

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر افکار خودآیند منفی و انعطاف پذیری روان شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره

### *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Negative Automatic Thoughts and Psychological Flexibility of Depressed Clients at Consultation Centers*

Sara Naddaf

PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

Tyyebbeh Sharifi (Corresponding author)

Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

Email: T.sharifi@iaushk.ir

Ahmad Ghazanfari

Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

Maryam Charami

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

**Abstract**

**Aim:** The present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the negative automatic thoughts and psychological flexibility of depressed clients at consultation centers. **Method:** the present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group design and two-month follow-up stage. The statistical population of the present study included clients with depression who referred to consultation centers in the autumn and winter of 2019-2020 in the city of Ahvaz. 40 people with depression were selected from the statistical population through purposive sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control group (each group of 20). The experimental group received ten ninety-minute sessions of r acceptance and commitment therapy (Hayes et al, 2004) during two and half months. The applied questionnaires in this study included depression questionnaire (Beck et.al, 1996), negative automatic thoughts questionnaire (Kendal and Holon, 1980) and psychological flexibility questionnaire (Denis and Wanderwal, 2010). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA. **Results:** the results showed that acceptance and commitment therapy has significant effect on the negative automatic thoughts and psychological flexibility of the depressed clients at consultation centers ( $p < 0.001$ ) in a way that this therapy succeeded in improving the decrease of negative automatic thoughts and improving psychological flexibility of depressed client at consultation centers. **Conclusion:** the findings of the present study revealed that acceptance and commitment therapy can be applied as an efficient therapy to decrease negative automatic thoughts and improve psychological flexibility of the people with depression through employing techniques such as Identify and define values and commitments.

**Keywords:** Depression, negative automatic thoughts, psychological flexibility, acceptance and commitment therapy

سارا ندادف

دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

طیبه شریفی (نویسنده مسئول)

دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

Email: T.sharifi@iaushk.ir

احمد غضنفری

دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

مریم چرامی

استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

**چکیده**

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر افکار خودآیند منفی و انعطاف پذیری روان شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مراجعان دارای اختلال افسردگی بودند که در فصول پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده بودند. در این پژوهش تعداد ۴۰ فرد دارای افسردگی از بین جامعه آماری با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایشی و گواه گمارده شدند (در هر گروه ۲۰ فرد). گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۴) را طی دو ماه و نیم در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسشنامه افکار خودآیند منفی (کندال و هولون، ۱۹۸۰) و پرسشنامه انعطاف پذیری روان شناختی (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰) بود. داده های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودآیند منفی و انعطاف پذیری روان شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره تأثیر معنادار دارد ( $p < 0/001$ ). بدین صورت که این درمان توانسته بود منجر به بهبود کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود انعطاف پذیری روان شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره شود. **نتیجه گیری:** یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره گیری از فونونی همانند شناسایی و تصریح ارزش ها و عمل متعهدانه می تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود انعطاف پذیری روان شناختی افراد دارای افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** افسردگی، افکار خودآیند منفی، انعطاف پذیری روان شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۰۴

## مقدمه

افسردگی از دسته اختلالات‌های خلقی محسوب می‌شود و آن را شیوه دید فرد از خود، از دیگران و از دنیا تعریف می‌کنند (پارک و کیم<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> اختلالات افسردگی را شامل اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی<sup>۴</sup>، اختلال افسردگی اساسی<sup>۵</sup>، اختلال افسردگی مداوم<sup>۶</sup>، اختلال ملال پیش از قاعدگی<sup>۷</sup>، اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو<sup>۸</sup>، اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر، سایر اختلالات افسردگی معین و اختلال افسردگی نامعین مشخص کرده است (ریچاردسون و آدامز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). افسردگی به عنوان یک اختلال خلقی، حالتی هیجانی است که با احساس‌های غمگینی شدید، بی‌ارزشی، گناه و نیز کناره‌گیری از دیگران، آشفتگی در خواب و اشتها به همراه کاهش میل جنسی و علاقه و لذت در فعالیت‌های معمول مشخص می‌شود. دو ویژگی اختصاصی افسردگی عبارتند از خلق ناشاد و فقدان علاقه و لذت در تقریباً همه فعالیت‌های عادی و سرگرمی‌های فرد (مامان<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). ویژگی مشترک تمام این اختلالات وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک‌پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردی فرد تاثیر منفی می‌گذارد. تفاوت آنها مربوط به زمان‌بندی یا علت احتمالی یا مدت اختلال است (فازی و حامد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۷). به عبارتی می‌توان گفت افسردگی یک حالت خلقی شامل بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است که می‌تواند بر روی افکار، رفتار، احساسات و خوشی و تندرستی یک فرد تاثیر بگذارد. افسردگی منجر به از کار افتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود (ونجان، سیکینگ و ایکسینکیا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴). باید اشاره نمود که افراد دارای افسردگی دارای افکارخودآیند منفی<sup>۱۳</sup> هستند (نادری، ۱۳۹۵). چرا که چرخه افکار خودآیند منفی و پردازش‌های شناختی ناکارآمد، خود به عنوان یکی از عوامل تقوین‌کننده و تثبیت‌کننده افسردگی به شمار می‌رود (دا<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

