

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرکها

با بار هیجانی منفی، در دختران نوجوان

1. مهدیه رحمانیان*، 2. مهدی دهستانی، 3. سیده فاطمه علوی باروق

1. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

2. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

3. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور

تاریخ وصول: 96/03/26 - تاریخ پذیرش: 96/12/19

Effectiveness Acceptance and Commitment Therapy on Irrational beliefs and bias toward incentives with negative emotions in adolescent girls

1. Mahdieh Rahmanian . *2. Mahdi Dehestani. 3. Seyedeh Fatemeh Alavi Barogh

1. Assistant Professor of Psychology Group in Payam Noor University

2. Associate Professor of Psychology in Payam Noor University

3. M.A of Psychology in Payam Noor University

(Received: Jun. 16, 2017 - Accepted: Mar. 10, 2018)

Abstract

Aim: This study aimed to investigate effectiveness acceptance and commitment therapy on irrational beliefs and bias toward incentives with negative emotions in adolescent girls. **Methods:** This study used a Semi-experimental design with pretest - posttest with the control group. The study population included all high school grade female students studying in Qom that had been formed in the school year 95-94. The final sample size of 40 girls with irrational beliefs were high that the sampling method chosen and randomly divided, were counted into two groups ($n = 20$) and control ($n = 20$). Instruments included Jones Irrational Beliefs Scale and the dot-probe test. Acceptance and Commitment Therapy by Hayes, Astrvsal and Wilson (1999) built-in 6 sessions on experimental group was 90 minutes. Data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA). **Findings:** Research results show that Acceptance and commitment therapy is not effective on irrational beliefs teen girls ($p > 0/05$), but were significant effects on bias toward incentives with negative emotions ($p \leq 0/01$). **Conclusion:** Generally Acceptance and Commitment Therapy (ACT) because of increasing psychological flexibility and client relationship is established with time makes also lead to action by changing the values of individual references to cross be, can be treated as a psychological-of the right to reduce attentional bias to negative emotional triggers respectively.

Keyword: Acceptance and Commitment Therapy, Irrational beliefs, bias toward incentives, adolescent

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرکها با بار هیجانی منفی، در دختران نوجوان انجام گرفته است. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دختران پایه دوم دبیرستان شهر قم که در سال تحصیلی 94-95 مشغول به تحصیل بودند تشکیل داد. حجم نمونه نهایی این پژوهش 40 نفر از دختران با باورهای غیرمنطقی بالا بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (20 نفر) و کنترل (20 نفر) گمارش شدند. ابزار پژوهش، مقیاس باورهای غیرمنطقی جونز و آزمون پروب دات بود. بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیس، استروسال و ویلسون (1999) ساخته شده است، در قالب 6 جلسه (هفتگی) 90 دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دختران نوجوان اثربخش نیست ($P > 0/05$)، اما بر سوگیری توجه به محرکات با بار هیجانی منفی تأثیر معناداری دارد ($P \leq 0/01$). **نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به دلیل اینکه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد، می‌تواند به‌عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای کاهش سوگیری توجه به محرکات با بار هیجانی منفی مطرح است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باورهای غیرمنطقی، سوگیری توجه، نوجوانی

اضطراب و بی‌تفاوتی را در پی دارند (به نقل از دستغیب و همکاران، 1392). حمیدی و محمد حسینی (2010) نشان دادند که بین باورهای غیرمنطقی و سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین تحقیقات دیگر بر نقش باورهای غیرمنطقی در ایجاد اضطراب و افسردگی دوره نوجوانی تأکید کرده‌اند (سویتسی³، 2006؛ کوساک⁴ و همکاران، 2016؛ جاسمین و کومار⁵، 2017). آن‌ها در تحقیقات خود دریافتند که باورهای غیرمنطقی رابطه مثبتی با میزان افسردگی و اضطراب در نوجوانان دارد.

از سوی دیگر، از مؤلفه‌های شناختی دیگر که امروزه توجه کارشناسان و صاحب‌نظران روان‌شناسی را به خود جلب کرده است، مقوله سوگیری توجه⁶ است. سوگیری توجه، به تمایل نظام‌دار به تخصیص توجه به گروه خاصی از محرک‌ها گفته می‌شود (هاروی⁷، 2004). سوگیری توجه نوعی سوگیری شناختی است که در آن توجه انتخابی به محرک‌های هیجانی اختصاص داده می‌شود و محرک‌های خنثی نادیده گرفته می‌شوند (آیزنک و کین، 2000؛ به نقل از رحمانیان، 1395). شواهد تجربی و ملاحظات نظری بیان می‌کنند که برخی از ابعاد روان‌شناختی با سوگیری توجه به محرک هیجانی مرتبط‌اند (کنایزو و همکاران⁸، 2008). شواهد رو به افزایشی وجود دارد مبنی بر اینکه جهت‌گیری توجه انتخابی تحت تأثیر

