

اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری گروهی بر افسردگی و بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس*
 سید حسین سید^۱، علیرضا رجایی^۲، محمود برجلی^۳

The effectiveness of group behavioral activation therapy on depression and identity crisis in patients with multiple sclerosis

Seyed Hossein Seid¹, Alireza Rajaei², Mahmud Borjali³

چکیده

زمینه: نظر به مزمن و طولانی بودن بیماری مولتیپل اسکلروزیس و اهمیت شاخص افسردگی و بحران هویت در این بیماران، لزوم توجه به کاربرد درمان فعال سازی رفتاری گروهی در این بیماران مغفول مانده است. **هدف:** مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری گروهی بر افسردگی و بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس شهر کرج در بازه زمانی اردیبهشت تا دی ماه سال ۱۳۹۸ بودند که به شیوه نمونه گیری هدفمند تعداد ۳۰ بیمار ام اس بر اساس ملاک های ورود و خروج انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسش نامه های افسردگی بک و همکاران ویرایش دوم (۱۹۹۶) و پرسشنامه بحران هویت رجایی و همکاران (۱۳۸۷) بود. گروه آزمایش تحت درمان فعال سازی رفتاری گروهی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای قرار گرفتند، اما گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکردند. جهت تحلیل آماری داده ها از میانگین، انحراف معیار و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معنی داری $\alpha = 0/05$ استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که در پس آزمون پس از تعدیل نمرات پس آزمون بر روی نمرات پیش آزمون میانگین نمرات افسردگی و بحران هویت گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معنی داری کاهش پیدا کرد ($p < 0/001$). **نتیجه گیری:** بر اساس نتایج پژوهش، از درمان فعال سازی رفتاری گروهی به عنوان درمان مکمل در کنار سایر روش های درمانی برای بهبود وضعیت روانشناختی بیماران مولتیپل اسکلروزیس استفاده شود. **واژه کلیدیها:** درمان فعال سازی رفتاری گروهی، افسردگی، بحران هویت، مولتیپل اسکلروزیس.

Background: Due to the chronic and long duration of multiple sclerosis and the importance of depression and identity crisis in these patients, the need to pay attention to the use of group behavioral activation therapy in these patients has been neglected. **Aims:** The present study aimed to determine the effectiveness of group behavioral activation therapy on depression and identity crisis in patients with multiple sclerosis. **Method:** The present study was a quasi-experimental with a pretest and posttest design with a control group. The statistical population included all female patients with inflammatory bowel disease who were members of the inflammatory bowel disease association of Karaj in the period from May to December 2020. By purposive sampling method, 30 inflammatory bowel patients were selected based on inclusion and exclusion criteria and randomly divided into two groups (15 people in the experimental group and 15 people in the control group) were replaced. Data collection tools included Beck et al. Depression Questionnaire (Second Edition (1996)) and Rajai et al.'s Identity Crisis Questionnaire (2008). The experimental group was treated with group behavioral activation in 8 sessions of 60 minutes, but the control group did not receive any intervention. For statistical analysis of data, mean, standard deviation and multivariate analysis of covariance were used with SPSS software version 24 at a significance level of $\alpha = 0/05$. **Results:** The results showed that in the post-test, after adjusting the post-test scores on the pre-test scores, the mean scores of depression and identity crisis in the experimental group significantly decreased compared to the control group ($p < 0/001$). **Conclusions:** Based on the results of the study, group behavioral activation therapy should be used as a complementary therapy along with other treatment methods to improve the psychological status of multiple sclerosis patients. **Key Words:** Group behavioral activation treatment, depression, identity crisis, multiple sclerosis

Corresponding Author: rajaei.46@yahoo.com

* این مقاله از رساله دکتری دانشجوی روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام نویسنده اول استخراج شده است.

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، تربت جام، ایران

^۱ Ph.D Student in Health Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e Jam Branch, Torbat-e Jam, Iran

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، تربت جام، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e Jam Branch, Torbat-e Jam, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University of Tehran, Tehran, Iran

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس)^۱ به دلایل مختلفی از جمله مزمن بودن، درگیری در سنین جوانی، ماهیت غیرقابل پیش‌بینی، عدم درمان قطعی، اختلال عملکرد اجتماعی و خانوادگی و غیره، مشکلات روانی متعددی از جمله افسردگی^۲ را تجربه می‌کنند (پوسر، ۲۰۰۵). افسردگی غیر از اختلالات خلقی بسیار شایعی که دارد، دارای نشانه‌هایی همچون احساس دل‌تنگی، از دست دادن علاقه به جنبه‌های لذت‌بخش زندگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال‌های خواب و نشانه‌های شناختی همچون دیدگاه منفی در مورد خود، احساس گناه، ناتوانی در تمرکز و بلا تکلیفی است (اسجورگ، کارلسون، آتی، اسکوگ، فراتیگلیونی و وانگ، ۲۰۱۷). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس است که تقریباً در ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا دیده می‌شود (باکستر، اسکات، فراری، نورمن، ویس و وایتفورد، ۲۰۱۴). این علائم ممکن است ناشی از تأثیر مستقیم التهاب و دمی‌لینه شدن اعصاب و با نتیجه عکس‌العمل عدم سازگاری با بیماری باشد (براکویچ، براس، میلونویچ، بایسیک، بوبان، لونسار و گروگرک، ۲۰۰۹). بسته به نوع مطالعه، افسردگی بر ۱۵/۸ تا ۴۷ درصد از جمعیت ام‌اس تأثیرگذار بوده و شیوع مادام‌العمر آن حدود ۵۰ درصد برآورد شده است (بایسیک، سونسون، ساندر، ژورژکو و پیترسن و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین طبق گزارش‌ها، افسردگی ۲۰ درصد از بیماران ام‌اس نیز مورد تشخیص و درمان قرار نمی‌گیرد (مک - کویگان و هاتچینسون، ۲۰۰۶؛ صالح پور، کافی، رضایی، حسینی‌نژاد و صالحی، ۱۳۹۳). به علاوه با وجود اینکه در اشخاص مبتلا افسردگی به میزان متوسطی توصیف می‌شود، اما خطر خودکشی در جمعیت ام‌اس در مقایسه با جمعیت عمومی ۱۰-۵ بار بیشتر است (گای، بونگینیر، توماس، وریگنود، توماس و همکاران، ۲۰۱۷).

