

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۲۰
تاریخ بررسی مقاله: ۹۱/۱۰/۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۲۰

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۲
دوره چهارم، سال ۲۰-۳، شماره ۱
ص: ۲۱۲-۱۸۳

اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر علایم افسردگی، اضطراب و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان

مهدی زمستانی*

ایران داودی**

مهناز مهرابی هنرمند***

یداله زرگر****

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی کوتاه مدت فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر علایم افسردگی، اضطراب و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (شامل خودسرزنشی، پذیرش، نشخوار فکری، بازاریابی مثبت و فاجعه سازی) در دانشجویان بود. در یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون توأم با گروه کنترل، تعداد ۴۱ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه درمان فعال‌سازی رفتاری (۱۳ نفر)، درمان فراشناختی (۱۴ نفر) و گروه کنترل (۱۴ نفر) تخصیص یافتند. گروههای آزمایشی ۸ جلسه درمان هفتگی فعال‌سازی رفتاری و یا فراشناختی را دریافت داشتند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه راهبردهای

* دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز
m-zemestani@phdstu.scu.ac.ir

** استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)
davoudi_i@scu.ac.ir

*** استاد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران
m.honarmand@scu.ac.ir

**** استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران
zargar_y@scu.ac.ir

شناختی تنظیم هیجانی بودند که در سه مرحله‌ی قبل از مداخله، پایان مداخله و پیگیری ۲ ماهه تکمیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که هر دو درمان فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی به طور مساوی بر علایم افسردگی و اضطراب اثربخش بودند. با این حال، تکنیک‌های درمانی با توجه به اثربخشی‌شان بر جنبه‌های مختلف تنظیم هیجان مانند بازاریابی مثبت و فاجعه‌سازی به لحاظ آماری با هم متفاوت بودند؛ بدین صورت که درمان فراشناختی در مقایسه با درمان فعال‌سازی رفتاری در تعدیل این راهبردها اثربخش‌تر بود. در پیگیری ۲ ماهه نیز نتایج درمانی کمابیش باقی مانده بودند؛ به جز متغیر پذیرش، که اثربخشی درمان فراشناختی در مقایسه با درمان فعال‌سازی رفتاری بر روی این راهبرد همچنان حفظ شده بود ولی نمرات گروه درمان فعال‌سازی رفتاری تا حدودی بازگشت نشان داده بود. با توجه به اثربخشی هر دو درمان بر علایم افسردگی، اضطراب و نیز راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، درمان گروهی کوتاه مدت فعال‌سازی رفتاری و یا فراشناختی می‌تواند برای مراجعینی که جهت دریافت درمانی اثربخش و مقرون به صرفه به مراکز مشاوره دانشجویی مراجعه می‌کنند گزینه‌ی درمانی مناسبی باشند.

کلید واژگان: درمان فعال‌سازی رفتاری، درمان فراشناختی، افسردگی، اضطراب، راهبردهای

شناختی تنظیم هیجان

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن مواجه می‌شوند (یانگ، ریگ، وین برگر و بک^۱، ۲۰۰۸) و مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روانپزشکی گزارش نموده‌اند (سگال، ویلیامز و تیزدیل^۲، ۲۰۰۲). تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (لوینسون^۳، ۲۰۰۶). جمعیت دانشجویی، از جمله گروه‌های اجتماعی با اهمیت و در معرض خطری هستند که بروز افسردگی در میان آنها شایع است (بوچانان^۴، ۲۰۱۲). مطالعات به عمل آمده نشان می‌دهد که حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاهها از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. از این میان، شدت علائم ۴۶ درصد از دانشجویان به گونه‌ای است که آنها را نیازمند کمک‌های تخصصی می‌کند (امینی و فرهادی، ۱۳۸۰). به طور کلی، افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه با کاهش عملکرد تحصیلی (هایسن بگاسی، هاس و رولاند^۵، ۲۰۰۵)، ترک

- 1- Young, Rygh, Weinberger, & Beck
- 2- Segal, Williams, & Teasdale
- 3- Levinson
- 4- Buchanan
- 5- Hysenbegasi, Hass, & Rowland

تحصیلی (میلمن، منلی، گیلور و تورکو^۱، ۱۹۹۲)، سطوح بالای مصرف سیگار (کنی و هالاهان^۲، ۲۰۰۸؛ کرانفورد، آیزنبرگ و سراس^۳، ۲۰۰۹)، سطوح بالای اضطراب (راوسون، بلومر و کندال^۴، ۱۹۹۴)، افکار خودکشی (آریا و همکاران^۵، ۲۰۰۹) و افزایش رفتارهای خود تخریبی (سراس، سولس، کرانفورد و آیزنبرگ^۶، ۲۰۱۰) در ارتباط بوده است.

افسردگی و اضطراب به طور سنتی اختلالاتی مجزا در نظر گرفته شده‌اند که تفاوت‌هایی در ویژگی‌های بالینی، دوره، پیش آگهی، فیزیولوژی آسیب شناسی و درمان دارند (بالدوین و توماس^۷، ۱۹۹۷)، اما همچنین همبندی مرضی^۸ بسیار بالایی نیز دارند که احتمالاً ناشی از عوامل مشترک است (اهرینگ و واتکینز^۹، ۲۰۰۸). میزان بالای همبندی مرضی بین اختلالات روانی، به ویژه افسردگی و اضطراب، منجر به تحقیق در مورد مکانیسم‌های مسئول این همبندی شده است، که اغلب به عنوان عوامل بین تشخیصی^{۱۰} از آنها یاد می‌شود (اهرینگ و واتکینز، ۲۰۰۸؛ مانسل، هاروی، واتکینز و شافران^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ نورتون، هیز و اسپرینگر^{۱۲}، ۲۰۰۸). عوامل بین تشخیصی زیادی برای ارتباط بین افسردگی و اضطراب پیشنهاد شده است (مک لوگلین و نولن هوکسما^{۱۳}، ۲۰۱۱). اخیراً تنظیم هیجانی ضعیف^{۱۴} به عنوان عاملی مشترک و بین تشخیصی در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب شناسی روانی در ارتباط می‌باشد (اهرینگ و واتکینز، ۲۰۰۸؛ گراس و جان^{۱۵}، ۲۰۰۳؛ مانسل و همکاران، ۲۰۰۹؛ موسز و بارلو^{۱۶}، ۲۰۰۶؛ کرینگ و سلوان^{۱۷}، ۲۰۱۰). برخی از نظریه پردازان (از جمله، مانسل و

- 1- Meilman, Manley, Gaylor, & Turco
- 2- Kenney & Holahan
- 3- Cranford, Eisenberg, & Serras
- 4- Rawson, Bloomer, & Kendall
- 5- Arria
- 6- Serras, Saules, Cranford, & Eisenberg
- 7- Baldwin & Thomas
- 8- co-morbidity
- 9- Ehring & Watkins
- 10- transdiagnostic factors
- 11- Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran
- 12- Norton, Hayes, & Springer
- 13- McLaughlin, & Nolen-Hoeksima
- 14- poor emotion regulation
- 15- Gross & John
- 16- Moses & Barlow
- 17- Kring & Sloan

همکاران، ۲۰۰۹؛ موسز و بارلو، ۲۰۰۶؛ کرینگ و سلوان، ۲۰۱۰؛ آلداو و نولن-هوکسما^۱، ۲۰۱۰) استدلال کرده‌اند که اشکال در کاربرد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان^۲ ممکن است عوامل بین تشخیصی بسیار مهمی باشند که زیربنای انواع مختلف آسیب شناسی روانی از جمله افسردگی و اضطراب را تشکیل می‌دهند. تنظیم هیجان بطور فزاینده‌ای در حال ملحق شدن به مدل‌های آسیب شناسی روانی است (گرین برگ، کسلر و برن باوم^۳، ۲۰۰۳؛ منین و فاراچ^۴، ۲۰۰۷؛ آلداو، نولن - هوکسما و شوایزر^۵، ۲۰۱۰) و در مدل‌های نظری جدید آسیب شناسی روانی، مشکلات تنظیم هیجان به عنوان خصیصه‌ی محوری اختلالات هیجانی محسوب می‌شوند (بارلو، آلن و کوآت^۶، ۲۰۰۴؛ منین و فرسکو^۷، ۲۰۱۰). از آنجا که تنظیم هیجان در انواع مختلفی از اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب نقش دارد، لذا مهم است که در درمان مورد توجه قرار گیرد (برکینگ^۸ و همکاران، ۲۰۰۸؛ آلداو و همکاران، ۲۰۱۰).

