

**تأثیر آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا  
بر سیستم فعال‌سازی/بازداری رفتاری افراد مبتلا به  
اختلال اضطراب فراگیر**

وحید الهیاری<sup>۱</sup> و شهناز خالقی‌پور<sup>۲\*</sup>

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آرام‌سازی روانی - حرکتی به شیوه سیلوا بر فعال‌سازی/بازداری رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه شمال و مرکز تهران در شش ماهه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل داده بودند. پس از ارزیابی اولیه با استفاده از مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، ۳۰ نفر از آن‌ها به روش در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. آرام‌سازی روانی - حرکتی به شیوه سیلوا در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (در هر هفته دو جلسه) بر روی گروه آزمایش اجرا شد؛ گروه کنترل به مدت دو ماه در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل، در میانگین نمرات سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری تفاوت معناداری وجود داشت. در مجموع با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا بر فعال‌سازی رفتاری و کاهش بازداری رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد.

**کلید واژه‌ها:** آرام‌سازی روانی حرکتی، اضطراب فراگیر، بازداری رفتاری، فعال‌سازی رفتاری

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران  
vahid.allahyari64@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران  
khaleghipour@naeiniu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸-۱۰-۰۳

تاریخ ارسال: ۱۳۹۸-۰۳-۲۱

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)<sup>۱</sup> شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی در افراد است و همبودی<sup>۲</sup> بسیار بالایی با ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی، از جمله اختلالات خلقی، سوء مصرف مواد و روان‌گردان‌ها دارد که از این نظر بار اقتصادی قابل توجهی را برای خانواده و جامعه به دنبال دارد (پتر، لاورینس، مورایاما و کریسول<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). اختلال اضطراب فراگیر را نگرانی شدید دربارهٔ چندین رویداد یا فعالیت تعریف می‌کنند که حداقل به مدت ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم بی‌قراری و احساس برانگیختگی، بی‌تابی، خستگی، خالی شدن ذهن، تحریک‌پذیری، تنیدگی عضلانی و اشکال در خواب همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). شیوع یک ساله آن ۰/۴ درصد تا ۳/۶ درصد برآورد شده است. بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عوامل متعددی از جمله بازداری رفتاری، هیجان‌پذیری منفی، اجتناب از آسیب و رویدادهای منفی زندگی، روان‌بنه‌های مرتبط با تهدید، سوگیری‌های مرتبط با پردازش اطلاعات هیجانی از جمله عوامل خطر ساز این اختلال محسوب می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، پتر و همکاران، ۲۰۱۹).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به دلیل داشتن جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل، به زندگی خود به عنوان یک تهدید می‌نگرند و هنگام مواجهه با مشکل به آسانی احساس ناکامی می‌کنند. اختلال اضطراب فراگیر به واسطهٔ روابط واکنشی و مشکل‌زا با تجربه‌های درونی، پاسخ‌های درونی و رفتاری هدفمند برای اجتناب و کاهش پریشانی و همچنین محدودیت رفتاری ایجاد و تداوم می‌یابند. آن‌ها دارای افکار، هیجان‌ها و حواس فیزیولوژیکی منفی، قضاوتی، واکنشی و آمیخته بوده و از نگرانی به عنوان ابزاری برای اجتناب از این تجربه‌ها استفاده می‌کنند (هیز، اسکلتون، اورسیلو و رومر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). بیماران اضطرابی به علت داشتن ذهن تهدیدکننده راجع به نگرانی تفکر جادویی دارند، یعنی تصور می‌کند میان اعمال شان با خطر رخ دادن فجایع رابطه وجود دارد. براون و بارلو (۲۰۰۹) اختلال اضطراب فراگیر را ناشی

- 
1. General anxiety disorder
  2. Comorbidity
  3. Peter, Lawrence, Murayama and Creswell
  4. American psychiatric association
  5. Hayes-Skelton, Orsillo and Roemer

از تعامل پذیری زیستی مثل عوامل نورویولوژیکیال و آسیب ژنتیک و روان شناختی مثل تجربه های پیش بینی ناپذیر و فقدان کنترل بر محیط می داند. تعامل این آسیب پذیری های زیستی و روان شناختی با رویدادهای منفی یا استرس زای زندگی سبب بروز حالتی از اضطراب می شود که شامل افزایش تنش عضلانی و گوش به زنگی نسبت به تهدید، باورهای منفی درباره نگرانی و راهبردهای ناکارآمد کنترل ذهن است.