بیماران مولتیپل اسکلروزیس هر روز دچار چالش‌های سختی با پیشرفت بیماری می‌شود و عدم قطعیت درمان و نگرانی می‌تواند علت همه احساساتی مثل اضطراب، استرس، ترس شدید، خشم و شکل‌گیری بحران‌های هویت^۳ خصوصاً برای جوانان باشد

(آدامسون، ۲۰۱۸). بحران هویت، نوعی اختلال و از خود بیگانگی است که فرد با خود، دیگران و جامعه دارد و شخص را در ارتباطات فردی و اجتماعی، دچار بیگانگی می‌سازد (محمدی و قربانی، ۱۳۹۶). افرادی که دچار بحران هویت هستند از نشانه‌های بی‌هدفی، پوچی، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، بی‌ارزشی، نارضایتی، اضطراب، غمگینی، پرخاشگری و عصبانیت در رنج هستند (رجایی، ۲۰۱۰). بحران هویت در بیماران مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند با علائمی مانند دوری از اجتماع، اعتماد به نفس پایین، ناامیدی، افسردگی، نداشتن هدف و خشم ناشی از ناکامی شکل بگیرد (بنیتو - لئون، لایانو، میتچل، سارا، مارتینز - مارتین، ۲۰۱۴).

با توجه به شیوع بالای علائم روانی بیماری مولتیپل اسکلروزیس نظیر افسردگی، اضطراب و همچنین عوارض داروها، استفاده از تست‌های تشخیصی و درمان‌های غیر دارویی برای کاهش این علائم ضروری است؛ و هم‌اکنون، نزدیک به یک‌سوم بیماران مولتیپل اسکلروزیس از درمان‌های مکمل، به‌رغم درمان‌های رایج و متداول بهره می‌برند (میتچل، بنیتو - لئون، گونزالس و ریورا - ناوارو، ۲۰۰۵). برخی پژوهش‌های اخیر پیشنهاد کرده‌اند که مداخله‌های غیر دارویی باید در مرتبه اول درمان‌های پیشنهادی از سوی درمانگران قرار بگیرد و تنها در صورتی از درمان‌های دارویی استفاده شود که اثربخشی درمان‌های غیر دارویی با شکست مواجه شود (آزرمای، پیترویچ، السویز، برجیوس، وان بورتلو و همکاران، ۲۰۱۲؛ ناکاجیما، ۲۰۱۱). از جمله درمان‌های غیر دارویی می‌توان به درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی^۴ اشاره کرد که در جهت گسترش روابط بیماران استفاده می‌شود. درمان فعال‌سازی رفتاری یک درمان راه‌حل‌مدار، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر کارکرد و بافتی است که رفتار در آن رخ داده است و می‌تواند متناسب با نیازهای منحصربه‌فرد بیماران با توجه به تفاوت‌های دموگرافیک و فردی متفاوت باشد (چارتریر و پرونچر، ۲۰۱۳). این رویکرد درمانی به بیمار کمک می‌کند ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی خود را شناسایی کرده، با گام برداشتن در جهت یک هدف مطلوب حرکت روبه‌جلوی خود را تداوم بخشیده، بنابراین با ایجاد احساس دستاورد یا لذت، وضعیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد (هپکو، رابرسون و کاروالهو، ۲۰۰۹). هدف فعال‌سازی رفتاری افزایش منظم فعالیت

1. Multiple sclerosis (MS)

2. Depression

3. Identity Crisis

4. Group Behavioral activation treatment

عزت‌نفس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود. همچنین عمرانی و همکاران در مطالعه خود دریافتند که گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر بود.

از سویی چالش مهم بهداشت و درمان در قرن حاضر، توجه به زندگی توأم با کیفیت بیماران مزمن است (استرین، چاپمن، بالاز و موکداد، ۲۰۰۸). مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمیلینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و قطعات دمیلینه شده حاصل از بیماری، سرتاسر ماده سفید را فرا گرفته و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (وارگاس و تیور، ۲۰۱۷). شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی می‌باشد که فرد بیشترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد (گیلمور، راماج - مورین و وانگ، ۲۰۱۸). این بیماری در میان افرادی که در مناطق اقلیمی شمالی و آب‌وهوای معتدل زندگی می‌کنند شایع‌تر است و زنان به طور تقریبی ۲-۳ برابر مردان به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مبتلا می‌شوند (میسر و میسر، ۲۰۱۸). مولتیپل اسکلروزیس تقریباً یک نفر از هر ۱۰۰۰ نفر را مبتلا ساخته و میزان شیوع آن در حدود ۱/۱ میلیون نفر در جهان می‌باشد (پاتی، نیکوتی، مسینا، برونا، فرمو و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین طبق گزارش منتشر شده توسط نهمین کنفرانس بین‌المللی مولتیپل اسکلروزیس در سال ۱۳۹۱، شیوع مولتیپل اسکلروزیس در ایران ۶۰ در ۱۰۰/۱۰۰ می‌باشد (سامان‌نژاد، رضایی، بستانی، نجفی و آقایی، ۱۳۹۲). این بیماری مزمن و خود ایمنی با انواعی از علائم و نشانه‌ها و دوره‌های غیر قابل پیش‌بینی نظیر اختلال در هماهنگی و تعادل بدن، گرفتگی عضلات، خستگی، تغییرات حسی، احساس سوزش، درد، اختلالات بینایی، اختلال بلع، تکلم و تنفس، مشکلات مثانه و روده، مشکلات جنسی، حساسیت به حرارت و اختلالات شناختی و عاطفی مشخص می‌شود (برنر، ۲۰۱۰). علت اصلی مولتیپل اسکلروزیس ناشناخته است، اما پژوهش‌ها حاکی از آن است که آمیزه‌ای از عوامل ژنتیکی، محیطی و موقعیت جغرافیایی را در میزان ابتلا دخیل می‌دانند؛ و با وجود پیشرفت‌های علم پزشکی در سالیان اخیر، در حال حاضر بیماری مولتیپل اسکلروزیس درمان قطعی ندارد (میلون و کاهانا، ۲۰۱۰).

