

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**دانشگاه خوارزمی**

**دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی**

**پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد**

**رشته روانشناسی بالینی**

**عنوان**

**اثربخشی آموزش فعال سازی رفتاری گروهی بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری دختران**

**استاد راهنما**

**دکتر ربابه نوری**

**استاد مشاور**

**دکتر جعفر حسنی**

**پژوهشگر**

**لیلا شیروانی**

**تیرماه ۱۳۹۱**

**سپاس خدایی را که اوّل و آخر وجود است، بی آنکه اوّلی بر او پیشی بگیرد یا آخری پس از**

**او باشد.**

**سپاس خدای را که به ید قدرت بی منتهایش دریای آفرینش را جاری کرد و به اراده‌ی**

**ازلی‌اش همه خلق را صورت بخشید؛ هر کس را در سایه‌ی اراده‌اش به راهی راهرو گردانید**

**و آتش عشق خود را در وجودشان برانگیخت.**

**سپاس خدای را که ما را از جهل رها ساخت و دروازه‌ی بی پایان دانش را بر ما گشود و ما را**

**از هلاکت در ورطه انکار و شک بازمان داشت.**

تقدیم به

پدرم، که نامش یاد آور رشادت و ایثار است.

مادرم، که در وصفش هر چه بخوانم بیکران آسمانها و دریاها در پیش نام او کوچکند.

همسرم، به پاس نیکی و صبوری‌هایش که از آغاز راه همواره مشوق و پشتیبان من بوده است.

(( همواره عزیزتان بدارم و محترم ))

**برخود می دانم که از اساتید ارجمند، سرکار خانم دکتر ربابه نوری و جناب آقای دکتر جعفر**

**حسنى که راهنمایی این رساله و هدایت گام به گام آن را تقبل فرمودند و ارشادات ارزشمندی**

**که در این زمینه مبذول داشتند صمیمانه سپاسگزاری کنم .**

## چکیده

**مقدمه:** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری دانش‌آموزان دختر سوم راهنمایی انجام شد. افسردگی یکی از شایعترین بیماری‌های زمان ما به شمار می‌رود تا بدان جا که این بیماری را به سرماخوردگی روانی تعبیر کرده‌اند. نوجوانی نیز دورانی بسیار حساس و سرنوشت‌ساز در زندگی افراد می‌باشد و افسردگی در نوجوانی تا حد زیادی شایع است. بنابراین درمان این اختلال در سنین نوجوانی امری ضروری به شمار می‌رود.

**روش:** طرح پژوهش از نوع شبه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دختران سوم راهنمایی روستای مهرچین (شهرستان شهریار) از توابع استان تهران می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای هدفمند بوده است. در طی غربال‌گری ۵۰ نفر انتخاب شدند، از بین این تعداد، ۲۴ نفر که دارای علائم افسردگی و نشخوار فکری بودند انتخاب شده و به صورت تصادفی و مساوی در ۲ گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله پرسشنامه افسردگی کودک و سبک پاسخ نشخوار فکری را تکمیل کردند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه (۱ ساعت و ۳۰ دقیقه) درمان گروهی فعال‌سازی (لجیوز و همکاران، ۲۰۱۰) قرار گرفت در حالیکه گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل بیانگر تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات افسردگی و نشخوار

فکری پس از خاتمه‌ی جلسات درمانی بود، به طوری که نمره‌ی افسردگی ( $p < 0/001$ )  $F(1, 15) = 37/3$  و

نشخوار فکری ( $p < 0/03$ )  $F(1, 15) = 5/4$  در گروه آزمایش کاهش معناداری را نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** فعال‌سازی رفتاری با فعال کردن بیمار جهت شرکت در فعالیت‌های خوشایند و لذت‌بخش و افزایش دریافت پاداش مثبت باعث بهبود علائم افسردگی می‌شود. بنابراین می‌توان با جایگزین کردن فعالیت مناسب و رضایت‌بخش به جای نشخوار، از پدیدآیی افکار منفی و ناخوشایند و همچنین از بروز مجدد افسردگی جلوگیری کرد.

