

اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی

راضیه فتوحی اردکانی^۱ حامد مستوفی^۲

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف، اثر بخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی انجام شد. روش: پژوهش از نوع روش پیش آزمون-پس آزمون، همراه با گروه کنترل استفاده شد. گروه نمونه این تحقیق دانشجویانی که نمرات بالایی در پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) آوردند به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، قبل و بعد از درمان تکمیل کردند. جلسات درمانی طی ۱۰ جلسه تشکیل شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) جمع‌آوری شد. وبا روش تحلیل کواریانس، بوسیله نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی اثربخش بوده است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین براساس یافته‌ها فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت سبب کاهش علائم افسردگی در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی می‌شود. **واژگان کلیدی:** درمان فعال‌سازی کوتاه‌مدت، کاهش استرس، نشانگان بالینی افسردگی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران (نویسنده مسئول)
(razeahfotoohi@gmail.com)

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران (h.mostofi59@yahoo.com)



مقدمه

افسردگی می‌تواند علل مختلفی داشته باشد اما مهمترین عاملی که باعث ایجاد و تداوم آن می‌شود کناره گیری و اجتناب فرد از فعالیت‌های لذت بخش زندگی است، به این صورت که فردی که بر اثر از دست دادن شغل، عدم قبولی در دانشگاه یا فقدان یکی از عزیزان. (به این گونه عوامل مسایل اولیه گفته می‌شود) دچار حالاتی غمگانه شده و از فعالیت‌ها دست می‌کشد و دچار علائمی می‌گردد که به آن افسردگی می‌گوییم، در حقیقت بر اثر مسایل ثانویه افسردگی گرفتار بیماری می‌گردد (دیمیجیان، دون، ۱۳۹۲). این مسایل ثانویه شامل رفتارهای اجتناب گون و افکار نشخوار گون می‌شود بطوریکه فرد به خاطر غم و اندوهی که مسایل اولیه برایش به ارمغان می‌آورند از هر گونه دست زدن به فعالیت لذت بخش که برای فرد همراه با تقویت و پاداش باشد، امتناع کرده و گرفتار افکار نشخوارگون و رفتارهای اجتنابی می‌گردد (دیمیجیان، دون، ۱۳۹۲). و فعالیت‌هایی از قبیل ماندن در رختخواب، مصرف مواد افیونی و الکل و تماشای بیش از حد تلویزیون و... را انجام می‌دهد. فعال سازی رفتاری درمان ساختار یافته کوتاه مدتی برای افسردگی است (دیمیجیان، دون، ۱۳۹۲).

هدف فعال سازی رفتاری، فعال کردن درمانجویان بطرقی است که تجارب پاداش بخش آنان را در زندگی‌شان افزایش دهد. هدف مذکور افزایش فعالیت و درگیر شدن فرد در دنیای پیرامونش است. فعال سازی رفتاری برای رسیدن به این هدف روی فرایندهایی (مانند رفتارهای گریز و اجتناب و افکار نشخوار گون) که جلوی فعال سازی را می‌گیرند، دست می‌گذارد. فعال سازی رفتاری بر این فرض استوار است که مشکلات موجود در زندگی افراد آسیب پذیر توان دریافت تقویت مثبت از محیط را از آنان می‌گیرد. اساس کار فعال سازی رفتاری تاکید بر عوامل اصلی و حقیقی بوجود آورنده افسردگی یعنی کاهش فعالیت‌های پاداش بخش و افزایش رفتارهای اجتنابی و افکار نشخوار گون می‌باشد

یکی از پژوهش‌های مهمی که تاثیر غیر قابل انکار فعال سازی رفتاری در درمان افسردگی را مشخص می‌کند، پژوهش تحلیل مولفه ای می‌باشد که جیکسون و همکارانش انجام دادند (جیکسون و همکاران، ۱۹۹۶)

۱۵۰ افسرده ی بزرگسالی که در این پژوهش شرکت کرده بودند به طور تصادفی در یکی از ۳ موقعیت درمانی قرار گرفتند ۱- فعال سازی رفتاری ۲- فعال سازی رفتاری به اضافه باز سازی شناختی افکار خود آیند ۳- بسته شناخت درمانی کامل شامل فعال سازی رفتاری بازسازی شناختی افکار خود آیند و بازسازی شناختی باورهای بنیادین نتایج حاصل این پژوهش حاکی از آن بود که تفاوت معنا داری بین سه موقعیت درمانی چه در درمان مرحله حاد و چه در پیشگیری از عود آن هم در پیگیری ۲ ساله دیده نشد (جیکسون و همکاران، ۱۹۹۶؛ گوئنر، گالان، دابسون و جیکسون، ۱۹۹۸) و نتایج بدست آمده از مولفه فعال سازی رفتاری با نتایج حاصل از شناخت درمانی کامل یکسان بود.