بنابراین با توجه به مزمن بودن بیماری مولتیپل اسکلروزیس و

است، به طوری که به مراجع کمک کند تا با منابع پاداش موجود در زندگی خود تماس بیشتری یابد و مسائل زندگی خود را حل کند (دیمیدجان، گودمن، شروود، سیمون، لادمن و همکاران، ۲۰۱۷). تکنیک‌های درمانی مستقیماً بر روی رفتارهای گریز و فکرهای نگران‌کننده مکرر متمرکز بوده و سعی می‌کند تجاربی را افزایش دهد که لذت‌بخش بوده یا به سازندگی و بهبود شرایط زندگی منجر می‌شوند (اماهن، موبرلی و رایت، ۲۰۱۸).

درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی به‌عنوان یک مداخله معتبر تجربی کوتاه‌مدت، مقرون‌به‌صرفه و مبتنی بر ارتقای کیفیت و سبک زندگی و کاهش هیجان‌های منفی در افراد بیمار مزمن و غیر مزمن به‌طور مؤثری مفید واقع شده است (گومز-پرس، ورگس، وازکوئز - تابودا، دوران و توگاس، ۲۰۱۸؛ کیم، کراچ و الاتونجی، ۲۰۱۷). در همین راستا فتح‌اله‌زاده و مجتبابی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای شبه آزمایشی با عنوان اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی که بر روی ۲۲ زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران انجام دادند، دریافتند که درمان فعال‌سازی رفتاری از طریق افزایش خود‌مدیریتی بیماران مبتلا به ام‌اس سبب بهبود انگیزش و انسجام و در نهایت کاهش افسردگی در آنان می‌شود. یافته‌های مطالعه شبه آزمایشی زمستانی و همکاران (۱۳۹۲) که با عنوان اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در ۲۷ نفر از دانشجویان مبتلا به افسردگی و اضطراب دانشگاه شهید چمران اهواز نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری اثر معنی‌داری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب دارد. همچنین در مطالعه‌ای شبه آزمایشی صید و همکاران (۱۳۹۸) با عنوان مقایسه اثربخشی آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری و آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری بر بحران هویت ۴۵ زن مبتلا به ام‌اس عضو انجمن ام‌اس شهر کرج دریافتند که آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری و آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری منجر به کاهش بحران هویت بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود. در همین راستا رباطی و شاره (۱۳۹۷) در مطالعه شبه‌آزمایشی خود تحت عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و عزت‌نفس که بر روی ۲۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر مشهد انجام شد، دریافتند که گروه درمانی شناختی رفتاری منجر به کاهش اضطراب و افزایش

نمرات از صفر تا ۶۳ است و نمره برش پرسشنامه مذکور ۱۹ می‌باشد و نمره بیشتر به معنای افسردگی بالاتر است. بک و همکاران (۱۹۹۶) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. و روایی همگرایی پرسشنامه افسردگی بک با پرسشنامه افسردگی همیلتون (۰/۷۱) بدست آمده است. همچنین سازندگان آزمون پایایی آزمون بازآزمون ابزار را بعد از یک هفته ۰/۹۳ بدست آورده اند (بک و همکاران، ۱۹۹۶). به علاوه در مطالعه رحیمی (۱۳۹۳) نتایج نشان داد پرسشنامه افسردگی بک از ثبات داخلی بالا (۰/۸۷) و در طول زمان از پایایی قابل قبولی (۰/۷۳) برخوردار بود. اجراء همزمان این آزمون با پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی و مقیاس افسردگی اضطراب و استرس ۲۱ سؤالی نشان داد این آزمون از روایی همزمان خوبی برخوردار است. انجام تحلیل عامل برای کل آزمودنی‌ها وجود عامل‌های شناختی - عاطفی و جسمی را نشان داد.

پرسشنامه بحران هویت^۲: این پرسشنامه ۵۰ سؤالی توسط رجایی، بیاضی و حبیبی پور (۱۳۸۷) ساخته شده، که نشانه‌هایی از علائم بحران هویت شامل ۱. بی‌هدفی سؤالات، ۲. ناامیدی، ۳. بی‌ارزشی، ۴. پرخاشگری، ۵. پوچی، ۶. عدم اعتماد به نفس، ۷. نارضایتی از زندگی، ۸. غمگینی، ۹. عصبانیت، ۱۰. اضطراب را بر اساس طیف لیکرت از کاملاً مخالفم نمره ۱ تا کاملاً موافقم نمره ۵ می‌سنجد؛ اما سؤالات ۴۴، ۳۱، ۲۶، ۱۴، ۴ به صورت عکس این نمره‌گذاری می‌شوند (رجایی، بیاضی و حبیبی پور، ۱۳۸۸). روایی این پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان ایرانی این زمینه مورد تأیید قرار گرفته است. همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرون باخ برابر با ۰/۹۳ به دست آمد. ضریب آلفای کرون باخ محاسبه شده برای کل آزمون ۰/۹۳۱ به دست آمد که بیانگر پایایی بالای این آزمون می‌باشد. میزان آلفای کرون باخ برای ده خرده مقیاس پرسشنامه بحران هویت به ترتیب شامل بی‌هدفی (۰/۷۳)، پوچی (۰/۷۷)، ناامیدی (۰/۷۲)، عدم اعتماد به نفس (۰/۷۳)، بی‌ارزشی (۰/۸۵)، نارضایتی از زندگی (۰/۷۵)، اضطراب (۰/۷۷)، غمگینی (۰/۸۲)، پرخاشگری (۰/۸۲) و عصبانیت (۰/۹۲) بود (رجایی و همکاران، ۱۳۸۸).