نوجوانی دوره‌ای از ایجاد تغییرات جسمی، شناختی، اجتماعی- عاطفی، محیطی و یک دوره پویا و هیجانی، برای افراد است که شامل افزایش توانایی در تفکر، شروع بلوغ و تغییر در روابط با خانواده، دوستان مدرسه و اجتماع، انتظارات همسالان، خانواده و جامعه، نقش‌های خانوادگی، مسئولیت‌ها، تلاش در جهت کسب نقش‌های عاطفی و اجتماعی جدید، مدیریت تکالیف زندگی بدون وابستگی بیش‌ازحد به افراد دیگر و ایجاد جهت‌گیری جدیدی برای آینده به‌عنوان بزرگسالان مستقل و مولد است (کاجیتسیباسی¹، 2013). یکی از مهم‌ترین عوامل شناختی که در دوره نوجوانی می‌تواند باعث اختلال در سلامت روان فرد شود، باورهای غیرمنطقی است (مطهری، پور حسین، بشارت و اواسانی، 1392). تفکر در معنای وسیع خود مجموعه‌ای از هیجان‌ها، اندیشه‌ها، رفتارها و احساس‌هایی است که به‌طور وسیع باهم در تعامل هستند. باورهای غیرمنطقی افکاری هستند اغراق‌آمیز، انعطاف‌ناپذیر و مطلق‌گرا (حمامسی²، 2007). باورهای غیرمنطقی، خواست‌ها و اهدافی هستند که به‌صورت ترجیحات ضروری و الزامی درمی‌آیند و تبدیل به اهداف اجباری و الزامی و قطعی می‌گردد و به‌طوری‌که اگر برآورده نشوند به آشفتگی و اضطراب منجر می‌گردد (برنارد، 1991؛ به نقل از رشیدی، قدسی و شفیع‌آبادی، 1389). به‌عبارت‌دیگر افکار غیرمنطقی به دلیل اینکه با واقعیت همگونی ندارند و بر اساس ظن و گمان هستند، حالت‌های آشفته از قبیل افسردگی،

3. Çivitci, A
4. Küçük, L
5. Jasmine, E. & Kumar, G. V.
6. Attentional Bias
7. Harvey, A.G.
8. Knyazev, G. G

1. Kagitcibasi, C
2. Hamamci, Z

فرایندهای انگیزشی قرار دارد. نظریه‌های شخصیتی اخیر مانند نظریه جفری گری به میزان زیادی در ارتباط با سامانه‌های انگیزشی مثبت و منفی در نظر گرفته می‌شوند. از آنجاکه چنین سامانه‌هایی توجه و رفتار را کنترل می‌کنند، بنابراین چهارچوب مناسبی را برای اتصال جنبه‌های هیجانی و شناختی شخصیت فراهم می‌کنند. اختصاص توجهی شامل شبکه گسترده‌ای از فرایندهای خودکار و ارادی است که تحت تأثیر عوامل موقعیتی و تفاوت‌های فردی قرار می‌گیرد (هلزر، کانر اسمیت و رید¹، 2009). افراد دارای سوگیری توجه یا کسانی که نسبت به این مسئله آسیب‌پذیر هستند به‌طور انتخابی به اطلاعات هیجانی توجه می‌کنند (متیوس² و همکاران، 2003؛ به نقل از بخشار، نظری، چلبیانلو و سرافراز، 1392).

تحقیقات نشان داده‌اند که سوگیری توجه به تصاویر و چهره‌های هیجانی با میزان اختلالات خلقی رابطه مثبتی دارند (آجیل چی، احدی و نجاتی، 1391). سوگیری‌های توجه تأثیر نامتناسب محرک قبلی بر پردازش محرک بعدی را شامل می‌شود (لئونگ، لی، یپ، لی و وونگ، 2009). به بیان لئونگ و همکاران (2009) حداقل دو نوع سوگیری توجه وجود دارد که عبارت‌اند از: عدم بازداری توجه (دشواری در توجه نکردن به محرک‌های موردتوجه) و تسهیل توجه (تسهیل توجه به محرک بعدی به‌واسطه توجه به محرک قبلی). در همین رابطه برادلی³ و همکاران همکاران (1997) دریافتند افراد دچار اختلالات