**کلید واژه:** فعال‌سازی رفتاری، افسردگی، نشخوارفکری

## فهرست مندرجات

عناوین

صفحه

### فصل اول

۱-۱- مقدمه

۱

۱-۲- بیان مسئله

۳

۱-۳- اهمیت و ضرورت انجام پژوهش

۱۲

۱-۴- اهداف پژوهش

۱۲

۱-۵- فرضیه‌های پژوهش

۱۲

۱-۶- تعریف نظری و عملیاتی پژوهش

۱۳

۱-۶-۱- درمان فعال‌سازی رفتاری

۱۳

۱-۶-۲- اختلال افسردگی اساسی

۱۳

۱-۶-۳- نشخوار فکری

۱۴

## فصل دوم

۲-۱- افسردگی

۲-۲- توصیف بالینی اختلال افسردگی اساسی

۲-۲-۱- علائم خلقی

۲-۲-۲- علائم شناختی

۲-۲-۳- علائم انگیزشی

۲-۲-۴- علائم جسمانی

۲-۳- ملاک های تشخیصی در مورد دوره افسردگی اساسی

۲-۴- الگوهای نظری درباره سبب شناسی اختلال افسردگی

۲-۴-۱- دیدگاه زیستی

۲-۴-۲- دیدگاه شناختی

۲-۴-۳- دیدگاه فراشناختی

۲-۴-۴- دیدگاه رفتاری

۲-۴-۴-۱- نظریه‌ی درماندگی آموخته شده

۲-۵- تعریف نشخوار فکری

۲-۶- نظریه سبک پاسخ افسردگی

۲-۶-۱- سبک پاسخی نشخواری

۲-۶-۲- سبک پاسخ منحرف کننده حواس

۲-۷-۲- نشخوار فکری و افسردگی

۲-۸- مقایسه نشخوار فکری با دیگر سازه های شناختی

۲-۸-۱- نشخوار فکری در مقابل افکار خودآیند منفی

۱۶

۱۷

۱۷

۱۷

۱۸

۱۸

۱۹

۲۱

۲۱

۲۲

۲۴

۲۷

۳۱

۳۲

۳۴

۳۵

۳۶

۳۷

۳۸

۳۸

۲-۸-۲- نشخوار فکری در مقابل توجه متمرکز بر خود و خودآگاهی شخصی

۳۹

۲-۸-۳- نشخوار فکری در مقابل نگرانی

۳۹

۲-۹- باورهای فراشناختی درباره‌ی نشخوار

۴۶

۲-۱۰- چرخه‌ی معیوب (پیامدهای نشخوار فکری)

۴۸

۲-۱۰-۱- نشخوار و عاطفه‌ی منفی

۵۰

۲-۱۰-۲- خلق افسرده

۵۱

۲-۱۰-۳- تفکر سوگیرانه منفی

۵۱

۲-۱۰-۴- ناتوانی در حل مسئله

۵۲

۲-۱۰-۵- کاهش انگیزه و بازداری رفتار سودمند

۵۳

۲-۱۰-۶- کاهش تمرکز و شناخت

۵۴

۲-۱۰-۷-۱- تهدید سلامت جسمی

۵۵

۲-۱۰-۷-۲- آسیب روابط اجتماعی

۵۸

۲-۱۰-۷-۳- استرس و تنظیم هیجان

۵۹

۲-۱۱- تفاوت جنسیت در نشخوار

۶۰

۲-۱۲- درمان افسردگی

۶۲

۲-۱۳- تاریخچه‌ی فعال‌سازی رفتاری

۶۳

۲-۱۴- تعریف فعال‌سازی رفتاری

۶۴

۲-۱۴-۱- فعال‌سازی رفتاری (BA)

۶۴

۲-۱۴-۲- فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی (BATD)

۶۶

۲-۱۵- مدل آسیب‌شناختی و مکانیسم فعال‌سازی رفتاری

۶۷

۲-۱۶- هدف قرار دادن نشخوار افسردگی با فعال‌سازی رفتاری

۷۳

۲-۱۶-۱- تاکید بر پیامدهای نشخوار فکری

۲-۱۶-۲- حل مسئله

۲-۱۶-۳- دستیابی به تجربه‌ی حسی

۲-۱۶-۴- تمرکز مجدد بر روی کاری که در دست اجراست

۲-۱۶-۵- منحرف کردن حواس خود از افکار نشخواری

۲-۱۷- سابقه‌ی موضوع پژوهش

۲-۱۸- جمع بندی

۷۴

۷۵

۷۶

۷۸

۷۸

۷۹

۸۲

## فصل سوم

۳-۱- طرح پژوهش

۳-۲- جامعه‌ی آماری

۳-۳- حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

۳-۴- ملاک های ورود به پژوهش

۳-۵- ابزار پژوهش

۳-۵-۱- پرسشنامه‌ی افسردگی کودک (CDI)