گری<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) در تئوری حساسیت به پاداش، الگویی زیستی ارائه کرد که شامل سیستم های مغزی-رفتاری است. به اعتقاد گری این سیستم های مغزی-رفتاری اساس تفاوت های فردی هستند و فعالیت هر یک از آنها به فراخوانی واکنش های هیجانی متفاوت نظیر ترس و اضطراب می انجامد. تئوری حساسیت به پاداش گری سیستم بازداری رفتاری<sup>۲</sup> (BIS) و سیستم فعال سازی رفتاری<sup>۳</sup> (BAS) را به عنوان سیستم های عصب روان شناختی توصیف می کند که به صورت خودکار در موقعیت های محیطی فعال می شوند. سیستم فعال سازی رفتاری (BAS) نسبت به محرک های پاسخ می دهد که همراه با پاداش، حذف و ناپدید شدن یک محرک منفی باشد. BAS با عواطف مثبت، رفتارهای ریسک پذیر و سطح بالاتری از برانگیختگی همراه است. گری و مگ نوتون (۲۰۰۰) مطرح می کنند که سیستم فعال ساز رفتاری مسئول تجربه احساسات مثبت همچون امید، وجد و شادی است، افرادی که سیستم BAS در آنها فعال تر است گرایش زیادی به تلاش برای رسیدن به هدف و تمایل زیادی برای تجربه کردن احساسات مثبت در موقعیت هایی که احتمال پاداش در آنها زیاد است دارند. سیستم بازداری رفتاری (BIS) نیز نحوه پاسخ به محرک های شرطی منفی را تعیین می کند. در حالی که افرادی که در BIS نمرات بالاتری کسب می کنند، محتاط تر هستند، اضطراب بیشتری را تجربه می کنند و رفتارهای اجتنابی از خود نشان می دهند (لرنر، هاتاک و روچ، ۲۰۱۸). پیامدهای فعالیت نظام بازداری رفتاری (BIS) عبارت از اختلال در رفتار فعلی، خلق منفی، سوگیری توجه به سمت منابع تعارض و افزایش برانگیختگی است. این پیامدها موجب می شود تا فرد با اجتناب از منبع تهدید، تعارض خویش را حل کند. همچنین حساسیت نسبت

- 
1. Gray
  2. Behavioral activation systems
  3. Behavioral inhibition systems
  4. Lerner, Hatak and Rauch

به محرک‌های آزارنده به عنوان یک عامل خطر ساز در قلمرو آسیب‌شناسی روانی، به ویژه اضطراب، مفهوم سازی شده است. BIS با عواطف منفی در رابطه است و بر اثر محرک‌های منفی فعال می‌شود. شواهد روانی- فیزیولوژیک بیان می‌کند که هر دو سیستم انگیزشی فعال‌سازی/ بازدارنده رفتاری، تحت تأثیر شاخه سمپاتیک سیستم عصبی خودکار است که به طور فعالانه‌ای متضاد هم عمل می‌کنند. پایه‌های نورواناتومی سیستم بازدارنده رفتاری که فعالیت زیاد آن با تجربه اضطراب مرتبط است، در قشر اریتروفورنتال، دستگاه سیتوهیپوکمپی و مدار پایز قرار دارد (پدرسون، فیت و بوتولاتو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). اخیراً فرضیه زیرسیستم‌های مشترک بیان می‌کند که BIS و BAS دارای پتانسیل نفوذ هستند و ممکن است بر روی عملکرد یکدیگر اثر گذار باشند یا با هم همکاری داشته باشند، به طوری که تحت تأثیر فعال‌سازی نسبی همدیگر قرار گیرند (پدرسون و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در خرده مقیاس‌های سیستم بازدارنده رفتاری نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم کسب می‌کنند (خانی، داداشی و قریشی، ۱۳۹۶؛ جنسن، اهد و دی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

تاکنون روش‌های دارویی و غیر دارویی متفاوتی برای کاهش اضطراب انجام شده است که از آن جمله می‌توان از ماساژ درمانی، تمرین‌های ورزشی، طب سوزنی، موسیقی درمانی، دعا و اعمال مذهبی را نام برد (طیبی، کسری دهکردی، عبادی، صحرايي و همکاران، ۱۳۹۴). آرام‌سازی روانی حرکتی نیز به عنوان یکی از روش‌های غیر دارویی است که برای بهبود حالات روان‌شناختی و کاهش افکار تهدیدآمیز و منفی به کار گرفته می‌شود. یک بیمار مضطرب هنگام شروع فعالیت ذهنی وضعیت را تهدیدآمیز و بحرانی در نظر می‌گیرد و بدین ترتیب ناخودآگاه برای بازدارنده و اجتناب از رفتار ذهن برنامه‌ریزی می‌کند. شواهدی وجود دارد که آرام‌سازی می‌تواند منافع فیزیولوژیک و سایکولوژیک مهمی در کنترل اضطراب داشته باشد (بستیل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). از جمله روش آرام‌سازی روانی حرکتی<sup>۴</sup>، شیوه سیلوا<sup>۵</sup> است که برای آرمیده