فرایندهای انگیزشی قرار دارد. نظریه‌های شخصیتی اخیر مانند نظریه جفری گری به میزان زیادی در ارتباط با سامانه‌های انگیزشی مثبت و منفی در نظر گرفته می‌شوند. از آنجاکه چنین سامانه‌هایی توجه و رفتار را کنترل می‌کنند، بنابراین چهارچوب مناسبی را برای اتصال جنبه‌های هیجانی و شناختی شخصیت فراهم می‌کنند. اختصاص توجهی شامل شبکه گسترده‌ای از فرایندهای خودکار و ارادی است که تحت تأثیر عوامل موقعیتی و تفاوت‌های فردی قرار می‌گیرد (هلزر، کانر اسمیت و رید¹، 2009). افراد دارای سوگیری توجه یا کسانی که نسبت به این مسئله آسیب‌پذیر هستند به‌طور انتخابی به اطلاعات هیجانی توجه می‌کنند (متیوس² و همکاران، 2003؛ به نقل از بخشار، نظری، چلبیانلو و سرافراز، 1392).

4. Murphy, F

5. Williams, J. M. G

6. Kanter, J. W. Baruch, D. E. & Gaynor, S. T.

7. Bach, P. & Hayes, S. C.

8. Pearson, A. N. Follette, V. M. & Hayes, S. C

9. Crosby, J. M. & Twohig, M. P.

1. Helzer, E. G. Connor-Smith, J. K. & Reed, M. A.

2. Matthews.

3. Bradley, B. P

توجه آگاهانه بازمان حال، ارزش‌ها و تعهد به عمل که در نتیجه این 6 مفهوم اصلی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهیم رسید، شکل می‌گیرد. در واقع ACT یک رویکرد بافت‌گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود.

جانستون، فاستر، شنان، استارکی، جانستون³ (2010) در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش درد مزمن می‌شود. اسوین، هنکوک، دیکسون، کوو و بورنان⁴ (2013)، نیز دریافتند که درمان مبتنی بر تعهد بر کاهش اضطراب کودکان و نوجوانان مؤثر است. مقالو، مقالود و معززی (2015)، نیز که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی و احساس گناه در کودکان 7 تا 15 ساله بررسی کردند، نشان دادند که درمان ACT افسردگی و احساس گناه را در این کودکان کاهش و بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. مهر دوست، نشاط دوست و عابدی (1392) در پژوهش خود اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی بررسی کردند. نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از این بود که رویکرد درمانی ACT باعث کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی می‌شود. شیدایی اقدم و همکاران (1393) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S نشان

کردن و اجتناب از آن است. این اثر سریع، مفید و بسیار قدرتمند است و باعث می‌شود که همه انسان‌ها اجتناب‌کنندگان هیجانی در درجات متفاوت باشند. از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی‌شان را آزردهنده می‌دانند؛ بنابراین تلاش می‌کنند آن‌ها را تغییر دهند و یا از آن‌ها اجتناب کنند. هدف اصلی درمان ACT، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشند و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا امیال آزردهنده باشد (لوین، هیلدبرانت، لیلیس و هیز¹، 2012). نتیجه انعطاف‌پذیری در نهایت کاهش اجتناب تجربه‌ای خواهد بود که می‌تواند به کاهش باورهای غیرمنطقی در فرد انجامیده و سوگیری توجه را به احتمال زیاد بهبود ببخشد. هیز و همکارانش معتقدند که پیام اصلی در ACT پذیرش امری است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هر آنچه در کنترل فرد است (هیز و همکاران، 2006). هسته اساسی تغییر در ACT، تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است. ACT معتقد است که درگیر شدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود (ویدنیک، موریس و توهیگ²، 2014).

در این رویکرد، درمان از طریق پذیرش، نا همجوشی شناختی، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط

3. Johnston, M. Foster, M. Shennan, J. Starkey, N. J. & Johnson, A.
4. Swain, J. Hancock, K. Dixon, A. Koo, S. & Bowman, J.

1. Levin, M. E. Hildebrandt, M. J. Lillis, J. & Hayes, S. C.
2. Woidneck, M. R. Morrison, K. L. & Twohig, M. P.

غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها با بار هیجانی منفی، در دختران نوجوان است.

روش

روش این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان متغیر مستقل پژوهش و باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه به محرکات با بار هیجانی منفی به‌عنوان متغیرهای وابسته بودند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دختران پایه دوم دبیرستان شهر قم که در سال تحصیلی 94-95 مشغول به تحصیل بوده‌اند، بود. نمونه آماری پژوهش عبارت‌اند از 40 دختر نوجوان پایه دوم دبیرستان که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایشی (20 نفر) و کنترل (20 نفر) گمارش شدند، لازم به ذکر است که حجم نمونه انتخابی (40 نفر) با توجه به ملاک غربالگری (باورهای غیرمنطقی) از بین 80 نفر انتخاب شدند. به این صورت که پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز اجرا گردید و از بین حجم نمونه اولیه، 40 نفر نمرات بالاتر از نقطه برش (میانگین) کسب نمودند. ملاک‌های شمول افراد برای شرکت در پژوهش، محدوده سنی 16 تا 18 ساله، احراز نمره بالاتر از میانگین در پیش‌آزمون باورهای غیرمنطقی جونز، شرکت نداشتن در هیچ برنامه درمانی دیگر بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب 6 جلسه 90 دقیقه‌ای، به مدت 6 هفته به‌صورت گروهی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه هر دو گروه آزمایش و کنترل، در دو مرحله آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) با استفاده از پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (1969) و

دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلابه ام‌اس مؤثر است. در تحقیقی دیگر میرزا حسینی، پورعبدل، قرا ملکی و سروانی (1395) در پژوهش خود، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص را مورد ارزیابی قرار دادند. آن‌ها دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری اجتناب شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری را کاهش می‌دهد.

به‌طور کلی اصولاً باورهای انسان‌ها نسبت به اشخاص و پدیده‌های اطراف نتیجه احساس و شناخت افراد نسبت به آن پدیده یا شخص است که در نتیجه این دو، رفتارشان پایه‌گذاری می‌شود. بخشی از این اهمیت مبتنی بر این فرض است که باورها تعیین‌کننده رفتارها هستند و این فرض به‌طور ضمنی دلالت بر این امر دارد که با تغییر باورهای افراد می‌توان رفتارهای آنان را تغییر داد. از سوی دیگر همان‌گونه که پیشتر نیز مطرح شد در سوگیری توجه نیز فرد به‌صورت غیرارادی توجه ویژه‌ای به یک محرک خاص و یا یک نشانه حسی داشته باشد. چنین سوگیری‌هایی معمولاً به قضاوت ضعیف و نادرست و یا یادآوری ناقص از یک واقعه خاص می‌انجامند. از پیامدهای این سوگیری می‌توان، ضعف در تصمیم‌گیری منطقی و گرایش به یک و یا چند مشخصه از کل مشخصه‌های یک پدیده را نام برد.

لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای

متعددی همبستگی بین آزمون باورهای منطقی را یکبار 66% یکبار 71% گزارش کردند. وودز (1993) روایی همزمان این آزمون را 70%، 59%، 55% گزارش کرده است. نیلسن و هوران (1969)، سلیمانان (1373)، تقی پور (1373) و داوودی (1378) پایایی آزمون باورهای غیرمنطقی را با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با 81%، 71%، 68% و از طریق تنصیف 85% و 73% گزارش کرده‌اند (به نقل از کرمی، 1381).

آزمون پروب دات: این آزمایش برای بررسی انتقال توجه بینایی و سنجش توجه ساخته شده است (تونشد و دوکا، 2001؛ به نقل از رحمانیان، میر جعفری و حسنی، 1385). در این برنامه، مکان‌های ویژه‌ای به وسیله دو مربع مستطیل روی صفحه کامپیوتر طراحی شده است: یکی در راست و دیگری در چپ. یک نقطه مرکزی (علامت +) در وسط صفحه، به عنوان نقطه ثابت وجود دارد. داخل مستطیل‌ها دو واژه به طور همزمان ظاهر می‌شوند و سپس دو واژه ناپدید شده و یک محرک هدف (*) یعنی محرکی با بار هیجانی منفی، جای یکی از واژه‌ها نشان داده می‌شود. واژه‌ها در دو گروه 40 بار ارائه می‌شوند در هر گروه یک ترکیب از هر دو محرک دو بار ارائه می‌گردد و یکبار با محرک هدف (محرک با بار هیجانی منفی) جایگزین واژه مربوط به مواد و یکبار محرک هدف (محرک با بار هیجانی منفی) جایگزین واژه خنثی می‌شود. به این ترتیب در نیمی از کوشش‌ها، محرک هدف (محرک با بار هیجانی منفی) جایگزین واژه مربوط به مواد و در نیمی دیگر جایگزین واژه خنثی می‌شود. همچنین در نیمی از کوشش‌ها واژه مربوط

آزمون سوگیری توجه (پروب دات) تونشد و دوکا (2002) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار برای ارائه اطلاعات توصیفی، همچنین برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد.