۳-۵-۲- پرسشنامه‌ی سبک پاسخ نشخوار فکری

۳-۶- طرح کلی درمان

۳-۷- روش تحلیل داده‌ها

۸۵

۸۵

۸۶

۸۶

۸۷

۸۷

۸۸

۸۹

۹۲

## فصل چهارم

۴- ۱- یافته‌های توصیفی

۴- ۲- یافته‌های استنباطی

۹۳

۹۵

## فصل پنجم

۵- ۱- بحث

۵- ۲- نتیجه‌گیری کلی

۵- ۳- محدودیت‌های پژوهش

۵- ۴- پیشنهادهای پژوهش

۵- ۵- پیشنهادهای کاربردی

۹۷

۱۰۰

۱۰۱

۱۰۱

۱۰۲

## منابع

منابع فارسی

منابع لاتین

۱۰۵

۱۰۶

## پیوستها

- پرسشنامه‌ی افسردگی

- پرسشنامه‌ی نشخوار فکری

- راهنمای تجدید نظر شده‌ی فعال‌سازی رفتاری فشرده برای افسردگی

## فهرست جدول‌ها

۲۰

جدول ۲-۱- ملاکهای تشخیصی دوره‌ی افسردگی اساسی

۴۸

جدول ۲-۲- نمونه‌هایی از باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره‌ی نشخوار فکری

۷۲

جدول ۲-۳- ۱۰ اصول اساسی فعال‌سازی رفتاری

۹۰

جدول ۳-۱- خلاصه‌ی محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری

۹۴

جدول ۴-۱- داده‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و کنترل

۹۵

جدول ۴-۲- نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه تاثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی

۹۶

جدول ۴-۳- نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه تاثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر نشخوار فکری

## فهرست شکل‌ها

- شکل ۲-۱- مدل شناختی بک در افسردگی ۲۳
- شکل ۲-۲- مدل فراشناختی افسردگی ۲۶
- شکل ۲-۳- مدل مفهومی نشخوار فکری و تداوم افسردگی ۳۷
- شکل ۲-۴- تفاوت فرآیندها و فراشناخت بین نشخوار افسردگی و نگرانی اضطرابی در نمونه‌های غیر بالینی ۴۱
- شکل ۲-۵- تفاوت فرآیند و فراشناخت بین نشخوار افسردگی و نگرانی اضطرابی در افرادی با اختلال افسردگی اساسی ۴۳
- شکل ۲-۶- تفاوت فرآیند و فراشناخت بین نشخوار در بیماران با اختلال افسردگی و نگرانی در بیماران با اختلال پانیک ۴۴
- شکل ۲-۷- تفاوت فرآیند و فراشناخت بین نشخوار در بیماران با اختلال افسردگی و نگرانی در بیماران با اختلال پانیک و نمونه‌های غیر بالینی ۴۵
- شکل ۲-۸- ساختار مؤلفه‌های اساسی مدل فراشناختی بالینی از نشخوار فکری و افسردگی ۴۷
- شکل ۲-۹- چرخه‌ی معیوب بین نشخوار فکری و عاطفه‌ی منفی ۴۹
- شکل ۲-۱۰- مدل مفهومی از عواملی موثر در به تاخیر انداختن درمان ۵۷
- شکل ۲-۱۱- مدل آسیب‌شناختی و مکانیسم فعال‌سازی رفتاری ۶۸

# فصل اول

## کلیات پژوهش



اختلال افسردگی اساسی<sup>۱</sup> از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شود که بسیاری از روان‌درمانگران به آن توجه ویژه‌ای داشته‌اند (کسلر<sup>۲</sup>، دملر<sup>۳</sup> و برگلاند<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳؛ تیزدل<sup>۵</sup>، سگال<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). فقدان احساس لذت، گوشه‌گیری اجتماعی، عزت نفس پایین، ناتوانی در تمرکز حواس، کارکرد تحصیلی و شغلی پایین، تغییر در کارکردهای زیستی (مانند خواب و اشتها)، تفکر درباره مرگ و آسیب زدن به خود و شکایت‌های جسمانی از جمله مواردی هستند که در افراد افسرده مشاهده می‌شوند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳؛ استین<sup>۷</sup>، واکر<sup>۸</sup> و تورگرود<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰؛ تیزدل و سگال، ۲۰۰۷). همچنین، افسردگی با بیماری‌های جسمانی نیز مرتبط است، تا جایی که میزان هزینه‌ی افراد افسرده برای بیماری‌های جسمی در ایالات متحده آمریکا ۴۳ میلیارد دلار در سال تخمین زده شده است (موری<sup>۱۰</sup> و لوپز<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۶).