افکار خودآیند منفی، اظهارات منفی خودآیند درباره خود است، عقاید و باورهایی که بدون تلاش عمدی و بدون انتخاب به ذهن فرد خطور می‌کنند و معمولاً تحریف شده‌اند که منجر به پاسخ‌های هیجانی نامتناسب می‌شوند (فریون، ایوانس، مراج، دوزویس و پارتریج<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۸). این افکار می‌توانند به صورت نگرش‌های بنیادی یا طرحواره‌های شناختی درونی سازمان‌یابند (کلارک و گوسن<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۹). افکار خودآیند منفی، ارزیابی‌های کوتاه و مختصری از

1. Park, Kim

2. American psychiatric association (APA)

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

4. Persistent mood disorder

5. Major Depressive Disorder

6. Persistent Depressive Disorder

7. Premenstrual boredom disorder

8. Material / Medication Depression Disorder

9. Richardson, Adams

10. Mamun

11. Fawzy, Hamed

12. Wenjuan, Siqing, Xinqiao

13. Negative automatic thoughts

14. Du

15. Frewen, Evans, Maraj, Dozois, Partridge

16. Clarke, Goosen

شکست‌ها در افراد مبتلا به افسردگی است. در افرادی که مستعد افسردگی هستند، ذهن دائماً به سمت افکار ناراحت‌کننده و منفی گرایش پیدا می‌کند که این خود باعث تداوم بیشتر غم و افسردگی می‌شود. در اصل فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (آرپین-کریبی، ۲۰۰۷).

بروز افسردگی می‌تواند پردازش‌های روان‌شناختی همچون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۲</sup> مبتلایان را نیز متاثر سازد. چنانکه نتایج پژوهش‌های صفری موسوی، ندری، امیری، رادفر و فرخچه (۱۳۹۸) و علیزاده، حاجی یوسفی، فرورشی و ذوتی (۱۳۹۴) نشان داده است که بروز افسردگی با کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همراه است. به گزارش فتایی، حبیب‌الهی و غضنفری (۱۳۹۴) انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی گفته شده و توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مجموعه رفتارهایی است که فرد در راستای ارزش‌هایش انجام می‌دهد. همچنین دارا بودن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سبب می‌شود که دارای تعهد در عمل نیز باشد (هیز، ۲۰۱۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یکی از مولفه‌های اصلی کارکرد اجرایی می‌باشد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و با افسردگی، اضطراب و پریشانی‌های روان‌شناختی رابطه منفی دارد (کانگاسنمی، لاپالاینن، کانکانپا و تاملین، ۲۰۱۴؛ والدک، تاینдал، ریما و چیمبل، ۲۰۱۷؛ دنکلا، کانسدینگ، چانگ، استین، روچ و بلایس، ۲۰۱۸).

روش‌های درمانی مختلفی برای افراد دارای اختلال افسردگی بکار گرفته شده است تا از طریق آن مولفه‌های روان‌شناختی آسیب‌زای آنها کاهش یابد. یکی از روش‌های درمانی پرکاربرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۳</sup> است که کارآیی بالینی آن جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد مختلف در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است. دلیل کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال افسردگی، تمرکز این درمان بر نادیده گرفتن افکار به عنوان واقعیت و همچنین تشریح و تصریح ارزش‌های زندگی جدید برای این افراد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشأت گرفته از یک تئوری فلسفی به نام عملگرایی است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت پدید آمده است، که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (لانس، مک کارکن، ساتو و تیلور، ۲۰۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (آلمان، کوین، میچل و مک‌گوان، ۲۰۲۰). شیوه به کارگیری این

