

## مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم □

### Compare the Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment and Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Anxiety of Mothers of Autistic Children □

Javad Ejei, PhD

Maryam Sayadshirazy, PhD □

Masoud Gholamali Lavasani, PhD

Abdolrahim Kasaei Esfahani, PhD

دکتر جواد اژه ای \*

دکتر مریم صیادشیرازی \*

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی \*

دکتر عبدالرحیم کسایی اصفهانی \*

#### Abstract

#### چکیده

This study investigated the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment (ACT) compared with cognitive-behavior therapy on decreasing anxiety and increasing acceptance of mothers of autistic children. This study was quasi-experimental design with pre-test and post-test with control group. The experimental groups were consisted of two groups based on acceptance and commitment group therapy (ACT) and cognitive-behavioral therapy (CBT) respectively. Both groups were received ten sessions treatment. 12 people were employed in the control group who were not treated. In order to evaluate the level of anxiety and acceptance, two questionnaires were used: Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). Comparing treatment groups showed that between the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment with cognitive-behavioral therapy on reducing maternal anxiety and promoting acceptance was not significantly different. However, the impact of group therapy based on acceptance and commitment in pre-test and follow-up was more than cognitive behavior therapy. Therefore, the current research and ACT provide empirical support for mothers with ASD children.

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم اضطرابی و افزایش پذیرش مادران دارای کودکان اتیسم صورت گرفت. این پژوهش از نوع طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. گروه های آزمایشی شامل دو گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بود. هر دو گروه ده جلسه درمان را یک بار در هفته دریافت کردند. ۱۲ نفر هم در گروه کنترل گماشته شدند که تحت درمان قرار نگرفتند. به منظور سنجش میزان اضطراب افراد از سیاهه اضطراب بک و جهت سنجش میزان پذیرش از پرسشنامه پذیرش و عمل استفاده شد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شد. مقایسه گروه های درمانی حاکی از آن بود که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و ارتقای پذیرش مادران تفاوت محسوسی نداشت، ولی ماندگاری اثر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیش آزمون-پیگیری در کاهش اضطراب و افزایش پذیرش بیشتر از درمان شناختی-رفتاری بود. بنابراین، پژوهش در مجموع حمایتی تجربی برای به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران دارای کودکان اتیسم فراهم می آورد.

**Keywords:** acceptance and commitment therapy, cognitive behavioral therapy, anxiety, acceptance

**کلید واژه ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری، اضطراب، پذیرش

□ Department of Educational Psychology and Counseling, University of Tehran, Tehran. I. R. Iran

□ Email: msayad52@gmail.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۹/۱۷ تصویب نهایی: ۱۳۹۵/۱۲/۱

\* دانشکده روانشناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران

\*\* گروه راهنمایی و مشاوره دانشگاه خوارزمی

## ● مقدمه

«اتیسم» یکی از اختلال‌های فراگیر رشد دوران کودکی است که با رفتارهای کلیشه‌ای، تحریک‌پذیری، رفتارهای تخریبی و اشکال جدی در ارتباط اجتماعی کودک مشخص می‌شود و معمولاً قبل از سه‌سالگی بروز می‌کند، طیف اختلال‌های اتیسم تأثیرات شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد و والدین کودکان مبتلابه اتیسم با چالش‌های فراوانی روبرو هستند (چیمه، پوراعتماد و خرم‌آبادی، ۱۳۸۶). مراقبت از کودکان حتی در بهترین شرایط، فعالیتی چالش‌برانگیز است و گاهی در کنار مراقبت از کودکان شرایطی به والدین تحمیل می‌شود که بر چالش‌های آنان می‌افزاید. با توجه به تقاضاها و محدودیت‌های زیادی که والدین کودکان دارای اختلال با آن روبرو هستند، این والدین در معرض پیامدهای ناگواری قرار می‌گیرند (کردستانی، پورحسین، امیری، ایزدینیا و فرهودی، ۱۳۹۲).

امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می‌کند و کودک خود را می‌پذیرند، ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می‌گردد و مشکلات شروع می‌شود. اولین شخصی که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند، «مادر» است. مادر به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان و رویارویی با تنیدگی‌هایی از جمله رفتارهای قالبی، مشکلات زبانی، قشقرق و نداشتن مهارت مراقبت از خود، باعث تضعیف کارکرد طبیعی مادر می‌شود (نریمانی، آقا محمدیان و رجبی، ۱۳۸۶).

شارپلی، بیتسیکا و همکاران (۱۹۹۷) بیان می‌کنند که مادران کودکان اتیسم معمولاً تنیدگی بیشتری را از پدران خواهند داشت. برخی پدرها تنیدگی ناشی از همسر را تهدیدکننده تر از مشکلات کودک تلقی می‌کنند و آن را تهدیدی برای خانواده می‌دانند. پدرها معمولاً به‌اندازه مادران احساسات خود را آشکار نمی‌سازند، مادران طیف گسترده‌ای از هیجانات مانند خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان خواهند داد. آنها همچنین نگران واکنش‌های جامعه، بستگان و نزدیکان به این مشکل هستند و گاهی فکر می‌کنند احتمالاً راه‌حلی وجود دارد که به تمام مصائب آنها در این زمینه پایان بدهد. آنها نیروی روانی و مادی زیادی را صرف به اجرا گذاشتن فرض‌ها و گمان‌های خود می‌کنند و در نتیجه وقت زیادی را که باید صرف پذیرش حقیقی کودک، درمان و توانبخشی او می‌شد را از دست می‌دهند (رافعی،

