

اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۱۲

مهدی زمستانی*، ایران داودی**، مهناز مهربانی زاده هنرمند***، یداله زرگر****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی کوتاه مدت فعال‌سازی رفتاری بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب می باشد.

روش: در یک طرح شبه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون توأم با گروه کنترل، تعداد ۲۷ نفر از دانشجویان مبتلا به افسردگی و اضطراب پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه درمان فعال‌سازی رفتاری (۱۳ نفر؛ ۸ نفر دختر و ۵ نفر پسر) و یا کنترل (۱۴ نفر؛ ۸ نفر دختر و ۶ نفر پسر) گماشته شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه درمان هفتگی فعال‌سازی رفتاری را دریافت داشت. تمام شرکت‌کنندگان پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس پاسخ نشخوارگونه را به عنوان ابزارهای پژوهش، در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه تکمیل کردند. داده‌ها به کمک روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از آزمون مانکوا نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری اثر معنی‌داری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دارد. نتایج به دست آمده، در مرحله پیگیری ۲ ماهه نیز حفظ شده بودند.

نتیجه‌گیری: درمان کوتاه مدت فعال‌سازی رفتاری در بهبود علائم افسردگی و اضطراب و نیز کاهش نشخوار فکری در دانشجویان تأثیر قابل توجهی دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان فعال‌سازی رفتاری، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری

M.zemestan@gmail.com

Davoudi_i@scu.ac.ir

M.honarmand@scu.ac.ir

Zargar_y@scu.ac.ir

* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

*** استاد، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

**** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن مواجه می‌شوند [۱] و مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روانپزشکی گزارش نموده‌اند [۲]. تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند [۳]. جمعیت دانشجویی، از جمله گروه‌های اجتماعی با اهمیت و در معرض خطری هستند که بروز افسردگی در میان آنها شایع است [۴]. مطالعات به عمل آمده نشان می‌دهد که حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه‌ها از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. از این میان شدت علائم ۴۶ درصد از دانشجویان به گونه‌ای است که آنها را نیازمند کمک‌های تخصصی می‌کند [۵]. به طور کلی، افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه با کاهش عملکرد و بازده دانشگاهی [۶]، ترک تحصیلی [۷]، سطوح بالای مصرف سیگار [۸، ۹]، سطوح بالای اضطراب [۱۰]، افکار خودکشی‌گرا [۱۱] و افزایش رفتارهای خود تخریبی [۱۲] در ارتباط بوده‌است.

مطالعات زیادی هم‌بندی مرضی^۱ بسیار بالای اختلالات خلقی و اضطرابی را نشان داده‌اند [۱۳، ۱۴، ۱۵]. هنگامی که طبقات مختلف اختلالات در چنین میزان بالایی با هم رخ می‌دهند، انتخاب یک رویکرد درمانی مناسب می‌تواند چالش برانگیز باشد. تا این اواخر رویکردهای مبتنی بر شواهد^۲، برای تشخیص‌های چندگانه درمانگران را ملزم می‌کرد تا اهداف درمانی را اولویت‌بندی کنند و هربار به یک مشکل بپردازند [۱۶]. این رویکرد خطر ریزش^۳ مراجع را در پی دارد، قبل از اینکه وی برای مشکلات هم‌بندش درمان اساسی دریافت کرده باشد [۱۷]. تحقیق در زمینه شناسایی عوامل بین تشخیصی بوسیله‌ی تمایل به ایجاد درمان‌های "یکپارچه"^۴ یا "طیف-گسترده"^۵ دامن زده شده است که خود به خود عناصر مشترک اختلال‌های چندگانه را هدف قرار می‌دهند و نیازی به جرح و تعدیل برای انواع خاصی از علائم ندارند [۱۶، ۱۸، ۱۹]. تحولات

اخیر در زمینه‌ی طرح‌های واحد^۶ و درمان‌های یکپارچه [۱۶] پیشنهاد می‌کنند که رویکرد بین تشخیصی^۷ ممکن-است کارا تر و اثربخش‌تر از درمان اختلالات به شیوه زنجیره‌وار باشد [۱۷]. یک رویکرد بین تشخیصی خوب باید تناسب مفهومی قوی‌ای را برای مشکلات مورد نظر فراهم-آورد و راهبردهای درمانی‌اش به حد کافی انعطاف‌پذیر باشند تا با مشکلات مختلف انطباق داشته باشند. به‌طور مفهومی، درمان فعال‌سازی رفتاری^۸ به عنوان یک مداخله-ی بین تشخیصی، ثابت‌کرده که از تناسب قابل انتظار برای پرداختن به افسردگی و اضطراب برخوردار است [۱۷]. درمان فعال‌سازی رفتاری یک مداخله کوتاه مدت و راه حل-محور است که بر مبنای این نظریه که افراد افسرده، اغلب سطوح پایینی از تقویت مثبت محیطی را تجربه می‌کنند، تدوین شده است [۲۰]. طبق نظریه‌ی فعال‌سازی رفتاری، علائم افسردگی و اضطراب به وسیله رفتارهای اجتنابی^۹ ایجاد شده یا تداوم می‌یابند. رفتارهای اجتنابی، راهبردهای تنظیم هیجانی^{۱۰} کوتاه مدت مؤثری هستند؛ اما در طولانی مدت پیامدهای مثبت محیطی در زندگی شخص، مانند تجربه فعالیت‌های خوشایند و یا ایجاد حس تسلط و شایستگی را مختل می‌کنند [۲۱]. مدل فعال‌سازی رفتاری، همچنین بر نقش نشخوار فکری^{۱۱} در ایجاد و تداوم افسردگی تأکید می‌ورزد. درمان فعال‌سازی رفتاری، آشکارا بر کاهش نشخوار فکری از دیدگاه کارکردی-تحلیلی^{۱۲} تمرکز می‌کند [۲۲]. درمانگران فعال‌سازی رفتاری به جای محتوای^{۱۳} نشخوار فکری، فرایند^{۱۴} آن را مورد هدف قرار می‌دهند. در مدل فعال‌سازی رفتاری، نشخوار فکری به عنوان شکلی از اجتناب مفهوم سازی شده‌است که مراجع را از روبرو شدن با موقعیت‌های دشوار باز می‌دارد. درمانگران فعال‌سازی رفتاری به مراجعان کمک می‌کنند چندین تکنیک را یاد بگیرند تا با افکارشان مقابله کرده و در فعالیت‌های مهم زندگی‌شان درگیر شوند [۲۳].