1. Arpin-Cribbie, Cribbie

2. Psychological flexibility

3. Hayes

4. Kangasniemi, Lappalainen, Kankaanpää, Tammelin

5. Waldeck, Tyndall, Riva, Chmiel

6. Denckla, Consedine, Chung, Stein, Roche, Blais

7. Acceptance and Commitment Therapy

8. Lance, McCracken, Sato, Taylor

9. Allmann, Coyne, Michel, McGowan

شش فرایند بدین صورت است که در ابتدای درمان تلاش می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش یابد و در مقابل اعمالی که کنترل ناموثر را در پی دارد، کاهش یابد (تاکاهاشی، ایشیزو، ماتسابارا، اوتساکا و شیمودا<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). در گام دوم آگاهی روان شناختی فرد نسبت به زمان حال در کانون توجه قرار گرفته و نسبت به افزایش آن اقدام می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در قدم سوم جداسازی فرد از تجارب ذهنی مورد هدف است (جداسازی شناختی) به شکلی که بتواند عمل مستقل از تجارب را در خود نهادینه کند. در گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خود تجسمی (گسلش شناختی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته، است. در قدم پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را شناخته و به طور واضح مشخص سازد و در جهت تبدیل آنها به اهداف رفتاری اقدام نماید (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (پتس، داناس و گاینور<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش تقوایی، جهانگیری و زارع بیدکی (۱۳۹۸)؛ نامنی و مذهب یوسفی (۱۳۹۸)؛ قدم‌پور، مرزپور، رنجبردار، آج، پیرعین‌الدین، یوسف‌وند (۱۳۹۸)؛ زارع (۱۳۹۶)؛ زارع و برادران (۱۳۹۷)؛ زارع بیدکی و جهانگیری (۱۳۹۷)؛ حیدری، سجادیان و حیدریان (۱۳۹۵)؛ عرفانیان مقدم و علیزاده موسوی (۱۳۹۵)؛ اونگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۹)؛ واین<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۹)؛ توهیگ، ویلاردگا، لوین و هایز<sup>۵</sup> (۲۰۱۵)؛ اسوین، هانکوک، دیکسون و بومان<sup>۶</sup> (۲۰۱۵)؛ بلات، هومان، موریسون، لوین و توهیگ<sup>۷</sup> (۲۰۱۴) نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی بالینی بالایی در جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد دارای اختلال‌های روانی و هیجانی دارد.

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود که اختلال افسردگی پیامدهای نامطلوب شناختی، روان‌شناختی و هیجانی برای افراد مبتلا در پی داشته و تاثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی، اجتماعی و شغلی افراد روشن است. این فرایند می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی و شغلی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد، بر این اساس ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان افراد مبتلا به اختلال افسردگی صورت گیرد تا از پیشروی این اختلال و تبدیل آن به اختلال‌های بالینی دیگر در آینده جلوگیری گردد. از طرف دیگر می‌توان اشاره نمود که افکار خودآیند منفی و ضعف در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از فرایندهایی هستند که همراه با اختلال افسردگی اتفاق می‌افتند (علیزاده و همکاران ۱۳۹۴؛ نادری، ۱۳۹۵؛ صفری موسوی و همکاران، ۱۳۹۸؛ دا و همکاران، ۲۰۱۵) که تحت تاثیر قرار دادن آنها با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی می‌تواند به کاهش علائم افسردگی نیز یاری رساند. بنابراین با توجه به موضوعات مطرح شده و تحقیقات انجام یافته در مورد تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر بهبود مشکلات روانی و رفتاری، و از سوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهشی

<sup>1</sup>. Takahashi, Ishizu, Matsubara, Ohtsuki, Shimoda

<sup>2</sup>. Petts, Duenas, Gaynor

<sup>3</sup>. Ong

<sup>4</sup>. Wynne

<sup>5</sup>. Twohig, Vilardaga, Levin, Hayes

<sup>6</sup>. Swain, Hancock, Dixon, Bowman

<sup>7</sup>. Bluett, Homan, Morrison, Levin, Twohig

مشابه، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده مراکز مشاوره بود.

### روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مراجعان دارای اختلال افسردگی بودند که در فصول پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده بودند. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. علت استفاده از این روش، عدم دسترسی کامل به جامعه آماری و همچنین در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش بود. بدین صورت که ابتدا افراد مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز مورد شناسایی قرار گرفتند (با توجه به حجم بالای مراکز مشاوره شهر اهواز، تعداد ۳ مرکز انتخاب شد). سپس با پخش فرم‌های حضور در پژوهش به شکل داوطلبانه در بین افراد با تشخیص افسردگی پخش شد. سپس پرسشنامه افسردگی به آنها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه افسردگی و نمره‌گذاری آن، افرادی که نمره بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه افسردگی کسب کرده‌اند، انتخاب شدند. در گام بعد افراد شناسایی شده تحت مصاحبه بالینی نیز قرار گرفتند. در گام آخر ۴۰ نفر از این افراد که تشخیص افسردگی را دریافت کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) گماشته شدند. در نهایت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد ولی گروه گواه این مداخلات را دریافت نکرده و به روند درمانی معمول خود در مراکز مشاوره ادامه داد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. معیارهای ورود شامل داشتن اختلال افسردگی، دامنه سنی ۲۵ الی ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی دیگر و رضایت و موافقت کامل برای شرکت در پژوهش بود. همچنین معیارهای خروج شامل از غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمان، عدم همکاری با پژوهشگر و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