بسیاری از پروتکل‌های درمانی برای اختلالات خلقی و اضطرابی به لحاظ تجربی تأیید شده‌اند. با این حال، مداخلاتی که اختلالات خلقی و اضطرابی همایند را هدف قرار دهند نادر هستند (هوپکو، لجویز و هوپکو^۹، ۲۰۰۴). انتخاب رویکردهای درمانی که به اندازه‌ی کافی جوابگوی نیازهای خاص مراجعان باشد، بسیار ضروری است. اختلالاتی که با هم تداخل دارند و باعث تداوم یکدیگر می‌شوند موقعیت دشواری را به لحاظ تشخیص اولیه و انتخاب پروتکل درمانی برای متخصصین بالینی به وجود می‌آورند. تطبیق یک رویکرد شناختی-رفتاری^{۱۰} روش انعطاف پذیری است برای انطباق دادن مداخلات رفتاری و همچنین شناختی، تا دامنه‌ای از علایم را درحوزه‌های تشخیصی مختلف مورد هدف قرار داد. به علاوه، صلاحیت چندفرهنگی^{۱۱} نیز به عنوان مؤلفه‌ای کلیدی باید برای تمام بیماران که درمان را دریافت

- 1- Aldao & Nolen-Hoeksema
- 2- cognitive emotion regulation strategies
- 3- Greenberg, Kessler, & Birnbaum
- 4- Farach
- 5- Schweizer
- 6- Allen, & Choate
- 7- Fresco
- 8- Berking
- 9- Hopko, Lejuez, & Hopko
- 10- Cognitive-Behavioural Therapy (CBT)
- 11- multicultural competence

می‌دارند، لحاظ شود (استالی و لایور^۱، ۲۰۱۰). امروزه درمان‌های روان شناختی متعددی برای افسردگی وجود دارد، اما تعداد کمی از آنها توانسته‌اند در پژوهش‌های بالینی، اثربخشی خود را به اثبات برسانند که عبارتند از درمان شناختی-رفتاری، شناخت درمانی^۲، فعال‌سازی رفتاری^۳ و روان درمانی بین فردی^۴ (کوئیچرز، ون استراتن، اندرسون و ون اوپن^۵، ۲۰۰۸). با این حال، حتی با وجود اثربخشی این درمان‌ها در مطالعات بالینی، تصمیم‌گیری در مورد انتخاب یکی از آنها که به اندازه‌ی کافی جوابگوی نیازهای خاص مراجعان باشد، هنوز به عنوان موضوع چالش برانگیزی باقی مانده است (استالی و لایور، ۲۰۱۰) و اغلب درمانگران در متون پژوهشی به دنبال درمان‌های جایگزینی می‌گردند که اثربخشی خود را به اثبات رسانده باشند (بوتوناری، رابرتز، توماس و رید^۶، ۲۰۰۸). در سال‌های اخیر، شکل‌های جدیدی از درمان شناختی-رفتاری ایجاد شده‌اند که یکی از این رویکردها، درمان فعال‌سازی رفتاری است که تمرکز اصلی آن بر رفتارها و فعالیت‌ها می‌باشد (دیمیجیان، باررا، مارتل، مونوز، لوینسون^۷، ۲۰۱۱، کانتر^۸ و همکاران، ۲۰۱۰). درمان فعال‌سازی رفتاری، که جزو درمان‌های موج سوم^۹ محسوب می‌شود، نوعی رفتار درمانی خالص است که تکنیک‌های عینی و راحت‌الاجرا^{۱۰} برای درمان افسردگی ارائه می‌دهد و به علت کوتاه مدت بودن طول دوره‌ی درمان، مقرون به صرفه است (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۴، کوئیچرز، ون استراتن و وارمردام^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ اکرز، ریچاردز و گیل بادی^{۱۲}، ۲۰۰۸؛ مازوک چلی، کین و ریس^{۱۳}، ۲۰۰۹). هدف فعال‌سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند

- 1- Staley & Lawyer
- 2- Cognitive Therapy (CT)
- 3- Behavioral Activation (BA)
- 4- Interpersonal Psychotherapy (IPT)
- 5- Cuijpers, Van Straten, Andersson, & Van Oppen
- 6- Bottonari, Roberts, Thomas, & Read
- 7- Dimidjian, Barrera, Martell, Munoz, & Lewinsohn
- 8- Kanter
- 9- third wave therapies
- 10- easy-to-implement
- 11- Warmerdam
- 12- Ekers, Richards, & Gilbody
- 13- Mazzucchelli, Kane, & Rees

(لیهی، هالند و مک‌گین^۱، ۲۰۱۲). مطالعاتی که توسط دیمیگیان و همکاران (۲۰۰۶)، ریشل، رامیرز و کریگ هد^۲ (۲۰۱۱)، چيو، کولوگنوری، وایزمن و بانن^۳ (۲۰۰۹)، هوپکو، لجویز، لی پیج^۴، هوپکو و مک‌نیل^۵ (۲۰۰۳)، هوپکو و همکاران (۲۰۰۴)، هوپکو، روبرتسون^۶ و لجویز (۲۰۰۶) انجام شده است کارایی و اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری را بر روی افسردگی و اضطراب مورد بررسی قرار داده‌اند.

از سوی دیگر، یکی از رویکردهای جایگزین جدید دیگر، درمان فراشناختی^۷ می‌باشد. درمان فراشناختی، به عنوان یک رویکرد شناخت درمانی خالص^۸، به دلیل نارضایتی از رویکردهای شناختی-رفتاری موجود که ویژگی‌های مهم تفکر غیرانطباقی و عوامل کنترل‌کننده آن را مورد توجه قرار نمی‌دهند، به وجود آمده است (ولز^۹، ۲۰۰۹). نظریه‌ی فراشناختی از لحاظ تأکید بر این اصل که باورهای ناکارآمد فرد بر پردازش ذهنی تأثیر می‌گذارند، به نظریه شناختی سنتی شباهت دارد، اما این نظریه به جای تمرکز بر محتوای^{۱۰} شناخت بر فرایند^{۱۱} شناخت (سبک‌های پردازش و کنترل ناکارآمد تفکر) تأکید می‌ورزد (ولز، ۲۰۰۹). اصل بنیادین این درمان، این است که اختلال روان‌شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی-توجهی مرتبط است. سندرم شناختی-توجهی تأثیر بسیار مهمی بر تنظیم هیجانی دارند و درمان فراشناختی قصد دارد تا این سندرم را برطرف ساخته و باورهای فراشناختی مربوط به آن را تعدیل نماید (ولز و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش ولز و همکاران (۲۰۰۹، ۲۰۱۲)، شواهد مقدماتی در مورد اثربخشی درمان فراشناختی بر روی اختلال افسردگی فراهم آورده است. در داخل کشور نیز، علیلو، هاشمی و هاشمی (۱۳۹۰)، در مطالعه‌ای موردی، اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم افسردگی، اضطراب و افکار ناکارآمد را مورد بررسی قرار داده‌اند. عاشوری (۱۳۹۰)، نیز اثربخشی درمان شناختی-

- 1- Leahy, Holland, & McGinn
- 2- Ritschel, Ramirez, & Craighead
- 3- Chu, Colognori, Weissman, & Bannon
- 4- LePage
- 5- McNeil
- 6- Robertson
- 7- Metacognitive Therapy (MCT)
- 8- pure cognitive therapy
- 9- Wells
- 10- content
- 11- process

رفتاری، درمان فراشناختی و درمان دارویی را بر روی ۳۳ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی مورد مقایسه قرار داد.

