در انتهای درمان و در هفته‌های پایانی شیب تندتری داشته است. نمره بیمار چهارم در این مقیاس، در مقایسه با سایر بیماران بیشتر بوده است و در پایان جلسات درمانی، روند کاهشی نمرات بیماران اول و دوم و سوم و پنجم به‌گونه‌ای است که تقریباً نزدیک به هم است. همچنین تغییرپذیری نقاط داده‌ای برای هر دو بیمار زیاد نیست که نشان‌دهنده ثبات نسبی در تغییرات ایجاد شده است و این که نمرات بیماران از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است و روند کاهش نمرات بیماران در مقیاس افسردگی به شکل مستمر و معنادار در طول جلسات درمان بوده است. بنابراین از آنجایی که یکی از اهداف درمانی ما محسوب می‌شود، کاهش معنادار این مقیاس را می‌توان به عنوان یک شاخص درمانی خوب در نظر گرفت.

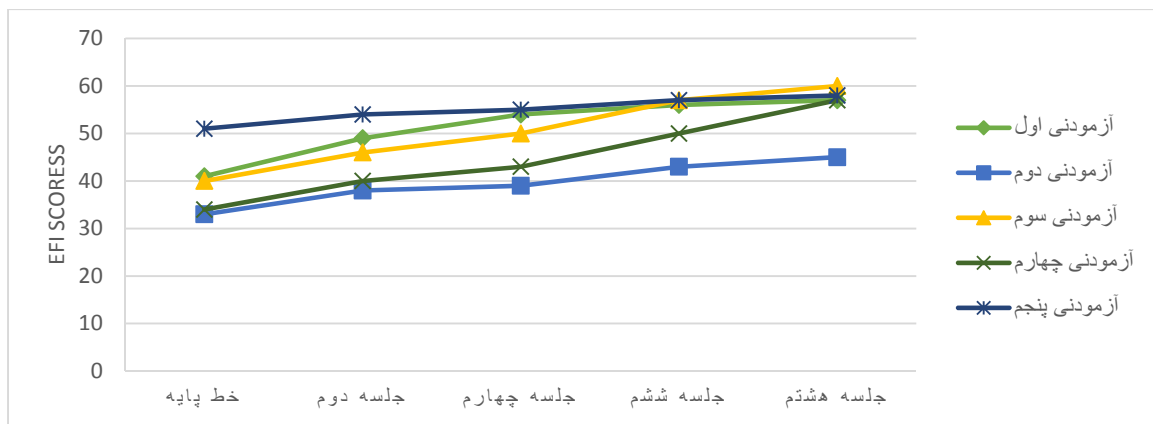
نمودار ۲ تغییرات نمرات پنج بیمار، طی پنج جلسه ارزیابی در انعطاف‌پذیری شناختی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، طراز نمرات انعطاف‌پذیری شناختی برای

واحد بوده است. در مجموع بیمار دوم ۳۸ واحد اُفت طراز در نمرات افسردگی نشان می‌دهد که این میزان کاهش، چشم‌گیر است. همچنین طراز نمرات افسردگی برای بیمار سوم در جلسه هشتم تا پایان درمان ۱۳ واحد اُفت کرده است که بیشترین میزان در مقایسه با سایر جلسات است. همچنین کم‌ترین میزان اُفت آن نیز، ۲ واحد می‌باشد که تا پایان جلسه دوم است. در مجموع بیمار سوم در انتهای درمان ۲۶ واحد اُفت طراز در نمرات افسردگی نشان می‌دهد که این میزان نیز چشم‌گیر است. علاوه بر آن، طراز نمرات افسردگی برای بیمار چهارم، در جلسه هشتم تا پایان درمان ۹ واحد اُفت داشته است که بیشترین میزان در مقایسه با سایر جلسات است. در مجموع بیمار چهارم، در انتهای درمان ۳۸ واحد اُفت طراز در نمرات افسردگی نشان می‌دهد که این میزان کاهش بسیار معنادار است. در نهایت، طراز نمرات افسردگی برای بیمار پنجم، در جلسه هشتم تا پایان درمان ۹ واحد اُفت داشته است که بیشترین میزان در مقایسه با سایر جلسات است و در مجموع، در پایان درمان ۳۲ واحد اُفت طراز در نمرات افسردگی نشان می‌دهد که این میزان کاهش، چشم‌گیر است.