۱۳۹۵). مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه برنامه‌های مداخله‌ای گروهی برای والدین کودکان اتیسم، نشان می‌دهد که اغلب آنها بر سلامت روان و کیفیت زندگی مادران کودکان اتیسم (شاهپور، غفاری و گماری، ۲۰۱۳)، آموزش فرزند پروری (برین، ۲۰۱۱)، مهارت‌های تفکر و فنون مقابله (وانگ، میکایلز و دی، ۲۰۱۱)، دیکنز، فیشر، تیلور، لامبرت و میودراگ، ۲۰۱۶، خرم‌آبادی، پوراعتماد، طهماسبیان و چیمه، ۱۳۸۸)، مدیریت خلق منفی بر سلامت روان و افسردگی (فروغ ریاحی، خواجه دین و ایزدی، ۱۳۹۲)، نگرانی و امید به زندگی (برجیس، کلیم جوادی، طاهر، غلامعلی لواسانی و خان زاده، ۱۳۹۲)، بررسی مؤلفه‌های روان‌نژندی مادران (بیرامی، هاشمی نصرت آباد، بشارت، موحدی و کوهیما، ۱۳۹۲) متمرکز بوده‌اند. با توجه به مسائل متعددی که خانواده‌های دارای چنین فرزندان با آن درگیر هستند، ضروری به نظر می‌رسد که برنامه‌های خاص آموزشی و درمانی برای آنها در نظر گرفته شود (خصوصاً مادران دارای فرزند اتیسم)، تا با پایین آمدن سطح اضطراب مادران و افزایش میزان پذیرش آنان؛ گامی در جهت بالا بردن سطح بهداشت روان خانواده‌ها برداشته شود. یافته‌های تجربی نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری از میان درمان‌های روانشناختی برای درمان اضطراب به دلیل کارآمدی، گزینه مناسبی در جهت درمان محسوب می‌شود (آریاناکیا، مرادی و حاتمی، ۱۳۹۵)، درعین حال که تقریباً یک‌سوم از افرادی که از درمان شناختی-رفتاری بهره می‌گیرند، درخطر عود مجدد قرار دارند (ملیانی، الهیاری، آزاد فلاح، فتحی آشتیانی و طاوولی، ۱۳۹۳). از این رو اثرات پیشگیرانه این درمان موردتربید واقع می‌شود. با توجه به تأییدات تجربی قوی برای مواجهه درمانی، آن دسته از روش‌های درمان اختلال‌های اضطرابی که عنصر مواجهه در آن حفظ‌شده و یا ارتقاء یافته؛ احتمال بیشتری دارد که به نتایج بالینی معنی‌داری ختم شود. از میان درمان‌های جدید برای اختلال‌های اضطرابی می‌توان از «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» که از جمله درمان‌های موسوم به موج سوم رفتاری‌اند و تحول‌شگرفی در روان‌درمانگری ایجاد کرده‌اند، یاد نمود. «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» که با مخفف ACT<sup>۱</sup> به‌عنوان یک کلمه مستقل و نه با حروف جداگانه خوانده می‌شود، یکی از درمان‌های نسل سوم رفتاردرمانگری است. این رویکرد در مقایسه با رفتاردرمانگری شناختی تأکید بیشتری بر پذیرش و تمایل به تجربه رویدادهای درونی دارد. به چالش‌نکشیدن افکار منفی و تغییر آنها - هرچند که برخی اوقات

رخ می‌دهد-از دیگر ویژگی‌های این رویکرد است. در «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»، از درمان‌جویان خواسته می‌شود بپذیرند که رنج، بخشی از تجربه طبیعی انسان است. با پذیرش رنج به‌عنوان یک تجربه، می‌توانیم یاد بگیریم که به آن، پاسخ سازگارانه‌تری بدهیم و بعضی از ارتباطات کلامی مان را با آن تغییر دهیم» (هیز، ۲۰۰۵، به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۳۹۴) به‌عنوان رویکردی که از بسیاری جهات با مواجهه درمانگری همخوانی دارد، بسیار نویدبخش بوده و مستقیماً مسائل همایند با مواجهه یعنی «ترس» و «اجتناب» و نگرانی‌های مربوط به کیفیت زندگی را هدف قرار می‌دهد. تعدادی مطالعه موردی (کاراس کوسو، ۲۰۰۰؛ هورتا، گومز، مولینا و لوچیانو، ۱۹۹۸، لوچیانو و گوتیرز، ۲۰۰۱؛ زادیوار و هرناز، ۲۰۰۱) و کارآزمایی بالینی مهارشده عموماً موافق با استفاده از پروتکل‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی وجود دارد (به‌عنوان مثال، بلوک، ۲۰۰۲، بلوک و ولفرت، ۲۰۰۲، زیتل، ۲۰۰۳). همچنین کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده موفق نیز در حوزه مربوط به تنیدگی وجود دارد (به‌عنوان مثال، باند و بانس، ۲۰۰۰). تعداد دیگری از مطالعات نیز در حال حاضر در حال انجام است (هیز و استروسال، ۱۳۹۴). همان‌طور که در مطالعاتی که در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سایر درمان‌ها برای جامعه بالینی متشکل از مراجعین مبتلابه طیف اختلال‌های اضطرابی مشاهده می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌اندازه درمان شناختی-رفتاری مؤثر واقع شده است. نتایج پژوهش‌های روحی‌میر و غفاری (۱۳۹۴)؛ رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)؛ مولوی و همکاران (۱۳۹۳)؛ مژده‌ی، اعتمادی و فلسفی‌نژاد (۱۳۹۰)؛ کریم‌زاده و لطیفی (۲۰۱۵)؛ رفیعی، سدرپوش و عابدی (۲۰۱۴)؛ لی و همکاران (۲۰۱۴)؛ نیل و همکاران (۲۰۱۴)؛ آرچ و همکاران (۲۰۱۲)؛ هیمبرگ و رایتز (۲۰۰۸) نیز به مؤثر بودن نتایج «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» به‌اندازه درمان‌شناختی-رفتاری اشاره می‌کنند. از آنجایی که تا به حال در هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌ویژه در جمعیت مادران دارای فرزند اتیسم پرداخته نشده است، هدف از انجام پژوهش حاضر: ۱. مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های اضطراب و افزایش پذیرش مادران دارای فرزند اتیسم و ۲. میزان ماندگاری اثر هر یک از این دو مداخله (درمان شناختی-رفتاری یا

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بعد از پس آزمون و پیگیری در کاهش نشانه‌های اضطراب و افزایش پذیرش مادران دارای فرزند اتیسم می‌باشد.

### ● روش

پژوهش حاضر در چارچوب یک طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون بود. جامعه پژوهش مادران دارای کودک اتیسم از «مرکز به‌آرا» را تشکیل دادند. نمونه این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان ۳۶ نفر از مادران دارای سطح اضطراب در حد متوسط که از طریق مصاحبه و پرسشنامه غربال‌شده بود، انتخاب گردید. این مادران به سه گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند که در دو گروه تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری قرار گرفتند و یک گروه هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند.

