

## تأثیر گروه درمانی فعال سازی رفتاری بر راهبردهای تنظیم هیجان و افکار خودکشی دانش آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی

### The Effectiveness of Behavioral Activation Group Therapy on Emotional Regulation Strategies and Suicidal Ideation in Female Students with Major Depressive Disorder

Ehsan Bedayat\*

M. A. in clinical psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran.

[Lost.ehsan@gmail.com](mailto:Lost.ehsan@gmail.com)

Marzieh Askary

M. A. in clinical psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Khomein

احسان بدایت (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران.

مرضیه عسکری

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات واحد خمین، اراک، ایران.

#### Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of behavioral activation group therapy on emotional regulation strategies and suicidal ideation in female students with major depressive disorder. The study was a semi experimental design with pretest-posttest design with control group. The statistical population of the study consisted of all 3grade students of high schools in Shiraz city in the academic year of 2018-19., of which 30 were selected after the diagnosis of major depressive disorder and then the clinical interview and randomly being assigned into two experimental (15 couples) and controls (15 couples) groups. The experimental group received eight sessions of 90 minutes (weekly twice) of the program of behavioral activation group therapy; the control group waited 2 months to receive the intervention. Emotion regulation Gross & John (2003) and beck suicide (1979) questionnaires were used to collect information in two stages of pretest and posttest. Multivariate analysis of covariance analysis was used to analyze the data. The findings of the study showed that there is a significant difference between the two groups in the pre-test and post-test scores with the control of the effect of pretest on the components of emotional a regulation strategies including re-evaluation and suppression ( $P < 0.01$ ). In other words, it can be said that the behavioral activation therapy group has an effect on improving emotional regulation strategies and reducing the suicidal ideation in students with major depressive disorder.

**Keywords:** Behavioral activation, re-evaluation, suppression, suicidal ideation, major depression

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی فعال سازی رفتاری بر راهبردهای تنظیم هیجان و افکار خودکشی دانش آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمام دانش آموزان دختر پایه سوم دوره متوسطه دوم شهر شیراز در در نیم سال اول تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند که ۳۰ نفر از آنها پس از تشخیص اختلال افسردگی اساسی و سپس مصاحبه بالینی، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دوبار) برنامه گروه درمانی فعال سازی رفتاری را دریافت کردند؛ گروه کنترل در به مدت دوماه در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور جمع آوری اطلاعات در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از پرسشنامه های راهبردهای تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت معناداری در بین میانگین نمرات مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم هیجانی شامل ارزیابی مجددشناختی و فرونشانی و افکار خودکشی وجود دارد ( $P < 0/01$ ). به عبارت دیگر می توان گفت که، گروه درمانی فعال سازی رفتاری بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی و کاهش افکار خودکشی دانش آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد.