ابزار پژوهش: مقیاس باورهای غیرمنطقی جونز:

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز در سال 1969 توسط جونز و بر اساس نظریه ایس طراحی شد. این پرسشنامه یکی از پر استفاده ترین ابزارهای اندازه گیری باورهای غیرمنطقی در جهان است. این پرسشنامه در کل از ده مقیاس و هر مقیاس از 10 سؤال تشکیل یافته است. سؤالات آزمون به روش لیکرت و به صورت 5 درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تهیه شده است. آزمودنی پس از خواندن سؤالات موافقت و مخالفت خود را با توجه به درجات مشخص می‌نماید. حداقل نمره در این مقیاس 100 و حداکثر 500 است. باور غیرمنطقی که در این پرسشنامه سنجیده می‌شود عبارت است از نیاز به تأیید دیگران، انتظار بالایی از خود، تمایل به سرزنش، واکنش به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکلات، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و کمال گرایی. جونز (1968) همسانی درونی 10 عامل آزمون باورهای غیرمنطقی را بین 45% تا 72% ضریب آزمون - باز آزمون را معادل 92% و روایی همزمان آن با مشکلات روان پزشکی 61% گزارش کرده است. اسمیت و زوارسکی (1987) در تحقیقات

به مواد در سمت چپ و در نیمی دیگر در سمت راست ارائه می‌شود. ترتیب ارائه گروه‌ها در همه آزمودنی‌ها ثابت بوده ولی ترتیب ارائه کوشش درون گروه‌ها برای هر آزمودنی به تصادف انجام می‌شود. در این بررسی زمان صرف شده از لحظه ارائه محرک با بار هیجانی منفی تا فشار دادن دکمه توسط آزمودنی زمان واکنش و زمان واکنش سریع‌تر به محرک مربوط به مواد در مقایسه با واکنش به

محرک خشتی سوگیری توجه، تعریف شده است. در این حالت زمان ارائه محرک 500 هزارم ثانیه بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیس، استروسال و ویلسون (1999) ساخته شده است، یک برنامه مداخله‌ای است در قالب 6 جلسه (هفتگی) 90 دقیقه‌ای. در جدول 1 جلسات آموزشی ارائه گردیده است.

جدول 1. جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

عنوان جلسات	جلسات آموزش
جلسه اول: آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی.	جلسه 1
جلسه دوم: بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، به‌کارگیری شیوه تمایل در مقابل کنترل. اجرا و اعمال تمرین، تمایل، افکار و احساسات منفی	جلسه 2
جلسه سوم: معرفی گسلش، آموزش و تمرین روش ذهن آگاهی.	جلسه 3
جلسه چهارم: معرفی و بحث پیرامون مرحله‌ای با عنوان «خود به زمینه» و ارائه اهداف این مرحله و اینکه خود به‌عنوان زمینه چیست، توضیحات مبسوطی ارائه شد.	جلسه 4
جلسه پنجم: معرفی ارزش‌ها، معرفی تفاوت ارزش و هدف، تمرین سنجش ارزش‌ها و تعیین ارزش‌ها.	جلسه 5
جلسه ششم: درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوهای مناسب با ارزش‌ها.	جلسه 6

جدول 1. میانگین و انحراف استاندارد نمرات باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه در گروه‌های آزمایش و کنترل

پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه	متغیر
میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار		
12/84 \pm 299/45	14/89 \pm 299/15	آزمایش	باورهای غیرمنطقی
13/99 \pm 301/05	14/03 \pm 296/95	کنترل	
16/17 \pm -4/13	20/65 \pm 6/42	آزمایش	سوگیری توجه
19/17 \pm 7/76	19/41 \pm 4/13	کنترل	

یافته ها

است. جهت بررسی اینکه آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه مؤثر است یا خیر، از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، جهت رعایت پیش فرض‌ها، سه مفروضه اصلی تحلیل کوواریانس که شامل نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. در جدول 2 نتایج آزمون شاپیرو ویلک و لون ارائه گردیده است.

در جدول 1 آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش ارائه گردیده است. همان‌طور که در جدول 1 مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون باورهای غیرمنطقی در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (299/15 و 296/95) و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب (299/45 و 301/05) است. میانگین نمرات پیش‌آزمون سوگیری توجه در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (6/42 و 4/13) و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب (-4/13 و 7/76)

جدول 2. نتایج حاصل از آزمون شاپیرو ویلک و لون

آزمون لون		آزمون شاپیرو ویلک		متغیرها
P	F	P	آماره	
0/55	0/356	0/38	0/971	باورهای غیرمنطقی
0/85	0/035	0/32	0/969	سوگیری به توجه

فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد. در این پژوهش، میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم بود ($p > 0/05$). همچنین تعاملی غیر معنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کواریت‌ها) مشاهده شد. در جدول 3 نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون نمره کل باورهای غیرمنطقی در گروه‌های مورد پژوهش با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول 2 مشاهده می‌شود، سطوح معناداری شاپیرو ویلک و آزمون لون برای تمامی متغیرها بیشتر از میزان 0/05 است، بنابراین مفروضه نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها در مورد تمامی متغیرها تأیید می‌گردد. مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس این فرض این است که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر خطوط رگرسیون ناهمگن باشند، آنگاه کوواریانس تحلیل مناسبی برای داده‌ها نخواهد بود. لازم به توضیح است که در این فرضیه پس‌آزمون‌های باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به لغات به‌عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌های آن‌ها به‌عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) تلقی شدند. زمانی

دوفصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی، سال هفتم، شماره اول (پیاپی 13)، بهار و تابستان 1397

جدول 3. خلاصه نتایج تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی

شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
بین گروه	66/17	1	66/17	0/45	0/5	0/01	0/10
خطا	5279/49	37	142/68				
کل	3612886	40					

همان‌گونه که در جدول 3 مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای نمره کل باورهای غیرمنطقی با ($p > 0/05$, $F = 0/45$) به دست آمد می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین نمره کل باورهای غیرمنطقی بین گروه‌های موردپژوهش وجود ندارد.

جدول 4. خلاصه نتایج تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سوگیری توجه نسبت به لغات

شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
بین گروه	1476/15	1	1476/15	4/66	0/03	0/11	0/56
خطا	11718/38	37	316/71				
کل	13499/58	40					

همان‌گونه که در جدول 4 مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای نمرات سوگیری توجه نسبت به لغات با ($P \leq 0/05$, $F = 4/66$) به دست آمد می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین نمرات سوگیری توجه نسبت به لغات بین گروه‌های موردپژوهش وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مبتنی بر پذیرش و تعهد نتوانست تأثیر معناداری در کاهش باورهای غیرمنطقی داشته باشد. این یافته با نتایج تحقیق مهر دوست، نشاط دوست و عابدی (1392) همسو نیست. باورهای غیرمنطقی، باورهایی هستند که بر الزام، اجبار، جزم‌اندیشی و اجحاف تأکید دارند و مانع سلامت فکر و روان و سالم‌سازی محیط فردی و اجتماعی می‌شوند. باورهای غیرمنطقی به هر نوع فکر، هیجان یا رفتاری که موجب تخریب نفس و از بین رفتن «خود» می‌شود اطلاق می‌گردد و پیامدهای مهم آن اختلال در خوشحالی، شادمانی و تندرستی است؛ بنابراین برای اینکه روان رنجوری و اختلال شخصیت بهبود یابد بهتر است سرزنش کردن خود

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه در دختران نوجوان انجام‌گرفته است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان

مهدیه رحمانیان و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به...

است. این پیامدی طبیعی است. وقتی آرزوها، خواسته‌ها و امکانات نامحدود دختر به صورت آشکارا و سریع تبدیل به محدودیت‌ها و سازگاری-هایی مشابه زندگی والدین یا سایرین می‌شود به دلیل عدم رشد مغز نمی‌تواند سختی‌ها را تحمل کند و به‌طور منطقی با واقعیت‌ها، مسئولیت‌ها و فشارهای بزرگ‌سالی مواجه گردد (خلیلی و بختیاری، 1387).

مقاومت در برابر تغییر افکار عاملی دیگر است که مانع از این می‌شود که فرد افکار و رفتار خود را تغییر دهند. تغییر، مشکل و تهدیدکننده است. به همین خاطر افراد تمایل دارند در وضعیت قبلی خود باقی بمانند. عموماً افرادی که برای پشتیبانی از استقلالشان تلاش می‌کنند، در برابر افرادی که اختیار کنترل اعمال آن‌ها را دارند مقاومت نشان می‌دهند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سوگیری توجه نسبت به لغات با بار منفی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های، جاستون و همکاران (2010)، مقانلو و همکاران (2015)، اسوین و همکاران (2013)، مهر دوست و همکاران (1392) و میرزا حسینی و همکاران (1395) همسو است.

به‌عنوان مثال مهر دوست و همکاران (1392) نشان دادند که درمان ACT بر کاهش تمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی مؤثر است. میرزا حسینی و همکاران (1395) نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

و دیگران را متوقف سازیم و به‌جای آن ضرورت دارد خود را به‌رغم نقایصی که داریم بپذیریم. در این میان به نظر می‌رسید که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بتواند تا حدودی در این مرحله سنی برای از میان بردن باورهای غیرمنطقی مؤثر باشد. نتایج عکس این را نشان داد.