6 - modular formats

7- transdiagnostic approach

8 - Behavioral Activation (BA)

9 - avoidance behaviors

10 - emotion regulation strategies

11 - rumination

12- functional- analysis

13- content

14- process

1- comorbidity

2 - evidence - based

3 - drop-out

4 - unified

5 - broad - spectrum

و همکاران [۳۵] در پژوهشی به مطالعه تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی دانشجویان پرداختند. نتایج، تفاوت معنی‌داری را در نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد و درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی باعث کاهش علائم افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد شد. بیگدلی و رحیمیان بوگر [۳۶] در پژوهشی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی را بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنی‌دار در پس‌آزمون و نیز پیگیری ۴ ماهه افسردگی در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با کنترل نشد، اما باعث کاهش معنی‌دار در پس‌آزمون و پیگیری ۴ ماهه اضطراب و استرس زناشویی در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شد.

با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی در بین دانشجویان و آثار منفی این اختلال بر عملکرد دانشگاهی آنها در طول تحصیل و عملکرد شغلی آنها در آینده و نیز هزینه‌هایی که به دنبال آن بر جامعه و خانواده‌ها تحمیل می‌شود [۴]، اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر آشکار می‌گردد. همچنین، ضرورت مبرمی جهت توسعه و گسترش مداخلات و آموزش‌های اثربخش و به لحاظ تجربی تأییدشده در بین جمعیت دانشجویی به عنوان جمعیت در معرض خطر [۳۲]، گزارش شده‌است. با توجه به موارد مذکور، فراهم کردن یک مداخله آموزشی مناسب در بین این جمعیت ضروری می‌باشد. از سوی دیگر یک نظریه خوب باید از طریق روش‌های مبتنی بر تجربه آزمون پذیر باشد. تصویر معمول پیشرفت در علم آن است که نظریه‌ها تابع آزمایش شدن و سپس تابع اصلاح تدریجی هستند. در حقیقت نظریه از طریق توالی آزمایش‌ها و تغییرها تا زمانی که تمامی داده‌های موجود را بتواند تا حدی دقیق هدایت کند، تکامل می‌یابد [۳۷]. بر این اساس زمانی که یک نظریه درمانی و مداخله‌ای تدوین می‌شود، اثربخش بودن یا نبودن آن در درمان اختلالات مختلف و در بین جامعه آماری مختلف از جمله دانشجویان، در چارچوب پژوهش‌های کنترل‌شده قابل بررسی است. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر علائم افسردگی،

درمان فعال‌سازی رفتاری جزء درمان‌های موج سوم^۱ است که تکنیک‌های عینی و با قابلیت اجرای آسان را برای درمان افسردگی ارائه می‌دهد و در مطالعات و گروه‌های تحقیقاتی متعدد اثربخشی خود را به اثبات رسانده است [۲۴، ۲۵، ۲۶]. مازوک چلی^۲ و همکاران [۲۶] اظهار می‌دارند که مطابق با استانداردهای کارگروه بخش ۱۲ انجمن روان‌شناسی آمریکا در زمینه ارتقا و گسترش روش‌های روان‌شناختی^۳، درمان فعال‌سازی رفتاری به عنوان یک "درمان خوب پایه‌گذاری شده^۴ و از لحاظ تجربی تأیید شده^۵" در نظر گرفته می‌شود [۲۶، ۲۷]. این رویکرد درمانی، به خاطر تکنیک‌های عینی و اجرای آسان، در مراکز بهداشت روان [۲۸]، مراکز بستری [۲۹]، مراکز ترک‌اعتیاد [۳۰]، مراکز سرپایی [۳۱] و مراکز مشاوره دانشجویی [۳۲] به صورت گروهی و یا انفرادی مورد آزمایش قرار گرفته‌است [۳۳]. چپو^۶ و همکاران [۱۷] درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی را همراه با تکنیک‌های رویارویی (مواجهه‌سازی) بر روی نوجوانان مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی به کار بردند. پنج دانش‌آموز که ملاک‌های چهارمین راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)^۷ برای اختلال‌های افسردگی یا اضطرابی را برآورده می‌ساختند وارد تحقیق شدند. شرکت‌کنندگان ۱۳ هفته درمان فعال‌سازی رفتاری به صورت گروهی را دریافت داشتند و نتایج کاهش معنی‌داری را در علائم افسردگی و اضطراب نشان داد. هوپکو^۸ و همکاران [۳۴] درمان فعال‌سازی رفتاری را در اختلال‌های افسردگی و اضطرابی به کار بردند. آنها در یک مطالعه‌ی موردی، بیمار مبتلا به اختلال افسرده‌خویی و اختلال وحشتزدگی را تحت درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی قرار دادند. نتایج، کاهش معنی‌دار در علائم افسردگی و اضطرابی و افزایش کیفیت زندگی به دنبال ۱۰ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری نشان داد. جلیلی

1 - third wave

2 - mazzucchelli

3 - american psychological associations division 12 task force on promotion and dissemination of psychological procedures

4 - well-established

5 - empirically validated

6 - Chu

7 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)