**واژه‌های کلیدی:** فعال سازی رفتاری، ارزیابی مجددشناختی، فرونشانی، افکار خودکشی، افسردگی اساسی

## مقدمه

اختلال افسردگی اساسی (MDD)<sup>۱</sup>، شایع‌ترین بیماری روانی است که بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در جهان از آن رنج می‌برند و یکی از عوامل مهم ناتوانی در زندگی فرد است (رایس و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). این اختلال در حال حاضر چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می‌شود و طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع در جهان بدل شود (جاد، ۱۹۹۷؛ به نقل از اونولی، اسوندسن، بورستین و مریکانگس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). افسردگی اساسی، به عنوان یک اختلال شدید روان‌پزشکی، هزینه‌های زیادی را بر سلامت عمومی تحمیل می‌کند، که بر زندگی زنان بیشتر از مردان تأثیر می‌گذارد (لوکاس و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). مطابق دیدگاه شناختی، اختلال افسردگی اساسی می‌تواند ناشی از فرآیندهای شناختی منفی باشد که در ایجاد و پایداری این اختلال نقش مهمی ایفا کند. اختلال در کارکردهای شناختی، مشخصه مهم اختلال افسردگی اساسی محسوب می‌شود (روسو، ماهون و بوردیک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). این اختلال ممکن است سبب گرایش افراد به سمت رفتارهای پرخطر، مثل خودکشی شود (پورحسین و همکاران، ۱۳۹۳). براساس آمار پزشکی قانونی کشور، خودکشی<sup>۶</sup> یکی از شایع‌ترین علل مرگ در بین نوجوانان است (گرمارودی، مکارم، علوی و عباسی، ۱۳۸۸). در دو دهه اخیر، پژوهش‌های زیادی درباره خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی انجام شده است و مدل‌های جدیدی برای تبیین این نوع رفتار پرخطر در نوجوانان و ارتباط و افتراق آن از اقدام به خودکشی ارائه شده است (حکیم شوشتری و خانی‌پور، ۱۳۹۳). خودکشی یکی از معضلات بهداشت روان نوجوانان است، سالانه، نزدیک به ۴۶۰۰ نوجوان ۱۰ تا ۲۴ ساله خودکشی می‌کنند. آمار تکان‌دهنده‌تر این است که برای هر خودکشی منجر به مرگ در نوجوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله، بین ۱۰۰ و ۲۰۰ مورد اقدام به خودکشی وجود دارد (اسمیسنی، چریسلر و ویلارول<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). هر چند مقوله خودکشی در کشورهای توسعه یافته مورد توجه بیشتری واقع شده است، ولی در کشورهای در حال توسعه مورد بی توجهی قرار گرفته است (ارژنگ، ۱۳۹۰). شیوع افکار خودکشی<sup>۸</sup> در طول دوره نوجوانی در محدوده ۱۲/۱-۲۹/۹ درصد تخمین زده می‌شود. نتایج مقایسه‌ی ۴۹ کشور در حال توسعه متوسط شیوع کلی افکار خودکشی را ۱۵/۳ درصد گزارش کرده است، بالاترین شیوع مربوط به منطقه آفریقا حدود ۸/۱۹ درصد گزارش شده است (سو-جانگ، بو-جیان، تسی-تسانگ، چائو-پینگ و جین-رو<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). افکار خودکشی، گونه‌ای اشتغال فکری پیرامون مرگ است که هنوز جنبه‌ی عملی به خود نگرفته است. افکار خودکشی و تلاش‌های قبلی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده قوی برای خودکشی نوجوانان شناخته می‌شوند (لوری<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴). تقریباً یک‌سوم از نوجوانانی که افکار خودکشی دارند در سنین نوجوانی برای خودکشی برنامه‌ریزی می‌کنند. حدود ۶۰ درصد از افرادی که چنین برنامه‌ای دارند عمدتاً یک سال پس از شروع پیدایش ایده خودکشی در ذهنشان، اقدام به خودکشی می‌کنند (سیمبار<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴).

مطالعات اپیدمیولوژیک چندگانه، بالینی، گذشته‌نگر، آینده‌نگر و مطالعات مربوط به خانواده یک ارتباط قوی بین راهبردهای تنظیم هیجان و خودکشی را شناسایی کرده‌اند (گوین و اپتر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۲؛ قاسمی نواب، امیری و آزادمرزآبادی، ۱۳۹۶). تنظیم هیجان<sup>۱۳</sup> به ظرفیت نظارت، ارزیابی، درک و اصلاح واکنش‌های هیجانی اشاره دارد به نحوی که برای عملکرد سازگارانه مفید است (اتکین، باشل و گراس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۵). تنظیم هیجان نوع خاصی از خود‌کنترلی و فرآیندی است که افراد به منظور دستیابی به اهداف خود، از طریق آن هیجانات خود را در پاسخ به تقاضاهای محیطی تعدیل می‌کنند (کمپبل-سیلز و بارلو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷). ظرفیت تنظیم هیجانی موفق به فرد این امکان را می‌دهد حتی در موارد مواجهه با تجربیات هیجانی شدید، به طور موثر عمل کند. در مقابل، بدتنظیمی هیجان منعکس‌کننده شیوه‌های مشکل‌ساز برای تجربه و پاسخ به حالات هیجانی از جمله ناتوانی در فهم و پذیرش تجربیات هیجانی خود است (انگلیش، لی،

