

اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری در بی نظمی هیجانی دانش آموزان مبتلا به اضطراب

نادیا محمدی^۱، فریبا محمدی^۲، شهپر شریفی^۳

^۱ کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد، مشاوره مدرسه، دانشگاه علامه طباطبایی

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد، مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد خمینی شهر

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری در بی نظمی هیجانی دانش آموزان مبتلا به اضطراب صورت گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان شهر تهران بودند که از این بین تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند، تعداد پانزده نفر در گروه کنترل و پانزده نفر در گروه مداخله قرار گرفتند. روش جمع آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه بی نظمی هیجانی انجام گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار SPSS در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام پذیرفت. نتایج تحقیق نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری بر بی نظمی هیجانی دانش آموزان مؤثر است. نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان اظهار داشت که باید تمهیداتی در نظر گرفت تا مشاوران مدرسه از درمان فعال سازی رفتاری برای کاهش بی نظمی هیجانی دانش آموزان مبتلا به اضطراب استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان فعال سازی رفتاری، بی نظمی هیجانی، اضطراب.

مقدمه

اضطراب در فرهنگ اروپا تا پیش از قرن هجدهم عمدتاً به عنوان درد و رنج روحی^۱ در حوزه علایق نظریه پردازان و فلاسفه بود. برای نمونه، باور مسیحی شایع این بود که چنین ترسی ناشی از ارتکاب به گناه^۲ است. مطابق این دیدگاه ترس نشانگر فقدان ایمان کافی و خجالت^۳ حاکی از عشق و نیکوکاری نابسند به هم نوع است (استراوینسکی^۴، ۲۰۰۷). با ورود مفاهیمی چون نوراستنی در حوزه پژوهشی ایالات متحده، از آن به عنوان طبقه نوینی از بیماری تحت عنوان بیماری زندگی مدرن^۵ یاد شد که علائم آن شامل خستگی و طیف وسیعی از تظاهرات افسردگی و اضطرابی بود. نورو اضطرابی فروید معرفی شد به حالت اضطرابی همراه با برانگیختگی دستگاه عصبی، گر گرفتگی، تعریق، لرزش، اسهال و غیره محدود گردید؛ اما در این قرن همچنان شهادت شکست در کشف مبنای نورولوژیک یا سبب سازهای دیگر (از جمله مبانی جنسی فرضی) هستیم. اضطراب یکی از اصلی ترین مشکلاتی می باشد که در مدارس گریبان گیر دانش آموزان می باشد و باعث بدکارکردی در آنها می شود. یکی از مشکلات مرتبط با دانش آموزان مبتلا به اضطراب بی نظمی هیجانی می باشد، مدل بدتنظیمی هیجانی توسط منین، تورک، هیمبرگ و کارمین^۶ (۲۰۰۴) ارائه شده است. نظریه نگرانی بر این باور است که نگرانی، اجتناب از برانگیختگی های فیزیولوژیکی و تصویری مرتبط با هیجان های منفی را تسهیل می کند. با این وجود ماهیت تجارب هیجانی که فرد مبتلا به GAD را بر می انگیزانند که از راهبردهای اجتنابی (مثل نگرانی) استفاده کنند، هنوز مورد تحقیق و بررسی قرار نگرفته اند (منین، هیمبرگ، تورک و فرسکو^۷، ۲۰۰۵). اگرچه افراد مبتلا به GAD ممکن است که از نگرانی به عنوان اجتناب از تجربه هیجان های تنش زا استفاده کنند اما این تئوری بیان نمی کند که چرا این تجارب اینقدر دردناک هستند که نیاز به اجتناب باشد. برای فهم این مسئله ویژگی های تجربیات هیجانی که اجتناب را بر می انگیزانند باید مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر آن هیجان ممکن است علاوه بر ارتباطش با نگرانی- نقش بزرگتری در اختلال GAD داشته باشد. منین، تورک، هیمبرگ و کارمین (۲۰۰۴) مدل خود را براساس نظریه اجتناب نگرانی بوركوک بنا نهادند.