نمودار ۲- نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌ها در انعطاف‌پذیری شناختی





نمودار ۳- نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌ها در انعطاف‌پذیری هیجانی

بیمار اول در دو جلسه اول ۹ واحد افزایش داشته و نسبت به سایر مراحل ارزیابی بیشتر و چشم‌گیرتر است. در مجموع، طراز بیمار اول در انتهای درمان ۱۹ واحد نسبت به خط پایه افزایش داشته است. طراز نمرات انعطاف‌پذیری شناختی برای آزمودنی دوم نیز در پایان جلسات درمانی ۵ واحد افزایش داشته است که این میزان قابل توجه نیست. طراز نمرات این متغیر در آزمودنی چهارم در جلسه چهارم، با ۸ واحد بیشترین افزایش را داشته است. در مجموع نمرات طراز این آزمودنی در انتهای جلسات درمان ۱۸ واحد افزایش داشته است. کم‌ترین میزان افزایش طی دو جلسه اول با ۲ واحد است. طراز نمرات انعطاف‌پذیری شناختی در آزمودنی پنجم، در مجموع ۱۳ واحد تا انتهای درمان است که از این میزان کمترین آن در جلسات ششم تا هشتم با ۲ واحد می‌باشد. به‌طور کلی، روند طراز نمرات همه آزمودنی‌ها افزایش داشته است. روند افزایش نمرات در همه آزمودنی‌ها در ابتدا دارای شیب تندتری است و در ادامه تا هفته پایانی با شیب ثابتی ادامه دارد. همچنین نقاط داده‌ای برای هر دو بیمار زیاد نیست که نشان‌دهنده ثبات نسبی در تغییرات ایجاد شده است و اینکه نمرات بیماران از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی مکانیسم اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری از طریق انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی بر علائم زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. با نگاهی به یافته‌ها می‌توان دریافت که فعال‌سازی رفتاری توانسته طی ۱۰ جلسه میزان انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی را به‌طور معناداری افزایش داده و علائم افسردگی را کاهش دهد. این نتایج با یافته‌های پژوهش مگیدسون/ کارکاس و مک فرسون (۲۰۱۱)، اوماهن، وودفرد، مگ‌گینلی، وارن، ریچاردز، توماس، اینچ و تیلور (۲۰۱۳)، مرادویسی و همکاران (۲۰۱۳)، هلرستاین و همکاران (۲۰۱۵)، لازاری و همکاران (۲۰۱۱)، بروکس و همکاران (۲۰۱۰)، مرین و همکاران (۲۰۱۱)

بیمار اول در دو جلسه اول ۹ واحد افزایش داشته و نسبت به سایر مراحل ارزیابی بیشتر و چشم‌گیرتر است. در مجموع، طراز بیمار اول در انتهای درمان ۱۹ واحد نسبت به خط پایه افزایش داشته است. طراز نمرات انعطاف‌پذیری شناختی برای آزمودنی دوم نیز در پایان جلسات درمانی ۵ واحد افزایش داشته است که این میزان قابل توجه نیست. طراز نمرات این متغیر در آزمودنی چهارم در جلسه چهارم، با ۸ واحد بیشترین افزایش را داشته است. در مجموع نمرات طراز این آزمودنی در انتهای جلسات درمان ۱۸ واحد افزایش داشته است. کم‌ترین میزان افزایش طی دو جلسه اول با ۲ واحد است. طراز نمرات انعطاف‌پذیری شناختی در آزمودنی پنجم، در مجموع ۱۳ واحد تا انتهای درمان است که از این میزان کمترین آن در جلسات ششم تا هشتم با ۲ واحد می‌باشد. به‌طور کلی، روند طراز نمرات همه آزمودنی‌ها افزایش داشته است. روند طراز نمرات در همه آزمودنی‌ها در ابتدا دارای شیب تندتری است و در ادامه تا هفته پایانی با شیب ثابتی ادامه دارد. همچنین نقاط داده‌ای برای هر دو بیمار زیاد نیست که نشان‌دهنده ثبات نسبی در تغییرات ایجاد شده است و اینکه نمرات بیماران از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است.