1. Major Depression Disorder

2. Rice & et al

3. Avenevoli, Swendsen, Burstein & Merikangas

4. Lucas

5. Russo, Mahon & Burdick

6. Suicide

7. Smischney, Chrisler & Villarruel

8. suicidal ideation

9. Su-Jung, Bo-Jian, Tse-Tsung, Chao-Ping & Jiin-Ru

10. Lowry

11. Simbar

12. Gvion & Apter

13. cognitive emotion regulation

14. Etkin, Büchel & Gross

15. Campbell-Sills, & Barlow

جان و گراس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). در پژوهش اتکین و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده شده است که تنظیم هیجانی سازگاران برای کارکرد زندگی روزانه ضروری است. در مقابل، بدتنظیمی هیجان می‌تواند موجب اختلال در کارکرد روزانه شود و با انواع اختلالات روانی و پیامدهای منفی شامل نشانه‌های افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، پرخاشگری و افکار خودکشی همراه است (گراتز، دیکسون-گوردون و هالن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). در مجموع می‌توان گفت که به نظر سطوح عاطفه و تنظیم هیجانی نامناسب می‌تواند زمینه‌ساز رفتار خودکشی را فراهم و خود خودکشی زمینه آسیب‌های بیشتر را ایجاد کند (قاسمی نواب و همکاران، ۱۳۹۶).

با توجه به این امر، ارائه‌ی مداخله‌ی آموزشی و درمانی برای مهار و مدیریت این مشکلات ضروری است. یکی از درمان‌های شناختی که در مورد اختلالات گوناگون روان‌شناختی مورد استفاده بوده است، فعال‌سازی رفتاری<sup>۳</sup> است. این درمان، فرآیند ساختار یافته‌ای است که موجب افزایش تماس فرد با پیوستگی‌های محیطی شده و منجر به بهبود خلق، تفکر و کیفیت زندگی، کاهش اجتناب و ارزیابی‌های منفی و اضطراب اجتماعی می‌گردد (طاهری، طاهری و امیری، ۱۳۹۶). درمان فعال‌سازی رفتاری، که جزء درمان‌های موج سوم محسوب می‌شود، نوعی رفتار درمانی خالص است که تکنیک‌های عینی و راحت الاجرا برای درمان افسردگی و نشانه‌های آن ارائه می‌دهد و به علت کوتاه‌مدت بودن طول دوره‌ی درمان، مقرون به صرفه است (ریچاردز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا بتواند در اولین وهله بهبود یابد و بیمار را از نظر رفتاری و اجتماعی فعال می‌کند و از طریق افزایش تعامل سازنده با افراد سالم و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، فشار روانی و باورهای هیجانی منفی، بیمار را برای درگیر کردن کامل با فرآیند درمان به‌منظور حفظ بهبودی آماده کند (داو و لوکستون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). هدف این نوع درمان ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و همچنین جایگزینی نظامند الگوهای رفتاری ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگاران است. افزون بر این موارد، در این نوع درمان به کیفیت و بهبود کارکرد اجتماعی توجه می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). تا کنون این شیوه درمانی در درمان اختلالات نظیر اختلالات افسردگی و اضطراب (زمستانی، داودی، مهرابی زاده هنرمند و زرگر، ۱۳۹۲؛ خداپناه، مرادی و خداپناه، ۱۳۹۰)؛ افزایش کیفیت زندگی (پرهون، مرادی، حاتمی و مشیرپناهی، ۱۳۹۳)؛ کاهش اجتناب شناختی و ارزیابی‌های منفی (طاهری و همکاران، ۱۳۹۶)؛ سبک‌های اسنادی (شاره، ۱۳۹۵)؛ انعطاف‌پذیری کنشی، باورهای فراشناختی، نشخوار فکری (دشت بزرگی، ۱۳۹۷؛ میلز و اندر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵)؛ پاتریک<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶)؛ کاهش استرس ادراک شده و احساس گناه (اندرسون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵)؛ عطایی مغالو و عطایی مغالو، ۱۳۹۴) و باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و اجتناب‌شناختی کم (راسل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷)، افراد به کار برده شده است.