- 
1. Pederson, Fite and Bortolato
  2. Jensen, Ehde and Day
  3. Bastable
  4. Psychomotor relaxation
  5. Silva

ساختن ذهن و بدن و سپس استفاده از فرکانس های کم بسامد مغز و توان های نهایی نیمکره راست برای ایجاد نتایج و موقعیت های مثبت و مطلوب است. در سطح امواج کم فرکانس آلفا تصویرسازی ذهنی امکان پذیر می شود. در وضعیت آلفا توانایی ها و نیروهای ذهن نیمه هشیار به ذهن هشیار انتقال یافته و در نتیجه عادات جبری غیر قابل تغییر به مکانیسم های قابل کنترل تبدیل می شود. همچنین در حالت تصویرسازی ذهنی برخی از نقاط نیمکره راست تجهیز می شود که در محدوده ذهنی به گونه ای هدفمند عمل کند. همچنین فرد از طریق تمرین های مکرر می آموزد که با کنترل آگاهانه ذهن بر روی افکار خود تأثیر بگذارد و به این ترتیب موجب تغییرات آگاهانه جسمانی خویش شود (سیلوا، ۲۰۱۱).

اگر متد سیلوا منحصر به ریلکس ساختن بدن و آرام سازی ذهن بود، ما می توانستیم آن را همان مراقبه بنامیم، اما متد سیلوا چیزی فراتر از مراقبه معمولی و فعال و پویاست نه نافع و ایستا. آنچه در متد سیلوا پس از کشیدن سه نفس عمیق اتفاق می افتد، همان حالت بی ذهنی نیست که معمولاً در مراقبه معمولی رخ می دهد، بلکه ذهن فعال است (کانتیسانی، کوئینگ، هورن، مولر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج مطالعات نشان داده است که آموزش آرام سازی سیلوا بر افسردگی و اضطراب (لارنت، آگوراستوس، یاسوریدیز، کیلنر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ کانتیسانی و همکاران، ۲۰۱۵؛ زوا، لی، لی، لیو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) تأثیر دارد.

با توجه به سیر مزمن و شیوع بالا و همبودی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلالات روان پزشکی این اختلال به عنوان مهمترین اختلال ناتوان کننده برای بزرگسالان مطرح شده است. نتایج تحقیقات حاکی از آن است افراد مبتلا به اضطراب فراگیر تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات دارند و در موقعیت ها و رویدادهای مختلف به علت اضطراب و نگرانی قادر به تصمیم گیری برای مدیریت صحیح زندگی خود نیستند و این نگرانی به اجتناب شناختی و جهت گیری منفی نسبت به مشکل منجر می شود، آن ها مستعد نگرانی بسیار بالا هستند و فعالیت این سیستم موجب فراخوانی حالت عاطفی اضطراب و برانگیختگی و اجتناب فعل پذیر در آن ها می شود. همچنین با توجه به شیوع بالای اختلال اضطرابی و ایجاد آسیب های متعددی

- 
1. Cantisani, Koenig, Horn and Müller
  2. Lorent, Agorastos, Yassouridis and Kellner
  3. Zhou, Li, Li and Liu

در حوزه‌های شناختی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی (پتر و همکاران، ۲۰۱۹) و برتری درمان آرام‌سازی روانی حرکتی نسبت به سایر درمان‌های روان‌شناختی در کاهش اضطراب بیماران (زوا و همکاران، ۲۰۱۵) و فقدان پیشینه در زمینه بررسی تأثیر آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا بر سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، این پژوهش با هدف تأثیر مداخله آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا بر سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