مدل معاصر فعال سازی رفتاری در یک کار آزمایشی بالینی که در دانشگاه واشنگتن انجام شد (پژوهش سیاتل) در معرض آزمایش سختی قرار گرفت. در پژوهش سیاتل فعال سازی رفتاری نه تنها با شناخت درمانی بلکه با یکی از داروهای ضد افسردگی پاروکسین نیز مقایسه شد.

این مقایسه درمانی در بافتاری متشکل از ۲۴۱ افسرده بزرگسال و کارآزمایی کنترل شده با دارو نما صورت گرفت تمرکز تحلیل بر مقایسه ی درمان بین ۲ گروه بود: بیماران مبتلا به افسردگی خفیف و شدید. پیامد های درمانی سریع برای بیمارانی که فعال سازی رفتاری را دریافت کرده بودند با بیماران که داروی ضد افسردگی در یافت کرده بودند یکسان بود حتی برای بیماران که افسردگی شدید داشتند نیز چنین پیامدی حاصل شد بیمارانی که فعال سازی رفتاری را دریافت کرده بودند در درمان ماندند.

فعال سازی رفتاری همچنین از نظر درمان سریع بیماران مبتلا به افسردگی شدید در مقایسه با شناخت درمانی برتری داشت و نیز بیماران که دارو، علائم شان را بهبود بخشیده بود هنگامی که مصرف دارو را قطع کردند به مراتب بیشتر از بیماران که فعال سازی رفتاری با شناخت درمانی دریافت کرده بودند دچار عود شدند (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶؛ دابسون و همکاران ۲۰۰۸).

افسردگی دومین اختلال رایج روان شناختی است که حدود ۱۰۰ میلیون نفر را در جهان تحت تاثیر قرار داده است (گاتلیب و هامن، ۱۹۹۲ به نقل از کلارک، بک و آلفورد، ۱۹۹۹) داده‌های اخیرتر پارکر و همکارانش (۲۰۰۱) و به نقل از لمبرت (۲۰۰۶) نیز نشان می‌دهند که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به افسردگی مبتلا هستند. تقریباً همه افراد حداقل بصورت خفیف احساس افسردگی کرده اند (روز نهان و سیلیگمن، ۱۳۸۲)



«حالت روانی مشخص با احساس نومی، غمگینی، تنهایی، درماندگی، اعتماد به نفس پایین و خودملامتگری، نشانه‌های همراه مشتعلند بر کندی روانی - حرکتی یا گاه بگاهی تحریک، گریز از روابط بین فردی و علائم نباتی نظیر، بی خوابی و بی اشتها» (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲، جلد اول، ص ۸۹).

افسردگی علاوه بر اینکه زندگی را برای فرد مبتلا تلخ خواهد نمود، از پیشرفت و اعتلای فرد، همچنین توانایی انجام اعمال و وظایفی که بر عهده وی باشد نیز جلوگیری خواهد نمود و خود این امر باعث اختلال در سلامت و پیشرفت جامعه و عواقب ناشی از آن خواهد شد. با تشخیص به موقع و زود هنگام این اختلال در دانشجویان، فرصتی برای پیشگیری اولیه و یا جلوگیری از پیشرفت و وخامت آن و نهایتاً تأمین بهداشت روانی برای آنان و جامعه فراهم می‌گردد. امروزه روان درمانیهای متعددی برای افسردگی وجود دارد که بعضی از آنها که در تجارب و پژوهش‌های بالینی اثربندی خود را به اثبات رسانده اند عبارتند از: رفتار درمانی، روان درمانی بین فردی، شناخت درمانی (چمپلس و همکاران، ۱۹۹۸)

درمان فعال سازی رفتاری نوعی درمان رفتاری صرف است که دارای اثر مندی بالینی است و همچنین به علت طول کم دوره درمان مقرون به صرفه است (لیجیوز، هوپکو و هوپکو، ۲۰۰۱)