8 - Hopko

به شکل تصادفی انتخاب شد. بدین ترتیب، نمونه این پژوهش از ۳۰ نفر دانشجوی کارشناسی که بر اساس پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و مصاحبه بالینی ساختار یافته تشخیص همزمان علائم افسردگی و اضطراب را دریافت داشته بودند، تشکیل شد. لازم به ذکر است که تمامی شرکت کنندگان، براساس مصاحبه بالینی ساختار یافته ملاک‌های یک اختلال اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر^۴، هراس اجتماعی^۵ و یا اختلال گذر هراسی^۶ را برآورده می‌ساختند. سپس افراد به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند و از میان این دو گروه نیز یک گروه به طور تصادفی به گروه آزمایشی (درمان فعال سازی رفتاری؛ متشکل از ۹ نفر دختر و ۶ نفر پسر) و گروه دیگر به گروه کنترل (۸ نفر دختر و ۷ نفر پسر) تخصیص یافت. همچنین، لازم به ذکر است که ۳ جلسه غیبت از جلسات درمانی به عنوان ملاک افت آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد و چنان چه فردی ۳ جلسه غیبت از درمان داشت داده‌های وی از تحلیل کنارگذاشته می‌شد. بدین ترتیب، دو نفر از گروه درمان فعال‌سازی رفتاری (یک نفر به دلیل غیبت بیش از ۳ جلسه و یک نفر به دلیل انصراف از درمان) و یک نفر نیز از گروه کنترل (به دلیل مسافرت و عدم برگرداندن پرسشنامه‌ها در مرحله پیگیری)، افت داشتند. لذا، نمونه‌نهایی پژوهش حاضر که تجزیه و تحلیل‌ها بر روی آنها انجام شد، متشکل از ۲۷ نفر بود: ۱۳ نفر در گروه درمان فعال سازی رفتاری (۸ نفر دختر و ۵ نفر پسر) و ۱۴ نفر در گروه کنترل (۸ نفر دختر و ۶ نفر پسر). از آنجا که تعداد مطلوب نمونه در گروه درمانی بین ۸ تا ۱۲ نفر گزارش شده است [۳۸] تعداد نمونه در هر گروه پژوهش حاضر مناسب به نظر می‌رسد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بودند از: کسب نمره‌ی ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) در پرسشنامه افسردگی بک-۲ و پرسشنامه اضطراب بک و نیز تأیید وجود همزمان علائم افسردگی و اضطراب بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I؛ عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی (دست‌کم از یک سال قبل از ورود به پژوهش)؛ داشتن حداقل ۱۸ سال و

اضطراب و نشخوار فکری در بین جمعیت دانشجویی انجام شد. مسأله‌ی پژوهش حاضر این بود که آیا درمان فعال سازی رفتاری اثر معنی داری بر افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری این متغیرها در دانشجویان مبتلا به افسردگی و اضطراب دارد؟

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر که در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت شده است، از نوع مطالعات نیمه تجربی بود که از طرح گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون (و پیگیری) با گروه کنترل استفاده می‌کند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز بودند. از بین دانشکده‌های دانشگاه شهید چمران، تعداد هشت دانشکده شامل مهندسی، دامپزشکی، علوم آب، علوم زمین، اقتصاد و علوم اجتماعی، علوم تربیتی و روان‌شناسی، کشاورزی و تربیت بدنی به شکل تصادفی انتخاب از هردانشکده چهار کلاس کارشناسی به‌شکل تصادفی انتخاب شدند و سپس پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II) در بین ۱۰۰۰ نفر از آنها (۵۹۸ نفر دختر و ۴۰۲ نفر پسر) پخش شد. پس از جمع‌آوری کامل‌ها پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری آنها، تعداد ۲۲۴ نفر (۱۲۷ نفر دختر و ۹۷ نفر پسر) از افرادی که در این پرسشنامه نمره‌ی ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) کسب کرده بودند، مجدداً پرسشنامه اضطراب بک (BAI)^۲ را نیز پرکردند. از این ۲۲۴ نفر، تعداد ۱۰۸ نفر (۶۲ نفر دختر و ۴۶ نفر پسر)، هم در پرسشنامه افسردگی بک و هم در پرسشنامه اضطراب بک نمره ۱۹ به بالا را کسب کردند. سپس برای بررسی دقیق‌تر علائم افسردگی و اضطراب و بررسی ملاک‌های شمول و حذفی، این ۱۰۸ نفر به مصاحبه دعوت شدند. ولی از بین این ۱۰۸ نفر، ۹۷ نفر (۵۸ نفر دختر و ۳۹ نفر پسر) در مصاحبه شرکت کردند. پس از انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته^۳، تعداد ۸۳ نفر (۵۱ نفر دختر و ۳۲ نفر پسر) تأیید وجود هم‌زمان افسردگی و اضطراب را دریافت داشتند. در نهایت، از بین این ۸۳ نفر، تعداد ۳۰ نفر (۱۷ نفر دختر و ۱۳ نفر پسر)

1 - Beck Depression Inventory-II (BDI- II)

2 - Back Antity Inventory (BAI)

3 - Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorders (SCID-I)

4- Generalized Anxiety Disorder (GAD)

5- social phobia

6- agoraphobia

است که در واقع ۲۱ نشانه اضطرابی را می‌سنجد و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد [۴۴]. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ می‌باشد، که نمره بالا نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب برانگیز قرار می‌گیرند، بعضی از این علائم را تجربه می‌کنند. بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند [۴۴]. کویانی و موسوی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به دست آورده‌اند [۴۵].

۴- مقیاس پاسخ نشخوارگونه^۲ (RRS): این مقیاس توسط نولن- هوکسما و مورو^۳ تدوین شده است که مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است و ماده‌های آن روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه‌ای بین ۲۲ تا ۸۸ را در بر می‌گیرند [۴۶]. این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ دارد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای آن است [۴۷]. همبستگی درون طبقه‌ای برای پنج بار اندازه‌گیری ۰/۷۵ [۴۸] و همبستگی بازآزمایی برای مدت بیش از ۱۲ ماه، ۰/۶۷ گزارش شده است [۴۹]. آلفای کرونباخ در نمونه‌های ایرانی ۰/۹۰ [۵۰] و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ گزارش شده است [۵۱].