با توجه به مطالب فوق و سیر روز افزون خودکشی به عنوان یک معضل اجتماعی و خطری برای سلامت روان افراد جامعه و لزومی که در پیشگیری از این پدیده وجود دارد و با توجه به این که امر پیشگیری فقط با شناسایی عوامل مؤثر بر خودکشی امکان‌پذیر است و همچنین با توجه به این که راهبردهای تنظیم هیجان یکی از عواملی است که می‌تواند باعث کنترل یا افزایش پدیده خودکشی (کودینووا و همکاران، ۲۰۱۵) باشد، و با توجه به کارایی طولانی مدتی که آموزش تنظیم هیجان در کاهش افسردگی و سایر اختلالات همبود با آن نشان داده است (میلز و همکاران، ۲۰۱۵)، همچنین خلأ پژوهشی که در این زمینه احساس می‌شود، این پژوهش در پاسخ به این سؤال انجام شد: آیا گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم هیجانی (ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی) و افکار خودکشی دانش آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد؟

## روش

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با مدل پیش آزمون- پس آزمون همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمام دانش آموزان دختر پایه سوم دوره متوسطه دوم شهر شیراز در در نیم سال اول تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین نواحی شهر شیراز یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب (ناحیه ۲) و از این ناحیه نیز به صورت تصادفی سه مدرسه

1. English, Lee, John, & Gross

2. Gratz, Dixon-Gordon & Whalen

3. Behavioral Activation (BA)

4. Richards

5. Dawe & Loxton

6. American psychiatric Association

7. Miles & Ander

8. Patric

9. Anderson

10. Rasel

دخترانه دوره دوم متوسطه انتخاب شد در هر مدرسه از بین دانش‌آموزان پایه سوم، ۲۰ نفر (در مجموع ۶۰ نفر) به صورت تصادفی انتخاب شدند. تست افسردگی بک-۲ بر روی آن‌ها اجرا و دانش‌آموزانی که در این تست نمره‌ی ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) کسب کردند، به مصاحبه دعوت شدند. پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-IV، ۳۰ نفر را که دارای افسردگی شدید (کسب نمره بین ۲۹-۶۳) بودند به تشخیص روان‌شناس پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: اشتن علائم اختلال افسردگی اساسی که با پرسشنامه افسردگی بک-۲ بررسی شد، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی (به تشخیص روان‌شناس پژوهش)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم شرکت همزمان در هرگونه مداخله‌ی درمانی دیگر، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات مداخله‌ی گروهی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه، عقب ماندگی ذهنی، ناتوانی جسمی، عدم تمایل به ادامه درمان. جهت رعایت مسائل اخلاقی، به دانش‌آموزان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه تنظیم هیجان<sup>۱</sup> (ERQ):** این مقیاس توسط گراس و جان<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، تهیه و از ۱۰ ماده و دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی (۶ گویه) و فرونشانی<sup>۳</sup> (۴ گویه) تشکیل شده است. پاسخ‌ها براساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد شناختی از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است. ضرایب همبستگی باز ارزیابی شناختی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۲۴) و با عواطف منفی (۰/۱۴-) و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵-) و عواطف منفی (۰/۰۴-) گزارش شده است (بالزوریتی<sup>۴</sup>، جان و گراس، ۲۰۱۰). این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۰۸۱) و روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس (۰/۱۳) و روایی مطلوب گزارش شده است (قاسم‌پور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ، برای مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی ۰/۸۳ و مؤلفه فرونشانی ۰/۹۰ به دست آمد.

**پرسشنامه خودکشی بک<sup>۵</sup> (BSQ):** این مقیاس را در سال ۱۹۷۹، بک برای سنجش مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته است. اجرای آن از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بود و برآوردی عددی از شدت افکار و امیال خودکشی گرایانه فراهم می‌کند. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ گویه است که بالینگر بر روی یک مقیاس سه نقطه‌ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه‌بندی می‌کند. حداقل نمره (۰) و حداکثر (۳۸) است که نمره‌ی بالا به معنای مستعد بودن بالای فرد نسبت به خودکشی است. پنج گویه اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربال‌گری می‌کند و از این طریق مدت زمان اجرا را در افراد فاقد میل خودکشی کاهش می‌دهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند، در مواد ۶-۱۹ درجه‌بندی می‌شوند. این مواد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه، طرح و برنامه خودکشی، میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی-گرایانه، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیرومندی آرزوی زنده بودن و آرزوی مردن، بازدارنده‌های درونی و بیرونی و سابقه اقدامات قبلی خودکشی مربوط می‌شود. اعتبار و پایایی مقیاس خودکشی بک در پژوهش‌های گوناگون تأیید شده است. برای مثال بک، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد (بک و استیر، ۱۹۹۱). در این پژوهش برای بررسی روایی پرسشنامه از روش روایی محتوایی استفاده شد و اعتبار آن بر پایه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۰/۸۶ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی مناسب برای آزمون بود.