بر طبق مدل بد تنظیمی هیجانی، نگرانی مفرط به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی ناسازگارانه برای کنترل و برانگیختگی فیزیولوژیکی و سایر علایم تجربه هیجانی ایجاد می شود. بر طبق مدل نظری مطرح شده آنها بیان می کنند که افراد مبتلا به GAD بواسطه نگرانی، از پردازش محرک های هیجانی اجتناب می کنند، زیرا این افراد نقص های مهارت هیجانی و عدم تنظیم هیجانی را به عنوان مشکلات اصلی تجربه می کنند. هیجان ها در افراد مبتلا به GAD ناکارآمد می شوند و این عمل از طریق پردازش موقتی و سریع چهار نوع بدتنظیمی انجام می شود: ۱- تجربه شدید هیجان ها ۲- اشکال در درک هیجان ها، ۳- واکنش های منفی به تجربه هیجان ها (مثل ترس از هیجان) و ۴- مدیریت ضعیف هیجان ها (منین، هیمبرگ، تورک و فرسکو، ۲۰۰۵). بالا بودن شدت هیجانی همراه با اطلاعات ناقص از هیجان ها و ناراحتی حاصل از تجربه هیجانی ممکن است بیماران مبتلا به GAD را مجبور سازد که برای کنترل و محدود کردن تجارب هیجانی خود از راهبردهای مقابله ای ناسازگار استفاده کنند. این بیماران برای اجتناب از تنش های مرتبط با هیجان هایشان، به جای پردازش هیجانی از طریق توجه، فهم و تجربه ممکن است که از نگرانی و دیگر پردازش های درون فردی و بین فردی استفاده کنند. به طور خاص افراد مبتلا به GAD به عنوان افرادی حساس از نظر هیجانی در نظر گرفته می شوند که هیجان ها را به طور خیلی آسان و شدید نسبت به افراد دیگر تجربه می کنند. آنها ممکن است مکرراً عواطف منفی شدیدی را تجربه کنند، این عواطف گاه در شرایطی به وجود می آیند که برای افراد دیگر برانگیزاننده نیستند. اط سوی دیگر، جیکوبسن و همکاران (۲۰۰۱) براساس کار مقدماتی که نشان می دهد BA عامل سازندهی فعالی در درمان شناختی-رفتاری افسردگی است، اولین پروتوکل BA را که متمرکز بر ابعاد

¹. Spriritual anguish

². Sin

³. Shyness

⁴. Stravenski

⁵. Modem Life

⁶ Mennin, Turk, Heimberg, & Karmin

⁷ Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco

کارکردی رفتار افسرده ساز است تدوین کردند. تمرکز این BA بر ایجاد تعاملاتی بین شخص و محیط در طی زمان و شناسایی راهاندازهای محیطی و پاسخهای مقابله‌ای ناموثر درگیر در سبب‌شناسی و تداوم عاطفه‌ی افسرده‌ساز است (مارتل و همکاران، ۲۰۰۱). این رویکرد بسیار شبیه درمان رفتاری سنتی، رفتار افسرده (برای مثال، رکود، کناره‌گیری) را به عنوان یک راهبرد مقابله برای اجتناب از شرایط محیطی مفهوم‌سازی می‌کند که سطوح پایین تقویت مثبت یا سطوح بالای کنترل آزارنده را فراهم می‌کند (جیکوبسن و همکاران، ۲۰۰۱).