### ابزار

پرسشنامه افسردگی<sup>۱</sup>: نسخه نهایی پرسش‌نامه افسردگی توسط بک، اپستین، براون و استیر<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۶ تدوین شد. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید.

<sup>۱</sup>. Depression Questionnaire

<sup>۲</sup>. Beck, Epstein, Brown, Steer

نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی (نمره صفر تا ۱۳)، افسردگی خفیف (نمره ۱۹ تا ۲۴)، افسردگی متوسط (نمره ۲۰ تا ۲۸)، افسردگی شدید (نمره ۲۹ تا ۶۳). بک و همکاران (۱۹۹۶)، روایی همزمان این پرسشنامه را ۰/۷۹ و اعتبار بازمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کردند. همچنین ضریب بازمایی برای بیماران روانی ۰/۸۶ و برای بیماران غیر روانی ۰/۸۱ گزارش شده است (به نقل از فتحی، حاتمی ورزنده، اصلی‌آزاد و فرهادی، ۱۳۹۵). گودرزی اعتبار پرسشنامه بک را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش تصنیف را ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سوالی و فرم ۲۱ سوالی آن بر اساس گزارش گودرزی، ۰/۷۴ می‌باشد که حاکی از روایی مناسب پرسشنامه جهت استفاده در ایران می‌باشد (به نقل از رئیس‌یان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۰). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

**پرسشنامه افکار خودآیند منفی<sup>۱</sup>:** پرسشنامه افکار خودآیند منفی، آزمونی است برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودآیند درباره خود که به وسیله هولون و کندال<sup>۲</sup> (۱۹۸۰) به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است و دارای ۳۰ سوال است. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت است، به این ترتیب که گزینه‌های هرگز، گاهی، معمولاً اغلب و همواره به ترتیب نمره‌های ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. نمره کل هر فرد بین ۳۰ تا ۱۵۰ می‌باشد. نمرات بیشتر نشان دهنده افکار خودآیند منفی بالاتر است. نمرات ۷۰-۳۰ افکار خودآیند منفی با شدت کم؛ ۱۰۹-۷۱ متوسط و ۱۵۰-۱۱۰ نشانگر افکار خودآیند منفی شدید است. پرسشنامه افکار خودآیند منفی چهار جنبه از این افکار خودآیند شامل ناسازگاری شخصی و تمایل به تغییر (سوالات ۷، ۱۰، ۱۴، ۲۰، ۲۶)، خودپنداشت منفی و انتظارات منفی (سوالات ۲، ۳، ۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۸)، اعتماد به نفس پایین (سوالات ۱۷ و ۱۸) و درماندگی (سوالات ۲۹ و ۳۰) را می‌سنجد. اعتبار این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای ۰/۹۷ برخوردار است (هولون و کندال). کندال و هولون (۱۹۸۰)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش مقتدر (۱۳۹۵) روایی همگرایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. همچنین این پژوهشگر پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه افکار خودآیند منفی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

**پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۳</sup>:** پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسط دنیس و وندروال<sup>۴</sup> در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می‌باشد و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود و دارای سه زیرمقیاس جایگزین‌ها<sup>۵</sup> (شامل ۱۰ سوال)، کنترل<sup>۶</sup> (شامل ۸ سوال) و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی<sup>۷</sup>

<sup>۱</sup>. Questionnaire for negative self-thoughts

<sup>۲</sup>. Hollon, Kendall

<sup>۳</sup>. Psychological Flexibility Questionnaire

<sup>۴</sup>. Dennis & Vander Wal

<sup>۵</sup>. Alternatives

<sup>۶</sup>. Control

<sup>۷</sup>. Alternatives to human behavior

(شامل دو سوال) است. این پرسشنامه براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است که از امتیاز کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۷ درجه‌بندی شده است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۴۰ است. نمره‌های بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بدست آوردند. ماسودا و تالی<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) نیز میزان پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۲ محاسبه کرده‌اند. در ایران شاره، سلطانی بحرینیان و فرمانی (۱۳۹۲)؛ به نقل از فاضلی، احتشام‌زاده و هاشمی شیخ‌شبان، (۱۳۹۳) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۸۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. آلفای کرونباخ داده‌های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) ۰/۷۵ به دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

### روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، افراد دارای اختلال افسردگی انتخاب شده (۴۰ نفر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۱۰ جلسه دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۴)

ردیف	جلسه	شرح جلسه
۱	جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، تعریف مولفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای دانش آموزان.
۲	جلسه دوم و سوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع، مشخص کردن تکلیف منزل.
۳	جلسه چهارم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل / احساسات / خاطرات و علائم جسمانی به عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، مشخص کردن تکلیف منزل.
۴	جلسه پنجم و ششم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف انتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن. مشخص کردن تکلیف منزل.
۵	جلسه هفتم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، مشخص کردن تکلیف منزل.
۶	جلسه هشتم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل. مشخص کردن تکلیف منزل.
۷	جلسه نهم	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب نمای ذهنی. مشخص کردن تکلیف منزل.
۸	جلسه دهم	به کارگیری تجارب به دست آمده در زندگی واقعی و جمع بندی و تکلیف مادام العمر.

1. Masuda & Tully

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در ابتدا یافته‌های جمعیت‌شناختی ارائه شده است.

جدول ۲: فراوانی و درصد فراوانی جنسیت افراد حاضر در گروه‌های نمونه پژوهش

متغیر	جنسیت	گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	گروه آزمایش	۸	۵۳/۳۳
		گروه گواه	۷	۴۶/۶۷
	زن	گروه آزمایش	۷	۴۶/۶۷
		گروه گواه	۸	۵۳/۳۳
تحصیلات	متاهل	گروه آزمایش	۹	۰/۶۰
		گروه گواه	۸	۵۳/۳۳
	مجرد	گروه آزمایش	۶	۰/۴۰
		گروه گواه	۷	۴۶/۶۷
	دیپلم	گروه آزمایش	۲	۱۳/۳۳
		گروه گواه	۳	۱۳/۳۳
	فوق‌دیپلم	گروه آزمایش	۴	۲۶/۶۷
		گروه گواه	۴	۲۶/۶۷
	لیسانس	گروه آزمایش	۷	۴۶/۶۷
		گروه گواه	۶	۴۰
فوق لیسانس	گروه آزمایش	۲	۱۳/۳۳	
	گروه گواه	۲	۱۳/۳۳	

حال یافته‌های توصیفی پژوهش ارائه داده می‌شود.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
افکار خودآیند منفی	گروه آزمایش	۱۰۵/۸۵	۲۱/۸۳	۸۱/۹۰	۱۴/۳۱	۸۳/۶۵
	گروه گواه	۱۰۷/۲۰	۱۳/۷۹	۱۰۰/۲۵	۱۷/۹۴	۱۰۱/۸۵
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	گروه آزمایش	۵۴/۴۰	۱۱/۶	۹۵/۹۰	۷/۵۳	۹۳/۳۵
	گروه گواه	۵۸	۷/۹۳	۶۲/۲۰	۸/۱۴	۶۲/۱۰

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ( $p > 0/05$ ). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است.



( $p > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رعایت نشده است ( $p < 0/05$ ). بر این اساس با برآورده نشدن پیش فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هاوز-گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
افکار خودآیند منفی	مراحل	۱/۲۴۲	۱۲۴۶/۰۱	۳۲/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۵	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۴۰۳۳/۰۸	۱۶۲۳/۶	۱۴/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۲	۰/۹۸
	خطا	۱۷۸۲۵/۵	۷۰/۷۹	۲۵۱/۸			
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	مراحل	۱/۴۲۴	۱۵۱۸۱/۶	۱۹۵/۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۴	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۹۲۸۴/۱	۳۲۵۹/۰۹	۴۱/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۵	۱
	خطا	۶۳۰۷/۳	۸۱/۱	۲۵/۹۲			

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده فارغ از تاثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده تاثیر معنادار داشته است. بدین معنا که اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تعامل مراحل نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده داشته است. همچنین نتایج نشان داد که ۶۱ و ۷۷ درصد از تغییرات متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده در گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴: آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
افکار خودآیند منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۱/۳۵	۲/۸۴	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۷/۳۸	۲/۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۹۶	۱/۱۳	۰/۱۷
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۳/۶	۱/۵۵	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲۲/۸	۱/۵۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۵۰	۰/۸۲۰	۰/۹۷