روند اجرای پژوهش: کاربردی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۸ جلسه درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بود که به صورت جلسات هفتگی و ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. درمان فعال‌سازی رفتاری، طبق راهنمای درمان طراحی شده توسط دیمیجیان، مارتل، آدیس و هرمن-دان^۴ [۲۰] و نیز اصول مطرح شده در کتاب درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی [۲۳] بود، که در این پژوهش از آنها استفاده شد. پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، نمونه مورد نظر انتخاب شده و به طور تصادفی به

حداکثر ۳۰ سال. ملاک‌های حذفی نیز عبارت بودند از: داشتن اختلال روان‌پریشی یا تشخیص اختلالات افسردگی با خصوصیات روان‌پریشی؛ داشتن بیماری جسمانی و یا شرایط طبی زیربنای افسردگی؛ داشتن افکار جدی در مورد خودکشی؛ داشتن سوء مصرف مواد.

ابزار

برای جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر پرسشنامه‌ی جمعیت-شناختی که برای به دست آوردن اطلاعات جمعیت شناختی مراجعان به کار گرفته شد، از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های زیر نیز استفاده شد:

۱- مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I): این فهرست و آرسی، ابزاری برای تشخیص اختلالات بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV است [۳۹]. این ابزار دو نسخه دارد: نسخه‌ی بالینی (SCID-I) که بیشتر تشخیص روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و دیگر نسخه‌ی پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر آن (SCID-I/R) است که همه تشخیص‌ها و نیز زیر نوع‌های آنها و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را پوشش می‌دهد. بختیاری ضریب پایایی آن را در یک جمعیت ایرانی به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش نمود [۴۰].

۲- پرسشنامه‌ی افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه نوع بازنگری شده‌ی BDI می‌باشد و با ملاک‌های افسردگی در DSM-IV منطبق شده است [۴۱]. پرسشنامه مذکور شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند [۴۲]. کویانی در تحقیق خود ضریب روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۷۷ و هماهنگی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است [۴۳].

۳- پرسشنامه اضطراب بک (BAI): این پرسشنامه توسط بک، اپستین^۱، براون و استیر تدوین شده و شامل ۲۱ ماده

2- ruminative response scale

3- Nolen-Hoeksema, & Morrow

4- Dimidjian, Martell, Addis, & Herman-Dunn

1- Epstein

نکات مهم اخلاق پژوهش انجام گرفت. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، پس از اتمام دوره درمانی دو جلسه آموزش روانی کلی برای گروه کنترل برگزار گردید. جدول شماره ۱ محتوای مداخلات درمانی انجام شده و زمان بندی جلسه‌های درمانی را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

در ابتدا شاخص‌های آماری دو گروه در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه گردیده است.

از تحلیل کواریانس چند متغیری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای انجام تحلیل کواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد.

دو گروه (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند؛ سپس پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایشی به مدت دو ماه تحت درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری قرار گرفت؛ در حالی که افراد گروه کنترل مورد پیش‌آزمون قرار گرفته ولی هیچ مداخله‌ای دریافت نداشتند. در پایان مداخله، پس‌آزمون به عمل آمد و به منظور پی‌گیری نیز دو ماه پس از درمان، آزمودنی‌ها مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. جلسات درمانی در مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز برگزار گردید. زمان اجرای آزمون‌ها برای غربال اولیه، در اواخر نیمسال اول سال تحصیلی ۹۱ - ۹۰ و زمان اجرای جلسات درمانی و مرحله پیگیری نیز در محدوده زمانی نیمسال دوم بود. پژوهش با اخذ رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه نگه داشتن داده‌ها و با رعایت دیگر

جدول ۱) مداخلات درمانی انجام شده در زمان برگزاری جلسه‌های درمانی

زمان بندی جلسات درمان	درمان فعال سازی رفتاری
جلسه ۱ و ۲	آشنایی و شناخت افراد گروه با یکدیگر و برقراری ارتباط بین اعضای گروه (معارفه)؛ آشنایی با قوانین و مقررات گروه (رازداری، حضور منظم و غیره)؛ ارائه مطالب در مورد الگوی بافتاری افسردگی؛ معرفی مدل و درمان فعال سازی رفتاری و ارائه منطق درمان؛ ارائه برگه‌های الگوی بافتاری افسردگی و فعال سازی رفتاری؛ تکلیف خانگی: تکمیل برگه ثبت فعالیت‌های روزانه
جلسه ۳ و ۴	آموزش مهارت‌های سرواژه‌ی سبک تند ^۱ و رپا و ریم ^۲ ، (تحلیل کارکردی، شکستن الگوهای تکراری افسردگی، پرهیز از اجتناب کردن و تقویت شیوه‌های مقابله کارآمد)؛ تکلیف خانگی: استفاده از مهارت سبک تند و مهارت رپا و ریم، تکمیل برگه‌ی مقیاس درجه بندی لذت- دستاورد
جلسه ۵ و ۶	توضیح در مورد استرسورهای شخصی و چگونگی راه اندازی افسردگی توسط آنها؛ بحث در مورد راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و فعال افراد در مقابله با استرس؛ بررسی و منع روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه مانند خوابیدن بیش از حد، مصرف سیگار...؛ آموزش مهارت‌های خود مراقبتی جدید برای مقابله با افسردگی؛ تکلیف خانگی: ثبت موقعیت‌های استرس زا در طول هفته و نحوه به کار بستن مهارت‌های خود مراقبتی
جلسه ۷ و ۸	بحث در مورد اهمیت حمایت اجتماعی در مقابله با افسردگی؛ آموزش مهارت جرأت‌ورزی به منظور توانایی افزایش تقاضا کردن یا نه گفتن، تقاضای داشتن یک رابطه بهتر و حفظ اعتماد به نفس؛ جلوگیری از عود؛ مرور تکنیک‌ها و تمرین‌های ارائه شده در طول جلسات و جمع بندی نهایی؛ ارائه پیشنهادها و انتقادات و دریافت بازخورد از اعضای گروه؛ اجرای پس‌آزمون