همراه با افزایش آگاهی بیمار و پیشرفت از TRAP به TRAC، راهبرد درمانی اولیه‌ی BA شامل آموزش بیماران برای عمل کردن^۱ است. بیماران می‌آموزند برای کاهش رفتار گریز و اجتناب، کارکرد رفتارشان را ارزیابی کنند و سپس آگاهانه انتخاب کنند که آیا اجتناب یا گریز را ادامه دهند یا در عوض در رفتاری درگیر شوند که ممکن است خلق‌شان را بهبود بخشد و سپس چنین رفتاری را با سبک زندگی‌شان ادغام کنند و هرگز رهاش نکنند. پژوهش‌های مختلف نشان دادند که درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش بی‌نظمی هیجانی تأثیر گذار می‌باشد، چنانچه کانتر^۲ (۲۰۱۵) در تحقیقی روی گروهی از افراد افسرده آمریکایی نشان دادند استفاده از تکنیک‌های فعال سازی رفتاری سبب کاهش علائم افسردگی و اضطراب این افراد تحت درمان شده است. همچنین یافته‌های حاصل از تحقیق پاپا^۳ (۲۰۱۳) در خصوص اثربخشی فعال سازی رفتاری بر علائم استرس پس از سانحه بیماران با اختلال استرس پس از آسیب نشان می‌دهد، این روش سبب کاهش علائم استرس در این افراد می‌شود.

در نهایت باید گفت توجه به اهمیت مبحث هیجان در دانش آموزان، می‌توان گفت که این پژوهش با هدف رشد و تداوم تنظیم هیجان در دانش آموزان و کاهش بی‌نظمی هیجانی در دانش آموزان شکل گرفته است و یکی از روش‌های سودمند برای افزایش آنها تأثیر گذار می‌باشد، توجه به درمان فعال سازی رفتاری می‌باشد. براساس مطالب بیان شده سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا درمان فعال سازی رفتاری در بی‌نظمی هیجانی دانش آموزان مبتلا به اضطراب تأثیر گذار است یا خیر؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح پژوهش پیش‌آزمون - پس آزمون با گروه گواه می‌باشد. متغیر مستقل تأثیر آموزش روش بازسازی رفتاری است که تنها بر گروه آزمایش اعمال شده و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش بررسی شد و با گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. در این طرح دو گروه وجود دارند: آزمایش (N=۱۵) و گواه (N=۱۵). مداخله بر روی گروه آزمایش انجام شد و گروه گواه هیچگونه آموزشی را دریافت نکرد. سپس هر دو گروه بعد از پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفتند. در این پژوهش گروه آزمایش در ۸ جلسه مورد آموزش درمان بازسازی رفتاری با استفاده از پروتکل طراحی شده مورد مداخله قرار گرفتند و بعد از جلسات درمانی برای گروه آزمایش، هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش آموزان دچار مشکل اضطرابی مراجعه کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۲ تهران بودند که این مراجعه کنندگان دارای پرونده بودند که تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که تعداد پانزده نفر در گروه کنترل و پانزده نفر در گروه مداخله قرار گرفتند. برای انتخاب افراد نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد.

^۱. ACTION

^۲. Kanter

^۳. Papa

ابزار گردآوری داده‌ها

بی‌نظمی هیجانی: این ابزار یک مقیاس ۳۶ گویه ای است. این مقیاس دارای ۶ زیر مقیاس عدم پذیرش، اهداف، تکانشگری، آگاهی، راهبردها و وضوح است. گراتز و رومر (گراتز و رومر^۱، ۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۲ هفته ای، ۰/۸۵ گزارش کرده اند. پایایی نسخه فارسی این ابزار توسط عسگری، پاشا و امینیان (اصغری، پاشا و امینیان، ۲۰۰۹) از طریق همسانی درونی و تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش شده است. اعتبار ملاکی همزمان پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه چند وجهی درد تأیید شده است (اصغری و همکاران، ۲۰۰۹).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (جداول فراوانی، درصد، میانگین) و آمار استنباطی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون‌ها نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت؛ و به دلیل اینکه داده‌ها نرمال بودند از آزمون‌های پارامتریک (تحلیل کوواریانس) استفاده به عمل آمد. جهت تحلیل آماری از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

مشخصات توصیفی شرکت کنندگان به شرح زیر می‌باشند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد بی‌نظمی هیجانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها (N=30)

SD	M	گروه		
۲/۰۱	۳۶/۰۰	پیش‌آزمون	آزمایش	بی‌نظمی هیجانی
۱/۷۱	۱۶/۲۶	پس‌آزمون		
۶/۴۳	۱۶/۰۰	پیش‌آزمون	کنترل	
۳/۳۶	۱۸/۱۲	پس‌آزمون		

اطلاعات توصیفی میزان بی‌نظمی هیجانی در جدول ۲ به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد، اما در گروه کنترل تغییری مشاهده نمی‌شود.

