



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

حامد مستوفی<sup>۱</sup> راضیه فتوحی اردکانی<sup>۲</sup>

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف، اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش اضطراب در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب انجام شد. روش: پژوهش از نوع 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 در 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) جمع آوری شد و با روش تحلیل کواریانس، بوسیله نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش اضطراب در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب اثربخش بوده است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین براساس یافته‌ها فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت سبب کاهش علائم اضطرابی در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب می‌شود.

**واژگان کلیدی:** درمان فعال‌سازی کوتاه‌مدت، کاهش اضطراب، نشانگان بالینی اضطراب

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران (نویسنده مسئول) (h.mostofi59@yahoo.com)

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران (razeahfotoohi@gmail.com)



## مقدمه

درمان فعال سازی رفتار<sup>۱</sup> یکی از روش‌های جدید روان‌درمانی است که حدود دهه است که برای درمان اختلال افسردگی مورد استفاده‌ی روان‌درمانگران قرار می‌گیرد. اختلال افسردگی یکی از اختلالات شایع روانشناختی است که به علت میزان شیوع فراوان آن به نام سرماخوردگی روانی نیز معروف شده است (چوی، پپین، مارتی و استیونس<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). انجمن روانپزشکی آمریکا و سازمان بهداشت جهانی کوشش نموده‌اند انواع اختلالات افسردگی را طبقه‌بندی نمایند. بر اساس آخرین طبقه‌بندی انجمن روانپزشکی آمریکا که به نام **DSM-V** معروف است، اختلال افسردگی اساسی<sup>۳</sup> و اختلال افسردگی مقاوم<sup>۴</sup> از مهمترین انواع اختلالات افسردگی می‌باشند و اختلالات مختلف افسردگی مانند اختلال افسردگی غیرمعمول<sup>۵</sup>، اختلال افسردگی فصلی و اختلال افسردگی همراه با علائم اضطرابی در زیر مجموعه این دو نوع افسردگی قرار می‌گیرند (تورنر، جنسن، دی و ویلیامس<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱). اختلالات افسردگی با عوارض مختلف انسانی و اقتصادی همراه است. مهمترین عارضه‌ی انسانی ابتلا به اختلالات افسردگی بالا رفتن خطر اقدام به خودکشی است. بر اساس نتایج پژوهشهایی که در زمینه‌ی میزان اقدام به خودکشی در بین مبتلایان به اختلال افسردگی انجام گرفته است میزان خطر اقدام به خودکشی در بین بیماران مبتلا به اختلال افسردگی حدود ۱۰ برابر سایر اشخاص است. ابتلا به اختلالات افسردگی علاوه بر عوارض انسانی که به جا می‌گذارد با عوارض اقتصادی زیادی نیز همراه می‌باشد. این عوارض می‌تواند سبب ایجاد مشکلات اقتصادی برای مبتلایان به اختلال افسردگی گردد و یا خسارات زیادی را به جوامع تحمیل نماید (اجد و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۲۱).

درمان فعال سازی رفتار نوعی رویکرد روان‌درمانی کوتاه مدت است که برای کاهش علائم افسردگی و جلوگیری از بازگشت اختلال افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نوع درمان بر اساس این فرضیه ساخته شده است که روبرو شدن اشخاص مستعد به ابتلا به اختلال افسردگی و پاسخ نامناسب آنان به این مشکلات می‌تواند توانایی آنان را برای بدست آوردن پاداش‌ها در محیط زندگی شان را کاهش داده و در نتیجه علائم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر سازد. اهداف درمان فعال سازی رفتار افزایش دادن سیستماتیک فعالیت‌ها به شیوه‌ی است که به مراجعان کمک کند تا به منابع بزرگتر پاداش‌ها در زندگی شان دست یافته و بتوانند مشکلات زندگی شان را حل نمایند. فرایند درمان فعال سازی رفتار به صورت مستقیمی بر روی افزایش میزان انجام برخی از فعالیتها و جلوگیری از انجام برخی دیگر از فعالیتها (مانند اجتناب از انجام برخی از رفتارها و یا کاهش دادن میزان نشخوار ذهنی) متمرکز می‌شود (لی، ۱۳۹۳). رفتار درمانگران اعتقاد دارند که به شواهد تجربی لازم ربرای کارآمد بودن درمان فعال سازی رفتار دست یافته‌اند. به نظر رفتار درمانگران نظریه‌ی اساسی این نوع درمان را باید در مدل‌های رفتاری که در مورد علل ابتلا به اختلال افسردگی بیان گردیده جستجو نمود. بر اساس نظر مدل‌های رفتاری که در مورد علل ابتلا به اختلال افسردگی ارائه شده است نوع خاصی از ارتباط بین رفتارها و محیط می‌تواند زمینه ساز ابتلا به اختلال افسردگی باشد. از نظر این مدل‌ها رفتارها می‌توانند به صورت‌های گسترده و در حالت‌های کلامی و غیر کلامی باشند. و محیط هم به حوزه‌ی وسیعی گفته می‌شود که رفتارها در آن انجام می‌گیرند. بر اساس یکی از مدل‌های رفتاری که در مورد سبب شناسی ابتلا به اختلال افسردگی توسط یکی از نظریه پردازان رفتار گرایی به نام فستر مطرح شده است افسردگی در نتیجه‌ی وجود تاریخچه‌ی از زندگی است که در آن فعالیت‌های شخص منجر به دریافت پاداش مثبت از محیط نمی‌گردد. به نظر فستر زمانی که کوشش مردم منجر به ارایه‌ی پاداش به آنان نمی‌شود آنها بیشتر متمرکز به پاسخ دادن به احساس ناکامی خود می‌شوند تا یافتن منابع بالقوه از تقویت مثبت در محیط و ایجاد این حالت کاهش ارایه‌ی وقت به محیط و افزایش دادن وقت به بررسی امور مربوط به گذشته می‌شود. همچنین به نظر فستر کاهش میزان دریافت تقویت کننده‌های مثبت از محیط کاهش میزان انجام رفتارهای سازگاران را در پی دارد. کاهش انجام رفتارهای سازگاران می‌تواند به شکل گیری حالت انفعال بینجامد در این حالت شخص امکان دارد به این نتیجه برسد که کوشش‌های فعالانه‌ی وی منجر به دست یافتن او به نتایج مثبت نمی‌گردد. مدل رفتاری دیگری که در مورد سبب شناسی ابتلا به اختلال افسردگی ارایه شده است توسط لوینسون ارائه شده است بر اساس این مدل رفتاری افزایش تقویت کننده‌های