طولانی بودن آن و به خصوص این که بیشتر این بیماران را افراد جوان تشکیل می‌دهند و همین‌طور با در نظر گرفتن اهمیت شاخص افسردگی و بحران هویت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، به علاوه عدم پژوهش مستقیم در زمینه اثر مداخله مذکور بر متغیرهای وابسته در جامعه هدف و خلأ پژوهشی در این زمینه، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر افسردگی و بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام شد و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر افسردگی و بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن مبتلا به ام‌اس عضو انجمن ام‌اس شهر کرج در بازه زمانی اردیبهشت تا دی‌ماه سال ۱۳۹۸ بودند (حدود ۵۰۰ نفر)، که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ بیمار ام‌اس، از بین زنان که واجد شرایط ملاک‌های ورود و خروج بودند، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل: تشخیص اصلی و غالب ام‌اس عودکننده (مولتیپل اسکروزیس) در طی یک سال گذشته بر اساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب و برخورداری از پرونده پزشکی در انجمن بیماران ام‌اس شهر کرج، عدم ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن، عدم سابقه ابتلا به آسیب‌های مغزی مانند تومور، عدم وابستگی به ویلچر، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و درمان‌های روانشناختی در طول مطالعه، محدوده سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، جنسیت مؤنث بود و ملاک‌های خروج شامل عدم رضایت آگاهانه، عدم همکاری در جریان درمان و غیبت بیش از دو جلسه در جریان مداخله آموزشی بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های زیر بودند.

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم^۱: این پرسشنامه ۲۱ سؤالی توسط بک، استیر، برون (۱۹۹۶) طراحی شد که سه عامل شناختی (سؤالات ۷-۱)، عاطفی (سؤالات ۱۴-۸) و جسمانی (سؤالات ۲۱-۱۵) را می‌سنجد. هر سؤال نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد، لذا دامنه

2. Identity Crisis Questionnaire

1. Beck Depression Inventory—Second Edition

دریافت داده‌ها گروه گواه نیز مداخلات را دریافت کرد. ضمناً در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است و پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.MSHD.REC.1398.100 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد می‌باشد. جهت تحلیل آماری داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در سطح معنی داری $\alpha = 0/05$ استفاده شد. شرح مختصر جلسات آموزش درمان فعال سازی رفتاری گروهی مطابق جدول ۱ بود.

مطالعه با اخذ رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در تمامی مراحل اجرا شد. پس از انتخاب گروه نمونه و گمارش تصادفی آن‌ها در دو گروه آزمایش و گواه در ابتدا قبل از شروع برنامه‌های آموزشی از افراد پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش برنامه درمان فعال سازی رفتاری گروهی مبتنی بر راهنمای عملی نسخه تجدیدنظر شده مطالعه لیجوز، هیکو، آسیرنو، داقترس و پاگوتی (۲۰۱۱) در هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در مدت دو ماه را دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. سپس در پایان جلسات پس‌آزمون به عمل آمد. در انتها برای حفظ اصول اخلاقی پژوهش بعد از پایان جلسات و

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فعال سازی رفتاری گروهی

جلسه	عنوان	محتوای جلسات	تکلیف
۱	معرفی و آشنایی	بیان قوانین گروهی از جمله رازداری، احترام، پیش‌آزمون، تشریح رابطه تفکر، احساس و رفتار.	تمثیل چمدان و تشریح موقعیت‌های فرضی
۲	مقابله با افکار منفی و خود آیند	مرور تکلیف خانگی. بحث پیرامون افکار خود آیند و هیجانات ناشی از آنها با طرح سؤالات باز پاسخ و گفتگوی سقراطی. آموزش خطاهای شناختی.	شناسایی خطاهای شناختی خود
۳	جایگزینی افکار منطقی	مرور تکلیف خانگی و بررسی خطاهای شناختی و کمک به آزمودنی‌ها جهت به چالش کشیدن و مقابله با افکار منفی و خود آیند. استفاده از پاسخ‌های عاقلانه و جایگزینی تفکر منطقی به منظور تغییر دادن رفتار کار.	تمرین کلمات مثبت
۴	آموزش فن پیکان رو به پایین	مرور تکلیف خانگی جهت دستیابی به باورهای بنیادین آموزش فن پیکان رو به پایین.	ارائه و تمرین جدول پیکان رو به پایین
۵	آموزش فن تحلیل سود و زیان	مرور تکلیف خانگی، آموزش فنون رفتاری درمان مانند فن تحلیل سود و زیان و فن بررسی شواهد، تعیین افکار جایگزین (مخالف ورز).	تمرین فن تحلیل سود و زیان
۶	مثبت اندیشی	مرور تکلیف خانگی، آموزش شیوه‌های مثبت اندیشی و شناخت نقاط قوت خود و بازیابی نقش آنها در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس، با تمرین‌های زیر: جست و جوی روزانه برای سه نکته مثبت، روزانه از یک نفر تقدیر کنید، یک کار نیک انجام دهید، مراقب ذهنتان باشید: توجه به زمان حال بدون قضاوت درباره آن.	تمرین تمرکز بر احساسات مثبت
۷	آموزش تن آرامی	مرور تکلیف خانگی، آموزش تن آرامی از طریق شل کردن عضلات بدن به همراه تنفس عمیق و تصویرسازی مثبت	تمرین ریلکشن
۸	جمع بندی آموخته‌ها	آموزش مهارت‌ها، خوشامدگویی، بحث پیرامون مهارت حل مسئله، ابراز وجود و گواه هیجانانگیز	پس‌آزمون