**برنامه درمانی:** روش اجرا بدین صورت بود که پس از انتخاب نمونه‌ی پژوهش و اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دوبار) الگوی برنامه درمانی فعال‌سازی رفتاری را بر اساس پروتکل ارائه شده توسط کانتر، بوش و

1. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

2. Gross & John

3. suppression

4. Balzarotti

5. Beck Suicide Questionnaire

راش<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) (مطابق با جدول ۱) دریافت کردند؛ گروه کنترل به مدت دوماه در لیست انتظار قرار گرفت. پس از پایان جلسات، پس از آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

### جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی

جلسه اول	معرفه، آشنایی و سازماندهی گروه با اصول و قواعد درمان، برقراری رابطه درمانی با مراجعان و آموزش قراردادهای رفتاری (به صورت نوشتاری و کلامی)، تبادل نظر در مورد چگونگی رسیدن به اهداف مورد نظر.
جلسه دوم	آموزش و تمرکز بر فعال سازی رفتاری و نیز تعامل فرد با محیط و آموزش راهبردهای مناسب فعال سازی رفتاری مبتنی بر اصول خاموشی، شکل دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای، پخش فیلم کوتاه اثر پروانه.
جلسه سوم	آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفاف بخشی گروهی (با چهار محور توجه‌هایی در مورد زمینه‌ی کلی افسردگی، انتخاب روش های درمانی مناسب، وضعیت جسمی و روان شناختی فرد، موضوعات انگیزشی)، ارائه فن تن آرامی.
جلسه چهارم	تمرکز بر جنبه‌های افسردگی و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی و بیان جملات مثبت و امید بخش در مورد پیشرفت‌های کوچک مراجع، کار بر روی عقاید فراشناختی.
جلسه پنجم	تمرکز مجدد بر تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی (تشریح حالات خلقی، بهبود سلسله مراتبی و حالات روانی به صورت تمثیل و گفتگوی گروهی مطرح شد).
جلسه ششم	تمرکز بر حالات و قضاوت‌های شناختی افراد، مدیریت تنش‌های آنها (شناسایی باورهای شناختی و ارزیابی‌های منفی، بررسی از طریق یادداشت‌ها در فرم، شخصیت و کنترل تنش، شناسایی و پیشگیری از پیامدهای منفی و نگرش‌ها و باورهای غیر منطقی و منفی و باسازی آنها)، بررسی راهکارهای رایجی از نشخوار فکری.
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی شناختی و مهارت قاطعیت در درمان و استفاده بهینه از روان شناس و مددکار.
جلسه هشتم	جمع بندی و ارائه خلاصه‌های درمانی، نظرخواهی، ارائه راهکارهای پیگیرانه و در نهایت اجرای پس آزمون‌ها.

### یافته ها

#### جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی) و افکار خودکشی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون
ارزیابی مجدد راهبردهای شناختی	کنترل	کنترل
	آزمایش	آزمایش
تنظیم فرونشانی هیجان	کنترل	کنترل
	آزمایش	آزمایش
افکار خودکشی	کنترل	کنترل
	آزمایش	آزمایش

در ادامه نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده برای هر دو گروه در متغیرهای راهبردهای تنظیم هیجان و افکار خودکشی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات راهبردهای تنظیم هیجان و افکار خودکشی در پیش آزمون یکسان می‌باشند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون رعایت گردیده است ( $P > 0/05$ ). در ادامه نتایج آزمون فرستون همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ( $P > 0/05$ ) پشتیبانی می‌کند. همچنین منظور بر تفاوت

میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لامبدای ویکلز استفاده شد که نتایج نشان داد، آزمون لامبدای ویکلز با مقداری برابر با  $F = 4/35$  و  $1/28$  با حذف اثر متغیرهای همپراش، تفاوت در اثربخشی دوره درمانی، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته معنادار می‌باشد ( $p < 0/01$ ). بنابراین جهت بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی گروهی بر راهبردهای تنظیم هیجانی و افکار خودکشی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شد.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس چندمتغیره، متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های کنترل و آزمایش با کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
ارزیابی مجدد شناختی راهبردهای تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون گروه	۱۰۰/۴۳	۱	۱۰۰/۴۳	۱۱۴/۷۲	۰/۰۳	۰/۵۴
	خطا	۱۳۵/۸۸	۲۷	۱۳۵/۸۸	۱۷۳/۲۳	۰/۰۱	۰/۶۱
	مجموع	۳۸۱/۲۱	۳۰				
فرونشانی	پیش‌آزمون گروه	۰/۹۱	۱	۰/۹۱	۵۵/۱۷	۰/۰۳	۰/۵۸
	خطا	۱۴۹۷/۴۸	۲۷	۱۴۹۷/۴۸	۱۸۹/۳۹	۰/۰۱	۰/۶۶
	مجموع	۶۰۸۷/۶۳	۳۰	۶۰۸۷/۶۳			
افکار خودکشی	پیش‌آزمون گروه	۲۹۷/۳۶	۱	۲۹۷/۳۶	۱۱۱/۵۹	۰/۲۱	۰/۴۵
	خطا	۱۱۱/۱۵	۲۷	۱۱۱/۱۵	۱۴۴/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۵۴
	مجموع	۱۲۴/۳۷	۳۰				

با توجه به نتایج جدول ۳، تفاوت بین دو گروه در مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی در مرحله پس‌آزمون ( $\eta^2 = 0/61$  و  $p < 0/01$ ) و مؤلفه فرونشانی در مرحله پس‌آزمون ( $\eta^2 = 0/66$  و  $p < 0/01$ ) و  $F = 189/39$ ) و افکار خودکشی ( $\eta^2 = 0/54$  و  $p < 0/006$ ) معنادار است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می‌شود و می‌توان گفت که گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم هیجانی و افکار خودکشی تأثیر دارد و باعث کاهش معنادار میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای فرونشانی و افکار خودکشی و کاهش ارزیابی مجدد شناختی دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم هیجانی (ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی) و افکار خودکشی دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که، گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی و کاهش افکار خودکشی دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات پورمحمد و همکاران (۱۳۹۷)؛ دشت بزرگی (۱۳۹۷)؛ طاهری و همکاران (۱۳۹۶)؛ شاره (۱۳۹۵)؛ عطایی مغانلو و همکاران (۱۳۹۴)؛ زمستانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ پرهون و همکاران (۱۳۹۳)؛ خدایانه و همکاران (۱۳۹۰)؛ راسل (۲۰۱۷)؛ پاتریک (۲۰۱۶)؛ اندرسون (۲۰۱۵)؛ میلز و همکاران (۲۰۱۵)؛ داو و همکاران (۲۰۱۴) است.

در تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش مؤلفه فرونشانی و افزایش مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی می‌توان اینگونه اظهار کرد که، درمان فعال‌سازی رفتاری مداخله‌ای را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای مثبت و منفی که در مداخله‌های سنتی شناختی بر آن تأکید می‌شود، تأکید نمی‌کند، بلکه سعی می‌کند که فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده و باورهای مثبت درباره نگرانی را زیاد می‌کند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند را تغییر دهد. همچنین می‌توان گفت که درمان فعال‌سازی رفتاری از طریق راهبردهایی چون ارائه اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتی دوره‌ای،

آموزش مهارت‌های روبه‌ای و تفکر نظاره‌ای، شناسایی باورهای فراشناختی مثبت و منفی و نحوه مقابله با آنها، و برنامه‌های درمانی که شامل راهبردهای مقابله فراشناخت‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب در برابر سرزنش خود، تضاد شناختی، افکار مزاحم، خوداشتهالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب کاهش راهبرد تنظیم هیجانی فرونشانی شده. همچنین می‌توان گفت که افراد مبتلا به افسردگی اساسی به خاطر افکار هیجانی منفی و عدم آگاهی از نحوه کنترل افکار در تنظیم هیجانات خود دچار مشکل بوده و به همین دلیل از راهبردهای منفی تنظیم هیجانی از جمله فرونشانی بیشتر استفاده می‌کنند. اینگونه بنظر می‌رسد که دانش آموزان مبتلا به افسردگی اساسی تحت تأثیر افسردگی و هیجانات منفی ناشی از آن، از راهبرد فرونشانی بیشتر استفاده می‌کنند. این در حالی است که در جریان گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری افراد با اربابی مجدد شناخت‌هایشان یاد می‌گیرند که با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نمایند. در جریان گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری افراد با هیجانات منفی کنار آمده و به بازنمایی ذهنی آن در مسیر زندگی خود می‌پردازند و به جای بازداری هیجانی، آن را پذیرفته و از راهبردهای سازگارانه‌تر استفاده می‌نمایند. به‌طوری که تأکید بر توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم می‌گردد.