درمانگرانی که دستی بر آتش گرم شناخت درمانی دارند به خوبی می‌دانند که برخی از مراجعین افسرده به قدری درگیر نشخوار فکری هستند که دستکاری شناخت واره‌های آنها کار واقعاً دشوار و بعضاً غیرممکنی می‌باشد. این افراد به دلیل ویژگی‌های خاص خود از مداخلات شناختی صرف‌گريزان هستند و تمایلی به اجرای تکنیک‌های شناختی ندارند. اما بر خلاف دسته‌ی اول، برخی دیگر از مراجعین افسرده بنا به ویژگی‌های خاصی مانند رخوت، بی‌حالی و بی‌حوصلگی، با وجود تلاش‌های مداوم درمانگر تمایلی به اجرای تکنیک‌های رفتاری از خود نشان نمی‌دهند. اینها موارد مهمی هستند که شکست درمانی^۱ را بالا می‌برند. درمانگران در کار با مراجعین افسرده با این گونه موارد زیاد مواجه می‌شوند و در انتخاب یک رویکرد درمانی مناسب با توجه به نیازهای خاص مراجعان، با چالش مواجه می‌شوند. بسیاری از مراکز مشاوره دانشگاهی نیز سیاست‌های مشخصی را برای به حداکثر رساندن دسترسی پذیری جلسات مشاوره‌ای دارند و بر لزوم توسعه‌ی مداخلات روان‌شناختی محدود-زمانی^۲ و مقرون به صرفه و در عین حال اثربخش، تأکید می‌ورزند (گالاجر^۳، ۲۰۰۷). همان طور که اشاره شد، درمان فعال‌سازی رفتاری (به عنوان یک رویکرد رفتار درمانی خالص)، تکنیک‌های عینی و سهل‌الاجرایی را در اختیار می‌گذارد که به علت کوتاه مدت بودن طول دوره‌ی درمان، مقرون به صرفه می‌باشد و درمان فراشناختی نیز (به عنوان یک رویکرد شناخت درمانی خالص)، به دلیل ویژگی‌های خاص خود با استقبال گسترده‌ای در سطح جهان مواجه گشته است. از آنجا که مطالعات اثربخشی باید به طور خاص مقایسه‌های درمان-درمان و یا درمان-پلاسیبو را در بر گیرند (چمبلس و هولون^۴، ۱۹۹۸) و با توجه به این که بنا به اطلاعات در دسترس در پژوهش‌های داخلی در زمینه‌ی اثربخشی این دو روش درمانی بر روی این مجموعه متغیرهای پژوهش (افسردگی، اضطراب، راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی) و در جمعیت دانشجویی تاکنون مقایسه‌ی کنترل شده‌ای صورت نگرفته است، لذا اثربخشی یک رویکرد رفتار درمانی خالص (فعال سازی رفتاری) و یک رویکرد شناخت درمانی خالص

-
- 1- treatment failure
 - 2- time-limited
 - 3- Gallagher
 - 4- Chambless & Hollon

(فراشناختی) مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا این دو روش درمانی بر کاهش افسردگی، اضطراب و تعدیل راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثرند و آیا از نظر اثربخشی این دو روش درمانی بر متغیرهای فوق تفاوت وجود دارد؟ یافتن تفاوتی در زمینه‌ی اثربخشی دو روش درمانی مورد پژوهش در نمونه‌های ایرانی و بر روی متغیرهای وابسته‌ی تحقیق تلویحات نظری و کاربردی مهمی خواهد داشت و می‌تواند به متخصصان حوزه بهداشت روانی در مراکز مشاوره دانشگاهی کمک کند تا متناسب با نیازهای خاص مراجعان، اثربخش‌ترین درمان را انتخاب کرده و به کار برند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی بود که از طرح گروهی پیش‌آزمون-پس‌آزمون توأم با گروه کنترل استفاده می‌کند. جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز بودند. از بین دانشکده‌های دانشگاه شهید چمران تعداد هشت دانشکده شامل مهندسی، دامپزشکی، علوم آب، علوم زمین، اقتصاد و علوم اجتماعی، علوم تربیتی و روان‌شناسی، کشاورزی و تربیت بدنی به شکل تصادفی انتخاب و از هر دانشکده چهار کلاس کارشناسی به شکل تصادفی ساده انتخاب شدند و سپس تست افسردگی بک-۲ در بین ۱۰۰۰ نفر از آنها پخش شد. پس از جمع‌آوری کامل تست‌ها و نمره‌گذاری آنها، تعداد ۲۲۴ نفر از افرادی که در این تست نمره‌ی ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) کسب کرده بودند، مجدداً تست اضطراب بک را نیز پر کردند. از این ۲۲۴ نفر، تعداد ۱۰۸ نفر، هم در تست افسردگی بک و هم در تست اضطراب بک نمره ۱۹ به بالا را کسب کردند. سپس برای بررسی دقیق‌تر علائم افسردگی و اضطراب و بررسی ملاک‌های شمول و حذفی، این ۱۰۸ نفر به مصاحبه دعوت شدند. ولی از بین این ۱۰۸ نفر، ۹۷ نفر در مصاحبه شرکت کردند. پس از انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته^۱، تعداد ۸۳ نفر تأیید وجود هم‌زمان علائم افسردگی و اضطراب را دریافت داشتند. در نهایت، از بین این ۸۳ نفر، تعداد ۴۵ نفر به شکل تصادفی ساده انتخاب شد. بدین ترتیب، نمونه اولیه این پژوهش از ۴۵ نفر دانشجوی

1- Structured Clinical Interview

کارشناسی که بر اساس تست افسردگی بک، تست اضطراب بک و مصاحبه بالینی ساختار یافته تشخیص هم زمان علایم افسردگی و اضطراب را دریافت داشته بودند، تشکیل شد. سپس افراد به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند و از میان این سه گروه نیز دو گروه به طور تصادفی به گروه آزمایشی (درمان فعال سازی رفتاری و درمان فراشناختی) و گروه دیگر به گروه کنترل (لیست انتظار) تخصیص یافت. لازم به ذکر است که ۳ جلسه غیبت از جلسات درمانی به عنوان ملاک افت آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد و چنان چه فردی ۳ جلسه غیبت از درمان داشت داده‌های وی از تحلیل کنار گذاشته می‌شد. بدین ترتیب، دو نفر از گروه درمان فعال سازی رفتاری (یک نفر به دلیل غیبت بیش از ۳ جلسه و یک نفر به دلیل انصراف از درمان)، یک نفر از گروه درمان فراشناختی (به دلیل انصراف از درمان) و یک نفر نیز از گروه کنترل (به دلیل مسافرت و عدم عودت پرسشنامه‌ها در مرحله پیگیری)، افت داشتند. لذا، نمونه نهایی پژوهش حاضر که تجزیه و تحلیل‌ها بر روی آنها انجام شد متشکل از ۴۱ نفر بود: ۱۳ نفر در گروه درمان فعال سازی رفتاری، ۱۴ نفر در گروه درمان فراشناختی و ۱۴ نفر در گروه کنترل. ملاک‌های ورود شرکت کنندگان به تحقیق عبارت بودند از: کسب نمره‌ی ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) در تست افسردگی بک-۲ و تست اضطراب بک و نیز تأیید وجود همزمان علایم افسردگی و اضطراب بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I؛ عدم دریافت درمان‌های روان شناختی یا دارویی (دست کم از یک سال قبل از ورود به پژوهش)؛ داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۳۰ سال. ملاک‌های حذفی نیز عبارت بودند از: داشتن اختلال سایکوتیک یا تشخیص اختلالات افسردگی با خصوصیات سایکوتیک؛ داشتن بیماری جسمانی و یا شرایط طبی زیربنای افسردگی؛ دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت بر اساس مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور II؛ داشتن افکار جدی در مورد خودکشی و داشتن سوء مصرف مواد.