نمودار ۳ تغییرات نمرات پنج آزمودنی، طی پنج جلسه ارزیابی در انعطاف‌پذیری هیجانی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، طراز نمرات انعطاف‌پذیری هیجانی برای بیمار اول در دو جلسه اول ۸ واحد افزایش داشته است که نسبت به سایر مراحل ارزیابی بیشتر و چشم‌گیرتر است. در مجموع، طراز نمرات آزمودنی اول در انتهای درمان ۱۶ واحد نسبت به خط پایه افزایش داشته است. طراز نمرات انعطاف‌پذیری هیجانی برای آزمودنی دوم نیز در انتهای جلسه دوم ۵ واحد افزایش داشته است و کم‌ترین میزان آن نیز در جلسه چهارم است که ۱ واحد می‌باشد. در مجموع بیمار دوم در پایان درمان ۱۲ واحد افزایش طراز در نمرات انعطاف‌پذیری هیجانی نشان می‌دهد. طراز نمرات این متغیر

انعطاف‌پذیری هیجانی می‌داند که چه موقع هیجان مثبت ایجاد کند و چه موقع از آن اجتناب نماید و همچنین چه زمانی آن را ابراز یا سرکوب کند (چاو، کونگ و لی، ۲۰۱۷). در همین راستا یافته‌ها نشان می‌دهد افرادی که اختلال افسردگی اساسی دارند، پاسخ‌های هیجانی را به هر دو محرک منفی و مثبت داده و این باعث افسردگی آنها می‌شود. همچنین آنها قادر به بازگشت سریع به سطح خط پایه و اولیه هیجان بعد از تجربه کردن نوسانات خلقی نیستند (بیلسم، موریس و روتنبرگ، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی بر تأثیر رفتارها بر خلق و علائم تأکید می‌کند. درمان‌گر مراجع را برای درگیری مجدد با منابع بالقوه تقویت مثبت، تنظیم اهداف تکلیف‌محور، کاهش الگوهای تقویت منفی و کاهش اجتناب راهنمایی می‌کند (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین فعال‌سازی رفتاری با هدف قرار دادن رفتارهای اجتنابی و ایجاد مجدد روال منظم، به یک فرد افسرده فرصت می‌دهد تا مجدداً با منابع تقویت مثبت ارتباط برقرار کند و چنین ماریج رو به پایینی را به وسیله کار کردن با مراجع برای ایجاد فرصت‌هایی برای تقویت مثبت قطع کند. فرض بر این است که افزایش مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش سطوح عاطفه‌ی مثبت را بالا می‌برد و چنین افزایشی در فعالیت و عاطفه مثبت منجر به کاهش علائم افسرده‌سازی می‌شود (جیکوبسن و همکاران، ۲۰۰۱).

بنابراین با توجه به نتایج پژوهش می‌توان این گونه نتیجه گرفت که درمان فعال‌سازی رفتاری با درگیری افراد در فعالیت‌های پاداش‌دهنده و کاهش رفتارهای بی‌اثر می‌تواند از یک سو باعث کاهش چرخه نشخوار فکری و به تبع آن افزایش انعطاف‌پذیری شناختی شود و از طرفی با تشویق بیماران برای مواجهه ممتد با رفتارهایی که با خلق افسرده، انگیزه و تمایل آنها ناهماهنگ است زمینه را برای انعطاف‌پذیری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه سازد، به عبارتی دیگر، در درمان فعال‌سازی رفتاری با مورد هدف قرار دادن رفتارهای غیرپاداش‌دهنده و ایجاد یک سبک فعال رفتاری، ظرفیت انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی بیمار نیز به طور غیرمستقیم مورد مداخله قرار می‌گیرد که همین ظرفیت‌سازی می‌تواند منجر به کاهش علائم هیجانی و شناختی افسردگی نظیر نشخوار فکری، عدم تمرکز، خلق افسرده و ناامیدی شود. بنابراین نتایج پژوهش حاضر در راستای حمایت از مکانیسم‌های تغییر شناختی و هیجانی فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم افسردگی، می‌تواند گام مهمی در تبیین اثربخشی همه‌جانبه این مداخله