## روش

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با مدل پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی منطقه شمال و مرکز تهران در شش ماهه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. به‌منظور انتخاب نمونه پژوهش آزمون سنجش شدت اختلال اضطراب فراگیر بر روی افراد مراجعه‌کننده اجرا و افرادی که نمره بالاتری از نمره برش (۱۰) در این آزمون کسب کردند، انتخاب و پس از ارزیابی‌های اولیه بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار یافته توسط روان‌شناس پژوهش با نمونه‌گیری دردسترس ۳۰ نفر از افرادی که ملاک‌های تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را داشتند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی (به تشخیص روان‌شناس پژوهش)، دامنه سنی ۲۰-۳۵ با توجه به شدت علائم در بالغین جوان، عدم شرکت همزمان در هرگونه مداخله درمانی دیگر، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی بود. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه، معلولیت ذهنی، ناتوانی جسمی، عدم تمایل به ادامه درمان. برای رعایت مسائل اخلاقی به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند. بر اساس معیارهای تدوین شده پژوهشگر موافقت‌نامه‌ای با هر یک از آزمودنی‌ها تنظیم کرد، در این موافقت‌نامه اطلاعاتی درباره هدف، مراحل اجرا، طرح آزمایشی، نوع مداخله و سایر فعالیت‌ها درج و به امضای آزمودنی‌ها رساند و سودمندی بالقوه پژوهش برای آن‌ها مطرح شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

**مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD - 7)**<sup>۱</sup>: این مقیاس را اسپیتزر، کروونکی، ویلیامز و لوی<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) ساخته اند که شدت اضطراب طی دو هفته گذشته را اندازه گیری می کند. این مقیاس حاوی ۷ گویه است که با مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره گذاری می شود و دامنه نمره از (۰) تا (۲۱) با نمره برش ۱۰ است. ضریب آلفای کرونباخ خارجی این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران ۰/۹۲ و روایی آن ۰/۷۴ و پایایی نسخه هنجاریابی ایرانی آن ۰/۸۵ و روایی آن ۰/۶۳ گزارش شده است (ناینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

**مقیاس سیستم های فعال سازی / بازداری رفتاری کارور و وایت**<sup>۳</sup>: مقیاس BAS/BIS یک مقیاس خود گزارش دهی است که دارای ۲۰ گویه است که براساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت از صفر (هرگز) تا چهار (خیلی زیاد) نمره گذاری می شود. زیر مقیاس BIS شامل ۷ گویه است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری را در پاسخ به نشانه های تهدید اندازه می گیرد که دامنه آن از (۰) - (۲۸) متغیر است. مقیاس BAS نیز شامل ۱۳ گویه با دامنه (۰) - (۵۲) است که حساسیت سیستم فعال سازی رفتاری را ارزیابی می کند و شامل ۳ زیر مقیاس (۱) سائق، که تمایل به تعقیب فعالانه اهداف مطلوب را اندازه گیری می کند؛ (۲) پاسخدهی به پاداش، که بر روی پاسخ های مثبت نسبت به وقوع پاداش یا پیش بینی آن تمرکز دارد و (۳) جستجوی سرگرمی، که تمایل برای پاداش جدید و دستیابی به رویدادهای پاداش دهنده آنی را در بر می گیرد. کارور و وایت (۱۹۹۴) همسانی درونی زیر مقیاس BAS در سه مقیاس سائق ۰/۷۶، پاسخدهی به پاداش ۰/۷۳ و جستجوی سرگرمی ۰/۶۶ و همسانی درونی BIS را ۰/۷۳ گزارش کرده اند. ضریب پایایی نسخه فارسی این مقیاس را در ایران محمدی (۱۳۸۷) برای مقیاس BAS ۰/۶۸ و برای مقیاس BIS ۰/۷۱ گزارش کرده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ مقیاس BIS (۰/۸۰)، و BAS (۰/۷۸) به دست آمد.

**روش اجرا:** بعد از اجرای پیش آزمون، درمان آرام سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا در ۸

- 
1. Generalized Anxiety Disorder Scale- 7 Item
  2. Spitzer, Kroenke, Williams and Lowe
  3. Carver and White Behavioral Activation / Inhibition Systems Scales

جلسه ۹۰ دقیقه‌ای براساس کتاب روش پرورش ذهن سیلوا<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) توسط پژوهشگر تدوین شد و هفته‌ای دو جلسه به مدت یک ماه به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد؛ گروه کنترل به مدت یک ماه در لیست انتظار قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات گروه درمانی سیلوا