برای سنجش فرضیه اول پژوهش از آزمون آماری آنکوا (ANCOVA) استفاده شده است که اطلاعات آن در جداول زیر ارائه شده است، همچنین پیش فرض پژوهش آزمون لوین برای تفکر انتقادی برابر ۱/۹۰ مورد تأیید قرار گرفتند.

فرضیه پژوهش: بررسی اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری در بی‌نظمی هیجانی دانش آموزان مبتلا به اضطراب

^۱: Gratz KL, Roemer

جدول ۲. نتایج آزمون کواریانس برای تعیین اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری در بی نظمی هیجانی دانش آموزان مبتلا به اضطراب

متغیر	شاخص آماری	SS	Df	MS	F	معنی داری
بی نظمی هیجانی	گروه	۲۶۳/۲۴	۱	۲۶۳/۲۴	۸/۰۲	۰/۰۰۱

طبق نتایج همین جدول مشاهده می شود که با توجه به اینکه F محاسبه شده برای تفکر انتقادی و با توجه به معنی داری به دست آمده (۰/۰۱) که بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ است، می توان به این نتیجه رسید که آموزش فعال سازی رفتاری تأثیر معناداری بر کاهش بی نظمی هیجانی دانش آموزان دارد، بنابراین نتیجه گرفته می شود که استفاده از این شیوه درمان در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش بی نظمی هیجانی دانش آموزان دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری در بی نظمی هیجانی دانش آموزان مبتلا به اضطراب بود؛ که با توجه به نتایج بدست آمده با سطح اطمینان ۰/۹۵، بین دو گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت F به دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. در پژوهشی که توسط مور^۱ (۲۰۱۳) انجام گرفته شد نشان داده شد که استفاده از روش های فعال سازی رفتاری در این گروه سبب بهبود روانشناختی و جسمانی در این افراد می شود. همچنین پارهن و همکاران (۲۰۱۳) در تحقیقی با هدف اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر بیماران افسرده اساسی بیان کردند این رویکرد درمانی سبب کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی این افراد شده است. کانتر^۲ (۲۰۱۵) در تحقیقی روی گروهی از افراد افسرده آمریکایی نشان دادند استفاده از تکنیک های فعال سازی رفتاری سبب کاهش علائم افسردگی و اضطراب این افراد تحت درمان شده است. یافته های حاصل از تحقیق پاپا^۳ (۲۰۱۳) در خصوص اثربخشی فعال سازی رفتاری بر علائم استرس پس از سانحه بیماران با اختلال استرس پس از آسیب نشان می دهد، این روش سبب کاهش علائم استرس در این افراد می شود. زلومکی و هان (۲۰۱۰)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ارزیابی مثبت، پذیرش و دیدگاه وسیع تر نسبت به دیگران به عنوان راهبردهایی از تنظیم هیجانی، سهم معناداری در پیش بینی میزان اضطراب و استرس در دو جنس (زنان و مردان) ندارند. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر عدم وجود کنترل برای متغیرهای مداخله گر از جمله عوامل وراثتی که پژوهشگر قادر به کنترل آنها نبوده است. نبودن پژوهش مشابه با پژوهش حاضر در نتیجه پژوهشگر را در جمع آوری اطلاعات و نتیجه گیری با مشکلاتی مواجه کرد. محدود بودن جامعه آماری پژوهش حاضر، در نتیجه تعمیم نتایج به سایر دانش آموزان باید با احتیاط صورت پذیرد. لذا پیشنهاد می شود کارگاه هایی در باب تکنیک های رفتاری کارگاه هایی برگزار شود و آموزش های لازم به این قبیل دانش آموزان داده شود.

منابع

۱. امیدی، عبدالله؛ محمدخانی، پروانه؛ دولتشاهی، پرویز؛ و پورشهباز، عباس (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری-شناختی بر نشانگان روان پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه علمی-پژوهشی فیض. ۱۲، ۲.