با توجه به جدول ۴ نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معناداری دارند که حکایت از اثربخشی درمان در مرحله پس‌آزمون بوده است، ولی نمرات پس‌آزمون با مرحله پیگیری تفاوت معناداری ندارد که نشان می‌دهد نمره متغیرهای افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت مانده و اثر دوره‌ی درمان همچنان ماندگار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودآیند منفی مراجعین افسرده تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش افکار خودآیند منفی مراجعین افسرده شود. همسو با این یافته قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۸) با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی نشان دادند که این درمان در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی موثر است. همچنین حیدری، سجادیان و حیدریان (۱۳۹۵) با اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی می‌شود. از طرفی واین و همکاران (۲۰۱۸) با بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس روان‌شناختی و اضطراب انجام دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به کاهش استرس روان‌شناختی و اضطراب افراد گردد. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودآیند منفی مراجعین افسرده باید اشاره کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی مستقیماً بر روی کاهش نشانگان آسیب‌زای شناختی و هیجانی عمل نمی‌کند، بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات، احساسات روان‌شناختی و هیجانات را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (واین و همکاران، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تکنیک‌های رفتاری و تجربی گوناگونی برای هدف قرار دادن ۶ فرایند اساسی استفاده می‌کند تا به هدف ایجاد تغییر دست یابد که در آن به افراد اجازه خواهد داد تا در ارتباط با خاطرات آسیب‌زای خود به روشی که از لحاظ شخصی برای فرد معنادار بوده و از ارزش‌های سرچشمه گرفته باشد، عمل کند. به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به افراد مبتلا به اختلال افسردگی کمک نموده تا حالات روان‌شناختی و هیجانی خود را بتوانند بیشتر بپذیرند و از میزان اجتناب آنها کاسته شده و آنها با این روش پی‌جویی ارزش‌های زندگیشان همانند ارتباطات اجتماعی و هیجانی و رابطه با دوستان و اعضای خانواده را بیشتر دنبال می‌کنند و این مکانیزم‌ها همان مکانیزم‌هایی هستند که در تعریف و ضابطه‌مندی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات مختلف به آنها اشاره شده است. این فرایند سبب می‌شود تا افراد مبتلا به اختلال افسردگی از تمرکز بر افکار آشفته‌ساز و ناکارآمد به سمت پی‌جویی ارزش‌های جدید زندگی خود گام برداشته و به مرور از میزان افکار خودآیند منفی آنها کاسته شود. علاوه بر این، تقویت توانایی توجه بدون قضاوت به افکار، هیجانات، تصاویر ذهنی و خاطرات آسیب‌زای

ناشی از حادثه آسیب‌زا (یعنی پرورش مهارت‌های ذهن‌آگاهی) یکی دیگر از مکانیسم‌های تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار خودآیند منفی افراد مبتلا به اختلال افسردگی می‌تواند باشد. چرا که از مهمترین مشکلات افراد مبتلا به اختلال افسردگی، وجود اضطراب و نقص در عملکرد سلامت روانی آنان است، چرا که معمولاً همپودی بالایی بین افسردگی و اضطراب به چشم می‌خورد. از طرفی وقتی اضطراب حالت پیش‌رونده به خود می‌گیرد تمامی عملکردهای شناختی، روان‌شناختی و هیجانی افراد را متاثر می‌سازد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این افراد کمک کرده تا بتوانند به میزان بیشتری از اضطراب خود کم نمایند. کاهش اضطراب نیز باعث می‌شود تا پردازش‌های شناختی و هیجانی افراد مبتلا به اختلال افسردگی به شکل هنجارمندتری صورت پذیرد. در نتیجه این فرایند و با بهبود پردازش هیجانی و شناختی می‌توان انتظار داشت تا افراد مبتلا به اختلال افسردگی افکار خودآیند منفی کمتری را از خود نشان دهند.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده شود. همسو با نتایج پژوهش حاضر در پژوهشی همسو تقوایی و همکاران (۱۳۹۸) با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم نشان دادند که این درمان منجر به بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران شده است. همچنین نامنی و مذهب یوسفی (۱۳۹۸) در نتایج پژوهش خود دریافتند که درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و نگرش‌های ناکارآمد دختران نوجوان موثر است. علاوه بر این زارع (۱۳۹۶) با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی گزارش کرده‌اند که این درمان منجر به بهبود انعطاف‌پذیری و کاهش همجوشی شناختی شده است. در پژوهش‌های خارجی نیز توهیگ و همکاران (۲۰۱۵)؛ اسوین و همکاران (۲۰۱۵)؛ بلات و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند آسیب‌های روانی همچون افسردگی را کاهش دهد.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده می‌توان گفت که فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به دنبال این بود که به بیماران یاد دهد، فنونی را که برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند را رها نمایند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا در هم نیامیزند و چگونه هیجان‌اتشان را مدیریت و کنترل نمایند (اونگ و همکاران، ۲۰۱۹). استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد از موقعیت‌ها و افکار افسرده‌ساز کمتر احساس رنج نمایند. باید توجه نمود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار و رفتار افسرده‌ساز به شکلی مستقیم تمرکز نمی‌شود، ولی با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجان‌های ناخوشایند سیری نزولی در پیش گرفته و به نسبت آن افکار و رفتار افسرده‌ساز نیز کاهش می‌یابد. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها برای مراجع است. چنانکه به جای ارزش‌های تعریف شده در فرایند شناختی بیمار، ارزش‌های جدید تعریف و جایگزین می‌شود که این ارزش‌گذاری مجدد در فرایند شناختی افراد مبتلا به افسردگی سبب کاسته شدن از میزان