1- Action; Assess (سنجش), Choose (برگزیدن), Try (کوشیدن), Integrate (تلفیق کردن), Observe the results (نگاه کردن به نتایج), Never give up (دست نکشیدن)

2- Trap / Trac : Trigger (راه انداز), Response (پاسخ), Avoidance pattern (الگوی اجتنابی) / Trigger (راه انداز), Response (پاسخ), Alternative coping (مقابله جایگزین)

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس	شاخص‌های آماری	درمان فعال‌سازی رفتاری			گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی	میانگین	۲۸/۷۷	۱۵/۳۸	۱۶/۱۵	۲۹/۳۵	۲۹/۲۱
	انحراف معیار	۳/۳۷	۲/۲۵	۲/۷۹	۳/۵۶	۲/۴۲
اضطراب	میانگین	۲۵/۵۴	۱۶/۳۰	۱۵/۸۴	۲۵/۷۸	۲۴/۹۲
	انحراف معیار	۳/۳۵	۲/۰۹	۲/۱۵	۲/۸۸	۲/۸۴
نشخوار فکری	میانگین	۶۷/۳۰	۴۰/۳۸	۴۱/۶۹	۶۳/۴۲	۶۲/۵۷
	انحراف معیار	۵/۷۲	۶/۷۰	۶/۱۱	۴/۷۶	۶/۱۴

نیز برقرار است. بنابراین، می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس را برآورد می‌کنند و می‌توان داده‌های پژوهش را توسط این روش آماری تجزیه و تحلیل کرد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی‌دار می‌باشد ($F = ۹۱/۰۹$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$). بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کواریانس یکرانه با کنترل پیش‌آزمون انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای افسردگی ($F = ۲۱۷/۲۴$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$)، اضطراب ($F = ۸۰/۲۵$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$) و نشخوار فکری ($F = ۸۵/۶۱$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی‌دار می‌باشد ($F = ۶۶/۵۹$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$).

بدین منظور، چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کواریانس شامل خطی بودن^۱، همخطی چندگانه^۲، همگنی واریانس^۳ و همگنی شیب‌های رگرسیون^۴ مورد بررسی قرار گرفتند. ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی ۰/۳۶، اضطراب ۰/۴۴ و نشخوار فکری ۰/۴۱ به دست آمد. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) در تمام متغیرها کمتر از ۰/۹۰ بود ($|r| < ۰/۹۰$). با توجه به مقادیر همبستگی‌های به دست آمده، تقریباً^{۱۱} از مفروضه همخطی چندگانه بین متغیرهای تصادفی کمکی (کواریانس‌ها)، اجتناب شده بود. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در بین نمرات دو گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شد. نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت معنی‌داری در واریانس دو گروه مشاهده نمی‌شود و لذا شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکندگی نمرات در هر دو گروه یکسان است. بررسی نتایج آزمون M باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است ($F = ۰/۸۹$ & $P = ۰/۷۱$). نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز (π) معنی‌دار نمی‌باشد ($F = ۱/۴۷$ ، $p \leq ۰/۱۲۱$). بنابراین، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون

- 1- linearity
- 2- multicollinearity
- 3- homogeneity of variance
- 4- homogeneity of regression

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا، روی میانگین نمره های پس آزمون با کنترل پیش آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	df	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
افسردگی	۹۰۳/۸۰	۱	۲۱۷/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱
اضطراب	۳۹۵/۷۴	۱	۸۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸
نشخوار فکری	۳۲۵۱/۳۶	۱	۸۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰

بود. مطالعه‌ی حاضر بسط و توسعه‌ی امیدوارکننده‌ای از راهنمای درمان فعال سازی رفتاری را به شکل گروهی برای دانشجویان افسرده و مضطرب ارائه می‌کند. نتایج به دست آمده آشکار ساخت که درمان فعال‌سازی رفتاری موجب کاهش معنی‌دار در علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری می‌شود. نتایج همچنین نشان داد که در پیگیری دوماهه آثار درمان حفظ شده است. بهبودی بالینی مشاهده شده در این مطالعه با مطالعات قبلی که اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری را در نمونه های افسرده نشان- داده‌اند [۲۱، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۵، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵] 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 اجتماعی) باشند. این افزایش پاداش-ها به بهبود خلق بیمار کمک می‌کنند [۵۶]. درمان فعال-سازی رفتاری، راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده تر را به کار می‌برد. بنابراین، افراد افسرده با اجرای این راهبرد می‌توانند به شیوه پیش رونده به موفقیت‌هایی دست یابند و این نیز متعاقباً، دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند [۲۶]. این رویکرد درمانی بیماران افسرده را تشویق می‌کند تا با وجود احساس خستگی و غمگینی، فعال تر شوند و یا سعی کنند تا تکالیف رفتاری مرتبط با فرایند درمان را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن این کار نداشته باشند. چنین فرایندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد [۲۶]. مارتل، آدیس و دیمیجیان^۱ [۵۷] نیز

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای افسردگی ($F = ۱۲۷/۵۲۱$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$)، اضطراب ($F = ۸۱/۶۷۱$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$) و نشخوار فکری ($F = ۹۷/۱۰۱$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$) در مرحله پیگیری نیز معنی دار می‌باشد.

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا، روی میانگین نمره های پیگیری با کنترل پیش آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	df	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
افسردگی	۶۲۵/۸۶۱	۱	۱۲۷/۵۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵
اضطراب	۳۸۵/۳۱۱	۱	۸۱/۶۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
نشخوار فکری	۲۵۲۹/۲۸۳	۱	۹۷/۱۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱

بنابراین بر اساس یافته‌های پژوهش، تأثیرات ۸ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری بر متغیرهای افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری معنی دار به دست آمد. نتایج بررسی‌های مرحله پیگیری با فاصله ۲ ماه نیز نشان داد که اثربخشی درمان همچنان باقی مانده است (به عبارتی تأثیر گذر زمان ۲ ماهه بر تأثیر درمان اثربخش نبوده است).