کاشدان و روتنبرگ (۲۰۱۰)، بونانو و بورتن (۲۰۱۳)؛ فوجمورا و اوکانویا (۲۰۱۲) هم‌سو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از اهداف درمان فعال‌سازی رفتاری کاهش نشانه‌های افسردگی است که نتیجه‌ی آن افزایش عملکرد فرد در انجام تکالیف شغلی و اجتماعی خود است. بنابراین درمان فعال‌سازی رفتاری از طریق وارد کردن فرد در دامنه‌ای از فعالیت‌های کوچک و پاداش‌دهنده موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده و بر سلامت روانی افراد می‌افزاید (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳). بر اساس نظریات رفتاری، یکی از علل رفتاری افسردگی به هم خوردن نظم و ترتیب در فعالیت‌های روزانه است (لیجیوز و همکاران، ۲۰۱۱) که در اینجا درمان فعال‌سازی رفتاری موجب مرتب شدن فعالیت‌های روزانه می‌شود و این امر باعث تنظیم خواب و بیداری بیمار افسرده و همچنین افزایش فعالیت‌های بیمار و مشارکت او در جامعه می‌گردد. درمان فعال‌سازی رفتاری راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده‌تر را به کار می‌برد. بنابراین افراد افسرده با اجرای این راهبرد می‌توانند به شیوه پیش‌رونده به موفقیت‌هایی دست یابند و این نیز متعاقباً دست‌یابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند (مازو کچیلی، ۲۰۱۰).

نظریه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی بر اهمیت دانش ساخت یافته تأکید می‌کند؛ برای این که یادگیرندگان به شیوه‌ی مناسبی یاد بگیرند، باید این فرصت را در اختیار داشته باشند که بازنمایی‌های خود را از اطلاعات توسعه دهند. با توجه به این که افراد افسرده با استفاده از نشخوار فکری به دنیای درونی خود فرو می‌روند و افسردگی خود را تقویت می‌کنند، کسانی که انعطاف‌پذیری شناختی ندارند، به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند. بنابراین، درمان فعال‌سازی رفتاری در تعدیل راهبردهای شناختی خود-سرزنشی، پذیرش و به ویژه نشخوار فکری، تأثیر گذار بوده است و این احتمال وجود دارد که تغییر رفتاری ایجاد شده توسط درمان فعال‌سازی رفتاری منجر به تغییر در باورها و شناخت‌واره‌هایی گردد که مؤلفه ضروری برای تغییر هیجانی و رفتاری دیرپای هستند. علاوه بر این پژوهش‌ها نشان داده است که تغییر رفتاری (و درمان فعال‌سازی رفتاری) ممکن است بیانگر روشی مؤثر در تغییر شناخت‌واره‌ها باشد (بندورا، ۱۹۷۷؛ هولون، ۲۰۰۱، به نقل از مارتل و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، انعطاف‌پذیری هیجانی ظرفیت تولید پاسخ‌گویی‌های هیجانی با توجه به وقایع مثبت و منفی زندگی است (واق و همکاران، ۲۰۰۸). یک فرد دارای

Chartier, I. S., & Provencher, M. D. (2013). Behavioral activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 292-299.

Chen, J., Liu, X., Rapee, R. M., & Pillay, P. (2013). Behavioral activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behavior Research and Therapy*, 51(9), 533-539.

Chow, A. Y., Cong, Z & Li, J. (2017). Emotional Flexibility: Development and Application of a Scale in Adolescent Earthquake Survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. 10 (4), 81-42.

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.

Coifman, K. G., & Bonanno, G. A. (2010). When distress does not become depression: Emotion context sensitivity and adjustment to bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 479.

Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318-326.

Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 699-711.

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253.

Dickstein, D. P., Nelson, E. E., McClure, E. B., Grimley, M. E., Knopf, L., Brotman, M. A., ... & Leibenluft, E. (2007). Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(3), 341-355.

Dimidjian, S., Barrera, m., Mattell, C. R., Munoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activator treatment for depression. *Annual Review of clinical psychology*, 7, 1-38.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, 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.

Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... & Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial

مؤثر برای درمان افسردگی اساسی محسوب شود. پژوهش حاضر همانند هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه بود که برخی از این محدودیت‌ها شامل تک جنسیتی بودن نمونه، نداشتن دوره‌ی پیگیری و در نظر نگرفتن اختلال‌های همبود بود که تعمیم نتایج پژوهش را با احتیاط مواجه می‌کند، در همین راستا توصیه می‌شود که پژوهش‌های آتی برای تعمیم بیشتر نتایج در قالب کارآزمایی‌های بالینی تصادفی به بررسی هر دو جنس، در نظر گرفتن دوره پیگیری و اختلال‌های همبود بپردازند.

## منابع

Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 263-278. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-014-9662-4>.

American psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM5 thEdition*. Washington DC: American Psychiatric Association, 235.