فعال سازی رفتاری به افراد افسرده کمک می‌کند تا از طریق راهبردهای متمرکز بر فعالیت مجدداً درگیر زندگی شوند. این راهبرد ها با الگوی اجتناب و کناره گیری و نا فعالی که از طریق ایجاد مشکلات ثانویه اضافی موجب تشدید افسردگی می‌شوند، مقابله می‌کنند. فعال سازی رفتاری به منظور کمک به افراد در نزدیک شدن و دسترسی به منابع تقویت مثبت در زندگی که دارای کارکرد ضد افسردگی طبیعی هستند طراحی شده است (جیکوبسون، مارتل، دیمیدجیان، ۲۰۰۱). این تحقیق به این منظور انجام شده است تا اثر بخشی رویکرد فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی در دانشجویان با نشانگان افسردگی بالینی بررسی و مشخص گردد.



روشنشناسی

پژوهش حاضر از نظر نحوه گرد آوری اطلاعات شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل می باشد و از نظر هدف کاربردی و به صورت میدانی اجرا می شود، پژوهش کاربردی پژوهشی است که با استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، روشها، ابزارها، وسایل، تولیدات، ساختارها و الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی انجام می شود. نمونه تصادفی نوعی نمونه گیری است که در آن هر عضوی از جامعه شانس برابری برای انتخاب شدن دارد (عیسوی، ۱۳۸۵). در این پژوهش متغییر مستقل شامل ۱۰ جلسه آموزش مبتنی بر فعال سازی رفتاری به صورت مشاوره گروهی بود. این جلسات به صورت ۴۵ دقیقه با تواتر هفته ای دو بار تشکیل شد.

جامعه آماری این پژوهش عبارت است از دانشجویان کارشناسی ارشد رشته علوم تربیتی دانشگاه آزاد اردکان از سال ۹۱-۹۲ تا سال ۹۳-۹۴ که این افراد ۱۶۰ نفر بوده و براساس جدول مورگان حجم نمونه ۱۱۳ نفر می باشد و براین اساس پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) را بین ۱۱۳ نفر اجرا کردیم و ۳۳ نفر از این افراد دارای اختلال افسردگی تشخیص داده شدند. نمونه پژوهش بصورت کاملاً تصادفی شامل ۳۰ نفر است. در گروه آزمایش (رویکرد درمان فعال سازی رفتاری برای افراد دارای اختلال افسردگی) ۱۵ نفر و در گروه گواه نیز ۱۵ نفر بصورت مساوی قرار گرفتند.

معیارهای ورود آزمودنی ها به مطالعه:

- داشتن نمره بالاتر از ۷ در پرسشنامه و تایید تشخیص اضطراب از طریق مصاحبه بالینی

- سن افراد شرکت کننده از ۲۴ تا ۴۵ سال

- عدم وجود دوره های شدید حمله و عود بیماری

- عدم ابتلا همزمان به بیمارهای دیگر

- توانایی برقراری ارتباط و همکاری

- علاقه و تمایل به شرکت در مطالعه

معیارهای خروج آزمودنی ها از مطالعه:

- داشتن دوره های شدید حمله و عود بیماری

- ابتلا به سایر اختلالات مزمن

- عدم داشتن انگیزه و رضایت آگاهانه نسبت به انجام اصول درمانی

- غیبت بیش از ۳ جلسه

- سن بیش از ۴۵ سال

ابزار مورد استفاده پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) بود.

در این پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) اطلاعات جمع آوری شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوندو لایبوندو تهیه شد.

این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سازه های روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط ۷ عبارت متفاوت، مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هر یک از ۱۴ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتبار یابی شده است.

ویژگی های روانسنجی

لویبند و لویبند (۱۹۹۵) در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS ($r=.4$) همبستگی بالایی را نشان دادند. علاوه بر این آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) الگوی مشابهی از همبستگی را در نمونه های بالینی بدست آوردند.

کرافورد و هنری (۲۰۰۳) نیز در نمونه ۱۷۷۱ نفری انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش نمود.

در ایران نیز توسط مرادی پناه، صاحبی و عاقبتی اعتبار این ابزار تایید شده است. به طوری که در مطالعه مرادی پناه، آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲، واسترس ۰/۸۲، گزارش گردیده است.