<sup>1</sup> Behavioral activation treatment

<sup>2</sup> Choi, N. G., Pepin, R., Marti, C. N., Stevens, C. J., & Bruce, M. L.

<sup>3</sup> Major depression disorder

<sup>4</sup> Persistence depression

<sup>5</sup> Atypical depression

<sup>6</sup> Turner, A. P., Jensen, M. P., Day, M. A., & Williams, R. M.

<sup>7</sup> Egede, L. E., Davidson, T. M., Knapp, R. G., Walker, R. J., Williams, J. S., Dismuke, C. E., & Dawson, A. Z.



محیطی در پیشگیری از ظاهر شدن علائم اختلال افسردگی مهم است. همچنین در این مدل رفتاری وجود حالت اجتناب اجتماعی به عنوان یکی از عوامل خطر زای بالقوه برای ابتلا به اختلال افسردگی مطرح است. لوینسون و همکاران طرح درمانی خود را بر اساس مدل رفتاری شان پیشنهاد نمودند بر اساس این مدل رفتاری برای مقابله با علائم اختلال افسردگی لازم است که از تکنیک‌های رفتاری و شناختی مانند تکنیک خود نظارت‌گری و تکنیک برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های خوشایند استفاده شود (طاهری، ۱۳۸۸).

بک و همکارانشان که درمان شناختی-رفتاری را ابداع نمودند از روش فعال سازی رفتاری در درمان خود استفاده زیادی نمودند. آنان اعتقاد داشتند به کمک این روش می‌توان قدم‌های مهمی را برای تغییر شناخت‌های ناکارآمد برداشت. همچنین بک و همکاران وی تاکید زیادتری بر روی نقش شناخت به عنوان عامل سبب ساز در ابتلا به اختلال افسردگی داشتند. (زمستانی، داودی، مهربابی زاده هنرمند و زرگر ۱۳۹۲).

تکنیک‌هایی که در درمان فعال سازی رفتار از آنها استفاده می‌شود عمدتاً از نظریات فستر، لوینسون و بک منشأ گرفته‌اند. اگرچه در روش درمان فعال سازی رفتار نقش عوامل زیستی و سایر عوامل به عنوان سبب ساز در ابتلا به اختلال افسردگی مورد اثبات قرار گرفته است اما تمرکز اصلی فعالیت این نوع درمان بر روی تغییر محیط یا تغییر چهار چوب زندگی به عنوان عامل اصلی در برانگیختن حالت افسردگی می‌باشد. به عبارت دیگر درمانگران روش فعال سازی رفتاری فرض می‌نمایند یکی از دلایلی که مردم مبتلا به اختلال افسردگی می‌گردند آن است که محیط زندگی آنان تغییراتی بوجود می‌آید و ایجاد این تغییرات سبب می‌شود که آنان سطوح پائینی از تقویت‌کنندگان مثبت را دریافت نمایند. همچنین از نظر این درمانگران زندگی آن دسته از اشخاصی که کمترین پاداش‌ها از محیط را دریافت می‌کنند می‌تواند همراه با احساس غمگینی و خلق پائین باشد. مورد دیگری که درمانگران فعال سازی رفتار به عنوان عامل سبب ساز در ابتلا به اختلال افسردگی بر روی آن تاکید دارند نقش کنار کشیدن اشخاص از محیط در افزایش میزان خطر ابتلا به اختلال افسردگی می‌باشد (پرهون ۱۳۹۰).

رویکرد درمانی فعال سازی رفتار تلاش دارد عواملی که در ابتلا به اختلال افسردگی نقش دارند را مورد شناسایی قرار دهد. از نظر این نوع درمان برای کاهش میزان افسردگی لازم است تغییراتی در برخی از جنبه‌های زندگی انجام گیرد و حالت کناره‌جویی که عاملی مهم در حفظ یا افزایش میزان علائم افسردگی است کاهش یابد. درمانگران فعال سازی رفتار برای رسیدن به اهداف فوق از روشی به نام روش فعالیت‌های هدایت شده استفاده می‌نمایند. در این روش از یک سلسله از رویکردهای مربوط به تغییر رفتار استفاده می‌شود که در نهایت با استفاده از آنها مراجع بتواند میزان تقویت‌کنندگان بیشتری را از محیط بدست آورد. هدف درمان فعال سازی رفتار افزایش فعالیت‌ها به صورت تصادفی یا انجام فعالیت‌ها برای لذت بردن یا بهبود یافتن حالت خلق نمی‌باشد. بلکه هدف این روش درمانی پی‌ریزی روش‌هایی است که مراجع بتواند تقویت‌کنندگان بیشتری را از محیط زندگی خود بدست آورد. نقش درمانگر فعال سازی رفتار به مانند نقش یک مربی می‌باشد. به عبارت دیگری زمانی که مراجع تلاش دارد تا تکنیک‌های فعال سازی را اجرا کند درمانگر کمک‌های تخصصی برای موفقیت در اجرای این تکنیک‌ها را فراهم می‌سازد. همچنین درمانگر در طول درمان تلاش می‌کند مشکلات مراجع را در قالب‌های کوچک در آورد تا امکان حل آنها بیشتر گردد (بیدگلی و رحیمیان بوگر ۱۳۸۹).

اگرچه در درمان فعال سازی رفتاری لازم نیست که جلسات به صورت مستمر یا پی‌در پی انجام گیرد اما در این نوع درمان لازم است که در طی برخی از جلسات این درمان به مراجع معرفی شود، اهداف درمانی تعیین شود، فعالیت‌هایی که باید مراجع انجام دهد برای وی توضیح داده شود. فعالیت‌های موردنظر که مراجع انجام داده مرور گردد، مشکلات احتمالی در انجام فعالیت‌ها مورد شناسایی قرار گیرد و در نهایت سودهای بدست آمده از اجرای درمان مرور شود.

در دو جلسه اول درمان فعال سازی رفتار بر روی معرفی ویژگی‌های درمان به مراجع تاکید می‌شود. برای معرفی این درمان لازم است درمانگر فعال سازی رفتار مدلی که این درمان بر روی آن بنا شده است را برای مراجع توضیح دهد. همچنین وی در این مرحله از درمان برخی تکنیک‌هایی که در فعال سازی رفتار از آنها استفاده می‌کند را برای مراجع خود توضیح می‌دهد. توضیح در مورد ساختار درمان (از جمله مطرح نمودن این موضوع که درمان فعال سازی رفتار درمانی کوتاه مدت است) از دیگر فعالیت‌هایی است که در جلسات اولیه درمان توسط درمانگر انجام می‌گیرد. از دیگر وظایف درمانگر فعال سازی رفتار در جلسات اولیه تلاش وی برای تشویق مراجع برای مطرح نمودن سوالاتی پیرامون ویژگی‌های درمان فعال سازی رفتار و یافتن راه‌هایی برای مقابله با شک و تردیدهای مراجع در مورد توانایی این نوع درمان در کاهش علائم اختلال افسردگی است. همچنین درمانگر فعال سازی رفتار در جلسات اولیه درمان تلاش دارد به سوالاتی که مراجع در مورد نحوه‌ی تاثیر تغییر رفتار در کاهش علائم اختلال افسردگی دارد پاسخ دهد. در جلسات اولیه درمانگران فعال سازی رفتاری بر روی تاثیر قوی تغییر رفتار بر روی حالت خلق تاکید



می‌کنند. همچنین در این جلسات آنان بر روی این نکته تاکید می‌نمایند که رسیدن به تغییر رفتار موضوع آسانی نمی‌باشد و تغییر رفتار مستلزم آگاهی به این موضوع است که رفتارها باید به کمک چه شیوه‌هایی باید تغییر کنند. در طول درمان فعال سازی رفتار بر روی لزوم تمرین مهارت‌هایی که مراجع در طول درمان بدست آورده است تاکید می‌گردد همچنین در این نوع درمان درمانگر بر روی لزوم حل مسایلی که مراجع با آنها روبرو است تاکید می‌شود. از دیگر ویژگی‌های درمان فعال سازی رفتار حالت لزوم همکاری زیاد درمانگر و مراجع با یکدیگر در جریان درمان است. در این نوع درمان درمانگر و مراجع برای رسیدن به اهداف درمان باید تلاش زیادی را بنمایند. یکی دیگر از خصوصیات درمان فعال سازی رفتار فرایند ساختار یافتگی آن است. به عبارت دیگر در این نوع درمان درمانگر و مراجع با مشورت با یکدیگر چهار چوب خاصی را برای هر جلسه تعیین می‌کنند. و در آن مشخص می‌کنند که در جلسه‌ی درمان در مورد چه موضوعاتی گفتگو خواهند نمود.

هدف نهایی درمان فعال سازی رفتار کمک به مراجعان برای تغییر دادن برخی از رفتارها می‌باشد تا آنان بتوانند از میزان منابع بیشتری از تقویت‌کنندگان مثبت محیطی استفاده نمایند. اولین فرایند درمان شامل شناسایی الگوها و یا حوزه‌های اجتنابی شخص و فرایند دوم شامل برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف اولیه یا کوتاه مدت و اهداف بلند مدت درمان است. درمانگر می‌تواند به مراجع خود کمک کند که به موارد اجتناب یا فرار خود آگاهی بیشتری پیدا نماید و به جای استفاده از حالت اجتناب یا فرار از روش‌های مناسبی استفاده کند. همچنین درمانگر در فرایند درمان به مراجع خود کمک می‌کند تا بتواند اهداف کوتاه مدت و طولانی مدت را در فرایند درمان در نظر بگیرد. اهداف کوتاه مدت درمان کمک به مراجع است تا موقعیت‌های زندگی خود را به شیوه‌ای تغییر دهد که کمتر در معرض افسردگی باشد. برای رسیدن به اهداف فوق درمانگر می‌تواند مراجع خود را انجام دادن فعالیت‌هایی مانند صرف وقت با دوستان و خانواده، تمرینات ورزشی و تنظیم برنامه‌ریزی رفتار تشویق نمایند.

ورود به دانشگاه معمولاً با تغییرات زیاد اجتماعی و انسانی همراه است که در کنار این تغییرات پذیرش نقش جدید دانشجو باعث می‌شود که او احساس کند نیاز به یک تغییر و تحول شناختی اساسی دارد. طبیعتاً قرار گرفتن در این شرایط، فشارهای روانی و نگرانی‌هایی را برای دانشجو به همراه می‌آورد که این استرس‌ها می‌توانند عملکرد او را در دانشگاه تحت تأثیر قرار دهند. دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته تحصیلی و عدم کفایت امکانات رفاهی دانشگاه‌ها نیز اغلب باعث افت دانشجویان-چه از لحاظ تحصیلی و چه از لحاظ روانی- می‌شود. از طرف دیگر پذیرفته شدن دانشجویان در خوابگاه نیز استرس‌های زیادی را برای فرد به همراه دارد، چون بار فشار پذیرفته شدن از سوی دیگران در زندگی جمعی زیاد است. اضطراب امتحانات نیز علاوه بر خوابگاهی بودن، مشکل عمده‌ای است؛ چرا که دانشجو می‌اندیشد باید در مقابل دیگران ابراز وجود کند و این، خود باعث مبتلا شدن به انواع ترس‌های مرضی، اضطراب‌ها، اختلالات روان‌تنی و ناراحتی‌های گوارشی یا حتی وسواس می‌شود.

علاوه بر تمامی این مسائل این نکته از سوی روانشناسان و کارشناسان مسائل اجتماعی نیز تأیید شده است که سلامت روانی ارتباط مستقیمی با وضعیت اقتصادی شخص دارد. این موضوع در مورد دانشجویان به شکل دیگری است. به این ترتیب که هر چه وضعیت اقتصادی آنها بهتر می‌شود سلامت و امنیت روحی و روانی آنها نیز بالاتر می‌رود. همسرگزینی، از دواج، تشکیل خانواده، روبه‌رو شدن با جنس مخالف و قرار گرفتن در معرض سوءاستفاده‌های عاطفی و... همه و همه مسائلی هستند که باید با دید بازتری به آنها نگریست.

اختلالات اضطرابی دارای بیش‌ترین فراوانی در سطح کل جمعیت هستند. اضطراب پدیده‌ای رایج و شناخته شده و فراگیر به نظر می‌رسد. کسانی که از اضطراب رنج می‌برند اغلب در سطح پایینی از سازش یافتگی قرار دارند و معمولاً از راهبردهای مقابله‌ای مانند اجتناب و گریز از موقعیت استفاده می‌کنند و با استمرار اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌زا موقتاً آرامش نسبی می‌یابند و این اجتناب باعث عدم درگیری آنها با عوامل اضطراب‌زا شده و در نتیجه مسئله لاینحل باقی مانده و بر اضطراب و آسیب‌زایی آنها در موقعیت‌های آن افزوده می‌شود (بک و همکاران، ۱۹۹۸).

در زمانه امروز دانشجویان به دلیل نقش ارزنده‌ای که در اداره آینده کشور به عهده دارند یکی از گروه‌های مهم جامعه محسوب می‌شوند. اهمیت این موضوع وقتی معین می‌شود که بدانیم بر طبق آمار و ارقام موجود، کشور ایران یک کشور جوان بوده و بخش عمده جمعیت آن متشکل از جمعیت جوان و نوجوان می‌باشد که سلامتی جسمی و روانی آنها نقش بسزایی در پیشرفت و آینده کشور خواهد داشت. دانشجویان بدلیل چالش‌های پیش‌رویشان که اضطراب‌زا هم هستند، بیشتر از دیگران در معرض گرفتار شدن در دام اضطراب هستند. یکی از رویکردهای نوین و اثر بخش در پیشگیری و درمان اختلالات اضطرابی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت می‌باشد که هم اثرات شگرف آن در تحقیقات گوناگون به اثبات رسیده و هم با فرهنگ کشور ما همخوانی کامل دارد.



طی تحقیقی که در آن اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری و قرار دادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی مورد بررسی قرار گرفته معلوم گردید که درمان فعال سازی رفتاری و قرار دادی گروهی باعث کاهش معنا دار در پس آزمون و نیز پی گیری ۴ ماهه افسردگی در گروههای آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است، اما باعث کاهش معنا دار در پس آزمون و پی گیری ۴ ماهه اضطراب و استرس زنا شویی در گروههای آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. در نتیجه درمان فعال سازی رفتاری و قرار دادی گروهی در کاهش اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی طی یک دوره حداقل ۴ ماهه موثر است. (بیگدلی، رحیمیان بوگر، ۱۳۸۹)

اصطلاح فعال سازی رفتاری کوتاه مدت همان روش ساده ای است که بیمار را در فرایند تغییر در گیر می کند و امیدواری و حرکت را در او دامن می زند. درمانگر به بیمار کمک می کند که یک یا دو عمل را انتخاب کند و دقت نماید که این اعمال چه گونه احساس های متفاوتی در او پدید می آورند. سپس درمانگر به بیمار کمک میکند که این فعالیت ها را از طریق برنامه های مختصر اجرا کند. فعال سازی رفتاری معمولاً در جلسه اول یا همان چند جلسه اول، قبل از اینکه تحلیل ها یا مداخلات رفتاری عمیق تری صورت گیرد، بکار گرفته می شود (مثل برنامه ریزی فعالیت، آزمایش های تدریجی). آماج قرار گرفتن اعمال رفتاری در مشکلات بخرنج و پیچیده، نیز می تواند مفید باشد. استفاده از این روش در همان اوایل درمان می تواند بیماران را به سرعت، به فعالیت های سازنده ای ترغیب کند. (جسی رایت، ۱۳۹۲).

(دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۶). در یک مطالعه مهم، فعال سازی رفتاری (BA)، شناخت درمانی، پاروکستین و یک دارو نما را با هم مقایسه کردند. همه ی درمان ها برای مراجعانی که افسردگی خفیف داشتند، خوب جواب دادند، اما برای مراجعان افسرده ای که سابقاً مقاوم به درمان بوده و در حد متوسط تا شدید بودند، BA تاثیر شگفت انگیزی داشت، که از این لحاظ بهتر از شناخت درمانی بود و تاثیر برابری در مقایسه با پاروکستین داشت. علاوه بر آن، هنگامی که درمان دارویی ادامه نمی یافت، پاروکستین میزان بالایی از ریزش و مشکلات عود و بازگشت دوباره را نشان می داد. بنابراین، به نظر می رسد که وقتی همه جانبه نگاه کنیم، BA درمان برتر در این مطالعه باشد.

دو مطالعه دیگر هم در مورد BA انجام شدند، یک مطالعه در یک مرکز بهداشت روان عمومی، از گروه درمانی به سبک BA (پوتر، اسپاتس، و اسمیتام، ۲۰۰۴) و مطالعه های دیگر از یک نسخه BA که برای درمان اختلال استرس پس از آسیب انطباق یافته بود (ژاکوبکاک و همکاران، ۲۰۰۶، مولیک و ناگل، ۲۰۰۴) حمایت کردند. چند مطالعه دیگر نیز در جریان هستند.