یافته‌ها

برابر است $(F_{4,25} = 1/173, p > 0/05)$. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های بی‌هدفی $(F_{1,28} = 0/807, p > 0/05)$ ، ناامیدی $(F_{1,28} = 0/807, p > 0/05)$ ، بی‌ارزشی $(F_{1,28} = 0/807, p > 0/05)$ ، پرخاشگری $(F_{1,28} = 0/807, p > 0/05)$ ، پوچی $(F_{1,28} = 0/807, p > 0/05)$ ، اعتماد به نفس $(F_{1,28} = 0/807, p > 0/05)$ ، نارضایتی از زندگی $(F_{1,28} = 0/807, p > 0/05)$ ، غمگینی $(F_{1,28} = 0/807, p > 0/05)$ ، اضطراب $(F_{1,28} = 1/181, p > 0/05)$ ، عصبانیت $(F_{1,28} = 0/002, p > 0/05)$ و اضطراب همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون بحران هویت در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه

در جدول ۲ توزیع فراوانی سن و تحصیلات افراد گروه‌های آزمایشی و گواه ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای بحران هویت و افسردگی برای دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. به منظور بررسی اثر بخشی آموزش گروهی فعال سازی رفتاری بر مؤلفه‌های بحران هویت، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون بحران هویت در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه

مؤلفه‌ها معنی‌دار است ($X^2=269/117$, $df=9$, $p<0/01$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مولفه‌های بحران هویت تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{4,25}=34/856$, $p<0/01$ ، $Wilks = 0/152$, $Lambda$). برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌ها با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری گزارش شده است.

توجه به عدم معنی‌داری مقادیر بدست آمده نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد ($P>0/05$). نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F=2/617$, $p>0/05$ ، $Box M=65/044$). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین این

سن	آزمایش		گواه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۲۰-۳۰ سال	۷	۴۶/۷	۶	۴۰
۳۱ تا ۴۰ سال	۶	۴۰	۶	۴۰
۴۱ سال بالاتر	۲	۱۳/۳	۳	۲۰
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
زیردیپلم	۳	۲۰	۴	۲۶/۷
دیپلم	۳	۲۰	۳	۲۰
فوق دیپلم	۵	۳۳/۴	۳	۲۰
لیسانس	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

متغیر	فعال‌سازی رفتاری							
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بی‌هدفی	۱۳	۱/۱۳	۹/۲۰	۰/۷۷۴	۱۳/۱۳	۱/۳۰	۱۲/۰۶	۱/۳۳
نامیدی	۱۳/۵۳	۱/۲۴	۹/۵۳	۰/۹۹۰	۱۳/۶۰	۱/۱۲	۱۲/۲۰	۱/۲۶
بی‌ارزشی	۱۳	۱/۱۳	۹/۳۳	۰/۹۷۵	۱۲/۶۰	۰/۹۸	۱۱/۶۶	۱/۱۷
پرخاشگری	۱۳/۶۶	۰/۹۷۵	۱۰	۰/۶۵۴	۱۳/۲۶	۱/۱۶	۱۲/۰۶	۱/۰۹
پوچی	۱۳	۱/۱۳	۹/۲۰	۰/۹۴۱	۱۲/۸۰	۰/۹۴	۱۱/۶۰	۰/۹۸
اعتمادبه‌نفس	۱۴/۲۰	۱/۱۴	۱۱/۰۶	۰/۹۶۱	۱۳/۷۳	۱/۲۲	۱۲/۳۳	۰/۹۷
نارضایتی از زندگی	۱۳	۱/۱۳	۹/۲۰	۰/۸۶۱	۱۳/۲۰	۱/۰۸	۱۱/۶۶	۱/۱۷
غمگینی	۱۴	۱/۰۶	۹/۶۰	۰/۹۸۵	۱۴/۴۶	۱/۰۶	۱۳/۴۰	۰/۹۸
عصبانیت	۱۲/۸۶	۱/۳۰	۹/۷۳	۱/۰۹	۱۳/۲۶	۱/۲۷	۱۱/۶۶	۱/۳۹
اضطراب	۱۲/۷۳	۱/۳۳	۹/۲۰	۰/۹۴۱	۱۳/۱۳	۰/۹۹	۱۱/۷۳	۱/۰۹
بحران هویت	۱۳۳	۳/۴۲	۹۶/۰۶	۳/۲۱	۱۳۳/۲۰	۳/۸۲	۱۲۰/۴۰	۲/۸۴
عاطفی	۱۱/۳۳	۱/۱۷	۷/۵۳	۰/۷۴۳	۱۱/۱۳	۱/۱۸	۱۰/۳۳	۱/۱۷
شناختی	۱۲/۸۶	۰/۸۳۳	۸/۴۰	۰/۶۳۲	۱۲/۲۶	۱/۰۹	۱۱/۳۳	۱/۱۱
جسمانی	۹/۸۰	۱/۴۲	۶/۵۳	۰/۷۴۳	۹/۸۶	۱/۳۵	۹/۱۳	۱/۳۵
افسردگی	۳۴	۱/۹۶	۲۲/۴۶	۱/۵۰	۳۳/۲۶	۲/۲۸	۳۰/۸۰	۲/۳۶

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مؤلفه‌های بی‌هدفی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، غمگینی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، عصبانیت ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$) و اضطراب ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$) معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که آموزش گروهی فعال‌سازی

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مؤلفه‌های بی‌هدفی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، نامیدی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، بی‌ارزشی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، پرخاشگری ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، پوچی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، اعتمادبه‌نفس ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، نارضایتی از زندگی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، غمگینی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، عصبانیت ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، اضطراب ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، بحران هویت ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، عاطفی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، شناختی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، جسمانی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$)، افسردگی ($F_{1,28}=141/958$, $p<0/01$) معنی‌دار است.

باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F= 1/827, p > 0/05$). نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی‌دار است ($X^2= 8/637, df= 5, p < 0/01$). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{3,23}= 195/203, p < 0/001, Wilks = 0/038$). برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌ها با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری گزارش شده است.