کلید آزمون

۱- زیر مقیاس افسردگی (۷ عبارت): ۲۱-۱۷-۱۶-۱۳-۱۰-۵-۳،

۲- زیر مقیاس اضطراب (۷ عبارت): ۲۰-۱۹-۱۵-۹-۷-۴-۲،

۳- زیر مقیاس استرس (۷ عبارت): ۱۸-۱۴-۱۲-۱۱-۸-۶-۱،

نمره گذاری و روش اجرا

مقیاس DASS-21 توانایی تشخیصی و غربالگری نشانه های اضطراب، افسردگی و استرس را در طی یک هفته گذشته دارد. کاربرد این مقیاس جهت افراد بزرگسال است. هرچند این آزمون توانایی غربالگری و تشخیص در دوره نوجوانی را نیز دارد، ولی بهتر است برای افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد استفاده قرار گیرد.

نحوه پاسخ دهی به پرسش ها به صورت چهار گزینه ای است که به صورت خود سنجی تکمیل می شود. دامنه پاسخ ها از "هیچ وقت تا" همیشه" متغیر است، به طوری که افراد می توانند پاسخ های خود را به صورت یکی از گزینه های مقابل پرسش مربوطه به صورت "هیچ وقت"، "کمی"، "گاهی" و "همیشه" با علامت ضربدر (x) مشخص نمایند. نمره گذاری از "صفر تا" سه" نمره یک برای گزینه "کمی"، نمره دو برای گزینه "گاهی" و نمره سه برای گزینه "همیشه" در نظر گرفته شده است. مجموع نمرات جمع شده و بر اساس جدول زیر تفسیر می شود.

جدول ۱: مجموع نمرات جمع شده

| درجه بندی | افسردگی | اضطراب | استرس |
|-----------|------------|------------|------------|
| طبیعی | ۹-۰ | ۷-۰ | ۱۴-۰ |
| خفیف | ۱۳-۱۰ | ۹-۸ | ۱۸-۱۵ |
| متوسط | ۲۰-۱۴ | ۱۴-۱۰ | ۲۵-۱۹ |
| شدید | ۲۷-۲۱ | ۱۹-۱۵ | ۳۳-۲۶ |
| خیلی شدید | ۲۸ و بیشتر | ۲۰ و بیشتر | ۳۴ و بیشتر |

در پژوهش حاضر پس از هماهنگی های لازم که با مسئولین دانشگاه آزاد اردکان صورت پذیرفت، پرسشنامه بین جامعه آماری توزیع گردیده و ۳۰ نفر از دانشجویان دارای اختلال افسردگی تشخیص و سپس بصورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین گردیدند. سپس اهداف پژوهش برای گروه آزمایش بطور کامل و برنامه ریزی شده، تشریح شده و ضمن ایجاد انگیزه در آنها، پروتکل درمانی فعال سازی رفتاری در ۱۰ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای و هر هفته ۱ جلسه در یکی از کلاسهای دانشگاه روی آنها اجرا گردید، در صورتی که گروه کنترل هیچ گونه برنامه ای در مورد فعال سازی رفتاری دریافت نداشتند.

پس از پایان جلسات مجدداً ابزار پژوهش (پرسشنامه) به عنوان پس آزمون در اختیار دو گروه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها در پژوهش، آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) بود و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها

یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول (۲) آورده شده است.

فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی دانشجویان بانسانگان بالینی افسردگی تاثیر دارد.