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکالیف خانگی
۱	معارفه و آشنایی با روش سیلوا در کنترل اضطراب	برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، توصیف اختلال اضطراب فراگیر، آشنایی با اصول کلی درمان، ارتباط متقابل ذهن و جسم و نقش تمرین‌ها در کنترل ذهن	توان برنامه‌ریزی ذهنی جهت کنترل آگاهانه ذهن	شناسایی و ثبت علائم اضطراب
۲	ریلکس کردن ساده ذهن	ریلکس کردن عضلات بدن، تنفس عمیق، آماده‌سازی ذهن برای حرکت به سطح آلفا، پرورش احساس گرمی و مهربانی با خود و دیگران	افزایش حس مهربانی با خود و آرام کردن ذهن	آرام‌سازی عضلانی و ششمارش معکوس
۳	ریلکس کردن عمیق ذهن	تجسم منفرد، تجسم نمادها، تجربه همزمان سلامت جسم و ذهن با تصویرسازی	گسترش تصاویر مثبت ذهنی و افزایش فعالیت ذهنی	تم‌ترین تجسم‌سازی ذهنی بیوفیدبک
۴	تولید امواج آلفا	تصویرسازی ذهنی زیبایی و سلامت به همراه ریلکس کردن عضلات بدن و چرخش چشم‌ها	تغییر کانون تمرکز چشم‌ها و تولید امواج آلفا	تکنیک چرخش چشم‌ها و ششمارش معکوس
۵	آرامیدگی با کنترل آگاهانه ذهن	تجسم و تصویرسازی آنچه که دوست داریم باشیم. مثلاً جسمی سالم همراه با انرژی‌های مثبت، بیان کلمات مثبت برای بهتر بودن، تحریک نیمکره راست و ایجاد خلاقیت ذهنی	افزایش ادراک، خلاقیت و سلامتی ذهنی سلامت	آرامیدگی، تصویرسازی ذهنی سلامت

#### 4. Mind Expanding Techniques, The Silva Method



جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکالیف خانگی
			موردانتظار	
۶	کاهش اضطراب	تصویرسازی و تجسم خود بدون علائم اضطراب و شناخت احساس درونی	بازیابی سلامتی ذهن و کاهش اضطراب	تکنیک سه تصویر و خود سالم
۷	تشکر ذهن آگاهانه از اعضای بدن	تشکر از مغز و تمرکز بر ساختار آن به خاطر اعمال قهرمانانه که ناشی از هوش و استعداد است، تشکر از حواس پنج گانه و سلول های دفاعی بدن جهت ایمن ساختن جسم در برابر بیماری ها	افزایش نگرش مثبت به ذهن و تشکر برای زندگی سالم	نوشتن نامه قدرانی به خاطر جسم و ذهن سالم
۸	پایان سفر تخیلی	خروج از جریان خون با ورود به ریه ها و نقش آن در تأمین اکسیژن، حرکت به سمت قلب و مغز و با هشیاری کامل از تخیل خارج شدن	تمرکز بر اندام های درونی و خروج از تخیل	شمارش معکوس و باز کردن چشم ها

### یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان می دهد که افراد گروه نمونه در گروه آزمایش ۹ نفر زن و ۶ نفر مرد بودند و در گروه کنترل ۸ نفر زن و ۷ نفر مرد بوده اند. رده سنی گروه آزمایش  $28/52 \pm 2/62$  و در گروه کنترل  $29/13 \pm 2/51$  بوده است. مقطع تحصیلی در گروه آزمایش ۲۰ درصد دیپلم و ۸۰ درصد لیسانس و در گروه کنترل ۴۶٫۶ درصد دیپلم و ۵۳٫۳ درصد لیسانس بوده است. در جدول (۲)، آماره های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات سیستم های فعال سازی / بازداری رفتاری دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، ارائه شده است.

جدول ۲: آماره های توصیفی نمرات سیستم های فعال سازی / بازداری رفتاری در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	KM-Z	معناداری	لوین	معنی داری
		میانگین	میانگین				
		انحراف معیار	انحراف معیار				
فعال سازی	آزمایش	۱۸/۴۵	۳/۳۱	۲۳/۷۵	۳/۲۵	۰/۱۶	۰/۱۱
	کنترل	۲۳/۷۵	۳/۳۱	۲۳/۷۵	۳/۲۵	۰/۱۶	۰/۱۱

رفتاری	کنترل	۱۸/۵۲	۳/۴۵	۱۸/۴۵	۳/۴۲	۰/۱۵	۰/۱۹	۰/۹۸	۰/۳۲
بازداری	آزمایش	۱۸/۱۳	۲/۹۷	۱۴/۸۷	۲/۹۲	۰/۱۲	۰/۲۰	۱/۵۲	۰/۲۲
رفتاری	کنترل	۱۷/۵۳	۳/۱۱	۱۷	۳/۰۲	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۶۷

نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری نشان داد سطح معناداری به دست آمده برای هر دو گروه در متغیر وابسته پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. بنابراین، با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری در پیش‌آزمون یکسان هستند. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری در مرحله پس‌آزمون رعایت شده است (P > ۰/۰۵). نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح (P > ۰/۰۵) پشتیبانی می‌کند.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	آزمون	ارزش	F	معناداری	Eta <sup>2</sup>
اثر پیلایی		۰/۸۴	۱۶/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴
فعال‌سازی/لامبدای ویلکز		۰/۱۵	۱۶/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴
بازداری رفتاری اثر هتلینگ		۵/۶۱	۱۶/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴
بزرگ‌ترین ریشه‌روی		۵/۶۱	۱۶/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول (۳) روی نمرات پس‌آزمون سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری، با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد که آزمون اثر پیلایی، آزمون لامبدای ویلکز، آزمون اثر هتلینگ و آزمون بزرگ‌ترین ریشه‌روی، با (F= ۱۶/۹۰) با درجه آزادی ۳ و سطح معناداری (p < ۰/۰۱)، تأثیر آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا بر سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر معنادار است.