رفتاری مؤثر بوده و موجب کاهش نمرات بحران هویت شد. به منظور بررسی اثربخشی آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری بر مؤلفه‌های افسردگی، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($p > 0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های عاطفی ($p > 0/05$)، شناختی ($F_{1,28}= 0/842, p > 0/05$) و جسمانی ($F_{1,28}= 0/365, p > 0/05$) در گروه‌ها برابر می‌باشد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد که با توجه به عدم معنی‌داری مقادیر بدست آمده نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد ($P > 0/05$). نتایج آزمون

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های بحران هویت

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بی‌هدفی	بین گروهی	3482/486	1	3482/486	141/958	0/001	0/835
	خطا	686/888	28	24/532			
نامیدی	بین گروهی	6827/995	1	6827/995	146/323	0/001	0/839
	خطا	1306/584	28	46/664			
بی‌ارزشی	بین گروهی	434/863	1	434/863	80/466	0/001	0/742
	خطا	151/321	28	5/404			
پرخاشگری	بین گروهی	3374/770	1	3374/770	135/872	0/001	0/829
	خطا	695/461	28	24/838			
پوچی	بین گروهی	3374/770	1	3374/770	135/872	0/001	0/829
	خطا	695/461	28	24/838			
اعتماد به نفس	بین گروهی	3374/770	1	3374/770	135/872	0/001	0/829
	خطا	695/461	28	24/838			
نارضایتی از زندگی	بین گروهی	3374/770	1	3374/770	135/872	0/001	0/829
	خطا	695/461	28	24/838			
غمگینی	بین گروهی	3374/770	1	3374/770	135/872	0/001	0/829
	خطا	695/461	28	24/838			
عصبانیت	بین گروهی	3374/770	1	3374/770	135/872	0/001	0/829
	درون گروهی	695/461	28	24/838			
اضطراب	بین گروهی	3374/770	1	3374/770	135/872	0/001	0/829
	خطا	695/461	28	24/838			

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های افسردگی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
عاطفی	بین گروهی	54/439	1	54/439	132/770	0/001	0/842
	خطا	10/251	25	0/410			
شناختی	بین گروهی	74/162	1	74/162	156/031	0/001	0/862
	خطا	11/883	25	0/475			
جسمانی	بین گروهی	55/369	1	55/369	77/413	0/001	0/756
	خطا	17/881	25	0/715			

راهبرد می‌توانند به شیوه پیش‌رونده به موفقیت‌هایی دست یابند و این نیز متعاقباً، دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند. این رویکرد درمانی بیماران افسرده را تشویق می‌کند تا با وجود احساس خستگی و غمگینی، فعال‌تر شوند و یا سعی کنند تا تکالیف رفتاری مرتبط با فرآیند درمان را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن این کار نداشته باشند. چنین فرآیندی به‌مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق افسرده می‌گردد (مازولچلی، کان و رس، ۲۰۰۹). به‌عبارتی دیگر در حین درمان، افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی شان را عوض کنند و قانون جدیدی را در زندگی شان دنبال کنند؛ یعنی به‌جای اینکه هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، خاموش شوند و هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، فعال شوند.

نتایج نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های بحران هویت (مؤلفه‌های بی‌هدفی، ناامیدی، بی‌ارزشی، پرخاشگری، پوچی، اعتمادبه‌نفس، نارضایتی از زندگی، غمگینی، عصبانیت و اضطراب) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری مؤثر بوده و موجب کاهش نمرات بحران هویت مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. در زمینه نتیجه به‌دست‌آمده در جامعه بیماران مولتیپل اسکلروزیس تا آنجا که محقق بررسی نموده است، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده است، اما با یافته مشابه و نزدیک در این زمینه به‌طور غیرمستقیم همسو است، به‌عنوان مثال مطالعه صید و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری و آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری منجر به کاهش بحران هویت بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود. در همین راستا رباطی و شاره (۱۳۹۷) در مطالعه خود دریافتند که گروه درمانی شناختی رفتاری منجر به کاهش اضطراب و افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود. همچنین عمرانی و همکاران در مطالعه خود دریافتند که گروه درمانی شناختی - رفتاری برافزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر بود.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که افراد با بحران هویتی افسرده، ناامید، پرخاشگر و تکانشی هستند؛ چون انگیزه و هدفی برای زندگی ندارند هنگام رویارویی با مشکلات به دنبال راهی برای فرار و اجتناب از موقعیت‌ها هستند چون اعتمادبه‌نفس کافی برای قبول مسئولیت ندارند؛ اما برنامه آموزشی فعال‌سازی رفتاری به افراد

با توجه به جدول ۵ آماره F برای مؤلفه‌های عاطفی ($p < 0/01$)، شناختی ($F_{1/25} = 132/770$)، جسمانی ($F_{1/25} = 77/413$)، معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری مؤثر بوده و موجب کاهش نمرات مؤلفه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر افسردگی و بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گواه در میزان افسردگی و مؤلفه‌های آن (عاطفی، شناختی و جسمانی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری مؤثر بوده و موجب کاهش افسردگی و مؤلفه‌های آن (عاطفی، شناختی و جسمانی) بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو است، به‌طور مثال مطالعه فتح‌اله‌زاده و مجتبابی (۱۳۹۴) نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری از طریق افزایش خود‌مدیریتی بیماران مبتلا به ام‌اس سبب بهبود انگیزش و انسجام و در نهایت کاهش افسردگی در آنان می‌شود. یافته‌های پژوهش زمستانی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری اثر معنی‌داری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب دارد؛ اما با نتایج پژوهش بیگدلی و رحیمیان‌بوگر (۱۳۸۹) که دریافتند درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنادار در پس‌آزمون و نیز پیگیری چهارماهه افسردگی در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در بیماران کرونر قلبی نشده است، همسو نیست.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که 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. این افزایش پاداش‌ها به بهبود خلق بیمار کمک می‌کنند (لیهی، هولند و مکگین، ۲۰۱۱). درمان فعال‌سازی رفتاری، راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده‌تر را به کار می‌برد؛ بنابراین، افراد افسرده با اجرای این

دارای بیماری مزمن اجرا نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی با دوره‌های پیگیری همراه باشد. همچنین به مراکز سلامت و مشاوره پیشنهاد می‌شود که از درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی برای کاهش مشکلات روانشناختی مراجعان و بیماران مزمن از جمله درمان افسردگی به‌عنوان درمان مکمل در کنار سایر درمان‌ها استفاده کنند.