### ● ابزار

□ الف: سیاهه اضطراب بک<sup>۲</sup>: این سیاهه دارای ۲۱ ماده است. دامنه نمرات آن نیز، تا ۶۳ می‌باشد و بیشتر بر جنبه‌های فیزیولوژیک اضطراب تأکید دارد. سه ماده آن مربوط به «حُلقی مضطرب»، سه ماده دیگر مربوط به «هراس‌های شخص» و سایر ماده‌های آن نشانه‌های خودکار فزون کنشی و تنش حرکتی اضطراب را می‌سنجد (کاوایانی و موسوی، ۱۳۸۷). بک و کلارک (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و اعتبار باز آزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. در ایران میزان ثبات درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار آزمون-بازآزمون آن ۰/۸۳ و میزان همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۳ گزارش شده است (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، ۱۳۹۱).

□ ب: پرسشنامه پذیرش و عمل (نسخه ۲)<sup>۳</sup>: این پرسشنامه به‌وسیله بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است (AAQ-I) که به‌وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. عباسی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی این نسخه را برای سه گروه بالینی و هم غیر بالینی به کار گرفتند که نتایج، حاکی از آن بود که این پرسشنامه با ضریب آن ۰/۸۴ و اعتبار باز آزمایی ۰/۷۹ می‌تواند قابلیت اجرا هم برای جمعیت بالینی و

هم عادی را داشته باشد.

□ ج: پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی (محقق ساخته): این پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، و جمعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت تأهل و وضعیت سلامت جسمانی و روانی را می‌سنجد.

### ● درمان شناختی-رفتاری<sup>۴</sup>

درمان به‌کاررفته در این پژوهش بر اساس پروتکل (لیهی و هلند، ۲۰۰۰) به‌صورت ۱۰ جلسه‌ای طراحی شد. جلسات به‌صورت ۹۰ دقیقه‌ای (دقیقه‌ای یکبار) در مرکز به‌آرا تشکیل گردید. جلسه‌های اول و دوم به موضوع‌هایی همچون آموزش درک نقش افکار احساسات، تحلیل افکار، شناسایی مشکلات تفکر، صورت گرفت. در جلسه سوم به بررسی ویژگی‌های افکار خودآیند، فنون شناسایی افکار خودآیند، تفاوت میان افکار خودآیند و تغییر آنها، شناسایی هیجان‌ها، تفکیک افکار و احساسات، تمایز بین هیجان‌ها، نام‌گذاری هیجان‌ها، درجه بندی هیجان‌ها پرداخته شد. در جلسه‌ها چهارم و پنجم آموزش تحریفات شناختی و شناسایی آنها و تمرین تحریفات شناختی اختصاص یافت که در راستای این اهداف کاربرگهایی در جهت انجام تکالیف در منزل به افراد داده شد. در جلسه‌های ششم و هفتم فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی مثل: «سناد مجدد»، «فن دایره‌ای»، فن فاجعه زدایی، فنون فاصل‌های، ماشین زمان، نگاه کردن به مشکل از بالکن، فن سود و زیان، آزمون شواهد پرداخته شد. در جلسه‌های هشتم و نهم با موضوع ارزیابی نگرانی‌ها، ویژگی افراد نگران، شناسایی نگرانی‌ها، بررسی سود و زیان نگرانی‌ها، تبدیل نگرانی به پیش‌بینی، تمایز قائل شدن بین نگرانی مفید و غیرمفید در گروه موردبحث و بررسی قرار گرفت. در جلسه آخر ادامه بحث فنون کاهش نگرانی، آموزش مهارت حل مسئله به جمع‌بندی بحث و گرفتن بازخورد از اعضاء گروه اختصاص یافت.

### ● درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

پروتکل اجرای گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل اختلال‌های اضطرابی بر اساس ۱۰ جلسه طراحی و اجرا شد. خلاصه جلسه‌ها به شرح ذیل می‌باشد: جلسه‌های اول و دوم به خوشامدگویی، معرفی اعضاء، بیان اهداف کلاس، تعهدهای جلسه‌ها،

تعریف اعضا از شادی، روش‌های ایجاد امنیت و سلامت، باورهای نادرست در مورد احساس شادی پرداخته شد. جلسه‌های سوم و چهارم، روی تلاش‌های افراد در رسیدن به آرامش و آموزش درماندگی خلاق از طریق استعاره و اینکه با اضطراب‌های درونی و بیرونی چگونه برخورد می‌کنیم و به چه روش‌هایی متوسل می‌شویم، تفاوت تحمل و پذیرش، متمرکز بود؛ جلسه‌های پنجم و ششم تمایز درد تمیز و کثیف، استفاده از استعاره مهمان ناخوانده و تمرین ذهن آگاهی از طریق خوردن کشمش؛ جلسه‌های هفتم و هشتم پذیرش اضطراب، تمایز قائل شدن بین موارد قابل کنترل و غیرقابل کنترل زندگی، آموزش همجوشی گسلش. از طریق تمرینات و استعاره‌های افکار، کف دست‌ها، مسافران اتوبوس؛ جلسه‌های نهم و دهم آموزش خود به‌عنوان زمینه از طریق استعاره‌های آسمان و ابر، صفحه شطرنج، آموزش ماندن در زمان حال از طریق تمرین ذهن آگاهی سر کلاس، آموزش ارزشها از طریق استعاره ساختن فیلم و سنگ قبر، در نهایت جمع‌بندی کلاس و آموزش ۶ ضلعی مدل انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفت.

### ● یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب و افزایش پذیرش مادران دارای فرزند اتیسم» می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره و چندمتغیره استفاده شد تا تفاوت‌های اولیه آزمودنی‌ها کنترل شود. جدول‌های ۱ و ۲ اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به سه گروه درمانگری را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد جدول ۱. بررسی وضعیت تحصیلات در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل

وضعیت تحصیلات در آزمودنی‌ها	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
راهنمایی تحصیلی	۱	۲٫۸	۲٫۸
دیپلم	۱۴	۳۸٫۹	۴۱٫۷
کاردانی	۷	۱۹٫۴	۶۱٫۱
کارشناسی	۱۱	۳۰٫۶	۹۱٫۷
کارشناسی ارشد	۲	۵٫۶	۹۷٫۲
دکتر	۱	۲٫۸	۱۰۰
کل	۳۶	۱۰۰	

وضعیت تحصیلات آزمودنی‌ها ۱ نفر (۲٫۸ درصد) راهنمایی تحصیلی، ۱۴ نفر (۳۸٫۹ درصد)

دیپلم، ۷ نفر (۱۹.۴ درصد) کاردانی و ۱۱ نفر (۳۰.۶ درصد) کارشناسی، ۲ نفر (۵.۶ درصد) کارشناسی ارشد و ۱ نفر (۲.۸ درصد) دکترا بوده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد میانگین سنی گروه آزمایش تحت درمان شناختی-رفتاری ۳۶،۹۱ سال میانگین سنی گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۷.۲۵ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۳۸.۷۵ سال است.

جدول ۲. مقایسه میانگین سنی دو گروه آزمایش و گروه کنترل

مقایسه میانگین سنی گروه‌های آزمایش و کنترل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	واریانس
گروه آزمایش CBT	۱۲	۳۶،۹۱	۵،۳۳	۲۸	۴۸	۲۸،۴۴۷
گروه آزمایش ACT	۱۲	۳۷،۲۵	۸،۰۸۰	۲۵	۵۷	۶۵،۲۹۵
گروه کنترل	۱۲	۳۸،۷۵	۴،۷۳۱	۲۹	۴۸	۲۲،۳۸۶

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد میانگین نمرات اضطراب گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری از ۲۹/۷۵ بعد از درمان شناختی-رفتاری به ۱۵/۲۵ کاهش یافته است در مرحله پیگیری به ۱۶/۰۸ تغییر یافته است و میانگین نمرات اضطراب گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از ۳۱/۱۶؛ بعد از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به ۱۶/۸۳ کاهش یافته است و در مرحله پیگیری به ۱۳/۶۶ تغییر یافته است در گروه کنترل از ۱۹/۸۳ در پیش آزمون به ۲۰/۴۱ در پس آزمون و سپس در پیگیری به ۲۱/۲۵ تغییر یافته است.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب در گروه‌های آزمایش درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل

نمرات متغیر وابسته در گروه آزمایش و کنترل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	واریانس
پیش آزمون اضطراب (گروه CBT)	۱۲	۲۹،۷۵	۹،۰۵۶	۱۷	۴۸	۸۲،۰۲۳
پس آزمون اضطراب (گروه CBT)	۱۲	۱۵،۲۵	۱۲،۰۲	۲	۴۳	۱۴۴،۵۶۸
پیگیری اضطراب (گروه CBT)	۱۲	۱۶،۰۸	۱۰،۷۹۱	۵	۳۴	۱۱۶،۴۴۷
پیش آزمون اضطراب (گروه ACT)	۱۲	۳۱،۱۶	۸،۸۳۰	۱۹	۴۶	۷۷،۹۷۰
پس آزمون اضطراب (گروه ACT)	۱۲	۱۶،۸۳	۹،۴۴۶	۷	۳۸	۸۹،۲۴۲
پیگیری اضطراب (گروه ACT)	۱۲	۱۳،۶۶	۶،۲۱۳	۸	۳۰	۳۸،۶۰۶
پیش آزمون اضطراب (گروه کنترل)	۱۲	۱۹،۸۳	۸،۹۷۳	۹	۳۴	۸۰،۵۱۵
پس آزمون اضطراب (گروه کنترل)	۱۲	۲۰،۴۱	۹،۰۲۹	۸	۳۸	۸۱،۵۳۸
پیگیری اضطراب (گروه کنترل)	۱۲	۲۱،۲۵	۹،۸۸۲	۱۰	۴۰	۹۷،۶۵۹



همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد میانگین نمرات «پذیرش و عمل» گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری از ۴۰ بعد از درمان شناختی-رفتاری به ۴۷/۰۸ افزایش یافته است و در مرحله پیگیری به ۴۷/۲۵ تغییر یافته است و میانگین نمرات پذیرش و عمل گروه آزمایش ۳۸/۸۳ بعد از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به ۵۰/۴۱ افزایش یافته است و در مرحله پیگیری به ۴۸/۸۳ تغییر یافته است و در گروه کنترل ۳۷/۴۱ در پیش‌آزمون به ۳۴/۳۳ در پس‌آزمون و سپس در پیگیری به ۳۴/۸۳ تغییر یافته است.

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پذیرش و عمل در گروه‌های آزمایش درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل

نمرات متغیر وابسته در گروه آزمایش و کنترل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	واریانس
پیش‌آزمون پذیرش و عمل (گروه CBT)	۱۲	۴۰	۸,۳۴۴	۳۰	۵۴	۶۹,۶۳
پس‌آزمون پذیرش و عمل (گروه CBT)	۱۲	۴۷,۰۸	۵,۵۶۷	۳۷	۵۶	۳۰,۹۹
پیگیری پذیرش و عمل (گروه CBT)	۱۲	۴۷,۲۵	۵,۵۴۲	۴۰	۵۵	۳۰,۷۵۰
پیش‌آزمون پذیرش و عمل (گروه ACT)	۱۲	۳۸,۸۳	۶,۸۳۳	۴۶	۲۸	۴۶,۶۹
پس‌آزمون پذیرش و عمل (گروه ACT)	۱۲	۵۰,۴۱	۳,۴۴۹	۴۶	۵۶	۱۱,۹۰۲
پیگیری پذیرش و عمل (گروه ACT)	۱۲	۴۸,۸۳	۴,۵۰۹	۴۰	۵۵	۲۰,۳۳
پیش‌آزمون پذیرش و عمل (گروه کنترل)	۱۲	۳۷,۴۱۶	۴,۸۵۱	۲۶	۴۶	۲۳,۵۳۸
پس‌آزمون پذیرش و عمل (گروه کنترل)	۱۲	۳۴,۳۳	۴,۰۰۷	۲۵	۴۱	۱۶,۰۶۱
پیگیری پذیرش و عمل (گروه کنترل)	۱۲	۳۴,۸۳	۵,۳۰۵	۲۴	۴۱	۲۸,۱۵۲

○ همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، مجموع معجزورات مربوط به گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری برابر،  $1138.407$ ،  $941.646$  و  $F=7.889$ ،  $11.467$  می‌باشد که در سطح  $p \leq 0,05$  معنادار است. به عبارت دیگر بین گروه‌ها (کنترل، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون در هر دو مرحله (پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری) اختلاف معنی‌داری وجود دارد و درمان‌های گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم تأثیر معناداری داشته است و میزان اضطراب مادران را به‌طور معناداری کاهش داده است.