بحث

بسیاری از راهنماهای درمانی برای اختلالات خلقی و اضطرابی به لحاظ تجربی تأیید شده‌اند. با این حال، مداخلاتی که اختلالات خلقی و اضطرابی همایند را هدف قرار دهند، نادر هستند [۵۲]. انتخاب رویکردهای درمانی که به اندازه‌ی کافی جوابگوی نیازهای مراجعان باشد، بسیار ضروری است. اختلالاتی که با هم تداخل دارند و باعث تداوم یکدیگر می‌شوند، موقعیت دشواری را به لحاظ تشخیص اولیه و انتخاب راهنمای درمانی برای متخصصین بالینی به وجود می‌آورند [۵۳]. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در دانشجویان

1- Dimidjian

های محیطی می باشد [۵۶]. طبق نظریه‌ی فعال‌سازی رفتاری، نشخوار فکری یک رفتار خصوصی^۳ 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 مشکل خاص می‌شود که در بهبود افسردگی آماج درمان قرار می‌گیرند: نخست، نشخوار فکری فرد را از محیطش جدا می‌کند و به جای درگیری در فعالیت‌های آن لحظه، وی را بر افکار درونی متمرکز می‌کند. دوم، نشخوار فکری جلوی حل مسأله‌ی ثمربخش را می‌گیرد [۲۳]. درمان فعال‌سازی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های خاصی مانند برجسته ساختن پیامدهای نشخوار فکری، حل مسأله، توجه دقیق به تجربه‌ی حسی^۴، تمرکز مجدد بر تکلیف در دسترس، و برگرداندن توجه^۵ فرد از افکار نشخواری، به بیمار کمک می‌کند تا از این 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 [۲۳]. پژوهش حاضر همسو با مطالعات قبلی [۲۱، ۲۶، ۵۳] نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری افسرده ساز تأثیر دارد. این یافته به طور ضمنی، تلویحات مهمی در پی دارد و این موضوع را می‌توان به عنوان شاهده‌ی بر عملکرد موفق فعال‌سازی رفتاری در تغییر شناخت واره‌ها قلمداد کرد. این احتمال وجود دارد که تغییر رفتاری ایجاد شده توسط درمان فعال‌سازی رفتاری منجر به تغییر در باورها و شناخت‌واره‌هایی گردد که مؤلفه‌ی ضروری برای تغییر هیجانی و رفتاری دیرپای هستند. علاوه بر این، پیشنهاد شده است که تغییر رفتاری (و بنابراین درمان فعال‌سازی رفتاری) ممکن است بیانگر روش بویژه مؤثر تغییر در شناخت‌واره‌ها باشد [۲۳].

یافته‌های پژوهش حاضر به طور بالقوه، تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد و پیشگیری از بروز افسردگی و اضطراب‌هایمانند در دانشجویان دارد. یکی از تلویحات این یافته‌ها می‌تواند این باشد که درمان فعال‌سازی رفتاری به عنوان درمان گروهی و کوتاه‌مدت سودمند است و می‌تواند به عنوان درمانی مقرون به صرفه در نظر

پیشنهاد کرده‌اند که علت اثربخشی این درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان، افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی‌شان را عوض کنند و قانون جدیدی را در زندگی‌شان دنبال کنند؛ یعنی به جای اینکه "هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، خاموش شوند"، "هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، فعال شوند".

همچنین، نتایج این پژوهش با مطالعات قبلی که اثر بخشی درمان فعال‌سازی رفتاری را در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب‌هایمانند نشان داده‌اند [۱۷، ۳۴، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱] هماهنگ است. نتایج پژوهش حاضر برخلاف یافته‌های بیگدلی و رحیمیان بوگر [۳۶] نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر علائم افسردگی بیماران با تشخیص‌هایمانند افسردگی و اضطراب اثربخش است. در ارتباط با اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر علائم اضطرابی می‌توان گفت که هر چند از درمان فعال‌سازی رفتاری اغلب به عنوان مداخله‌ای برای افسردگی استفاده می‌شود، اما نتایج تحقیقاتی که به آنها اشاره شد، نشان داده‌اند که درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند در کاهش علائم اضطرابی همراه با افسردگی نیز مؤثر باشد. در این خصوص می‌توان گفت که اجتناب رفتاری یا موقعیتی^۱، هم به لحاظ ملاک‌های تشخیصی [۶۲] و هم به عنوان یک عامل تداوم بخش در شرایط آسیب‌شناختی [۶۳، ۶۴] نقش بسیار مهمی در اختلالات هیجانی ایفا می‌کند. بنابراین، الگوهای اجتنابی به طور کلی یکی از آماج مهم درمانی در فعال‌سازی رفتاری می‌باشند [۲۳]. فعال‌سازی رفتاری وسیله‌ی درمانی بسیار مؤثری برای تسریع فرایند خاموشی و افزایش تقویت مثبت وابسته به پاسخ^۲ در مشکلات هیجانی می‌باشد. فعال‌سازی رفتاری ممکن است نشانه‌های اضطرابی موجود در افراد تحت استرس هیجانی را به واسطه توجه منظم به رفتارهای اجتنابی و تسهیل رفتارهای رویکردی و گرایشی که برای افزایش دادن تقویت مثبت وابسته به پاسخ به کار می‌روند، کاهش دهد [۳۲].