درباره علت عدم تأیید این فرضیه می‌توان چنین استدلال نمود که با توجه به جامعه آماری تحقیق که نوجوانان دختر هستند، می‌توان به محدودیت‌های این دوره اشاره کرد و از آن جمله تغییرات روانی در دوره نوجوانی هسته اصلی رفتارهای دوران بلوغ است. «ایان دوکیستامبرگ»¹ این دگرگونی‌ها را تحت عنوان «هویت» و «هماندسازی» به بحث گذاشته و نقش آن‌ها را در بازسازی شخصیت نوجوان مدلل ساخته است. او نشان می‌دهد که دگرگون شدن درون از اشکالاتی ناشی می‌شود که نوجوان با خود و با دیگران، به‌خصوص از لحاظ هضم و تثبیت درونی تصاویر والدین، پیدا می‌کند. رفتارهای سنین بلوغ را با توجه به مقیاس‌های روانی خاص، تحت عناوین مختلف نام‌گذاری نموده‌اند. به‌عنوان مثال، دوره نوجوانی به ترتیب به «سن تضادها»، «سن گروه‌ها»، «سن تخیل و رؤیا» و «سن مشکلات و مسائل» تقسیم شده است. در آغاز دوره نوجوانی، دختر به دنبال اعتبار بیرونی برای امیدها و رؤیاهای عمیق خود به‌عنوان یک زن است و وقتی آنچه را می‌خواهد پیدا نمی‌کند، طبیعتاً خشمگین، هراسناک یا نومید می‌گردد و این یکی از دلایل انقلاب جوانی

1. Kestenberg

کارکرد شناخت و هیجان ساده‌تر از تغییر شکل و محتوای آن‌ها به نظر می‌رسد، شاید به این دلیل که تغییر کارکرد عینی‌تر از تغییر شکل و محتوای شناخت و احساسات است و فرد احساس کنترل بر کارکرد شناخت و احساسات دارد.

به‌طورکلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به دلیل اینکه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد، همچنین، منجر به عمل با تغییر به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود، می‌تواند به‌عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای کاهش سوگیری توجه به محرکات با بار هیجانی منفی مطرح است.

در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی در انجام پژوهش، انجام مرحله پیگیری نتایج در دوره‌های زمانی بعدی میسر نبود؛ بنابراین استنباط پایداری اثر درمان، باید با احتیاط انجام پذیرد. همچنین کم بودن جلسات درمانی هم یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به این-که پژوهش حاضر بر روی دختران انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود متغیرهای پژوهش، بر روی پسران نیز مورد آزمون قرار گیرد.

پیشنهاد می‌گردد که روان‌شناسان و مشاورین از نتایج حاصله در علت‌شناسی و رفع مشکلات رفتاری و روانی مربوط به نوجوانان استفاده نمایند.

به‌طور معناداری اجتناب شناختی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری را کاهش می‌دهد.

این یافته را می‌توان این‌چنین تبیین نمود که درمان ACT برخلاف رویکردهای دیگر می‌تواند برای درمان کوتاه‌مدت و بلندمدت و برای دامنه گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی به کاربرد. ACT علاوه بر این‌ها به‌جای تأکید بر پیروی از یک پروتکل راهنمایی شده به درمانگر اجازه می‌دهد تا فنون توجه آگاهی شخصی خویش را تولید کند و یا حتی با مراجعین خود این کار را انجام دهد. این روش درمانی یک مداخله کوتاه‌مدت و ساختاریافته است و مانند شناخت درمانی سنتی، هدف آموزش تفکر مراقبت ذهنی، تغییر محتوای افکار نیست، بلکه هدف ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف و توجهات است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز دانش نگرش همراه با پذیرش و به‌دوراز قضاوت است. این رویکرد تأکید می‌کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد. این نکته بر این فرض مبتنی است که فرایند تقلا با افکار و هیجان‌ات، مشکلات را شدیدتر می‌کند (هایز¹، استرو ساهل² و ویلسون³، 1999؛ به نقل از خوشکام و مهری نژاد، 1394). از سوی دیگر می‌توان گفت علت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی سوگیری توجه لغات با بار هیجانی منفی این است که این رویکرد به‌جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجان‌ات، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهد. تغییر