پژوهش حاضر برگرفته از بخشی از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام می‌باشد که دارای کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1398.100 است.

منابع

بیگدلی، ایمان‌الله و رحیمیان‌بوگر، اسحاق (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی، روانشناسی بالینی، (۴)، ۲۷-۱۹.

رباطی، زهرا و شاره، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و عزت‌نفس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، اصول بهداشت روانی، (۶)، ۲۰-۴۱۶-۴۰۵.

رجایی، علیرضا؛ بیاضی، محمدحسین و حبیبی‌پور، حمید (۱۳۸۸). باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان، روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، (۴)، ۶-۹۷-۱۰۷.

رحیمی، چنگیز (۱۳۹۳). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم در دانشجویان ایرانی، روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲ (۱۰)، ۱۸۸-۱۷۳.

زمستانی، مهدی؛ داودی، ایران؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و زرگر، یداله (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب، روانشناسی بالینی، (۴)، ۵-۷۳-۸۴.

سامان نژاد، بهاره؛ رضایی، طناز؛ بستانی، آرش؛ نجفی، فرید و آقایی، عباس (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های همه‌گیرشناسی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) در شهرستان کرمانشاه، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۳ (۱۰۴)، ۱۰۱-۹۷-۹۷.

صالح پور، قاسم؛ کافی، سید موسی؛ رضایی، سجاده؛ حسینی‌نژاد، مظفر و صالحی، ایرج (۱۳۹۳). افسردگی و نشانگرهای خرده بالینی مولتیپل اسکلروزیس، ارمان دانش، ۱۹ (۲)، ۱۶۰-۱۴۶-۱۴۶.

صید، سید حسین؛ رجایی، علیرضا و برجعلی، محمود (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر آموزش فعال‌سازی رفتاری و آموزش مدیریت خشم بر

نشان می‌دهد افکار همیشه با احساسات و رفتار در ارتباط است (مک - کولاق، ۲۰۱۲). در نتیجه هر وقت افراد به هر شکل به سمت افسردگی، اضطراب، ناامیدی، پوچی، پرخاشگری، بی‌هدفی و نارضایتی از زندگی پیش می‌رود، افکار یا اندیشه‌های سردرگمی و بحران را تجربه خواهد کرد. افراد ارتباط بین افکار و احساسات خود را یاد می‌گیرند و بنابراین به‌طور بهتری می‌توانند این افکار را بشناسند و گواه کنند. بازسازی شناختی در طول درمان به افراد کمک می‌کند تا تحریفات شناختی خود را بشناسند و این شناسایی به‌نوعی به او کمک می‌کند تا مسیر منتهی به بی‌ارزشی، از خودبیگانگی و بی‌هدفی را پیش‌بینی و گواه کند. از آنجاکه در این مداخله بر تمرین روزانه و برنامه‌ریزی درمانی هر جلسه تأکید دارد و انتظار می‌رود شرکت‌کنندگان مهارت‌هایی را بیاموزند که در سایر حوزه‌ها و فعالیت‌های زندگی نیز کاربرد دارد، بنابراین نشخوار فکری، ناامیدی، پوچی، بی‌ارزشی، اضطراب، عصبانیت و نهایتاً بحران هویت از این طریق کاهش می‌یابد. از طرف دیگر گنجاندن فعال‌سازی رفتاری برای کاهش ناامیدی و افسردگی به‌عنوان مداخله‌ای رفتاری، شرکت‌کنندگان را ترغیب می‌کند تا تعاملات جدیدی را در زندگی خود داشته باشند و به پاداش و تقویت مثبت این تعاملات بپردازند (سیزدک، آدیس و مارتل، ۲۰۱۰). از آنجایی که در این رویکرد اعتقاد بر این است که علت افسردگی اجتناب، ترس، بدرفتاری اولیه و عملکرد اجتماعی ناسالم است، پس بهبود اجتناب ترس، بازسازی بدرفتاری اولیه با آموزش نیازهای هیجانی و بهبود روابط بین فردی و حل مسئله اجتماعی منجر به کاهش افسردگی، نشخوار فکری، ناامیدی و نهایتاً بحران هویت می‌شود. از دلایل اثربخش بود مداخله این است که به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شد که از افکار و خلق خود، آگاهی داشته باشند. چراکه ناامیدی، پرخاشگری، عصبانیت، اضطراب، پوچی، بی‌هدفی و افسردگی زمانی افزایش و کیفیت زندگی زمانی کاهش می‌یابد که آگاهی از افکار و خلقیات به شدت کاهش یابد (فراگوس، گوئینگ، لوریدو، برلیم و ایگاس، ۲۰۱۷).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی به‌عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها، عدم برگزاری دوره پیگیری و مسلماً تعمیم‌پذیری نتایج به دیگر جوامع مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. از این رو پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی این درمان را بر روی دیگر گروه‌های