پردازش‌های شناختی ناکارآمد آنان می‌شود که نتیجه این کاهش، نزول فراوانی رفتار و اعمال اجبارآمیز را در پی دارد. انعطاف‌پذیری شناختی نیز به این بیماران می‌آموزد که وجود افکار ناامیدکننده خود به عنوان مشکل و مساله اصلی به شمار نمی‌رود، بلکه مساله اصلی اقدام در جهت پاسخ دادن به این افکار می‌باشد. بنابراین افراد مبتلا به افسردگی با یادگیری انعطاف‌پذیری شناختی، آموزش می‌بینند که خزانه رفتاری گسترده‌تری داشته باشند. حال می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون تمرکز بر علائم اصلی اختلال افسردگی و عدم تلاش در جهت سرکوب پردازش‌های شناختی ناکارآمد توانست به بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال افسردگی یاری رساند.

محدود بودن دامنه تحقیق به مراجعان دارای اختلال افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز؛ عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذار بر افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده، عدم تمایل بعضی از افراد جهت شرکت در پژوهش حاضر و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری (همانند افراد مبتلا به اختلال اضطراب، استرس و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودآیند منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمانگران و مشاوران مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی معرفی شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی، جهت کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین افسرده گامی عملی برداشته باشند.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی سارا نداف در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنها و مسئولین مراکز مشاوره که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

### منابع

- تقوایی، داوود، جهانگیری، محمدمهدی، زارع بیدکی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۲۷(۲)، ۱۴۳-۱۵۳.
- حیدری، سمیه، سجادیان، ایلناز، حیدریان، اندیشه. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکارخودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸(۱)، ۴۹۱-۴۹۹.
- ریسیان، اکرم سادات، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۵(۱۷)، ۴۰-۲۱.
- زارع بیدکی، زهرا، جهانگیری، محمدمهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۱(۷)، ۳۹-۴۷.
- زارع، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی، شناخت اجتماعی، ۱۶(۱)، ۱۲۱-۱۳۰.
- زارع، حسین، برادران، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهار شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مضطرب، روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۴)، ۴۹۱-۵۱۱.