1. Hayez
2. Esthero saheh
3. wilsin

منابع

- Ajilchi, B. Ahadi, H. & Nejati, V. (2013). Attention Bias to Emotional Faces in Depressed People. *Culture Counseling and Psychotherapy*, 4(14), 23-42. [Persian].
- Azadeh, S. M. Kazemi-Zahrani, H. & Besharat, M. A. (2016). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Interpersonal Problems and Psychological Flexibility in Female High School Students With Social Anxiety Disorder. *Global journal of health science*, 8(3), 131.
- Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129-1138.
- Bakhshar, S. Nazari, M. A. Chalabiyannou, G. & Sarafraz, M. (2013). The comparison of attentional bias in relation to anxiety faces in adolescents with high and low state – trait anxiety. *Journal of Teaching and Assessment*, 6(23), 77-89. [Persian].
- Bradley, B. P. Mogg, K. Millar, N. Bonham-Carter, C. Fergusson, E. Jenkins, J. & Parr, M. (1997). Attentional biases for emotional faces. *Cognition & Emotion*, 11(1), 25-42.
- Crosby, J. M. & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: a randomized trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355-366.
- Hamamci, Z. (2007). Dysfunctional relationship beliefs in parent-late adolescent relationship and conflict resolution behaviors. *College Student Journal*, 41(1), 122. ۱۳۸-
- Harvey, A. G. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*: Oxford University Press, USA.
- Hayes, S. C. Luoma, J. B. Bond, F. W. Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Helzer, E. G. Connor-Smith, J. K. & Reed, M. A. (2009). Traits, states, and attentional gates: Temperament and threat relevance as predictors of attentional bias to social threat. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(1), 57-76.
- Irandokht, F. & Kiyani, J. (2008). Reviews pathologically irrational beliefs of students. *Journal Culture strategy*, 1(4), 99-117. [Persian].
- Jasmine, E. & Kumar, G. V. (2017). Relationship between Irrational Beliefs and Depression in Late Adolescence. *Artha-Journal of Social Sciences*, 9(1), 59-65.
- Johnston, M. Foster, M. Shennan, J. Starkey, N. J. & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 26(5), 393-402.
- Kagitcibasi, C. (2013). *Family, self, and human development across cultures: Theory and applications*: Routledge.

- Kanter, J. W. Baruch, D. E. & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *Behavior Analyst* , ۲۹(۲) , ۱۶۱.
- khalili, S. & Bakhtiyari, A. (2008). Psychological approach to puberty. *Journal of Psychology of Women*, 41. [Persian].
- Khoshkam, S. & Motaharinejad, H. (2015). Acceptance and Mindfulness-based Approach to Anxiety. Second National Conference on Sustainable Development in Psychology, *Social and Cultural Studies*. [Persian].
- Knyazev, G. G. Bocharov, A. V. Slobodskaya, H. R. & Ryabichenko, T.I. (2008). Personality-linked biases in perception of emotional facial expressions. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1093-1104.
- Küçük, L. Gür, K. Şener, N. Boyacıoğlu, N. & Çetindag, Z. (2016). Correlation between Irrational Beliefs and the Depressive Symptom Levels of Secondary School Children. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 99.
- Leung, K.K. Lee, T. M. Yip, P. Li, L. S. & Wong, M. M. (2009). Selective attention biases of people with depression: Positive and negative priming of depression-related information. *Psychiatry Research*, 165(3), 241-251.
- Levin, M. E. Hildebrandt, M. J. Lillis, J & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741-756.
- Mehrdoost, Z. Neshatdoost, H. & Abedi, A. (2013). Effectiveness of Acceptance And Commitment Therapy on the decrease of self-focused attention and improving self-efficacy. *Methods and psychological models*, 3(11), 67-81. [Persian].
- Mirzahosayni, H. Poor adol, S. Faramlaki, N. & Sarvani, S. (2016). Acceptance and commitment therapy on cognitive decline avoid certain students with learning disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22(3), 166-175. [Persian].
- Moghanloo, V. A. Moghanloo, R. A. & Moazezi, M . (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression, Psychological Well-Being and Feeling of Guilt in 7-15 Years Old Diabetic Children. *Iranian journal of pediatrics*, 25.(۴)
- Murphy, F. Sahakian, B. Rubinsztein, J. Michael, A. Rogers ,R. Robbins, T. & Paykel, E. (1999). Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression. *Psychological medicine*, 29(06), 1307-1321.
- Pearson, A. N. Follette, V. M. & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181-197.
- Rahmanian, M. Mirjafari, A. & Hasani, J. (2006). The relationship between craving and attentional bias in opioid dependent, relapsed and abstinent individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12(3), 216-222. [Persian].
- Rahmanian, M. (2016). The relationship between cognitive biases

and craving in opium dependent individuals: the moderator role of personality characteristics. *Social Cognition*, 5(1), 128-147. [Persian].

- Shaidaei aghdam, S. Shamsedini, S. Abasi, S. Yosefi, S. Abdullahi, S. & Moradijoo, M. (2015). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thoughts and behavior in clinical psychology*, 9(34), 57-66. [Persian].

- Swain, J. Hancock, K. Dixon, A. Koo, S. & Bowman, J. (2013).

Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 140.

- Williams, J. M. G. Watts, F. N. MacLeod, C. & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*: John Wiley & Sons.

- Woidneck, M. R. Morrison, K. L. & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents. *Behavior Modification*, 38(4), 451-476.