علاوه بر این افراد افسرده انواع مختلفی از افکار منفی را تجربه می‌کنند که معمولاً انعطاف‌ناپذیر، قضاوتی، مخرب و غیرضروری هستند. افکار منفی، افکاری هستند که باعث ایجاد احساس بد در فرد می‌شوند (برنال، ۲۰۰۷)، این افکار منفی ارتباط مستقیمی با آسیب‌پذیری فرد به افسردگی دارد (تیزدل، ویلیامز و سگال، ۲۰۰۲) به طوری که در نتیجه‌ی افکار منفی، باورهای فراشناختی منفی فرد فعال شده و این باورها باعث

---

<sup>1</sup>- Major Depression Disorder

<sup>2</sup>- Kessler

<sup>3</sup>- Demler

<sup>4</sup>- Berglund

<sup>5</sup>- Teasdale

<sup>6</sup>- Segal

<sup>7</sup>- Stein

<sup>8</sup>- Walker

<sup>9</sup>- Torgrud

<sup>10</sup>- Murray

<sup>11</sup>- Lopez

نشخوار فکری و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شوند. مطالعات نشان می‌دهد که نشخوار فکری با آسیب-پذیری به خلق افسرده، شروع حملات، دوره‌های افسردگی، شدت و طولانی شدن آن‌ها مرتبط است (پاپاجورجیو، ۲۰۰۷). در واقع نشخوار فکری نوعی سبک مقابله در پاسخ به افکار منفی و احساس غمگینی به حساب می‌آید (دی‌جونگ‌میر و همکاران، ۲۰۰۹)، که با فکر مکرر در مورد نشانه‌های افسردگی، علل ممکن و پیامدهای احتمالی آن تعریف می‌شود (نولن- هوکسیما، ۱۹۹۱)، و از بروز رفتارهای موثری که می‌توانند به درمان افسردگی منجر شوند جلوگیری می‌کند (نولن- هوکسیما<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). بر اساس مطالعات طولی و آینده‌نگر نگر مشخص شده است که با کنترل دیگر متغیرهای سهیم در افسردگی، افرادی که از سبک پاسخ نشخواری استفاده می‌کنند بیشتر احتمال دارد در آینده به یک دوره‌ی بالینی افسردگی مبتلا شوند (نولن- هوکسیما و دیویس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹).

در مجموع، طبق مطالعات انجام شده پیش‌بینی می‌شود که در آینده افسردگی یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های جهان به شمار رود (لوپز و مورای، ۱۹۹۸ به نقل از اشپیتز، ۲۰۰۹). می‌توان گفت با توجه به شیوع، مخرب بودن و پرهزینه بودن اختلال افسردگی، توجه خاص به پژوهش‌های نظری و کاربردی در زمینه‌ی روشهای پیشگیری و درمان این اختلال ضروری است.

یکی از رویکردها در درمان‌های روانشناختی، فعال‌سازی رفتاری<sup>۳</sup> می‌باشد، که در درمان افسردگی از ابتدا تا کنون موفقیت‌های متعددی را کسب کرده است. این درمان رویکردی است که در سالهای اخیر در زمینه‌ی درمان افسردگی مطرح شده است (مارتل<sup>۴</sup>، جیکوبسن<sup>۵</sup> و هاپکو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱)، که هدف نهایی آن برنامه-برنامه‌ریزی فعالیت‌های خوشایند برای افزایش سطح تقویت مثبت مشروط به پاسخ و شرکت بیشتر افراد

---

<sup>۱</sup>- Nolen-Hoeksema

<sup>۲</sup>- Davis

<sup>۳</sup> Behavioral Activation

<sup>۴</sup>- Martell

<sup>۵</sup>- Jacobson

<sup>۶</sup>- Hopko

افسرده در فعالیت‌های خوشایند می‌باشد (کانتر<sup>۱</sup> و بوش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ ادیس<sup>۳</sup> و جیکوبسن، ۲۰۰۱). طی این سالها مطالعات متعددی در زمینه‌ی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در مورد اختلالات مختلف انجام شده است. با این حال بررسی علمی اثربخشی این درمان در بهبودی اختلال افسردگی و عوامل این اختلال لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