ابزار پژوهش

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

۱. مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV^۱: این

فهرست واری، ابزاری برای تشخیص اختلالات بر پایه چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۲ ۱۹۹۷). این ابزار دو نسخه دارد: نسخه‌ی بالینی (SCID-I) که بیشتر تشخیص روان پزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و دیگر نسخه‌ی پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر آن (SCID-I/R) است که همه تشخیص‌ها و نیز زیر نوع‌های آنها و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را پوشش می‌دهد. بختیاری (۱۳۷۹) ضریب پایایی آن را در یک جمعیت ایرانی به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش نمود. در پژوهش حاضر از نسخه‌ی بالینی این آزمون برای تشخیص اختلال افسردگی استفاده شد.

۲. مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور II در DSM-IV^۳: این ابزار

همانند SCID-I یک مصاحبه تشخیصی ساختار یافته با ۱۱۹ سؤال است که فرست، گیبون، اسپیتزر، ویلیامز و بنیامین^۴ آن را در سال ۱۹۹۷ برای سنجش اختلال‌های شخصیت تدوین کردند. در یک مطالعه که برای تعیین پایایی به روش بازآزمایی در دو زمان متفاوت (با فاصله‌ی دو هفته) روی ۲۸۴ آزمودنی در چهار مرکز بیماران روانپزشکی و دو مرکز بیماران غیرروانپزشکی به وسیله‌ی دو مصاحبه‌کننده انجام شد، ضریب کاپا از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی با کاپای کلی ۰/۵۳ در مورد بیماران روانپزشکی به دست آمد. در گروه بیماران غیرروانپزشکی توافق بین ارزیاب‌ها کمتر (کاپای کلی ۰/۳۸) بود. در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹)، روایی محتوایی نسخه‌ی فارسی را چند نفر از استادان روان‌شناسی بالینی تأیید کردند. در پژوهش حاضر از این آزمون برای تشخیص اختلالات شخصیت (ملاک حذفی) استفاده شد.

۳. پرسشنامه‌ی افسردگی بک-ویرایش دوم^۵: این پرسشنامه (بک، استیر و براون^۶،

۱۹۹۶)، نوع بازنگری شده‌ی BDI می‌باشد و با ملاک‌های افسردگی در DSM-IV منطبق

- 1- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)
- 2- First, Spitzer, Williams, & Gibbon
- 3- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)
- 4- Benjamin
- 5- Beck Depression Inventory-II (BDI- II)
- 6- Steer & Brown

شده است. پرسشنامه مذکور شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۴) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. کاویانی (۱۳۸۷) در تحقیق خود ضریب روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۷۷ و همابستگی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است.

۴. پرسشنامه اضطراب بک^۱: این پرسشنامه توسط بک، اپستین^۲، براون و استیر (۱۹۸۸) تدوین شده و شامل ۲۱ ماده است که در واقع ۲۱ نشانه اضطرابی را می‌سنجد و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد، که نمره بالا نشان دهنده اضطراب بیشتر است. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به دست آورده‌اند.

۵. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۳: این پرسشنامه به وسیله‌ی گارنفسکی، کرایچ و اسپینهوفن^۴ (۲۰۰۲) تهیه شده که شامل ۳۶ ماده است که نحوه‌ی پاسخ به آن بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده و همچنین شامل ۹ زیر مقیاس متفاوت است که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می‌کنند. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه شامل خود سرزنشی، پذیرش، تشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، تمرکز بر برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌سازی و مقصر دانستن دیگران است. هر زیر مقیاس دارای ۴ عبارت است که از طریق جمع بستن نمرات داده شده به هر عبارت، نمره‌ی هر زیر مقیاس (در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰) به دست می‌آید. تحقیقات روی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان‌ات نشان داده‌اند که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). اعتبار این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی (۱۳۸۲) با استفاده از

1- Beck Anxiety Inventory (BAI)

2- Epstein

3- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

4- Garnefski, Kraaij, & Spinhoven

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه نیز از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سئوالی سلامت عمومی بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار هستند (یوسفی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر، با توجه به ادبیات پژوهشی در دسترس پنج راهبرد شناختی تنظیم هیجانی که با افسردگی و اضطراب بیشترین ارتباط را داشتند از جمله خود سرزنشی، پذیرش، نشخوار فکری، بازاریابی مثبت و فاجعه سازی مورد بررسی قرار گرفت و برای ارزیابی آنها نیز از زیر مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان استفاده شد.

شیوه مداخله

کاربندی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۸ جلسه درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و ۸ جلسه درمان گروهی فراشناختی بود که به صورت هفتگی و ۹۰ دقیقه‌ای برگزار گردیدند. درمان‌ها طبق راهنمای عملی اجرا شدند. درمان فعال‌سازی رفتاری، از پروتکل طراحی شده توسط دیمیجیان، مارتل، آدیس و هرمن-دان^۱ (۲۰۰۸) و نیز مارتل، دیمیجیان و هرمن-دان، (۲۰۱۰) اقتباس شد. درمان فراشناختی نیز طبق کتاب راهنمای درمان فراشناختی برای اضطراب و افسردگی (ولز، ۲۰۰۹) اجرا شد. هر دو درمان برای استفاده در قالب گروهی، جرح و تعدیل شدند. جلسات درمانی در مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز برگزار گردید. زمان اجرای آزمون‌ها برای غربال اولیه، در اواخر نیمسال اول سال تحصیلی ۹۱ - ۹۰ و زمان اجرای جلسات درمانی و مرحله پیگیری نیز در محدوده زمانی نیمسال دوم بود. به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، پیش از اجرای مداخلات با شرکت کنندگان در یک جلسه عمومی صحبت شد و در جریان روند تحقیق قرار گرفتند و سپس رضایت نامه‌های کتبی در اختیار آنها قرار گرفت. جدول شماره ۱ مداخلات درمانی انجام شده و زمان‌بندی جلسه‌های درمانی را نشان می‌دهد.

یافته‌های پژوهش

در ابتدا مشخصات توصیفی و شاخص‌های آماری سه گروه در متغیرهای وابسته‌ی

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

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

زمان بندی جلسات درمان	درمان فعال‌سازی رفتاری	درمان فراشناختی
جلسه ۱ و ۲	آشنایی و برقراری ارتباط بین اعضای گروه (معارفه)؛ آشنایی با قوانین و مقررات گروه؛ ارائه مطالب در مورد الگوی بافتاری افسردگی؛ معرفی مدل و درمان فعال‌سازی رفتاری و ارائه منطبق درمان؛ ارائه برگه‌های الگوی بافتاری افسردگی و فعال‌سازی رفتاری؛ تکلیف خانگی: تکمیل برگه ثبت فعالیت‌های روزانه	آشنایی و برقراری ارتباط بین اعضای گروه (معارفه)؛ آشنایی با قوانین و مقررات گروه؛ ارائه مطالب در مورد افسردگی و تأثیر آن بر زندگی اعضای گروه؛ معرفی مدل و درمان فراشناختی افسردگی و ارائه منطبق درمان؛ شناسایی و نام گذاری برهه‌های نشخوار فکری؛ معرفی و ارائه تمرین تکنیک آموزش توجه؛ تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (۲ بار در روز)
جلسه ۳ و ۴	آموزش مهارت‌های ویژه درمان فعال‌سازی رفتاری از جمله مهارت سبک تند (تحلیل کارکردی، شکستن الگوهای تکراری افسردگی، پرهیز از اجتناب کردن و تقویت شیوه‌های مقابله کارآمد)؛ تکلیف خانگی: استفاده از مهارت سبک تند، تکمیل برگه‌ی مقیاس درجه بندی لذت- دستاورد	معرفی تکنیک‌های ذهن آگاهی گسلیده؛ به تعویق انداختن نشخوار فکری؛ تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، تمرین به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد حداقل ۷۵٪ برانگیزاننده‌ها
جلسه ۵ و ۶	توضیح در مورد استرسورهای شخصی و نقش آنها در راه اندازی افسردگی؛ بحث در مورد راهبردهای مقابله اجتنابی و فعال؛ بررسی و منع روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه؛ آموزش مهارت‌های خود مراقبتی جدید؛ تکلیف خانگی: ثبت موقعیت‌های استرس زا در طول هفته و نحوه به کار بستن مهارت‌های خود مراقبتی	چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری؛ واری اسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده؛ تمرین تکنیک آموزش توجه؛ تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه، گسترش کاربرد ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد همه برانگیزاننده‌های مثبت و منفی درباره نشخوار فکری
جلسه ۷ و ۸	بحث در مورد اهمیت حمایت اجتماعی؛ آموزش مهارت جرأت ورزی؛ جلوگیری از عود؛ مرور تکنیک‌ها و تمرین‌های ارائه شده در طول جلسات و جمع بندی نهایی؛ ارائه پیشنهادات و انتقادات و دریافت بازخورد از اعضای گروه؛ اجرای پس آزمون	تدوین برنامه‌های جدید، کار روی باورهای فراشناختی باقی مانده؛ پیش بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه جدید؛ جلوگیری از عود؛ مرور جلسات و جمع بندی نهایی؛ ارائه پیشنهادات و انتقادات و دریافت بازخورد از اعضای گروه؛ اجرای پس آزمون

پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه گردیده است. سپس یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش ذکر می‌شوند.

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

مقیاس	شاخص‌های آماری	درمان فعال‌سازی رفتاری			درمان فراشناختی			گروه کنترل		
		پیش	پس	پیگیری	پیش	پس	پیگیری	پیش	پس	پیگیری
افسردگی	میانگین	۲۸/۷۷	۱۵/۳۸	۱۶/۱۵	۲۹/۲۸	۱۵/۷۸	۱۶/۲۸	۲۹/۳۵	۲۹/۲۱	۲۸/۵۷
	انحراف معیار	۳/۳۷	۲/۲۵	۲/۷۹	۳/۲۴	۲/۵۱	۲/۴۳	۳/۵۶	۲/۴۲	۳/۳۴
اضطراب	میانگین	۲۵/۵۴	۱۶/۳۰	۱۵/۸۴	۲۵/۲۱	۱۵/۰۷	۱۵/۱۴	۲۵/۷۸	۲۴/۹۲	۲۵/۲۸
	انحراف معیار	۳/۳۵	۲/۰۹	۲/۱۵	۲/۶۶	۲/۰۹	۲/۰۷	۲/۸۸	۲/۸۴	۲/۸۱
خود سرزنشی	میانگین	۱۵/۲۳	۱۰/۲۳	۱۰/۳۸	۱۴/۷۱	۹/۲۸	۹/۴۳	۱۴/۹۳	۱۴/۴۲	۱۴/۳۵
	انحراف معیار	۱/۸۳	۱/۳۶	۱/۲۶	۲/۲۳	۱/۴۳	۱/۲۲	۱/۹۸	۲/۱۳	۱/۶۹
پذیرش	میانگین	۷/۵۴	۱۳/۵۳	۱۱/۸۴	۷/۳۵	۱۴/۱۴	۱۳/۲۸	۶/۴۳	۶/۵۰	۶/۷۱
	انحراف معیار	۱/۵۰	۱/۸۱	۱/۵۲	۱/۶۹	۱/۴۶	۱/۱۴	۱/۵۰	۱/۶۱	۱/۴۳
نشخوار فکری	میانگین	۱۵/۵۴	۹/۹۲	۱۰/۰۴	۱۴/۹۳	۸/۸۵	۸/۲۸	۱۵/۳۵	۱۴/۹۳	۱۴/۵۷
	انحراف معیار	۲/۰۶	۱/۲۵	۱/۲۲	۲/۴۰	۰/۸۶	۰/۷۲	۱/۹۴	۱/۷۷	۱/۷۴
بازاریابی مثبت	میانگین	۷/۵۶	۱۰/۶۹	۹/۹۲	۷/۵۰	۱۳/۱۴	۱۲/۵۰	۷/۳۵	۷/۲۸	۷/۷۱
	انحراف معیار	۱/۵۹	۱/۵۴	۱/۰۳	۱/۶۰	۱/۳۵	۱/۲۸	۱/۶۹	۱/۵۴	۱/۳۸
فاجعه‌سازی	میانگین	۱۴/۱۵	۱۰/۸۴	۱۱/۵۳	۱۳/۹۲	۸/۹۳	۹/۳۵	۱۳/۳۵	۱۳/۰۷	۱۲/۷۸
	انحراف معیار	۱/۷۷	۱/۲۱	۰/۸۷	۱/۹۷	۱/۰۷	۰/۸۴	۱/۶۹	۱/۴۹	۱/۶۷

از تحلیل کواریانس چندمتغیری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای انجام تحلیل کواریانس، ابتدا پیش فرض‌های آن بررسی شد. بدین منظور، چهار مفروضه تحلیل کواریانس شامل خطی بودن^۱، همخطی چندگانه^۲، همگنی واریانس‌ها^۳ و همگنی شیب‌های رگرسیون^۴ مورد بررسی قرار گرفتند، پیش فرض همگنی واریانس‌ها، در بین نمرات سه گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شد. نتایج آزمون لوین جهت همگنی واریانس متغیرهای وابسته در سه گروه بدین قرار بود، افسردگی ($F= ۰/۴۷$, $p= ۰/۶۳$)، اضطراب ($F= ۰/۲۲$, $p= ۰/۸۰$).

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

خود سرزنشی ($p=0/47, F=0/77$)، پذیرش ($p=0/31, F=1/22$)، نشخوار فکری ($p=0/89, F=0/42$)، بازاریابی مثبت ($p=0/26, F=1/39$) و فاجعه سازی ($p=0/09, F=0/91$)، نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در واریانس سه گروه مشاهده نمی‌شود و لذا شرط تساوی واریانس‌ها برقرار است. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروهها ($p=0/121, F=1/47$) نشان می‌دهد که تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل معنی‌دار نیست. بنابراین، فرض همگنی رگرسیون برقرار است. نتایج تحلیل‌ها در مورد بررسی سایر مفروضه‌ها نیز تفاوت معنی‌داری را در هیچ کدام از آنها نشان نداد. بنابراین، می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس را برآورد می‌کنند و می‌توان داده‌های پژوهش را توسط این روش آماری تجزیه و تحلیل کرد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروههای آزمایش و گواه نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی‌دار می‌باشد ($p \leq 0/001, F=23/36$). جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری را روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروههای آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلاپی	۱/۵۴	۱۲/۷۰	۱۴	۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	لامبدای ویلکز	۰/۰۲	۲۳/۳۶	۱۴	۵۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	اثر هتلینگ	۲۳/۷۳	۴۰/۶۸	۱۴	۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	بزرگترین ریشه روی	۲۲/۲۹	۸۲/۷۹	۷	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که بین گروهها از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته‌ی پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کواریانس یکراهه با کنترل پیش‌آزمون انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه، در متن مانکوا، روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
افسردگی	۹۹۳/۸۶	۲	۴۹۶/۹۳	۱۴۰/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۰
اضطراب	۴۸۵/۸۳	۲	۲۴۲/۹۱	۴۲/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳
خودسرزنشی	۱۵۱/۷۵	۲	۷۵/۸۷	۳۶/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰
پذیرش	۳۰۴/۲۷	۲	۱۵۲/۱۴	۷۷/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳
نشخوار فکری	۱۸۳/۷۲	۲	۹۱/۸۶	۶۸/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱
بازارزیابی مثبت	۱۶۶/۰۲	۲	۸۳/۰۱	۶۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰
فاجعه‌سازی	۹۴/۵۵	۲	۴۷/۲۸	۳۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷

شماره ۴ ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که تفاوت بین سه گروه در متغیرهای افسردگی ($F=140/96, p \leq 0/001$)، اضطراب ($F=42/37, p \leq 0/001$)، خودسرزنشی ($F=36/79, p \leq 0/001$)، پذیرش ($F=77/02, p \leq 0/001$)، نشخوار فکری ($F=68/28, p \leq 0/001$)، بازارزیابی مثبت ($F=65/14, p \leq 0/001$) و فاجعه‌سازی ($F=31/69, p \leq 0/001$)، معنی‌داری می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نسبت F در مورد تمام متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار می‌باشد. برای مشخص کردن تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی^۱ استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

مقایسه آزمون‌های تعقیبی نشان داد که هم درمان فعال‌سازی رفتاری و هم درمان فراشناختی در تغییر نمرات پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک، زیر مقیاس‌های خودسرزنشی، پذیرش و نشخوار فکری، اثربخش‌تر از گروه کنترل بوده‌اند ($p \leq 0/001$)، این دو درمان به لحاظ اثربخشی بر روی این متغیرها هیچ تفاوتی با هم نداشتند ($p \geq 0/05$)، و تنها در زیر مقیاس‌های بازارزیابی مثبت ($p \leq 0/001$)، و فاجعه‌سازی ($p \leq 0/001$)، با هم دیگر تفاوت داشتند؛ به طوری که درمان فراشناختی اثربخشی بیشتری بر این زیر مقیاس‌ها داشت.