تأثیر آرام سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا بر سیستم فعال سازی ..... ۱۱۹

بنابراین، می توان گفت آرام سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا باعث بهبود حداقل یکی از زیر مقیاس ها شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره تأثیر آرام سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا

بر سیستم های بازداری / فعال سازی رفتاری

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	Eta <sup>2</sup>	توان آماري
سیستم فعال سازی رفتاری	۶۹۷/۱۹	۶۹۷/۱۹	۳۰/۴۹	۱	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
سیستم بازداری رفتاری	۶۴۷/۲۵	۶۴۷/۲۵	۲۲/۰۶	۱	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱/۰۰

در ادامه به منظور بررسی سؤال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا آرام سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا بر سیستم های بازداری / فعال سازی رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد؟» از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شد. همانگونه که نتایج نشان می دهد با کنترل اثر پیش آزمون، بین میانگین نمرات سیستم های بازداری / فعال سازی رفتاری در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $P > 0/001$ ). به عبارت دیگر آرام سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا، با توجه به میانگین نمرات مقیاس های فعال سازی / بازداری رفتاری در افراد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل باعث افزایش فعال سازی رفتاری و کاهش بازداری رفتاری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برای زیر مقیاس سیستم فعال سازی رفتاری ۰/۴۸ و سیستم بازداری رفتاری ۰/۳۵، به دست آمد.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا بر سیستم‌های فعال‌سازی/ بازداري رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا بر فعال‌سازی رفتاری و کاهش بازداري رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد. در بحث همسویی این یافته می‌توان به نتایج مطالعات لارنت و همکاران (۲۰۱۶) و کانتیسانی و همکاران، ۲۰۱۵ اشاره کرد که در زمینه تأثیر آرام‌سازی روانی حرکتی بر افسردگی است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که سیستم فعال‌سازی/ بازداري رفتاری از جمله عوامل خلقی به شمار می‌آیند و عوامل خلقی هم در واقع شالوده ذاتی شخصیت را شکل داده و در تعیین واکنش‌های روان‌شناختی افراد نقش زیادی دارند، می‌توان گفت افرادی که به طور ژنتیکی حساسیت بالایی به محرک‌های تنبیه‌کننده داشته و حساسیت کم به محرک‌های پاداش‌دهنده نشان می‌دهند، ادراک تهدیدشدگی بیشتری از محرک‌های مختلف دارند و در صورت تشکیل این سازمان ادراکی، از بین بردن با محرک‌های تشویقی به خاطر فعالیت پایین سیستم وابستگی به پاداش در آن‌ها دشوار است، لذا نتیجه چنین چرخه‌ای می‌تواند موجب بروز اضطراب در فرد باشد (لرنر و همکاران، ۲۰۱۸). در این رابطه آرام‌سازی روانی حرکتی همراه با ریلکسیشن و تنفس‌های عمیق که با سفت و شل کردن ماهیچه‌ها است کمک شایانی در برطرف کردن خمودگی، خستگی و ایجاد حالات شادابی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌کند که این امر می‌تواند به میزان قابل توجهی از تکانشگری آن‌ها بکاهد، علاوه بر این آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا با تقویت حالات روانی و افزایش اعتماد به نفس در این بیماران باعث افزایش بازدهی و بیداری استعداد‌های درونی و افزایش قدرت تعقل و خلاقیت می‌شود به گونه‌ای که بیماران با استفاده از تکنیک‌های این درمان همچون شمارش معکوس و تصویرسازی ذهنی می‌آموزند که وقایع را همان‌طور که هستند بپذیرند و به جای اجتناب از رویارویی با افراد و وقایع، نسبت به محیط اطراف خود پذیرا و مهربان‌تر باشند که از این نظر می‌تواند بر کاهش سیستم بازداري رفتاری آن‌ها تأثیر داشته باشد.