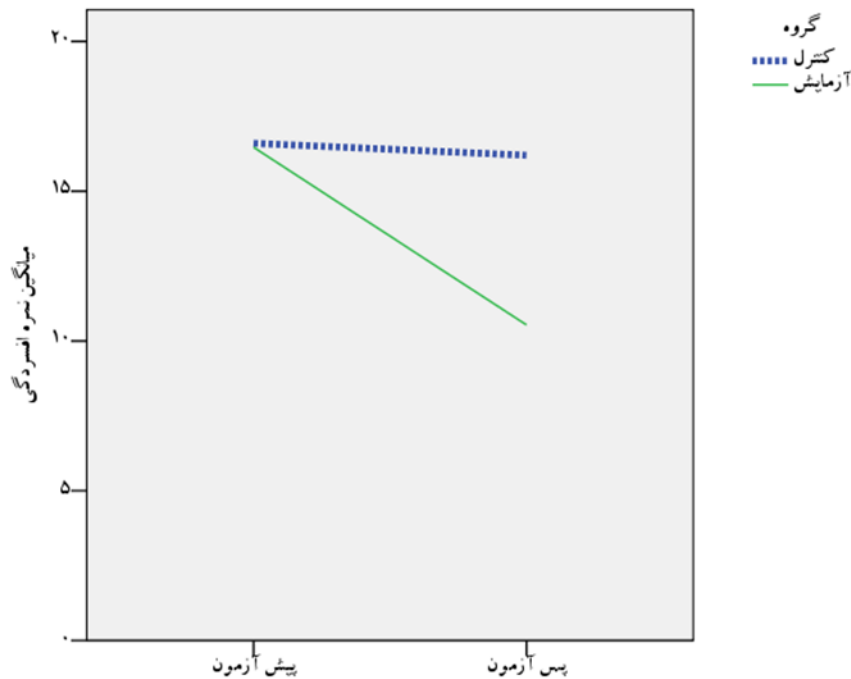
جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه

| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F مقدار | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|--------------|--------------|------------|----------------|---------|--------------|------------|------------|
| ثابت | ۱/۳۹۵ | ۱ | ۱/۳۹۵ | ۰/۷۶۴ | ۰/۳۹۰ | ۰/۰۲۸ | ۰/۱۳۵ |
| پیش آزمون | ۵۲/۱۶۳ | ۱ | ۵۲/۱۶۳ | ۲۸/۵۶۵ | ۰/۰۰۵ | ۰/۵۱۴ | ۰/۹۹۹ |
| گروه | ۲۵۵/۹۴۵ | ۱ | ۲۵۵/۹۴۵ | ۱۴۰/۱۶۱ | ۰/۰۰۵ | ۰/۸۳۸ | ۱ |
| خطا | ۴۹/۳۰۴ | ۲۷ | ۱/۸۲۶ | | | | |
| کل | ۵۸۳۳/۰۰۰ | ۳۰ | | | | | |

بر اساس نتایج جدول ۲ میزان F مشاهده شده برای هم گروه کنترل-آزمایش و هم برای پیش آزمون-پس آزمون محاسبه شده است. همانطور که مشاهده می شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با 28/565 است و با توجه به مقدار معناداری



آن ($P=0/05$)، نشان داده شد که افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش-کنترل) برابر با $140/161$ است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/05$)، نشان داده شد که افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل متفاوت است. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از این است که فعال سازی رفتاری کوتاه مدت به کار رفته در مطالعه سبب کاهش افسردگی در دانشجویان گروه نمونه شده است. ($F=28/565, P<0/05$) و ($F=140/161, P<0/05$) . نمودار پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش در زیر نمایش داده شده است.



شکل ۱: مقایسه بین گروه‌ها

بحث و نتیجه‌گیری

در نتایج جدول ۲ میزان F مشاهده شده برای دو گروه کنترل-آزمایش و هم برای مرحله پیش آزمون-پس آزمون محاسبه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با $28/565$ است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/005$)، نشان داده شد که افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش-کنترل) برابر با $140/161$ است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/005$) نشان داده شد که افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل متفاوت است. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از این است که فعال سازی رفتاری کوتاه مدت به کار رفته در مطالعه سبب کاهش افسردگی در دانشجویان گروه نمونه شده است.

با توجه به تایید فرضیه تحقیق، نتیجه این تحقیق با پژوهش‌های (دیمیجیان، هولن، هالسون، ۲۰۰۶؛ مارتل و همکاران، ۲۰۱۰؛ کویچپرس، ون استراتن و وارمردام، ۲۰۰۷؛ هوپکو، رابرتسون و کاروالهو، ۲۰۰۹؛ هوپکو، لیجوز و هوپکو، ۲۰۰۴)

اعتقاد بر این است که کیفیت زندگی و افسردگی با هم در ارتباطند؛ یعنی حالاتی چون افسردگی واضطراب، میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. کیفیت زندگی، به عنوان یک مفهوم به عملکرد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم می‌شود (برگر، پورتنوی و وسیمن، ۲۰۰۰). اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت (BATD) و شناخت

درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در (پژوهش‌های راس و رابینز (۲۰۰۴)، کارلسون، بولتز و موریس (۲۰۰۵) و دیمیجیان و همکاران (۲۰۰۶) مورد تایید قرار گرفته است. این نتایج با سایر پژوهش‌های دیگر در این زمینه هماهنگی دارد (بارنهوفر و همکاران، ۲۰۰۹؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸؛ فولی، بایلی، هاکستر، پریک و سینکر، ۲۰۱۰؛ مارتل و همکاران، ۲۰۰۱، ۲۰۱۰؛ لیجوز و همکاران، ۲۰۱۱؛ دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶؛ فریون، ایوانز و مری، ۲۰۰۷؛ چیسو و سرت، ۲۰۱۱ مورفی و لاتین، ۲۰۱۱؛ کنه، بوستانو، هانتزیگر و کاتچوبی، ۲۰۱۱؛ بریتون و شاه، زیبستول و جکوب، ۲۰۱۱ و هوپکو و همکاران، ۲۰۰۴) مداخله‌ی BATD بر اساس راهنمای مختصر درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی (لیجوز، هوپکو و همکاران، ۲۰۱۱) و همچنین با پژوهش‌های نداف (۱۳۸۹)، گودرزی (۱۳۸۵)، جلیلی (۱۳۸۵)، امیری (۱۳۸۶) همسو بوده است. در این تحقیقات هریک بطور جداگانه نشان دادند روش فعال‌سازی رفتاری بر کاهش افسردگی، ناراحتی‌های روانی و آسیب‌های شخصیت موثر بوده است.

در مطالعه (نداف، مجید، در سال ۱۳۸۹)، تحقیقی در بررسی اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد فعال‌سازی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی مددجویان وابسته به مواد موید آن بود که رویکرد فعال‌سازی رفتاری هم بر کاهش افسردگی و هم افزایش کیفیت زندگی تاثیر بسزایی داشته است و این نتایج با تحقیق حاضر هم خوان می‌باشد. در پژوهش (گودرزی، ناصر، در سال ۱۳۸۵)، پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و قرار دادی گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی حاکی از آن بود که نتایج تایید کننده اثربخشی رویکرد فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر درمان اختلالات بویژه اختلال اضطرابی و افسردگی داشته و با پژوهش حاضر همبندی معناداری دارد.

در مطالعه (جلیلی، امیر در سال ۱۳۸۵)، این مطالعه به بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم افسردگی و تاثیر این درمان در کاهش نگرش‌های نا کارآمد بیانگر این بوده که علاوه بر اینکه فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی موثر بوده بر نگرش‌های نا کار آمد نیز تاثیر داشته و باعث کاهش این نوع نگرش‌ها شده است و این همان چیزی است که در این تحقیق به اثبات رسیده است.

در پژوهش (امیری، مهدی، در سال ۱۳۸۶)، پژوهشی در بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان عنوان شده که رویکرد فعال‌سازی رفتاری گروهی موید تاثیر گذاری این رویکرد بر کاهش علائم افسردگی بوده و همچنین این رویکرد باعث افزایش سلامت عمومی افراد شده و این نتیجه با نتیجه‌ی پژوهش ما همراهی زیادی داشته است.

منابع:

آریانا کیا، المیرا. مرادی، علیرضا. حاتمی، محمد. (۱۳۹۳-۱۳۹۲). اثر بخشی درمان ترکیبی فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، مجله روان‌شناسی بالینی، سال ششم، شماره (۱) پیاپی ۲۱. صص ۱۵-۲۷

برانچ، رنا. ویلسون، راب. (۱۳۹۱)، رفتار درمانی شناختی با دامیز. (مترجم؛ مهدی قراچه داغی). ارجمند بیدگلی، ایمان الله. رحیمیان بوگر، اسحاق. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و قرار پرهون، هادی. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی و مقایسه‌ی درمان فعال‌سازی کوتاه مدت و درمان فرا شناختی بر کاهش شدت نشانه‌ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

پرهون، هادی. مرادی، علیرضا. حاتمی، محمد. پرهون، کمال. (۱۳۹۱). مقایسه درمان فعال‌سازی کوتاه مدت و درمان فرا شناختی بر کاهش شدت نشانه‌ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، فصلنامه علمی-پژوهشی، پژوهش در سلامت روان شناختی، دوره ششم، شماره چهارم، صص ۳۶-۵۲.

دادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی، مجله روان‌شناسی بالینی، سال دوم، شماره ۴ (پیاپی ۸)، صص ۱۹-۲۸.

دیمیجیان، مارتل. دون، هرمان. (۱۳۹۲). درمان افسردگی با فعال‌سازی رفتاری. (مترجمان؛ سامان نونهال، دکتر سیدعلی محمد موسوی)، ارجمند

- رابت، جسی. (۱۳۹۲)، آموزش درمان شناختی-رفتاری. (مترجم؛ دکتر حسن حمید پور). ارجمند زمستانی، مهدی. داودی، ایران. مهرابی زاده هنرمند، مهناز. زرگر، یدالله. (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان فعال سازی گروهی بر علائم افسردگی و اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب، مجله روان شناسی بالینی، سال پنجم، شماره ۴ (پیاپی ۲۰)، صص ۷۳-۸۴.
- کاپلان، لچ. کی. و سادوک، بی. جی. (۱۳۸۷). خلاصه روان پزشکی. (مترجمان؛ حسن رفیعی، فرزین رضایی)، انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۸)، تهران.
- کانتر، جان اتان. بوش، آندرو. راش، لورا. (۱۳۹۱). تند آموزش فعال سازی رفتاری. (مترجمان؛ مصلح میرزایی-صمدفریدونی). ارجمند
- نداف، مجید. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد فعال سازی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی مدد جوینان وابسته به مواد، پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی فردوسی مشهد هی، لی. (۱۳۹۳). تکنیک های شناختی درمانی. (مترجم؛ دکتر حسن حمید پور). ارجمند
- Armento MEA, Hopko DR.(2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and generalized anxiety disorder. Clin Case Studies. (8):25-37.
- Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED.(2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. Arch of Suicide Res. (13):230-246.
- Barlow DH.(2008). Clinical handbook of psychological disorders. New York: Guilford Press.
- Baruch DE, Kanter JW, Bow M.(2011). Pfenning SL Improving homework compliance in career counseling with a behavioral activation functional assessment procedure: A pilot study. Cog and Behav Prac. (18):256-266.
- Bottonari KA, Roberts JE, Thomas SN, Read JP.(2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment-resistant depression. Cog and Behav Prac. (15):376-386.
- Cranford JA, Eisenberg D, Serras AM.(2009). Substance use behaviors, mental health problems, And use of mental health services in a probability sample of college students. Addictive Behav.(34): 134-145.
- Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al.(2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. J Consult and Clin Psychol. (74):658-670.
- Hopko DR, Lejuez C, LePage J, Hopko S, McNeil D.(2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. Behav Modification.(27):458-469.
- Houghton S.(2011). Behavioural activation in the treatment of depression. Mental Health Prac. (14):18-23.
- Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK.(2012). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 2nded. New York: Guilford Press. p. 405-422.
- Mclaughlin KA, Nolen- Hoeksema S.(2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. Behav res and ther. (49):186-193.
- Serras A, Saules KK, Cranford JA, Eisenberg D.(2010). Self-injury, substance use, and associated risk factors in a multi-campus probability sample of college students. Psychol of Addictive Behav.(24):119-128.

The effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing depression in students with clinical symptoms of depression

Raziyeh Fotohi Ardakani¹Hamed Mostofi²

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing depression in students with clinical symptoms of depression.

Method: The research was a pre-test-post-test method with a control group. The sample group of this study Students who scored high in the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) questionnaire were selected by simple random sampling method and two groups of 15 people were tested and controlled. The experimental and control groups completed the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) questionnaire before and after treatment. The treatment sessions consisted of 10 sessions. Data were collected through the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) questionnaire. The analysis of covariance was performed by SPSS software. **Results:** The findings showed that short-term behavioral activation therapy was effective in reducing depression in students with clinical symptoms of depression. **Conclusion:** Therefore, based on the findings, short-term behavioral activation reduces depressive symptoms in students with clinical symptoms of depression.

Keywords: Short-term activation therapy, stress reduction, clinical symptoms of depression

¹ M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology, **Islamic Azad University**, Yazd Branch, Yazd, Iran (razeahfotoohi@gmail.com)

² M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology, **Islamic Azad University**, Yazd Branch, Yazd, Iran (h.mostofi59@yahoo.com)