در تبیین تأثیر گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش افکار خودکشی دانش آموزان می‌توان اینگونه اظهار کرد که این درمان با آشنایی دانش آموزان با نحوه ابراز مناسب هیجانات، به آنها کمک کرد تا کنترل بیشتری بر روی هیجات و نحوه ارائه شان داشته باشد و خود را بشناسند. اگر افراد شناخت کافی در خصوص نحوه ارائه هیجاناتش باشند و موقعیت‌های خود را به‌طور صحیح ارزیابی کنند، بهتر می‌توانند راه‌حل‌های مؤثر را در خود تقویت کنند و می‌توانند در شناسایی موقعیتی کمک کنند که باعث رفتارهایی همچون خودکشی شود. در جلسات درمانی با تکیه بر شناخت افراد از باورهای ذهنی منفی، نوجوانان با راهکارهای مواجهه با آنها آشنا می‌شوند و زمانی که دارای مهارت خودکنترلی بالایی شوند، توانایی بیشتری برای درک خواسته‌های دیگران دارند و به خوبی می‌توانند فشار همسالان را دریابند. با اکتساب این مهارت تغییرات چشمگیری در شاخص‌های فردی و بین‌فردی نوجوانان ایجاد می‌شود، به‌نحوی که آنها به ادراک واقع‌بینانه نسبت به خود و جهان پیرامون دست می‌یابند و در کنترل هیجانات و رفتارها توانمند می‌شوند، همچنین در برقراری روابط مؤثر و عمیق و صادقانه با دیگران توفیق بیشتری می‌یابند. افزون بر آن با بهبود خودکنترلی، کارکردهای هوشی مانند دقت، توجه، استدلال و یادگیری تسریع پیدا کرده که این امر باعث افزایش امید به زندگی و کاهش بروز خودکشی در نوجوانان می‌شود.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که این مطالعه بر روی دانش آموزان دختر انجام گرفته و لذا نتایج به‌دست آمده به دانش آموزان پسر قابل تعمیم نیست و یا باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر شیراز اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد. علاوه بر این، در این پژوهش اثرات گروه درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفته است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثر برخی متغیرهای احتمالی تأثیرگذار نیز کنترل گردد. در مجموع پیشنهاد می‌شود که گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری به عنوان شیوه مناسبی جهت بهبود راهبردهای مقابله‌ای و کاهش افکار خودکشی دانش آموزان با اختلال افسردگی اساسی، توسط مشاوران و روان‌درمانگران در نظر گرفته شود.

## منابع

- ارژنگ، حمید (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- پرهون، هادی، مرادی، علیرضا، حاتمی، محمد و مشیرپناهی، شیوا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۴)، ۶۱-۴۱.

تأثیر گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر راهبردهای تنظیم هیجان و افکار خودکشی دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی  
The Effectiveness of Behavioral Activation Group Therapy on Emotional Regulation Strategies and Suicidal ...

پورحسین، رضا؛ فرهودی، فرزاد، امیری، محسن، جانبرزگی، محمود، رضایی بیداخویدی، اکرم و نورالهی، فاطمه (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۴)، ۴۰-۳۱.

پورمحمد، کامران، مدحی، سرور و فروتن‌نژاد، کاظم (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده. ماهنامه رویش روانشناسی، پذیرفته شده و در نوبت انتشار.

حکیم شوشتری، میترا و خانی‌پور، حمید (۱۳۹۳). مقایسه خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان: مرور نظام‌مند. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۱)، ۳-۱۳.

خداپناه، مژگان، مرادی، علیرضا و خداپناه، مژده (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به چاقی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۵(۱)، ۴۷-۵۷.

دشت‌بزرگی، زهرا (۱۳۹۷). اثربخشی گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی بیماران وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۳۰۲-۲۸۷.