از آنجا که تمرین‌های آرام‌سازی روانی حرکتی، مدارهای نورونی ویژه‌ای را تقویت می‌کند،

نوعی توازن و ریتم خاصی را ارائه می کند که موجب می شود هماهنگی بین سیستم عصبی عضلانی ارتقاء یابد و سیستم های اسکلتی، عضلانی، قلب و عروق و فرایندهای روان شناختی با تأثیر بر عمق بخشی آرام سازی، اضطراب را کاهش دهد و بر اجتناب منفعل تأثیر بگذارد. در واقع آموزش مهارت های روانی حرکتی علاوه بر تقویت مهارت های حسی حرکتی می تواند بر سایر فرایندهای شناختی و فراشناختی تأثیر بگذارد به صورتی که تمایل فرد را به تعقیب فعالانه اهداف مطلوب و پاسخدهی به پاداش افزایش دهد که بر پاسخ های مثبت نسبت به وقوع پاداش یا پیش بینی آن تمرکز دارد و گرایش فرد برای دستیابی به رویدادهای پاداش دهنده آنی را تقویت می کند. همچنین وجود تمرین های فکری مانند توجه آگاهی، افراد را به چالش فکری می کشاند و سبب بهبود عملکرد آن ها در بسیاری از زمینه ها می شود، از این رو فرد در هنگام مواجهه با شرایط تنش زا، کمتر دچار اضطراب و تکانشگری می شود.

زوا و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند که این روش باعث ایجاد تعادل بین کارکرد هیپوتالاموس خلفی و قدامی می شود و در نتیجه از بروز عوارض نامطلوب ناشی از تنش و اضطراب جلوگیری می کند. آرام سازی روانی حرکتی جزء مهم بسیاری از روش های طب مکمل و جایگزین است که در آن شخص از طریق انقباض فعال و سپس شل کردن ماهیچه های خاص باعث احساس آرامش و کاهش اضطراب در فرد می شود (لارنت و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، آموزش مهارت آرام سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ضرورت دارد، زیرا کاهش اضطراب به افزایش تمرکز، انگیزه و احساس خوب جسمی و روانی در افراد با اختلال اضطراب فراگیر منجر می شود.

این پژوهش نیز مانند سایر مطالعات با محدودیت هایی مواجه بوده است که می توان گفت با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه این پژوهش بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بوده در تعمیم یافته های پژوهش به بیماران با سایر اختلالات باید احتیاط کرد. علاوه بر این، در این پژوهش اثرات درمانی به علت عدم دسترسی بعد از پایان جلسات به افراد گروه آزمایش، در فواصل زمانی مختلف پیگیری نشد. در مجموع با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، پیشنهاد می شود که گروه درمانی آرام سازی روانی حرکتی به شیوه سیلوا به عنوان مداخله ای مؤثر در بهبود سیستم های فعال سازی / بازسازی رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مراکز مشاوره و کلینیک های روان درمانی توسط مشاوران و روان درمانگران در نظر گرفته شود.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با مشارکت و همکاری خود ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، کمال قدردانی را به عمل آورند.

### منابع

خانی، مهدی، داداشی، محسن و قریشی، ابوالفضل (۱۳۹۶). مقایسه‌ی سیستم‌های مغزی/رفتاری، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب شناختی در بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد سالم. *مجله علوم پزشکی زنجان*، ۲۵(۱۱۱): ۶۷-۸۱.

طیعی، علی، کسری دهکردی، علیرضا، عبادی، عباس، صحرایی، هدایت و عین‌اللهی، بهزاد (۱۳۹۴). تأثیر رایحه درمانی با اسانس اسطوخودوس بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران همودیالیزی: کارآزمایی بالینی. *فصلنامه مراقبت میننی بر شواهد*، ۵(۱۵): ۷۴-۶۵.

محمدی، نورالله (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های سیستم‌های بازداری و فعال‌سازی رفتار در دانشجویان دانشگاه شیراز. *دو ماهنامه دانشور رفتار*، ۱۵(۲۸): ۶۱-۶۸.

ناینیان، محمدرضا، شعیری، محمدرضا، شریفی، معصومه و هادیان، مهری (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر. *دوفصلنامه علمی پژوهشی شاهد*، ۲(۴): ۴۱-۵۰.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: Author.
- Bastable, S. B. (2017). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Brown, T. A. and Barlow, D.H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*. 21(3):256-71.
- Cantisani, A., Koenig, T., Horn, H., Müller, T., Strik, W. and Walther, S. (2015). Psychomotor retardation is linked to frontal alpha asymmetry in major depression. *Journal of affective disorders*. 188(1):167-172.
- Carver, C. S. and White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of personality and social psychology*. 67(2): 319-333.
- Gray, J.A. (1994). A general model of the limbic system and basal ganglia: applications to schizophrenia and compulsive behavior of the obsessive type.