در خصوص اثربخشی 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 فعالیت

3 - private behavior

4 - sensory experience

5 - distracting

1 - behavioural or situational avoidance

2 - Response-Contingent Positive Reinforcement (RCPR)

- 2- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press; 2002. p. 78-122.
- 3- Levinson DF. The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*. 2006; (60):84-92.
- 4- Buchanan JL. Prevention of Depression in the College Student Population: A Review of the Literature. *Arch of Psychiatry Nurs*. 2012; (26): 21-42.
- 5- Amini H, Farhadi A. Investigation of prevalence of anxiety and depression and its effect on educational performance in students of Lorestan University of medical sciences. *A Quart Res J Stud & Mental Health Conf*. 2002; (8):21-27. [Persian].
- 6- Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on the academic productivity of university students. *J Mental Health Policy & Economics*. 2005; (8):145-151.
- 7- Meilman PW, Manley C, Gaylor MS, Turco JH. Medical withdrawals from college for mental health reasons and their relation to academic performance. *J of American College Health*. 1992; 40(5):217-223.
- 8- Kenney BA, Holahan CJ. Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample. *J American College Health*. 2008; (56):409-414.
- 9- Cranford JA, Eisenberg D, Serras AM. Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behav*. 2009; (34):134-145.
- 10- Rawson HE, Bloomer K, Kendall A. Stress, anxiety, depression, and physical illness in college students. *J Gen Psychol*. 1994; (155):321-330.
- 11- Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Arch of Suicide Res*. 2009; (13):230-246.
- 12- Serras A, Saules KK, Cranford JA, Eisenberg D. Self-injury, substance use, and associated risk factors in a multi-campus probability sample of college students. *Psychol of Addictive Behav*. 2010; (24):119-128.
- 13- Brown TA, Cambell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*. 2001; (110):585-599.
- 14- Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Roy- Burne P, Walters EE. Lifetime panic depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch of General Psychiatry*. 1998; (55):801-808.
- 15- McLaughlin KA, Borkovec TD, Sibrava NJ. The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behav Ther*. 2007; (38):23-38.

گرفته شود. در این مطالعه، پس از اجرای ۸ جلسه درمان فعال سازی رفتاری، نتایج معنی دار بالینی به دست آمد؛ در حالی که برنامه‌ی درمانی کامل شناختی-رفتاری عمدتاً حدود ۲۰ جلسه درمانی را دربر می‌گیرد [۶۵]. بنابراین، درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و کوتاه‌مدت ممکن است درمان امیدوارکننده‌ای برای دانشجویان مبتلا به افسردگی و اضطراب باشد. به خاطر محدودیت‌های موجود در مراکز مشاوره دانشگاه‌ها (از جمله تعداد بالای مراجعین، محدودیت تعداد جلسات، طولانی بودن زمان‌های وقت دهی بعدی و غیره...) 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 گروهی و کوتاه مدت می‌تواند برای مراجعینی که جهت دریافت درمانی اثربخش و مقرون به صرفه به این مراکز مراجعه می‌کنند گزینه‌ی مناسبی باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارتند از: حجم پایین نمونه؛ استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه مدت بودن زمان پیگیری. مسلماً تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. لذا، پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی این درمان را با نمونه بزرگتر و بر روی بیماران بالینی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روان‌شناسی و روانپزشکی اجرا نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی پیگیری‌های طولانی مدت‌تری را انجام دهند. ارزیابی‌های پیگیرانه‌ی بلند مدت می‌توانند در درک آثار طولانی مدت این درمان بر روی افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری کمک کنند.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر بخشی از رساله دکتری تخصصی روانشناسی مؤلف نخست می‌باشد. بدین وسیله از تمامی عزیزانی که به نوعی در اجرای این پژوهش نقش داشته و روند اجرای آن را تسهیل نموده‌اند، بویژه از مساعدت مسئولین محترم مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Young JE, Rygh JL, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. In Barlow DH, editor. *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press; 2008. p. 250-306.

- 30- Daughters SB, Braun AR, Sargeant MN, Reynolds EK, Hopko DR, Blanco C, et al. Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance abuse (LETS Act!). *J Clin Psychiatry*. 2008; (69):122-129.
- 31- Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult and Clin Psychol*. 2006; (74):658-670.
- 32- Gawrysiak M, Nicholas C, Hopko D. Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *J Counsel Psychol*. 2009; (56): 468-475.
- 33- Baruch DE, Kanter JW, Bow M, Pfenning SL. Improving homework compliance in career counseling with a behavioral activation functional assessment procedure: A pilot study. *Cog and Behav Prac*. 2011; (18):256-266.
- 34- Hopko DR, Lejuez CW, Hopko SD. Behavioral activation as an intervention for co-existent depressive and anxiety symptoms. *Clin Case Studies*. 2004; (3):37-48.
- 35- Jalili A. Effectiveness of group behavioral activation on decreasing of depression symptoms and effect of this treatment decreasing of dysfunctional attitudes. [M.A. Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences. 2006. [Persian].
- 36- Bigdeli E, Rahimian boogar I. Effectiveness of group contracting and behavioral activation therapy on depression, anxiety and marital stress reduction in coronary heart disease. *J Clin Psychol*. 2010; 4(8):19-28. [Persian].
- 37- Hooman H. Understanding scientific method in behavioral sciences. Tehran: Samt; 2007. P. 62. [Persian].
- 38- Ghorbani T, Mohammad Khani Sh, Sarami Gh. Comparison of the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy based on coping skills and maintaining treatment with methadone on improvement of emotion regulation strategies and relapse prevention. *J Add Res S U*. 2010; (5):17-74. [Persian].
- 39- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version, Washington, DC: APA; 1997.
- 40- Bakhtiari M. Mental disorders in patients with body dimorphic disorder [M.A. Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2000. [Persian].
- 41- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory- II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
- 16- Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther*. 2004; (35): 205-230.
- 17- Chu BC, Colognori D, Weissman AS, Bannon K. An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cog and Beha Prac*. 2009; (16): 408-419.
- 18- McEvoy PM, Nathan P, Norton PJ. Efficacy of transdiagnostic treatments: a review of published outcome studies and future research directions. *J Cog Psychother: An Inter Quart*. 2009; (23):20-33.
- 19- Mclaughlin KA, Nolen- Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav res and ther*. 2011; (49):186-193.
- 20- Dimidjian S, Martell CR, Addis ME, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression. In Barlow DH, editor. *Clinical handbook of psychological disorders*, 4th ed. A step-by-step treatment manual. New York: Guilford Press; 2008. p. 328-364.
- 21- Ritschel LA, Ramirez C, Crughead WE. Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cog and Behav Prac*. 2011; (18):281-299.
- 22- Addis ME, Martell CR. Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back. New York: New Harbinger Press; 2004. p. 123-168.
- 23- Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide. New York, Guilford Press; 2010. p. 135-157.
- 24- Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Open P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult and Clin Psychol*. 2008; (76):909-922.
- 25- Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatments of depression. *Psychol Med*. 2008; (38): 611-623.
- 26- Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation treatments for adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Sci and Prac*. 2009; (16):383-411.
- 27- Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported treatments. *J Consult and Clin Psychol*. 1998; (66): 7-18.
- 28- Kanter JW, Santiago-Rivera A, Rusch LC, Busch AM, West P. Initial outcomes of a culturally adapted behavioral activation for Latinas diagnosed with depression at a community clinic. *Behav Modification*. 2010; (34):120-144.
- 29- Hopko DR, Lejuez C, LePage J, Hopko S, McNeil D. A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behav Modification*. 2003; (27):458-469.