- and dissemination. *Journal of affective disorders*, 145(3), 292-299.
- Dimidjian, S. Goodman, S. H. Sherwood, N. E. Simon, G. E. Ludman, E. Gallop, R. Hubley, S. (2017). A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(1), 26-31.
- Fragoso, Y. D. Going, L. C. Lourido, A. M. Berlim, L. V. Egas, M. B. & Souza, M. R. (2017). Aggressive Traits in People with Multiple Sclerosis—A Case-Control Study. *Archives of clinical neuropsychology*, 32(1), 94-97.
- Gay, M.C. Bungener, C. Thomas, S. Vrignaud, P. Thomas, P. W. Baker, R. Assouad, R. (2017). Anxiety, emotional processing and depression in people with multiple sclerosis. *BMC neurology*, 17(1), 43-53.
- Gilmour, H. Ramage-Morin, P. L. & Wong, S. L. (2018). Multiple sclerosis: Prevalence and impact. *Health reports*, 29(1), 3-8.
- Gómez-Pérez, L. Vergés, A. Vázquez-Taboada, A. R. Durán, J. & Tugus, M. G. (2018). The efficacy of adding group behavioral activation to usual care in patients with fibromyalgia and major depression: design and protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, 19(1), 1-10.
- Hopko, D. R. Robertson, S. M. & Carvalho, J. P. (2009). Sudden gains in depressed cancer patients treated with behavioral activation therapy. *Behavior Therapy*, 40(4), 346-356.
- Kim, E. H. Crouch, T. B. & Olatunji, B. O. (2017). Adaptation of behavioral activation in the treatment of chronic pain. *Psychotherapy*, 54(3), 237-244.
- Leahy, R. L. Holland, S. J. & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*: Guilford press.
- Lejuez, C. Hopko, D. R. Acierno, R. Daughters, S. B. & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior modification*, 35(2), 111-161.
- Maeser, D. & Maeser, N. (2018). Sunlight Exposure, Vitamin D Synthesis, and Multiple Sclerosis in the Northern and Southern Regions of the United States. *Minnesota Undergraduate Research & Academic Journal*, 1(1), 4-5.
- Mazzucchelli, T. Kane, R. & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 383-411.
- McCullough, J. P. (2012). The way early-onset chronically depressed patients are treated today makes me sad.
- McGuigan, C. & Hutchinson, M. (2006). Unrecognised symptoms of depression in a community-based population with multiple sclerosis. *Journal of neurology*, 253(2), 219-223.
- بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۳ (۴)، ۱۴-۱.
- عمرانی، سمیرا؛ میرزائیان، بهرام؛ آقا باقری، حامد؛ حسن‌زاده، رمضان و عابدینی، محمود (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۲ (۹۳)، ۵۸-۶۵.
- فتح‌اله‌زاده، نوشین و مجتبابی، مینا (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، کنفرانس بین‌المللی رویکردهای نوین در علوم انسانی، مالزی.
- محمدی، خدیجه و قربانی، مریم (۱۳۹۶). بررسی رابطه بحران هویت با سلامت‌روانی دانشجویان مهاجر افغانستانی ساکن شهر اصفهان، مدیریت فراگیر، ۳ (۴)، ۲۸-۳۶.
- Adamson, B. C. (2018). The role of exercise in negotiating an identity as disabled: A qualitative exploration of the experiences of individuals with multiple sclerosis. *University of Illinois at Urbana-Champaign*.
- Azermai, M. Petrovic, M. Elseviers, M. M. Bourgeois, J. Van Bortel, L. M. & Vander Stichele, R. H. (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing research reviews*, 11(1), 78-86.
- Baxter, A. J. Scott, K. M. Ferrari, A. J. Norman, R. E. Vos, T. & Whiteford, H. A. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and anxiety*, 31(6), 506-516.
- Beck, A. T. Steer, R. A. & Brown, G. (1996). Beck depression inventory—II. *Psychological Assessment*.
- Beiske, A. Svensson, E. Sandanger, I. Czujko, B. Pedersen, E. Aarseth, J. & Myhr, K. (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European journal of neurology*, 15(3), 239-245.
- Benito-León, J. Labiano-Fontcuberta, A. Mitchell, A. J. Sara, M.G. & Martínez-Martín, P. (2014). Multiple sclerosis is associated with high trait anger: A case-control study. *Journal of the neurological sciences*, 340(1-2), 69-74.
- Brajković, L. Braš, M. Milunović, V. Bušić, I. Boban, M. Lončar, Z. Gregurek, R. (2009). The connection between coping mechanisms, depression, anxiety and fatigue in multiple sclerosis. *Collegium antropologicum*, 33(2), 135-140.
- Brunner, L. S. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical: Lippincott Williams & Wilkins*.
- Chartier, I. S. & Provencher, M. D. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness

- Milo, R. & Kahana, E. (2010). Multiple sclerosis: geoeidemiology, genetics and the environment. *Autoimmunity reviews*, 9(5), 387-394.
- Mitchell, A. J. Benito-León, J. González, J.M. M. & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology*, 4(9), 556-566.
- Nakajima, K. (2011). Guideline for dementing disorder 2010. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*, 48(2), 637-639.
- O'Mahen, H. A. Moberly, N. J. & Wright, K. A. (2019). Trajectories of change in a group behavioral activation treatment for severe, recurrent depression. *Behavior Therapy*, 50(3), 504-514.
- Patti, F. Nicoletti, A. Messina, S. Bruno, E. Fermo, S. L. Quattrocchi, G. Zappia, M. (2015). Prevalence and incidence of cognitive impairment in multiple sclerosis: a population-based survey in Catania, Sicily. *Journal of neurology*, 262(4), 923-930.
- Poser, C. (2005). The diagnosis and management of multiple sclerosis. *Acta neurologica scandinavica*, 112(3), 199-201.
- Rajaei, A. R. (2010). Religious cognitive-emotional therapy: A new form of psychotherapy. *Iranian journal of psychiatry*, 5(3), 81-88.
- Sjöberg, L. Karlsson, B. Atti, A.R. Skoog, I. Fratiglioni, L. & Wang, H.X. (2017). Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of affective disorders*, 221, (10) 123-131.
- Strine, T. W. Chapman, D. P. Balluz, L. & Mokdad, A. H. (2008). Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(2), 151-159.
- Syzdek, M. R. Addis, M. E. & Martell, C. R. (2010). Working with emotion and emotion regulation in behavioral activation treatment for depressed mood. *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford.
- Vargas, D. L. & Tyor, W. R. (2017). Update on disease-modifying therapies for multiple sclerosis. *Journal of Investigative Medicine*, 65(5), 883-891.