1- Bonferroni

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پس آزمون

مقیاس	مقایسه	تفاضل میانگین	خطای معیار	سطح معنی داری
افسردگی	گروه ۱ و ۳	-۱۲/۱۲۹	۰/۸۰۳	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	-۱۲/۱۲۷	۰/۸۶۳	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	-۰/۰۰۱	۰/۸۲۴	۰/۹۲۱
اضطراب	گروه ۱ و ۳	-۷/۹۹۳	۱/۰۲۴	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	-۹/۰۲۴	۱/۱۰۲	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	۱/۰۳۱	۱/۰۵۱	۰/۸۹۷
خود سرزنشی	گروه ۱ و ۳	-۴/۴۳۶	۰/۶۱۴	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	-۵/۰۷۱	۰/۶۶۱	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	۰/۶۳۵	۰/۶۳۱	۰/۹۶۵
پذیرش	گروه ۱ و ۳	۶/۲۲۴	۰/۶۰۱	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	۷/۲۳۱	۰/۶۴۷	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	-۱/۰۰۷	۰/۶۱۷	۰/۳۳۹
نشخوار فکری	گروه ۱ و ۳	-۴/۹۲۱	۰/۴۹۶	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	-۵/۵۴۴	۰/۵۳۴	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	۰/۶۲۳	۰/۵۰۹	۰/۶۹۱
بازارزیابی مثبت	گروه ۱ و ۳	۲/۶۶۷	۰/۴۸۳	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	۵/۹۲۵	۰/۵۱۹	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	-۳/۲۵۸	۰/۴۹۶	۰/۰۰۱
فاجعه سازی	گروه ۱ و ۳	-۲/۳۷۵	۰/۵۲۲	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	-۴/۴۶۳	۰/۵۶۲	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	۲/۰۸۸	۰/۵۳۶	۰/۰۰۱

توضیح: گروه ۱ = درمان فعال‌سازی رفتاری، گروه ۲ = درمان فراشناختی، گروه ۳ = گروه کنترل

نتایج تحلیل‌ها بر روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش آزمون نشان داد که در مرحله پیگیری نیز همان نتایج مرحله پس آزمون تکرار شدند، ولی نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین دو گروه درمانی در متغیر پذیرش ($p=0/043$)، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، بدین صورت که اثر بخشی درمان فراشناختی در مقایسه با درمان فعال‌سازی رفتاری بر روی این راهبرد در پیگیری ۲ ماهه همچنان حفظ شده بود ولی نمرات گروه درمان فعال‌سازی رفتاری تا حدودی بازگشت نشان داده بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی دو درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر علائم افسردگی و اضطراب دانشجویان بود. این مطالعه متغیرهای دیگری مانند زیر مقیاس‌های راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی شامل خود سرزنشی، پذیرش، نشخوار فکری، بازاریابی مثبت و فاجعه‌سازی را نیز مورد بررسی قرار داد. نتایج آشکار ساخت که هر دو درمان فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی موجب کاهش معنی‌دار در علائم افسردگی و اضطرابی می‌شوند. بهبودی بالینی مشاهده شده در این مطالعه با مطالعات قبلی که اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری را در نمونه‌های افسرده و مضطرب نشان داده‌اند (مانند، ریشل و همکاران، ۲۰۱۱؛ هاوتون^۱، استالی و لایور، ۲۰۱۰؛ آرمنتو^۲ و هوپکو، ۲۰۰۹؛ گاورسیاک، نیکولاس^۳ و هوپکو، ۲۰۰۹؛ چیو و همکاران، ۲۰۰۹؛ هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۰۴، ۲۰۰۵، ۲۰۰۶؛ جیکوبسون^۴ و همکاران، ۱۹۹۶؛ دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶؛ پورتر، اسپتزر و اسمیتام^۵، ۲۰۰۴؛ امیری، ۱۳۸۶؛ جلیلی، ۱۳۸۵؛ فریدونی، ۱۳۸۹) هماهنگ است. نظریه‌ی رفتاری افسردگی پیشنهاد می‌کند که درمان فعال‌سازی رفتاری به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می‌گردد. هدف فعال‌سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند (لیپی و همکاران، ۲۰۱۲). درمان فعال‌سازی رفتاری، راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده‌تر را به کار می‌برد. بنابراین، افراد افسرده با اجرای این راهبرد می‌توانند به شیوه پیشرونده به موفقیت‌هایی دست یابند و این نیز متعاقباً، دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند (مازوک چلی، ۲۰۱۰). مارتل، آدیس^۶ و دیمیجیان (۲۰۰۴) نیز پیشنهاد کرده‌اند که علت اثربخشی این درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان، افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی‌شان را عوض کنند و یک قانون جدیدی را در زندگی‌شان دنبال کنند، یعنی "هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، فعال شوند" به جای اینکه

- 1- Houghton
- 2- Armento
- 3- Gawrysiak, Nicholas
- 4- Jacobson
- 5- Porter, Spates, & Smitham
- 6- Addis

"هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، خاموش شوند". درمان فعال‌سازی رفتاری بیماران افسرده را تشویق می‌کند تا با وجود احساس خستگی و غمگینی، فعال‌تر شوند و یا سعی کنند تا تکالیف رفتاری مرتبط با فرایند درمان را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن این کار نداشته باشند. چنین فرایندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد (مازوک چلی، ۲۰۱۰). در ارتباط با اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر علائم اضطرابی می‌توان گفت که هر چند از درمان فعال‌سازی رفتاری اغلب به عنوان مداخله‌ای برای افسردگی استفاده می‌شود اما نتایج تحقیقاتی که به آنها اشاره شد، نشان داده‌اند که درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند در کاهش علائم اضطرابی همراه با افسردگی نیز مؤثر باشد. در این خصوص می‌توان گفت که اجتناب رفتاری یا موقعیتی^۱، هم به لحاظ ملاک‌های تشخیصی (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰) و هم به عنوان یک عامل تداوم بخش در شرایط آسیب شناختی (بارلو، ۲۰۰۸؛ مارتل، آدیس و جیکوبسون، ۲۰۰۱) نقش بسیار مهمی در اختلالات هیجانی ایفا می‌کند. بنابراین، الگوهای اجتنابی به طور کلی یکی از آماج مهم درمانی در فعال‌سازی رفتاری می‌باشند (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰). فعال‌سازی رفتاری وسیله‌ی درمانی بسیار مؤثری برای تسریع فرایند خاموشی و افزایش تقویت مثبت وابسته به پاسخ^۳ در مشکلات هیجانی می‌باشد. فعال‌سازی رفتاری ممکن است نشانه‌های اضطرابی موجود در افراد تحت استرس هیجانی را به واسطه توجه منظم به رفتارهای اجتنابی و تسهیل رفتارهای رویکردی و گرایشی که برای افزایش دادن تقویت مثبت وابسته به پاسخ به کار می‌روند کاهش دهد (گاورسپاک و همکاران، ۲۰۰۹).