- patients in primary care. *Psychother: Theo, res, Prac, train*. 2005; (42):236-243.
- 55- Porter JF, Spates C, Smitham SS. Behavioral activation group therapy in public mental health settings: Pilot investigation. *Profession Psychol: Res and Prac*. 2004; (35):297-301.
- 56- Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012. p. 405-422.
- 57- Martell C, Addis M, Dimidjian S. Finding the action in behavioral activation: The search for empirically supported interventions and mechanisms of change. In Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, editors. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guilford Press; 2004. p. 152-167.
- 58- Staley CS, Lawyer SR. Behavioral Activation and CBT as an Intervention for Coexistent Major Depression and Social Phobia for a Biracial Client with Diabetes. *Clin Case Studies*. 2010; (9):63-73.
- 59- Armento MEA, Hopko DR. Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and generalized anxiety disorder. *Clin Case Studies*. 2009; (8):25-37.
- 60- Hopko DR, Robertson SMC, Lejuez CW. Behavioral activation for anxiety disorders. *Behav Analyst Today*. 2006; (7): 212-231.
- 61- Mulick PS, Naugle AE. Behavioral Activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cog and Behav Prac*. 2004; (11):378-387.
- 62- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text Revision, DSM-IV-TR)*. Washington DC: Author; 2000.
- 63- Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press; 2008.
- 64- Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton; 2001.
- 65- Cullen JM, Spates CR, Pagoto S, Doran N. Behavioral Activation Treatment for Major Depressive Disorder: A Pilot Investigation. *Behav Analyst Today*. 2006; (7): 151-166.
- 42- Fata L, Birashk B, Atef-Vahid MK, Dobson KS. Meaning assignment structures/ schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparison of two conceptual frameworks. *Iranian J psychiatry Clin psychol*. 2005; 11 (3): 312- 326. [Persian].
- 43- Kaviani H. Validity and reliability of hospital anxiety and depression scale (HADS), general health questionnaire (GHQ-28), Mood Adjectives Checklist, & BDI in clinical population in comparison with healthy group. [Research report]. Tehran University of Medical Sciences; 2008. [Persian].
- 44- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties. *J Consult and Clin Psychol*. 1988; (56):893-897.
- 45- Kaviani H, Mousavi AA. Psychometric properties of Beck Anxiety Inventory in age and gender categories of Persian population. *J Med fac of Med Sci of, Tehran Univ*. 2008; (66): 136- 140. [Persian].
- 46- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *J Personality Soc Psychol*. 1991; (61): 115-121.
- 47- Luminet O. Measurement of depressive rumination and associated constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, UK: Wiley, 2004; 187-215.
- 48- Papageorgiou C, Wells A. *Depressive rumination; nature, theory and treatment*. New York: John Wiley & sons; 2004.
- 49- Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Personality Soc Psychol*. 1999; (77): 1061-1072.
- 50- Mansouri A. Comparative investigation of worry, obsession and rumination in patients with anxiety and depressive disorders and normal peoples. [M. A. Dissertation]. Tabriz: Tabriz University; 2008. [Persian].
- 51- Lotfinia A. Comparison of problem solving method in depression student with rumination response and distraction. [Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences. 2006. [Persian].
- 52- Houghton S. Behavioural activation in the treatment of depression. *Mental Health Prac*. 2011; (14):18-23.
- 53- Bottonari KA, Roberts JE, Thomas SN, Read JP. Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment- resistant depression. *Cog and Behav Prac*. 2008; (15):376-386.
- 54- Hopko DR, Bell JL, Armento MEA, Hunt MK, Lujuez CW. Behavior therapy for depressed cancer

Effectiveness of Group Behavioral Activation on Depression, Anxiety and Rumination in Patients with Depression and Anxiety

Zemestani, M.* Ph.D., Davoudi, I. Ph.D., Mehrabizadeh-Honarmand, M. Ph.D., Zargar, Y. Ph.D.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of brief group behavioral activation (BA) on depression, anxiety, and rumination in patients with depression and anxiety.

Method: In a pretest-posttest quasi-experimental design including a control group, 27 University students with depression and anxiety subsequent to primary clinical assessment and obtaining study requirements, selected and randomly assigned to either BA (n = 13; 8 females and 5 males) or a wait-list control group (n= 14; 8 females and 6 males). The experimental group received 8-weekly BA sessions. The Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Rumination Response Scale (RRS) were used as the outcome measures. All subjects completed measures at pretest, posttest and 2-months follow up periods. Data were analyzed with multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results of MANCOVA test showed that BA has significant effect on reducing of depression, anxiety symptoms, and rumination. Treatment gains remained over 2 month's follow-up period.

Conclusion: Brief group BA has remarkable effects on improvement of depression and anxiety symptoms and reduction of rumination in students.

Keywords: Behavioral Activation, Depression, Anxiety, Rumination

*Correspondence E-mail:

M.zemestan@gmail.com