- صفری موسوی، سیدسینا، نادری، مجتبی، امیری، ممیشم، رادفر، فرهاد، فرخچه، مهدی. (۱۳۹۸). نقش پیش‌بینی‌کنندگی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بر افسردگی و اضطراب و استرس مبتلایان به دیابت نوع دو، مجله مطالعات ناتوانی، ۹(۱)، ۵۰-۶۰.
- عرفانیان مقدم، مینا، علیزاده موسوی، سیدابراهیم. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل افکار منفی دانش‌آموزان، چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.
- علیزاده، اصغر، حاجی یوسفی، الناز، فرورشی، محمود، ذوقی، مسعود. (۱۳۹۴). پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و ذهن‌آگاهی در دانشجویان، مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۲(۱)، ۱۵-۲۹.
- فاضلی، مژگان، احتشام‌زاده، پروین، هاشمی شیخ‌شبان، سیداسماعیل. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده، مجله اندیشه و رفتار، ۹(۳۴): ۲۷-۳۶.
- فتحی، الهام، حاتمی ورزنده، ابوالفضل، اصلی‌آزاد، مسلم، فرهادی، طاهره. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش گروهی خودبخوددگی مبتنی بر مفاهیم قرآنی بر افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه، اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۲(۳): ۱۱۰-۱۳۰.
- فناپی، سعیده، حبیب الهی، اعظم، غضنفری، احمد. (۱۳۹۴). اثرات مثبت و منفی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اضافه وزن، مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۲(۲)، ۲۸-۳۸.
- قدم پور، عزت‌الله، رمزپور، زهرا، رنجبردار، مهرا، آج، آرمان، پیرعین‌الدین، سعید، یوسف‌وند، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی، پژوهش پرستاری، ۱۴(۲)، ۶۷-۷۶.
- مقتدر، لیلا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۲۷(۹): ۸۳۵-۸۲۵.
- نادری، فائزه. (۱۳۹۵). کاربرد تئوری انتخاب بر افکار خودآیند منفی، آسیب عملدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی شهر اهواز، مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۵(۲): ۷۲-۵۵.
- نامنی، ابراهیم، مذهب یوسفی، آزاده. (۱۳۹۸). اثربخشی تلفیق روش‌های درمان پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و نگرش‌های ناکارآمد دختران نوجوان بی‌سرپرست. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۲)، ۵-۲۷.
- Allmann, A.E., Coyne, L.W., Michel, R., McGowan, R. (2020). Chapter 17 - Acceptance and commitment therapy-enhanced exposures for children and adolescents. *Exposure Therapy for Children with Anxiety and OCD*, 2020, 405-431.
- Arpin-Cribbie, C.A., Cribbie, R.A. (2007). Psychological correlates of fatigue: Examining depression, perfectionism, and automatic negative thoughts. *Personality and Individual Differences*, 43(6), 1310-1320.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1998). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 893-897.
- Bluett, E.J., Homan, K.J., Morrison, K.L., Levin, M.E., Twohig, M.P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6): 612-624.
- Clarke, D., Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 460-464.
- 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.
- Denckla, C.A., Consedine, N.S., Chung, W.J., Stein, M., Roche, M., Blais, M. (2018). A double-edged sword? Sub-types of psychological flexibility are associated with distinct psychiatric disorders. *Journal of Research in Personality*, 77: 119-125.
- Dennis, J.P., Vander Wal, J.S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy Research*, 34: 241-253.
- Du, X., Luo, W., Shen, Y., Wei, D., Xie, P., Zhang, J., Zhang, Q., Qiu, J. (2015). Brain structure associated with automatic thoughts predicted depression symptoms in healthy individuals. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 232(3), 257-263.
- Fawzy, M., Hamed, S.A. (2017). Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Research*, 255, 186-194.
- Frewen, P.A., Evans, E.M., Maraj, N., Dozois, D.J., Partridge, K. (2008). *Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. Cognitive therapy and research*, 32(6), 758-774.
- Hayes, S.C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6): 869-85.

- Hollon, S.D., Kendall, P. (1980). Development of an automatic thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 4, 383-395.
- Kangasniemi, A., Lappalainen, R., Kankaanpää, A., Tammelin, T.(2014). Mindfulness skills, psychological flexibility, and psychological symptoms among physically less active and active adults. *Mental Health and Physical Activity*, 7(3):121-7.
- Lance, M., McCracken, L., Sato, A., Taylor, G. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results, *The Journal of Pain*, 14(11), 1398-1406.
- Mamun, M.A., Hossain, S., Siddique, A.B., Sikder, T., Kuss, D.J., Griffiths, M.D. (2019). Problematic internet use in Bangladeshi students: The role of socio-demographic factors, depression, anxiety, and stress. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 48-54.
- Masuda, A., Tully, E.C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1): 66-71.
- Ong, C.W., Lee, E.B., Krafft, J., Terry, C.L., Barrett, T.S., Levin, M.E., Twohig, M.P.(2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22: 1004-1009.
- Park, S., Kim, D. (2020). The Centrality of Depression and Anxiety Symptoms in Major Depressive Disorder Determined Using a Network Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 271, 19-26.
- Petts, R.A., Duenas, J.A., Gaynor, S.T. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144.
- Richardson, L., Adams, S.(2018). Cognitive Deficits in Patients With Depression. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(6): 437-443.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies, *Journal of Contextual Behavioral Science*, Author's Accepted Manuscript.
- Takahashi, T., Ishizu, .K., Matsubara, K., Ohtsuki, T., Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: An open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 71-79.
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Bluett, E.J., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., Reuman, L., Smith, B.M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6: 167-173.
- Twohig, M.P., Vilardaga, J.C.P., Levin, M.E., Hayes, S.C.(2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3): 196-202.
- Waldeck, D., Tyndall, I., Riva, P., Chmiel, N. (2017). How do we cope with ostracism? Psychological flexibility moderates the relationship between everyday ostracism experiences and psychological distress. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4): 425-432.
- Wenjuan, G., Siqing, P., Xinqiao, L. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *Journal of Affective Disorders*, 263, 292-300.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., Hartery, K., Kirschbaum, C., Doherty, G., Cullen, G., Dooley, B., Mulcahy, H.E.(2019). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, 156(4): 935-945.