Barlow, D. H., & Hofmann, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D. M. Clark & CH.C. Fairburn (Eds). *Science and practice of cognitive behavior therapy*. (PP: 970117). Oxford: oxford press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.

Berlim, M. T., McGirr, A., & Fleck, M. P. (2008). Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? *Psychiatry Research*, 160(3), 364-371.

Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.

Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482-487.

Brooks, B. L., Iverson, G. L., Sherman, E. M., & Roberge, M. C. (2010). Identifying cognitive problems in children and adolescents with depression using computerized neuropsychological testing. *Applied Neuropsychology*, 17(1), 37-43.

Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 676-691.

- Yingchen, Withers, A., Wang, Y. (2015). Behavioral activation therapy for return to work in medication-responsive chronic depression with persistent psychosocial dysfunction. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 140-147.
- Hinkelmann, K., Moritz, S., Botzenhardt, J., Riedesel, K., Wiedemann, K., Kellner, M., & Otte, C. (2009). Cognitive impairment in major depression: association with salivary cortisol. *Biological Psychiatry*, 66(9), 879-885.
- 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., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatment for depression: procedures, principles and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Hopko, D. R., Magidson, J. F., & Lejuez, C. W. (2011). Treatment failure in behavior therapy: Focus on behavioral activation for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 67(11), 1106-1116.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Santos, M. M., Nagy, G., López, M., Hurtado, G. D., & West, P. (2015). A randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for Latinos with depression. *Behavior Therapy*, 46(2), 177-192.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878.
- Lazzari, C., Egan, S., & Ress, C. (2011). Behavioral activation treatment for depression in older adults delivered via videoconferencing: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 555-565.
- Magidson, S., & Macpherson, L. (2011). Examining the effect of the Enhancement treatment for substance use on residential substance abuse treatment retention. *Addictive Behavior*, 36, 615-623.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dann, R. (2010). *Behavioral activation for depression: a clinician's guide*. New York: The Guildford press.
- of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468.
- Fata L, Birashk B, Atefvahid M, Dabson K. (2005). Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *IJPCP*, 11(3):312-26. [Persian]
- Farchione, T. J., Boswell, J. F., & Wilner, J. G. (2017). Behavioral Activation Strategies for Major Depression in Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy: An Evidence-Based Case Study. *American Psychological Association*, 54(3), 225-230.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B., & Janet, B. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I), clinician version, user's guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Fujimura, T., & Okanoya, K. (2012). Heart rate variability predicts emotional flexibility in response to positive stimuli. *Psychology*, 3(08), 578.
- Ghezloo, F., Mohammadkhani, S., & Akbari, M. (2018). Cognitive and emotional components of worry: Direct and indirect role of positive and negative beliefs about worry, emotional flexibility and affective styles [Unpublished thesis, Kharazmi University]
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernandez, A., Pintomeza, A., & Alonso, J. (2010). Epidemiology of Major depressive episode. In a southern European Country: Results from the ESEMED-Spain project. *Journal Affective Disorders*, 120 (1-3), 76-85.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377-384.
- Gupta, S., & Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 (3), 635.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G. (2018). *Process based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hellesrestein, D., Erickson, G., Mcgrath, J., Hunnicutt Ferguson, K., Reynolds, S., Oshea, D.,

Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 5(2), 105-121.

Meiran, N., Diamond, G. M., Toder, D., & Nemets, B. (2011). Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: Examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry Research*, 185(1), 149-156.

Moradveisi, L., Huibers, M. J., Renner, F., Arasteh, M., & Arntz, A. (2013). The influence of comorbid personality disorder on the effects of behavioural activation vs. antidepressant medication for major depressive disorder: Results from a randomized trial in Iran. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 499-506.

O'mahen, H. A., Woodford, J., Mc Ginley, J., Warren, F. C., Richards, D. A., Thomas, R., Lynch, S., & Taylor, R. S. (2013). Nteret- based behavioral activation- Treatment for postnatal depression (Netmums): A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 150, 814-822.

Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., & Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201-210.

Shareh, H. (2016). Effectiveness of behavioral activation group therapy on attributional styles, depression, and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(4), 179-188. [Persian]

Waugh, C. E., Wager, T. D., Fredrickson, B. L., Noll, D. C., & Taylor, S. F. (2008). The neural correlates of trait resilience when anticipating and recovering from threat. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3(4), 322-332.

Westphal, M., Seivert, N. H., & Bonanno, G. A. (2010). Expressive flexibility. *Emotion*, 10, 92-100.