افزون بر این در جدول ۶ نشان داده شده است که در هر دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری ۱. بین گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری و گروه

جدول ۵. آزمون کوواریانس (سه گروه) جهت بررسی فرضیه اول

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذورات میانگین	F	سطح معنی داری	مجذورات ایجابی جزئی
پیش آزمون و پس آزمون	گروه	۲	۴۷۰٫۸۲۳	۷٫۸۸۹	۰٫۰۰۲	۰٫۳۳۰
	خطا	۳۲	۵۹٫۶۸۰			
	کل	۳۶				
	کل تصحیح شده	۳۵				
پیش آزمون و پیگیری	گروه	۲	۵۶۹٫۲۰۳	۱۱٫۴۶۷	۰٫۰۰۱	۰٫۴۱۷
	خطا	۳۲	۴۹٫۶۳۷			
	کل	۳۶				
	کل تصحیح شده	۳۵				

کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ ۲. بین گروه آزمایش درمان شناختی- رفتاری و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد؛ ۳. بین گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر دو درمان گروهی مبتنی بر «پذیرش و تعهد» و «درمان شناختی- رفتاری» بر اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم تأثیر معناداری داشته است و این درمان در طول زمان یعنی در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. در این مورد که کدامیک از این دو روش در کاهش اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم اثربخش تر است به مقایسه میزان اندازه اثر درمان‌ها می‌پردازیم که در جدول کوواریانس زیر نشان داده شده است.

جدول ۶. آزمون سیداک جهت بررسی مقایسه‌های دوتایی گروه‌ها

مرحله	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	انحراف معیار	سطح معنی داری
مرحله پیش آزمون	گروه آزمایش	گروه آزمایش ACT	-۰٫۴۹۶	۳٫۱۶۱	۰٫۹۹۸
	CBT	گروه کنترل	-۱۲٫۷۷	۳٫۴۸۸	۰٫۰۰۳
- پس آزمون	گروه آزمایش	گروه آزمایش CBT	۰٫۴۹۶	۳٫۱۶۱	۰٫۹۹۸
	ACT	گروه کنترل	-۱۲٫۲۸	۳٫۵۸۴	۰٫۰۰۵
مرحله پیش آزمون	گروه آزمایش	گروه آزمایش ACT	-۱۱٫۸۲۲	۳٫۱۸۱	۰٫۵۸۰
	CBT	گروه کنترل			۰٫۰۰۲
- پیگیری	گروه آزمایش	گروه آزمایش CBT	-۳٫۳۶۷	۳٫۲۶۸	۰٫۵۸۰
	ACT	گروه کنترل	-۱۵٫۱۸۹		۰٫۰۰۱

همچنین در جدول ۷ نشان داده شده است که در مرحله پیش آزمون-پس آزمون اندازه

اثر تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی-رفتاری) بر متغیر وابسته اضطراب مادران ۴۱ درصد و اندازه اثر تأثیر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر متغیر وابسته اضطراب مادران ۴۰ درصد می‌باشد که تفاوت محسوسی باهم ندارند. در مرحله پیش آزمون - پیگیری اندازه اثر تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی-رفتاری) بر متغیر وابسته اضطراب مادران ۴۳ درصد و اندازه اثر تأثیر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر متغیر وابسته اضطراب مادران ۴۸ درصد می‌باشد که نشان می‌دهد تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیش آزمون - پیگیری کمی بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است.

جدول ۷. آزمون کوواریانس جهت مقایسه اثربخشی هر یک از درمان‌ها در هر دو مرحله

مرحله	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدورات میانگین	F	سطح معنی داری	مجدور ایتمی جزئی
پیش آزمون و گروه آزمایش CBT و گروه کنترل	۸۳۳,۷۸۵	۱	۸۳۳,۷۸۵	۱۴,۶۴۴	۰,۰۰۱	۰,۴۱۱	
پس آزمون گروه آزمایش ACT و گروه کنترل	۶۱۰,۵۴۵	۱	۶۱۰,۵۴۵	۱۴,۳۹۱	۰,۰۰۱	۰,۴۰۷	
پیش آزمون گروه آزمایش CBT و گروه کنترل	۸۲۷,۷۸۷	۱	۸۲۷,۷۸۷	۱۶,۱۱۶	۰,۰۰۱	۰,۴۳۴	
و پیگیری گروه آزمایش ACT و گروه کنترل	۸۴۹,۲۶۴	۱	۸۴۹,۲۶۴	۲۰,۰۶۲	۰,۰۰۱	۰,۴۸۹	

همانطور که در جدول ۸ نشان داده شده است، مجموع مجذورات مربوط به گروه‌ها در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری برابر،  $۱۲۴۷.۱۵۳$ ،  $۱۵۷۸.۸۶۸$  و  $۳۰.۰۶۶$ ،  $F=۵۰.۹۱۷$  می‌باشد که در سطح  $p \leq ۰,۰۵$  معنادار است. به عبارت دیگر بین گروه‌ها (کنترل، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون در هر دو مرحله (پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری) اختلاف معنی داری وجود دارد و درمان‌های گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر پذیرش مادران دارای کودکان اتیسم تأثیر معناداری داشته است و میزان پذیرش مادران دارای کودکان اتیسم را به طور معناداری افزایش داده است.