## ۱-۲- بیان مسئله

افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی بوده که درصد قابل توجهی از جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهد و طبق آمار سازمان بهداشت جهانی یکی از دلایل عمده معلولیت‌ها است (وایزمن<sup>۴</sup>، مارکوویتز<sup>۵</sup>، کلرمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). به طوری که طیف گسترده‌ای از هیجان‌های منفی و مشکلات سلامت روانی انسان را در برمی‌گیرد (فیتزپاتریک و شری، ۲۰۰۴؛ بری<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳)، همچنین حالتی هیجانی است که مشخصه‌ی آن غمگینی زیاد، احساس بی‌ارزشی، احساس گناه، کناره‌گیری از دیگران و از دست دادن علاقه و اشتیاق به فعالیت‌های عادی است (دیویسون<sup>۸</sup> و نیل<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه‌ی فرزین رضایی، ۱۳۸۷).

بر طبق تحقیقات انجام شده، اولین افسردگی در نوجوانان اغلب در سن ۱۹ - ۱۴ سالگی رخ می‌دهد (کسلر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) و توجه به شروع اولین افسردگی در نوجوانان و میزان عود آن از نوجوانی به بزرگسالی از اقدامات مهم در کاهش عوارض افسردگی به شمار می‌رود. به طوری که افسردگی در نوجوانان

---

1- Kanter

2- Busch

3- Addis

4- Weissman

5- Markowitz

6- Klerman

7- Berry

8- Davison

9- Neal

10- Kessler

با طیف وسیعی از مشکلات و پیامدهای درازمدت روانی - اجتماعی همراه است (کانالس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ کاستلو<sup>۲</sup>، کاستلو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ فومبون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ فراست<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹؛ لوینسون، ۲۰۰۳، ویلکوکس<sup>۵</sup> و آنتونی، ۲۰۰۴). این امر را می‌توان به چالش‌های پیش روی نوجوان، مانند مواجهه با تغییرات جسمانی و روانی ناشی از بلوغ، دستیابی به هویت، استقلال‌طلبی و محدودیت ظرفیت برخی از نوجوانان در غلبه بر این چالش‌ها نسبت داد.

در دوران نوجوانی، به دلیل تغییرات قابل ملاحظه‌ی بلوغ، دختران در مقایسه با پسران، بیشتر در معرض خطر افسردگی بوده و از افسردگی رنج می‌برند (بارکر، گالامبوس و لیدبیتتر، ۲۰۰۴؛ نولن - هوکسیما، ۲۰۰۲). عوامل متعددی در بروز افسردگی دختران نقش دارند که طیف وسیعی از خطرات بیولوژیکی، روانی - اجتماعی و ژنتیکی قابل اعتماد شناخته شده‌اند که افسردگی مادر، سوء استفاده جنسی در دوران کودکی، سبک شناختی منفی، نگرانی بیش از حد در حفظ روابط دوستانه و در معرض استرس‌های طولانی مدت قرار گرفتن و صفات شخصیتی می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی باشند (برنان<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ هامن<sup>۷</sup> و برنان، ۲۰۰۳؛ لوینسون<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸؛ جی و همکاران، ۱۹۹۴؛ سیلبرگ، ۱۹۹۹؛ ویدم و دامونت، ۲۰۰۷).

در وسیع‌ترین سطح، تئوری‌های رفتاری (لوینسون، ۱۹۷۴؛ کاستلو، ۱۹۷۲؛ آرمتو<sup>۹</sup> و هوپکو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷)، افسردگی را در نتیجه‌ی کاهش تقویت مثبت مشروط به پاسخ (RCPR)<sup>۱۱</sup>، رفتارهای اجتنابی و تنبیه رفتارهای سالم می‌دانند. پایین بودن میزان (RCPR) نتایج خاصی را به بار می‌آورد، از جمله: (۱) کاهش تعداد

---

1- Canals

2- Costello

3- Fombonne

4- Frost

5- Wilcox

6- Brennan

7- Hammen

8- Lewinsohn

9- Armento

10 Hopko

11- Response Contingent Positive Reinforcement(RCPR)