زمستانی، مهدی، داوودی، ایران، مهربانی زاده هنرمند، مهناز و زرگر، بداله (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۵(۴)، ۸۴-۷۳.

شاره، حسین (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوهی گروهی بر سبک‌های اسنادی، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۴)، ۸۸-۷۹.

طاهری، هانیه، طاهری، الهام و امیری، مهدی (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، اجتناب و ارزیابی‌های منفی افراد دارای علایم اضطراب اجتماعی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹(۵)، ۳۶۵-۳۶۱.

عطایی مغانلو، وحید و عطایی مغانلو، رقیه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی بر افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی و احساس گناه در کودکان ۷ تا ۱۵ ساله مبتلا به دیابت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴(۴)، ۳۳۸-۳۲۵.

قاسمی‌نوب، امیر، امیری، سهراب و آزادمرزآبادی، اسفندیار (۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، تجارب عاطفی و دوسوگرایی ابراز هیجان در سربازان با تلاش‌های خودکشی و عادی. *مجله طب انتظامی*، ۱۹(۳)، ۲۹۰-۲۸۲.

گرمارودی، غلامرضا، مکارم، جلیل، علوی، سیده شهره و عباسی، زینب (۱۳۸۸). عادات پرخطر بهداشتی در دانش‌آموزان شهر تهران. *فصلنامه‌ی پیش*، ۱۹(۱)، ۲۹-۲۳.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.

Anderson, L. H. (2015). The effect of behavioral activation group therapy on the resilience, quality of life and perceived stress in abusing in drug abuser patient. *American journal of Orthodontics Orthodontics*, 131(5), 571-572.

Avenevoli, S., Swendsen, J.P., Burstein M. and Merikangas, K.R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey adolescent supplement: prevalence, correlates and treatment. *Journal American Academic Children Adolescent Psychiatry*, 1,54(1), 37-44.

Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26 (1), 61-67.

Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford Press.

Dawe, S., & Loxton, N.J. (2014). Abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorder*, 29, 455-462.

English, T., Lee, I. A., John, O. P., & Gross, J. J. (2017). Emotion regulation strategy selection in daily life: The role of social context and goals. *Motivation and emotion*, 41(2), 230-242.

Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693.

Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., & Whalen, D. (2016). Dark side of the mood or sweet emotion? Toward a more nuanced understanding of emotional lability. *Journal of Research in Personality*, 21(2), 154-166.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.

Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public health reviews*, 34(2), 1-20.

Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Bush, A. M. (2008). Behavioral activation for Latinos with depression. *Clinical Case studies*, 6, 491-506.

Lucas, M., Chocano-Bedoya, P., Schulze, M.B., Mirzaei, F., Oreilly E.J., Okereke, O.I., Hu, F.B., Willett, W.C. and Ascherio, A. (2014). Inflammatory dietary pattern and risk of depression among women. *Brain, Behavior, and Immunity*, 36, 46-53.



- Miles, H., Andr, J. S. (2015). The effect of behavioral activation group therapy on the meta cognitions of abusing in drug abuser. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 80-93.
- Patric, P. (2016). *The effect of behavioral activation group therapy on the stress and obsessive rumination of abusing in drug abuser. Drug and Alcohol, Dependence*, 48, 119-126.
- Rasel, H. (2017). The effect behavioral activation group therapy on the meta cognitive beliefs of abusing in drug abuser. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 401-409.
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D.J., Thapar, A.K. and Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243(15), 175-181.
- Russo, M., Mahon, K. and Burdick, K.E. (2015). Measuring cognitive function in MDD: emerging assessment tools. *Journal Depression and Anxiety*, 32(4) , 262- 269.
- Simbar, M. (2014). *Adolescent Reproductive Health*. Tehran: Golban.
- Smischney, T.M., Chrisler, A., & Villarruel, F.A. (2014). *Risk Factors for Adolescent Suicide*. Research Brief prepared for the U.S. Department of Defense.
- Su-Jung, L., Bo-Jian, W., Tse-Tsung, L., Chao-Ping, C., & Jiin-Ru, R. (2018). Prevalence and characteristics of suicidal ideation among 2199 elderly inpatients with surgical or medical conditions in Taiwan. *BMC Psychiatry*, 18(1), 397.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی

