



Comparing the Effectiveness of Behavioral Activation Treatment with Anger Management on the Identity Crisis of Patients with Multiple Sclerosis

Seyed hossein Seid ^۱, Alireza Rajaei ^{۲*}, Mahmood Borjali ^۳

^۱. Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbat Jam Branch, Torbat Jam, Iran.

^۲. (Corresponding Author) Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbat Jam Branch, Torbat Jam, Iran. Email: rajaei46@yahoo.com

^۳. Department of clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Citation: Seyed SH, Rajaei A, Borjali A. Comparing the Effectiveness of Behavioral Activation Treatment with Anger Management on the Identity Crisis of Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Research in Psychological Health*. 2020; 13 (4), 1-14. [Persian].

Highlights

- Behavioral activation group training and anger management group cognitive behavioral training have been effective on identity crisis in patients with multiple sclerosis.

Abstract

One of the disabling disorders of the central nervous system is multiple sclerosis. Chronic illness, lack of definitive treatment, and involvement of young patients lead to psychological disorders and identity crises. The purpose of this study was to evaluate the effect of behavioral activation group training and anger management group cognitive-behavioral training on identity crisis in patients with multiple sclerosis. The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test with control group. From the statistical population of which all female patients with multiple sclerosis who were members of Karaj Emam Association, 45 were selected by convenience sampling method and were randomly divided into three groups of 15 each. Experimental group 1 received 10 sessions of behavioral activation training and experimental group 2 received anger management training in 8 sessions of 90 minutes and the control group received no intervention. The research tool was Identity Crisis Questionnaire. The identity crisis questionnaire was administered in two stages of pre-test and post-test to collect data on each subject group. The results of multivariate analysis of covariance showed that group training of behavioral activation and group training of anger management with cognitive-behavioral approach resulted in reduction of identity crisis in MS patients ($p < 0.05$). Regarding the effectiveness of the training provided, it can be said that teaching these skills to the patients can be effective in reducing many of their problems and their use in promoting health and creating a positive attitude in Patients' lives are essential.

Key words:

Behavioral Activation, Anger Management, Identity Crisis, MS.

مقایسه تأثیر آموزش فعال‌سازی رفتاری و آموزش مدیریت خشم بر بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

سیدحسین صید^۱، علیرضا رجایی^{۲*}، محمود برجعلی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت‌جام، تربت‌جام، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام، تربت‌جام، ایران (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

یافته‌های اصلی

- آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری و آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی‌رفتاری بر بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مؤثر بوده است.

چکیده

یکی از اختلالات ناتوان‌کننده دستگاه عصبی مرکزی، مولتیپل اسکروزیس است. مزمن بودن بیماری، نداشتن درمان قطعی و درگیرساختن بیماران در سن کم، به اختلالات روان‌شناختی و بحران هویت در آنان منجر می‌شود. همچنین درمان شناختی‌رفتاری از جمله مداخلاتی است که در سال‌های اخیر در درمان بیماری‌های مزمن پزشکی همچون ام‌اس به کار گرفته شده است. از این رو، پژوهش با هدف ارزیابی تأثیر آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری و آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی‌رفتاری بر بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین جامعه آماری که همه بیماران زن مبتلا به ام‌اس عضو انجمن ام‌اس شهر کرج بودند، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. گروه آزمایش یک، تحت آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دو، تحت آموزش مدیریت خشم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه بحران هویت بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای جمع‌آوری داده‌ها در مورد هر گروه آزمودنی اجرا گردید. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری و آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی‌رفتاری به کاهش بحران هویت بیماران مبتلا به ام‌اس منجر شده است ($p < 0/05$). با توجه به اثربخشی آموزش‌های انجام‌شده می‌توان گفت آموزش این مهارت‌ها به بیماران ام‌اس در کاهش بسیاری از مشکلات آن‌ها می‌تواند، مؤثر باشد و استفاده از آن‌ها در ارتقای سطح سلامت و ایجاد نگرش مثبت در زندگی بیماران ضروری است.

تاریخ دریافت

۱۳۹۸/۱/۲۴

تاریخ پذیرش

۱۳۹۸/۱۱/۲۶

واژگان کلیدی

فعال‌سازی رفتاری، مدیریت خشم، بحران هویت، ام‌اس.

مقدمه

انسان همواره در معرض حوادثی است که زندگی او را تهدید می‌کند. این حوادث به موازات تکامل بشر، تحول و افزایش پیدا کرده است (۱). بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) نوعی بیماری پیش‌رونده و تحلیل‌برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی در دستگاه عصبی مرکزی است (۲، ۳). علت بیماری مشخص نیست اما به نظر می‌رسد که فعال شدن مکانیسم‌های ایمنی علیه آنتی‌ژن میلین در ایجاد بیماری دخیل باشد (۲).

این بیماری در زنان شایع‌تر از مردان است و سن شروع آن اوایل تا اواسط بزرگسالی است. بیماران مبتلا باید با سیر منفی و غیرقابل‌پیش‌بینی سلامت، تغییر روابط اجتماعی و دوستانه و نیازهای حمایتی فزاینده مقابله کنند. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به ام‌اس نسبت به افراد سالم سطوح بالاتری از اختلالات روانی همچون افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند. مطالعه‌ای در نروژ روی ۱۴۰ بیمار مبتلا به ام‌اس انجام شده بود، نشان داد ۱۹ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس از اضطراب شاکی بودند؛ به طوری که شیوع اضطراب در این بیماران نسبت به جمعیت عادی بیشتر بود (۴). در پژوهشی دیگری محققان دریافتند ۲۵-۴۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس از اضطراب رنج می‌برند که این مسئله بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۵). شخصی که مولتیپل اسکلروزیس دارد هرروز 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 خصوصاً برای جوانان باشد (۶). بحران هویت در این بیماران می‌تواند با علائمی مانند دوری از اجتماع، اعتمادبه‌نفس پایین، ناامیدی، افسردگی، نداشتن هدف و خشم ناشی از ناکامی شکل بگیرد (۷).

با توجه به مشکلات و عوارض زیاد ناشی از دارودرمانی استفاده از روش‌های غیردارویی که بتواند علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس را کاهش دهد منطقی به نظر می‌رسد، لذا در سال‌های اخیر روش‌های غیردارویی،

توجه همه بیماران از جمله مبتلایان به ام‌اس را به خود جلب کرده است که به عنوان درمان‌های مکمل شناخته می‌شوند؛ اما هنگامی که طبقات مختلف اختلالات در چنین میزان بالایی با هم رخ می‌دهند، انتخاب یک رویکرد درمانی مناسب می‌تواند چالش‌برانگیز باشد (۸). تا این اواخر رویکردهای مبتنی بر شواهد، برای تشخیص‌های چندگانه درمانگران را ملزم می‌کرد تا اهداف درمانی را اولویت‌بندی کنند و هر بار به یک مشکل بپردازند (۹). این رویکرد خطر ریزش مراجع را در پی دارد؛ قبل از اینکه وی برای مشکلات همانندش درمان اساسی دریافت کرده باشد. (۱۰). تحقیق در زمینه شناسایی عوامل بین‌تشخیصی به تمایل به ایجاد درمانی «یکپارچه» یا «طیف گسترده» دامن زده است که خودبه‌خود عناصر مشترک اختلال‌های چندگانه را هدف قرار می‌دهند و نیازی به جرح و تعدیل برای انواع خاصی از علائم ندارند (۹، ۱۱، ۱۲). درمان فعال‌سازی رفتاری یک مداخله کوتاه‌مدت و راه‌حل‌محور است که بر مبنای این نظریه که افراد افسرده، اغلب سطوح پایینی از تقویت مثبت محیطی را تجربه می‌کنند، تدوین شده است (۱۳). در درمان بیماران مبتلا به ام‌اس علاوه بر درمان دارویی می‌توان از فنون شناختی و سایر درمان‌های روان‌شناختی استفاده کرد (۱۴). طبق نظریه فعال‌سازی رفتاری، علائم افسردگی و اضطراب به وسیله رفتارهای اجتنابی ایجاد شده یا تداوم می‌یابند. رفتارهای اجتنابی، راهبردهای تنظیم هیجانی کوتاه‌مدت مؤثری هستند؛ اما در طولانی‌مدت پیامدهای مثبت محیطی در زندگی شخص، مانند تجربه فعالیت‌های خوشایند یا ایجاد حس تسلط و شایستگی را مختل می‌کنند (۱۵). درمان فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر رویکرد غنی‌سازی انگیزشی در جهت جست‌وجوی تقویت‌های مثبت است. به طور خلاصه، اگر فرد منابع اصلی تقویت مثبت را از دست بدهد، درمان باید بر بازسازی تماس با تقویت مثبت (برنامه‌ریزی فعالیت) و آموزش مهارت‌های لازم برای کسب و حفظ تماس با منابع پایدار تقویت مثبت (آموزش مهارت‌های اجتماعی) متمرکز باشد. همچنین، یک فرایند کلی در درمان فعال‌سازی رفتاری، اجتناب تجربه‌گرایانه است؛ رفتاری که با حذف یا کاهش تجارب هیجانی منفی تقویت می‌شود. باید توجه داشت که در این نوع از درمان، ارزیابی محرک‌های تمیزی

اجتماعی را تأمین می‌کند. آموزش مدیریت خشم، فرد را قادر می‌سازد تا دانش، ارزش‌ها و نگرش‌های خود را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند. بدین معنا که فرد بداند چه کاری باید انجام دهد و چگونه آن را انجام دهد. مدیریت خشم به انگیزه در رفتار سالم منجر می‌شود. همچنین بر احساس فرد از خود و دیگران و همچنین ادراک دیگران از وی مؤثر است. در ضمن به افزایش اعتمادبه‌نفس منجر می‌شود؛ بنابراین، به‌طور کلی می‌توان گفت که به افزایش سلامت روان، شادابی و کاهش پرخاشگری افراد می‌انجامد و در پیشگیری از بیماری‌های روانی مؤثر است (۲۷). تا به امروز بیشتر برنامه‌های مدیریت خشم تحت ارزیابی قرار گرفته‌اند. تحقیقات بیان می‌کنند که این دوره‌ها مؤثرند، به‌عنوان مثال اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم بر افزایش میزان سازگاری اجتماعی و شغلی مبتلایان به میگرن (۲۸)، بر افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود علائم مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه (۲۹) بر بهبود عزت‌نفس زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی (۳۰)، کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و خشم در بیماران قلبی، پس از جراحی بای‌پس (۳۱) و کاهش خشم و کنترل قند خون بیماران دیابتی نوع یک و دو (۳۲) تأیید شده است.

با توجه به اینکه بیماری ام‌اس از بیماری‌های مزمن پراسترس است و شیوع آن در بسیاری از کشورها و از جمله کشور ما بسیار گسترده است و سالانه شمار زیادی از افراد و مخصوصاً قشر جوان به این بیماری مبتلا می‌گردند و به دلیل اثرات مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران با مشکلات جدی جسمانی و روان‌شناختی روبه‌رو می‌شوند؛ پس ضرورت دارد تا به‌طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این بیماری پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیردارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روحی و روانی بیماران به کار گرفته شود (۳۳). علاوه بر این، مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان‌های بالا در مورد بیماران ام‌اس به کار نرفته است. همچنین، بررسی بحران هویت در بیماران مبتلا به ام‌اس از این نظر حائز اهمیت است که طردشدن از طرف دیگران یا اجتماع، ممکن است

که احتمال یک پیامد خاص را هشدار می‌دهند، برای رفتار کنشگر مهم است تا اطمینان حاصل شود که مشوق‌های رفتار مثبت در محیط موجودند (۱۶). درمانگران فعال‌سازی رفتاری به مراجع کمک می‌کنند که در فعالیت‌های مهم زندگی‌شان درگیر شوند و به جای محتوای نشخوار فکری، فرایند آن را مورد هدف قرار می‌دهند. در مدل فعال‌سازی رفتاری، نشخوار فکری به‌عنوان شکلی از اجتناب مفهوم‌سازی شده است که مراجع را از روبه‌رو شدن با موقعیت‌های دشوار بازمی‌دارد. درمانگران فعال‌سازی رفتاری به مراجعان کمک می‌کنند چندین فن را یاد بگیرند تا با افکارشان مقابله کرده و در فعالیت‌های مهم زندگی‌شان درگیر شوند (۱۷).

هرچند محققان در رابطه با موضوع حاضر تاکنون پژوهشی انجام ندادند، ولی در مطالعاتی به درمان فعال‌سازی گروهی بر درمان افسردگی (۱۸)، آموزش گروهی گونه‌های مدیریت خشم بر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز (۱۹)، تمرکز بر محرک‌های برانگیزاننده و رفتار (۲۰)، اجرای برنامه آرام‌سازی موجب کسر انرژی بیشتر و محدودیت کمتر بیماران مبتلا به ام‌اس در انجام نقش‌های جسمی و روانی (۲۱)، اجرای آرام‌سازی توأم با پس‌خوراند زیستی (۲۲-۲۳) و کاهش صفات پرخاشگرانه در بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با گروه کنترل (۲۴) اشاره‌ای شده بود.

یکی دیگر از مداخلات درمانی که در این راستا برای بیماران مبتلا به ام‌اس اجرا می‌شود، آموزش گروهی مدیریت خشم است. این آموزش، نوعی مداخله شناختی رفتاری است که بر خشم به‌عنوان نیروی نشئت گرفته به دنبال خشونت، تمرکز می‌کند و هدف اصلی آن ایجاد تغییر و اصلاح در شناخت و رفتار افراد است (۲۵). در حقیقت مدیریت خشم در پی از میان برداشتن خشم نیست، بلکه در پی تشویق نظارت خودشناختی، هیجانی و رفتاری است که از کاربردهای شیوه کنترل است. در اکثریت مدل‌هایی که برای کنترل با مدیریت خشم عرضه شده‌اند، مؤلفه‌های آماده‌سازی شناختی کسب مهارت و آموزش کاربردی از مؤلفه‌های اصلی برنامه مدیریت خشم محسوب می‌شود (۲۶).

آموزش گروهی مدیریت خشم در جهت ارتقای توانایی‌های روانی اجتماعی است و در نتیجه سلامت روانی، جسمانی و

بود. در این طرح دو گروه آزمایش (آموزش فعال‌سازی رفتاری و مدیریت خشم) و یک گروه کنترل مشارکت و میزان کارایی برنامه‌ی تدوین بر متغیرهای وابسته بحران هویت در دو گروه به صورت مجزا اجرا شد. جامعه آماری شامل تمام بیماران زن مبتلا به ام‌اس عضو انجمن ام‌اس شهر کرج در بازه زمانی اردیبهشت تا دی‌ماه سال ۱۳۹۸ بودند. به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ بیمار ام‌اس از بین زنان و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به شیوه تصادفی و با قرعه‌کشی در سه گروه (دو گروه درمان و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود و خروج عبارت بودند از داشتن تشخیص اصلی و غالب ام‌اس (مولتیپل اسکلروزیس) طی یک سال گذشته بر اساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب و برخورداری از پرونده پزشکی در انجمن بیماران ام‌اس شهرستان، عدم ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن، نداشتن سابقه ابتلا به آسیب‌های مغزی مانند تومور، وابسته نبودن به ویلچر، استفاده نکردن از داروهای روان‌گردان و درمان‌های روان‌شناختی در طول مطالعه، محدوده سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، جنسیت مؤنث.

(ب) ابزار و مواد

۱. پرسشنامه بحران هویت

پرسشنامه بحران هویت، بر اساس نظریه درمانی شناختی-هیجانی- مذهبی (RCET) تهیه گردیده است. پرسشنامه بحران هویت دارای ۵۰ پرسش است که علائم بحران هویت شامل ۱- بی‌هدفی سوالات، ۲- ناامیدی، ۳- بی‌ارزشی، ۴- پرخاشگری، ۵. پوچی، ۶- عدم اعتمادبه‌نفس، ۷- نارضایتی از زندگی، ۸- غمگینی، ۹- عصبانیت، ۱۰- اضطراب را بر اساس طیف لیکرت از کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم نمره ۲، بینابین نمره ۳، موافقم نمره ۴ و کاملاً موافقم نمره ۵ می‌سنجد (۳۵)؛ اما سوالات ۴۴، ۳۱، ۲۶، ۱۴، ۴ به صورت عکس این نمره‌گذاری می‌شوند. روایی این پرسشنامه را اساتید و متخصصان ایرانی این زمینه مورد تأیید قرار داده‌اند. برای همسانی درونی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و برابر با ۰/۹۳ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی بالای این آزمون است (۳۵). برای این منظور پایلوتی بر روی ۴۵ نفر از دانشجویان انجام گردید. ضریب

باعث شود که بیماران نتوانند در خود احساس هویت پیدا کند و به دلیل پیچیدگی‌های بیماری و تأثیرات روان‌شناختی آن، بیماران در توانمندی خود نسبت به انجام فعالیت‌ها و انجام نقش مثلاً فعالیت شخصی، ارتباط با خانواده و عملکرد اجتماعی دچار تردید می‌شوند که این عوامل موجب بی‌ارزشی، خلق پایین افسردگی خشم و پرخاشگری به علت عدم قطعیت و پیش‌بینی‌ناپذیری در آن می‌شوند. بیماری ام‌اس نیز یک بیماری مزمن پیچیده همراه با اثرات شناختی و تحریک‌پذیری و در بعضی از انواع آن، همراه با محدودیت حرکتی است که این پیامدها موجب اغتشاش در خودکارآمدی و توانمندی بیماران می‌شود با پیشرفت بیماری ام‌اس میزان خودکارآمدی بیماران اینکه آیا می‌توانیم مثل گذشته در کار روابط اجتماعی و همسر خوب بودن موفق باشیم در حد معناداری کاهش پیدا می‌کند و این افراد با توجه به تعریف نقش در زندگی شخصی و اجتماعی دچار بحران هویت می‌شوند که با علائم و تظاهرات رفتاری مثل ناامیدی یا خشم یا عدم اعتمادبه‌نفس، افسردگی، خلق پایین نمایانگر می‌شود (۳۴). بنابراین انتظار می‌رود در این پژوهش درمان فعال‌سازی رفتاری و مدیریت خشم با هم بتوانند در کاهش افسردگی و علائم رفتاری بحران هویت مانند افسردگی، اضطراب، عصبانیت، اعتمادبه‌نفس و ناامیدی اثرگذار باشند و با توجه به اینکه بیماران مبتلا به ام‌اس به دلیل مصرف داروهای متعدد دچار مشکلات زیادی در روابط بین‌فردی و مشکلات روانی می‌شوند و به منظور ارتقای سلامت جسمانی و بالابردن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس و مبارزه با عوارض ناخواسته بیماری، از این رو مطالعه حاضر به دنبال پاسخ این پرسش است که آیا درمان فعال‌سازی رفتاری و مدیریت خشم به شیوه شناختی رفتاری بر افسردگی و بحران هویت بیماران مبتلا به ام‌اس اثربخش است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل

تدوین و ترجمه شده است که در بسیاری از مقالات خود نیز از آن استفاده کرده است؛ بنابراین به این نتیجه رسیدیم که در ارتباط با متغیرهای جدید دیگر نیز قابل استفاده است.

۲- محتوای آموزشی جلسات درمان

محتوای مداخله کنترل خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر اساس مطالعات (۳۶) و (۳۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد.

آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل آزمون ۰/۹۳۱. به دست آمد که بیانگر پایایی بالای این آزمون است. میزان آلفای کرونباخ 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) است (۳۵). لازم است بدانید، این مقاله از رساله دکتری استخراج گردیده و با پیشنهاد استاد راهنما این پرسشنامه انتخاب شده است؛ علاوه بر این، پرسشنامه توسط استاد راهنما

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی کنترل خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر اساس مطالعات (۳۶) و (۳۷)

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
اول	الف) توضیح درباره فلسفه برنامه آموزشی و علت آن؛ ب) تعیین قوانین برنامه از جمله تعیین زمان گردهمایی، مدت برنامه، مدت جلسات، نیاز به مشارکت بدون وقفه؛ ج) توصیف نحوه برنامه آموزشی از جمله طرح تکلیف خانه، مشارکت در اجرای نقش و استفاده از دستگاه ویدئو و تشویق بحث گروهی و قوانین گروه و استفاده از behavioral contingency؛ د) توضیح فیزیولوژی و علائم خشم؛ ه) بیان خلاصه بحث به وسیله اعضا و مرور نکات مهم جلسه.
دوم	الف) مرور مطالب جلسه قبل؛ ب) مصاحبه رفتاری و گرفتن شرح حال اولیه درباره موقعیت‌هایی که موجب خشم شرکت‌کنندگان می‌شود و چگونگی مدارا کردن هر یک از آن‌ها با آن موقعیت‌ها؛ ج) توضیح علائم پرخاشگری و انواع آن؛ د) بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام contingency و دادن تکلیف.
سوم	الف) مرور مطالب جلسه دوم؛ ب) آموزش رابطه محرک - فکر - احساس - رفتار؛ ج) بررسی hassle log با تمرکز بر رابطه محرک - فکر - احساس - رفتار؛ د) بیان خلاصه مطالب جلسه و اجرای contingency و دادن تکلیف.
چهارم	الف) مرور مطالب جلسه سوم؛ ب) شناسایی افکار و آموزش واقعه پیشامد، رفتار هدف و پیامد؛ ج) بحث راجع به بر انگیزاننده‌های پنهان و آشکار؛ د) بررسی hassle log با تمرکز بر محرک‌های برانگیزاننده و رفتار، پیامد و واقعه پیشامد؛ ه) توجه به عواقب هر عملکرد؛ و) بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام contingency و دادن تکلیف.
پنجم	الف) مرور مطالب جلسه چهارم؛ ب) صحبت راجع به خودگویی و افکار افزایش‌دهنده و کاهش‌دهنده خشم؛ ج) افکار نامنعطف و منعطف؛ د) بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام contingency و دادن تکلیف.
ششم	الف) مرور مطالب جلسه پنجم؛ ب) تمرین آرمیدگی؛ ج) بررسی hassle log و بازی نقش، با تمرکز بر خودگویی و افکار نامنعطف و منعطف؛ د) آموزش آرمیدگی؛ ه) آموزش حل مسئله؛ و) بیان خلاصه مطالب ارائه شده، جایزه و بازخورد مثبت.
هفتم	مرور خلاصه جلسه ششم
هشتم	الف) مرور مطالب جلسه هفتم؛ ب) تمرین آرمیدگی؛ ج) حل مسئله؛ د) آموزش جرث‌تمندی با توضیح راجع به احساس اولیه و احساس ثانویه؛ ه) بیان خلاصه مطالب ذکر شده و جایزه بازخورد مثبت (۱۹،۱۸).

تجدید نظر شده که در مطالعات (۳۸) ارائه شده است و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

۳- محتوای جلسات درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت

درمان فعال سازی رفتاری شیوه مداخله‌ای کوتاه مدت است که شامل جلسات درمانی مبین بر راهنمای عملی نسخه

جدول ۲. محتوای جلسات آموزشی درمان فعال‌سازی رفتاری شیوه‌ مداخله‌ای کوتاه‌مدت بر اساس مطالعات (۳۸)

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	الف- معرفی / مقدمه؛ ب- تشریح مسئله، ج- معرفی منطق درمان- از ضربه (آسیب) و فقدان در زندگی‌تان چه اطلاعاتی دارید؟ چرا حضور در همهٔ جلسات درمانی اهمیت دارد؟ ج- معرفی فرم بازبینی روزانه فرم (۱)- درجه‌بندی لذت و اهمیت؛ د- تکلیف
دوم	الف- بازبینی روزانه: بررسی تکلیف فرم (۱)- رفع اشکال، ب- منطق درمانی- بررسی تکلیف، ج- نکات مهم در مورد ساختار درمان، د- اجرای سیاههٔ حوزه‌ها در زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها
سوم	الف- بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱)، ب- سیاههٔ حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها- بررسی تکمیل فرم، (۲) ب- انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها ج- تکالیف- بررسی و تغییر انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها
چهارم	الف- بازبینی روزانه: بررسی تکالیف (فرم ۱) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها- ج- تکالیف بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفتهٔ آیندهٔ فرم (۱)
پنجم	الف- بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) د- تکالیف بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفتهٔ آینده فرم (۱)
ششم	الف- بازبینی با برنامه‌ریزی فعالیت بررسی تکلیف (فرم ۱) ب- قراردادهای: بررسی تکلیف فرم (۴) ج- بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفتهٔ آینده
هفتم	الف- بازبینی روزانه یا برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف ب- سیاههٔ حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور بازنگری مفاهیم (فرم ۲) ج- تکلیف-بازبینی روزانه یا برنامه‌ریزی فعالیت برای هفتهٔ آینده
هشتم	الف- بازبینی روزانه یا برنامه‌ریزی فعالیت‌ها بررسی تکلیف (فرم ۱) ب- انتخاب و رتبه‌بندی‌های فعالیت: مرور و بازنگری مفاهیم- بازبینی روزانه یا برنامه‌ریزی فعالیت برای هفتهٔ آینده
نهم	الف- بازبینی روزانه یا برنامه‌ریزی فعالیت بررسی تکلیف فرم (۱) ب- قراردادهای: مرور و بازنگری مفاهیم- تکالیف- بازبینی روزانه یا برنامه‌ریزی فعالیت برای هفتهٔ آینده (فرم ۱)
دهم	الف- بازبینی روزانه یا برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) بازبینی روزانه با فعالیت برای هفتهٔ آینده ج- آمادگی برای خاتمهٔ بازبینی روزانه یا برنامه‌ریزی فعالیت برای هفتهٔ آینده - تداوم افزودن و تغییر (۲۰).

لیسانس هستند. در گروه آزمایشی مدیریت خشم با رویکرد شناختی-رفتاری (۲۰ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، (۳۳/۴ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، (۲۶/۷ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم و (۲۰ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. همچنین در گروه کنترل (۲۶/۷ درصد) دارای سطح تحصیلات سیکل، (۲۶/۷ درصد) دیپلم، (۲۰ درصد) فوق دیپلم، (۲۰ درصد) لیسانس و (۶/۷ درصد) دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر هستند.

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های بحران هویت در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و کنترل آزمودنی‌ها آورده شده است.

ج) شیوهٔ تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تحلیل اطلاعات جمع‌آوری‌شده در سطح توصیفی از فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار، کمینه و بیشینه استفاده شد. همچنین در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری آزمون باکس، لون و موچلی و برای مقایسه با فرض برابری گروه‌ها از آزمون‌های تعقیبی بن‌فرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS.22 صورت گرفت.

یافته‌ها

حجم نمونه شامل ۴۵ نفر در سه گروه بود. یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد. در گروه آزمایشی فعال‌سازی رفتاری (۲۰ درصد)، دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، (۲۰ درصد) دیپلم، (۳۳/۴ درصد) فوق دیپلم، درصد (۲۶/۷)

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مؤلفه‌های بحران هویت در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و کنترل

موقعیت	فعال‌سازی رفتاری				شناختی رفتاری				کنترل		متغیر	
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
بی‌هدفی	۱/۱۳	۱۳	۹/۲۰	۰/۷۷۴	۱۳/۱۳	۱/۱۸	۱۰/۲۶	۱/۱۶	۱۳/۱۳	۱/۳۰	۱۲/۰۶	۱/۳۳
نامیدی	۱/۲۴	۱۳/۵۳	۹/۵۳	۰/۹۹۰	۱۳/۶۶	۱/۱۱	۱۰/۴۶	۱/۱۲	۱۳/۶۰	۱/۱۲	۱۲/۲۰	۱/۲۶
بی‌ارزشی	۱/۱۳	۱۳	۹/۳۳	۰/۹۷۵	۱۲/۳۳	۱/۰۶	۹/۲۶	۰/۷۹۸	۱۲/۶۰	۰/۹۸	۱۱/۶۶	۱/۱۷
پرخاصگری	۰/۹۷۵	۱۳/۶۶	۱۰	۰/۶۵۴	۱۳/۸۶	۰/۹۱	۹/۱۳	۰/۸۳	۱۳/۲۶	۱/۱۶	۱۲/۰۶	۱/۰۹
پوچی	۱/۱۳	۱۳	۹/۲۰	۰/۹۴۱	۱۲/۲۶	۱/۰۹	۹/۲۰	۰/۹۴	۱۲/۸۰	۰/۹۴	۱۱/۶۰	۰/۹۸
اعتماد به نفس	۱/۱۴	۱۴/۲۰	۱۱/۰۶	۰/۹۶۱	۱۳/۸۰	۱/۰۸	۹/۲۶	۰/۸۸	۱۳/۷۳	۱/۲۲	۱۲/۳۳	۰/۹۷
نارضایتی از زندگی	۱/۱۳	۱۳	۹/۲۰	۰/۸۶۱	۱۳/۱۳	۱/۱۲	۹/۰۶	۱/۰۳	۱۳/۲۰	۱/۰۸	۱۱/۶۶	۱/۱۷
غمگینی	۱/۰۶	۱۴	۹/۶۰	۰/۹۸۵	۱۴/۰۶	۱/۱۶	۱۰/۵۳	۰/۹۹	۱۴/۴۶	۱/۰۶	۱۳/۴۰	۰/۹۸
عصبانیت	۱/۳۰	۱۲/۸۶	۹/۷۳	۱/۰۹	۱۳/۲۶	۱/۰۹	۸/۶۶	۰/۸۹	۱۳/۲۶	۱/۲۷	۱۱/۶۶	۱/۳۹
اضطراب	۱/۳۳	۱۲/۷۳	۹/۲۰	۰/۹۴۱	۱۲/۹۳	۱/۶۲	۹/۳۳	۱/۱۱	۱۳/۱۳	۰/۹۹	۱۱/۷۳	۱/۰۹
بحران هویت	۳/۴۲	۱۳۳	۹۶/۰۶	۳/۲۱	۱۳/۴۶	۳/۵۲	۹۵/۲۰	۲/۸۸	۱۳۳/۲۰	۳/۸۲	۱۲۰/۴۰	۲/۸۴

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون شاپیرو ویلک شرط برابری واریانس‌های درون‌گروهی و نیز نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار بود ($P < 0/05$) برای بررسی همگن بودن واریانس درون‌گروهی از آزمون لوین استفاده شد؛ بنابراین مفروضه همگنی کوواریانس داده‌ها برقرار بود. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها، نتایج از تحلیل کوواریانس چندمتغیری به شرح زیر است:

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۳، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات در گروه آموزشی فعال‌سازی و رویکرد شناختی رفتاری و گروه کنترل نمرات به هم نزدیک‌تر بوده است. در حالی که در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش تغییر فراوانی ایجاد گردید؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش بعد از دریافت مداخلات فعال‌سازی رفتاری و مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری از بحران هویت پایین‌تری در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل برخوردار بودند.

برای بررسی معنی‌داری این تغییرات از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از انجام آزمون پیش‌فرض‌های این آزمون موردبررسی قرار گرفت. بر اساس

جدول ۴. نتایج آزمون باکس و لون دربارهٔ پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات مؤلفه‌های بحران هویت در گروه‌های مورد مطالعه

P	F	DF ₂	DF ₁	BOX'SM
۰/۵۶۰	۰/۹۷۴	۴۷۷۴/۵۶۷	۱۱۰	۱۶۵/۶۸۴

لوین

P	F	DF ₂	DF ₁	Levene's
۲۲۰/۰	۵۷۲/۱	۴۲	۲	بی‌هدفی
۷۲۴/۰	۳۲۶/۰	۴۲	۲	نامیدی
۱۴۳/۰	۰۴۰/۲	۴۲	۲	بی‌ارزشی
۰/۲۶۴	۱/۳۷۶	۴۲	۲	پرخاشگری
۰/۸۴۷	۰/۱۶۶	۴۲	۲	پوچی
۰/۰۳۱	۳/۱۰۶	۴۲	۲	اعتماد به نفس
۰/۰۲۸	۳/۹۱۸	۴۲	۲	نارضایتی از زندگی
۰/۳۵۵	۱/۰۶۰	۴۲	۲	غمگینی
۰/۷۷۳	۰/۲۶۰	۴۲	۲	عصبانیت
۰/۶۹۵	۰/۳۶۷	۴۲	۲	اضطراب
۰/۵۹۰	۰/۵۳۵	۴۲	۲	بحران هویت

در جدول ۴. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای متغیر بحران هویت با $F=۰/۹۷۴$ ، $P=۰/۵۶۰$ و $BOX=۱۶۵/۶۸۴$ معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای همهٔ مؤلفه‌های بحران هویت شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است. نتایج بررسی فرضیهٔ آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری به کاهش بحران هویت بیماران مبتلا به ام‌اس منجر می‌شود که در جدول ۳ آورده شده است.

در جدول ۴. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای متغیر بحران هویت با $F=۰/۹۷۴$ ، $P=۰/۵۶۰$ و $BOX=۱۶۵/۶۸۴$ معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های بیلابی، لامبدای ویلکز و اثر هتلینگ در تحلیل کوواریانس چندمتغیره در گروه‌های مداخلهٔ مورد مطالعه

موقعیت	آزمون	ارزش	فرضیه DF	خطا DF	F	P	Eta	توان آماری
	بیلابی - بارتلت	۱/۸۲۸	۲۰	۴۶	۴۱۳/۲۴	$\leq ۰/۰۰۱P$	۰/۹۱۴	۱
عضویت گروهی	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۳	۲۰	۴۴	۳۹۸/۳۸	$\leq ۰/۰۰۱P$	۰/۹۴۶	۱
	اثر هتلینگ	۶۴۰/۵۶	۲۰	۴۲	۴۷۲/۵۹	$\leq ۰/۰۰۱P$	۰/۹۶۶	۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۰۵/۵۱	۱۰	۲۳	۵۴۱/۱۱۷	$\leq ۰/۰۰۱P$	۰/۹۸۱	۱

بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۹۴/۶ درصد است؛ یعنی بیش از ۹۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین سه گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است.

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه، مؤلفه‌های متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. میزان اثر نشان می‌دهد تفاوت

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر میانگین مؤلفه‌های بحران هویت در گروه‌های آزمایشی و کنترل

توان آماری	اندازه اثر	سطح معناداری (P)	F	مولتیپل اسکالروزیس	df	SS	شاخص منابع تغییرات
۱	۰/۷۱	$\leq 0/001P$	۳۸/۲۹۰	۲۲/۵۵۳	۲	۴۵/۱۰۶	بی‌هدفی
۱	۰/۷۶	$\leq 0/001P$	۵۳۴/۴۹	۳۶۳/۲۵	۲	۷۲۵/۵۰	نامیدی
۱	۰/۶۹	$\leq 0/001P$	۷۰۷/۳۴	۰۷۱/۲۳	۲	۱۴۳/۴۶	بی‌ارزشی
۱	۸۴/۰	$\leq 0/001P$	۳۵۹/۸۶	۲۷۳/۳۷	۲	۵۴۶/۷۴	پرخاشگری
۱	۷۹/۰	$\leq 0/001P$	۷۰۸/۵۸	۱۵۶/۲۳	۲	۳۱۲/۴۶	پوچی
۱	۸۱/۰	$\leq 0/001P$	۷۲۳/۶۷	۱۸۲/۳۰	۲	۳۶۵/۶۰	اعتمادبه‌نفس
۱	۰/۷۹	$\leq 0/001P$	۶۷۹/۶۰	۰۳۱/۲۶	۲	۰۶۲/۵۲	ناراضایتی از زندگی
۱	۰/۸۶	$\leq 0/001P$	۹۷۱/۹۷	۵۵۱/۴۰	۲	۱۰۲/۸۱	غمگینی
۱	۰/۷۵	$\leq 0/001P$	۷۲۲/۴۶	۱۵۲/۲۸	۲	۳۰۴/۵۶	عصبانیت
۱	۰/۷۷	$\leq 0/001P$	۱۰۶/۵۴	۶۹۹/۳۰	۲	۳۹۸/۴۱	اضطراب
۱	۰/۹۶	$\leq 0/001P$	۹۴۲/۴۱۴	۹۷۹/۲۵۰۳	۲	۹۵۸/۵۰۰۷	بحران هویت

بسیار
گروهی

ضریب تأثیر فعال‌سازی رفتاری ۰/۷۶ - ضریب تأثیر مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری ۰/۷۷

در جدول شماره ۶ خلاصه نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در مؤلفه‌های بی‌هدفی ($F_{(31,2)} = 38/290, P < 0/001$)، نامیدی ($F_{(31,2)} = 534/49, P < 0/001$)، بی‌ارزشی ($F_{(31,2)} = 707/34, P < 0/001$)، پرخاشگری ($F_{(31,2)} = 359/86, P < 0/001$)، پوچی ($F_{(31,2)} = 708/58, P < 0/001$)، اعتمادبه‌نفس ($F_{(31,2)} = 723/67, P < 0/001$)، نارضایتی از زندگی ($F_{(31,2)} = 679/60, P < 0/001$)، غمگینی ($F_{(31,2)} = 971/97, P < 0/001$)، عصبانیت ($F_{(31,2)} = 722/46, P < 0/001$)، اضطراب ($F_{(31,2)} = 106/54, P < 0/001$)، بحران هویت ($F_{(31,2)} = 942/414, P < 0/001$)،

در جدول شماره ۶ خلاصه نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در مؤلفه‌های بی‌هدفی ($F_{(31,2)} = 38/290, P < 0/001$)، نامیدی ($F_{(31,2)} = 534/49, P < 0/001$)، بی‌ارزشی ($F_{(31,2)} = 707/34, P < 0/001$)، پرخاشگری ($F_{(31,2)} = 359/86, P < 0/001$)، پوچی ($F_{(31,2)} = 708/58, P < 0/001$)، اعتمادبه‌نفس ($F_{(31,2)} = 723/67, P < 0/001$)، نارضایتی از زندگی ($F_{(31,2)} = 679/60, P < 0/001$)، غمگینی ($F_{(31,2)} = 971/97, P < 0/001$)، عصبانیت ($F_{(31,2)} = 722/46, P < 0/001$)، اضطراب ($F_{(31,2)} = 106/54, P < 0/001$)، بحران هویت ($F_{(31,2)} = 942/414, P < 0/001$)،

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر ارزیابی تأثیر آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری و آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکالروزیس بود. یافته‌ها نشان داد که آموزش گروهی

در جدول شماره ۶ خلاصه نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در مؤلفه‌های بی‌هدفی ($F_{(31,2)} = 38/290, P < 0/001$)، نامیدی ($F_{(31,2)} = 534/49, P < 0/001$)، بی‌ارزشی ($F_{(31,2)} = 707/34, P < 0/001$)، پرخاشگری ($F_{(31,2)} = 359/86, P < 0/001$)، پوچی ($F_{(31,2)} = 708/58, P < 0/001$)، اعتمادبه‌نفس ($F_{(31,2)} = 723/67, P < 0/001$)، نارضایتی از زندگی ($F_{(31,2)} = 679/60, P < 0/001$)، غمگینی ($F_{(31,2)} = 971/97, P < 0/001$)، عصبانیت ($F_{(31,2)} = 722/46, P < 0/001$)، اضطراب ($F_{(31,2)} = 106/54, P < 0/001$)، بحران هویت ($F_{(31,2)} = 942/414, P < 0/001$)،

انگیزه وی را برای مشارکت فعال در فرایند درمان و مدیریت بیماری، بیش از پیش تضعیف می‌نماید و در نتیجه بحران هویت در بیمار شکل می‌گیرد.

در تبیین دیگر می‌توان گفت افرادی که از بحران هویتی پایینی برخوردار هستند تلاش می‌کنند تا عقده‌های درونی خود را حل و فصل کنند و محیط خود را تا آنجا که ممکن است شکل دهند و تا جایی که ضرورت دارد با آن سازگار شوند. در واقع افرادی که به یک تعریف جامع و کامل از هویت رسیده‌اند؛ در برخورد با مشکلات به دنبال راه‌حل‌های منطقی هستند اما افراد با بحران هویتی افسرده، ناامید، پرخاشگر و نکانشی هستند؛ چون انگیزه و هدفی برای زندگی ندارند هنگام رویارویی با مشکلات به دنبال راهی برای فرار و اجتناب از موقعیت‌ها هستند؛ چون اعتماد به نفس کافی برای قبول مسئولیت ندارند؛ اما برنامه آموزشی فعال‌سازی رفتاری به افراد نشان می‌دهد افکار همیشه با احساسات و رفتار در ارتباط است (۳۹). 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 کنترل کنند. بازسازی شناختی در طول درمان به فرد کمک می‌کند تا تحریفات شناختی خود را بشناسد و این شناسایی به‌نوعی به او کمک می‌کند تا مسیر منتهی به بی‌ارزشی، از خود بیگانگی و بی‌هدفی را پیش‌بینی و کنترل 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 گنجانیدن 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 (۴۰). از آنجایی که در این رویکرد

فعال‌سازی رفتاری و آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری باعث کاهش بحران هویت گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل شده است. پژوهش دیگری که اثربخشی این برنامه آموزشی بر فرایند پیروی از درمان و کنترل بیماری ام‌اس را مورد بررسی قرار دهد، یافت نشد؛ اما می‌توان گفت این یافته پژوهشی، تا حدودی با نتایج تحقیقات مشابه قبلی از جمله پژوهش‌های (۱۸-۲۴) هم‌راستا است. محققان پژوهش‌های اشاره‌شده دریافتند اجرای برنامه آرام‌سازی موجب کسر انرژی بیشتر و محدودیت کمتر بیماران مبتلا به ام‌اس در انجام نقش‌های جسمی و روانی (۲۱)، اجرای آرام‌سازی توأم با پس‌خوراند زیستی (۲۳-۲۲) و کاهش صفات پرخاشگرانه در بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با گروه کنترل (۲۴) می‌شود.

در زمینه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری در کاهش بحران هویت بیماران ام‌اس مطالعه‌ای به صورت مستقیم انجام نشده است؛ اما یافته بالا با نتایج مطالعات پیشین هرچند در جامعه‌ای متفاوت با پژوهش حاضر هستند، به‌طور غیرمستقیم همخوانی دارد. به‌عنوان مثال اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم بر افزایش میزان سازگاری اجتماعی و شغلی مبتلایان به میگرن (۲۸)، بر افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود علائم مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه (۲۹) بر بهبود عزت‌نفس زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی (۳۰)، کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و خشم در بیماران قلبی، پس از جراحی بای‌پس (۳۱) و کاهش خشم و کنترل قند خون بیماران دیابتی نوع یک و دو (۳۲) تأیید شده است.

در تبیین آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری می‌توان گفت خشم ناشی از ابتلا به یک بیماری مزمن و دائمی مانند ام‌اس، عوارض روان‌شناختی متعددی به دنبال داشته و با ایجاد حالت آماده‌باش در بدن، سبب فرسایش ذخایر جسمانی و روانی فرد مبتلا می‌شود. همین امر نقش مؤثری را بر عدم پیروی بیمار از دستورات درمانی و در نتیجه، عدم کنترل خشم ایفا می‌کند. این مسئله نیز به نوبه خود با ایجاد احساس ناامیدی، ناکارآمدی و خشم بیشتر در فرد،

استفاده از شوخ‌طبعی است. این آموزش‌ها در افراد مبتلا به میگرن توانمندی‌های روانی و اجتماعی ایجاد می‌کند که آن‌ها بتوانند در مواقع برخورد با مشکلات و فشارهای زندگی شخصی و اجتماعی از آن‌ها استفاده کنند و بر افکار، احساسات و رفتار خود تسلط داشته باشند. پیامدهای آموزش مهارت‌های کنترل خشم، باعث افزایش توانایی‌های روانی اجتماعی برای زندگی اثربخش و مفید برای افراد جامعه به‌خصوص بیماران ام‌اس می‌شود.

مختص بودن مطالعه به بیماران مولتیپل اسکلروزیس ۲۰ تا ۵۰ ساله شهر کرج، محدودیت زمانی در ارائه آموزش گروهی فعال‌سازی رفتاری و مدیریت خشم با رویکرد شناختی‌رفتاری، عدم اجرای مرحله پیگیری دو و چندماهه در پژوهش به دلیل محدودیت زمانی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی روی شناخت عوامل مؤثر بر هویت مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس انجام شود. همچنین برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، این پژوهش باید در شهرهای دیگر و با خرده‌فرهنگ‌ها و اقلیت‌های موجود در جامعه ایران، تکرار شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه دوره دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام است. از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین، از کسانی که در این پژوهش مرا یاری نمودند، قدردانی می‌کنم.

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 به کاهش افسردگی، نشخوار فکری، ناامیدی و نهایتاً بحران هویت منجر می‌شود. از دلایل اثربخش بودن 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، و آگاهی از افکار و خلقیات به‌شدت کاهش می‌یابد (۲۴).

در راستای تبیین مکانیسم‌های اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی‌رفتاری در این بیماران می‌توان گفت که مدیریت خشم، باعث کاهش احساس‌های عاطفی و تحریک‌های فیزیولوژیکی می‌شود. آموزش کنترل خشم شامل آموزش مهارت خودآگاهی هیجانی، آموزش خودگویی درونی، شناسایی موقعیت‌های خشم‌برانگیز، آموزش مهارت قاطعیت آموزش تکنیک حل مسئله و آموزش تکنیک آرمیدگی است که تمامی این موارد سبب شده مداخله‌ای مناسب برای تغییر نگرش و اعتقادات مولد خشم و آموزش خودگویی‌های مثبت برای از بین بردن نگرش‌های ناسالم و ارزیابی‌های منفی از واقعیات و در نتیجه افزایش مهارت در کنترل هیجانات ناخوشایند باشد (۲۸). همچنین آموزش مهارت‌های کنترل خشم شامل مهارت استفاده از نظام‌های حمایت اجتماعی، مهارت‌های گوش دادن، مهارت ارتباط و مذاکره، مهارت‌های حل مسئله، مهارت‌های آرام‌بخشی، مهارت حفظ کنترل درونی، مهارت

References

1. Heidari A, Jafari F. The comparison of quality of life, social protection, and general health of AIDS-infected people with normal people in Ahwaz. *New Findings in Psychology*. 2009; 23:47-60.
2. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical*

nursing: JB Lippincott Philadelphia; 2007. [Persian].

3. Aminoff M, Greenberg D, Simon R. *Clinical neurology: McGraw-Hill Education*; 2015.
4. Beiske A, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen E. *Depression and anxiety*

- amongst multiple sclerosis patients. *EJN*. 2008; 15(3): 239-45.
۹. Esmonde L, Long AF. Complementary therapy use by persons with multiple sclerosis: benefits and research priorities. *CTCP*. 2008; 14(3):176-84.
 ۱۰. Adamson BC. 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; 2018.
 ۱۱. Benito-León J, Labiano-Fontcuberta A, Mitchell AJ, Sara M-G, Martínez-Martín P. Multiple sclerosis is associated with high trait anger: A case-control study. *JNS*. 2014; 340(1-2):69-74.
 ۱۲. Shams A, Taheri H, Nikkhah K. The effect of 8 weeks selective training programs with instructions focus of attention on walking speed of patients with multiple sclerosis. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2015; 57(9):969-75. [Persian].
 ۱۳. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. *Behavior therapy*. 2016; 47(6):838-53.
 ۱۴. Chu BC, Colognori D, Weissman AS, Bannon K. An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *CBP*. 2009; 16(4):408-19.
 ۱۵. McEvoy PM, Nathan P, Norton PJ. Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *J Cognit Psychother*. 2009; 23(1):20-33.
 ۱۶. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *BEHAV RES THER*. 2011; 49(3):186-93.
 ۱۷. Dimidjian S, Martell CR, Herman-Dunn R, Hubley S. Behavioral activation for depression. 2014.
 ۱۸. Hasanzadeh P, Fallahi M, Norozi K. The effect of journaling on anxiety and stress in patients with multiple sclerosis. *JCM*. 2012; 2(2):183-193. [Persian].
 ۱۹. Ritschel LA, Ramirez CL, Jones M, Craighead WE. Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *CBP*. 2011; 18(2):281-99.
 ۲۰. Ly KH, Janni E, Wrede R, Sedem M, Donker T, Carlbring P. Experiences of a guided smartphone-based behavioral activation therapy for depression: a qualitative study. *Internet Interventions*. 2015; 2(1):60-8.
 ۲۱. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression: A clinician's guide: Guilford Press; 2013.
 ۲۲. House SH. Epigenetics in adaptive evolution and development: the interplay between evolving species and epigenetic mechanisms. *Handbook of Epigenetics*: Elsevier; 2011. p. 425-45.
 ۲۳. Rossman M. The effect mental imagery on breast cancer. *HNP*. 2008; 50:13-20.
 ۲۴. Koenig HG. Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: rationale, methods, and preliminary results. *Depression research and treatment*. 2012.
 ۲۵. Sutherland G, Andersen MB, Morris T. Relaxation and health-related quality of life in multiple sclerosis: the example of autogenic training. *JBM*. 2005; 28(3):249-56.
 ۲۶. McGrady A, Gerstenmaier L. Effect of biofeedback assisted relaxation training on blood glucose levels in a type I insulin dependent diabetic a case report. *J BEHAV THER EXP PSY*. 1990; 21(1):69-75.
 ۲۷. Kazemzadeh Atoofi M. Application of relaxation in glucose metabolic control in insulin dependent diabetic patients: Thesis. Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, 1998. [Persian].
 ۲۸. Fragoso YD, Going LC, Lourido AM, Berlim LV, Egas MB, Souza MR. Aggressive Traits in People with Multiple Sclerosis—A Case-Control Study. *ACN*. 2017; 32(1):94-7.
 ۲۹. Moore T, McArthur M, Death J, Tilbury C, Roche S. Young people's views on safety and preventing abuse and harm in residential care: "It's got to be better than home. *CUSR* 2017; 81:212-9.

۲۶. Oraki M, Vazire B, Alipour A. The effectiveness of cognitive-behavioral anger control based on mental health in infertile women. J Urmia Univ Med Sci. 2015; 26(8):652-62. [Persian].
۲۷. Shabanpour m, Hosseinpour R. The Impact of Anger Management Group Training on Happiness, Mental Health, and Aggression in Shahed Junior High School Girls in Tehran. JMP. 2019; 10(39):27-41. [Persian].
۲۸. Saied Manesh MMM, Ghorbani M. The effectiveness of group anger management training on the increase in social and occupational compatibility of a migraine suffering people. MEJDS. 2018; 8(0):24-24. [Persian].
۲۹. Kazemi R, Mosazadeh T, Fard R. The effectiveness of anger control training in increase of social adjustment and improvement of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms. TBCP. 2014; 9(32):57-66. [Persian].
۳۰. Sharifi Saki S, Farahani M, Karimi R, Ahmadi H, Mohammadi MR. Effectiveness of Anger Control Skills Training on Improving Self-esteem in Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. IJCC. 2019; 1(3):11-9. [Persian].
۳۱. Bayrami M, Nemati Sogolitappeh F, Razmi S. Effectiveness of Anger Management and Relaxation Training On Decreasing Anxiety, Depression and Anger among Heart Disease Patients after Bypass Surgery. CPS. 2016; 1(1):62-76. [Persian].
۳۲. Asaadi M, Tirgari A, Hasanzadeh R. Comparative Effectiveness Relaxation Training on Anger Reduction and Blood Glucose Control in One and Two Diabetics Patients. Med J Mashad Univ Med Sci. 2013; 56(2):104-12. [Persian].
۳۳. Jahanbakhshian N, Zaharakar k, Davarniya R. A Study on the Effectiveness of Caregivers' Group Supportive-Training Intervention on the Mental Health of MS Patients. RJMS. 2016; 23(144):19-29.
۳۴. Shiri V, Emami M, Shiri E. Investigating the Relationship between Selective Attention and Cognitive Flexibility with Balance in Patients with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. Archives of Rehabilitation. 2018; 18(4):296-305. [Persian].
۳۵. Rajaei A, Bayzaei M, HamidiPour H. Identity Crisis Questionnaire. Torbat-e Jam: Islamic Azad University of Torbat-e-Jam Publications. 2009. [Persian].
۳۶. Feindler EL, Ecton RB. Adolescent anger control: Cognitive-behavioral techniques. New York: Pergamon Press. 1986.
۳۷. Kendall AE, Weisz PC. Guiding theory for treating children and adolescents. In: Kendall, P.C. (ed.), Child and adolescent therapy: cognitive. Behavioural procedures. Guildford Press. 1991.
۳۸. Lejuez CW, Hopko DR, Hopko SD. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD): revised treatment manual (BATD-R). Behavior Modification. 2011; 35: 111-161.
۳۹. McCullough JP. The way early-onset chronically depressed patients are treated today makes me sad. Journal of Psychiatry. 2012; 2(1): 9-11.
۴۰. Syzdek MR, Addis ME, Martell CR. 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. 2010.