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های ولز و همکاران، ۲۰۰۹، ۲۰۱۲؛ نورداهل^۴، ۲۰۰۹؛ علیلو و همکاران، ۱۳۹۰؛ عاشوری، ۱۳۹۰؛ که اثربخشی درمان فراشناختی را بر علائم افسردگی و اضطرابی مورد بررسی قرار داده‌اند، هماهنگ است. مدل فراشناختی اختلالات بالینی (ولز و متیوز^۵، ۱۹۹۶) پایه‌ای برای درک تداوم و بازگشت افسردگی فراهم می‌آورد. طبق این مدل، تداوم اختلال با فعال شدن سبک خاصی از تفکر که سندرم شناختی-توجهی نامیده

- 1- behavioural or situational avoidance
- 2- American Psychiatric Association (APA)
- 3- response-contingent positive reinforcement (RCPR)
- 4- Nordahl
- 5- Matthews

می‌شود، در ارتباط می‌باشد. درمان فراشناختی قصد دارد تا این سندرم را برطرف ساخته و باورهای فراشناختی مرتبط با آن را تعدیل نماید (ولز، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های ولز (۲۰۰۹، ۲۰۱۲) و نورداهل (۲۰۰۹) نشان داد که درمان فراشناختی با تمرکز بر روی سبک‌های شناختی زیربنایی که عوامل تداوم بخش افسردگی در این بیماران هستند باعث کاهش میزان افسردگی در آنها شده است. در خصوص فرایند فعال شدن اضطراب بر اساس مدل فراشناختی (ولز، ۱۹۹۷) می‌توان گفت که از دیدگاه این مدل عامل برانگیزاننده در حادث شدن اضطراب در این بیماران فعال شدن باورهای فراشناختی مثبت و منفی است. در این مدل با تأکید بر استراتژی‌هایی که بیمار را به سمت غیرفعال سازی این عوامل برانگیزاننده سوق می‌دهد تلاش می‌گردد تا میزان اضطراب این بیماران کنترل گردد (به نقل از عاشوری، ۱۳۹۰). نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های قبلی نشان داد که درمان فراشناختی با تمرکز بر غیرفعال سازی این عوامل برانگیزاننده‌ی اضطراب، باعث کاهش میزان اضطراب در آنها گشته است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هر دو درمان فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی، در بهبود علایم افسردگی و اضطرابی به طور یکسان اثربخش هستند و تفاوت معنی‌داری بین آنها وجود ندارد. مقایسه‌های انجام شده بین درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان شناختی نشان داده است که این درمان‌ها به طور یکسان اثربخش هستند (مازوک چلی و همکاران، ۲۰۰۹). در زمینه تبیین اثربخشی یکسان درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان شناختی بیان شده است که ممکن است هر دو درمان فعال‌سازی رفتاری و شناختی به این دلیل اثربخش باشند که بر روی مکانیسم‌های پایه‌ای مشترکی عمل می‌کنند و شاید هر دوی آنها به این دلیل اثربخش هستند که منجر به افزایش تقویت مثبت می‌گردند (مازوک چلی و همکاران، ۲۰۰۹). در راستای این تبیین می‌توان گفت که ممکن است هر دو درمان فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی (به عنوان رویکردی نوین به شناخت درمانی) به این دلیل اثربخش باشند که بر روی مکانیسم‌های پایه‌ای مشترکی عمل می‌کنند و شاید هر دوی آنها منجر به افزایش تقویت مثبت می‌گردند.

از سوی دیگر، همان‌طور که قبلاً اشاره شد تنظیم هیجان (به عنوان یک عامل بین تشخیصی) در انواع مختلفی از اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب نقش ایفا می‌کند و مهم است که در درمان مورد توجه قرار گیرد (آلداو و نولن-هوکسما، ۲۰۱۰؛ برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸). در ادبیات پژوهشی چنین بحث شده است که درمان شناختی-رفتاری

می‌تواند به طور ابتدایی راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان را ارتقاء بخشد (هافمن و آسموندسون^۱، ۲۰۰۸). هماهنگ با این ادبیات پژوهشی، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی نیز در تعدیل راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مؤثر هستند. در زمینه‌ی راهبردهای شناختی خود-سرزنشی، پذیرش و به ویژه نشخوار فکری، شاهد این بودیم که درمان فعال‌سازی رفتاری همانند درمان فراشناختی تأثیرگذار بوده است. این یافته به طور ضمنی، تلویحات مهمی در پی دارد و این موضوع را می‌توان به عنوان شاهدهی بر عملکرد موفق درمان فعال‌سازی رفتاری در تغییر شناخت‌واره‌ها قلمداد کرد. این احتمال وجود دارد که تغییر رفتاری ایجاد شده توسط درمان فعال‌سازی رفتاری منجر به تغییر در باورها و شناخت‌واره‌هایی گردد که مؤلفه‌ی ضروری برای تغییر هیجانی و رفتاری دیرپای هستند. علاوه بر این، پیشنهاد شده است که تغییر رفتاری (و بنابراین درمان فعال‌سازی رفتاری) ممکن است بیانگر روش به ویژه مؤثر تغییر در شناخت‌واره‌ها باشد (بندورا^۲، ۱۹۷۷؛ هولون^۳، ۲۰۰۱؛ به نقل از مارتل و همکاران، ۲۰۱۰).

اما اثرات تکنیک‌های درمانی بر سایر جنبه‌های تنظیم هیجان از جمله باارزیابی مثبت و فاجعه‌سازی، در مرحله پس آزمون با هم متفاوت بود؛ به طوری که درمان فراشناختی در مقایسه با درمان فعال‌سازی رفتاری، در تعدیل راهبردهای اخیر اثربخش‌تر بود و در این زمینه، نتایج بیشتر به نفع درمان فراشناختی رقم خورد. همسو با این یافته‌ها، رینولدز^۴ و ولز (۱۹۹۹) نشان دادند که در پایان یک دوره درمان فراشناختی، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه بیشتر احتمال دارد که از راهبرد باارزیابی مثبت استفاده کنند. احتمال زیادی وجود دارد که بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی همایند، نگرانی را تجربه کنند. نگرانی یک راهبرد اجتناب شناختی است که فاجعه‌سازی را در برمی‌گیرد (بورکویک، آلکاین و بهار^۵، ۲۰۰۴؛ نیومن و لlera^۶، ۲۰۱۱). درمان فراشناختی نگرانی و فاجعه‌سازی را به عنوان یک هدف کلیدی مورد توجه قرار می‌دهد (ولز، ۱۹۹۵، ۲۰۰۹) و یافته‌های پژوهش

-
- 1- Hoffman & Asmundson
 - 2- Bandura
 - 3- Hollon
 - 4- Reynolds
 - 5- Borkove, Alcaine & Behar
 - 6- Newman & Llera

حاضر نیز نشان می‌دهد که این رویکرد درمانی در کاهش فاجعه‌سازی اثربخش‌تر از درمان فعال‌سازی رفتاری است.