افزون بر این در جدول ۹ نشان داده شده است که در هر دو مرحله پیش آزمون-پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری: ۱. بین گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. ۲. بین گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد. ۳. بین گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر دو

جدول ۸. آزمون کوواریانس جهت بررسی فرضیه دوم

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجزورات میانگین	F	سطح معنی داری	مجدور ایثای جزئی	پیش آزمون و پس آزمون
گروه	۱۵۷۸,۸۶۸	۲	۷۸۹,۴۳۴	۵۰,۹۱۷	۰,۰۰۱	۰,۷۶۱	پیش آزمون و پس آزمون
خطا	۱۹۰۹,۷۷۴	۳۲	۵۹,۶۸۰				
کل	۱۴۶۶۲,۰۰	۳۶					
کل تصحیح شده	۳۶۳۷,۰۰۰	۳۵					
گروه	۱۲۴۷,۱۵۳	۲	۶۲۳,۵۷۷	۳۰,۰۶۴	۰,۰۰۱	۰,۶۵۳	پیش آزمون و پیگیری
خطا	۱۵۸۸,۳۷۴	۳۲	۴۹,۶۳۷				
کل	۱۳۵۴۴,۰۰	۳۶					
کل تصحیح شده	۳۱۴۰,۰۰۰	۳۵					

درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر میزان پذیرش مادران دارای کودکان اتیسم تأثیر معناداری داشته است و این درمان در طول زمان یعنی در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. در این مورد که کدام درمان (درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد یا درمان شناختی-رفتاری) در افزایش پذیرش مادران دارای کودکان اتیسم اثربخش تر است به مقایسه میزان اندازه اثر درمان‌ها می‌پردازیم که در جدول کوواریانس زیر نشان داده شده است.

جدول ۹. آزمون سیداک جهت بررسی مقایسه‌های دوتایی گروه‌ها

مرحله	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	انحراف معیار	سطح معنی داری
مرحله پیش آزمون	گروه آزمایش	گروه آزمایش ACT	-۳,۷۰۰	۱,۶۱۲	۰,۰۸۳
	CBT	گروه کنترل	۱۱,۹۳۷	۱,۶۲۸	۰,۰۰۱
- پس آزمون	گروه آزمایش	گروه آزمایش CBT	۳,۷۰۰	۱,۶۱۲	۰,۰۸۳
	ACT	گروه کنترل	۱۵,۶۳۸	۱,۶۱۴	۰,۰۰۱
مرحله پیش آزمون	گروه آزمایش	گروه آزمایش ACT	-۲,۰۱۲	۱,۸۶۴	۰,۶۴۰
	CBT	گروه کنترل	۱۱,۴۶۷	۱,۸۸۳	۰,۰۰۱
- پیگیری	گروه آزمایش	گروه آزمایش CBT	۲,۰۱۲	۱,۸۶۷	۰,۶۴۰
	ACT	گروه کنترل	۱۳,۴۷۹	۱,۸۶۷	۰,۰۰۱

همچنین در جدول ۱۰ نشان داده شده است که در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون اندازه اثر تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی-رفتاری) بر متغیر وابسته پذیرش مادران ۶۵ درصد و اندازه اثر تأثیر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر متغیر وابسته پذیرش

مادران ۸۳ درصد می‌باشد که نشان می‌دهد در این مرحله میزان تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش مادران دارای کودکان اتیسم بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است. در مرحله پیش‌آزمون-پیگیری اندازه اثر تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی-رفتاری) بر متغیر پذیرش مادران ۵۹ درصد و اندازه اثر تأثیر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر متغیر وابسته پذیرش مادران ۶۸ درصد می‌باشد که نشان می‌دهد اندازه اثر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش مادران دارای کودکان اتیسم در مرحله پیش‌آزمون-پیگیری هم بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است.

جدول ۱۰. آزمون کوواریانس جهت مقایسه اثربخشی هر یک از درمان‌ها در هر دو مرحله

مرحله	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدورات میانگین	F	سطح معنی داری	مجدور اینای جزئی
پیش‌آزمون و گروه آزمایش CBT و گروه کنترل	۸۳۰,۱۹۵	۱	۸۳۰,۱۹۵	۴۰,۶۴۰	۰,۰۰۱	۰,۶۵۹	
پس‌آزمون گروه آزمایش ACT و گروه کنترل	۱۴۹۳,۵۱۷	۱	۱۴۹۳,۵۱۷	۱۰۶,۴۶۴	۰,۰۰۱	۰,۸۳۵	
پیش‌آزمون گروه آزمایش CBT و گروه کنترل	۷۶۴,۹۵۳	۱	۷۶۴,۹۵۳	۳۰,۷۹۹	۰,۰۰۱	۰,۵۹۵	
و پیگیری گروه آزمایش ACT و گروه کنترل	۱۱۱۷,۲۱۵	۱	۱۱۱۷,۲۱۵	۴۶,۰۴۲	۰,۰۰۱	۰,۶۸۷	

## ● بحث و نتیجه‌گیری

○ نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی بر مبنای روش درمانی مبتنی بر «پذیرش و تعهد» و «درمان شناختی-رفتاری» می‌تواند به کاهش اضطراب و ارتقاء پذیرش مادران دارای کودکان اتیسم منجر شود که این نتایج با نتایج الینبرگ، فروتولوم و کروئسترنند، (۲۰۱۴)؛ رفیعی، سدرپوشان و عابدی، (۲۰۱۴)؛ نیلز و همکاران، (۲۰۱۴)؛ آرچ و همکاران، (۲۰۱۲)؛ زیتل، (۲۰۰۳)؛ بلوک و ولفرت، (۲۰۰۲)؛ لوچیانو و گوتیزز، (۲۰۰۱)؛ زالدیوار و هرناذر، (۲۰۰۱)؛ کاراس کوسو، (۲۰۰۰)؛ هورتا، گومز، مولینا و لوچیانو، (۱۹۹۸)؛ گولد، باک مینستر، پولاک، اتو، یاپ، (۱۹۹۷)؛ گولد، اتو و پولاک، (۱۹۹۵)؛ هیمبرگ، (۱۹۹۱) همسو می‌باشد. به‌طور کلی درمان شناختی-رفتاری در طول رشد و تحول خود شواهد تجربی، بالینی و پژوهشی بسیاری دال بر کارآمدی خود فراهم نمود.