¹. Parent, McKee, Anton, Gonzalez, Jones, Forehand

². Kanter

³. Papa

۲. آذرگون، حسن؛ کجباف، محمدباقر؛ مولوی، حسین؛ و عابدی، محمدرضا (۱۳۸۸). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار*. ۱۶، ۳۴، ص. ۲۱-۱۳.
۳. جلیلی، ا. (۱۳۸۵). *اثربخشی فعال‌سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی و تاثیر این درمان در کاهش نگرش‌های ناکارآمد، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد*. تهران: انستیتو روان‌پزشکی تهران.
۴. دابسون، کیت استفان و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). *مختصات روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک-۲ در یک نمونه‌ی بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. ویژه‌نامه‌ی توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*، ۸ (۲۹)، ۸۶-۸۰.
۵. شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ و حکیم شوشتری، میترا (۱۳۸۳). *پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه‌ی ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID)*. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۶، ۲۲-۱۰.
6. Kanter J, Santiago-Rivera A, Santos M, Nagy G, López M, Hurtado G, et al.(2015). A Randomized Hybrid Efficacy and Effectiveness Trial of Behavioral Activation for Latinos With Depression. *Behav Ther*; 46(2): 177-92
7. Parhoon H, Moradi A, Hatami M, Parhoon K. (2013). Comparison of the brief behavioral activation Bottonari KA, Roberts JE, Thomas SN, Read JP. Stop thinking and start doing: Switching from treatment and meta-cognitive therapy in the reduction of the symptoms and in the improvement of the quality of life in the major depressed patients. *J Res Psychol Health*; 6(4): 36-52
8. Houghton, S., Curran, J., & Saxon, D. (2008). An uncontrolled evaluation of group behavioural activation for depression. *Behavioral Cognition psychotherapy*, 36, 235-239.
9. Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation therapy for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
10. Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness based cognitive therapy for depression: replication and exploration of deferential relapse prevention effects. *Consulting and clinical psychology*, 72, 31-40.
11. Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health*. New York. Routledge press.
12. Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30, 547-561.
13. Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression Context: Strategies for Guided Action*. New York: W.W. Norton.
14. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation a dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004; 26(1):41-54.
15. Asgari P, Pasha G, Aminian M. The relationship emotional regulation, life events and body image with eating disorder in women. *J Andisheh Raf*. 2009; 4 (13):65- 78.
16. Mulick, P. S., & Naugle, A. E. (2004). Behavioral Activation for Comorbid PTSD And Major Depression: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 378-387.
17. Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
18. Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
19. Teasdel, J. D. (1999). Metacognition, Mindfulness and the modification of mood disorder. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 146-155.

20. Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research & Therapy*, 33, 25–39.
21. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
22. World Health Organisation. (2010). *Mental Health: Depression* Retrieved Mar12, 2010, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/S.

The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy in the Emotional Irregularities of Students Suffering from Anxiety

Nadia Mohammadi¹, Fariba Mohammadi², Shahpar Sharifi³

1. *M.A in Family Counselling, Allameh Tabataba'i University*

2. *M.A in School Counselling, Allameh Tabataba'i University*

3. *M.A Student in Consultation and Guidance, Azad University, Khomini Shahr Branch*

Abstract

This study was aimed to investigating the effectiveness of behavioral activation therapy in the emotional irregularities of students suffering from anxiety. The statistical population included all students of Tehran city which of them 30 persons were selected as sample. Then randomly divided two group: 1-experiment group, 2. control group (each group 15 persons). Data gathering was based on emotional irregularities questionnaire. For data analysis SPSS 21 software in two section was used: 1. descriptive, 2. inferential. The results showed that behavioral activation therapy is more effective in the emotional irregularities of students. Based on the findings of this study can be stated that steps should be taken to school counselors use behavioral activation therapy to reduce anxiety of students with emotional irregularities.

Keywords: behavioral activation therapy, emotional irregularities, anxiety