در عوض فعال سازی رفتاری کوتاه مدت (BATD) در یک آزمایشی کنترل شده تصادفی کوچک و بر روی گروه بستری ارزیابی شده است (هوپکو، لجز، له پیج، هوپکو و مک نیل، ۲۰۰۳). در این مطالعه، BATD در مقایسه با درمان حمایتی کلی، توانست نمرات مقیاس افسردگی بک (BDI) را به میزان قابل ملاحظه ای از پیش آزمون به پس آزمون کاهش دهد.



## روش‌شناسی

در این پژوهش از طرح پژوهشی نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و آزمایش است. متغیر 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. جهت رعایت اخلاق پژوهش به مراجعان گفته شد که هویت آنها در مورد پرسشنامه محرمانه تلقی می شود. این مداخله جهت انجام کار پژوهشی است و آنها از طریق پست الکترونیکی می توانند از نتایج آزمون مطلع شوند.

جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان ارشد رشته علوم تربیتی دانشگاه آزاد اردکان ورودی سال ۹۱ تا ۹۳ است که تعداد آنها ۱۶۰ نفر بود.

در این پژوهش روش نمونه گیری تصادفی می باشد که بعد از اطلاع رسانی در مورد انجام این طرح تحقیقاتی تمایل خود را جهت شرکت بیان نمودند. در این راستا پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) در بین دانشجویان توزیع شد. حجم نمونه ۱۱۳ نفر بود. از این بین ۳۰ نفر از افرادی که نمره ی بالاتر از ۷ در زیر مقیاس اضطراب در این پرسشنامه گرفتند، بطور تصادفی انتخاب شدند. و در دو گروه ۱۵ نفر (آزمایش و کنترل) 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

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

اطلاعات توسط پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) جمع آوری شد.

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

لویابند و لویابند (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، صاحبیو عاقبتی اعتبار این ابزار تایید شده است. به طوری که در مطالعه مرادی پناه، آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس 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 نشانه‌های 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 پرسش‌ها به صورت چهار گزینه‌ای است که به صورت خود سنجی تکمیل می‌شود. دامنه پاسخ‌ها از "هیچ وقت" تا "همیشه" متغیر است، به طوری که افراد می‌توانند پاسخ‌های خود را به صورت یکی از گزینه‌های 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 می‌شود.

## 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 تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

## یافته‌ها

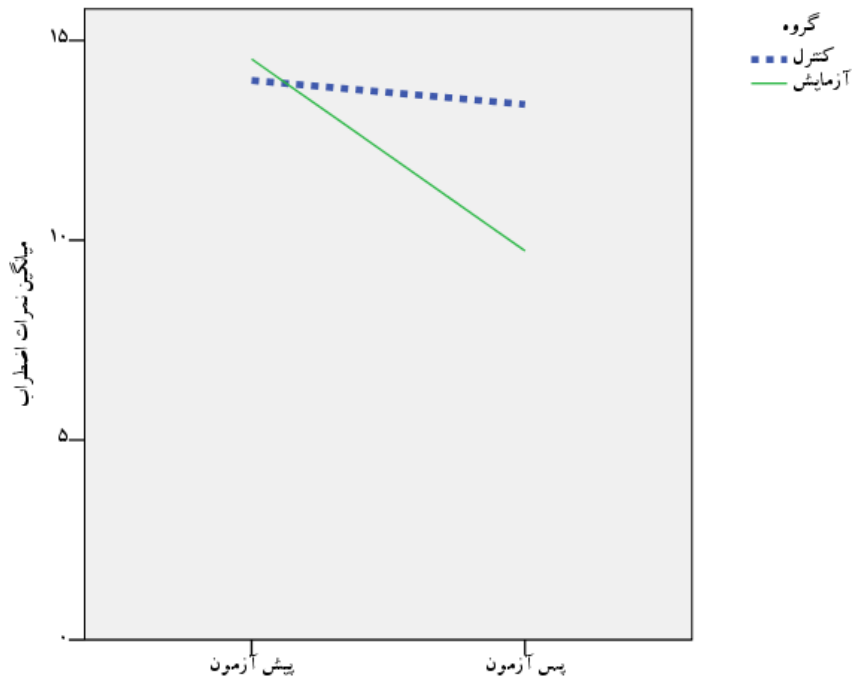
یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول (۲) آورده شده است.

درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش اضطراب دانشجویان با نشانه‌های بالینی اضطراب 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	۸/۰۸۰	۱	۵/۰۸۰	۲/۹	۰/۲۱	۰/۰۵	۰/۳۱
پیش آزمون گروه	۱۳۴/۴	۱	۱۳۴/۷	۵۵/۲۲۳	۰/۰۰۵	۰/۷۲	۱
خطا	۲۲۹/۷۷۱	۱	۲۳۹/۸۷۱	۹۳/۵۵۳	۰/۰۰۵	۰/۸۵۱	۱
کل	۳۴/۲۵۹	۲۷	۳/۷۶۰				
	۴۸۸۵/۰۰۰	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 می‌شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با ۵۵/۲۲۳ است و با توجه به مقدار معناداری آن ( $P=0/005$ )، نشان داده شد که اضطراب در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش-کنترل) برابر با ۹۳/۵۵۳ است و با توجه به مقدار معناداری آن ( $P=0/005$ )، نشان داده شد که اضطراب 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 اضطراب در دانشجویان گروه نمونه شده است ( $F=55/223, P<0/05$ ) و ( $F=93/553, P<0/05$ ). 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 تحلیل کواریانس جدول ۲ میزان F مشاهده شده برای دوگروه 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 ۵۵/۲۲۳ است و با توجه به مقدار معناداری آن ( $P=0/005$ )، نشان داده شد که اضطراب در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش-کنترل) برابر با ۹۳/۵۵۳ است با توجه به مقدار معناداری آن ( $P=0/005$ )، نشان داده شد که اضطراب 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 اضطراب در دانشجویان گروه نمونه شده است.

با توجه به تایید فرضیه تحقیق، نتیجه این تحقیق با پژوهش های (دیمیجیان، هولن، هالسون، ۲۰۰۶؛ مارتل و همکاران، ۲۰۱۰؛ کویچپرس، ون استراتن و وارمردام، ۲۰۰۷؛ هوپکو، رابرتسون و کاروالهو، ۲۰۰۹؛ هوپکو، لیجیور و هوپکو، ۲۰۰۴) همخوان بوده است.

این نتایج با سایر پژوهش های 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، هاتزیگر و کاتچوبی، ۲۰۱۱؛ بریتون و شاه، زیبستول و جکوب، ۲۰۱۱ و هوپکو و همکاران، ۲۰۰۴) مداخله ی BATD بر اساس راهنمای مختصر درمان فعال سازی رفتاری برای افسردگی (لیجوز، هوپکو و همکاران، ۲۰۱۱) و همچنین با پژوهش های

پرهون و مرادی (۱۳۹۲)، زمستانی (۱۳۹۲)، جعفری (۱۳۹۲)، آریاناکیا و حاتمی و مرادی (۱۳۹۲) همسو بوده است. در این تحقیقات هریک بطور جداگانه نشان دادند روش فعال سازی رفتاری بر کاهش افسردگی، ناراحتی های روانی و آسیب های شخصیت موثر بوده است.

در پژوهش (پرهون، هادی، مرادی، علیرضا، حاتمی، محمد، پرهون، کمال در سال ۱۳۹۲) پژوهشی دربررسی مقایسه درمان فعال سازی کوتاه مدت و درمان فرا شناختی بر کاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی حاکی از آن بود که یافته ها موید اثر بخشی دو روش درمانی بر کاهش علایم و افزایش کیفیت زندگی





بیماران افسرده بودند بلکه برتری درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت نسبت به درمان فراشناختی در انتهای درمان و در مرحله پی گیری تأیید شد.

در مطالعه (مهدی زمستانی، ایران داودی، مهناز مهربانی زاده هنرمند، یدالله زرگر در سال ۱۳۹۲)، پژوهشی تحت عنوان بررسی اثر بخشی درمان فعال سازی گروهی بر علائم افسردگی و اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب نشان داد تأثیر رویکرد فعال سازی رفتاری اثر معنا داری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دارد، که با نتیجه پژوهش حاضر همخوان می باشد.

در تحقیق (جعفری، داود، در سال ۱۳۹۲) تحقیقی با عنوان بررسی مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان گروهی فعال سازی رفتاری برای افسردگی در افراد افسرده بیان گر این بود که رویکرد گروهی فعال سازی رفتاری برای افراد افسرده موثر بود و این پژوهش همبندی زیادی با تحقیق حاضر داشته است.

در پژوهش (آریانا کیا، المیرا، مرادی، علیرضا، حاتمی، محمد در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳)، پژوهشی در بررسی اثر بخشی درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نشان دهنده ی موثرتر بودن رویکرد فعال سازی رفتاری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد افسرده می باشد.

با توجه به اینکه رویکرد فعال سازی رفتاری روی این موارد تمرکز می کند: (۱- سر در آوردن از الگوهایی که به تداوم بیماری دامن می زند ۲- حوزه‌های که احتمالاً حالت خلقی در مانجو را بهبود می‌بخشد ۳- اعمال مکرر و مداوم تغییرات در این الگوها و حوزه‌ها) باعث شده است که این رویکرد برای درمان اضطراب و همچنین پیشگیری از اضطراب و بیماری های جسمی و بهبود کیفیت زندگی و مهارت حل مساله و برنامه ریزی فعالیت ها و عدم پاسخ به اجتناب ها موثر واقع شود.