- Rev Neurol (Paris). 150(8):605-13.
- Gray, J. A. and Mcnaughton, N. (2000). *The psychology of Anxiety and Enquiry in to the functions of the septo hippocampus system*. Oxford University Press, Oxford.
- Hayes-Skelton, S. A., Orsillo, S. M. and Roemer, L. (2013). An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*.20(3): 264-281.
- Jensen, M. P., Ehde, D. M. and Day, M. A. (2016). The behavioral activation and inhibition systems: implications for understanding and treating chronic pain. *The Journal of Pain*.17(5):518-529.
- Khani, M., Dadashi, M. and ghoreishi, A. (2017). Comparison of Brain/Behavioral System Activity, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Avoidance among Individuals with Generalized Anxiety Disorder and Normal Subjects. *Journal Adv Med Bio Res* .25 (111):67-81(Text in Persian).
- Lerner, D. A., Hatak, I. and Rauch, A. (2018). Deep roots? Behavioral inhibition and behavioral activation system (BIS/BAS) sensitivity and entrepreneurship. *Journal of Business Venturing Insights*.1(9):107-115.
- Lorent, L., Agorastos, A., Yassouridis, A. Kellner, M. and Muhtz, C. (2016). Auricular acupuncture versus progressive muscle relaxation in patients with anxiety disorders or major depressive disorder: A prospective parallel group clinical trial. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*. 9(4):191-199.
- Lawrence, P. J., Murayama, K. and Creswell, C. (2018). Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.58(1): 10.1016/j.jaac.2018.07.898.
- Mohammadi, N. (2011). Psychometric properties of scales of inhibition systems and Behavior activation in Shiraz University students. *Bimonthly Behavioral scientist*. 15(28):61-68(Text in Persian).
- Naeinian, M., Shaeiri, M., Sharif, M. and Hadian, M.(2011). To Study Reliability and Validity Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*, 2(4):41-50(Text in Persian).
- Peter, J., Lawrence, D, C., Murayama, K. and Creswell, C. (2019). Systematic review and meta-analysis: Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.58(1): 46-60.
- Pederson. C. A. Fite, P. and Bortolato, M. (2018). The Role of Functions of Aggression in Associations between Behavioral Inhibition and Activation and Mental Health Outcomes. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*. 27(8) doi.org/10.1080/10926771.2017.1370053.
- Silva, J. and Miele, P. (2011). *The Silva mind control method*. Simon and

Schuster.7edition.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. and Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*.166(10):1092-1097.

Teibe, A., Kasrie, dehkordi, A., Ebadi, A. Sahraei, H. and Einoallahei, B. (2015). The effect of aromatherapy essential oil on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients: Clinical Trial. *Journal of Evidence-Based Care*.5(2):65-74(Text in Persian).

Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D. and Xin, X. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European journal of oncology nursing*.19(1):54-59.





---

**The Effect of Silva Based Psycho Motor Relaxation Method on Behavioral Activation/ Inhibition Systems on Patients Suffering from Generalized Anxiety Disorder**

---

Vahid Allahyari<sup>1</sup> and Shahnaz Khaleghipour\*<sup>2</sup>

**Abstract**

The present study aimed to investigate the effectiveness of psycho-motor relaxation in the Silva method on Behavioral Activation / Inhibition Systems in patients suffering from generalized anxiety disorder. This is a semi experimental study. Thirty subjects were chosen by available sampling from the statistical population of the study which consisted of all patients suffering from generalized anxiety disorder and were referred to the counseling centers in north and Centre of Tehran during the first half of 2018. Subjects were randomly put into two groups, control (n=15) and experimental (n=15). The experimental group received Silva-based psycho-motor relaxation therapy in 8 sessions of 90 minutes. Behavioral activation/inhibition systems scale was used in two stages of pre-test and post-test. Data was analyzed using analysis of covariance. Results showed that there was a significant difference in mean scores of behavioral activation /inhibition systems after controlling for pre-test effect. Generally based on the obtained, it can be claimed that Silva-based psycho-motor relaxation has an effect on behavioral activation and decreases behavioral inhibition in patients who suffered from generalized anxiety disorder.

**Keywords:** *Behavioral Activation/Inhibition Systems, Generalized Anxiety Disorder, psychomotor relaxation*

---

1. MSC, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2.\* Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. khaleghipour@naeiniau.ac.ir

Submit Date: 2019-06-11      Accept Date: 2019-12-24

DOI: 10.22051/psy.2020.26643.1950

<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>