○ این درمان از همان ابتدای شکل‌گیری با پژوهش عجین شد و شروع به جمع‌آوری عینی در تأیید کارآمدی، کارایی و مقرون‌به‌صرفه بودن خود کرد (موتابی و فتی، ۱۳۹۰). با توجه به شیوع، مزمن بودن و هزینه‌های مرتبط با اختلال‌های اضطرابی، تعجب‌آور نیست که

تلاش‌های زیادی برای پیشرفت درمان‌های مؤثر صورت می‌گیرد. برای مثال درمان گروهی شناختی-رفتاری برای فوبی اجتماعی و اختلال اضطراب اجتماعی نیز از پشتوانه تجربی بالایی برخوردار است (هیمبرگ، ۱۹۹۱) و مداخلات درمان به شیوه مواجهه چه به تنهایی (۸۹٪) و یا در ترکیب با بازسازی شناختی (۸۰٪) (گولد، باک میستر، پولاک، اتو و پاپ، ۱۹۹۷) بیشترین اندازه اثر را نشان داده است. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹) به‌عنوان رویکردی که از بسیاری جهات با مواجهه درمانی همخوانی دارد، بسیار نویدبخش بوده و مستقیماً مسائل همانند با مواجهه یعنی «ترس» و «اجتناب» و نگرانی‌های مربوط به کیفیت زندگی را هدف قرار می‌دهد. شواهد قانع‌کننده‌ای برای نقش اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در گسترش و حفظ این اختلال‌ها (اضطرابی) وجود دارد و فرایندهای روانشناختی مورد هدف در مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (کاهش کنترل هیجانی، اجتناب کاهش آمیختگی، ساختن خود به‌عنوان فرایند، تماس با خود به‌عنوان زمینه، تعریف مسیرهای ارزشمند زندگی و ساخت الگوهای از اعمال متعهدانه) به نظر می‌رسد راه خود را به بسیاری از پروتکل‌های جدید درمان اختلال‌های اضطرابی پیدا کرده است. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که میزان پایداری اثر در مداخله با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و ارتقا پذیرش درمان بعد از سه ماه پیگیری بیشتر بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش (لاپاتین و همکاران، ۲۰۰۷؛ بلاکیچ و هیز، ۲۰۰۶؛ هیز، ۲۰۰۳؛ زیتل و هیز، ۱۹۸۷) همخوان می‌باشد.

○ از آنجایی که پژوهشی در این زمینه، به شکل مقایسه بین این دو رویکرد در متغیر پذیرش و اضطراب مادران دارای فرزند اتیسم یافت نشد، این تفاوت را چنین می‌توان تبیین کرد که: مراجعانی که تشخیص اختلال‌های روانشناختی دریافت می‌کنند، همواره این انتظار را دارند که درمانگر کاری برای حذف یا حداقل کاهش نشانه‌هایشان انجام دهد، این هدف در درمان شناختی-رفتاری منعکس می‌شود که بر چالش با شناختواره‌ها با کنترل و کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک تمرکز دارد (بارلو، ۲۰۰۲). اما «پذیرش» در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمی متفاوت است به این صورت که هدف پذیرش آن است که باعث شود فرد هر آنچه تجارب درونی یعنی افکار، احساسات، خاطرات و حسهای بدنی ارائه می‌

دهند را بدون نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهند مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش نشانه به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهد (هیز، ۲۰۱۰). برخلاف موج اول رفتاردرمانی که متمرکز بر رفتار بود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری هر دو، روش‌های آشکاری را برای برخورد با افکار یا شناختواره‌های مسئله‌ساز مطرح می‌کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش ابزار اصلی برای مقابله با این افکار است. درحالی‌که در درمان شناختی-رفتاری بازسازی شناختی مطرح می‌شود، هدف بازسازی شناختی بر خورد مستقیم با ارزیابی‌های سطح اول، به‌منظور اصلاح نظام‌های باور عمیق‌تر و نیمه‌هشیار است و فرض بر این است که این باورها نقش مهمی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌پذیری هیجانی ایفا می‌کند (هافمن و آسموندسون، ۲۰۰۸). اما از منظر «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»، بازسازی شناختی در درمان شناختی-رفتاری بر محتوای شناخت تمرکز بسیار زیادی دارد و بدین وسیله چرخه بازخورد را زنده نگه می‌دارد (ایفرت و فورسیت، ۲۰۰۵؛ رومر و اورسیلو، ۲۰۰۲). هیز و همکاران (۱۹۹۹) به‌منظور حمایت از رویکرد پذیرش محور، از پژوهش‌های مربوط به بازداری فکر استفاده کردند. به‌عنوان مثال وگنر (۱۹۹۴) نشان داد که بازداری هشیار یا ناهشیار فکر، که ضد مولد بوده و بازگشت بسیاری از افکاری که فرد می‌خواهد از آنها اجتناب کند، را تسهیل می‌کند. هدف فرایند پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش نیاز به بازداری فکر است.

○ درمان شناختی-رفتاری با تأکید بر اصلاح محتوای فکر و با برچسب زدن برخی از افکار به‌عنوان افکار نادرست و ناکارآمد میل به بازداری آنها را زیاد می‌کند (هیز، ۲۰۰۸). از سوی دیگر چالش با فکر، در درمان شناختی-رفتاری به حس کاهش‌یافته‌ای از کنترل منجر می‌شود، زیرا افکار بازداری شده مرتباً قابل‌دسترس‌تر می‌شوند (رکتور، ۲۰۱۱). جایگزین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بازسازی شناختی، پذیرش نشانه‌ها و کنترل رفتار است. تحقیقات و پژوهش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هنوز در آغاز راه قرار دارند و بنابراین شواهد بیشتری در جهت بکارگیری این رویکرد در درمان لازم و ضروری است.



#### یادداشت‌ها

1. acceptance and commitment therapy (ACT)
2. Beck Anxiety Inventory (BAI)
3. Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)
4. cognitive - behavioral therapy (CBT)

## ● منابع

- آریاناکیا، المیرا؛ مرادی، علیرضا و حاتمی، محمد (۱۳۹۵). اثربخشی درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناختدرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری. *مجله روانشناسی*، ۷۸ (۲)، ۱۴۰-۱۵۶.
- ایزدی، راضیه (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر علایم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطافپذیری روانشناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان. گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان. چیمه، نرگس؛ پوراعتماد، حمیدرضا و خرمآبادی، راضیه (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلالات اتیستیک: یک پژوهش کیفی. *فصلنامه خانواده پژوهی*؛ ۳ (۱۱)، ۶۹۷-۷۰۷.
- رافعی، طلعت (۱۳۹۵). *ارزیابی و درمان*. تهران: نشر دانژه.
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *مجله روش ها و مدل های روانشناختی*، ۲ (۱۰)، ۸۰-۶۵.
- کاویانی، حسین، و موسوی، الف. س. (۱۳۸۷). ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶، ۱۴۰-۱۳۶.
- کردستانی، داوود؛ پورحسین، رضا؛ امیری، محسن؛ ایزدینیا، نسرین و فرهودی، فرزاد (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش روشهای مقابله با تنیدگی بر سلامت روانی و تنیدگی والدگری مادران کودکان با عقبمانده ذهنی. *مجله روانشناسی*، ۶۶ (۲)، ۱۵۵-۱۴۱.
- کمیحانی، مهرناز (۱۳۹۱). کودکان استثنایی و چالشهای مادران. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱۰، ۴۴-۳۸.
- محمدی، ابوالفضل و همکاران (۱۳۹۴). مقدمه ای بر نسل سوم: درمان های شناختی- رفتاری. تهران: کتاب ارجمند.
- ملیانی، مهدیه؛ اللهیاری، عباسعلی؛ آزاد فلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی و طاولی، آزاده (۱۳۹۳). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری در واکنش پذیری شناختی و رضایت مندی از خود در زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده. *مجله روانشناسی*، ۷۲ (۴)، ۳۹۳-۴۰۷.
- موتابی، فرشته و فتی، لادن (۱۳۹۰). راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری. تهران: نشر دانژه.
- نریمانی، محمد؛ آقا محمدیان، حمیدرضا و رجبی، سوران (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۹ (۳۳ و ۳۴)، ۲۴-۱۵.
- Arch, J.J., Eifert, G.E., Plumb, J., Rose, R., Davies, C., & Craske, M.G. (2012) Randomized



- clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychological treatment for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A guide of treatment that work*, 2nd ed. London: Oxford University Press.
- Beck, A.T. & Clark, D.A (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research* 1, 23-36.
- Blackledge, J, & Hayes. S.C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, 18-28:1 .
- Block, J.A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Unpublished Doctoral Dissertation, University at Albany, State University of New York.
- Block, J. A., & Wulfert, E. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with a fear of public speaking. Recent outcome research on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with anxiety disorders*. Symposium conducted at the 28th annual Meeting of the Association for Behavior Analysis, Toronto, Ontario.
- Bond, E.W, & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6):1057-1067.
- Bond, F. (2006). *Acceptance and Action Questionnaire* (2nd ed.). Unpublished manuscript. Retrieved October 18, 2007 from <http://www.contextualpsychology.org/>
- Carrascoso López, F.J. (2000). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. *Psychology in Spain*, 4, 120-128.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Eilenberg, T., Frosthalm, L. & Kronstrand, L. (2014). *Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT-G) for severe health anxiety*. The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics, Aarhus University Hospital.
- Gould, R.A, Buckminster, S., Pollack., M.H., Otto , M.W .& Yap, L. (1997). *Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis*. Clinical Psychology: Science & 414 © Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther. Ossman, Wilson, Storaasli, and McNeill Practice, 4, 291-306.

- Gould, R.A., Otto, M.W., & Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Hayes, S. C. (2008). *The roots of compassion*. Keynote address presented at the fourth Acceptance and Commitment Therapy Summer Institute, Chicago, IL. <http://www.globalpres.com/mediasite/Viewer/?peid=017fe6ef4b1544279d8cf27adbe92a51>.
- Hayes, S. C. (2010). *Acceptance and commitment therapy in Japan. Foreword for ACT wo hajimeru. self-help no tame no workbook* (2nd ed), a Japanese translation (translators T. Muto, H. Harai, M. Yoshioka, & M. Okajima) of Hayes, S. C. & Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life*. Tokyo: Seiwa-Shoten.
- Hayes, S.C., Bissett, R.T., Strosahl, K.D., Wilson, K.D., Pistorello, J., Dykstra, T.A., et al. (2000). *Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*. Non-published manuscript. (Can be obtaining by request to the first author).
- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, 2, 69-96.
- Hayes, S. C. & Pirson, H. (2005). Acceptance and Commitment Therapy. In A. Freeman, S. H. Felgoise, A. M. Nezu, C. M. Nezu, & M. A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2004). *Apractical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Heimberg, R.G. (1991). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: A treatment manual*. Unpublished manuscript, The University at Albany, State University of New York.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G., J.G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical Psychology Review*. 28, 1-16.
- Huerta, F. R., Gomez, S., Molina, A. M., & Luciano, C. (1998). Ansiedad generalizada. Un estudio de caso. (Generalized Anxiety: A case study). *Analisis y Modificacion de Conducta*, 24, 751-766.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S.C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A Preliminary Controlled Effectiveness Trial. *Behavior Modification*, 31, 488-511.
- Leahy, R.L., & Holland, S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.

- Luciano, C. & Gutierrez, O. (2001). Anxiety and acceptance and commitment therapy (ACT). *Analysis y modification de conducta*, 27, 373-398.
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 45, 664-677.
- Rafiee, M., Sedrpoushan, N., & Abedi, M. (2014). Study and investigate the effect of acceptance and commitment therapy on reducing anxiety symptoms and body image dissatisfaction in obese women in Isfahan (2012-13). *Journal of Social Issues & Humanities*, 2(1), 187-190.
- Rector, N. A. (2011). Acceptance and commitment therapy: Empirical considerations. *Behavior Therapy*, 44(2):213-217 .
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68
- Segal, Z. V., Williams, J. Mark G., & Teasdale, J. (2001) . *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sharpley, C. F., & Bitsika, V. (1997). Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 22, 19-29.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101:34-52.
- Zaldivar, F. & Hernandez, M. (2001). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Application to experiential avoidance with agoraphobic form. *Antilisy Modification de conducta*, 27, 425-454.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). Component and Process Analysis of Cognitive Therapy. *Psychological Reports*, 64, 939-953.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vs. Systematic Desensitization in Treatment of Mathematics Anxiety,” *The Psychological Record*, 53(2), 197-215.