اصلي که در درمان فعال سازي رفتاري ارزيابي مي شود عبارتست از ميزان پرهيز و فعال شدن مراجعان در دوره ي درمان می باشد. يك فرض مهم این است که با تغییر در میزان فعالیت فرد، اضطراب تعدیل می شود.

فشار های روحی و اجتناب از فعالیت ها و موقعیت ها و نشخوار فکری، که در زمان بروز مسائل اولیه بیشتر خود را نشان می دهد. در بروز تنش و ایجاد اضطراب موثر تر هستند، بروز مسائل اولیه مانند، عدم وجود شغل و درآمد مناسب و نبود امکانات ازدواج و تعارض ها و کمبود های عاطفی و ... که در زمان تحصیلات عالی برای دانشجویان بوجود می آید باعث می شود که دانشجویان دچار نشخوار فکری و نگرانی و اضطراب و بدنبال آن غم و ناامیدی شده و اگر این مسائل شدیدتر باشد گاه در برخی افراد سبب ایجاد هیجان های شدید و اختلالات اضطرابی می شود.

#### منابع:

باچر و دیگران. (۲۰۰۷). آسیب شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۸). انتشارات ارسباران، تهران  
برانچ، رنا. ویلسون، راب. (۱۳۹۱)، رفتار درمانی شناختی با دامیز. (مترجم؛ مهدی قراچه داغی). انتشارات ارجمند  
بیدگلی، ایمان الله. رحیمیان بوگر، اسحاق. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری و قرار دادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی، مجله روان شناسی بالینی، سال دوم، شماره ۴ (پیاپی ۸)، صص ۱۹-۲۸.

پرهون، هادی. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی و مقایسه ی درمان فعال سازی کوتاه مدت و درمان فرا شناختی بر کاهش شدت نشانه ها 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 فعال سازی کوتاه مدت و درمان فرا شناختی بر کاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، فصلنامه علمی- پژوهشی، پژوهش در سلامت روان شناختی، دوره ششم، شماره چهارم، صص ۳۶-۵۲.

دیمیجیان، مارتل، دون، هرمان. (۱۳۹۲). درمان افسردگی با فعال سازی رفتاری. (مترجمان؛ سامان نونهال، دکتر سید علی محمد موسوی)، ارجمند

رایت، جسی. (۱۳۹۲)، آموزش درمان شناختی - رفتاری. (مترجم؛ دکتر حسن حمید پور). ارجمند  
زمستانی، مهدی، داودی، ایران. مهربانی 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.

ساعت چی. م.، کامکاری. ک.، و عسکریان. م. (۱۳۸۹). آزمونهای روان شناختی. نشر ویرایش، تهران.



کاپلان -سادوک. (۲۰۰۷). خلاصه روان پزشکی. جلد دوم، مترجم؛ نصرت الله پورافکاری (۱۳۸۶). انتشارات آینده سازان-شهرآب، ویرایش دهم، تهران.

هی، لی. (۱۳۹۳). تکنیک های شناختی درمانی. (مترجم؛ دکتر حسن حمید پور). ارجمند

Choi, N. G., Pepin, R., Marti, C. N., Stevens, C. J., & Bruce, M. L. (2020). Improving social connectedness for homebound older adults: randomized controlled trial of tele-delivered behavioral activation versus tele-delivered friendly visits. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 698-708.

Egede, L. E., Davidson, T. M., Knapp, R. G., Walker, R. J., Williams, J. S., Dismuke, C. E., & Dawson, A. Z. (2021). HOME DM-BAT: home-based diabetes-modified behavioral activation treatment for low-income seniors with type 2 diabetes—study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 1-11.

Turner, A. P., Jensen, M. P., Day, M. A., & Williams, R. M. (2021). Behavioral activation and behavioral inhibition: An examination of function in chronic pain. *Rehabilitation psychology*, 66(1), 57.



## The effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing anxiety in students with clinical anxiety syndrome

Hamed Mostofi<sup>1</sup> Raziye Fotohi Ardakani<sup>2</sup>

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing anxiety in students with clinical anxiety syndrome. **Method:** The study was a pretest-posttest study 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 were divided into two groups of 15 experiments and controls. 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). The analysis of covariance was performed by SPSS software. **Results:** The findings showed that short-term behavioral activation therapy was effective in reducing anxiety in students with clinical anxiety syndrome. **Conclusion:** Therefore, based on the findings, short-term behavioral activation reduces anxiety symptoms in students with clinical symptoms of anxiety.

**Keywords:** Short-term activation therapy, Anxiety reduction, Clinical anxiety syndrome

<sup>1</sup> M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology, **Islamic Azad University**, Yazd Branch, Yazd, Iran ([h.mostofi59@yahoo.com](mailto:h.mostofi59@yahoo.com))

<sup>2</sup> M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology, **Islamic Azad University**, Yazd Branch, Yazd, Iran ([razeahfotoohi@gmail.com](mailto:razeahfotoohi@gmail.com))