در پیگیری ۲ ماهه نیز نتایج درمانی کمابیش باقی مانده بودند، به جز متغیر پذیرش، که اثرات درمانی گروه فراشناختی در مقایسه با درمان فعال‌سازی رفتاری بر روی این راهبرد بهتر حفظ شده بود. فرایندهای مبتنی بر پذیرش، خصیصه‌ی محوری درمان‌های نسل جدیدی می‌باشد که بیشتر بر تکنیک‌های شناختی مانند ذهن آگاهی^۱ تأکید می‌ورزند (هیز، فولت و لینهان^۲، ۲۰۰۴)، از جمله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ (سگال و همکاران، ۲۰۰۲)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ (هیز، استروساهل و ویلسون^۵، ۱۹۹۹) و درمان فراشناختی (ولز، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که رویکرد درمانی فراشناختی، که از تکنیک‌های ذهن آگاهی استفاده می‌کند، بر راهبرد پذیرش اثر داشته و نتایج به دست آمده در این زمینه ماندگاری بیشتری نسبت به درمان فعال‌سازی رفتاری داشته است. بر اساس نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد که درمان فراشناختی برای بیماران با نقص‌های شناختی خاص مانند مشکلات در زمینه بازاریابی مثبت، پذیرش رویدادهای منفی زندگی و موارد مشابه گزینه‌ی درمانی مناسب‌تری باشد. سنجش چنین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان قبل از شروع درمان، به روانشناسان و مشاوران کمک می‌کند تا رویکرد درمانی متناسب با هر مراجع را انتخاب نمایند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را نیز به همراه داشت از جمله، پایین بودن حجم نمونه و کوتاه مدت بودن زمان پیگیری به علت محدودیت زمانی و اتمام سال تحصیلی. مسلماً تعمیم پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی این مداخلات را با نمونه بزرگتر و بر روی بیماران بالینی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روان‌شناسی و روانپزشکی اجرا نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی پیگیری‌های طولانی مدت‌تری را انجام دهند. ارزیابی‌های پیگیرانه‌ی بلند مدت می‌توانند در

1- mindfulness

2- Hayes, Folette, & Linehan

3- mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

4- acceptance and commitment therapy (ACT)

5- Strosahl, & Wilson

درک اثرات طولانی مدت این مداخلات بر روی افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجانی کمک کنند.

نویسندگان مقاله حاضر مراتب امتنان و سپاسگزاری خود را از تمامی عزیزانی که به نوعی در اجرای این پژوهش نقش داشته و روند اجرای آن را تسهیل نموده‌اند به جا می‌آورند: از دکتر ناصر سودانی، رئیس مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز، از خانم پریسا گنجه و آقای سجاد آسوده و همچنین از تمامی دانشجویان عزیزی که برای شرکت در مطالعه حاضر وقت و انرژی گذاشتند، تشکر می‌نماییم.

منابع

فارسی

- امیری، مهدی (۱۳۸۶). *اثر بخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.
- امینی، ف.، و فرهادی، ع. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *ماهنامه همایش دانشجویان و بهداشت روانی*، ۸، ۲۷-۲۱.
- جلیلی، امیر (۱۳۸۵). *اثر بخشی فعال سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی و تأثیر این درمان در کاهش نگرش های ناکارآمد*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.
- عاشوری، احمد (۱۳۹۰). *مقایسه اثر بخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی*. پایان نامه دکترای تخصصی روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روان پزشکی تهران.
- علیلو، مجید محمود؛ هاشمی، تورج؛ هاشمی، زهره (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افکار ناکارآمد در اختلال افسردگی اساسی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، دوره ۳۳، شماره ۶، ۹۴-۸۹.

فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمدکاظم و دابسون، کیت استفان (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری / طرحواره‌ها و پردازش‌شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۱، ۳۱۲-۳۲۶.

فریدونی، محمد (۱۳۸۹). بررسی مقایسه اثربخشی ترکیب درمان فعال‌سازی رفتاری و دارو درمانی با دارو درمانی در بهبود علائم بیماران افسرده بستری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

کاوایانی، حسین (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، فهرست واریس صفات خلقی (Mood Adjectives Checklist) و BDI در جمعیت بالینی در مقایسه با گروه سالم. گزارش تحقیق. دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.

کاوایانی، حسین و موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶، ۱۳۶-۱۴۰.

یوسفی، فریده (۱۳۸۲). الگوی علی‌هوش عاطفی، رشد شناختی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، و سلامت عمومی. رساله دکترای روان‌شناسی تربیتی. دانشگاه شیراز.

لاتین

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C. & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13, 230-246.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text Revision, DSM-IV-TR)*. Washington DC: Author.

- Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies, 8*, 25-37.
- Baldwin, D. S., Thomas, S. C., (1997). There's a lot of it about: Mixed depression and anxiety in primary care. *Primary Care Psychiatry, 3*, 59-68.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory- II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). General emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1230-1237.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. S. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. Heimberg, D. Mennin, & C. Turk (Eds.), *The nature and treatment of generalized anxiety disorder* (77-108). New York: Guilford Publication.
- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Thomas, S. N., & Read, J. P. (2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment-resistant depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 376-386.
- Buchanan, J. L. (2012). Prevention of Depression in the College Student Population: A Review of the Literature. *Archives of Psychiatric Nursing, 26*, 21-42.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 408-419.

- Cranford, J. A., Eisenberg, D., & Serras, A. M. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors, 34*, 134–145.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & Oppen P., (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 909–922.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 318–326.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C. R., Munoz, R. F., & Lewinsohn, P. M., (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 1–38.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., & et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658–670.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral activation for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (328–364). New York: The Guilford Press.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 192-205.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatments of depression. *Psychological Medicine, 38*, 611–623.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Gallagher, R. P. (2007). *National Survey of Counseling Center Directors (2007)*. Washington, DC: International Association of Counseling Services. Available from <http://www.iacsinc.org/>.

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. H. (2002). *Manual for the Use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 468-475.
- Greenberg, P. E., Kessler, R., & Birnbaum, H. (2003). The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry, 64*, 1465-1475.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*, 1-16.
- Houghton, S. (2011). Behavioural activation in the treatment of depression. *Mental health practice, 14*, 18-23.
- Hysenbegasi, A., Hass, S. L., & Rowland, C. R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *Journal of Mental Health Policy & Economics, 8*, 145-151.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lujuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 42*, 236-243.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for co-existent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies, 3*, 37-48.
- Hopko, D. R., 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. *Behavior Modification*, 27, 458–469.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. C., & Lejuez, C. W. (2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *Behavior Analyst Today*, 7, 212-231.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., & et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295–304.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608–620.
- Kenney, B. A., & Holahan, C. J. (2008). Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample. *Journal of American College Health*, 56, 409–414.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford.
- Leahy, R. L., & Holland, S. J., McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, 60, 84–92.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6-19.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Mazzucchelli, T. (2010). *Behavioural Activation Interventions for Depression and Well-being*. Thesis presented for Ph.D degree. Curtin University of Technology.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 383–411.

- Mclaughlin, K. A., & Nolen- Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behavior research and therapy, 49*, 186-193.
- Meilman, P. W., Manley, C., Gaylor, M. S. & Turco, J. H. (1992). Medical withdrawals from college for mental health reasons and their relation to academic performance. *Journal of American College Health, 40*, 217-223.
- Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*, 329-352.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2010). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In A. M. Kring & D. S. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment (356-379)*. New York: Guilford Press.
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 146-150.
- Newman, M. G., & Llera, S. j. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clin Psychol Rev, 31*, 371-382.
- Nordahl, H. M. (2009). Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *International Journal of Cognitive Therapy, 2*, 152-159.
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Springer, J. R. (2008). Transdiagnostic cognitivebehavioral group therapy for anxiety: outcome and process. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 266-279.
- Porter, J. F., Spates, C., & Smitham, S. S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: Pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 297-301.
- Rawson, H. E., Bloomer, K., & Kendall, A. (1994). Stress, anxiety, depression, and physical illness in college students. *Journal of Genetic Psychology, 155*, 321-330.
- Reynolds, M., & Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire: Psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine, 29*, 1089-1099.
- Ritschel, L. A., Ramirez, C., & Craighead, W. E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral. 18*, 281-299.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- Serras, A., Saules, K. K., Cranford, J. A. & Eisenberg, D. (2010). Self-injury, substance use, and associated risk factors in a multi-campus probability sample of college students. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*, 119-128.
- Staley, C. S., & Lawyer, S. R. (2010). Behavioral Activation and CBT as an Intervention for Coexistent Major Depression and Social Phobia for a Biracial Client with Diabetes. *Clinical Case Studies, 9*, 63-73.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 23*, 337-355.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.
- Wells, A. (2009). *Meta cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatly, J., Patel, T., & Brewin, C. (2009). Meta cognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-Baseline study of a new treatment. *Cogn Ther Res.33*, 291-300.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C, R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 367-373.
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders* (250-306). New York: Guilford Press.